

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Tez Yöneticisi  
Yard. Doç. Dr. Keriman GÜLER

İNERTİL ÇİFTLERİN BİLGİLERİ, UYGULAMALARI VE  
İNERTİLİTENİN PSİKO-SOSYAL DEĞERLENDİRİLMESİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nezihe KIZILKAYA

İstanbul, 1987

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
3. MATERYAL VE METOD .....	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA .....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	69
7. Ö Z E T .....	72
8. SUMMARY .....	74
9. KAYNAKLAR .....	76
Ö Z G E Ç M İ Ş .....	82
E K L E R .....	83

## I. GİRİŞ

İki kişinin ekonomisi, kültürü, sevgisi, cinselliği ile yarattıkları bir dünya olan evlilik ve dolayısıyla aile, toplumun vazgeçilmez ve geleneksel sosyal bir kurumudur. Aile, çağımızdaki hızlı sosyo-ekonomik, teknolojik ve bilimsel gelişmeler sonucu oluşan değişikliklerden etkilenir. İnsan neslinin devamının sağlanmasında, kişiliğin oluşması ve gelişmesinde, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetişmesinde, kültür öğelerinin kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin birinci derecede rolü vardır. Bu rolde evrensel bir olay olan üreme ve doğurganlık işlevi ile yerine getirilir. Kuşakların türeyişi erkek ve kadınların dölleme ve dölleme yeteneğiyle bağımlıdır. Bu yetenekten herhangi bir nedenle yoksun bireylere de infertil adı verilir (1,7,14,17,27,30,41,44).

Çocuk her zaman ailenin o kadar temel bir parçası olmuştur ki, insanlara niçin çocuk istediği sorusunu sormak pek akla gelmeden çocuk sahibi olmak bir doğa kanunu olarak süregelmiştir. Çocuk aile yaşamının sağlıklı kalabilmesi için önemli bir faktördür. Yokluğu, ailenin değer yargılarına göre az veya çok boşluk doğurur. Çocuğu yalnızca hayata yeni gelen, küçük bir insan olarak görmek hatadır. Çocuk aileye beraberinde mutluluk, hoşgörü, saygı, fedakârlık ve anlayış getirir ve aile mutluluğunu arttırır (26,36,49,52,53).

Bizim toplumumuzda da çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal (geleneksel, normatif) değer boyutları olan vazgeçilmeyecek bir unsurdur. Bu değerler kadın ve erkekte genelde aynı olmalarına rağmen, öncelik sırası

olarak farklılık göstermektedir. Şöyle ki, kadın için evlilik bağına güçlendirme, eşine yakın olma, analık içgüdü-sü gibi psikolojik değerler ön planda olurken; erkekte, birinci sırayı aile adını devam ettirme, yaşlılık güvencesi gibi ekonomik ve geleneksel değerler almaktadır (1,26).

Toplumun evli çiftlerden beklentisi çocuktur. Aile tanıdıkları, arkadaşları ya da yabancılar tarafından açık ya da kapalı olarak yapılan baskıların stresi, her çocuksuz çiftin acısına derece derece eklenir. Büyükanne ve babaların imaları, arkadaşlarının dikkatsiz sorguları, sağlık personelinin düşünceleri, yabancıların direkt ve düzensiz soruları ile çiftler bu baskıyı birçok şekilde deneyimlerler. Aralarındaki sevgi ne kadar derin olursa olsun, evli bireylerin çocuksuzluğu çoğu kez onları mutsuzluğa iter ve ailesel anlaşmazlıklar yaratır, karı-kocalık ilişkilerini olumsuzca etkiler. Eğer koca kendinden emin ve çocuk isteği kuvvetli ise, muayene olmaya gerek bile duymadan ya yuvayı yıkar ya da eşinin üzerine kuma getirerek bir kez daha şansını dener (4,5,12,28,30,36,41,43,49,52,54).

İnfertilite en eski devirlerden beri çeşitli inanç ve bilgilere göre incelenmiştir. Önceleri daima kadında kusur aranmış, çocuğu olmayan kadınlardan nefret edilmiş, sevilmemiş ve çeşitli kötü davranışlara maruz bırakılmıştır. Bilgisizlik nedeni ile daima kadın suçlanmış ve tedavisinde de acı ve işkence çektiren birçok yöntem denenmiştir. Mitolojik inançlarla ilgili adaklar ve dualar yanında mukaddes su tedavileri yer almıştır. Uzun süren bu batıl tedavi yöntemlerinden sonra, erkeğinde infertiliteden sorumlu olabileceği ortaya çıkarılmıştır. Fakat infertiliteden yalnızca kadını sorumlu tutmak tavrı, günümüze kadar gelmiştir. Özellikle geleneksel toplumlarda kadınların aile ve toplum içindeki rolü her zaman çocuk

bakımı ve doğurganlık ile bağlantılı olarak ele alınmıştır (1,5,11.17,28.37).

Bizim toplumumuzda da suçlanan, kısır kabul edilen çoğunlukla kadındır. Bu kadınlar çocuklarının olmayışından üzüntü duymakla kalmaz, her an kocalarının bir kaprisi ile karşılaşmak korkusuyla yaşarlar. Kadın analık duygusunu tatma, ailedeki yerini sağlamlaştırma ve çevrenin kınayıcı baskısından kurtulabilmek için birçok çarelere başvurmaktadır. Bunlar dinsel-büyüsel nitelikte olanlar, halk sağaltmacılığı alanına girenler ve çağdaş tıptan beklenen yardımlardır. Gerek töresel yasaklamalar, gerekse vol, ulaşım gibi etmenler kadının doktora ulaşmasını engelleyebilmektedir. Bugün namus kavramının cinsellikle eş tutulduğu yerlerde, kadının erkek doktora görünmesi çoğu zaman sorun olmaktadır. Dolayısıyla kadınlarımız ilk önce, toplum içinde etkinliğini sürdüren yerel ebeler ya da yakınlarından öğrendikleri mahalli yöntemleri uygulamakta, bunlardan bir sonuç alamazsa doktora başvurmaktadır. Asepsi, antisepsi kavramlarından yoksun bu kimselelerin yaptığı girişim sonucunda birçok hasta hekime başvurduğunda çocuk sahibi olma şansını yitirdiği gibi, çeşitli infeksiyon hastalıklarına da yakalanmaktadır. Böylece kadın sağlığı onarılması imkânsız hale gelmekte ve toplumun sağlık sorunlarını daha da ağırlaştırmaktadır (4.17,28.38, 41,54).

Görüldüğü gibi infertilite, basit bir jinekolojik sendrom değil, tıbbi olduğu kadar sosyal, fiziksel olduğu kadar psikolojik bir sorundur. Sosyal tıbbın ve koruyucu hekimliğin temel meselelerinden biridir. Çünkü üreme sağlığının geliştirilmesi için genel sağlığın geliştirilmesi şarttır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yetersizliği, ailelerin eğitimsizliği, evliliğe karşı bazı olumsuz tutumları, infertilite sorununun oluşmasına etken olan faktörlerdir. O halde infertilite biyolojik, sosyal, kültürel,

bilgi ve uygulamaya yönelik bir sağlık sorunudur (4,11,28,37,41,42).

Bu duruma göre ana-ocuk sağlığının korunması, ge-liştirilmesi ve halkın bu konuda eğitilmesi gerekmektedir. Halkımızın cinsel eğitim, aile hayatı eğitimi ve sağlık eğitimi gereksinimini karşılayan profesyonel ekibin yesi olan hemşireye, bu konuda büyük görevler düşmektedir (17,22,24,35,41).

Bu araştırmanın amacı, infertil bireylerin bilgi uygulamaları ile infertilitenin evlilik kurumuna olan etkisini saptamaktır.

## 2 GENEL BİLGİLER

Günümüze kadar infertilite ve sterilite terimleri hakkında birçok tanım yapılmıştır. 2 sene düzenli evlilik hayatına ve çocuk isteğine rağmen gebe kalınamıyorsa infertiliteden söz edilir. Literatür incelendiğinde bir grup yazarın infertilite ve sterilite terimini eş anlamlı olarak kullanırken, diğer bir grubun sterilite terimini üreme fonksiyonunun bozukluğu; infertilite terimini de gebeliğin mümkün fakat canlı ve miadında doğum elde edilemediği durumlarda kullandığı görülmektedir. Son yıllarda ise, yaygın olarak infertilite terimi tetkikleri tamamlanmamış bütün vakalarda, sterilite terimi ise tetkikleri tamamlandıktan sonra düzeltilmesi imkânsız anatomik ve fizyolojik bozukluklar söz konusu olduğunda kullanılmaktadır. Hiç hamile kalmamış vakalarda primer infertilite, bir ya da daha fazla gebeliğin mevcut olduğu ve bu gebeliklerin doğum ya da düşükle sonlandığı hallerde ise sekonder infertiliteden söz edilmektedir (3,9,28,49).

Bugün evli çiftlerin % 10-15'i çocuk sahibi olamamaktadır. Amerika'da infertil çiftlerin oranı % 15-20, Japonya'da % 14, Avustralya'da % 15 ve batı Avrupa ülkelerinde ortalama % 13 dolaylarındadır (2,3,4,9,13,28,29,42,49,50,54). Ülkemizde kesin veriler olmamasına karşın infertil çiftlerin oranı % 13-15 olarak kabul edilmektedir (17,49,54).

### İnfertilitede Rol Oynayan Genel Faktörler:

Eşlerin çocuk sahibi olma arzuları, ilişkiden hemen sonra yıkanma, evlilik süresi infertilitede rol oynayan genel faktörlerdir. Yapılan araştırmalar, evlilik süresi

ile gebe kalma olayı arasında direkt bir ilişki olduğunu göstermiştir. Evliliğin ilk ayında gebe kalma şansı % 25 iken, bu oran 6 aylık evlilik sonunda % 78'e, 1 sene evlilik sonunda % 80'e, 24 aylık evlilik sonunda % 87'e ulaşır. Evlilik süresince bu oran % 89'u aşmaz (3,9,13,16,49).

Kısır çiftlerin % 52'sinde kısırılık nedeni kadında, % 36'sında erkekte, % 16'sında ise neden her ikisindedir. % 12 vakada ise etyolojik faktör saptanamamaktadır (3,4,5,9,13,49).

Sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmek için, kadın ve erkeğin üreme fonksiyonlarını yöneten nöro-endokrin sisteminin düzgün çalışması, genital organların normal yapıya sahip olması, spermatozoid ve yumurtanın normal olup, sağlıklı bir biçimde aşılması, aşılansız yumurtanın transportu, implantasyonunun sağlıklı olması ve embriyonun gebelik boyunca normal gelişimini tamamlayarak, fetüsün rizikosuz dünyaya gelmesi gerekmektedir. Bu aşamaların herhangi birindeki bir aksaklık infertilite ve steriliteye neden olacaktır (3).

#### **Kadın İnfertilitesinin Nedenleri:**

Kadın infertilitesinin nedenleri, genital organlara ait ve genital organlar dışındaki nedenler olarak iki bölümde incelenebilir. Genital organlar dışındaki nedenler, yaş, sistemik hastalıklar, endokrin bozukluklar, şişmanlık, vitamin eksiklikleri, keyif verici ilaç ve alışkanlıklar, psikosomatik, psikoseksüel ve bilinmeyen unsurlardır. Genital organlara ait nedenler ise over fonksiyon bozukluklarına (% 20), tuba uterinalara (% 16) ve korpus, vajina, serviks (% 8) ait faktörlerden oluşmaktadır. Psikojen faktörler, kadın infertilite nedenlerinin % 8'ini oluşturur (3).



İsrael ve İskoçya'da infertilite nedeni olarak genital tüberküloza, Fransa'da tubal faktörlere, ABD'de ise düşük gelirlilerde pelvis infeksiyon hastalıklarına, yüksek gelirlilerde endometriazis ve hormonal bozukluklara sık rastlanılmaktadır. Ülkemizde de genital tüberküloz infertilite nedenlerinin başında gelmektedir (49,54).

#### Genital Organlar Dışındaki Nedenler:

- Yaş: Yaş ilerledikçe gebe kalma olasılığı azalır. 15 yaşındaki bir kadında gebe kalma olasılığı % 66, 25 yaşında % 54, 35 yaşında % 11, 45 yaşında ise % 0.5'dir (3,5,9,49).

- Sistemik hastalıklar: Habis hastalıklar, ağır kalp, kan ve böbrek hastalıkları infertiliteye yol açabilir.

- Endokrin bozukluklar: Timus bezi pubertede involusyona uğramaz ve fonksiyonunu sürdürürse FSH inhibisyonu yapabilir. Diabet, insülinin bulunuşundan önce bir infertilite nedeni idi. Bugün ise infertilite oranı diabetli olmayanlarla aynıdır. Isı, ışık, beslenme, rakım, yaşanan ortam ve ruhi faktörler, korteks aracılığı ile hipotalamus üzerinden hipofize etki ile gonadotropik hormonların salgılanmasına etki ederler. Psikolojik stresler, ovulasyonu önleyebildiği gibi organik bir lezyon olmadan amenorede oluşturabilir. Hipofiz tümörleri, özellikle hiperprolaktinemiye neden olan mikroadenomlar, corpus luteum yetmezliği, anovulasyon ve amenore yapabilir. Hipotalamus, hipofiz ve overler bir halka oluşturur. Halkayı oluşturan her organın iyi çalışması halinde, iç salgıları muntazam olarak salgılanır. Halkanın çalışmasına pek çok noktada sayısız etken tesir edebilir ve çalışmasını aksatabilir. Troid bozuklukları gebe kalmayı güçleştirir, prematür doğumlara neden olabilir, seksüel olgunlaşma gecikebilir,

mensturual bozukluklar görülebilir, cinsel arzularda azalma meydana gelebilir. Adrenal korteks hastalıkları da (Adrenogenital sendrom, Cushing sendromu, Addison hastalığı) infertiliteye neden olabilir.

- Beslenme bozuklukları (Vitamin eksiklikleri, şişmanlık vs.)

- Keyif verici ilaç ve alışkanlıklar,

- Psikosomatik ve psikoseksüel nedenler (% 8): Etiyolojileri aydınlatılamayan infertilite vakalarının bir bölümünün arkasında psikojen sebepler gizlenebilir. Ruhsal ve bedensel gelişmeleri geri kalmış, annelik sorumluluğuna kendilerini hazırlayamamış kadınların gebelikten kaçışları ya da çok şiddetli çocuk isteği de benzer sonuçlar doğurabilir. Frijidite, vaginismus ve disprenia'da ruhsal nedenlere bağlanmaktadır. Aile geçimsizlikleri, mutsuzluk, boşanma korkusu, meslek çatışmaları da infertiliteye götürebilecek ruhsal gerilimler arasındadır.

- Bilinmeyen nedenler (% 12) (3,5,9,49).

#### Genital Organlara Ait Nedenler:

- Over fonksiyon bozukluklarına bağlı infertilite (% 20): Over disfonksiyonları, kadın kısırlık nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır. Overden normal siklus bozulmuştur, amenore ve ovulasyonsuz sikluslar ya da ovulasyona rağmen corpus luteum yetersiz ve kısa ömürlü olabilir. Overlerdeki fonksiyon bozukluğu genellikle yukarı kontrol merkezlerinin (hipotalamus ve hipofiz) lezyonları, disfonksiyonları ile ilgilidir.

- Tuba uterinalara bağlı infertilite (% 15): Primer ve sekonder infertilitede iki taraflı tuba tıkanmaları infertilite etyolojisinde ikinci sırayı alır. Endosalpin-

jitisten arta kalan mukoza defektleri, geçirilmiş tuba iltihaplanmalarına bağlı tuba tıkanmaları, peritonitis peritifilitisden arta kalan peritüber iltisaklar, tuba endometriazisi, motilite bozuklukları ve tubanın konjenital anomalileri infertilite nedeni olabilir.

- **Korpusa bağlı infertilite:** Konjenital malformasyonlar, uterus myomları, uterus yer değiştirmeleri, endometrium lezyonları hormonal yetersizliğe bağlı yuvalanma hazırlığındaki bozukluklar infertiliteye yol açabilir.

- **Servikse bağlı infertilite:** Servikal kanalı örten epitellerin salgıladığı mukusun miktar, bileşim ve moleküler yapısındaki sapmalar, spermatozoidlerin geçişini ve kapasitasyonlarını engelleyebilir ya da bozabilir. Doğumlardan, düşük ve kürtajlardan, konizasyon, amputasyondan kalma nedbe ve yırtıklar, hipoplazi, stenoz, polipler servikal kanal bütünlüğünü bozarak, etkili olabilirler. Kronik iltihaplarda patojen mikroplar, spermatozoidlerin motilitelerini bozabilir, mukus bileşimini değiştirebilirler. Lokositler ise fagositozla geçit vermezler. İmmünolojik faktörlerinde (spermatozoidlere karşı antikörler) etkili olduğu üzerinde durulmaktadır. Servikse bağlı infertilite nedenleri giderek önem kazanmaktadır.

- **Vajinaya bağlı infertilite:** Konjenital malformasyonlar, stenozlar, sineşiler, vaginismus, disparenia, vajinitis infertilitede etken olan faktörlerdendir.

- **Pelvik infeksiyon hastalıkları:** Jenital tüberküloz, gonakoksik infeksiyonlar, piyojenik infeksiyonlar infertiliteye neden olabilir (3,5,9,49).

#### **Erkek İnfertilitesinin Nedenleri:**

Erkek infertiliteden % 36 oranında sorumludur. Erkek infertilitesinin nedenleri de genital organlar dışın-

daki ve genital organlara ait nedenler olarak iki grupta toplanabilir.

**Genital Organlar Dışındaki Nedenler:**

- **Sistemik hastalıklar:** Diabetes Mellitüs, yaygın tüberküloz, böbrek hastalıkları, anemiler ve kaşeksi meydana getiren durumlardan dolayı (tümörler, gastro-intestinal sistem hastalıkları) infertilite oluşabilir.

- **Endokrin bozukluklar:** Addison hastalığı, Miksödem, Akromegali, Kushing sendromu gibi hastalıklar testisin fonksiyonunu etkileyerek infertiliteye yol açarlar.

- **Merkezi sinir sistemine ve genel sinirsel ilettime ait nedenler:** M.S.S. ne ait ansefalit, menenjit gibi infeksiyonlar, tümörler infertilitede etkili faktörlerdendir.

- **Beslenme bozuklukları,**

- **Keyif verici ilaç ve alışkanlıklar,**

- **Toksik ilaçlar:** Spermatogenezi bozan, durduran ilaçlar başka bir ilaç tedavisi için verildiğinde infertilite nedeni olabilir.

