

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ
KADINLARDA İNFERTİLTE SIKLIĞI VE İNFERTİL KADINLARIN
KAYGI DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Evrım ALBAYRAK**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ
KADINLARDA İNFERTİLTE SIKLIĞI VE İNFERTİL KADINLARIN
KAYGI DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Evrım ALBAYRAK**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

Prof.Dr.Osman GÜNAY danışmanlığında **Evrin ALBAYRAK** tarafından hazırlanan “**Kayseri İl Merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda İnfertilite Sıklığı ve İnfertil Kadınlarm Kaygı Düzeyleri**” bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

15..10/2005

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof .Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof .Dr. Osman GÜNAY

Üye : Prof .Dr. Ercan AYGEN



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 13.10.2005 tarih ve 341 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13.10.2005


Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞCIOĞLU

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde bűyűk sabır gűsteren, sonsuz emeęi geçen danıőmanım Prof.Dr.Osman GŪNAY'a, çalıőma sűresince destek veren Halk Saęlıęı Anabilim Dalı baőkanı Prof.Dr.Yusuf ŐZTŪRK'e, sabırlarını eksik etmeyen aileme, tűm aőamalarda içtenlikle yardım eden tűm arkadaőlarıma teőekkűrlerimi sunuyorum.

KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA İNFERTİLİTE SIKLIĞI VE İNFERTİL KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİ

ÖZET

Kayseri il merkezinde Ekim 2004-Mart 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmada; kadınlarda infertilite sıklığının belirlenmesi ve infertil kadınlarda kaygı düzeyinin saptanması amaçlanmıştır.

Kayseri il merkezindeki evli kadın nüfusu ve infertilite sıklığı dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 2400 olarak alınmıştır. Sağlık evi bölgeleri dikkate alınarak, 30 ebe bölgesi rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş, ev halkı tespit fişlerinden (ETF) yararlanılarak her ebe bölgesinden 15-49 yaş grubunda evli 80 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara, evlilik ve doğurganlık ile ilgili 24 soru içeren bir anket formu uygulanmıştır. En az 12 aydır evli olan, eşiyle birlikte yaşayan ve gebelikten korunmadığı halde hiç gebe kalmamış kadınlar primer infertil kabul edilmiştir. Primer infertil kadınlara infertilite ile ilgili tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik 34 soru kapsayan ikinci bir anket formu uygulanmıştır.

Araştırma grubunda 151 primer infertil kadın saptanmıştır. Anket sorularını cevaplamayı kabul eden 150 primer infertil kadın ve bu kadınlarla aynı yaş ve çevresel özelliklere sahip olan fertil kadınlardan oluşturulan 150 kişilik kontrol grubuna durumluk ve sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır.

Bölgede primer infertilite prevalansı %6.3 olarak belirlenmiş, kadınların %89.3'ünün, erkeklerin ise %78.0'nın infertilite nedeniyle hekime başvurduğu tespit edilmiştir. İnfertil kadınların %57.3'ü, infertil erkeklerin ise %42.7'si infertilite nedeniyle tedavi görmüştür. İnfertil çiftlerde geleneksel yöntemlere başvurma oranı %66.7 olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, infertil çiftlerde geleneksel yöntem seçme oranının halen yüksek olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınların sürekli kaygı düzeyi fertil kadınlardan daha yüksek, durumluk kaygı düzeyi ise daha düşük bulunmuştur. Anksiyete düzeyinin azaltılmasında başta eşleri olmak üzere çevresel desteğin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Kaygı, Kadın, Doğurganlık

**THE INFERTILITY PREVALENCE IN 15-49 AGED AND MARRIED WOMEN IN
KAYSERİ AND THE ANXIETY LEVELS OF INFERTIL WOMEN**

ABSTRACT

In this study that has been conducted between October 2004 and March 2005 in Kayseri city center it was aimed to determine the infertility prevalence and anxiety level of women. The sample was consisted of 2400 women and determined by taking into consideration population of married women in Kayseri city center and infertility prevalence. 30 midwives regions were chosen with randomized sample method by taking into consideration health centers and 80 married women aged between 15-49 were taken in the study by using household cards.

A questionnaire consisted of 24 questions about marriage and fertility was applied to the women in the study. The women who have been married for 12 months at least, live with their husband and have never been pregnant although they were not using any contraceptive method were accepted as primarily infertile. A secondary questionnaire consisted of 34 questions and regard to determining attitude and behaviors about infertility were applied to primarily infertile women.

In the study 151 primarily infertile women were determined. State-Trait Anxiety Inventory was applied to 150 primarily infertile women who accepted to answer the questions and a control group composed of 150 fertile women who were at the same age and had similar environmental characteristics.

At the center the primarily infertility prevalence was 6.3 %, and it was determined that 89.3 % of women and 78 % of the men applied to the doctor because of infertility. 57.3 % of infertile women and 42.7 % of the infertile men were cured because of infertility. The rate of application to the traditional methods was 66.7 % among infertile couples. According to the results, it was found out that the rate of choosing a traditional method among infertile couples. Is still high continual Anxiety Level of infertile women was higher and State Anxiety Level Was lower than fertile women. It was emphasized that the importance of husbands support firstly and environmental support and decreasing anxiety level.

Key words: Infertility, Anxiety, Woman, Fecundity

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR	VIII
TABLO LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.KADIN ÜREME SİSTEMİ	5
2.2.ERKEK ÜREME SİSTEMİ	6
2.3.FERTİLİZASYONUN TANIMI	6
2.4.İNFERTİLİTENİN TANIMI	6
2.5.İNFERTİLİTE NEDENLERİ	7
2.5.1.Erkek İnfertilitesi	8
2.5.2.Kadın İnfertilitesi	10
2.5.2.1.Oosit Azalması	10
2.5.2.2.Spontan Abortus	10
2.5.2.3.Tubal Faktör	11
2.5.2.4.Ovulatuvar Faktör	11
2.5.2.5.Servikal Faktör	12
2.5.2.6.Uterin Faktör	12
2.5.2.7.Peritoneal Faktör	12
2.5.2.8.Yaş	13
2.5.3.Açıklanamayan infertilite	14
2.5.4.İnfertilitenin Emosyonel Nedenleri	14

	<u>Sayfa No</u>
2.6. İNFERTİLİTENİN TANISI.....	16
2.6.1. Çiftlerin Sağlık ve Seksüel Hikayeleri.....	16
2.6.2. Genel Fizik Muayene.....	16
2.6.3. Ultrasonografi.....	17
2.6.4. Histerosalpingografi (HSG).....	17
2.6.5. Laparoskopi.....	17
2.6.6. Histereskopi.....	18
2.6.7. Qvulasyonun Değerlendirilmesi.....	18
2.6.8. Post Koital Test.....	18
2.6.9. Tubal Tıkanıklığın Saptanması.....	18
2.6.10. Seminal Mayi Analizleri.....	18
2.6.11. Ürolojik Değerlendirme.....	19
2.6.12. Genetik İnceleme.....	19
2.7. İNFERTİLİTE TEDAVİSİ.....	19
2.7.1. Yardımcı Üreme Teknikleri.....	20
2.7.1.1. In Vitro Fertilizasyon-Emriyo Transfer.....	20
2.7.1.2. Gamet Intra Fallopian Transfer.....	21
2.7.1.3. Mikromanipulasyon ve Blastomer Analizi.....	21
2.8. İNFERTİLİTE VE ANKSİYETE.....	22
2.8.1. Stres.....	22
2.8.2. Stres Kaynakları.....	22
2.8.3. Anksiyete.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4. BULGULAR.....	28
4.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	28
4.2. İNFERTİL KADINLARIN VE EŞLERİNİN ÇÖZÜME YÖNELİK ÇABALARI.....	30
4.3. İNFERTİL VE FERTİL KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ.....	35
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
6. KAYNAKLAR.....	49
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ICPD	: Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
ETF	: Ev halkı tespit fişi
PID	: Pelvis İnflamatory Disease (Pelvisin İnflamatuvar hastalığı)
HSG	: Histerosalpingografi
IVF-ET	: In Vitro Fertilizasyon-Emriyo Transfer
UNFPA	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
GIFT	: Gamet Intrafallopian Transfer

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	28
Tablo 4.2.	Araştırma grubundaki evli kadınların doğurganlık özellikleri.....	29
Tablo 4.3 .	Araştırma grubundaki kadınların yaş gruplarına göre infertilite sıklığı.....	30
Tablo 4.4.	Araştırma grubundaki kadınların infertilite nedeni ile ilgili ifadelerine göre dağılımı.....	30
Tablo 4.5.	Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin infertilite nedeniyle hekime başvurma durumu.....	31
Tablo 4.6.	Araştırma grubundaki kadınlara ve erkeklere infertilite tanısı amacıyla yapılan tıbbi işlemler.....	31
Tablo 4.7.	Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin çocuk sahibi olabilmek için başvurduğu geleneksel yöntemler	32
Tablo 4.8.	Araştırma grubundaki çiftlerin geleneksel yöntemlere başvurmasını etkileyen faktörler.....	32
Tablo 4.9.	In Vitro Fertilizasyon için girişimde bulunmayı düşünmeyen kadınların düşünmeme nedenleri	33
Tablo 4.10.	Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin çocuk sahibi olmamaktan dolayı rahatsızlık hissetme durumu.....	33
Tablo 4.11.	Çocuk sahibi olamamaktan dolayı rahatsızlık hisseden kadın ve erkeklerin rahatsızlık nedenleri.....	33
Tablo 4.12.	Araştırma grubundaki kadınların çocuk sahibi olabilmek için bundan sonra yapmayı düşündüğü işlemler.....	34
Tablo 4.13.	Araştırma grubundaki evlatlık almayı düşünmeyen kadınların düşünmeme nedenleri.....	34
Tablo 4.14.	Araştırma grubundaki kadınların durumluk anksiyete düzeyi	35
Tablo 4.15.	Araştırma grubundaki kadınların sürekli anksiyete düzeyi.....	35
Tablo 4.16.	Araştırma grubundaki kadınlarda çeşitli faktörlerin durumluk anksiyete düzeyine etkisi.....	36
Tablo 4.17.	Araştırma grubundaki kadınlarda çeşitli faktörlerin sürekli anksiyete düzeyine etkisi.....	36
Tablo 4.18.	Araştırma grubundaki geleneksel yöntemlere başvuran infertil kadınların sürekli anksiyete puanları.....	37
Tablo 4.19.	Araştırma grubundaki geleneksel yöntemlere başvuran infertil kadınların durumluk anksiyete puanları.....	37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme Sağlığı; tanım olarak; “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur”. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir.

Bu tanımından da anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Ayrıca; bireylerin, cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan korunma ve ihtiyaç duyduğunda uygun danışmanlık, bakım ve rehabilitasyon alabilmelerinin sağlanması Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hedefleri içerisinde belirtilmektedir.

DSÖ, son yıllarda bireyin gereksinimi olan “üreme sağlığı” kavramını yeniden ele alarak tanımlama ve çerçevesini belirleme gereğini duymuştur. 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (ICPD) yaşanmış deneyimlerin ve uzun tartışmaların ürünü olarak “üreme sağlığı” kavramının dünya gündeminde yer alması sağlanmıştır.

Üreme sağlığı hem kadınları hem de erkekleri kapsayan bir kavramdır. Sağlık sistemlerinde günümüze kadar verilen ve genelde aile planlaması hizmetlerinin de entegre edildiği “ana-çocuk sağlığı” yaklaşımında erkeklerin gereksinimlerinin ve rollerinin ihmal edildiği artık bilinmektedir.

1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında da ortaya konduğu gibi; temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleri şunları içermelidir.

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim,
- Yaygın aile planlaması hizmetleri,
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik,
- Genital yol enfeksiyonlarının etkin kontrolü,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi,
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi,
- Üreme sistemi kanserlerinin önlenmesi,
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir.

Dünya’da üreme sağlığı sorunları ve boyutu DSÖ’nün 1996 verilerine göre aşağıdaki gibidir.

<u>Sorunlar</u>	<u>Boyutu</u>
• Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift	• 120 milyon
• İnfertil Çift	• 60-80 milyon
• Anne ölümleri	• 585 bin/yıl
• Ciddi maternal hastalık	• 20 milyon
• HIV/AIDS’li yetişkin	• 40 milyon
• Yeni HIV/AIDS vakası	• 2.75 milyon/yıl
• Sağlıksız koşullarda düşük	• 20 milyon/yıl
• Tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalık vakası	• 333 milyon/yıl
• İnvaziv servikal kanserli kadın	• 2 milyon
• Genital Mutilasyonlu kadın	• 85-110 milyon

Yukarıda görüldüğü gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılındaki verilerine göre dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğu tahmin edilmektedir ve infertilite tüm dünyada pek çok kadın ve erkeği ilgilendiren, önemli fizyolojik ve psikolojik problemlere neden olabilen ciddi bir sağlık sorunudur.

Türk toplumu gibi pek çok toplumda çocuk doğurmak kadınların en temel görevi kabul edildiği için, çocuk doğurma yeteneğine sahip olmayan kadınların, çeşitli faktörlerin de etkisiyle yoğun stres yaşadıkları bilinmektedir.

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini yıpratıcı bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi edici işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir. İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bir kriz olarak infertilite hem bireysel, hem de evlilik ilişkisi içinde başa çıkılması gereken bir durumdur.

İnfertilite ile ilişkili stres faktörleri;

- Duygulanımlar (umut, umutsuzluk, kaygı, depresyon, öfke, yalnızlık, gibi)
- İletişim (eşle ve çevreyle)
- Tedavi aşamaları
- Çevre baskısı (duyarsız konuşmalar)

Toplumların kültürel ve sosyal yapı farklılıklarına bağlı olarak infertilite insidansı da farklılık göstermektedir. Özellikle kadının çalışmadığı, geleneksel aile yapısındaki çiftlerde çocuk sahibi olmak oldukça önemlidir. Çocuğun önemli bir iş gücü ve statü olarak kabul edildiği kırsal kesimde ise sadece çocuk sahibi olmak için evlenen kadın ve erkekler azımsanmayacak kadar çoktur. Bizim toplumumuz gibi çocuk sahibi olmanın ayrıcalık ve prestij olarak görüldüğü toplumlarda infertilite neredeyse hayati öneme sahiptir.