- **Psikojen Faktörler:** Cinsel ilişkiyi ayıp ve hatalı bir hareket tarzı olarak kabul eden ailelerin çocuklarında kızlığı bozamama, beğenilmeme, kadınlardan cinsel yönlerinden korkma gibi korkular ya da eşine karşı arzu duymama, eşlerarası cinsel anlaşmazlık, eşlerarası karakter anlaşmazlığı gibi cinsel arzuyu azaltan nedenler, ağızdan koitus, hayvanlarla ilişki, homoseksualite gibi cinsel sapmalar ve bazı akıl hastalıkları infertiliteye neden olabilir (3,5,9,49).

**Genital Organlara Ait Nedenler:**

- Konjenital malformasyonlar,

- Aşılama gücündeki yetersizlikler (impotans): Bunlar, ejakülasyon bozuklukları, sperma bileşiminde bozukluk ve spermatogenezde olan bozukluklardır.

- Genital organ infeksiyonları: Tüberküloz, gonore, sfiliz piyojenik infeksiyonlar infertiliteye neden olabilir.

- Travmalar,

- Hipogonadizm,

- Kriptorsidizm,

- Varikosel,

- Travmalar,

- İmmünolojik faktörler: Spermatozoidin geçiş yollarında infeksiyon sonucu lezyon ve tıkanıklıklar oluşmuşsa spermatozoidler rezorbsiyona uğrar, spermlere karşı oto-immün olarak antikor yapılırlar. Aglütinasyon olur. İnfertilite oluşabilir (3,5,9,49).

**İnfertilitede Tanı:**

İki sene evliliğin gebelikle sonuçlanmadığı durumlarda infertilite tetkiklerine başlanmalıdır. İnfertilite şikâyeti ile başvuran kadınlarda ilk tetkikler şunlardır:

- Anamnez: Planlı, amaçlı sorularla özgeçmiş araştırılır. Aşağıdaki sıraya göre anamnez alınır:

. Çiftlerin şikâyetleri dinlenir,

- . Vücut yapıları, dış görünüşleri, ruhsal yapıları, alkol, sigara alışkanlıkları, toksik maddelerle ilişkili olup olmadığı, allerjileri bulunup bulunmadığı sorulur,
- . Çocuklukta geçirilen hastalıklar (enfeksiyon, metabolik, operasyon, endokrin) aranır,
- . Menarş yaşı ve siklus özellikleri sorulur,
- . Evlilik zamanı, kaçınıcı evliliği, kaç yıldır çocuk istedikleri, korunup korunmadıkları, daha önceki evlilikleri çocukları bulunup bulunmadığı öğrenilir,
- . Seks yaşamı hakkında bilgi edinmek için dolaylı sorular sorulur,
- . Önceden gebe kalmış ise, gebelik doğum ve sonuçları, ölü doğumlar, düşükler, post-partum ateşli hastalık, küretajlar araştırılır,
- . Önceden infertilite araştırması yapılmış ise, eski tetkik sonuçları ve yapılan tedaviler incelenir.

- Muayene: İnspeksiyon, spekülüm ve bimanuel muayenede patolojik bir bulgu olup olmadığına bakılır.

İnfertilite araştırması düzenli bir program halinde yapılmalıdır. İlk başvurularında eşiyile birlikte erkeğin de muayenesi bir ürolog tarafından yapılmalıdır. Eğer erkekte ciddi bir sorun varsa kadınıninki bırakılır. Çünkü kadına uygulanan tetkikler daha eziyetli, güç ve uzun zaman alır. İnfertilite tetkikleri şu sıra takip edilerek yapılmalıdır:

- Spermogram,
- Kadında hematolojik tetkikler (Hb, hematokrit, kan sayımı, kan grubu ve Rh faktörü),
- Rutin idrar muayenesi,
- Tubal faktörün tetkiki,

- Ovulasyona ait testler,
- Servikal faktöre ait testler,
  - . Post-koital test (Sims-Huhner testi)
  - . İnvazyon testi (Kurzrok-Miller testi)(1,3,5,9,49).

#### Spermogram:

Erkek menisinin fertilité kabiliyeti, spermogram ile ölçülür. Spermogramda erkek menisi, volüm, likefaksiyon süresi, viskozite, pH, 1 ml.'deki sperm sayısı, motilite, morfoloji, aglutinasyon, epitel hücreleri, lokosit ve bakteri yönünden değerlendirilir. Spermogram, cinsel ilişkiden en az 3 gün sonra alınmalı, 5 günlük aralarla 3 defa tekrarlanmalı, gün ışığı geçirmeyen, renkli camlı, kuru, temiz şişelerde toplanmalıdır. Normalde, volümü 1-5 cc, pH'sı 7.2-7.8, viskozitesi (yapışkanlığı) 0, 1, sperm sayısı 50 milyon üzeri/ml, motilitesi ejakülasyondan 4 saat sonra % 60-90, 4-5 saatte % 20, morfolojik yapılarında % 60 üzerinde normal fizyolojik olmalıdır. Likefaksiyon süresi (pıhtılı, yapışkan kıvamını yitirip, sıvı haline gelme süresi) 15-30 dk.'dir. Spermiler arasında aglütinasyon olmamalıdır. Her sahada 3-5 epitel, 3-5 lokosit görülebilir. Seminal fruktoz değeri en az 1200 mikrogram/ml. dir. Fruktozu normal hareketli spermatozoidler harcar. Leydig hücreleri salgıladıkları testosteron etkisi ile fruktoz üretimini idare ederler. Yaş ilerledikçe semende fruktoz yoğunluğu da düşer (3,5,9,49).

Yapılan spermogram sonucunda 1 ml. menide normal sayıda sperm görülürse normospermi, hiç sperm yok ise aspermi, 2 milyondan az sperm varsa hipospermi, 6 milyondan fazla sperm bulunuyorsa hiperspermi, ejakülatta spermatozoid yok ise azospermi, 40 milyondan az sperm görülüyorsa oligospermi, 250 milyondan fazla sperm söz konusu ise polispermi denir. Spermilerin morfolojileri normal fakat motiliteleri düşük olduğunda asdenospermi, anormal

tipler % 40'dan fazla olduğunda ise teratospermi terimleri kullanılmaktadır (3).

Kadında hematolojik tetkikler, akut ve kronik infeksiyonların ve kan uyumsuzluklarının teşhisi için yararlıdır.

Rutin idrar muayenesi, genito-üriner infeksiyonlar ve üriner sisteme ait taşların teşhisinde yardımcıdır.

#### Tubal faktörün tetkiki:

Tubaların açık olup olmadığını anlamak amacıyla aşağıdaki tanı yöntemleri uygulanır:

#### Tubal İnsüflasyon (Rubin testi - Pertubasyon):

Ovulasyondan önce karbondioksit gazı tubalara verilerek tubaların açık olup olmadığı kontrol edilir. CO<sub>2</sub> periton boşluğuna geçiyorsa, stetoskopla çıkardığı ses dinlenir, ya da CO<sub>2</sub>'nin nervus frenikusunu tahriş ettiği için sağ kürek kemiği hizasında duyulan ağrı değerlendirilir. Gaz basıncı ve tubalardan geçişi manometre ile de kontrol edilebilir. Sadece tubaların açık, kapalı olduğunu gösteren, ayrıntılı teşhise imkân vermeyen bir tanı yöntemidir (3,9,28,49).

#### Histerosalpingografi:

Kavum uteri ve tubalara basınçlı kontrast madde zerkedilir. Radiografilerde, kontrast maddenin periton boşluğuna geçip geçmediği, tubaların durumu, tıkanıklık varsa yeri, kavum ve tubalardaki bazı lezyonların sebep olduğu defektler, malformasyonlar, kavum sineşileri, submüköz myomlar saptanır (3,9,28,49).



**Pnemohisterosalpingografi (Jinekografi):**

Vajinal yoldan verilen radyo-opak maddeden ayrı olarak, karın boşluğuna girilerek, periton kavitesi içerisine CO<sub>2</sub> zerkedilir ve bu basınç sabit tutularak filmleri çekilir ise hem overler hem de tüplerin dışkontürleri bu filmlerde kolaylıkla takip edilebilir. Ayrıntılı değerlendirmelere olanak veren bir yöntemdir. Daha çok laparoskopi tercih edilmektedir (3,9,28,49).

**Laparoskopi ve Kuldoskopi:**

Karın duvarından girilerek, optik bir sistemle, karın ve pelvis içi organlarının incelenmesine laparoskopi adı verilir. İşlem, arka forniksten Douglas boşluğuna girilerek yapılırsa kuldoskopi denir. Laparoskopi ve kuldoskopi ile uterusun boyalı bir madde sıkılarak, tubaların açık olup olmadığı, pelvis içi adnekslerin durumu kontrol edilir. Diğer teşhis araçlarıyla aydınlatılmayan primer, sekonder amenore, konjenital anomali vakalarında uygulanmaktadır. Biyopsi, smear, aspirasyon, adhezyonları ayırmak, tuba sterilizasyonu yapmak için de kullanılmaktadır (3,9).

**Ovulasyona Ait Testler:**

Ovulasyon oluyor mu, oluyorsa hangi gün, sorularını cevaplamak amacıyla aşağıdaki tetkikler yapılır:

**Bazal Vücut Isısı:**

Her sabah rektal ya da dil altı derece alınır ve kaydedilir. Normal ovulasyon olan bir kadında bifazik eğri oluşur. Siklusun 10-12. gününe kadar vücut ısısı 37 santigrat derecenin altında kalır. Bunu takip eden günlerde ısı, 0.5 derece yükselir ve beklenen mensturasyon gününden 1-2 gün önce düşer. Vücut ısısı siklusun ikinci ya-

rısında ilk yarıda olduğu gibi devam ederse monofazik eğri oluşur. Ovulasyon olmadığını gösterir. Bazen tipik bifazik eğri olmasına rağmen ikinci yarıda uzun süre yüksek kalmaz, bir iki gün yükseldikten sonra düşebilir veya iki gün yüksek kaldıktan sonra düşme kalkmalarla devam edebilir. Bu durum luteal devre yetersizliğinin belirtisidir. Progesteron üretiminde bozukluk vardır. Bazen de tipik bir bifazik eğri görülür, ikinci fazda 8-10 günlük yükselmeden sonra düşmez ve devam eder. Beklenen adet gecikirse bu durum gebelik başlangıcının belirtisidir (3,9,28,49).

#### Servikal Mukusun İncelenmesi:

Servikal mukusun miktarı, saydamlık ve viskozitesi (yapışkanlığı) incelenir. Normalde miktarı ovulasyona doğru artar ve 13. günden sonra azalır.

Fern testi (Eğrelti otu manzarası): Ovulasyona yakın östrojen etkisi ile mukusun protein, tuz ve glikoz içeriği artar. Yayma mukus kurutulursa tuz kristalleri olur ve eğrelti otu manzarası görülür. Progesteronun etkisi başlayınca bu görüntü kaybolur.

Spinn-barkeit: Ovulasyona yakın mukusun esneme kabiliyeti artar. Östrojen ile ovulasyona doğru mukusta makromoleküler bir yapı değişmesi başlar. Moleküller arasında kanallar ortaya çıkar, uzun ve spiralli mukus miçelleri uzunlamasına açılır ve düzleşir. Böylece birbirine paralel aralıklı bir düzen ortaya çıkar. Bu ince aralıkları dolduran mukusun viskozitesi çok düşüktür. Bu değişme spermatozoidlerin kanal servikalden geçişini kolaylaştırır. Progesteron etkisi ile moleküler yapı eskiye döner ve spermatozoidlere geçit verilmez (3,9,28,49).

#### Endometrial Biyopsi:

Ovulasyonun olup olmadığını kesin olarak gösteren metoddur. Bu yöntem ile ovulasyondan ayrı olarak, endometriumda infeksiyon hormonal patoloji ve polip varlığı da teşhis edilebilir (3,9,28,49).

#### Siklik Vajinal Smearlar:

Hastadan günlük alınan vajinal smearlar, siklus süresince özel kutularda saklanır. Siklus bitiminde hepsi birden değerlendirilir (3,9,28,44).

#### LH Titrasyonu:

Bilindiği gibi luteinizan hormon hipofiz tarafından salgılanan ve siklus süresince kanda titre edilebilen ancak ovulasyon günlerinden hemen önce, siklusun 11-13. günlerinde ani bir yükselme göstererek, o günlere ait olmak üzere idrarda tespit edilebilen, olgunlaşmış ovumun overden atılmasına yardımcı olan hipofizer bir hormondur. Kan ve idrardaki düzeyi de ovulasyonu takiben düşer. Ovulasyon günleri dışında bu hormonun idrardaki titraji düzey düşüklüğü nedeniyle zorla yapılır (3,9,28,49).

#### Pregnandiol Titraji:

Pregnandiol, progesteron ve derivatlarının yıkım maddelerinden olup, idrarla atılır. Siklus boyunca idrardaki seviyesi değişiklik gösterir. Preovulatuvar devrede idrarla atılan pregnandiol adrenal kortekse aittir ve en fazla 0.5 mg/24 saatlik idrardadır. Ovulasyonu takiben idrarla atılan pregnandiol hem over hem de adrenal kaynaklıdır. Overlerin imal ettiği progesterona paralel olarak, overial pregnandiol seviyesi de post ovulatuvar devrede bir eğri çizer. Bu eğride en yüksek atım 19-25. günler arasındadır. Ovulatuvar siklusu olan bir kadının siklusu-

nun 17-18. günlerinde, 24 saatlik idrarındaki pregnandiol düzeyi 2 mg üzerindedir (3,9,28,49).

#### Ultrasonografi:

Folikül gelişmesi izlenerek ovulasyonun zamanı saptanır. Özellikle artifisiyel inseminasyon uygulamalarında, ovulasyonu uyarıcı tedavilerde ve in vitro fertilizasyon girişimlerinde vazgeçilmez bir yardımcıdır (3,9,28,49).

#### Servikal faktörün tetkiki:

Serviks mukusunun spermatozoidlere geçit verip vermediği araştırılır.

**Sims-Huhner Testi:** Spermatozoidler ve bunları çekici, himaye edici özelliği olan servikal mukus arasındaki ilişki araştırılır. 2 günlük cinsel perhizden sonra, ovulasyon zamanı cinsel temas yapan kadın 4-8 saat içinde muayeneye gelir. Kanal servikalden, mümkün olduğu kadar yukarıdan pipetle bir damla mukus çekilir. Lam üzerinde mikroskopla muayene edilir. Her alanda aktif hareketli 5-10 spermatozoid bulunmalıdır. Eğer Sims-Huhner testi, preovulatorik fazda negatif ve spermatozoidler sağlıklı ise infertilitenin nedeni serviksin fonksiyonel durumudur. Sims-Huhner testi pozitif ise, fonksiyonel servikal bir bozukluğun olmadığı anlaşılır.

**Kurzrok-Miller Testi:** Spermatozoid ya da serviks mukusunun uygunsuzluktan sorumlu olduğunu ortaya çıkarmak için, preovulatuvar dönemde üç bölümde yapılır:

1. Test: Bir lam üzerinde kadının serviks mukusu ve erkeğin masturbasyon ile elde edilen menisi yan yana getirilir. Üzeri lamel ile örtülür ve mikroskop altında spermatozoidlerin mukus içine geçip geçmediğine bakılır.

2. Test: Kadının serviks mukusu yabancı bir erkeğin sağlıklı bir damla menisi ile karşılaştırılır. Mikroskop altında yabancı spermatozoidlerin mukus içine geçip geçmediğine bakılır.

3. Test: Fertil olan yabancı bir kadının serviks mukusu, erkeğin menisi ile lam üzerinde yan yana getirilip, mikroskop altında incelenir. Spermatozoidlerin yabancı serviks mukusu içine geçip geçmediğine bakılır.

Eğer, 1. test (-), 2. test (-), 3. test (+) ise fonksiyonel servikal bir infertilite vardır. 1. test (-), 2. test (+), 3. test (-) ise erkeğin tedavisi gerekir (3, 9, 28, 49).

#### **Kadın İnfertilitesinin Tedavisi:**

Yapılan tüm tetkiklere rağmen, infertil olmalarına bir neden bulunamayan vakalar ve düzeltilmesi imkânsız anatomik ve fizyolojik bir defekti bulunan hastalar tedavi gerektirmezler. İnfertilite tedavisinde tıbbi ve cerrahi metodlar kullanılır.

#### **Tıbbi Tedavi:**

İnfeksiyonların tedavisi: Vagene ait trikomanas infeksiyonlarının tedavisinde Flagyl, Merragyl, Macmirror gibi ilaçlar; mantar infeksiyonlarının tedavisinde ise, Gension Violet, vajen lavajları ve mikostatin kullanılmaktadır. Servikal infeksiyonlar, servikal erezyon zemini üzerinde başlarlar. Bu nedenle erezyonlarda infeksiyon olmasa bile tedavi edilmelidir.

enital tüberkülozun tedavisi sistemiktir. Klasik tedavisi INH-PASS-Streptomycin, modern tedavisi ise INH-Etambutol-Rifampicin, Stpertomycin-INH-Etambutol, Strep-

tomyacin-INH-Rifampicin üçlü kombinasyonlarından birisi ya da minör anti-tüberküloz ilaçları ile yapılan kombinasyonlar (Kanamisin, Ethionamid, Viomycin) kullanılarak uygulanır.

Tubal infeksiyon sonucu oluşan sekeller bir infertilite nedenidir. Bu infektif durumlar sonucunda tubalar tıkanabilir. Tıkanıkları açmak için tıbbi tedavi olarak hidrotubasyon, cerrahi tedavi olarak tuboplasti yapılır.

Ovulasyonu uyarmak için hormon tedavisi: Pituitar yetmezlik, psikojenik amenore, şişmanlık, Stein-Leventhal sendromu, laktasyon amenoresi, nedenin bilinmediği sekunder amenorelerde Klomid adlı ilaç tedavisi etkilidir. Klomid indüksiyonu sonucu ya ovulasyon olur ya da foliküllerde lüteinizasyon görülür. Bu lüteinizasyon nedeni ile progesteron artar. Sonuçta endometrium ovulasyon sonucu meydana gelen sekretuar endometriumu andıran değişiklikler gösterebilir ve hekimi kolaylıkla yanılabilir (49).

FSH, LH ovulasyonu uyarmak amacıyla kullanılmaktadır. Fakat LH elde edilmesi çok zor ve pahalı olduğu için yerine aynı reaksiyonu veren plasentadan elde edilen HCG kullanılmaktadır. HCG genellikle FSH ile birlikte kullanılır.

Luteal devre yetmezliğinde ve servikal mukusun spermatozoidleri engellediği durumlarda Stilbesterol, Progynon-C, Depo-Provera, Proluton depot, Provera, Farlütal Primosiston tabletlerinden herhangi bir tipi kullanılabilir.

Hipoplazik uteruslarda östrojen hormonunun oral verilmesi ve gebelik önerilir (49).

### **Cerrahi Tedavi:**

Eğer tubalardaki mekanik engel tıbbi tedavi ile kaldırılamıyorsa, cerrahi müdahale göze alınmak zorundadır. Tubaların fimbria kısmında ve diğer bölgelerinde yapışıklıklar var ise, tuba duvarı normal ise, bu yapışıklıklar dikkatli bir şekilde ayrılır. Bu tekniğe Salpingoliz adı verilir. % 30-35 başarı şansı vardır. Tubanın ampuller kısmı tamamen kapalı ise, ampullanın bir kısmı ekstirpe edilir (kesilir), bu işleme Salpingostomi adı verilir. Kesilen bölüme yeni bir tuba ağzı yapılır, bu işlemede Salpingotomoplasti denir. Başarı şansı % 15'dir. Tıkanıklık tubanın ortasında ise bu kısım kesilir ve tubanın diğer sağlam kısımları ağız ağıza anastomoz yapılır. Tıkanıklık istmus hizasında ise, tubanın sağlam kısımları uterusu implante edilir. ABD istatistiklerine göre başarı şansı % 20-30'dur.

Uterus içi sineşiler vajinal küretaj ile açılır. Uterus, vajina anomalileri çeşitli cerrahi metodlarla düzeltilir. Habitual düşüklüklerde serkilaaj yapılır. Kollumun dışarıdan naylon ipliklerle dikilmesidir (3,9,21,49).

### **Erkek İnfertilitesinin Tedavisi:**

Erkek infertilitesinin tedavisini 4 grup altında toplayabiliriz:

. **Endokrin Tedavi:** Başarı şansı düşüktür. Herhangi bir hormonal tedaviye başlamadan önce hastadan testis biyopsisi alınmalı ve hastanın idrar ve serumunda FSH, Testesteron ve Östrojen düzeyleri ölçülerek, subfertilitenin nedeni araştırılmalıdır. Hormonal düzeyi düşük hastalarda faydalı olabilir.

Hormon tedavisinde insan ve hayvandan elde edilen gonadotropinler, test steron kullanılır. Eğer prepubertal devrede uzun sürmüş bir hipotroidizm varsa troid hormonları verilerek % 70 oranında başarı sağlanabilir (49).

. **Cerrahi Tedavi:** Vas deferens tıkanıklıkları, gonakoksik infeksiyonlar ve travma sonucu oluşabilir. Cerrahi tedavi faydalı olabilir. Kriptorşidizm, 10 yaşından önce tedavi edilmelidir. Varikosel hastalığında testis ısısı yükselir. Tedavisi cerrahidir (3,9,28,49).

. **İnfeksiyonların Tedavisi:** Tüberküloz, gonore, sfiliz gibi spesifik hastalıkların tedavisi sistemik bir şekilde yapılır. Paratitıs infeksiyonlarında, orşitis (testisin iltihabı) yoksa, testisleri korumak amacıyla erişkinlerde Stilbesterol verilir. Eğer orbitis teşekkül etmiş ise, kortizon tedavisi 10 gün süre ile yapılır. Rejenerasyon en erken 8-10 ay sonra normale dönebilir (49).

. **Artifisiyel İnseminasyon (Yapay aşılama):** 2 şekilde yapılır:

- 1-Homolog İnseminasyon,
- 2- Heterolog İnseminasyon,
- 3- İn Vitro Fertilizasyon.

Homolog İnseminasyon şu durumlarda uygulanır:

. **İmpotans:** Spermatogenez normal fakat psişik veya anatomik nedenlerle mümkün değilse, masturbasyon veya epididime enjektör ile girilerek alınan epididimal spermeler kullanılır.

. **Meni miktarının azlığı:** Her ejakülasyonda 1 ml.'den az meni ejaküle eden erkeklerde ya masturbasyonla alınarak kadının serviks eksternal os'una enjekte edilir ya da bu 1 ml.'lik meniler masturbasyonlarla toplanıp dondurularak biriktirilir, eksternal os'a enjekte edilir.



. Spilit ejakülasyon: Oligospermik hastaların menileri bir kaptan toplanır. İlk 1 ml.'si ayrı kaplara konur. Sonra bu kısımlar biriktirilip, dondurularak muhafaza edilir ve eksternal os'una bir defada enjekte edilir.

. Rektoejakülasyon: Bu hastalarda ereksiyon ve cinsel temas gücü normal olmasına rağmen, hiçbir meni ifrazı olmaz veya ifrazda prostatik mayi vardır. Bu şahıslarda idrar temastan sonra alınır ve santrifüje edilirse spermeler dipte toplanır. Bu spermeler kadının eksternal os'una enjekte edilir (49).

Heterolog İnseminasyon, erkeğin meni yönünden kesin olarak infertil olduğu durumlarda başka bir erkeğin menisinin kullanılarak yapılan inseminasyondur. Bazı batı ülkelerinde uygulanmaktadır. Seçilen donörlerden alınan semenler sperm bankalarında (- 170 °C)de dondurulur. Sonra (- 190 °C) likid azot içinde derecesi düşürülerek aylarca saklanabilir, % 60-100 başarı sağlanmaktadır. Taze spermde kullanılmaktadır. Yasal problemleri çözülmemiş, ağır sorumluluk riski taşıyan bir yöntemdir.

İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi, çok pahalı ve ancak bu konuda çalışan uzmanlaşmış merkezlerde yapılabilen bir yöntemdir. Tüp bebek adıyla dünya kamuoyunda bilinen bu yöntem tubaları tıkalı kadınlara annelik şansı vermektedir. Teknik, yumurtalıktan bir yumurtalık çıkarılmasını, bunun eşin spermasıyla döllenmesini ve tekrar kadının rahmine yerleştirilmesini öngörmektedir. Ultrasonografi ile izlenerek, ovulasyondan sonra bir veya birkaç ovum aspire edilir. Ovum yeterli sayıda spermatozoidle in vitro fertilizasyona bırakılır. Aşılana yumurta 4-6 hücrelik segmentasyon dönemine kadar kültür vasatında korunur. Kavum uteri içine transfer edilerek, nidasyonu sağlanır. Başarı için yöntem birer aylık aralarla 4-6 kez tekrarlanmaktadır. Başarı % 0-15 arasında değişmektedir.

Tüp bebek uygulaması, İngiltere'de jinekolog Patrick Steptoe ile fizyolojist Robert Edwards tarafından geliştirilmiştir. Dünyaya gelen ilk tüp bebek 2.6 kg ağırlıkta, 30 yaşındaki bayan Lesley Brown'un Louise adındaki kızıdır. 1978 yılından bu yana bu teknik geliştirilmiş ve İngiltere'de, Avustralya'da ve diğer ülkelerde tüp bebekler dünyaya gelmiştir (3).

### İNFERTİLİYETE KARŞI PSİKOLOJİK REAKSİYONLAR

İnfertilite, çoğunlukla psikolojik olarak tehdit edici, ekonomik olarak pahalı, duygusal olarak stresli ve genellikle fiziksel olarak da ağırlı karmaşık bir yaşam sorunu olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite insanların gelecek ile ilgili planları, kendi imajları, saygıları, ilişkileri, cinsiyetleri ile uzlaşmaz ve bireyin cinsellik ile ilgili duygularını, benlik imgesini ve benlik saygısını etkiler. Çiftler başarılı savunma mekanizmalarını kullanabilirlerse ve desteklenirlerse kriz periyodu geri-leyebilir ya da büyüyebilir (12,13,16,31,44,52).

Psikolojik sorunların fizyolojik anomalilere ve bu fizyolojik anomalilerin de zaman zaman kadının infertilite yeteneğini etkilediğine ilişkin sayısız yayın mevcuttur. Bu çeşit anomaliler arasında endokrin rahatsızlıklar, tuba spazmı, sperm naklini aksatan myometriuma ilgili kasılma bozuklukları ve ovumun olgunlaşmadan serbest bırakılması gibi durumlara sık rastlanır. Birçok araştırmacı psikosomatik faktörlerin kısırlığa neden olabildiğini göstermiştir. Bu konuda infertil kişilerin bilinçaltındaki duygularının açığa çıkarılmasını hedef güden bir tedaviden sonra gebe kalan kadınlara ait vaka raporları bulunmaktadır (40,54).

Sten ve Ward (54), yaptıkları 500 vakalık bir çalışmada çiftlerin % 25'inin 1-10 seneden beri evli olmalarına rağmen, infertilitelelerini açıklayabilecek bir neden olmadığını belirtmişlerdir. Bu 125 hastanın 83'ünün üreme anatomi ve fizyolojisi üzerine verilen konferansları izledikten sonra gebe kaldıklarını saptayarak, korku hissi gibi emosyonel faktörlerin infertilitede rol oynadığını göstermişlerdir. Yine çocuğu olmayan ailelerde evlat edindikten sonra gebe kalma oranının yüksek olması da bu faktörlerin etkinliğini kanıtlamaktadır.

1941 yılında Oir (54), bilinçaltında kendisini kadın olarak kabul edemeyen bir kısırlık vakasının psikoanaliz uygulandıktan sonra gebe kaldığını yayınlamıştır.

Bu verilere rağmen, tamamen psikolojik nedenli kısırlık oranı düşüktür. Michel-Wolfrohm yazılarında % 4.3-7.0 olarak, Schneider ise % 12,6 olarak belirtmiştir (40).

Çiftlerin infertiliteye karşı gelişen reaksiyonlarına ilişkin yapılan araştırmalarda, Kirk (53), 283 çocuksuz çifti incelemiş, kadınların çocuksuzluğu ciddi bir sorun olarak gördüğünü, erkeklerin ise, hayal kırıklığına uğramalarına karşın, daha az yoksunluk hissi deneyimlediklerini belirtmiş, Andrews (53), evlat edinmek için müracaat eden veya bir evlat edindikten sonra gebe kalan 36 çift üzerinde yaptığı araştırma verilerine göre, infertilitenin şiddetli hayal kırıklığı oluşturduğunu göstermiştir.

Eisner (53,59), kısır ve kısır olmayan kadınlara Rorschach testini uygulayarak yaptığı araştırma sonuçlarına göre, kısır kadınlarda psikonevrotik bulgulara yatkınlık saptamıştır.

Mai'de (53), infertil kadınların fertil kadınlardan daha fazla ruhsal sorunlar gösterdiğini kanıtlamıştır.

İnfertiliteye karşı psikolojik reaksiyonlar şöyle sıralanmaktadır (13,16,29,33,50,52,53).

. **Sürpriz/Şok:** Hemen her kişi kendisini doğal olarak fertil değerlendirir. Bu yüzden çiftler infertilite problemi ile karşılaştıklarında şoke olurlar. Üstelik çocuk sahibi olmak için kendilerince uygun olan zamana gelinceye kadar beklemişlerdir (13).

. **İnkâr:** Çiftler problemin büyüklüğünü anlayıncaya kadar savunma mekanizması olarak bu durumu inkâr ederler. Buna rağmen inkâr, kısa süreli başarılı bir mekanizma olarak uygundur, fakat her zaman işlev görmez (13).

. **Öfke/Günahkarlık:** İnfertil çiftler çok büyük stres ve engellenme ile karşı karşıya gelirler. Tetkikler sırasında özel yaşamlarını anlatmak zorunda kalırlar. Gizliliğin kaybı, istenildiği zaman seks, testlerin ağrı ve zahmeti ve sağlık bakım sisteminin duyarsızlığına karşı kızgınlık hissederler. Sosyal çevrelerinden gelen baskılardan dolayı kızgınlık hissedebilirler. İnfertil çiftlerin bu kızgınlık hissi kendi kendilerine duydukları öfkelerdir. Günahkarlık hissi, çocuğu olmasını hak edip etmediğini düşünmesi ile bu aşamada görülür. Bu duyguları önceki kontraseptif kullanımı, evlilik öncesi seks ya da boşanmış olması gibi olaylar kuşatır. Neden infertil oldukları kesin olarak tanımlandığı zaman, hastalar sıklıkla "eğer filanı yapsaydım" diye düşünürler. Ebeveyn olma ümitlerinin kaybı, keder, günahkarlık duygusu ya da kızgınlık gibi sıklıkla görülen emosyonel cevabı uyandırır. Öfke ya tedavi eden hekime ya da özellikle çiftlerden birinin infertil olduğu belirlenmişse eşlerden birine yönelebilir (12,13).

. **Depresyon ve Üzüntü:** Hamilelik deneyimi kaybı, fertilité kaybı, çocuk sahibi olabilmenin imkânsızlığı gibi gerçekleşmesi mümkün olamayacak şeylerin üzüntüsü ile ortaya çıkar (13).

Menning (52), infertil olmanın üzüntüsünü şöyle özetliyor: "Bu ölüm çeşidinin acı yanı, kişinin hayalinin ölümüdür. Hatırası düşünilemeyen, gerçek olmayan anılarıdır. Siz çocuğunuzun sarı saçlarını, kahverengi gözlerini, en sevdiği oyuncuğu ya da nasıl güldüğünü hatırlamayabilirsiniz veya hamile olduğunuz zamanki hislerinizi. O ise bunları asla yaşayamaz."

İnfertilitede duyulan üzüntü, doğmayan bir çocuğun ölümünün üzüntüsüdür. Aile üyelerinden birisi öldüğü zaman, kederli diğer üyelere kuvvet vermek için tüm arkadaşları ve aileleri yanındadır. Oysa infertil bir bireye destek olmak için yanında kimse olmadığı gibi arkadaşları ve aileleri bu konudaki fikirlerini olumsuzca ileri sürerler. Çünkü kültürümüz infertiliteye kişisel alanda yer vermiştir. İnfertil çiftler, teselli edilme desteğinden yoksun olarak acı çekerler (33,39).

İnfertil olma toplumdan soyutlanmayı beraberinde getirebilir. Çiftlerin kendilerini yalnız hissetmelerine neden olabilen bu problem toplumun bazı üyelerinin duygusuzluk ve yanlış algılamalarından doğabilir (12,29,39).

Baş ağrısı, gastro-intestinal bozukluk, uykusuzluk ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlar ortaya çıkabilir. Hastanın üzüntüsünün normal olduğu ve geçeceğinin söylenilmesine ihtiyacı vardır. Depresyon ve üzüntü belirtileri çiftlerin yol gösterici, rehberlik edici bir kişiye ihtiyaçları olduğunun kanıtıdır (13).

. **Kabul Etme:** Çiftlerin infertil olduklarını öğrendikleri zaman umutlarını korumaları, infertiliteyi kabul etmelerini engellemiştir. Bu dönemde çiftler infertil olduklarını kabul eder ve duygularını itiraf ederler. Bu duygular zaman zaman tekrarlayabilir fakat ilk önceki gibi uzun sürmez (12,13).

. **Çözüm:** Hastalar durumlarına iyimserlikle bakmaya başlar ve evlat edinme, yapay aşılama ya da çocuksuz olma gibi çözüm yollarından birisini düşünürler. Bu dönemde çiftin bir danışmana ihtiyacı vardır. Çiftin evlat edinmeyi çözüm olarak kabul edip etmediği göz önünde tutulmalıdır. İnfertil çift eğer evlat edinmeyi tamamen kabul etmeden evlat edinirse, evlat edindikleri çocuğu infertiliteyi hatırlatan bir obje olarak görebilir (13,52).

Nitekim Schwartz'ın (53) çalışması, kadının evlat edindiği zaman bunu infertilitesinin bir simgesi olarak gördüğünü saptamıştır. Lawder'ın (53) yaptığı araştırmanın bulguları da infertil olduğunu tamamen kabul etmeden, evlat edinmek için başvuran çiftlerin problem yarattığını göstermiştir.

## **İNFERTİLİTEYE KARŞI PSİKoseksüel REAKSİYONLAR**

Fertilite değerlendirilmesi, duygusal olarak rahatsız edicidir ve her çiftin; kendi hakkındaki duygusal ve fiziksel seks imajına bir tehdittir. Örneğin anamnezleri alınırken çiftlere birleşme teknikleri, seksüel istek ve cevaplar, gönüllü kürtaajların tarihi, birleşme sırasındaki rahatsızlıklar, seks ve üreme konusundaki bilgileri gibi, seksüel performansları üzerine sorular sorulmaktadır. Böyle sorular çiftler tarafından tehdit edici, rahatsızlık edici ve uygun değilmiş gibi görülebilir. Bazı vakalarda

seksüel yeterlilik üzerine odaklanan sorular, zamanla seksüel başarısızlıklara veya seksüel davranış değişikliklerine neden olabilir. Örneğin, cinsel ilişkiden bilinçli kaçınma ve ilişki sırasında başarısızlık gibi.

Kısırlığın tanı yöntemleri seksüel aktivitede başarısızlığa veya yeterince tatmin olamamaya yol açabilir. Lalos 1985'de (31), yaptığı çalışmada infertilitenin tıbbi araştırmalarının ve cerrahi tedavisinin çiftlerin ilişkilerini ve seksüel yaşamlarını oldukça etkilediğini, özellikle uzun süren araştırmaların anksiyeteye neden olduğunu göstermiştir. Bazı çiftler için her gün kadının vücut ısısının alınması, belirli zamanlarda ilişkide bulunmaları için hatırlatıcı olabilir fakat bazı çiftler için ateşin kaydedildiği formlar doktora verilen bir seksüel rapor olarak algılanabilir.

Sims-Huhner testi gibi belirli bir süre içinde seks yapmayı gerektiren testler, erkekte seksüel yetersizliğin ve ejakülasyon yapamamanın nedeni olarak saptanmıştır. Sperm analizi bile, duygusal ve seksüel olarak rahatsız edici olabilir (29).

Yapılan tetkiklerin sonuçlarının hastaya açıklanma şekli de çok önemlidir. Kocaya sen bu işi yapamazsın, başaramazsın demek çok kırıcı olabilir. Eşinin spermogramı normal olan bir kadına eşiniz çok üretken, gerekirse dünyayı tekrar popüle edebilir gibi bir söz söylemek, onda yetersizlik ve suçluluk hissi uyandırır. Eğer kadının fallop tüpleri kapalı ise senin tüplerin çok kötü zarar görmüş yerine, sizin yumurtalıklarınızın etrafını bazı dokular tıkamış ve fallop tüplerinizi bloke etmiş gibi bir cümle kullanılabilir. Olumlu tetkik sonuçları çiftlerde iyimser duyguların gelişmesi için kullanılmalıdır (29).

Fertilite değeriendirilmesinin psikoseksüel etkisi, eğer çiftlere test zamanının saptanmasında söz hakkı tanırsa en aza indirilebilir. Aksi halde çiftler olayların gelişiminde kontrolü kaybettikleri hissine kapılabilirler (29).

Kısır çiftler kendilerini yaralanmış ve yetersiz olarak hissedebilirler. Bu yetersizlik hissi onların tüm ilişkilerinde kendisini gösterir ve kısır kişiler kendilerini sosyal ve seksüel olarak çekici bulmazlar ve istemediklerini düşünürler. Sonuç olarak sekse ilgisizlik başlar (29).