Dünyada pek çok kadın ve erkek infertilite problemiyle karşılaşmakta, bu problemin beraberinde yukarıda sayılan nedenlere de bağlı olarak gelişebilen, anksiyete, kaygı, hatta depresyon yaşamakta ve bu probleminden kurtulmak amacıyla çeşitli modern ve geleneksel yöntemlere başvurmaktadır.

Bu çalışmanın başlıca amaçları şunlardır:

1. Kayseri il merkezinde 15-49 yaş grubu evli kadınlarda infertilite prevalansını ve infertilite prevalansına etki eden faktörleri değerlendirmek,
2. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olabilmek amacıyla başvurdukları modern ve geleneksel yöntemleri ve bu yöntemlere yönelmelerini etkileyen faktörleri değerlendirmek,
3. Çocuk sahibi olamayan kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini, çocuk sahibi olan kadınlarla karşılaştırmak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KADIN ÜREME SİSTEMİ

Kadın üreme organları pelvik kavite de yerleşmiş ve pelvik taban tarafından desteklenen iç üreme organları ile perinede (vulvada) yerleşmiş dış üreme organlarından oluşur. Kadında iç ve dış üreme organları, over hormonları olan estrogen etkisi ile gelişir ve olgunlaşır. Bu gelişme kız çocuğu anne karnında iken başlar, pubertede ve kadının doğurganlık çağı boyunca devam eder. Kadının yaşının ilerlemesi ile over hormonlarının seviyesindeki düşme sonucu, üreme organlarında atrofi görülür (1-3).

2.1.1.Kadın üreme organları;

Kadın dış üreme organları perine de yerleşmiştir. Ölçüsü rengi ve şekli, heredite, yaş, ırk, ve doğurulan çocuk sayısı ile ilgili olarak kadından kadına değişiklik gösterir (2,3).

Dış Üreme organları;

- Mons Pubis
- Labium majör ve minör
- Klitoris
- Vestibuldan oluşur.

İç Üreme organları ise;

- Overler
- Uterus
- Tuba Uterinalar
- Vajinadan oluşur.

2.2.ERKEK ÜREME SİSTEMİ

Erkek üreme siteminde penis ve skrotum dış üreme organlarını oluşturur. Skrotum; testisleri ve spermatik kordları içinde taşır. Erkekte iç üreme organları testisler ve spermazoonun depolanmasını ve taşınmasını sağlayan kanal sistemidir (2,3).

2.3.FERTİLİZASYONUN TANIMI

Sperm ve ovumun kromozomlarının birleşerek yeni bir hücre meydana getirmeleri olarak tanımlanabilir.

Overlerden atılan yumurta önce fallop tüplerinin içerisine girer ve burada sperm ile yumurta bir araya gelerek döllenme gerçekleşir. Daha sonra döllenmiş yumurta uterus içerisine itilerek buraya yerleşir (3).

2.4.İNFERTİLİTENİN TANIMI

İnfertilite; üreme kapasitesinin istek dışında azalmasıdır. Bir başka ifadeyle, koruyucu bir yöntem uygulamadan, düzenli bir cinsel yaşama rağmen, bir yıl süreyle gebelik oluşmaması infertilite olarak kabul edilir (1,2).

Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite, daha önce canlı doğumla sonuçlanmış veya sonuçlanmış, en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak tanımlanabilir. Fekundabilite bir menstrual siklusta gebe kalabilme olasılığı, fekundite ise bir siklusda canlı doğum olma olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Normal çiftlerde fekundabilite %20-25 olarak tahmin edilmektedir ve buna göre çiftlerin %90'ının 12 ayda gebe kalması gerektiği düşünülmektedir (3).

İnfertilite üreme çağındaki kadınların %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur (1,4, 5).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak daha fazla ilgi görmektedir. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir (1).

İnfertilite sıklığının büyük kısmını sonradan gelişen sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, etik, moral ve yasal yönü konusunda tartışmalar halen devam etmektedir (5,6,7).

İnfertilite nedenleri pek çok ülkede benzerlik gösterdiği halde infertilite sıklığı pek çok ülkede hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında farklı bulunabilmektedir (5,8,9).

Örneğin; toplumların kültürel ve sosyal yapı farklılıklarına bağlı olarak infertilite insidansı da farklılık gösterebilmektedir (5).

Çocuk sahibi olmak için tedavi merkezlerine başvuran çiftlerde infertilitenin tanımlanması, infertiliteye sebep olan faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik tedavinin planlanması bir bütündür. Günümüzde özellikle in vitro fertilizasyon ve embriyo gelişimi tekniklerinin gelişmesine paralel olarak, daha önce tedavisi mümkün olmayan pek çok infertil çiftte çocuk sahibi olma imkânı tanınabilmektedir (8,10).

Gebelik oluşumunu sistematik bir şekilde düşünmek infertilitenin değerlendirilmesinde kolaylık sağlayabilir.

2.5.İNTERTİLİTE NEDENLERİ

Vajen, serviks, uterus, tuba ve overlerde gözlenecek; fonksiyonel ve anatomik bozukluklar bu sistemin düzenli çalışmasını etkileyecektir. Aynı şekilde erkekte, testis, tübülüsler, vaz deferans, epididim ve üretrada gözlenebilecek problemler sperm yapımını bozarak üreme fonksiyonunu etkileyecektir (11-13). İnfertilite sadece kadına, sadece erkeğe ya da her ikisine ait nedenlerle ortaya çıkabilir.

İnfertilitenin oluşmasından genellikle kadınlar sorumlu tutulmaktadır. Oysa infertilite vakalarının %40-45'inde kadına ait, %30-35'inde erkeğe ait nedenlerin bulunduğu geri kalan kısmını ise ya her iki eşten de kaynaklanan ya da nedeni açıklanamayan infertilitenin oluşturduğu belirtilmiştir (13,14).

Sekonder infertilite oranı da toplumlarda oldukça yüksek ölçüde görülmektedir. Bunun başlıca nedenleri ise %20-25 erkeğe ait nedenler, %25-35 ovulasyon, %20 tüplerle ilgili problemler, %5 endometriozis, %20 nedeni açıklanamayan infertilite olarak bulunmuştur (14-16).

İnfertilite problemi olmayan bir çiftin her ovulatuvar siklus başına hamile kalabilme şansı %25 civarındadır. Kontrasepsiyon kullanmayan normal çiftlerin %50-55'i ilk üç ayda, %70-75'i 6 ay içerisinde, 90'ı bir yıl ve %95'i ise iki yılın sonunda gebe kalabilmektedir. Yaklaşık %7-15 vakada ise açıklanamayan nedenlerle gebe kalma süresi daha uzun zaman almakta veya gebelik gerçekleşmemektedir (17,18).

Fertilite için gerekli olan diğer koşullar;

Erkekçe;

- Testisler normal kalite ve kantitede sperm üretmelidir,
- Erkek üreme sisteminde bir tıkanıklık olmamalıdır,
- Atılan spermeler kadın vücudunda servikse ulaşacak şekilde depolanmalıdır.

Kadında;

- Servikal mukus spermelerin yaşaması için uygun olmalıdır,
- Kadın üreme sisteminde enfeksiyon ve tıkanıklık olmamalıdır,
- Uterus anatomik olarak normal olmalıdır,
- Ovulasyon mevcut olmalıdır,
- Over fonksiyonlarını etkileyecek sistemik bir hastalık bulunmamalıdır (diyabet, troid, kronik anemi, aşırı şişmanlık gibi).

Bunlara ek olarak her iki eş de bilgili ve psikolojik yönden rahat olmalıdır.

2.51. Erkek İnfertilitesi

Erkeğe ait en yaygın infertilite nedenleri ;

- Oligoasthenozoospermi : Sperm sayısında azlık ve hareketlerinde yavaşlık.
- Azoospermi: Seminal mayide sperm hücresinin görülmemesi
- Teratozoospermi: Sperm hücrelerinde şekil bozukluğu genetik nedenler, kromozomal anormallikler.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kriterlerine göre; yapılan bir sperm değerlendirmesine normal denilebilmesi için sperm sayımının mililitrede 20 milyondan fazla, hareketliliğin %50'nin üstünde ve en az %70'inin şekil olarak normal olması gerekmektedir (13,19).

Seminal mayideki anormallikler öncelikle testislerden sperm üretilmesi aşamasındaki problemler nedeniyle oluşmaktadır.

Bu üretim sorununa neden olan etken genellikle bilinmemektedir. Genetik ve hormonal bazı faktörün yanı sıra, daha önce geçirilmiş enfeksiyonlar, aşırı sigara ve alkol tüketimi veya yalnızca strese bağlı olarak da sperm üretim problemleri yaşanabilir. Ayrıca bazı ilaçlar, çeşitli kimyasal maddeler, radyasyon ve radyoterapi, sperm üretimi üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Testislerde sperm üretiminin normal olmasına karşın üretilen spermin taşınmasını sağlayan kanalların doğumsal olarak ya da sonradan geçirilen bazı hastalıklara bağlı olarak tıkalı olması da infertiliteye yol açan faktörlerdendir (17,19).

Testislerin ortam ısını artırarak spermlerin üretimi ve hareketi üzerinde olumsuz etki yaptığına inanılan varikosel, cerrahi olarak düzeltilebilecek bir sorundur. Ancak operasyona rağmen spermlerde fonksiyonel bir gelişme sağlanamayabilir veya görünümünde bir düzelme olmakla birlikte döllenme kabiliyeti artmayabilir (12,19).

Kadınlarda yaşın ilerlemesiyle birlikte fekunditenin azaldığı genel olarak kabul edilmekle birlikte, erkekte yaşın fertiliteye etkisi halen tartışma konusudur. Erkek fertilitesi 35 yaş dolaylarında en yüksek değerlere ulaşmakta ve 45 yaşından sonra hızlı bir düşüş göstermekle birlikte, 80'li yaşlarda bile baba olabilen erkekler bildirilmiştir (20,21). Ayrıca kromozal trizomilerin kısmen de olsa erkek yaşının ileri olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, erkeklerde 35 yaşından sonra otozomal resesif hastalık oranının arttığı görülmüştür (21). Bu bulgular erkeklerde, kadınlarda görüldüğü kadar belirgin olmasa da, yaşlanmayla birlikte gamet kalitesinin düştüğünü düşündürmektedir.

Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama da infertilitenin çok rastlanan nedenlerindendir. Çünkü gebe kalma şansını arttıran diğer bir yol, ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmaktır. Spermin kadın vücudunda 72 saat, ovumun ise 24 saat yaşadığı düşünülürse, bir kadının 28 günlük bir siklusta gebe kalma şansı, siklusun ortasına rastlayan 3 gündür.

Radyasyona maruz kalma ve enfeksiyonlar da infertilite nedenlerindendir. Pelvisin gonokok ve enterekoklara bağlı enflamatuvar hastalığı ve düşüğe bağlı enfeksiyonlar, tubal tıkanıklığın önde gelen nedenlerindendir. Küretaj ile gebeliklerin sonlandırıldığı ülkelerde, tekrarlayan küretajların pelvis enfeksiyonlarına ve tubal tıkanıklığa yol açtığı rapor edilmektedir (6,11).

Nadiren de olsa seminal mayinin içinde sperme zarar verebilecek antikorlar bulunabilir. Bu durum genellikle ameliyat, geçirilmiş travma veya enfeksiyonlara bağlı olarak gelişebilir. Tüm bu faktörlere bağlı olarak seminal mayi içerisinde ya hiç sperm bulunmayabilir (azospermi) ya da sperm sayısında azalma (astenozoospermi) veya şekil bozukluğu (teratozoospermi) ya da bu son üç durumun çeşitli şekillerde kombinasyonları görülebilir. Tedavi seminal mayi analizindeki bozukluğun nedenine ve derecesine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (22).

2.5.2.Kadın İnfertilitesi

Kadında görülen infertilite nedenleri ;

- Ovulasyon bozukluklar
- Fallop tüplerinin tıkalı olması
- Tubal zedelenme, blokaj, paratubal adezyonlar
- Myomlar
- Uterin anomaliler

olarak sayılabilir (16,19).

2.5.2.1.Oosit azalması

Yaşın ilerlemesiyle birlikte fertilitedeki azalma daha çok oosit sayısındaki azalmaya bağlı gibi görünmektedir. Fertilitedeki azalmanın fizyolojisi yaşlı kadınlara oosit donasyonu sonuçlarından daha iyi anlaşılmaktadır. Genç kadınlardan alınan oositlerden oluşan embriyolar yaşlı alıcılara verildiğinde, gebelik oranları genç kadınlardaki oranlara yaklaşmaktadır[23,24]. Ayrıca gebelik oranları 50 yaşına kadar aynı kalmaktadır[17]. Bu sonuçlar, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülen fertilitedeki azalmanın endometriumdaki yaşlanmadan çok oositlerdeki yaşlanmaya bağlı olduğunu düşündürmektedir (25).

2.5.2.2.Spontan Abortus

Doğurganlık çağının ilerleyen dönemlerinde fekunditedeki azalmanın bir başka nedeni de spontan düşük riskinin artmasıdır. Klinik olarak tanı konulabilen spontan düşük oranı 20 ile 40 yaşları arasında iki katına çıkmaktadır. Gebelik kaybındaki bu artış, gebelik oranındaki azalma ile birlikte 40 yaş üzerindeki kadınlarda canlı doğum oranını önemli ölçüde azaltmaktadır (26).

2.5.2.3.Tubal Faktör

Gebelik için açık ve sağlıklı fallop kanalları gereklidir. Fallop tüplerinin çok hassas ve detaylı bir yapısı vardır. Bu yapıdaki bir bozulma yumurtanın taşınmasını ve dolayısıyla döllenme olayını engelleyebilir. Eğer overlere yakın olan uç etkilenmişse yumurtanın yakalanıp tüp içine alınması bozulabilir, ancak en ağır durum tüpün tamamen tıkalı olduğu durumdur (27).