İnsanlar istedikleri birçok şeyi çalışarak elde edebilirler. Kısır çiftler ise bir çocuğa sahip olamayacaklarını öğrendikleri zaman hayatlarında ilk kez kendi kaderlerini kontrol etme yetkisine sahip olmadıklarını fark ederler ve ümitsizliğe düşerler. Kısır kişiler seks yapmamaya başlayabilirler. "Niçin seks yapayım, hamile kalamayacağım ki" gibi. Bu psikolojik cevaplar, psikoseksüel fonksiyonları ve tatmini büyük ölçüde azaltır. Bu çiftler kendilerini değerli ve gerekli olduklarına inandırmak için; sosyal, fiziksel, seksüel olarak kabul edilmelelerini sağlayabilmek için gelişigüzel ilişkiler kurarak, herkes ile seks yapabilirler. Fakat bu yaygın görülen bir durum değildir. Çiftler birbirini suçlayabilirler ve tıbbi tedaviye karşı çıkabilirler. Eşlerden birisi diğerinden daha fazla seks isteyebilir veya seks yapmayı reddedebilir. Bu şekilde diğerini cezalandırır. Bazen orgazma ulaşamama ve vaginismus gelişebilir ve sorunları daha komplike hale gelebilir (29,54).

Maalesef kısır çiftlerde görülen seksüel sorunları öğrenmek için yapılan araştırmalar çok azdır.



William Keye'nin 1984'te (29), 500 kişi üzerinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre, kısır erkekler ve kadınlar kısırlık nedenlerinden dolayı bazı seksüel tatminsizlikler geliştirmektedirler. Araştırma bulgularına göre seksüel sorunlara neden olan faktörler 3 grup halinde toplanmıştır. Birincisi, fiziksel değişikliklerdir. Pelvik ağrılar birçok kadında mevcuttur. Endometriazis veya pelvik adhezyonlar nedeniyle özellikle coitusta ağrı hissederler. Sonuç olarak vaginismus gelişebilir. Bu problemin görülme sıklığı bilinmemektedir. İkincisi, seksüel sorunların kısır kadın ve erkekte görülebileceğidir. Seksin düzenli bir şekilde yapılma gereksinimi sonucu birçok çift seksi belirli zamanlarda yapılması gereken mekanik bir olay olarak görmeye başlarlar. Böylece başarı ve başarısızlık seksten zevk almaktan çok bir çocuk üretmekle ölçülmektedir. Sonuç olarak kendiliğinden oluşan seksin doğallığı ile oynanması seksüel sorunlar yaratabilir. Üçüncüsü, seksüel problemler kısır olmanın verdiği psikolojik etkiler sonucu gelişebilir. Kısır çiftlerin emosyonel cevap olarak gösterdikleri depresyon seksüel isteklerde inhibisyona neden olabilir. Suçluluk, ikilem, gereksizlik hissi seksüel fonksiyonları durdurmakta veya seksüel başarısızlığa neden olmaktadır (29).

Seksüel fonksiyonlar üzerine kısırlığın etkisini belirleyen araştırmalar, kısırlığın genel olarak bastırılmış seksüel isteğe neden olduğunu göstermiştir. Fakat son zamanlarda yapılan birkaç araştırma kısır erkek ve kadınların seksüel tatminsizliklerini kısırlıklarına bağladıkları ve seksüel yetersizliklerinin gerçekten kısırlık tarafından önemli ölçüde etkilenmediğini göstermektedir (29).

Peter Fagan ve arkadaşları da (15), 1986 yılında yaptıkları bir araştırma ile, in vitro fertilizasyon uygulamak isteyen çiftlerde seksüel disfonksiyonun, ya infertiliteye bağlı ya da yapılan infertilite tetkiklerine reaksiyon olarak geliştiğini saptamışlardır.

## INFERTİLİTEDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Son yıllarda infertilite alanında görülen ilerlemeler bu konuda uzmanlaşmış hemşirelere gereksinim duyulmasına neden olmuştur. Hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri gün geçtikçe artmaktadır. Bunun sonucu olarak da hemşirelerin daha fazla bilgi kazanması ve özellikle danışmanlık ve eğitim alanında beceri geliştirmeleri gerektirmektedir. Hemşireler cinsiyet konusundaki bilimsel yazıları, seks araştırmalarındaki ilerlemeleri izlemeli, bireyde görülen seksüel davranışların değişik tipleri ve spesifik seksüel sorunlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Yine üreme sistemi anatomi ve fizyolojisini çok iyi anlaması, tanı işlem ve yöntemlerini açıklaması için kavramsal çatıyı sağlar. Örneğin, östrojen ve progesteron hormonlarının vücut üzerindeki siklik etkilerinin bilinmesi hemşireye bir teşhis yöntemi olan bazal vücut ısısı eğrisi, Fern testi gibi yöntemlerin sonucunu açıklamada gerekli olabilir (35).

Hemşirelerin infertil çiftlere bakım planı hazırlayabilmeleri için hastaların sorun ve gereksinimlerini belirlemeleri gerekmektedir. Bunun için hastanın değerlendirilmesi anamnez alınırken başlayabilir. Ayrıca çiftlerin üreme hakkındaki bilgilerinin ne seviyede olduğunu, psikolojik durumlarını saptayabilir (13,35,44).

Hemşire çiftleri psikolojik olarak değerlendirmek amacıyla hastaya soru yöneltirken şu noktalara dikkat etmelidir.

. Hastanın bilinçaltında var olan çelişkilerini, özellikle evlat edinme ve gebe kalma durumlarını belirleyecek soruların derecesini saptamalıdır.

. Hastanın gerçek hayatta karşı karşıya bulunduğu güçlükler ortaya çıkarılmalıdır.

. Tıbbi görüşme tekniğini de iyi bilmelidir. Bazı hastalar kendilerini rahat ifade ederken, bazıları bu konuda ketumdurlar ve kendilerine cesaret verilmesini isterler (54).

Hemşireler çiftlerin sorunlarının neler olabileceğine dair bilgili olmalıdır ki çiftlerin sorunlarını kolaylıkla fark edebilsinler. İnfertil çiftlerin sorunları şöyle özetlenebilir:

. Cinsellik konusunda eksik, yanlış bilgileri olabilir ya da infertiliteyi cezalandırma şeklinde algılamaları söz konusu olabilir.

. Dini inanç ve değerleri infertilite tanı yöntemlerini tedavisini engelleyici olabilir.

. Cinsel istek, gereksinim, ilgi, uygulama gibi bilgileri sağlık personeli ile konuşmakta güçlük çekebilir.

. Eşlerin çocuk sahibi olma konusunda ayrı beklentileri karşıt duyguları olabilir.

. Tedavinin yan etkileri, riskleri ve maliyeti konularında endişeleri olabilir (16,24,28,34).

Bu sorunların çözümü için hemşirelik bakımının amaçları saptanmalıdır. İnfertilite tanı yöntemlerinin amacının, maliyetinin, içeriğinin anlaşılmasını sağlamak; eşlerin sağlık durumlarını geliştirmek, beslenme, anemi, zehirlenme, infeksiyon gibi sorunlarının çözülmesine yardım etmek; tanı işlemleri süresince eşleri desteklemek, sorularını yanıtlamak, seçilen tedaviyi ve risklerini açıklamak; sağlık personelleri ile açık bir iletişim kura-

bilmeleri için desteklemek, hemşirelik bakımının amaçlarından (16,24,25,34).

Hemşirelerin hasta ile ilişkileri diğer sağlık personelinde daha fazla olduğundan, onların duygularını anlama ve infertilite teşhis ve tedavi işlemleri hakkında bilgi vermede önemli sorumlulukları vardır. Çiftlerin infertilitelerinin etiyolojisi ve seyri hakkında öğrenmek istedikleri birçok konu olabilir. Bir kadın hastanın bu bilgileri bir erkek doktordan almaktan ziyade bir hemşireden alması kendisini daha rahat hissetmesine neden olur (53).

Çiftlerin üreme bilgilerinin değerlendirilmesi planlanmış eğitimin ilk aşamasıdır. Doktor, hemşire, infertil çift ve diğer sağlık personelleri ile birlikte yapılacak bir konuşma hemşireye, eşlerin her birinin bireysel bilgi ihtiyaçlarının miktarı ve tipini belirlemede yardımcı olabilir. Eğer çiftte daha önceden üreme sistemi açıklanmış ise, hemşire anamnez sırasında değerlendirme yapabilir. Birçok hemşire yazar, çiftlerin üreme sistemi anatomi ve fizyoloji bilgisinde eksiklikleri olduğunu yazmaktadır. Rogers'a göre; Objektif testlerle olan birçok çalışmalar özel lise öğrencileri, yüksekokul öğrencileri ve değişik sosyo-ekonomik gruptaki yetişkinlerin üreme hakkında yeterince bilgili olmadıkları, bu konuda birçok yanlış kavrama sahip oldukları sonucuna götürmüştür (35).

Elder, üreme ve bedensel fonksiyonları içeren eğitim görmeyi, çiftin temel hakkı olarak düşünmüştür. Üreme hakkında verilen kuramsal bilgi, çiftin gebe kalması için gerekli koşulları anlamaları ve fertilitate değerlendirmesi için temel olması açısından kavramsal çatıyı oluşturur (35).

İnfertil çiftlere yapılan sağlık eğitiminin amacı, çiftlerin üreme hakkındaki yanlış bilgi ve hayali kavramların ortaya çıkarılması ve giderilmesidir. Ovulasyon sırasında ağrı ve bir iki damla kan görülebileceği hakkında bilgi vermek gebe kalmak için onlara yardımcı olabilir. Koitustan evvel veya hemen sonra vaginal lavaj kullanmanın vaginanın normal pH'sını değiştirerek, spermelerin motilite ve fonksiyonuna zararlı bir çevre yaratabileceği, yağlayıcı madde kullanmanında sperm transportunu bozan mekanik bir barrier olabileceği açıklanmalıdır (35).

Hemşire çiftlere gerekli olan bilgiyi vereceği zaman bunu onlar için anlaşılabilir ve kabul edilebilir şekilde sunmaya dikkat etmelidir. Yaygın kullanılan, çapraşık, argo terimleri bilmek hemşire için gereklidir. Çiftlerin başlangıçta kullandıkları kelime ve deyimlerin anlaşılmasının tam olarak bilinmesi şu açıdan önemlidir. Kelime ve deyimler değişik eğitim ve deneyimlerden dolayı insanlar için seksin değişik anlamlarını ifade ederler. Aynı gerçekler farklı kelimeler ile tanımlanabiliyorsa çift bunu ister istemez anlayamayabilir. Dil konusundan başka, hemşire ile çift ilişkisinin niteliğinde çiftlere yapılan yardımın miktar ve tipini etkiler. Şöyle ki hemşire empatik bir ortam sağlayarak bilgi değişimini ilerletir. Eğer çiftler anlamadıkları yerleri gönüllü olarak soruyorlarsa hemşire bu konuda fiilen etkili olabilir (35).

Hemşire hastanın hayal kırıklığı, üzüntü, suçluluk gibi duygularının normal olduğunu belirtmeli ve hastanın duygularını bastırmak için kullanacağı enerjiyi duygularını yaşamaması için kullanmasını önermelidir. Eğer hasta hayal kırıklığı duygularını bastırırsa bunu ağlama ve kızgınlık duyguları ile belli eder. Hemşire hastanın bu duygularını açıklayabileceği ortama sağlayabilir. Hemşire tarafından sağlanan emosyonel ortam, infertilitenin neden

olduğu duyguların yeterince çözümlenmesi ve başa çıkılmasında bu duyguların bastırılması ve inkârı ile gelecekte yeniden bahsedilmesinden daha fazla yardımcı olabilir (52,53,54).

Hemşire, infertil çiftlerin tanı ve tedavi süresi içinde ilerisi için neler bekleyebileceklerini anlamaları için rehberlik edebilir. ABD'de infertil çiftlere yardım amacıyla kurulan hayırsever kuruluşlar vardır. Resolve adlı kuruluş, iki ayda bir çıkan dergi, telefon danışma servisi ve diğler yayın ve servisleri ile infertil çiftlere rehberlik etmektedir. Bu tip kuruluşların olmadığı yerlerde hemşirenin rehberlik edici danışmanlık görevi daha da önem kazanmaktadır. Hemşire bu görevini hekim, psikolog, evlilik danışmanı gibi diğler sağlık personelleri ile işbirliği yaparak sürdürebilir (13,25,35,43,52).

Hemşirelerin bilgilerini arttırabilmeleri, eğitim ve danışmanlık alanında beceri geliştirebilmeleri için eğitim programları düzenlenmelidir. 1986 yılında Avustralya'da Victorian Hastahanesi'nde; böyle bir kurs açılarak infertil çiftlerin problemleri ve bu problemlerin çözümünde nasıl yardım edilebileceği hemşirelere öğretilmiştir. Eğitim yöntemleriyle hemşire rolünün geliştirilerek infertil çiftlere genel hemşirelik hizmetinin sunulması giderek önem kazanan bir konudur. İnfertil çiftlere hizmet sunan sağlık ekibinin temel, profesyonel üyesi olan hemşireye bu konuda büyük görevler düşmektedir (35,42).

### 3. MATERYAL VE METOD

#### ARAŞTIRMA ALANI

İnfertil çiftler üzerinde yapılan bu çalışma Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

#### ARAŞTIRMA GRUBU

1.12.1986-15.4.1987 tarihleri arasında polikliniğe başvuran infertil çiftlerden rastlantısal olarak seçilen toplam 70 çiftten oluşmaktadır.

#### METOD

İnfertil çiftlerin bilgi düzeylerini, infertilite tedavisi için uyguladıkları yöntemleri ve infertilitenin evlilikleri üzerine olan etkisini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada kadınlar için 49, erkekler için 17 soru olarak hazırlanan anket formu, karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Uygulanan anket formu önce bir pilot çalışmada kullanılmış, geliştirilmiş ve son şekli verilmiştir.

Anket formu uygulanmadan önce, deneklerin soruları rahat yanıtlamaları için uygun bir ortam seçilmiş, araştırma amacı kısaca açıklanmıştır.

## DEĞERLENDİRME

Yaş, öğrenim düzeyi, meslek, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi gibi değişkenlerin tıbbi tedavi olmayı isteme üzerine etkisi, infertil kadınların eğitim düzeylerinin, tedavi için ilk başvurdukları kaynaklar ve karı koca geçimi üzerinde rolü olup olmadığı araştırılmıştır.

Bulgular yüzdeler, yüzdeler arası farkın önem kontrolü ve Kolmogrov Smirnov iki örnek testi ile değerlendirilerek sonuçlar bulgular bölümünde tablolar halinde verilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Materyal ve Metod bölümünde belirtilen esaslara göre alınan sonuçlar ve istatistik değerlendirmeler aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular beş bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde, yaş, öğrenim, meslek, aylık gelir, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi, es seçme biçimi, ilk eşlerinden ayrılma nedenleri, gebe kalmamak için yöntem kullanma süreleri ve infertilite vakalarının gebeliklerinin sonuçlanma durumları gibi tamamlayıcı bulgular yer almıştır.

İkinci bölümde kadın deneklerin tedavi amacıyla başvurdukları yöntemlere ilişkin bulgular, üçüncü bölümde ailede çocuğun önemine ve çocuğun bulunmayışının karı-koca geçimine etkisine bulgular, dördüncü bölümde cinsel bilgilerini belirleyen bulgular, beşinci bölümde ise eğitim ile ilgili görüşlerini saptayan bulgular incelenmiştir.

##### 1. TANIMLAYICI BULGULAR

###### Yaş:

Araştırmamız kapsamına giren 140 denneğin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Kadın deneklerin yaş dağılımı 15-39 olup yaş ortalaması  $\bar{x} = 27.6 \pm 5.6$ , erkek deneklerin yaş dağılımı ise 15-44 olup, yaş ortalaması  $\bar{x} = 32.6 \pm 6.3$ 'dür.

Tablo 1.- Kadın ve Erkek Deneklerin Yaş Grupları

Yaş Grupları	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	3	4.3	1	1.5	4	2.8
20-24	20	28.6	5	7.2	25	17.9
25-29	24	34.3	17	24.2	41	29.3
30-34	12	17.1	22	31.4	34	24.3
35-39	11	15.7	11	15.7	22	15.7
40-44	-	-	14	20	14	10
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Öğrenim Durumu:**

Tablo 2 incelendiğinde, kadın ve erkek deneklerin % 32.9' (46 kişi)unun ilkökul öğrenim düzeyinde, kadın deneklerin % 70' (49 kişi)inin ilkökula kadar olan eğitim düzeylerinde, erkek deneklerin ise % 90' (63 kişi)inin ilkökul ve sonraki eğitim düzeylerinde yoğunlaştıkları görülmektedir.

Tablo 2.- Kadın ve Erkek Deneklerin Öğrenim Durumları

Öğrenim Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	18	25.7	4	5.7	22	15.7
Okur-yazar	4	5.7	3	4.3	7	5.0
İlkökul	27	38.6	19	27.1	46	32.9
Ortaokul	7	10.0	19	27.1	26	18.6
Lise ve dengi	12	17.1	17	24.3	29	20.7
Yüksek okul ve d.	2	2.9	8	11.5	10	7.1
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Meslek Durumu:**

Tablo 3'de görüldüğü gibi kadın deneklerin % 92.9 (65 kişi)u ev kadını, erkek deneklerin % 44.3' (31 kişi)ü memur olarak en fazla denek sayısını oluşturmaktadır.

**Tablo 3.- Kadın ve Erkek Deneklerin Meslek Durumları**

Meslek Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Kadını	65	92.9	-	-	65	46.4
İşçi	-	-	16	22.9	16	11.4
Memur	5	7.1	31	44.3	36	25.7
Ticaret ve S.	-	-	3	4.3	3	2.2
İşsiz	-	-	5	7.1	5	3.6
Serbest	-	-	14	20	14	10
Emekli	-	-	1	1.4	1	0.7
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Aylık Gelir Durumu**

Ailelerin aylık gelir durumu Tablo 4'dedir. Çiftlerin % 45.7' (32 çift)sinin 50.000 - 69.000 ₺ gelire, % 27.1' (19 çift)inin 90.000 < ₺ gelire sahip olduklarını görmektedir.

**Tablo 4.- Çiftlerin Aylık Gelir Dağılımı**

Gelir (₺)	Sayı	%
29.000 den az	-	-
30.000-49.000	5	7.1
50.000-69.000	32	45.7
70.000-89.000	12	17.2
90.000'den çok	19	27.1
Cevapsız	2	2.9
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### Yerleşim Yeri

Araştırmaya katılan çiftlerin % 94.3' (66 çift)ü Elazığ il merkezinde, % 3.3' (3 çift)ü ilçede, % 1.4'ü (1 çift) ise köyde oturmaktadır.

### İlk Evlilik Yaşı

Kadın deneklerin ilk evlilik yaşları incelendiğinde, ilk sırayı (% 48.6, 34 kişi) 18-22 yaş grubunda evlenenlerin, ikinci sırayı ise (% 40, 28 kişi) 13-17 yaş grubunda daha gelişme çağında iken evlenenlerin aldığı görülmüştür. İlk evlilik yaşlarına göre dağılım Tablo 5'dedir.

Tablo 5.- Kadın Deneklerin İlk Evlilik Yaşları

İlk Evlilik Yaşı	Sayı	%
13-17	28	40
18-22	34	48.6
23-27	7	10
28-32	1	1.4
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### Evlilik Süresi

Çiftlerin evlilik sürelerine göre dağılımı Tablo 6'dadır. 1-2 yıldır evli olan çiftlerin oranı % 14.3 (10 kişi), 3-4 yıldır evli olanların oranı % 18.6 (13 kişi), 5-6 yıldır evli olanların oranı % 12.8 (9 kişi), 7-8 yıldır evli olanların oranı % 20 (14 kişi), 9-10 yıldır evli olanların oranı % 11.4 (8 kişi), 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan çiftlerin oranı ise % 22.8' (16 kişi)dir. Tablodan görüldüğü gibi çiftlerin çoğunluğu 11 yılın üzerinde evlidir.

Tablo 6.- Araştırmaya Katılan Çiftlerin Evlilik Süresi

Evlilik Süresi	Sayı	%
1-2	10	14.3
3-4	13	18.6
5-6	9	12.8
7-8	14	20
9-10	8	11.4
11 yıldan çok	16	22.8
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

#### Aile Tipi

İnfertil çiftlerin % 74.3' (52 kişi)ü çekirdek aile, % 24.3' (17 kişi)ü kayınvalide, kayınpeder ve yakın akrabaları ile birlikte oturarak geniş aile tipine sahip oldukları Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7.- Araştırmaya Katılan çiftlerin Aile Tipleri

Aile Tipi	Sayı	%
Cekirdek aile	52	74.3
Geniş aile	17	24.3
Kuma ve üvey çocuklar	1	1.4
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

#### Eş Seçme Biçimi

Araştırmaya katılan çiftlerden % 72.9' (51 kişi) unun görücü usulü ile % 27.1' (19 kişi) inin anlaşarak % 32.9' (23 kişi) unun da akraba evliliği yaptığı saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8.- Araştırmaya Katılan Çiftlerin Eş Seçme Biçimleri

Kadın	Görücü U.		Anlaşarak		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	51	72.9	19	27.1	70	100
Kadın	Akraba		Akraba d.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	23	32.9	47	67.1	70	100

#### İlk Eşlerinden Ayrılma Nedenleri

Erkek deneklerin % 9' (6 kişi)unun ikinci evliliği, kadın deneklerin ise tümünün ilk evliliği olduğu saptanmıştır. İkinci kez evlenen erkeklerin % 33.4' (2 kişi) ü erkek çocuğu veya çocuğu olmamasından dolayı ilk eşlerinden ayrıldığını belirtmişlerdir.

#### Gebe Kalmamak İçin Yöntem Kullanma Süreleri

Kadın deneklerin tümü evlendikten sonra gebe kalmamak için kendilerinin yöntem kullanmadıklarını, % 4.3' (3 kişi)ü 2-3 yıl süre ile eşlerinin korunduklarını ifade etmişlerdir.

#### İnfertilite Vakalarının İlk Gebeliklerinin Sonuçlanma Durumları

Kadın deneklerin % 33.3' (25 kişi) ü daha önce gebe kaldığını ve bunların % 56' (14 kişi) sı da ilk gebeliklerinin istemeyerek düşük ile sonuçlandığını söylemişlerdir.

## 2. ÇOCUĞU OLMAYAN KADIN DENEKLERİN TEDAVİ AMACIYLA BAŞVURDUKLARI YÖNTEMLERE İLİŞKİN BULGULAR

### Tedavi İçin İlk Başvurdukları Yerler

Kadın deneklerin % 21.4' (15 kişi) ü tedavi amacıyla ilk önce geleneksel yöntemlere, % 78.6' (55 kişi) sı ise tıbbi tedaviye başvurmuştur. Tablo 9 'da görüldüğü gibi, tıbbi tedaviye başvuran kadın deneklerin % 27.3' (15 kişi)ü okur-yazar değil ve okur-yazar, % 34.6' (19 kişi) sı ilkokul, % 34.5' (19 kişi) i orta-lise, % 3.6' (2 kişi) sı yüksekokul, geleneksel tedaviye başvuran kadın deneklerin % 53.4' (8 kişi) ü okur-yazar değil ve okur-yazar, ve % 46.6' (7 kişi) ı ilkokul mezunudur. Kadın deneklerin tedavi amacıyla ilk başvurdukları tıbbi ve geleneksel tedavi oranları, eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak okur-yazar olmayan, okur-yazar; ilkokul ve yüksek okul düzeylerinde anlamlı bulunmamasına karşın, ortaokul, lise düzeylerinde anlamlı olarak bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

### Özel Doktor Sayısı ve Tedavi İçin Giderleri

Kadın deneklerin % 37.7' (23 kişi) si 1-2, % 29.5' (18 kişi) i 3-4, % 21.4' (13 kişi)ü 5-6, % 11.5' (7 kişi) i 6 kezden fazla özel doktor değiştirdiklerini ve tedavi için % 57.3' (35 kişi) ü 100.000 ₺'nin üzerinde para harcadıklarını söylemiştir.

Tablo 9.- Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvurdukları Yerlerin Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Tıbbi Tedavi					Geleneksel Tedavi					Y.A.F.Ü.K.
	Hastahane Sayı %	Özel Dr. Sayı %	Dipl.Ebe Sayı %	Toplam Sayı %	Hoca Sayı %	Yerel Ebe Sayı %	Hoca Sayı %	Toplam Sayı %			
Okur-yazar değil Okur-yazar	5 27.7	9 25	1 100	15 27.3	1 50	7 58.3	- -	8 53.4	t-1.82 p>0.05		
İlkokul	7 38.9	12 33.3	- -	19 34.6	1 50	5 41.7	1 1.00	7 46.6	t-0.85 p>0.05		
Ortaokul-Lise	5 27.8	14 38.9	- -	19 34.5	- -	- -	- -	- -	t-3.15 p<0.001		
Yüksek okul	1 5.6	1 2.8	- -	2 3.6	- -	- -	- -	- -	t-0.93 p>0.05		
<b>Toplam</b>	<b>18 100.0</b>	<b>36 100.0</b>	<b>1 100.0</b>	<b>55 100.0</b>	<b>2 100.0</b>	<b>12 100.0</b>	<b>1 100.0</b>	<b>15 100.0</b>			



### Koca-karı İlaçlarının Uygulanması

Kadın deneklerin % 8.57' (6 kişi)si, , tedavi amacıyla geleneksel tedavi yöntemlerinden sadece yerel ebeye başvurmuş, bunların % 83.33' (5 kişi)si öğrenilen yöntemleri uygulamış, % 47.14' (33 kişi)ü diğer kaynaklardan yöntem öğrenmiş, bunların % 30.30' (10 kişi)u öğrendiği yöntemleri uygulamış, % 30' (21 kişi)u hem yerel hem de diğer kaynaklara başvurmuş bunların % 9.52' (2 kişi) si her ikisinden öğrendiği yöntemleri uygulamış, % 52.38 (11 kişi) sadece yerel ebenin önerdiği, % 19.05' (4 kişi) si ise sadece diğer kaynaklardan öğrendiği yöntemleri uygulamıştır. Kadın deneklerin % 14.29' (10 kişi)u yerel ebeye ve diğer kaynaklara başvurmamıştır. Deneklerin eğitim düzeyleri yükseldikçe geleneksel tedavi uygulamadıkları Tablo 10'dan görülmektedir.

### Uygulanan Koca-karı İlaçları

Araştırma kapsamına giren deneklerin uyguladıkları koca-karı ilaçları rahime uygulananlar, yenilen içilenler ve diğerleri şeklinde gruplandırılarak Ek II'de liste halinde verilmiştir.

**Tablo 10.- Kadın Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre Geleneksel Tedaviye Başvuranların Edindiği Bilgiyi Uygulama Durumlarının Dağılımı**

Eğitim Düzeyi	Yerel ebeden öğren.		Diğer kaynaklardan öğren.		Her ikisinden öğren.		Her ikisine giden				Toplam Sayı %
	Uygulayan Sayı %	Uygulanmayan Sayı %	Uygulayan Sayı %	Uygulanmayan Sayı %	Uygulayan Sayı %	Uygulanmayan Sayı %	Yerel ebe		Diğer K.		
							Uygulayan Sayı %	Uygulanmayan Sayı %	Uygulayan Sayı %	Uygulanmayan Sayı %	
Okur-yazar d. Okur-yazar	3 60	1 100	2 20	5 21.7	- -	4 100	4 36.3	2 50	2 50	21 35	
İlkokul	2 40	- -	5 50	10 43.5	1 50	- -	5 45.5	2 50	2 50	25 41.7	
Ortaokul, lise	- -	- -	3 30	6 26.1	1 50	- -	2 18.2	- -	- -	12 20	
Yüksekokul	- -	- -	- -	2 8.7	- -	- -	- -	- -	- -	2 3.3	
<b>Toplam</b>	5 100	1 100	10 100	23 100	2 100	4 100	11 100	4 100	4 100	60 100.0	

**Uygulanan Koca-karı İlaçlarının Kadın Deneklerin Sağlığı Üzerine Etkisi**

Kadın deneklerin % 59.4' (19 kişi)ü, uyguladıkları koca-karı ilaçlarının sağlıkları üzerine olumsuz etki yaptığını söylemişlerdir (Tablo 11).

**Tablo 11.- Uygulanan Koca-karı İlaçlarının Kadın Deneklerin Sağlığı Üzerine Etkisi**

<b>Koca-karı ilacı etkisi</b>	<b>Kadın De. Sayı</b>	<b>%</b>
Herhangi bir olumsuz etkisi olmayan	12	37.5
Kanama, akıntı, adet düzensizliği, üşüme titreme, ateş yükselmesi	14	43.8
Bel, kasık ağrısı	5	15.6
Çocuğu olan	1	3.1
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

### 3. AİLEDE ÇOCUĞUN ÖNEMİNE VE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ KARI KOCA GEÇİMİNE ETKİSİNE AİT BULGULAR

#### Çocuğun Gerekliliği:

Tablo 12'de görüldüğü gibi erkek deneklerin tümü, kadın deneklerin ise % 97' (68 kişi)si ailede çocuğun kesinlikle gerekli olduğunu söylemiş, kadın ve erkek deneklerin yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Tablo 12.- Deneklerin Ailede Çocuğu Kesinlikle Gerekli veya Gereksiz Bulma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam		Y.A.F.Ö.K
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ailede çocuk kes. gereklidir.	68	97.1	70	100	138	98.6	t-1.71 SD:138 P > 0.05
Ailede çocuk kes. gerekli değildir.	2	2.9	-	-	2	1.4	
<b>Toplam</b>	70	100	70	100	140	100.0	
Kolmogrov-Smirnov	BD=0.23		>		GD=0.029		
İki Örnek Testi			P > 0.05				

#### Çocuk İsteme Nedenleri

Kadın ve erkek deneklerin, ailede çocuğun önemine ilişkin yanıtları incelendiğinde kadın deneklerin % 60' (42 kişi) evliliği sürdürmek için, % 25.7' (18 kişi)si diğer nedenlerden, erkek deneklerin ise % 70' (49 kişi) neslin devamı yönünden çocuğun aile içindeki önemini vurgulamışlar, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kadın denekler diğer nedenleri eşim istediği için, yalnız kalmamak için, dedikodudan kurtulmak için, ailenin ilk gelini olduğum için, çevrenin baskısı, hastalığının geçmesi için, kaynanamın dilinden

kurtulmak için, başkalarının çocuklarına özeniyorum olarak belirtmiş, erkek denekler ise açıklamada bulunmamıştır.

Tablo 13.- Ailede Çocuğu İsteme Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Çocuk İsteme Nedenleri	Sayı		%		Toplam		Y.A.F.Ö.K.
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evliliği sür.	42	60	13	18.6	55	39.3	t=4.95 p<0.001
Neslin devamı	10	14.3	49	70	59	42.1	t=6.69 p<0.001
Mirasını bır.	-	-	2	2.9	2	1.4	t=1.73 p>0.05
Diğer	18	25.7	6	8.5	24	17.2	t=2.65 p<0.001
Ekonomik gü.	-	-	-	-	-	-	
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>140</b>	<b>100.0</b>	

#### Çocuksuzluğun Karı-koca Geçimine Etkisi

Kadın deneklerin eğitim düzeyine göre çocuksuzluğun karı-koca geçimine olan etkisi araştırıldığında, kadın deneklerin % 47.1' (33 kişi)si çocuksuzluğun geçimsizliğe neden olduğunu, % 45.7' (32 kişi)si geçimsizliğe neden olmadığını, % 7.1' (5 kişi) i kendi psikolojilerinin bu durumdan etkilenmiş olduğunu belirtmiş, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p > 0.05).

Tablo 14.- Ailede Çocuğun Bulunmayışının Karı-koca Geçimine Olan Etkisine İlişkin Kadın Deneklerin Görüşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Geçimsizliğe neden oluyor		Geçimsizliğe neden olmuyor		Toplam		Kendi psikolojisi. etkiliyor		Kendi psikolojisi. etkilemiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar d. Okur-yazar	13	39.4	.8	25	21	32.3	1	20	21	32.3	22	31.4
İlkokul	11	33.3	14	43.8	25	38.5	2	40	25	38.5	27	38.6
Ortaokul, lise	8	24.3	9	28.1	17	26.1	2	40	17	26.2	19	27.1
Yüksek okul	1	3	1	3.1	2	3.1	-	-	2	3.0	2	2.9
<b>Toplam</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>65</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>65</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>
Kolmogorov-Smirnov İki Örnek Testi	BD= 0.34		GD = 0.14		BD = 0.53		GD = 0.12		p > 0.05		p > 0.05	

### Çocuksuzluğun Boşanma Üzerindeki Etkisi

Ailede çocuk bulunmayışının boşanmaya neden olup olmadığı incelendiğinde, kadın deneklerin % 58.6' (41 kişi)sı erkek deneklerin % 78.6' (55 kişi)sı boşanma nedeni olmayacağını, kadın deneklerin % 17.1' (12 kişi) i erkek deneklerin % 21.4' (15 kişi)ü ise boşanma nedeni olacağını söylemiştir. Kadın deneklerin % 24.3' (17 kişi)ü kocasının üzerine kuma getirebileceğini belirtmiştir ve bu sonuç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0.001$ ). Deneklere eşinizin kesinlikle çocuğu olmayacağını öğrendiğiniz zaman boşanmayı düşünür müsünüz sorusu yöneltildiğinde kadın deneklerin % 97.1' (68 kişi)i erkek deneklerin % 64.29' (45 kişi)u boşanma nedeni olmayacağını, kadın deneklerin % 2.9' (2 kişi)u erkek deneklerin % 17.11' (12 kişi)i boşanma nedeni olacağını, % 18.6' (13 kişi)sı eşinin üzerine kuma getirebileceğini belirtmiş; kadın ve erkek deneklerin yanıtları arasındaki farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ , Tablo 15,16).

Kadın ve erkek deneklerin ailede çocuk bulunmayışının boşanma üzerindeki etkisine ve kesinlikle eşinin çocuğunun olmayacağı varsayımının boşanma üzerindeki etkisine dair verdikleri yanıtlar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 17,18).

Tablo 15.- Ailede Çocuksuzluğun Boşanma Üzerindeki Etkisi

	Boşanma nedeni olur		Boşanma nedeni olmaz		Üstüne evlenilebilir		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	12	17.1	41	58.6	17	24.3	70	100
Erkek	15	21.4	55	78.6	-	-	70	100
<b>Toplam</b>	<b>27</b>		<b>96</b>		<b>17</b>		<b>140</b>	
Y.A.F.Ö.K. (SD-138)	t-0.6 p > 0.05		t-1.6 p > 0.05		t-4.42 p < 0.001			



Tablo 16.- Kesinlikle Eşinin Çocuğunun Olmayacağı Varsayımının Boşanma Üzerine Etkisi

	Boşanma nedeni olur		Boşanma nedeni olmaz		Üstüne evlenilebilir		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	2	2.9	68	97.1	-	-	70	100
Erkek	12	17.11	45	64.29	13	18.6	70	100
Toplam	14		113		13		140	
Y.A.F.Ö.K. (SD-138)		t-2.76 p < 0.001		t-4.9 p < 0.001		t-3.82 p < 0.001		

Tablo 17.- Çocuksuзluđun Boşanma Üzerine Etkisi ile Kadın ve Erkek Deneklerin Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

K	Eğitim Düzeyi	Boşanma nedeni Sayı	%	Boşanma nedeni olmaz Sayı	%	Üstüne evlenilebilir Sayı	%	Toplam Sayı	%
A	Okur-yazar olmayan, Okur-yazar	3	25	9	21.9	10	58.8	22	31.4
D	İlkokul	5	41.7	17	41.5	5	29.4	27	38.6
I	Ortaokul, lise	4	33.3	13	31.7	2	11.8	19	27.1
N	Yüksek okul	-	-	2	4.9	-	-	2	2.9
	<b>Toplam</b>	12	100.0	41	100.0	17	100.0	70	100.0
	Kolmogrov-Smirnov İki örnek testi BD = 0.45 > GD = 0.05 p > 0.05								
E	Okur-yazar olmayan	3	20	4	7.3	-	-	7	10.0
R	Okur-yazar	3	20	16	29.1	-	-	19	27.2
K	İlkokul	8	53.3	28	50.9	-	-	36	51.4
E	Ortaokul, lise	1	6.7	7	12.7	-	-	8	11.4
	<b>Toplam</b>	15		55	100.0	-	-	70	100.0
	Kolmogrov-Smirnov İki Örnek Testi BD = 0.396 > GD = 0.13 p > 0.05								

Tablo 18.- Kesinlikle Eşinin Çocuğu Olmayacağı Varsayımının Boşanma Üzerine Etkisi ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki

Eğitim Düzeyi	Boşanma nedeni olur Sayı	Boşanma nedeni %	Boşanma nedeni olmaz Sayı	Boşanma nedeni %	Üstüne evlenilebilir Sayı	Üstüne evlenilebilir %	Toplam Sayı	Toplam %
Okur-yazar olmayan, Okur-yazar	1	50.0	21	30.9	-	-	22	31.4
İlkokul	1	50.0	26	38.3	-	-	27	38.6
Ortaokul, lise	-	-	19	27.9	-	-	19	27.1
Yüksek okul	-	-	2	2.9	-	-	2	2.9
<b>Toplam</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>
Kolmogrov-Smirnov İki örnek testi								
BD = 0.98 > GD = 0.31 p > 0.05								
Okur-yazar olmayan Okur-yazar	-	-	3	6.7	4	30.8	7	10.0
İlkokul	5	41.7	10	22.2	4	30.8	19	27.2
Ortaokul, lise	7	58.3	25	55.6	4	30.8	36	51.4
Yüksek okul	-	-	7	15.5	1	7.6	8	11.4
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>
Kolmogrov-Smirnov İki Örnek Testi								
BD = 0.44 > GD = 0.15 p > 0.05								

### Ailede Çocuk İsteğinde Etkin Olan Kişi

Ailede çocuğu en çok kimin istediğı sorusunu kadın deneklerin % 27.2' (19 kişi)si kocasının, % 37.1' (26 kişi) i kendisinin, % 34.3' (24 kişi)ü karı-kocanın birlik-te, % 1.4' (1 kişi)ü ise kocasının ailesinin istediğı şekilde yanıtlamıştır.