Tüpteki tıkanıklık genital yolla tüpe ulaşan enfeksiyonlardan kaynaklanabileceği gibi kanın içindeki diğer enfeksiyonlar nedeniyle de meydana gelebilir. Bunun yanı sıra dış gebelik sonucunda hasta tüplerden bir veya her ikisi de yitirilmiş olabilir. Tubal infertilite tüm infertilite nedenleri arasında %35'lik bir paya sahiptir. Bu konuya açıklık kazandırmak için Histerosalpingografi ve laparoskopik incelemeler gerekir. Özellikle 35 yaşına yaklaşan infertil kadınlarda laparoskopik inceleme geciktirilmemelidir. Tedavi ile 6-12 ayda gebelik elde edilememişse laparoskopi hemen her zaman önerilir (11, 27).

Laparoskopi sırasında kanallarda sorun (tıkanıklık, yapışıklık, hasar) saptanabilir. Hafif olanları, mikrocerrahiden fayda görebilir. Aşırı derecede hasarlı kanalların varlığında ise gebelik şansı ancak in vitro fertilizasyon ile sağlanabilir.

2.5.2.4.Yumurtalama Kaynaklı İnfertilite (Ovulatuvar Faktör)

Kadının menstural düzeni, ovulasyon hakkında önemli ip uçları verir. Düzensiz ya da anormal ovulasyon tüm infertil kadınların %25'inde saptanır. Bazal vücut ısı takibi, ovulasyonun olup olmadığının saptanması için basit ve ucuz bir yöntemdir. Ovulasyon sonrasında salgılanan progesteron hormonu uterusun içini mensturasyondan 12-16 gün öncesinde döllenmiş yumurtanın tutunmasına hazır hale getirir (28).

Beklenen mensturasyondan 1-3 gün önce uterus iç yüzeyinden alınan biyopsiler ovulasyonun olup olmadığı konusunda yardımcıdır. Biyopsi işlemleri ile progesteron hormonunun yeterli salgılanıp salgılanmadığı da değerlendirilir. Ancak günümüzde bunun yerini ovulasyonun varlığını gösteren progesteron hormonu düzeyinin kanda ölçümü almıştır (29).

Ultrasonografik takipler ve 28 günde bir mensturasyon gören kadınlarda 19-24. günler arasında yapılan kanda progesteron hormon düzeylerinin ölçülmesi ovulasyonun varlığını teyit etmeye yardımcı olur (28,29).

2.5.2.5.Servikal Faktör

Serviksin, içinde bulunduğu durum infertiliteye neden olabilir. Serviks salgısı sadece ovulasyon döneminde spermlerin serbestçe geçişine izin verir. Diğer tüm zamanlarda hormonal uyarılara bağlı değişiklikler nedeniyle serviks salgısının yapısı ve kıvamı sperm serbest geçişine müsait değildir. Bazı kadınlarda bu salgı içinde sperme karşı antikorlar bulunur ve bu kadınlarda sperm, ovulasyon zamanında bile serviks kanalından geçerek uterusu ulaşmayabilir. Antikorlar bağışıklık sisteminin sperm hücrelerine karşı geliştirdiği maddelerdir ve bu maddeler sperm hücre fonksiyonlarını bozarak etkili olmaktadır (30).

Bu durumun belirlenmesi için genellikle post-koital test istenebilir. Bu testte serviksteki mukus, sperm ve birbirleri ile olan ilişkileri incelenir. Ovulasyon gününe en yakın zamanda ama ovulasyon olmadan yapılmalıdır. Mukus içerisinde hareketli sperm sayısı az ise problem sperm üretiminde, vajinal ortamda, mukus yapısında ya da immunolojik faktörlerde olabilir. Bu yönlerden inceleme planlanır. Ağrısız ve yalnızca birkaç dakika alan bir yöntemdir.

2.5.2.6.Uterin Faktör

Uterus içinde bebeğin yerleşeceği alanın yapısını değiştiren anomaliler de sorunlardan biridir. Histerosalpingografi, uterus içini ve fallop kanallarını incelemek için kullanılan en genel yöntemdir. Menstruasyon bitiminden hemen sonraki dönemde ovulasyon olmadan uygulanmalıdır. Serviksten verilen özel sıvı önce uterus içini doldurur ve kanallara doğru ilerler. Bu sırada çekilen filmler ile normalden olan sapmalar saptanmaya çalışılır. Bu anormal durum infertil kadınlar arasında %5 civarında görülür (19, 31).

Bu yöntem gerekirse uterus içinin optik cihazlarla incelenmesi işleminin histereskopi ile birlikte uygulanabilir.

2.5.2.7.Peritoneal Faktör

Periton, karın içindeki organları ve karın duvarını bir zar tarzında örten dokudur. Bu dokuda oluşan hasarlar (operasyon sonrası, travma vb.), geçirilen iç organ enfeksiyonları ve endometriyozis, adezyonlara neden olabilir (31).

Adezyonlar da yumurtaların kanallara ulaşmasını ya da kanal içinden uterusu doğru ilerlemesini engelleyebilir. Bu konunun değerlendirilmesi ve tedavisinde laparoskopik girişimler kullanılır. Üreme çağındaki kadınlarda oldukça sık karşılaşılan endometriyozis, endometrium dokusunun uterus kavitesi dışında bulunması halidir. Menstrasyon sırasında bu dokudan da kanama olduğundan şiddetli ağrı oluşabilir. Ayrıca bu kanamanın verdiği hasara bağlı olarak cinsel temas sırasında ve değişik zamanlarda kasık ağrısı gelişebilir. Bu hastalık overlerde koyu kahverengi renkli ve çikolata kisti olarak bilinen kist oluşumlarına da yol açmaktadır. Bu kistler laparoskopik cerrahi ile çıkarılabildikleri gibi koter ve lazerle yol etmek de mümkündür.

Daha hafif durumlarda ilaç tedavisiyle de sonuç alınabilmektedir. Bu tedavi yöntemleriyle hastalığın gelişimi durdurulabilmekte veya geriletebilmekte ise de gebelik oluşmayabilir. Bu durumda çocuk sahibi olma şansı in vitro fertilizasyon ile sağlanabilir (19,31).

2.5.2.8.Yaş

Kadınlarda yaşın ilerlemesiyle birlikte fekunditenin düştüğü bilinmektedir. Fekundabilitedeki bu düşüş 30'lu yaşların ilk yıllarında başlar, sonlarında ve 35'li yaşlarda hızlanır. Kadın yaşı 35-44 arasında olan çiftlerde infertilite oranı %30 dolayındadır (2,20,21). Kadın başına düşen ortalama doğum sayısının 7.9 olduğu Senegal'in kırsal kesiminde yapılan çalışmalarda fertilitenin 25 yaşında en yüksek değere ulaştığı ve 35 yaşından sonra giderek düştüğü görülmüştür (21,32,33).

Doğum kontrolü uygulanmayan ve geniş aile yapısına sahip olan Kanada'nın Dakotas ve Montana bölgelerinde yaşayan Hutterites'ler üzerinde yapılan çalışmalarda fertilitenin 25 yaşına kadar en yüksek değere ulaştığı ve 40 yaş dolayındaki her üç kadından birinin infertil olduğu gözlenmiştir (34).

Azoospermi nedeniyle inseminasyon uygulanan çiftler üzerinde yapılan çalışmalar kadın yaşının fekundabilite üzerindeki etkisi konusunda bize önemli bilgiler sağlamıştır (35).

Fransa'da yapılan bir çalışmada inseminasyon yapılan kadınlarda fertilitenin oranının 30 yaşından sonra azalmaya başladığı görülmüştür. Bir yıl süren inseminasyon sonrasında gebelik oranı 30 yaşın altındaki kadınlarda %74 iken, 30-35 yaş arasındaki kadınlarda %62 ve 35 yaşın üzerindeki kadınlarda %54 olarak bulunmuştur (35). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Aile Büyümesi Çalışması'nın verileri de yaşla birlikte fertilitenin azaldığını göstermektedir, yaşa bağımlı fekundabilitedeki azalma oranı sabit gibi görünmektedir (36).

2.5.3. Açıklanamayan İnfertilite

Bazı çiftlerde problemi ortaya koymaya yönelik araştırmalar mevcut yöntemlerle problemi aydınlatamamış ve hatta nedeni atlamış olabilir, dolayısıyla bu tanımlama yapılan tetkiklere göre göreceli bir terim olmakla birlikte, pratikte kullanılan testlerin tamamen normal olduğu çiftler için kullanılmaktadır (16,18,37).

İnfertil çiftlerin yaklaşık %5-10'unda tüm testler normaldir. Çiftlerin %5'inde ise yalnızca minör problemler saptanır. Bu durumda üremeye yardımcı ilaçlar ve intrauterin inseminasyon (IUI) uygulanabilir. Eğer 3-6 sıklusta gebelik elde edilemez ise çift bu tedaviye devam etme şansına sahip olmakla birlikte, in vitro fertilizasyon tedavilerine geçiş önerilebilir (18).

İnfertilite prevalansı ırk ve etnik kökene göre de değişiklik göstermektedir. İnfertilite tedavisi için başvuran kadınlar daha çok yüksek sosyo-ekonomik düzeyden olmasına karşın, alt sosyo-ekonomik düzeydeki grupta infertilite oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki insanların tedavi olanakları konusunda daha iyi bilgilendirilmiş olmaları ve tedaviden yararlanma olanaklarının daha iyi olmasıdır (37).

2.5.4. İnfertilitenin Emosyonel Nedenleri

Kadın ve erkekte biyolojik değişikliklerin büyük bir kısmı emosyonel faktörlere bağlıdır. Kadında bu durumlar tubal spazm, ovulasyon yapamama, seminal mayinin hızla atılması ve vajinismustur. Bunlara ek olarak, ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınma da kadına ait bir diğer infertilite nedenidir.

Psikolojik infertil kadınlarda bazı ortak özellikler vardır. Hepsi gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine rağmen, gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duygularını da taşırlar. Bu korkular gebelik ile doğum eylemi ile veya anne olma ile

ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı, doğum yaparken kendisinin ya da bebeğinin öleceği veya iyi bir anne olamama korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir. Kadının bu duygularını ifade etmesine yardımcı olduğunda, eşler arasında daha serbest ve sıcak bir ilişkinin geliştiği ve gebeliğin ortaya çıktığı pek çok vakada görülmüştür (38).

Erkeklerde, ereksiyonda ve ejakulasyonda görülen empotans (başarısızlık) psikojenik infertilitenin temel nedenleridir. Bunun yanında erkekler de kadınlar gibi bilinçsiz olarak koitustan kaçınabilirler. Erkeklerdeki bu empotans baştan beri olabileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilir. Pek çok erkekte de hayatın herhangi bir evresinde geçici empotans görülebilir. Empotansın büyük bir kısmı psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Çocuklukta geçirilen psikolojik travmalar, beslenme sorunları, çocukluk hastalıkları, aşırı düşün ve koruyucu annelik, psikolojik empotans için hazırlayıcı faktörlerden bazılarıdır (38-40).

2.6.İNFERTİLİTE TANISI

Bir yıl süreyle düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik olmaması durumunda çiftin olası bir problem yönünden incelenmesi gerekir.

İnfertil çiftlere yapılacak yardımın ilk basamağında infertilite nedenlerinin saptanması gerekmektedir. Bunun için yapılması gerekenlerin başında infertilite kaynağının tam olarak belirlenmesini sağlayacak hikâyenin alınması gelir.

2.6.1.Çiftlerin Sağlık ve Seksüel Hikâyelerinde

Erkeklerde; Yaşam biçimi (fazla çalışma, işsizlik, stres) beslenme bozukluğu, endokrin hastalıkları, çocukluk hastalıkları, genito üriner problemler, aşırı alkol ve sigara alışkanlığı ve koitus hikâyesine ilişkin bilgiler alınır. Kadında ise; yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, endokrin hastalıkları, menstural hikâyesi (menarş yaşı, siklus düzeni ve süresi), pelvik hastalıkları, aşırı alkol ve sigara alışkanlığı, kullanıldığı kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi alınır.

Radyasyon ve ağır metal zehirlenmesi fertilitiyi etkilediği için eşlerin çalıştığı yerdeki çevre koşullarının öğrenilmesi önemlidir. Diyabet ve tiroid gibi endokrin hastalıkların da ovulasyonu durdurabileceği bilinmelidir. Kronik alkolizm ve nikotin intoksikasyonu ise hem sperm yapımını bozar hem de seksüel yetersizliğe neden olabilir (21).

Erkeğin doktor kontrolüne 3-4 günlük bir cinsel perhizle gitmesi uygundur. Genel olarak kadında yapılması gereken tetkikler; jinekolojik muayene, ultrasonografik inceleme, smear testi, hormon tahlilleri, histerosalpingografidir. Laparoskopi de sıklıkla kullanılan infertilite tanılama yöntemlerindedir. Erkeklerde ise fiziksel muayene ve sperm analizi yapılmalıdır.

İnfertil bireylerde ilk değerlendirme yapıldıktan sonra özellikle in vitro fertilizasyona karar verilecekse, yukarıda sayılanlara ilave tetkikler olarak, tam kan sayımı, kan grubu, hepatit, AIDS, kızamıkçık vs. gibi bazı ek tetkiklerin de yapılması gerekli olabilir (21).

2.6.2.Genel Fizik Muayene

İlk görüşmeden sonra yapılacak genito üriner ve pelvik muayene ile konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve myom gibi) ve vajinal akıntı değerlendirilir (18,38).

2.6.3.Ultrasonografi

Vajinal ultrasonografi yapılarak uterus ve overlerin durumu değerlendirilebilir. Uterusta myom, polip gibi patolojilerin olup olmadığı, overlerde kistik bir gelişimin varlığı ve overlerin yerleşimi değerlendirilir (18,38).

2.6.4.Histerosalpingografi (HSG)

Histerosalpingografi fallop tüplerinin açık olup olmadığını / uterus dokusunda doğuştan ya da sonradan oluşan gebeliğin yerleşmesine engel olabilen bozuklukların tespitini sağlayan bir tanı yöntemidir. Genel olarak menstrasyon bitiminden sonraki yedi gün içerisinde çekilmesi uygun olmaktadır. Ciddi ağrı yaratmayan bu işlem herhangi bir anestezi gerektirmez. Beş-on dakika süren bu işlemde muayene pozisyonundaki kadına özel bir alet yardımıyla sıvı haldeki opak madde verilerek seri halde film çekilir (18).

2.6.5.Laparoskopi

Genel anestezi altında hastanın göbeğinden ince bir iğne ile girilerek karın karbondioksit gazı ile şişirilir ve daha sonra yaklaşık 10 mm çapında bir alet göbekteki 1 cm'lik kesiden karın içine yerleştirilerek buradan karın içerisine optik bir alet iletilir. Kamera aracılığı ile elde edilen görüntü bir monitör vasıtasıyla izlenerek gerekli girişimler yapılır. Laparoskopi tanı amacıyla ya da bazı müdahalelerde bulunulması için kullanılır.

Erkeklerde spermogram ve kadında muayene, hormonal inceleme ve HSG (Histerosalpingografi) yapıldıktan sonra eğer herhangi bir sorun bulunamazsa, yani açıklanamayan infertilite durumunda, tüplerin açık olup olmadığının kesin olarak değerlendirilmesi amacıyla, ayrıca endometriozisin değerlendirilmesinde de kullanılır. Bunun dışında bazı over kistlerinin alınması ya da endometriozis odaklarının yakılması amacıyla açık ameliyat yerine de önerilebilir. Son yıllarda kullanım alanı çok genişlemiş olan bu yöntemle birçok jinekolojik ameliyatın yapılabilmesi mümkün olmuştur (2,11).

2.6.6.Histereskopi

Serviksten içeriye doğru ilerletilen optik bir alet yardımıyla uterus içerisi incelenir. Laparoskopi gibi hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılabilir. Uterus duvarları ve tüplerin açıldığı bölgeler incelenerek polip, myom, septum gibi yer kaplayan lezyonlar, yapışıklıklar araştırılır ve aynı anda tedavi sağlanabilir. HSG ya da ultrasonografide polip, septum veya myomdan şüphelenilmesi, açıklanamayan infertilite, tekrarlayan gebelik kayıpları gibi çeşitli durumlarda yapılması gerekebilir (2,38).

2.6.7.Ovulasyonun Değerlendirmesi

Ovulasyon zamanının saptanmasında bazal vücut ısısı tekniği önemli bir yoldur. Endometrial biyopsi ile de ovulasyon tespit edilebilir. Endometriumda sekretuar fazı saptamak amacı ile 28 günlük siklusun 26. günü endometrial biyopsi alınır. Biyopside doku sekretuar fazla uyumlu değil ise ovulasyon gerçekleşmediği düşünülür (23,24).

2.6.8.Post Koital Test

Ovulasyon öncesinde Servikal mukusta karakteristik değişimler görülür. Sims-Hunner post koital test tekniği ile hem servikal mukusun özelliği, hem de spermilerin canlılığı kontrol edilir. Bu test için kadının basal vücut ısısı kontrol edilir. Kadının basal vücut ısısı tekniği ile belirlediği ovulasyon gününde eşi ile cinsel ilişkide bulunması ve ilişkiden sonra 4-8 saat içinde kliniğe gelmesi istenir. Klinikte servikal bölgeden mukus örneği alınır. İlk muayene edilecek olan servikal mukusun özelliğidir. Testin birkaç siklus tekrar edilmesine ihtiyaç duyulabilir (30).

2.6.9.Tubal Tıkanıklığın Saptanması

Seminal mayi analizinde erkek fertil ise, kadında Rubin test çalışması yapılır. Rubin testte fallop tüplerine karbondioksit verilerek tubal tıkanıklık değerlendirilir (27)

2.6.10.Seminal Mayi Analizleri

İnfertilite sorunu olan çiftlerde genel olarak ilk yapılması gereken, basit ama bir o kadar değerli olan seminal mayi analizi yöntemidir.

Sperm sayımı için seminal mayinin değerlendirilmesi infertilitenin değerlendirilmesinde ilk işlemdir. Erkeğe örnek alınmadan önce 3-5 gün süreyle cinsel ilişkiden kaçınması önerilir. Örnek alındıktan sonra iki saat içinde seminal mayi çalışmasının yapılması gerekir.

Seminal mayinin her mililitresinde 20 milyondan fazla sperm bulunması, tüm seminal mayi örneğindeki spermlerin % 50'den çoğunun mobil (hareketli) ve % 70'den çoğunun şekillerinin normal olması beklenir. Bu kriterler dışındaki durumlarda erkek infertil kabul edilir (12,19).

2.6.11.Ürolojik Değerlendirme

İnfertil olguların yaklaşık 1/3'ünde erkekle ilgili bir sorun mevcut olup bu sorun cinsel fonksiyon bozuklukları, hormonal nedenler, varikosel, radyasyon tedavisi, kemoterapi, çeşitli virütik hastalıklar, genetik nedenlerden kaynaklanabilir. Bireylerin büyük bir çoğunluğunda ise genellikle hiçbir neden saptanamamaktadır. Bu nedenle infertilite yakınması olan çiftlerde erkeğin ürologla görüşmesi önerilir (38).

Testislerden örnek alarak sperm hücresi yönünden ve patolojik olarak değerlendirmek tanıda kullanılan diğer yöntemlerdir.

2.6.12.Genetik İnceleme

Erkeklerde sperm sayısının ileri derecede düşük olması ya da hiç olmaması yani azospermi genetik bozukluklarla birlikte olabilir. Kromozomlardaki çeşitli yapısal ve sayısal değişiklikler yanında özellikle Y kromozomundaki bazı değişiklikler (Y kromozom mikrodelsyonları) infertilite yakınması bulunan erkeklerde % 5-15 sıklıkla görülmektedir. Bunların değerlendirilmesi hem infertilite nedeninin ortaya konması hem de tedavi sonrasında gebelik meydana gelirse bunun doğacak bebeğe aktarılma riskinin ortaya konması bakımından son derece önemlidir (38).

2.7.İNFERTİLİTE TEDAVİSİ

İnfertiliteye neden olduğu düşünülen belli bir anatomik veya fizyolojik sorun varsa ortadan kaldırılır. İnfertilite eğer ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide

ovulasyon indikasyonu olan ‘‘clomifen citial’’ (CC) kullanılır. CC, pituitar bezden gonadotrop hormonların (FSH ve LH) yapımını stimüle ederek, overlerde folliküler büyümeyi sağlar. CC tedavisinin başarılı olabilmesi için pituitar fonksiyonel kapasitesinin olması ve overlerin de buna cevap vermesi gerekir (4,38).

Uterus ve tüp anomalileri, özel cerrahi tekniklerle tedavi edilir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı ortaya çıkan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltilebilir. Ancak tüplerin çok ince olan mukozaya ve siliaları bozulduktan sonra tekrar yapılması mümkün olmadığı için, tübal sorunlarda başarının düşük olduğu bilinmektedir (4,38).

2.7.1.Yardımcı Üreme Teknikleri

İnfertil çiftlerin %85-90'nın tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteyi düzeltmekte, kalan %10-15'i ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanabilmektedir. Bu teknikler In Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transfer (IVF-ET) ve Gamet Intrafallop Transfer (GIFT) teknikleridir (4,10).

2.7.1.1.In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)

In vitro fertilizasyon, olgun ovumun anne vücudu dışında laboratuvar ortamında fertilize edilmesidir. In vitro fertilizasyon genellikle bir test tüpü içinde gerçekleştirildiği için bu şekilde ortaya çıkan gebeliklere ‘‘tüp bebek’’ deyiimi kullanılmaktadır. IVF-ET işlemi, yumurtaların overden toplanması, spermiler ile laboratuvar ortamında döllenmesi ve normal embriyo gelişiminden sonra annenin uterusuna transfer edilmesidir. Eğer işlem başarılı olursa embriyo, uterus içinde normal gebelikte olduğu gibi gelişimini sürdürür (4,10,23).

IVF yöntemi ile ilk bebek 1978 yılında İngiltere’de doğmuştur. IVF için indikasyonlar ; fallop tüplerinin hasar görmesi, endometriozis, erkek ve kadının immunolojik infertilitesi ve servikal faktörlerdir (23).

IVF yönteminde gebeliğin başarılı olabilmesi için 2-3 embriyonun uterusu yerleştirilmesi gerekir. Bunun için superovulasyon tekniği ile çok sayıda ovum overlerden toplanır.

Overlerdeki folikül olgunlaşması, ultrason ve serum estradiol düzeylerinin ölçümü ile izlenir. Oosit olgunlaşması için Human Koryonik Gonadotrop (HCG) hormonu verilir. Foliküller yaklaşık 20 mm. Çapa ulaştığında, oositler laparoskopi ile ya da transservikal

olarak ultrason yardımıyla yönlendirilen bir iğne ile follikül aspirasyonu tekniği ile overlerden alınır (23).

Overlerden alınan oositler özel hazırlanmış kültür ortamına konur ve konsantre süspansiyondaki spermier ortama eklenir. Fertilizasyon 18-24 saat içinde gerçekleşir. Fertilizasyonu takiben zigot 48-72 saat içinde 4-8 hücre haline gelir. Bu safhada embriyo özel bir katater ile uterus kavitesine transfer edilir. Gebelik şansını arttırmak için birden fazla embriyo transferi gerekir. In vitro fertilizasyonun başarı hızı (gebeliğin oluşması ve sağlıklı bir bebekle sonuçlanması) %20-25'dir.

2.7.1.2. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)

Bir diğer yardımcı üreme tekniği gametlerin fallop tüplerine transfer edilmesidir. 1984'de geliştirilen bu yöntemde, laparaskopi ile overlerden follikül aspirasyonundan sonra oositler ve spermier direk olarak fallop tüpü içine transfer edilirler. In vitro fertilizasyonda olduğu gibi kadın superovulasyon ve oosit olgunlaşması için hormon tedavisi aldıktan sonra oositler aspire edilir. Bu oositler değerlendirildikten sonra transfer için bir katetere yüklenir. Aynı katater içine 100.000 sperm de hazırlanmıştır. Fertilizasyon normalde olduğu gibi tüplerde gerçekleşir. GIFT için fonksiyonel bir fallop tüpünün olması gerekir. GIFT'in IVF-Et'ye göre avantajı fertilizasyon işleminin laboratuvar yerine normal ortamda gerçekleşmesi ve kadına embriyo transferi için ikinci bir işlem uygulanmamasıdır (4, 10, 23).

2.7.1.3. Mikromanipulasyon ve Blastomer Analizi

Mikromanipulasyon işlemi, spermier direkt olarak yumurta hücresi içine verilmesidir. IVF işleminde başarı sağlanamayan seminal problemlerde tercih edilen bir yöntemdir. Seminal mayi içindeki spermier değerlendirildikten sonra en sağlıklı olanı (ölçü, şekil ve hareket yönünden) seçilir ve özel bir enjektörle oosit içine enjekte edilir.

Blastomer analizinde, eşler genetik ve kromozom anomalisi yönünden risk altında olduklarından implantasyondan önce test uygulanır. Genetik bir bozukluk tespit edilirse implantasyon gerçekleşmeden gebelik sonlandırılır.

Evli çiftlerin yaklaşık %15'inin yaşadığı infertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (41-43,44).

İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stress ve düşmanlık duygularının yaşandığını ve cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini göstermiştir (43,45).

İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerin fazlalığı ve yarattığı sorunlar, infertilite tanı ve tedavisinde hızlı gelişmelere ve teknolojik tüm imkânların zorlanmasına neden olmuştur. Birkaç yıl öncesine kadar, birçok çift için kendi çocuğuna sahip olma fikri bir hayal olarak görünürken, In Vitro Fertilizasyon (IVF)'un da içinde bulunduğu birçok yardımcı üreme tekniği ile bu hayale gerçekleşebilme yolu açılmıştır (44,46).

Tedavide in vitro fertilizasyon yöntemini seçen infertil çiftlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Lourse Brown'un 1978 yılında in vitro fertilizasyon yöntemi ile doğumu kamuoyunun dikkatini bu yöne çekmiş ve halkı yeni gelişen tedavi yöntemlerine yöneltmiştir (10,40).

2.8.İNFERTİLİTE VE ANKSİYETE

2.8.1.Stres

Stres beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu fizyolojik sistemlerde ortaya çıkan bir savunmadır (Selye, 1950).

Stresör ise bireyin stres yaşamasına neden olan herhangi bir faktör olarak tanımlanabilir. Stresörler rol değişimi, eşin ölümü, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, infertilite, suçluluk duygusu gibi iç kaynaklı da olabilir. Stresörler biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ya da bu etmenlerin birleşiminden oluşabilir. Stres gibi stresörlerin algılanışı da bireyseldir (38-42).

2.8.2.Stres Kaynakları

Fizik çevre: Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon vs.

Çalışma koşulları:ağır baskı altında çalışma vs.

Psiko-Sosyal faktörler:Üç ayrılır:

a)Günlük stresler: Evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk vs.

b)Gelişimsel stresler:Doğumdan yaşlılığa kadar gelişim aşamalarında ortaya çıkan streslerdir. Menopoz, adölesan dönem vs.

c)Durumsal stresler: Ciddi hastalıklar, evlenme vs.

Uzun süreli stres insanın zihinsel faaliyetlerinde değişikliğe neden olur. Stres bireyin diğer insanlarla etkileşimini engeller. Strese bağlı olarak, bireyin problem çözme yeteneği zayıflar (38,41).

2.8.3.Kaygı

Kaygı; bireyde stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepkidir. Korkuya benzer bir duygudur. Çok hafif bir tedirginlikten çok ciddi bir panik atağına varan değişik şiddette olabilir. Günlük yaşam sırasında tehlikeli görülen durumlar karşısında yaşanan kaygıya, tedirginlik ve huzursuzluğa durumluk kaygı denir.

Öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Bu duruma da sürekli kaygı denir. Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve gerginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir kaygı olarak kabul edilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu durumla doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli kaygı ise kişilik özelliğini belirler. Stresörler yoğun olduğu zaman durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca da kaygı seviyesinde düşme görülür.

Bireyde kaygının oluşmasında ve düzeyinin belirlenmesinde kalımsal özellikler, cinsiyet, karakter, duygusal durum, zeka, benlik, toplumsal rol ve yer, yaratıcılık ve toplumsal etkileşim rol oynar (38,41,42).

Özellikle üreme organlarına ilişkin sorunlar kadınların fizyolojik ve psikososyal sağlığını bozan faktörlerin başında gelir.