### Evlat Edinmeye İlişkin Düşünceleri:

Kadın deneklerin % 28.6' (20 kişi)si , erkek deneklerin % 25.7' (18 kişi)si kendi çocuklarının olmaması durumunda evlat edinmek istediklerini söylemişlerdir. Evlat edinmek isteyen kadın deneklerin % 70' (14 kişi) i resmi bir kuruluştan, % 15' (3 kişi) i akrabadan, % 15' (3 kişi)iyabancı bir aileden, erkek deneklerin ise % 55.5' (10 kişi)i resmi bir kuruluştan, % 27.8' (5 kişi)i akrabadan, % 16.7' (3 kişi) si yabancı bir aileden çocuk alıp büyütmek istediklerini belirtmişlerdir.

#### 4. DENEKLERİN CİNSEL BİLGİLERİNİ BELİRLEYEN BULGULAR

##### Cinsel Bilgi Düzeyleri

Kadınların % 68.6' (48 kişi) sının ovulasyon zamanını bilmedikleri, % 5.7' (4 kişi)sinin ovulasyon zamanını yanlış olarak bildikleri, % 50' (35 kişi)sinin cinsel ilişkiden hemen sonra kalkıp dolaştığı, % 54.3' (38 kişi) ünün cinsel ilişkiden sonra lavaj yaptığı, % 91.4' (64 kişi)ünün adetli iken ilişkide bulunmadıkları, % 48.6' (34 kişi)sinin haftada 3-4 kez cinsel ilişkide buldukları saptanmıştır.

#### 5. DENEKLERİN EĞİTİM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİ SAPTAYAN BULGULAR

##### Cinsel Bilgi Gereksinimlerini Karşılıamada Başvurmak İstedikleri Kaynaklar

İnfertil çiftlerin tümü direkt başvurabilecekleri bir merkezin olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Kadın deneklerin % 91.4' (64 kişi)ü, erkek deneklerin ise % 97.1' (68 kişi)i sağlık ve cinsellik konularının ilköğretim, ortaokul ve lise ders programlarında yer almasını istediklerini söylemişlerdir. Televizyon ve radyoda bu konularla ilgili eğitici programların olmasını kadın deneklerin % 94.3' (66 kişi) ü, erkek deneklerin ise % 98.6' (69 kişi)si istemişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19.- Kadın ve Erkek Deneklerin Cinsel Bilgi Gereksinimlerini Karşılama Başvurmak İstedikleri Kaynaklara İlişkin Görüşleri

	Direkt Başvurabileceği Bir Merkezin Olması				Sağ. ve Cins. Konu. İlk, Orta, lise ders pr. yer alma				Televizyon ve radyo eğitici program olmasını			
	İster Sayı	%	İstemez Sayı	%	İster Sayı	%	İstemez Sayı	%	İster Sayı	%	İstemez Sayı	%
Kadın	70	100	-	-	64	91.4	6	8.6	66	94.3	4	5.7
Erkek	70	100	-	-	68	97.1	2	2.9	69	98.6	1	1.4
<b>Toplam</b>	<b>140</b>		<b>-</b>		<b>132</b>		<b>8</b>		<b>135</b>		<b>5</b>	

## 5. TARTIŞMA

İnfertilite, biyolojik, sosyal, kültürel, bilgi ve uygulamaya yönelik bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada infertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin evlilik kurumuna olan etkisi saptanarak literatür bilgilerinin ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadın denekler 15-39 yaşları, erkek denekler ise 15-44 yaşları arasında dağılım göstermektedir. Kadın deneklerin % 34.3'ü 25-29, % 32.8'i 30-39 yaş gruplarında, erkek deneklerin % 31.4'ü 30-39 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır.

Kadın deneklerin % 38.6'sı ilkokul mezunu, % 25.7'si okur-yazar değil, erkek deneklerin % 27.1'i ilkokul mezunu, % 5.7'si ise okur-yazar değildir. Ayrıca kadın deneklerin % 92.9'unun ev kadını, erkek deneklerin % 44.3'ünün memur, % 22.9'unun işçi olduğu görülmüştür. Ülkemizde kadınlarımızın öğrenim düzeylerinin düşük olması, erken yaşta evlendirilmeleri, eşlerinin ev dışı bir işte çalışmalarını engellemeleri ve mesleklerinin olmayışından dolayı bu durumun ortaya çıktığı benzer çalışmalar ve literatür bilgisi ile kanıtlanmıştır (1,7, 8,18,43,45). Kadınlarımızın toplumdaki gerçek yerini alabilmesi ve sağlık alanında bilinçlendirilebilmesi ancak eğitim düzeyinin yükseltilmesi ile gerçekleşecektir. Araştırma kapsamına giren erkek deneklerin memur ve işçi meslek gruplarında yoğunlaşmalarının nedeni hastane masraflarının sağlık sigortası tarafından karşılanmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çiftlerin aylık gelir durumları incelendiğinde, % 45.7'sinin 50.000-69.000 ₺ arasında, % 7.1'inin 30.000-49.000 ₺ arasında gelire sahip oldukları görülmüştür.

Araştırmaya katılan çiftlerin % 94.3'ü Elazığ il merkezinde, % 1.4'ü ise köyde oturmaktadır. Bu veriler, köyde oturan çiftlerin hastaneye başvurmadıklarını ortaya çıkarmaktadır. Polat (41), infertil çiftler üzerinde Ankara'da yaptığı araştırmada, infertilite polikliniğine köylerden başvurma oranını % 19.2, illerden başvurma oranını % 52 olarak bulmuştur. Köyden başvuru oranının çok az olmasında ekonomik nedenler ve eğitim düzeylerinin düşüklüğü etken olarak düşünülebilir. Tedavi için ulaşım, kalacak yer, uzun zaman ve para gerekmektedir. Ekonomik faktörlerin yanısıra modern tedavi yöntemlerini bilmemeleri ve geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamaları etken olan diğer bir faktördür.

Kadın deneklerin % 40'ünün 13-17 yaş grubunda, % 48.6'sının 18-22 yaş grubunda, % 11.4'ünün 23-32 yaş grubunda iken evlenmiş oldukları görülmüştür. Polat (41) 13-17 yaş grubunda evlenme oranını % 38, Şen (45) 15-19 yaş grubunda evlenme oranını % 48, İkizler (23) ise % 68.4 olarak bulmuştur. Bizim bulgumuzu destekleyen benzer çalışmalar ve literatür bilgisi de yurdumuzda evlenme yaşının küçük olduğunu kanıtlamıştır (6,7,8,18,26,48). Fizyolojik ve psikolojik olarak doğurganlığa hazır olamamada infertilite nedenleri arasında yer almaktadır (3,5,9,29,49).

Deneklerin evlilik süreleri incelendiğinde, % 22.8'inin 11 yılın üzerinde evli oldukları, % 20'sinin 7-8 yıldır evli oldukları, % 14.3'ünün 1-2 yıldır evli oldukları görülmüştür. Uzun süredir evli olan bu çiftler hâlâ ümitlerini yitirmemişler ve birçok tedavi yöntemleri uygulamışlardır.



İnfertil çiftlerin % 74.3'ü çekirdek aile, % 24.3'ü ise geniş aile tipine sahiptir. Polat (41), yaptığı araştırmada geniş aile tipine sahip deneklerin oranını % 27.2 olarak saptamış ve geniş aile tipinin beslenme, kalabalık ve bulaşıcı hastalıklar yönünden fertilitiyi etkilediğini belirtmiş, Şen (45) memleketimizde tahıl ve yağlı maddelere dayanan beslenme nedeniyle et, süt, yumurta, balık gibi değerli besinlerin yeterince alınmadığını, malnütrisyon ve kilo kaybının amenoreye neden olduğunu açıklamış, Çavdar (10), Türkiye çapında yapılan beslenme tüketim araştırmasında Doğu Anadolu bölgesinde tahıl, yoğurt ve tereyağı tüketimi dışındaki besin maddelerinin tüketiminin Türkiye ortalamasının altında olduğunu bildirmiştir.

Çiftlerin % 72.9'u görücü usulü, % 32.9'u akraba evliliği yaparak evlenmiştir. Polat (41), akraba evliliği oranını % 22.8, Coşkun (8) % 26.7 olarak bulmuştur. Çalışmamızda bulunan akraba evliliği oranının bu orandan yüksek olması, doğu illerinde akraba evliliğinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Kadın deneklerin hepsinin ilk evliliği, erkek deneklerin % 9'unun ikinci evliliği olduğu ve bunların % 33.4'ünün erkek çocuğu olmaması veya çocuğu olmamasından dolayı ilk eşlerinden ayrıldıkları belirlenmiştir. Polat (41), ikinci kez evlenen kadın ve erkek denek oranını % 5.5 olarak bulmuş ve bunların % 77'sinin çocukları olmadığı için ilk eşlerinden ayrıldığını saptamıştır. İki çalışma arasındaki bulgu farklılığının yöresel gelenek ve göreneklerden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

İnfertil çiftlerin tedavi için giderleri ve değiştirdikleri özel doktor sayısı incelendiğinde, kadın deneklerin % 37.7'sinin 1-2, % 29.5'inin 3-4, % 21.4'ünün

5-6 kez özel doktor değiştirdikleri ve tedavi için % 57.3'ünün 100.000 ₺'sının üzerinde harcama yaptıkları saptanmıştır. Çiftlerin çoğunluğunun düşük aylık gelire sahip oldukları dikkate alındığında infertilite sorununu ne denli ciddiye aldıkları ve sorunun çözümünü sağlamak amacıyla ekonomik güçlerini aşan harcamalar yapabildikleri anlaşılmaktadır.

Kadın deneklerin % 21.4'ünün tedavi amacıyla ilk önce geleneksel yöntemlere, % 78.6'sının ise tıbbi tedaviye başvurduğu görülmüştür. Tedavi amacıyla ilk önce başvurdukları yerler eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, ortaokul-lise eğitim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.001$ ), diğer eğitim düzeylerinde ise anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Bu bulgu kadınlarımızın eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel tedaviyi uygulamadıklarını ortaya çıkarmaktadır. Kadın deneklerin % 8.57'si tedavi amacıyla geleneksel tedavi yöntemlerinden yalnızca yerel ebeye başvurmuş, bunların % 83.33'ü öğrendiği yöntemleri uygulamış, % 47.14'ü diğer kaynaklardan yöntem öğrenmiş, bunların % 30.30'u öğrendiği bu yöntemleri uygulamıştır.

Polat (41), yerel ebenin önerdiği yöntemleri uygulama oranını % 48, Bayık ve Bahar (6) ise % 42.8 olarak bulmuştur. Bu veriler çalışmadaki verilere paralellik göstermektedir. Görüldüğü gibi yerel ebenin kadınlar üzerindeki etkinliği oldukça fazladır. Kadın toplumun baskısı ve suçlamalardan kurtulmak için sayısız umarlardan fayda beklemektedir. Literatür bilgileri de bu bulguyu desteklemektedir (4,6,11,17,28,38,41,50).

Araştırmamızda koca-karı ilaçlarını uygulayan kadın deneklerin % 59.4'ünde kanama, akıntı, adet düzensizliği, üşüme, titreme, ateş yükselmesi, bel, kasık ağrısı gibi belirtiler saptanmıştır. Polat'ın (41), % 47.5 ola-

rak bulduğu bu oran bizim bulgumuzla paralellik göstermektedir. Bu duruma rahime uygulanan koca-karı ilaçlarının neden olduğu söylenebilir. Baran (4), Kazancıgil (28), Örnek (38), Yurdanur (54) uygulanan koca-karı ilaçlarının kadın sağlığını olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Erkek deneklerin tümü, kadın deneklerin % 97'si ailede çocuğun kesinlikle gerekli olduğunu söylemiş, kadın ve erkek deneklerin yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Buna göre, ailede çocuğun kesinlikle gerekli olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Deneklerin çocuk isteme nedenlerine göre kadın deneklerin % 60'ı evliliği sürdürmek için, % 25.7'si diğer nedenlerden, erkek deneklerin % 70'i neslin devamı yönünden çocuğun önemini vurgulamışlar ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kâğıtçıbaşı (26). Türkiye'de Çocuğun Değeri araştırmasında, çocuğa verilen ekonomik değer azaldığını, psikolojik değer ise arttığını göstermiş; kadının erkeğe bağlı konumunu, eşine yakın olmayı önemsemesi, evlilik bağına güçlendirmesi ve çocuğun kari-kocayı yakınlaştırıcı değerini vurgulaması bulgularıyla ortaya çıkarmıştır. Polat (41), kadınların evlilik bağına kuvvetlendirme, kari-kocayı birbirine yaklaştırma, erkeklerin ise neslin devamı yönünden ailede çocuk isteminde bulduklarını saptamıştır. Bu durum aile ve toplumda iki cinse verilen farklı değer ve statüleri yansıtmakta, aile adının sosyal bir değer olduğunu ortaya koymaktadır. Çocuğu olmayan kadın ve erkek denekler, çocuk isteme nedenleri yönünden grup, yöre, toplum değerlerinden güdülenmekte ve çocuğu psikolojik, kültürel, sosyal bir gereksinme olarak görmektedirler.

Kadın deneklerin % 47.1'i çocuksuzluğun kari-koca arasında geçimsizliğe neden olduğunu, % 45.7'si geçimsiz-

liĝe neden olmadıĝını, % 7.1'i ise kendi psikolojilerinin bu durumdan etkilendiĝini belirtmiştir. Literatür bilgileri de bizim bulgularımızı desteklemektedir (4,28,36,43,49,52,54). Eĝitim düzeylerine göre kadın deneklerin yanıtları incelendiĝinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Ailede çocuk bulunmayışının boşanmaya neden olup olmadığı sorusuna kadın deneklerin % 58.6'sı boşanma nedeni olmaz, % 17.1'i boşanma nedeni olur, % 24.3'ü üstüne evlenilebilir, erkek deneklerin % 78.6'sı boşanma nedeni olmaz, % 21.4'ü boşanma nedeni olur şeklinde yanıtlamış ve erkek deneklerin hişbiri karısının üstüne evlenebileceĝini söylememiştir. Kadın ve erkek deneklerin üstüne evlenilebilir yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bulgularımız Polat'ın (41) çalışmasında elde ettiĝi bulgulara paralellik göstermekle birlikte, Polat'ın araştırma kapsamına giren çiftlerin hişbiri üstüne evlenilebilir şeklinde bir yanıt vermemiştir. Bu durumun büyük şehirde ve doğuda bir ilde yaşayan deneklerin bakış açılarındaki farklılıktan kaynaklandıĝı düşünülebilir.

Eşinizin kesinlikle çocuĝu olmayacaĝını öğrenirseniz boşanmayı düşünür müsünüz sorusuna verilen yanıtlar incelendiĝinde kadın deneklerin % 97.1'i boşanma nedeni olmaz, % 2.9'u boşanma nedeni olur, erkek deneklerin % 64.29'u boşanma nedeni olmaz, % 17.11'i boşanma nedeni olur, % 18.6'sı ise üstüne evlenilebilir olarak belirtmişler ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kadınların evliliĝin devamı için çocuk isteminde bulunmalarının, eşim üstüne evlenebilir ya da beni boşayabilir endişesinden kaynaklandıĝı düşünülebilir. Tüm bu veriler, kadınlarımızın toplumdaki yeri ve statüsü hakkında bilgi vermektedir. Aile içinde erkek-kadın iletişimi, rol paylaşımı ve kadının karar

verme sürecine katılımı yani aile içi statüsü düşüktür. Kadın erkeğe bağımlı bir konumdadır. Toplumdaki ve aile içindeki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile bağlantılı olarak ele alınmıştır. Özellikle eşinin üstüne kuma getirme oranının yüksek oluşu bu düşüncüyü desteklemektedir.

Abadan-Unat (1), Baran (4), Bayık ve Bahar (6), Kazancıgil (28), Kurtulan (30), Ocakçı (36), Örnek (38), Üstay (49) ve Yurdanur (54) toplumumuzda erkeklerin çocukları olmaması durumunda muayene olmaya gerek bile görmeden eşlerinin üstüne kuma getirdiklerini vurgulamışlardır.

Kadın ve erkek deneklerin ailede çocuğun bulunmamasının ve eşinin kesinlikle çocuğu olmayacağı varsayımının boşanma üzerindeki etkisine ilişkin verdikleri yanıtlar ile eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Eğitim düzeyi ne olursa olsun, erkek deneklerin çocuğu olmadığından dolayı eşini boşamayı ya da üstüne evlenmeyi düşünebildiğini gösteren bu bulgu neslin sürdürülmesinin önemini ve yöresel değerini ortaya çıkarmaktadır.

Ailede çocuğu, kadın deneklerin % 37.1, erkek deneklerin % 27.2, karı-koca birlikte % 34.3 oranında istediği belirlenmiştir. Bu bulgularda çocuğun aile için ne denli önemli bir unsur olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır.

Kadın deneklerin % 71.4'ü, erkek deneklerin % 74.3'ü başkasının çocuğunu alıp büyütmek istemediklerini belirtmiş, evlat edinmek isteyen kadın deneklerin % 70'i resmi bir kuruluştan, % 15'i akrabadan, % 15'i yabancı bir aileden, erkek deneklerin % 55.5'i resmi bir kuruluştan, % 27.8'i akrabadan, % 16.7'si yabancı bir aileden

çocuk alıp büyütme isteğinde bulunmuştur. Deneklerin kendi çocuklarının olmasının çok önemli olduğu, yerinin evlat edinerek doldurulamayacağı görüşünde oldukları düşünülebilir.