Kadın sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında, doğurganlıkla ilgili nedenlerin yanında, kadının toplumsal konumunun düşük olması da gelir. Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler, eğitimi, çalışması sosyal güvencesinin olmasıdır. Genellikle anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerde kadının toplumsal konumunun düşük olduğu bulunmuştur (47,48).

Son zamanlarda kadınların yüksek eğitime yönelmeleri ve iş hayatına girmeleri ile fertilitate hızında düşme görülmüştür. Özellikle batı toplumlarında kadının, eğitim seviyesinin yükselmesi ve ekonomik özgürlüğünün olması nedeni ile toplumsal konumu daha yüksektir (38,47,49).

DSÖ' nün verilerine göre ülke sıralamasında dünya kadınlarının statülerinin yüzde olarak dağılımlarına ve doğurganlıkları ile ilişkilerine bakıldığında; dünyada kadın statüsünün çok iyi durumda olduğu ülke oranı %6.3'dür. Bu ülkelerde kadın başına düşen çocuk sayısı %1.9'dur. Kadının statüsünün çok düşük olduğu ülke oranı %10.6'dır ve bu ülkelerde kadın başına düşen çocuk sayısı 5.9'a yükselmektedir (38,47).

Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Bu toplumlarda kadın çocuk sahibi oldukça kabul ve saygı görmektedir. Özellikle kadının çalışmadığı, geleneksel aile yapısındaki çiftlerde çocuk sahibi olmak oldukça önemlidir. Çocuğun önemli bir iş gücü ve statü olarak kabul edildiği kırsal kesimde ise sadece çocuk sahibi olmak için evlenen kadın ve erkekler azımsanmayacak kadar çoktur. Bizim toplumumuz gibi çocuk sahibi olmanın ayrıcalık ve prestij olarak görüldüğü toplumlarda infertilite neredeyse hayati öneme sahiptir. Aynı zamanda çocuk, yaşlılıkta yalnızlığa ve bakımsızlığa karşı da bir güvence olmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de çocuk sahibi olmayı önemli bir güvence sayanların oranı kadın ve erkek için %77'dir. Ekonomisi tarıma dayalı toplumlarda doğurganlığın bir diğer önemi çocuktan iş gücü olarak yararlanılmasıdır. Bütün bu nedenler kadınların çocuk doğurmayı bir görev olarak görmesini sağlamakta ve çocuk sahibi olamayan çiftlerin, toplumun da etkisiyle daha fazla psikolojik baskı altında kalmasına yol açmaktadır (47,49).

Ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında ruhsal, sosyal ve organik etkenlere bağlı karmaşık bir etkileşim bulunmaktadır. Bazı fiziksel hastalıklar, ruhsal belirtilerle ortaya çıkabileceği gibi, bazen de organik bir hastalık gibi görülen tablo ruhsal bir bozukluk olabilir. Her iki durumda da kişilerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaları gerekir. Çünkü hastada ki ruhsal sorunlar, fiziksel hastalığın tanısını, tedavisini, seyrini etkileyebilir.

İnfertilite gibi kişileri pek çok yönden yıpratın bir tanıda, her iki eşin de birbirlerini suçlamadan durumlarının farkına varmaları sağlanmalı, ihtiyaç duydukları destek, ilgi ve bilgi verilmeli, bu zor süreci aşmalarına yardımcı olunmalıdır. Çocuğu kadın doğurduğu için, infertilite durumunda hep kadın suçlanmaktadır. Hatta daha ileri gidilerek, çocuğu olmayan kadın horlanmakta, uğursuz sayılmakta, "kuruyan nehir" ve "yeşermeyen ağaç" gibi benzetmelere maruz kalmaktadır. Oysa infertilite sorununun saptanması ve tedavisinin planlanması aşamasında her iki eş birlikte ele alınmalıdır.

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini de yıpratın bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir. İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında daha önce

nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bir kriz olarak infertilite hem bireysel hem de evlilik ilişkisi içinde başa çıkılması gereken bir durumdur (5,39). İnfertil çiftlerin psiko-dinamiğini inceleyen nispeten az çalışma vardır. İnfertil bireyleri olumsuz yönde etkileyen ve sosyal alanda yaşanan sıkıntılı durumlardan olan kaygı, yalnızlık, kaygı, sosyal ilişkiler ağında önemli niteliksel ve niceliksel eksikliklerin olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu duygular sonucu kişilerde alkolizm, intihar girişimi ve depresyon gibi ciddi rahatsızlıklar gözlenmektedir (41,42).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Kayseri il merkezinde yapılmıştır. Kayseri il merkezinin nüfusu 600 000 dolayında olup, toplam nüfusun %24 kadarını 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmakta, bu kadınların %75 kadarının evli olduğu tahmin edilmektedir. Böylece 15-49 yaş evli kadın nüfusu 108 000 olarak tahmin edilmiştir.

Araştırma bölgesinde primer infertilite prevalansının %5 dolayında olduğu kabul edilerek, tolerans değeri =0.02, $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ alınarak, minimum örneklem büyüklüğü 1080 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılacağı göz önünde bulundurularak, hesaplanan değer iki katının alınması düşünülmüş ve bu nedenle, örneklem büyüklüğü 2400 olarak alınmıştır.

Kayseri il merkezindeki sağlık evi bölgeleri dikkate alınarak, toplam 186 ebe bölgesi belirlenmiş ve 30 ebe bölgesi rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Ebe bölgelerindeki ev halkı tespit fişlerinden(ETF) yararlanılarak, her ebe bölgesinden bir hane rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş, bu hanelerden başlamak üzere ve hane numarası izlenerek, 15-49 yaş grubundaki 80 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Böylece 2400 kadına ulaşılmıştır. Ulaşılamayan kadınların telefon numaraları alınarak, bir sonraki gün randevu alınmak suretiyle yeniden ziyaret edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara, evlilik ve doğurganlık ile ilgili 24 soru içeren anket formu (Form A) yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır (Ek 1). En az 12 aydır evli olan, eşi ile birlikte yaşayan ve gebelikten korunmadığı halde hiç gebe kalmamış kadınlar primer infertil kabul edilmiştir. Primer infertil kadınlara, infertilite ile ilgili tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik 34 soru kapsayan ikinci bir anket formu (Form B) uygulanmıştır (Ek 2).

Böylece 151 primer infertil kadın saptanmıştır. Saptanan primer infertil kadınlara ve bu kadınlarla aynı yaş ve yerleşim yeri özelliklerine sahip olan fertil kadınlardan oluşturulan kontrol grubuna Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği adı verilen, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) uygulanmıştır. Envanter durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerini belirlemektedir. Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır.

Durumluluk Kaygı Ölçeği; Bireylerin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

Süreklilik Kaygı Ölçeği; Bireylerin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Puanlama elle ve bilgisayarda olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Puanlar yorumlanırken her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20–80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. (Ek 3).

Görüşülen infertil kadınlardan görüşmeyi kabul etmeyen olmamış, sadece bir infertil kadın Form B'yi ve kaygı ölçeklerini cevaplamayı reddetmiştir.

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilerek, bölgede infertilite görülme sıklığı ve infertil çiftlerin infertilite ile ilgili tutum ve davranışları saptanmış, ayrıca infertil kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesi için, unpaired t testi, ki kare testi, Mc Nemar testi ve multiple regresyon analizi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değerleri önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.ARAŞTIRMA GRUBUNUN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya 15-49 yaş grubu kadınlar ve eşleri alınmıştır. Araştırmaya alınan kadınlar ve eşlerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların ve Eşlerin Yaş Grupları

Yaş Grupları	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
15 – 24	334	13.9	110	4.6
25 – 34	1022	42.6	785	32.7
35+	1044	43.4	1505	62.7
Toplam	2400	100.0	2400	100.0
Ortalama \pm SD	34.0 \pm 8.12		37.0 \pm 8.22	

Araştırmaya alınan kadınların 37’sinin (%1.5), erkeklerin ise 95’inin (%4.0) daha önce başka biriyle evlilik yaptıkları ve kadınların 16’sının (%0.7) erkeklerin ise 93’ünün (% 3.9) daha önce yaptıkları evliliklerinden çocukları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Doğurganlık Özellikleri

Doğurganlık Özellikleri	Ortalama±SD
Toplam Gebelik Sayısı	2.33±1.47
Canlı Doğum Sayısı	2.00±1.16
Kürtaj Sayısı	0.11±0.34
Kendiliğinden Düşük Sayısı	0.16±0.43
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.99±1.15

Tablo 4.2’de araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özellikleri gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı 2.33, ortalama canlı doğum sayısı 2.00 olarak bulunurken, kürtaj kendiliğinden düşük ve yaşayan çocuk sayılarının ortalamaları sırasıyla 0.11, 0.16, 1.99 olarak tespit edilmiştir. İnfertil kabul edilen 151 kişinin yaş gruplarına göre infertilite prevalansı Tablo 4.3’de gösterilmiştir. Tablo 4.3’de de görüldüğü gibi 15-24 yaş grubunda infertilite sıklığı %0.6, 25-34 yaş grubunda %6.6 ve 35-49 yaş grubunda %7.7 olarak bulunmuştur. Sonuçlardan da anlaşıldığı gibi en yüksek infertilite sıklığının 35-49 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların 238’i (%9.9) bu evliliği sırasında gebe kalmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir. Gebe kalmakta güçlük çekenlerin 209’u (% 87.8) tıbbi tedaviye, 123’ü (% 51.7) geleneksel yöntemlerden en az birine başvurmuş 10’u (%4.2) hiçbir şey yapmadan beklemiştir. Gece kalmakta güçlük çekenlerin 87’si (% 36.6) daha sonra gebe kalmıştır.

Sonuç olarak 151 kadının halen infertil olduğu belirlenmiştir. Bu kadınlardan biri Form B’yi ve kaygı ölçeğini yanıtlamadığı için çalışma 150 kadınla sürdürülmüştür.

Tablo 4.3. Araştırma Grubundaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre İnfertilite Sıklığı

Yaş Grupları	N	İnfertil Sayısı	%
15 - 24	334	2	0.6
25 – 34	913	60	6.6
35 - 49	1153	89	7.7
Toplam	2400	151	6.3

$$X^2 = 22.465 \quad p < 0.001$$

4.2 İNFERTİL KADINLARIN VE EŞLERİNİN ÇÖZÜME YÖNELİK ÇABALARI

Araştırma grubuna alınan ve infertil kabul edilen çiftlerin infertilite sorununun kimden kaynaklandığına yönelik ifadelerinden elde edilen veriler Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların %48.0’ı infertilitenin kendisine, %36.7’si eşine, %5.3’ü her ikisine bağlı olduğunu, %10.0’ı ise kimden kaynaklandığını bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Araştırma Grubundaki Kadınların İnfertilite Nedeni İle İlgili İfadeleri

İnfertilitenin Kiminle İlgili Olduğu	Sayı	%
Kadın	73	48.0
Erkek	55	36.7
Her ikisi	8	5.3
Bilmiyor	15	10.0
Toplam	150	100.0

Tablo 4.5’de araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin infertilite nedeniyle hekime başvurma durumları gösterilmiştir. Tablo 4.5’de de görüldüğü gibi infertil çiftlerin %77.3’ünde eşlerin her ikisi, %12’sinde sadece kadın, % 0.7’sinde ise sadece erkek hekime başvurmuştur. %10’un da ise eşlerin her ikisi de doktora başvurmamıştır. Kadınların toplam doktora başvurma oranı %89.3, erkeklerin ise %78.0 olarak tespit edilmiştir. Kadınların hekime başvurma oranı, erkeklere göre oldukça yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5. Araştırma Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin İnfertilite Nedeniyle Hekime Başvurma Durumu

Kadın	Erkek					
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Başvuran	116	77.3	18	12.0	134	89.3
Başvurmayan	1	0.7	15	10.0	16	10.7
Toplam	117	78.0	33	22.0	150	100.0

*Yüzdeler genel toplama göre alınmıştır. $X^2 = 15.210$ $p < 0.001$

İnfertil çiftlere, infertilite tanısı amacıyla yapılan işlemler Tablo 4.6'da belirtilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, infertilite nedeniyle doktora başvuran kadınlara infertilite tanısını koyabilmek amacıyla muayene, ultrasonografi ve laparoskopi işlemleri uygulanmıştır. Aynı nedenle doktora başvuran erkeklere ise sıklıkla muayene ve spermogram yapılmıştır.

Tablo 4.6. Araştırma Grubundaki Kadınlara ve Erkeklere İnfertilite Tanısı Amacıyla Yapılan Tıbbi İşlemler

	İşlemler	Sayı	%
Kadın	Muayene	134	89.3
	Ultrasonografi	132	88.0
	Hormon Tahlili	123	82.0
	Laparoskopi	68	45.3
	Histerosalpingografi	40	26.7
Erkek	Muayene	116	77.3
	Spermogram	114	76.0

Araştırma grubundaki infertil kadınların 86'sı (%57.3) çocuk sahibi olabilmek için tedavi görmüştür ve 26'sı (%17.3) halen tedavi görmektedir. Erkeklerin ise 64'ü (%42.7) tedavi görmüş, 21'i (%14.0) ise halen tedavi görmektedir. Araştırma grubundaki infertil çiftlerin %66.7'si geleneksel yöntemlere başvurmuştur.

Tablo 4.7. Araştırma Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Çocuk Sahibi Olabilmek İçin Başvurduğu Geleneksel Yöntemler

Geleneksel Yöntemler	Kadın (n:150)		Erkek (n:150)	
	Sayı	%	Sayı	%
Geleneksel ilaç kullanma	57	38.0	32	21.3
Hocaya gitme	18	12.0	17	11.3
Ebeye gitme	68	45.3		
Yatırları ziyaret etme	53	35.3	24	16.0
Kurban kesme*	16*	45.7*	26	74.3*

*Çiftlerden 7'si %20.0 birlikte kurban kestiklerini belirtmiştir. Bu sayı hem kadınlara, hem de erkeklere eklenmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma Grubundaki Kadınların Geleneksel Yöntemlere Başvurmasını Etkileyen Faktörler

Bağımsız Değişkenler		Geleneksel Yöntemlere başvuran				
		N	Sayı	%	X ²	p
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	64	61	95.3	39.002	<0.001
	Ortaokul ve üzeri	86	39	45.3		
Eşin eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	22	19	86.4	3.522	>0.05
	Ortaokul ve üzeri	128	81	63.3		
Kadının yaşı	30 yaşın altı	26	3	11.5	40.065	<0.001
	30 yaş ve üzeri	124	97	78.2		
Eşinin yaşı	35 yaşın altı	25	3	12.0	37.446	<0.001
	35 yaş ve üzeri	125	97	77.6		
Evlilik süresi	1-9 yıl	39	14	35.9	20.621	<0.001
	10 yıl ve üzeri	111	86	77.5		
Toplam		150	100	66.7		

Araştırma grubundaki infertil kadınların 42'si (%28.0) in vitro fertilizasyon için girişimde bulunmuştur. 65'i (%43.3) ise bundan sonra in vitro fertilizasyon için girişimde bulunmayı düşünmektedir.

Tablo 4.9. İn Vitro Fertilizasyon İçin Girişimde Bulunmayı Düşünmeyen Kadınların Düşünmeme Nedenleri

Nedenler	Sayı	%
Maddi İmkan Yetersizliği	38	44.7
İlerlemiş Yaş	47	55.3
Toplam	85	100.0

Araştırma grubundaki infertil kadınların 84'ü (%56.0) çocuk sahibi olabilmek için çaba harcamaya devam etmektedir. Kadınların 125'i (%83.3) bu çabalarının eşleri tarafından her zaman desteklendiğini, 25'i (%16.7) ise desteklenmediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma Grubundaki Kadınların ve Eşlerinin Çocuk Sahibi Olamamaktan Dolayı Rahatsızlık Hissetme Durumu

Rahatsız Hissetme	Kadın (n:150)		Erkek (n:150)	
	Sayı	%	Sayı	%
Rahatsız Olanlar	140	93.3	127	84.7
Rahatsız Olmayanlar	10	6.7	23	15.3
Toplam	150	100.0	150	100.0

İnfertil kadınların ve eşlerinin rahatsızlık hissetme nedenleri ise Tablo 4.11'da gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Çocuk Sahibi Olamamaktan Dolayı Rahatsızlık Duyan Kadın ve Erkeklerin Rahatsızlık Nedenleri

Rahatsızlık Nedenleri	Kadın (n: 140)		Erkek (n:127)	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Olan Ailelere Özenti	106	75.7	95	74.8
Yalnızlık Hissetme	16	13.6	16	12.6
Gelecek Korkusu	15	10.7	16	12.6
Toplam	140	100.0	127	100.0

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi infertil çiftlerin çoğunluğu çocuğu olan ailelere karşı özentiden dolayı rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.12. Araştırma Grubundaki Kadınların Çocuk Sahibi Olabilmek İçin Bundan Sonra Yapmayı Düşündüğü İşlemler

Düşünülen Olay	Sayı	%
Çaba Göstermeye Devam Edecekler	80	53.3
Bütün Çabalarından Vazgeçenler	70	46.7
Toplam	150	100.0

Araştırma grubundaki infertil çiftlerin 9'u (%6.0) evlatlık almıştır. Evlatlık alınan çocukların 1'i (%11.1) kadının akrabalarından, 2'si (%22.2) erkeğin akrabalarından, 5'i (%55.6) çocuk esirgeme kurumundan, 1'i (%11.1) ise diğer yerlerden alınmıştır.

Kadınların 41'i (%28.8) çocuk sahibi olamazlarsa ileride evlatlık edinmeyi düşünmektedir. Bunların 5'i (%12.2) eşinin akrabalarından 36'sı (%87.8)i ise çocuk esirgeme kurumundan evlatlık almayı düşünmektedir.

Tablo 4.13. Evlatlık Almayı Düşünmeyen Kadınların Düşünmeme Nedenleri

Evlatlık alma istememe nedenleri	Sayı (n:100)	%
Sevemeyeceğinden Korkma	37	37.0
Kendi Çocuğu Olacağını Düşünme	37	37.0
Dini endişeler	8	8.0
Bakamama Korkusu	18	18.0
Toplam	100	100.0

4.3. İNFERTİL VE FERTİL KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ

Araştırma kapsamına alınan infertil ve fertil kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanları Tablo 4.14 ve Tablo 4.15’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma Grubundaki Kadınların Durumluk Kaygı Düzeyi

Gruplar	n	Durumluluk Kaygı Puanı (X±SD)
İnfertil	150	40.1±4.1
Fertil	150	41.8±3.4

t: 4.10 p<0.001

Tablo 4.14’te görüldüğü gibi fertil kadınların durumluk kaygı düzeyi , infertil kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.15. Araştırma Grubundaki Kadınların Sürekli Kaygı Düzeyi

Gruplar	n	Sürekli Kaygı Puanı (X±SD)
İnfertil	150	49.9±8.4
Fertil	150	35.5 ± 6.3

t: 16.75 p<0.001

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi infertil kadınların sürekli kaygı düzeyi fertil kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubundaki kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanlarına etki eden faktörler multiple regresyon analizi ile incelenmiş ve Tablo 4.16 ve Tablo 4.17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırma Grubundaki Kadınlarda Çeşitli Faktörlerin Durumluk Kaygı Puanına Etkisi

Bağımlı Değişken	Durumluk Kaygı Puanı				
Bağımsız Değişkenler	B	SE	Beta	t	p
Sabit	38.699	2.512		15.403	0.000
Kadının eğitim durumu	0.589	0.327	0.148	1.804	0.072
Erkeğin eğitim durumu	- 0.212	0.331	-0.048	0.640	0.523
Kadının yaşı	- 0.006	0.099	-0.010	0.062	0.950
Erkeğin yaşı	- 0.03	0.085	-0.064	0.463	0.644
Evlilik süresi	0.03	0.060	0.062	0.521	0.603
İnfertilite	-1.768	0.436	0.229	4.058	0.000

Tablo 4.16’da araştırma grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyine çeşitli faktörlerin etkisi incelenmiştir. İnfertil kadınlarda durumluk kaygı düzeyi fertil kadınlardan daha düşük bulunmuş ve bu etki eğitim, yaş, ve evlilik süresi gibi faktörlerden bağımsız bulunmuştur.

Tablo 4.17. Araştırma Grubundaki Kadınlarda Çeşitli Faktörlerin Sürekli Kaygı Puanına Etkisi

Bağımlı Değişken	Sürekli Kaygı Puanı				
Bağımsız Değişkenler	B	SE	Beta	t	P
Sabit	40.338	4.617		8.736	0.000
Eğitim	-0.148	0.619	-.014	0.240	0.811
Eşin eğitimi	-1.252	0.628	-.106	1.994	0.047
Yaş	-0.296	0.188	-.180	1.575	0.116
Eşin yaşı	0.159	0.161	.097	0.988	0.324
Evlilik süresi	0.295	0.114	.220	2.602	0.010
İnfertilite	14.319	0.825	.694	17.357	0.000

Tablo 4.17’de araştırma grubundaki kadınların sürekli kaygı puanına etki eden faktörler incelenmiş ve eşin eğitim seviyesi yükseldikçe kadınlardaki sürekli kaygı düzeyinin düştüğü bulunmuştur. İnfertilitenin ve evlilik süresinin uzamasının ise sürekli kaygı düzeyini artırdığı tespit edilmiştir.

Tablo.4.18. Geleneksel Yöntemlere Başvurma Durumuna Göre İnfertil Kadınların Durumluk Kaygı Düzeyi

Geleneksel yönteme başvurma durumu	N	Durumluk KaygıPuanı (X±SD)
Başvuranlar	100	39.3 ± 3.5
Başvurmayanlar	50	41.7 ± 4.6

t:3.53 p<0.001

Tablo 4.18’da ise geleneksel yöntemlere başvuran kadınların durumluk kaygı düzeyleri, geleneksel yöntemlere başvurmayan kadınlarla karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi geleneksel yöntemlere başvurmayan kadınlarda durumluk kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.19 Geleneksel Yöntemlere Başvurma Durumuna Göre İnfertil Kadınların Sürekli Anksiyete Düzeyi

Geleneksel yönteme başvurma durumu	n	Sürekli Anksiyete Puanı (X±SD)
Başvuranlar	100	51.6 ± 8.4
Başvurmayanlar	50	46.4 ± 7.3

t:3.72 p<0.001

Tablo 4.19’de görüldüğü gibi geleneksel yöntemlere başvuran kadınların sürekli kaygı düzeyleri geleneksel yöntemlere başvurmayan kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kadın denilince akla dünyada ve pek çok ülkede annelik ve çocuk gelmektedir. Türkiye'deki doğurganlık hızı son 25 yılda sürekli bir azalma göstermiştir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, 1993 döneminde 3'ün altına yerleşen toplam doğurganlık hızı 1990'lı yıllar boyunca 2,6 düzeyinde istikrarını korumuştur. Bu istikrarlı sürecin ardından TNSA 2003 sonuçları 1998-2003 döneminde toplam doğurganlık hızında %15'lik bir azalma olduğunu göstermiştir. 2003 TNSA verilerine göre, toplam doğurganlık hızı 2.23 olarak bulunmuştur. Kırsal alanda 2.25 olan toplam doğurganlık hızı, kentsel alanda iki çocuk seviyesine (2.06) inmektedir. Bu bulgular daha önceki demografik araştırmalardan elde edilen bulgular ile karşılaştırıldığında, önceki araştırmalarda gözlenen kent-kır farkının kapanmakta olduğu gözlenmektedir (48).

Tablo 4.2' de görüldüğü gibi araştırmamızda, toplam gebelik sayısı ortalamasının 2.33, canlı doğum sayısı ortalamasının ise 2.00 olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı arasındaki fark isteyerek ya da kendiliğinden düşüklerden kaynaklanmaktadır. TNSA sonuçlarına göre de, bir kadının ortalama 1.84 çocuk doğurduğu düşünülmektedir. Buna rağmen evli kadınların beş gebeliğinden birinin canlı doğum dışında sonuçlandığı ifade edilmektedir. İsteyerek ya da kendiliğinden olan düşükler canlı doğum dışında sonuçlanan gebeliklerin çoğunluğunu oluşturmaktadır.

100 gebelikten yalnızca biri ölü doğumla sonuçlanırken 11'i isteyerek düşük-kürtaj olmak üzere 21'i düşükle sonuçlanmıştır. Tablo 4.2'de görüldüğü gibi kendiliğinden düşük sayısı ortalaması 0.11, kürtaj sayısı da 0.16 olarak bulunmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısındaki en önemli etmenin eğitim olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi düşük olan ailelerde çocuk sahibi olma eğilimi artmaktadır (48).

En büyük üreme sağlığı sorunlarından biri de şüphesiz infertilitedir. Çiftlerin bir yıl süreyle korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamamasına infertilite adı verilmektedir. İnfertilite dünya üzerinde karşılaşılan en yaygın problemlerdendir. Tüm dünyada kadınların yaklaşık %10-15'inin infertilite sorunuyla karşılaştığı belirlenmiştir (1-3)

Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmasına göre ise, dünya üzerinde 90 milyon civarında infertil kadın olduğu tahmin edilmektedir (1)

UNFPA'nın raporuna göre, infertilitenin 50-80 milyonu ilgilendiren ve çiftlerin %8-12'sini etkileyen bir problem olduğu bildirilmektedir. Aynı bildiriye, primer ve sekonder infertilitenin en büyük nedenlerinin (%55-95 arası), cinsel yolla bulaşan hastalık, pelvisin inflamatuvar hastalığı(PID), postpartum enfeksiyonlar ve düşük sonrası komplikasyonlar olduğu belirtilmiştir(7).

Ülkemizde 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu çocuk sahibi olmayan kadın oranı %8.5 olarak bulunmuştur (47,50). 1993 Sağlık ve Nüfus Araştırması sonuçlarına göre ise, hiç doğum yapmayıp doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9.5 olarak saptanmış, olup bu da bir buçuk milyon kadını dolayısıyla en az üç milyon kişiyi doğrudan etkilemekte ve çocuk özlemi olan büyük bir nüfusu ortaya çıkarmaktadır (50).

Çalışmamızda, araştırmaya alınan kadınların %9.9'u gebe kalmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir, bunların %3.6'sı doktor tedavisi ve çeşitli yöntemlerle gebe kalmayı başarmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, primer infertilite prevalansı Kayseri il merkezi için %6.3 olarak bulunmuştur.

İnfertilite sıklığının bölgeler ve toplumlar arasındaki değişiminden sosyo ekonomik durum, beslenme durumu, genel sağlık hizmetlerinden yararlanım ve eğitim düzeyi sorumlu tutulmaktadır. Erken dönemde tanıldığında ve uygun medikal ya da cerrahi tedavi uygulandığında, infertil çiftlerin yarısının çocuk sahibi olabileceği düşünülmektedir (51).

Birleşmiş Milletler'de Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin 15-44 yaş grubu kadınlarda yapmış olduğu bir çalışmada; kadınların 7.1 milyonunun (%8.4) infertilite sorunuyla karşılaştığı bunların 2.2 milyonunun primer infertil, 4.9 milyonunun ise sekonder infertil olduğu bulunmuştur (52).

İnfertilite görülme oranı ve infertiliteye neden olduğu düşünülen faktörler, gelişmiş ve gelişmekte olan bölgelerde farklılık göstermektedir.

Kıtalara göre primer infertilite sıklığına bakıldığında; Afrika'da %3-12, Amerika'da %2-9, Asya'da %2-7, Karaiplerde %5-7, Doğu Asya'da %3 olduğu görülmektedir (53).

Hindistan'ın Kashmir bölgesinde, bir yıldan uzun süredir evli olan, 15-44 yaş grubu 10,063 çift üzerinde yapılan bir çalışmada; çiftlerin 1,517'sinin (%15,07) infertil olduğu tespit edilmiş ve sonuçlar gelişmekte olan ülkelerinkine benzer bulunmuştur (52).

Dünya doğurganlık araştırması sonuçlarına göre 40-49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranının, düşük bulunduğu bazı ülkeler Güney Kore(%1.3), Ürdün(%2.2) ve Suriye'dir (%2.9). Buna karşılık özellikle Orta Afrika'da bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir (54).

Norveç'te yapılan ve 5139 kadını içeren bir çalışmada primer infertilite oranı %2.6, toplam infertilite oranı ise 7.7 olarak bulunmuştur(8).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada ise 25-44 yaş arası kadınlarda primer infertilite oranı %4.1 olarak, toplam infertilite oranı ise %8.6 olarak tespit edilmiştir (55).