Deneklerin cinsellik konusundaki bilgi düzeylerini gösteren bulgularımıza göre, % 68.6'sının ovulasyon zamanını bilmediği, % 5.7'sinin yanlış olarak bildiği, % 50'sinin cinsel ilişkiden hemen sonra kalkıp dolaştığı, % 54.3'ünün cinsel ilişkiden sonra lavaj yaptığı, % 8.6'sının adetli iken ilişkide bulunduğu, % 48.6'sının haftada 3-4 kez cinsel ilişkide bulunduğu saptanmıştır.

İnfertil çiftlerin hepsinin doğrudan başvurabilecekleri bir merkezin olmasını, kadın deneklerin % 91.4'ünün, erkek deneklerin % 97.1'inin sağlık ve cinsellik konularının ilk ve orta öğretim müfredat ders programlarında yer almasını, kitle iletişim araçlarında bu konularla ilgili eğitici programların olmasını istedikleri anlaşılmıştır.

Bu sonuçlar, ülkemizdeki bireylerin cinsellik konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ve eğitime olan gereksinimlerini kanıtlamaktadır. Karacadağ (27), II. Ulusal Jinekoloji Kongresi'nde halkımızın cinsel eğitim eksikliği sonucu ortaya çıkan sosyal ve tıbbi sorunları örnek vererek açıklamıştır. Coşkun (7), 1975 yılında Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından yapılan bir çalışma sonucunda aile ve gençlerin cinsellik konusunda temel bilgilerden bile yoksun oldukları ve eğitilmek istediklerinin saptandığını bildirmiş, İnanç (22), cinselliğin ve cinsel eğitimin kişi, aile ve toplum yapısını belirleyen önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan kadın deneklerin büyük bir çoğunluğunun 25-29 yaş grubunda, ilkokul mezunu, ev kadını olduğu, Elazığ il merkezinde oturduğu çekirdek aile tipine sahip olduğu, erkek deneklerin ise 30-34 yaş grubunda, ilkokul veya ortaokul mezunu, memur, 50.000-69.000 ₺ gelire sahip oldukları belirlenmiştir.

Kadın deneklerin % 48.6'sının 18-22 yaş grubunda, % 40'ının 13-17 yaş grubunda evlendikleri, % 22.8'inin 11 yılın üzerinde % 20'sinin 7-8 yıldır evli oldukları saptanmıştır. Çiftlerin % 72.9'unun görücü usulü ile % 32.9'unun akraba evliliği yaparak evlendiği saptanmıştır.

Kadın deneklerin % 21.4'ünün tedavi amacıyla ilk önce geleneksel yöntemlere, % 78.6'sının ise tıbbi tedaviye başvurduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri ile tıbbi ve geleneksel tedaviye başvurma oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ortaokul, lise düzeylerinde anlamlı bulunmuştur. Geleneksel tedavi yöntemlerinden sadece yerel ebeye başvuran kadın deneklerin % 83.33'ünün öğrendiği yöntemleri uyguladığı, diğer kaynaklardan yöntem öğrenen deneklerin ise % 30.30'unun öğrendiği yöntemleri uyguladığı anlaşılmıştır.

Çiftler ailede çocuğun kesinlikle gerekli olduğunu vurgulamışlar, kadın denekler çocuğu evliliği sürdürme, erkek denekler ise neslin devamı için istediklerini belirtmişler ve yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Erkek deneklerin % 9'unun ikinci evliliği olduğu ve bunların da % 33.4'ünün erkek çocuğu veya çocuğu olma-

masından dolayı ilk eşlerinden ayrıldıkları saptanmıştır. Ailede çocuksuzluğun boşanma üzerine etkisi incelendiğinde kadın deneklerin % 24.3'ünün eşinin üzerine kuma getirebileceği, % 17.1'inin boşanma nedeni olacağı düşüncesinde oldukları belirlenmiştir. Eşinin kesinlikle çocuğu olmaması durumunda, erkek deneklerin % 21.4'ü boşanma nedeni olur, % 18.6'sı üstüne evlenilebilir şeklinde yanıtlamış ve kadın, erkek deneklerin yanıtları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çocuksuzluğun boşanma üzerine etkisine ilişkin deneklerin verdikleri yanıtlar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve eğitim düzeylerinin erkek deneklerin görüşleri üzerinde etkili olmadığı anlaşılmıştır.

Ailede çocuk olmasını en fazla kadın deneklerin istediği, çocukları olmaması durumunda çiftlerin büyük bir çoğunluğunun evlat edinmek istemedikleri, evlat edinmek isteyen kadın deneklerin % 70'inin, erkek deneklerin % 55.5'inin resmi bir kuruluştan evlat edinmek istedikleri belirlenmiştir.

Kadın deneklerin cinsellik konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı saptanmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre beliren sorunlara çözüm getirmek amacıyla yapılması gerekli öneriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Kadın ve erkeklerin bilgi düzeylerinin sağlık ve cinsellik konusunda onların anlayabileceği şekilde yazılmış kitaplar, radyo ve televizyon programları ile artırılması,

- Halk sağlığı hemşirelerinin infertilite konusunda eğitilmesi,



- İnfertil çiftlere rehberlik, teşhis ve tedavi etmek amacıyla infertilite kliniklerinin kurulması,

- İnfertilite alanında uzmanlaşmış hemşirelerin bu kurumlarda görevlendirilmesi,

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılmasını sağlayacak önlemlerin alınması,

- İnfertilitenin oluşma sıklığının azalmasında, aile planlaması programlarının işlerliğinin sağlanmasının, infertilite sorununun çözümlenmesinde etkin olacağı inancındayız.



## 7. ÖZET

Çalışma, infertil çiftlerin bilgi düzeyleri, uygulamaları ile infertilitenin evlilik kurumuna olan etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran infertil çiftlerden rastlantısal olarak seçilen 70 infertil çift araştırma grubunu oluşturmuştur.

Kadın ve erkek denekler için hazırlanan ayrı anket formları hasta ile karşılıklı görüşülerek uygulanmıştır.

Deneklerin yaş, öğrenim, meslek, aylık gelir durumu, yerleşim yeri, ilk evlilik yaşları, evlilik sürüleri, aile tipi, eş seçme biçimleri gibi bilgilerin yanısıra tedavi amacıyla başvurdukları yerler, harcadıkları para miktarları, uyguladıkları yöntemler ve bu yöntemlerin sağlıkları üzerine etkisi, ailede çocuğun gerekliliği, neden istendiği, çocuksuzluğun boşanma üzerine ve karı-koca geçimi üzerine olan etkisi, evlat edinme konusundaki düşünceleri ve cinsel bilgileri araştırılmıştır.

Kadın deneklerin % 8.57'sinin tedavi amacıyla geleneksel tedavi yöntemlerinden sadece yerel ebeden, % 47.14'ünün diğer kaynaklardan, % 30'unun ise hem yerel ebe hem de diğer kaynaklardan yöntem öğrendikleri ve koca-karı ilacı uygulayan kadın deneklerin % 59.4'ünün sağlıkları üzerine olumsuz etki yaptığı saptanmıştır.

Kadın ve erkek deneklerin ailede çocuğu kesinlikle gerekli olarak gördükleri ve kadın deneklerin % 54.3'ünün çocuksuzluğun karı-koca ilişkisini olumsuz yönde etkilediği görüşünde oldukları anlaşılmıştır. Erkek deneklerin % 35.71'inin eşinin kesinlikle çocuğu olmaması durumunda ileride belki boşanmayı ya da eşinin üstüne kuma getirmeyi düşündükleri görülmüştür.

Toplumumuzda çocuk aile için vazgeçilemeyecek bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Öyleki çocuksuzluk karı-koca arasında anlaşmazlık, boşanma nedeni olabilir. İnfertil kadınlar çocuk sahibi olabilmek için birçok geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmakta ve bu uygulamalardan sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu nedenle kadın ve erkeklerin genel sağlık bilgi düzeylerinin yükseltilmesi gereklidir. Bunun yanında cinsel eğitimin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi açıktır. Her iki alanda da hemşireye büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir.

## 8. SUMMARY

This study was undertaken in order to ascertain the levels of knowledge of infertile couples in relation to the effects of infertility on marriage.

Seventy infertile couples attending the Gynecology Department of Firat University Research and Application Hospital were selected as the sample for the study.

Two questionnaires, designed for the male and female subjects respectively, were completed in separately administered interviews.

In the study the following variables were taken into consideration: 1. age; 2. educational level; 3. occupation; 4. income level; 5. place of residence; 6. the age of the individuals at marriage; 7. duration of marriage; 8. family type (ie nuclear/extended); 9. method in which partners selected each other (ie whether or not the marriage was arranged); 10. places of previous treatment; 11. cost of treatment; 12. methods used for treating infertility; 13. the effects of these methods on the individuals' health; 14. the opinions of the couples in relation to the desirability/necessity of children in the family; 15. reasons for wanting children; 16. the effects of infertility on the relationship and whether or not divorce was considered because of infertility; 17. the opinions of the individuals about adoption; 18. the levels of sexual knowledge.

The findings of this research were based on analysis of the data obtained from the questionnaires. These findings may be summarised as follows: a) 8.57 % of the female subjects had been treated only by the local midwife; b) 47.14 % of the subjects had used other sources of treatment; c) 30 % had used both a local midwife and folk medicines; d) 59.4 % were affected negatively by the traditional methods of treatment.

It was also found that both the male and female subjects thought having children was a very important aspect of marriage. According to 54.3 % of the female subjects infertility has a negative effect on the relationship. Moreover 35.71 % of the male subjects thought of divorce or having another woman if it became certain that their wife was infertile.

In our society children are seen as an important aspect of family life. Infertility may affect a relationship negatively or lead to divorce. For this reason many women with a low level of education use traditional folk medicines to treat infertility and are affected by them adversely.

All the findings indicate the necessity of general health education and sex education for both males and females. The findings also show the need to develop primary health care. In all these areas the role and responsibility of the nurse is of prime importance.

## 9. KAYNAKLAR

1. Abadan-Unat, N., Erder, T., Kandiyoti, D., Kıray, M.B.: Türk Toplumunda Kadın, Kent Basımevi, İstanbul, 2. baskı, 1982.
2. Aral, S.O., Cates, W.: The Increasing Concern with Infertility, JAMA, 250:7 November 4, 1983.
3. Arısan, K.: Kadın Hastalıkları, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 2. baskı, 1986.
4. Baran, S.: Kısırlık Sorunları, Kadın Sağlığı Sorunları ve Uluslararası Jinekoloji Seminerleri, Ankara, 1974.
5. Baran, S.: Kadın ve Erkeklerde Kısırlık, Yeni Matbaa, Ankara, 1951.
6. Bayık, A., Bahar, Z.: Doğurgan Çağdaki Kadınların Geleneksel Uygulamalarına İlişkin Bir Çalışma, Ege Univ. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1:1 Ocak-Nisan, 1985.
7. Coşkun, A.: Cinsellik ve Aile Planlaması Eğitiminin Ülkemizdeki Konumu, Ders Notları.
8. Coşkun, A.: Adolesan Dönemi Gebeliklerinde Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklerin İncelenmesi ve Bu Gebeliklere Sosyo-ekonomik Kültürel Faktörlerin Etkinliği, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1984 (Doktora Tezi).
9. Çanga, Ş., Önder, İ.: Kadın Hastalıkları, Ankara Tıp Fak. Yayınları, 1976.

10. Çavdar, T.: Türkiye'de Ekonomik Gelir Düzeyi ve Beslenme, Türkiye Ulusal Gıda ve Beslenme Semineri Bildiri ve Raporları, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Gıda Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1978.
11. Çüngüşlü, V.: Sterilite, SSK Nişantaşı Hastanesi Nisaiye Servisi, İstanbul, 1976 (Uzmanlık Tezi).
12. Daniels, K.R., Gunby, J., Fimls, L., Williams, T.H., Wynn-Williams, D.B.: Viewpoint Issues and Problems for the Infertile Couple, New Zealand Medical Journal, March 28, 1984.
13. Draye, M.A.: An Approach to Infertility Investigation, Nurse Practitioner, February, 1985.
14. Dümen, H.: Evlilik, Latin Matbaacılık, İstanbul, 3. baskı, 1977.
15. Fagan, P.J., Schmidt, C.W., Rock, J.A., Damewood, M.D., Halle, E., Wise, T.N.: Sexual Functioning and Psychologic Evaluation of In Vitro Fertilization Couples, Fertility and Sterility, 46:4 October, 1986.
16. Fogel, C.I., Woods, N.F.: Health Care of Women a Nursing Perspective, The C.V. Mosby Company, London, 1981.
17. Güçsavaş, N.: Aile Planlaması Hizmetleri İçinde İnfertilite ve Küretaj Durumlarında Hemşirenin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 36:2, 1986.
18. Güler, K.: Doğuma Fizyolojik ve Psikolojik Yönden Hazırlanmış Gebelerle, Hazırlanmamış Olanların Antepartum, Intrapartum ve Postpartum Dönemlerdeki Anksiyete Farklılıklarının Araştırılması, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1982 (Doktora Tezi).

19. Hayward, J.: Araştırma Raporunun Hazırlanması, "Hemşirelikte Araştırma Semineri 1-10 şubat 1979, Editörler: Ç. Pektekin, K. Güler, A. Coşkun, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul (1981)" kitabından.
20. Hayward, J., Lelean, S.: Araştırmaların Yayılması ve Değerlendirilmesi, "Hemşirelikte Araştırma Semineri 1-10 şubat 1979, Editörler: Ç. Pektekin, K. Güler, A. Coşkun, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul (1981)" kitabından.
21. Haddad, W., Taşkın, L.: Aile Planlamasında Ebe ve Hemşirelerin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 1, 1981.
22. İnanç, N.: Türk Toplumunda Sekse İlişkin Sorunlar ve Sağlık Personelinin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 4, 1983.
23. İvizler, H.: In Utero Ölü ve Anomalili Doğumlarda Sosyoekonomik Problemler, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1982 (Doktora Tezi).
24. Jensen, M.D., Benson, C.R., Bobak, M.N.: Maternity Care, The C.V. Mosby Company, London, 1981.
25. Jensen, M.D., Bobak, M.N.: Maternity and Gynecologic Care, The Nurse and The Family, The C.V. Mosby Company, London, 1985.
26. Kâğıtçıbaşı, Ç.: Çocuğun Değeri, Türkiye'de Değerler ve Doğurganlık, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, Gözlem Matbaacılık, İstanbul, 1981.
27. Karacadağ, O.: Cinsel Eğitimin Aile Planlamasındaki Rolü, II. Ulusal Jinekoloji Kongresi, İstanbul, 1975.



28. Kazancıgil, R.T.: Kadında Kısırlık Teşhis ve Tedavi Esasları, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1958.
29. Keye, W.R.: Psychosexual Responses to Infertility, Clinical Obstetrics and Gynecology, 27:3 September, 1984.
30. Kurtulan, İ.: Kısırlık Sorunu, Er-Tu Matbaası, İstanbul, 1977.
31. Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L., Schoultz, B.: Psychological Reactions to the Medical Investigation and Surgical Treatment of Infertility, Gynecologic Obstetric Investigation, 20:4, 1985.
32. Lelean, S.: Raporun Yazılması, "Hemşirelikte Araştırma Semineri 1-10 Şubat 1979, Editörler: Ç. Pektekin, K. Güler, A. Coşkun, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul (1981)" kitabından..
33. Mahlstedt, P.P.: The Psychological Component of Infertility, Fertility and Sterility, 45:3 March, 1985.
34. Moore, M.L., Strickland, O.: Realities in Child-bearing, W.B. Saunders Company, London, Second Edition, 1983.
35. Mocarski, V.: The Nurse's Role in Helping Infertile Couples, MCN, July-Aug., 1977.
36. Ocağcı, A.: Aile Sağlığını Etkileyen Faktörler, Türk Hemşireler Dergisi, 2, 1980.
37. Özveri, R.: Sterilite, SSK Nişantaşı Hastanesi, Nisaiye Servisi, İstanbul, 1967 (Uzmanlık tezi).

38. Örnek, V.S.: Geleneksel Kültürümüzde Çocuk, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Saim Toraman Matbaası, Ankara, 1979.
39. Patterson, E., Albert, M., Zelnick, C.: But Not Alone, The Grief of Infertility, JAMA, 255:17 May 2, 1986.
40. Philipp, E.E., Carruthers, G.B.: Infertility, William Heineman Medical Books Ltd., London, 1981.
41. Polat, Z.: Infertil Çiftlerin Bilgi, Tutum, Uygulamaları ve İnfertilite Nedenlerinin Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1982 (Bilim Uzmanlığı tezi).
42. Sharon, E.P., Beverley, A.W., Brennan, J.: Infertility Therapy, The Australian Nurses Journal, 15:3 September, 1985.
43. Sherris, J.D., Fox, G.: Infertility and Sexually Transmitted Disease A Public Health Challenge, Population Report, 11:3 July, 1985.
44. Sommers, V.: Wait and See, American Journal of Nursing, 86:9 September, 1985.
45. Şen, A.: Gebelerin Beslenme Alışkanlıkları Enerji ve Bazı Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul 1985 (Yüksek lisans tezi).
46. Sümbüloğlu, K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik, Çağ Matbaası, Ankara, 1978.
47. Taşkın, L.: Aile Planlamasının Aile ve Toplum Yönünden Önemi, Türk Hemşireler Dergisi, 1, 1984.

48. Taşkın, L., İnanç, N., Güçsavaş, N., Doğan, N.S.: Kadın Sağlığı Sorunları ve Hemşirenin Rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 35:4, 1985.
49. Üstay, K.: Kısırlık, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1973.
50. Valentine, D.P.: Psychological Impact of Infertility, Identifying Issues and Needs, Social Work in Health Care, 11:4 Summer, 1986.
51. Velicangil, S.: Biyoloji Tıp ve Eczacılık Bilimlerinde İstatistik Metodları, Formül Matbaası, İstanbul, 1979.
52. West, S.: Infertility, Couples in Crisis, The Australian Nurses Journal, 13:5 November, 1985.
53. Wiene, V.R.: Psychological Reactions to Infertility, Implications for Nursing in Resolving Feelings of Disappointment and Inadequacy, JOGN Nursing, July-August, 1976.
54. Yurdanur, N.: İnfertilitenin Tıbbi ve Psikososyal Yönü, Türk Hemşireler Dergisi, 4, 1982.

## Ö Z G E Ç M İ Ş

1964 yılında Diyarbakır'da doğan Nezihe Kızılkaya, 1981 yılında Kırklareli Atatürk Lisesi'nden, 1985 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. 1984-1986 yılları arasında İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda servis hemşiresi olarak çalışmış, 1986 yılında Fırat Üniversitesi Elazığ Meslek Yüksek Okulu'na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. Halen aynı okulda görev yapmaktadır.

Nezihe Kızılkaya bekâr olup, İngilizce bilmektedir.