İnfertilite sıklığı gibi nedenleri de farklılık göstermektedir. İnfertilite vakaların %40-45'inde kadına ait, %30-35'inde erkeğe ait nedenlerin bulunduğu geri kalan kısmını ise ya her iki eşten de kaynaklanan ya da nedeni açıklanamayan infertilitenin oluşturduğu belirtilmiştir (13,14, 56).

Tablo 4.4.'te görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınlar infertilitenin %48.0'ı kendileriyle, %36.7 eşleriyle, %5.3 hem kendileri hem eşleriyle ilgili olduğu ifade etmişlerdir. %10.0'da ise infertilitenin kimden kaynaklandığı bilinmemektedir. Elde edilen bulgular göstermektedir ki infertilite problemi kadınlardan olduğu kadar erkeklerden de kaynaklanabilmektedir. Ülkemizde infertiliteden genellikle kadınların sorumlu tutulmasına bağlı olarak kadınların doktora gitme sıklığının yüksek olması, kadından kaynaklanan infertilite oranının daha yüksek oranda tespit edilmesine neden olabilir.

Konya'da 429 infertil çiftin tarandığı bir çalışmada da; infertil çiftlerin ifadeleri doğrultusunda, infertilite vakalarının %46'sında kadın, %14.5'inde erkek, %30'unda her iki eş birlikte sorumlu tutulmuştur. %9'unda ise neden bulunamamıştır (57).

Türkiye'de infertil çiftlerin modern ve geleneksel uygulamalarını gösteren bir çalışmada infertilite nedenleri incelendiğinde; kadına ait nedenler %39.3, erkeğe ait nedenler %23.4, her ikisine ait nedenler %8.3 ve nedeni bilinmeyen infertilite %29.0 olarak bulunmuştur (58).

Hindistan'da infertilite nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, infertilite nedeniyle kliniklere başvuran 250 evli çift araştırma kapsamına alınmıştır. Bu çiftlerdeki infertilitenin; 56'sında (%22.4) erkeğe ait faktörlerden, 144'ünde (%57.6) kadına ait faktörlerden, 13'ünde (%5.2) çiftlerin her ikisine ait nedenlerden, 37'sinde (%14.8) açıklanamayan nedenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (52).

Lunenfeld ve Insler (22), 6.549 kadın üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, infertilite nedenlerini kategorilere ayırmışlar ve kadına ait faktörleri %48.0, erkeğe ait faktörleri %46.2 olarak bulmuşlardır. Diğerlerini ise nedeni açıklanamayan infertilite olarak sınıflandırmışlardır.

Afrika'da yapılan bir çalışmada; %31 kadınlar, %22 erkekler, %21 kadın ve erkek birlikte infertiliteden sorumlu tutulurken, %14'ünde infertilite nedeni bulunamamıştır (51).

Çalışmamızdaki kadınların 238'i (%9.9) bu evliliği sırasında gebe kalmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir. Gebe kalmakta güçlük çekenlerin 209'u (%87.8) tıbbi tedaviye, 123'ü (%51.7) geleneksel yöntemlerden en az birine başvurmuş 10'u (%4.2) hiçbir şey

yapmadan beklemiştir. Gebe kalmakta güçlük çekenlerin 87'si (%36.6) daha sonra gebe kalmıştır.

Tablo 4.5'te de gösterildiği gibi araştırma grubundaki kadınların 134'ü (%89.3), eşlerinin ise 117'si (%78.0) doktora başvurmuştur ve infertil kadınların 86'sı (%57.3) çocuk sahibi olabilmek için tedavi görmüştür, 26'sı (%17.3) ise halen tedavi görmektedir. Eşlerin ise 117'si (%78.0) doktora başvurmuştur. Bunlardan 64'ü (%42.7) tedavi görmüş 21'i (%14.0)ise halen tedavi görmektedir. Çalışmamızdaki doktora başvuran kadınlardan 134'ü (%89.3) muayene olmuş, 40'sına (%26.7) histerosalpingografi, 132'sine (%88.0) ultrasonografi, 123'üne (%82.0) hormon tahlili, 68'ine (%45.3) laparoskopisi uygulanmıştır. Eşlerinin ise 116'sı (%77.3) muayene olmuş ve 114'üne (%76.0) spermogram yapılmıştır. Araştırma grubundaki kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe modern yöntemlere başvurma oranları artmaktadır. Yapılan bir çok araştırma da göstermektedir ki; kadınların eğitim düzeyleri arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları artmaktadır. Ülkemizde sekiz yıllık eğitime geçilmesi ve kızların eğitime desteklenmesiyle, kız çocuklarının öğrenim imkanları yükselecek, kendilerine güvenleri artacak, sonuçta sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanacaklar ve bu durum sağlık göstergelerini olumlu yönde etkileyecektir.

Günay'ın (58) çalışmasında infertil kadınların %92.5'inin, eşlerinin ise %71.8'inin doktora başvurduğu, kadınların %91.1'inin eşlerinin ise %32.6'sının medikal ya da cerrahi tedavi gördüğü belirlenmiştir. Çiftlerin sadece %12.7'sinin çocuksuz yaşama uyum sağladığı belirtilmiştir. Doktora başvuran kadınların %32.5'i fiziksel muayene olmuş, %46.0'ına histerosalpingografi, %74.6'sına ultrasonografi, %57.5'ine hormon tahlili, %16.7'sine laparoskopisi uygulanmıştır. Doktora başvuran erkeklerin ise %71.82'i muayene olmuş, %68.3'üne spermogram uygulanmıştır.

Healy ve arkadaşları (59) yapmış oldukları çalışmada tespit ettikleri infertil kadınların %80'i fiziksel muayene olduğunu, %24'ü ilaç tedavisi aldığını, %35'i histerosalpingografi, %24'ü ise laparoskopisi uygulandığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.12'de de görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların çocuk sahibi olabilmek için bundan sonra yapmayı düşündükleri işlemler incelenmiş ve kadınların 80'inin (%53,3) çaba göstermeye devam edecekleri, 70'inin (%46.7) ise çabalarından vazgeçtikleri belirlenmiştir.

Kayseri’de yapılan benzer bir çalışmada da gelecekte çocuk sahibi olabilmek için çiftlerin ne yapmayı düşündükleri sorulmuş ve %32.5’inin medikal tedaviye devam edeceği, %25’inin vitro fertilizasyonu düşündüklerini, %0.4’ünün geleneksel yöntemlere devam edecekleri belirtilmiştir(58).

Bizim çalışmamızdaki infertil kadınların 42’si (%22.0) invitro fertilizasyon için girişimde bulunmuştur. 65’i (%43.3) ise bundan sonra in vitro fertilizasyon için girişimde bulunmayı düşünmektedirler. Tablo 4.9’da görüldüğü gibi in vitro fertilizasyon için girişimde bulunmayı düşünmeyen kadınların düşünmeme nedenleri sorulmuş, 38’i (%44.7) maddi imkan yetersizliği nedeniyle, 47’si (55.3) ilerlemiş yaşları nedeniyle bu yöneme başvuramadıklarını ifade etmişlerdir. İnfertilite tedavisinin her yönüyle pahalı bir tedavi olması ve büyük ölçüde hastanede gerçekleşmesi karşılaşılan yaygın problemlerdendir. Aynı zamanda bu maliyetin geleneksel yöntemlerin kullanımını artırdığı da düşünülmektedir.

İlerleyen tıp teknolojilerine ve gelişmiş modern tedavi olanaklarına rağmen, ülkemizde ve pek çok ülkede geleneksel uygulamalar halen oldukça yaygındır. Literatür incelendiğinde infertilite sıklığının ve çocuk sayısı gibi doğurganlık özelliklerinin toplumlar arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. Aynı şekilde infertilite sorunuyla karşılaşıldığında başvuru yöntemleri de çeşitli faktörlerden etkilenerek farklılık gösterebilir. Örneğin; geleneksel yöntemlerin kullanılmamasının da yaşın artmasının, evlilik ve infertilite süresinin uzamasının aynı zamanda eğitim seviyesinin ve yaşanan bölgenin etkili olduğu ifade edilmektedir (58). Bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi düştükçe, evlilik süresi, infertilite süresi ve yaş arttıkça geleneksel yöntemlere başvurma sıklığının da arttığı saptanmıştır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi; infertil çiftlerin çocuk sahibi olabilmek için başvurduğu geleneksel yöntemler incelenmiş ve kadınların 57’sinin (%38.0), erkeklerin 32’sinin (%21.3) geleneksel ilaç kullandığı, kadınların 18’inin (%12.0), erkeklerin 17’sinin (%11.3) hocaya gittiği, kadınların 68’inin (%45.3) ebeye gittiği, kadınların 53’ünün(%35.3), erkeklerin 24’ünün(%16.0) yatırları ziyaret ettiği, kadınların 9’unun (%46.4), erkeklerin 19’unun (%75.1) kurban kestiği belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar geleneksel yöntemlerin halen yüksek oranda kullanıldığını göstermektedir.

Kayseri’de yapılan bir çalışmada da 252 infertil çiftin geleneksel yöntemlere başvurma durumu incelenmiş ve kadınların 153’ünün (%60.7), erkeklerin 61’inin (24.2) herhangi bir geleneksel yönteme başvurduğu, kadınların 68’inin (%27.0), erkeklerin 18’inin (7.1) hocaları ziyaret ettiği, kadınların 97’sinin(%38.5), erkeklerin 3’ünün (%1.2) geleneksel ebe- hekimlere gittiği, kadınların 77’sinin(%30.6), erkeklerin 25’inin (%9.9) yatır ve türbeleri ziyaret ettiği kadınların 44’ünün (%17.5), erkeklerin 11’inin (%4.4) geleneksel ilaç kullandığı ve çiftlerin 25’inin(%9.9) kurban kestiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada eğitim seviyesinin, geleneksel yöntem seçmeye etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeninin ise bu yöntemleri seçmede toplumun kültürel yapı ve alışkanlıklarının etkisi ve halkın sağlık hizmetlerinden yeterli yararlanabilme durumundaki farklılıklar olduğu düşünülmektedir (58).

Araştırma sonuçları göstermektedir ki kadınların hem modern tıbbi yöntemlere hem de geleneksel yöntemlere başvurma oranı erkeklerden çok daha yüksektir. Bu da bize günümüzde bile çocuk sahibi olamamanın sorumlusu olarak kadınların görüldüğünü göstermektedir. Toplumun, çevrenin, eşlerinin ve ailelerinin baskısı altında bunalan kadınlar çocuk sahibi olabilmek için her yöntemi deneyebilmektedirler. Çiftler modern ya da geleneksel yöntemleri seçebildikleri gibi her iki yöntemi aynı anda da kullanabilmektedirler. Bunun nedeninin ise infertil çiftlerin infertilitenin nedenlerini ve tedavisini tam olarak bilmemeleri olduğu düşünülmektedir (46).

Tablo 4.8’de araştırma grubundaki çiftlerin geleneksel yöntemlere başvurmasını etkileyen faktörler incelenmiş ve ilkökul ve altında eğitim gören kadınların %95.3’ünün, ortaokul ve üzeri eğitim gören kadınların ise %45.3’ünün geleneksel yöntemlere başvurduğu tespit edilmiştir, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyinin yükselmesinin geleneksel yöntem seçimini azalttığı görülmektedir.

Ayrıca tablo 4.8’de evlilik süresinin geleneksel yöntem seçimine etkisi incelenmiştir; tabloda da görüldüğü gibi 1-9 yıldır evli olanların %35.9’u, 10 yıl ve 10 yıldan daha uzun süredir evli olanların ise %77.5’i geleneksel yöntemlere başvurmuştur.

Yaşın geleneksel yöntem seçimine etkisi incelendiğinde ise 30 yaşın altındaki kadınların %11.5'inin, 30 yaşın üzerindeki kadınların %78.2'sinin, 35 yaşın altındaki erkeklerin %12.0'mının, 35 ve üzeri yaştaki erkeklerin ise %77.6'sının geleneksel yöntemlere başvurduğu belirlenmiştir. Aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sonuçlardan da anlaşılacağı gibi yaşın ilerlemesiyle ve evlilik süresinin uzamasıyla geleneksel yöntemlere başvurma sıklığı artmaktadır. Bunun nedeninin ise; ilerleyen yaşla çocuk sahibi olmaya ilişkin ümitlerin azalmaya başlaması, bazı tedavi olanakların belirli yaştan sonra kullanılabilirliğinin azalması, genç kuşakta yükselen eğitim seviyesi, modern tıp teknolojilerin daha da gelişmesi, ulaşılabilirliğinin artması gibi faktörlere bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

İnfertilite medikal, toplumsal ve psikolojik sorunları da beraberinde getirir. İnfertilite evlilikleri bitirebileceği gibi, eşler arasındaki ilişkinin zayıflamasına, ailevi huzursuzluklara, toplumsal prestij kaybına, düşük benlik saygısının gelişmesine ve gelecekle ilgili ümitlerin kaybına neden olabilir (41,60,62).

Yine pek çok toplumda ve bizim toplumumuzda, kadın için anne olmak, çocuk yetiştirmek oldukça önemli rol oynar. Bu düşünceyle yetişen kadınlar, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde infertilite sorunuyla karşılaştıklarında; düşük özgüven, depresyon, anksiyete, evlilik sorunları ve psiko-somatik semptomlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (59,62).

Araştırmalarda, infertil kadınların erkeklere göre daha çok izolasyon duygusu yaşadıkları ve tedavi boyunca eşler ve diğer kişiler arasında izolasyon duygularının arttığı belirtilmektedir (41,59).

Kadınlar, hem infertilite tanısının kabul aşamasında hem de tedavisi sırasında çevrelerinin, yakınlarının, ailelerinin ve hepsinden daha önemlisi eşlerinin desteğine ihtiyaç duyacaklardır. Araştırma grubumuzdaki kadınların 125'i (%83,3) şimdiye kadar gösterdikleri çabaların eşleri tarafından sürekli desteklendiğini ifade etmişlerdir.