Türk Hemşireler Derneği'ne üyedir.

**E K I**

**İNFERTEL KADINLARA UYGULANACAK ANKET FORMU**

Tarih :

Denek No :

Protokol No :

1. Adı, Soyadı :

2. Doğum Yeri ve Tarihi :

3. Adresi :

4. Eğitim durumunuz:

- |                    |     |                       |     |
|--------------------|-----|-----------------------|-----|
| . Okur-yazar değil | ( ) | . Ortaokul            | ( ) |
| . Okur-yazar       | ( ) | . Lise ve dengi       | ( ) |
| . İlkokul          | ( ) | . Yüksekokul ve dengi | ( ) |

5. Mesleğiniz:

- |             |     |                        |     |
|-------------|-----|------------------------|-----|
| . Ev kadını | ( ) | . Serbest              | ( ) |
| . İşçi      | ( ) | . Diğer (belirtilecek) | ( ) |
| . Memur     | ( ) |                        |     |

6. Evinizin ortalama aylık net geliri nedir?

- |                    |     |                     |     |
|--------------------|-----|---------------------|-----|
| . 29.000 TL'dan az | ( ) | . 70.000-89.000 TL  | ( ) |
| . 30.000-49.000 TL | ( ) | . 90.000 TL'dan çok | ( ) |
| . 50.000-69.000 TL | ( ) |                     |     |

7. Evinizde devamlı kimlerle beraber oturuyorsunuz?

- |                                              |     |
|----------------------------------------------|-----|
| . Karı-Koca                                  | ( ) |
| . Karı-Koca, kaynana, kayınbaba ile birlikte | ( ) |
| . Karı-Koca ve yakın akrabaları ile          | ( ) |
| . Kuma ve üvey çocukları ile                 | ( ) |

8. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?

9. Kaçınıcı evliliğiniz? (Birden fazla ise 10 ve 11 no'lu soruları cevaplayınız)

10. Önceki eşinizden çocuğunuz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

11. Önceki eşinizden ayrılma nedenlerinizi anlatabilir misiniz?

12. Eşinizle nasıl evlendiniz?

- . Görücü usulü ile ( )
- . Anlaşarak ( )

13. Akraba evliliği yaptınız mı?

- Evet ( )
- Hayır ( )

14. Kaç yıllık evlisiniz?

15. Evlendikten sonra çocuğunuz olmaması için hiç önlem aldınız mı?  
(Evet ise 16 ve 17 no'lu soruları cevaplayınız)

- Evet ( )
- Hayır ( )

16. Korunmak için kullandığınız yöntemler nelerdir?

- . Doğum kontrol hapi ( )
- . Rahim içi araç ( )
- . Geri çekme ( )
- . Takvim metodu ( )
- . Kaput ( )
- . Vajinal köpük, krem, tablet ( )
- . Vajinal lavaj ( )
- . Diğer (belirtilecek) ( )

17. Kullandığınız bu usulü sürekli olarak ne kadar süre ile kullandınız?

- . 1 yıldan az ( )
- . 1-2 yıl ( )
- . 3-4 yıl ( )
- . 5-6 yıl ( )

18. Hiç gebe kaldınız mı? (Evet ise 19 no'lu soruyu cevaplayınız)

- Evet ( )
- Hayır ( )

19. Gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?

- . İsteyerek düşük ( )
- . İstemeyerek düşük ( )
- . Ölü doğum ( )
- . Canlı doğum ( )
- . Prematüre doğum ( )
- . Dış gebelik ( )
- . Canlı doğum, neonatal ölüm ( )

20. Ne kadar süredir çocuğunuz olmasını istediğiniz halde olmuyor?

- . 2 yıldan az ( )
- . 3 yıl ( )
- . 4 yıl ( )
- . 4 yıldan fazla ( )

21. Haftada kaç kez seksüel ilişkide bulunuyorsunuz?
22. Seksüel ilişkiden hemen sonra kalkıp dolaşıyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
23. Seksüel ilişkiden hemen sonra lavaj yapıyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
24. Adetli iken ilişkide bulunuyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
25. Gebe kalabilmek için cinsel ilişkinin en uygun zamanı hangisidir?  
. Adet zamanı  
. Adetin başlangıcından 1 hafta sonra  
. İki adet tam ortasına rastlayan günler  
. Adetten 1 hafta öncesi
26. Çocuğunuz olması için önce nereye, daha sonra nerelere başvurduunuz?  
. Hastaneye ( ) . Yerel ebeye ( )  
. Özel doktora ( ) . İlica ve kaplıcalara ( )  
. Diplomalı ebeye ( ) . Diğer (belirtilecek) ( )
27. Şimdiye kadar tedavi olmak amacıyla ortalama olarak harcamalarınız kaç lira oldu?  
. Hiç olmadı ( ) . 50.000-79.000 TL ( )  
. 10.000 TL (ve aşağısı) ( ) . 80.000-99.000 TL ( )  
. 10.000-29.000 TL ( ) . 100.000 TL (ve yukarısı) ( )  
. 30.000-49.000 TL ( )
28. Kaç tane özel doktor değiştirdiniz?
29. Diplomalı ebe size hangi uygulamada bulundu?
30. Çocuğunuz olması için "Hoca" aşağıdaki hangi uygulamalarda bulundu?  
. Okudu, üfledi ( ) . Diplomalı ebeye gönderdi ( )  
. Muska yazdı ( ) . Yerel ebeye gönderdi ( )  
. Yatıra gönderdi ( ) . Diğer ( )
31. Yerel ebenin tavsiye ettiği ve uyguladığı koca-karı ilaçları nelerdir?  
Rahime uygulanan:  
Yenilen, içilen :  
Diğer :

32. Yerel ebenin tavsiye ettiği koca-karı ilaçlarının hangilerini kullandınız?
33. Sizin bildiğiniz çocuk olması için kullanılan koca-karı ilaçları var mı?  
(Hayır ise 38 no'lu soruyu cevaplayınız)  
Evet ( ) Hayır ( )
34. Koca-karı ilaçlarından bildiklerinizi anlatır mısınız?  
Rahime uygulanan:  
Yenilen, içilen :  
Diğer :
35. Bildiğiniz bu koca karı ilaçlarının hangilerini uyguladınız?
36. Uyguladığınız koca-karı ilaçlarının sağlığını üzerine etkisi nasıl oldu?  
. Ateşim yükseldi, üşüme ve titreme yaptı ( ) . Adet düzensizliği oldu ( )  
. Kanama yaptı ( ) . Çocuğum oldu ( )  
. Akıntı yaptı ( ) . Bilmiyorum ( )
37. Bu koca-karı ilaçlarını kimden öğrendiniz?  
. Annemden ve yaşlı kişilerden ( )  
. Komşularımdan ( )  
. Çocuğu olmayan tanıdıklardan ( )  
. Yazılı kaynaklardan ( )  
. Diğer ( )
38. Sizin hastaneye gelmenizi kim istedi?  
. Kendim istedim ( )  
. Kocamla anlaşarak geldik ( )  
. Konu, komşu, akrabalar istedi ( )
39. Direkt olarak başvuracağınız bir merkezin olmasını ister misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )
40. Sağlık ve cinsellik konularının ilkökul, ortaokul ve lise ders programlarında yer alması gerektiğine katılıyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
41. Televizyon ve radyoda kısırlık ile ilgili eğitici programların olmasını ister misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )



42. Sizce ailede kendi çocuğunuz olması mutlaka gerekli midir?  
Evet ( ) Hayır ( )
43. Sizce ailede çocuk neden gereklidir?  
. Evliliği sürdürmede ( ) . Ekonomik güvence ve işinde yardımcı olması için ( )  
. Neslin devamı için ( ) . Diğer ( )  
. Mirasını bırakmak için ( )
44. Çocuğun olmasını en çok kim önemsiyor?  
. Kendisi ( ) . Erkeğin ailesi ( )  
. Kocasını ( ) . Tüm aile ( )  
. Karı-koca ( ) . Diğer ( )  
. Kadının ailesi ( )
45. Şayet çocuğunuz olmaz ise alıp büyütme ister misiniz?  
(Hayır ise 47 no'lu soruyu cevaplayınız)  
. Evet ( )  
. Hayır ( )  
. Belki ( )  
. Düşünmedim ( )
46. Nereden çocuk alıp büyütme istersiniz?  
. Resmi bir kamu kuruluşundan ( )  
. Yabancı bir aileden ( )  
. Akrabadan ( )
47. Çocuğunuz olmaması ailede geçimsizlik yaratıyor mu?  
. Evet ( )  
. Hayır ( )  
. Kendimi etkiliyor ( )
48. Size göre bir ailede çocuk olmaması boşanma nedeni olabilir mi?  
. Boşanma nedenidir ( )  
. Boşanma nedeni değildir ( )  
. Üstüme evlenilebilir ( )
49. Eşinizin kesinlikle çocuğunun olmayacağını öğrendiğiniz zaman boşanmayı düşünür müsünüz?  
Evet ( ) Hayır ( )

## İNFERİL KADINLARIN EŞLERİNE UYGULANACAK ANKET FORMU

Tarih :

Denek No :

Protokol No :

1. Adı, Soyadı :

2. Doğum Yeri ve Tarihi :

3. Eğitim durumunuz :

- . Okur-yazar değil ( ) . Ortaokul ( )  
. Okur-yazar ( ) . Lise ve dengi ( )  
. İlkokul ( ) . Yüksekokul ve dengi ( )

4. Mesleğiniz:

- . İşçi ( ) . İşsiz ( )  
. Memur ( ) . Emekli ( )  
. Ticaret ve Sanayii ( ) . Diğer (belirtilecek) ( )

5. Kaçınıcı evliliğiniz? (Birden fazla ise 6-7 no'lu soruları cevaplayınız)

- . 1 ( ) . 2 ( ) . 3 ve daha fazla ( )

6. Önceki eşinizden çocuğunuz var mı?

- Evet ( ) Hayır ( )

7. Önceki eşinizden ayrılma nedenlerinizi anlatabilir misiniz?

8. Sizce bir ailenin kendi çocuğunun olması mutlaka gerekli midir?

9. Sizce ailede çocuk neden gereklidir?

- . Evliliği sürdürmede ( )  
. Neslin devamı için ( )  
. Mirasını bırakmak için ( )  
. Ekonomik güvence ve  
işinde yardımcı olması için ( )  
. Diğer ( )

10. Size göre bir ailenin çocuğunun olmaması boşanma nedeni olabilir mi?

- Evet ( ) Hayır ( )

11. Eşinizin kesinlikle çocuğu olmayacağını öğrendiğiniz zaman boşanmayı düşünür müsünüz?  
Evet ( ) Hayır ( )  
Üstüne evlenebilirim ( )
12. Şayet çocuğunuz olmaz ise çocuk alıp büyütmek ister misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )
13. Nereden çocuk alıp büyütmek istersiniz?  
. Resmi bir kamu kuruluşundan ( )  
. Yabancı bir aileden ( )  
. Akrabadan ( )
14. Akrabadan almayı düşünüyorsanız nedenleri nelerdir?
15. Direkt başvurabileceğiniz bir merkezi olmasını ister misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )
16. Sağlık ve cinsellik konularının ilkökul, ortaokul ve lise ders programlarında yer alması gerektiğine katılıyor musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
17. Televizyon ve radyoda kısırlık ile ilgili eğitici programların olmasını ister misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )

E K II

**İNERTİL KADIN DENEKLERİN BİLDİKLERİ VE UYGULADIKLARI  
GELENEKSEL TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

**Rahime Uygulananlar:**

1. Yenidoğan çocuğun eşinin üzerine soğuyana kadar oturma.
2. Sabunla bir otu döverek fitil yapıp, her akşam hazneye koyma.
3. Kirli yünü fitil yaparak hazneye koyma.
4. Büyük bir şişede yapılmış bir sıvı ile vajinayı bir gün yıkama, bir günde pamuğa batırıp koyma.
5. Suda haşlanmış ebegümecinin buharına oturma ve posasını kasıklara bağlama.
6. Kırk çeşit otu toplayarak kaynatıp buharına oturma.
7. Tavuk pisliğini kaynatarak buharına oturma.
8. Süt, maydanoz, ebegümeci kaynatarak buharına oturma.
9. Saman buharına oturma.
10. Soğan, maydanoz, süt karışımını kaynatarak buharına oturma.
11. Ucu inceltilemiş şekerpancarını rahime koyma.
12. Su ile kaynatılmış ebegümeci içine üç büyük taş atılarak buharına oturma.
13. Maydanoz, süt, dereotunun buharına oturma.
14. Ebegümeci köküne ip bağlayarak vajene koyma.
15. Şekerpancarını haşlayıp ucunu vajene koyma.
16. Saman, dolik otu kaynatılarak buharına oturma.
17. Vajene çuvaldız, iğne batırma.
18. Siyah bir ilacı kirli yüne sararak hazneye koyma.
19. Temizlenmiş ebegümeci üç gün vajene konduktan sonra, nohut ucu kesilerek 2-3 tanesini rahim ağzına koyma.
20. Süt, kahve, maydanoz kaynatılarak buharına oturma.
21. İçinde ilaç olan, beyaz renkli fitili vajene koyma.
22. Şeker pancarını zeytin yağında kızartıp vajene koyma.
23. Kömürde kızartılarak içi çıkarılmış soğana, kimyon karıştırarak yüne sararak vajene koyma.
24. Sıcak suya viks katılarak buharına oturma.
25. İğne ağacı çiçeği yaprağı ve söğüt yaprağını süt ile kaynatarak buharına oturma.

26. Ortadan ikiye bıçakla bölünen haşlanmış yumurtaya, havanda dövülen un haline getirilen sarı kök karıştırarak vajene koyma.
27. Herhangi bir bebeğin düşen göbeğini vajene koyma.
28. Kabağı haşlayıp, yanmayacak şekilde kendine tutma.
29. Kirli yün içine zencefil, baharat ilaç sararak vajene koyma.
30. Havacıbeyni otu ve koyun kuyruğunu birlikte döverek yüne sarıp vajene koyma.
31. Tandıra atılarak, kabağı çıkartıldıktan sonra delerek üzerine oturma.
32. Küçük soğanı haşlayıp kirli yüne sararak vajene koyma.
33. Viks ve sarımsağı kirli yüne sararak vajene koyma.
34. Adet sonunda beyaz nohutu dörde bölerek bir parçasını vajene koyma.
35. Sıcak kum üzerine oturma.
36. Maydanoz, süt, tavuk pisliği buharına oturma.
37. Kirli yün içine kimyon, zencefil sarıp zeytinyağına batırarak hazneye koyma.
38. Süt, saman, ebeğümeci karışımı kaynatarak buharına oturma.
39. Tarçın, karabiber, kimyon ve yenibahar kirli yüne sarılıp yağa batırarak vajene koyma.
40. Sıcak su buharına oturma.
41. Süt, maydanoz, kırılmış taşı karıştırıp kaynatarak buharına oturma.
42. Süt, maydanoz, dereotu, büyük çivi, saman buharına oturma.
43. Sıcak süt buharına oturma.
44. Pamuğa sarılı viksi vajene koyma.
45. Doluotu ve sabunu fitil yaparak vajene koyma.
46. Bal kabağı su ile kaynatarak içine ot koyup buharına oturma.
47. Yılanın kemiklerini yakıp vajene koyma.
48. İyice dövülen zencefil haşlanıp, soğana batırılarak, kirli yüne sarılarak vajene koyma.
49. Su ile ısırğan otunu kaynatıp buharına oturma, ısırğan otunun bir parçasını kavurarak yeme.

**Yenilecek, İçilecekler:**

1. Yarım bardak zeytinyağı, yarım bardak bira karışımı aç karnına içilir.
2. Baharat, kara üzüm, ceviz karıştırılarak sabah aç karnına yenir.
3. Bir kilo nane şekeri yatmadan önce yenir ve üzerine su içilmez.
4. Ebegümece kaynatılır, suyu aç karnına içilebildiği kadar birkaç gün içilir.
5. Balıkyağı, bir çay kaşığı sabah aç karnına içilir.
6. Löbe şekeri, sabahları aç karnına yenebildiği kadar yenir.
7. Böğürtlen kökü kaynatılarak, suyu aç karnına bir çay bardağı 15 gün içilir.
8. Soğan kabuğu kaynatılarak bir gece dışarıda bekletilip bir çay bardağı içilir.
9. Sabah aç karnına bir çay bardağı gaz içilip sonra merdiven inilir, çıkılır.
10. Çenetotu su ile kaynatılarak bir gece dışarıda bekledikten sonra aç karnına üç gün içilir.
11. Acı, baharat, ekşi yenilmez.
12. Soğuk, bulgur, ayran yenilmez.
13. 12 çeşit baharat, pekmez karıştırılıp sabahları 1-2 ay aç karnına yenir.
14. Zegerek, ebegümece kaynatılarak suyu aç karnına sabahları içilir.
15. Süte tutkal karıştırıp içilir.
16. Zegerek her sabah bir bardak sütle beraber aç karnına içilir.
17. Gülburnu haşlanarak 4-5 gün aç karnına bir fincan içilir.
18. Prasa, sirke, bal aç karnına içilir.
19. Kına, soğankabuğu ile kaynatılarak içilir.
20. Arijel (Yağ gibi bir madde) içilir.
21. Ihlamur, papatya çiçeği aç karnına her gün içilebildiği kadar içilir.
22. Ateşte kavrulan zegerek üzerine seker dökülerek günde bir kasık sabah aç karnına yenir (1-1,5 kg kadar yenir).

Diğer:

1. Yumurta sarısı, cibar üzerine sürerek kadının sırtına çekilir. Eşi ile o gece birlikte olur.
2. Dul bir kadın bir tase erimiş balmumu ve su koyar. İnfertil kadının başından aşağı banyoda 40 kasık su döker. Dökülen balmumu toplanır diğer bir kaba konur, 40 kaşık su üzerine ekler. Kadın eşiyile birlikte olduktan sonra o su ile yıkanır.
3. İlişkiden 15 dakika sonra 5-10 dakika ayaklarını duvara kaldırır.
4. Kasık, bel çekilir.
5. Adetten temizlendikten sonra infertil kadın üç gün üst üste ayaklarından tavana asılır, 3 kez getirilip götürülür.
6. Bele yakı vurulur.
7. Kara sakız, 3-4 çeşit baharat, çekem vaprakları karıştırılıp bele çekilir.
8. Kızgın tuğla karına bağlanır.
9. Hamamda göbek taşına oturulur.
10. Karına küp vurulur.
11. Hamamda çok sıcak su ile yıkanılıp, sonra eşiyile birlikte olunur.
12. Bele kendiliğinden düşene kadar cibar çekilir.
13. Bele mesir macunu vurulur.
14. Çam sakızı dövülerek üzerine rakıserpilip amerikan bezi üzerine yayıldıktan sonra beline çekilir.