İnfertil çiftler infertilite tanısını aldıkları günden başlayarak çocuk sahibi olabilmek amacıyla tedavi oldukları süreç boyunca, pek çok hayal kırıklığı ve üzüntü yaşayabilirler. Eğer sadece kadın ya da sadece erkek infertil olarak sınıflandırılmışsa, infertil birey tüm sorumluluğu üzerine alarak, psikososyal semptomlara daha yatkın hale gelebilir (60,59).

Literatür incelendiğinde, infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyinin, fertil kadınlara oranla yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (61,41). Ayrıca kadınların infertilite nedeniyle, depresyon, anksiyete, seksüel yaşamda problem vs. gibi pek çok alanda daha fazla etkilendikleri bilinmektedir (41-43,63).

Tablo 4.14 ve Tablo 4.15'te görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri incelenmiştir. Tablo 4.14'te infertil ve fertil kadınların durumluk kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında; fertil kadınların durumluk kaygı düzeyleri infertil kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun; doğan her bir çocukla artan ekonomik güçlüklerden, çalışan kadınların çocuk bakımıyla ilgili yaşadığı sıkıntılardan, değişen ülkemiz koşulları altında eğitim görme ve iş bulmanın zor olması ve bunun ailelere yansması gibi nedenlerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Tablo 4.15'te ise infertil ve fertil kadınların sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırılmış ve infertil kadınlarda sürekli kaygı düzeyi, beklendiği şekilde anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ise; bizim toplumumuzda çocuğun sosyal statü ve gelecek güvencesi olarak görülmesine bağlanabilir.

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi araştırma grubundaki fertil ve infertil kadınlar durumluk kaygı puanlarına etki edebilecek yaş, evlilik süresi, eğitim durumu gibi çeşitli faktörler açısından incelenmiş fakat aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Fertil kadınlarda durumluk kaygı puanının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17'de ise araştırma grubundaki fertil ve infertil kadınlar sürekli kaygı puanlarını etkileyebilecek çeşitli faktörler açısından karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü eşin eğitiminin yükselmesi kadınlarda ki sürekli kaygı düzeyini düşürmektedir. Literatür incelendiğinde pek çok infertil kadının eşlerinin baskısı nedeniyle anksiyete yaşadığı ve depresyona girdiği görülmektedir. Erkeklerin yükselen eğitim seviyeleriyle eşlerine daha anlayışlı yaklaşmalarının infertil kadınlardaki anksiyete seviyesini etkilediğini düşünmekteyiz. Evlilik süresinin uzamasının ve infertilitenin ise sürekli kaygıyı anlamlı ölçüde artırdığı görülmektedir. Sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.18'de ve 4.19'da geleneksel yöntem kullanan ve kullanmayan kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanları incelenmiş ve geleneksel yöntem kullananlarda sürekli anksiyete puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Geleneksel yöntem kullanmayan kadınlarda ise durumluk anksiyete puanının yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Türkiye’de infertil kadınların depresyon düzeyiyle ilgili yapılan bir çalışmada ise ilginç olarak fertil kadınlarda orta düzeyde depresyona rastlanmış ve bu sonuç Türkiye’deki yüksek infertilite prevalansına, temel olarak da hızla değişen sosyoekonomik statü ve yaşam tarzına bağlanmıştır (62).

Stoleru ve arkadaşlarının (41) infertil çiftlerin tedavisi sırasında yapmış oldukları çalışmada; kadınların psikososyal sorunlarının temelinde gelecekle ilgili düşüncelerinde anne olma beklentisi ve bunu gerçekleştirememekten dolayı yaşadıkları suçluluk duygusunun yattığını, erkeklerin çocuk sahibi olmayı kendi cinselliklerinin ispatı olarak görmelerinden dolayı sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Türkiye’de infertil kadınlarda psikiyatrik semptomlara ilişkin yapılan bir çalışmada da yaş ortalaması 26.5 ± 4.2 olan ve infertilite süresi 25-180 ay arasındaki kadınlar alınmıştır. Psikiyatrik semptomlar infertil grupta önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmada infertil ve sağlıklı grupta depresyon görülme oranı açısından önemli derecede fark görülmemiş olsada, infertil kadınların toplumun, eşlerinin, eşlerin ailelerinin ve akrabalarının olumsuz etkilerine bağlı olarak daha fazla depresyonla karşılaştıkları bilinmektedir (62).

Lapane ve arkadaşları da (63) yapmış oldukları çalışmada depresyon hikayesi olan kadınlarda infertilite oranını daha yüksek bulmuşlardır.

Chiba ve arkadaşlarının (64) yaptığı araştırmaya göre de, pek çok ailede infertilitenin depresyon gelişmesinde önemli rol oynadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, dört yıla kadar infertil olan ve dört yıldan daha uzun süredir infertil olan iki grup alınmış ve bu gruplar karşılaştırıldığında infertilite süresinin uzunluğunun, özellikle de yaşın ilerlemesinin, depresyon ve stres düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Guz ve arkadaşlarının (60) yaptıkları çalışmada da sonuçlar benzer şekilde bulunmuş; infertilite süresi ve yaşın; depresyon ve psikolojik problemleri artırdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar infertilite süresi ve yaş artıkça karşılaşılan problem sayısının da arttığını göstermektedir.

King'in (45) araştırmasında; üreme çağındaki Amerikan kadınlar incelenmiş ve çocuk sahibi olamamanın genel anksiyete düzeyini artırdığı belirlenmiştir.

Guz'un (60) yaptığı çalışmada infertil ve infertil olmayan iki grup psikiyatrik semptomlar bakımından karşılaştırılmış ve sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Görüldüğü gibi yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda infertilite ile anksiyete stres ve depresyon arasında güçlü bir ilişki vardır.

Sonuç olarak;

1-Kayseri il merkezinde primer infertilite prevalansı %6.3 bulunmuştur.

2-İnfertilite vakalarının %48.0'nın kadınla, %36.7'sinin erkekle, %5.3'ünün her iki eşle ilgili faktörlere bağlı olduğu, %10'u ise kiminle ilgili olduğunun bilinmediğini ifade etmiştir.

3-Araştırma grubundaki kadınların %89.3'ü, eşlerinin ise %78.0'ı infertilite nedeniyle doktora başvurmuştur.

4-Araştırma grubundaki kadınların %66.7'si geleneksel yöntemlerin en az birine başvurmuştur.

5-İnfertil kadınlarda sürekli kaygı puanı fertil kadınlardan daha yüksek, durumluk kaygı puanı ise daha düşük bulunmuştur.

Bu sonuçlara dayanarak;

- İnfertil kadınların tanı, tedavi ve danışmanlık aşamalarında çevreleriyle, özellikle eşleriyle birlikte değerlendirilmesi,
- İnfertil kadınların, infertilitenin nedenleri, tanısı ve tedavisi konusunda bilinçlenmelerine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık seviyelerinin yükseldiği ve tıbbi olanaklardan daha fazla yararlandıkları tespit edildiğinden, eğitime gerekli önem ve desteğin verilmesi önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. WHO:Infertility: A Tabulation of Available Data on Prevalence of Primary and Secondary Infertility. Geneva, WHO; 1991:7-19
2. Mosher WD,Pratt WF. The demography of infertility in United States, in Asch RH, Studd JW (eds), Annual Progress in Reproductive Medicine, Parthenon Publishing Group, Pearl River. New York, 1993: 37-43
3. Cramer DW, Pratt WF. Schiff 1. Statistical methods in the evaluating the outcome of infertility therapy, Fertil Steril 1979; 32: 80-86
4. Yıdırım M.Klinik Jinekoloji , Ankara. 1989: 69-83.
5. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Kessel B, Orav J. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women, Fertil-Steril, 2000; 86: 805-811.
6. Wagner MG, Stephenson PA. Infertility in industrialized countries: prevalence and prevention. Soz Praventivmed, 1992; 37:213-217.
7. Kramer DG, Brown ST. Sexually transmitted diseases and infertility. Int J Gynecol Obstet 1984; 22: 19-27.
8. Sundby j, Schei B. Infertility and subfertility in Norwegian women aged 40-42 prevalence and risk factors, Fertil Steril 1996; 75:832-837

9. Data T , Sahla O, Bailie HS, Sharma V. A comparison of three GnRH analogues in an in- vitro fertilization programme, a prospective randomized study. *Hum Reprod* 1998;13(4):44-48
10. Healy DL, Trounson AO and Andersen AN. *Female Infertility, Causes and Treatment*, 1994:1529-1544
11. Mosher WD. *Factors Related to Infertility in the U.S.A.* 1995;12(3):117-123
12. Kahraman S, Vicdan K, Nuhoğlu A. İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu yöntemi ile elde edilen çoğul gebeliklerde embriyo redüksiyonu uygulaması ve sonuçları. *Perinatoloji Dergisi* 1996; 4(1):34
13. Sundby J. Methodological considerations in the study of frequency, risk factors and outcome of reduced fertility. *Scand J Soc Med* 1989; 17:135-140.
14. Simon A, Laufer N, *Unexplained infertility: a reappraisal*, *Assist Reprod Rev* 1993; 3:26
15. Bergendal A. Outcome of IVF in patients with endometriosis in comparison with tubal factor infertility. *J.Assist, Reprod. Genet*, 1994:330-534
16. Glazener CMA, Coulson C, Lambert PA, Watt EM, Hinton RA, et al. Clomiphene treatment for women with unexplained infertility:placebo-controlled study of hormonal responses and conception rates, *Gynecol Endocrinol* 1990; 4:75-76
17. Dieter MP(edt). *Impact of the Enviroment on Reproductive Health. Enviromental Health Perspectives*, NIH Publication, USA. 1993;101(2):93-113
18. Deaton JL, Gibson N, Blackmer KM, Nakajima ST, Badger GJ. A Randomized, controlled trial of clomiphene citrate and intrauterine insemination in couples with unexplained infertility, *Fertil Steril* 1993; 54:554-557
19. Thonneu P. Risk factors in men and women consulting for infertility. *Int-J.Fertil.* 1993;38(1):37-73
20. Wood C, Calderon I, Crombie A, Age and fertility: results of assisted reproductive technology in women over 40 years, *J Assist Reprod Genetics*. 1992; 9:482-483
21. Menken J, Trussel J, Larsen U, Age and infertility, *Science*1996;43: 233-244
22. Lunenfeld B, Insler V. *Infertility: the Dimension of the Problem*.In Insler V, Lunenfeld B, eds. *Infertility: Male and Female*. 2nd ed. Edunburg: ChurcLivingstone, 1993: 3-7

23. Toner JP, Philput CB, Jones GS. Basal follicle stimulating hormone level is a better mediator of in vitro fertilization performance than age. *Fertil Steril* 1991; 55: 784-791
24. Navot D, Drews MR, Bergh PA, Guzman I, Karstoedt A, et al. Age related decline in female fertility is not due to diminished capacity of the uterus to sustain embryo implantation, *Fertil Steril* 1994; 61:97-101
25. Saver MV, Paulson RJ, Loba RA: Reversing the natural decline in human fertility: an extended clinical trial of oocyte donation to women of advanced reproductive age. *JAMA*.1992; 268:1275-1279
26. Walburton D. Reproductive loss: how much preventable? *N Engl J Med* 1987; 316:158-160
27. Gomel V. Salpingoovariolysis by laparoscopy in infertility, *Fertil Steril* 1983; 40:607-611
28. Thompson LA, Barret CLR, Thornton SJ, Bolton AE, Cooke ID. The effect of Clomiphene citrate and cyclofenil on cervical mucus volume and receptivity over the periovulatory period, *Fertil Steril* 1993; 59:125-129
29. Meldrum DR. Female reproductive aging-ovarian and uterine factors, *Fertil Steril* 1993; 59:11-24
30. Griffith CS, Grimes DA. The Validity of the post coital test, *Am J Obstet Gynecol* 1990; 16: 615-624
31. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and Infertility in United States, *Advance Data From Vital Health Statistics*.No.192.Hyattsville, MD: Public Health Service. 1991:1250-1252
32. Sundby J, Dalh JE. Are women in the workplace less fertile than women who are not employed? *J Women's Health*,1994;3 :65-72
33. Garanne Mc, Frisch RE. Natural fertility.*Infert Reprod Med Clin North Am. J Women's Health* 1994; 5: 59-62
34. Tietze C. Reproductive span and role of reproduction among Hutterite woman. *Fertil Steril* 1957;47:89-97
35. Schwartz D, Mayaux MJ. Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. *N. Engl. J. Med* 1982; 36: 404-407

36. Chandra A, Mosher WD. The demography of infertility and the use of medical care for infertility. *Infert Reprod Med Clin North Am.*1994; 5: 283-296
37. Mackenna AI, Zegers-Hochchild F, Fernandez EO, Fabres CV, Huidobro CA, et al. Fertilizasyon rate in couples with unexplained infertility, *Hum Reprod* 1992; 7: 223-224
38. Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 2000: 480-490
39. Wright J, Allard M, Lecours A and Sabourin S. Psychosocial distress and infertility, a review of controlled research. *J.Fertil* 1994; 34:126-142
40. Schenker JG. Women's health: monotheistic religious perspectives. *Int J Gynecol Obstet* 2000: 77-86
41. Stoleru S, Teglas JP, Fermanian J and Spira A. Psychological factors in the aetiology of infertility, a prospective cohort study. *Hum.Reprod*, 1993; 701: 1039-1046
42. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Kessel B, Orav J. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Health Psychol*, 2000; 41:568-575
43. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, et al. A Survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004; 4: 9-15
44. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample *Social Science & Medicine*. 2003;56(4): 739-752
45. Becker S and Robinson JC. Reproductive health care: services oriented to couples, *International Journal of Gynecology Obstetrics*1998; 61(3):275-281.
46. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends, *Fertil Steril* 1991;56:192-193
47. T.C.Hükümeti-UNİCEF, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ülke Programı. 1991-1995:139,141,253
48. Hacettepe Üniv.Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Demografi ve Sağlık Araştırması Sonuçları, Ankara, Türkiye: 2003:5-24
49. Jones HW, Toner JP. The infertile couple. *N Engl J Med*, 1993; 32:1710-1715
50. Hacettepe Üniv.Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, 1994:112-113

51. Cates W, Farley TMM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility. Is Africa different? *Lancet* 1985; 2:596-298
52. Zargar AM, Wani AI, Masoodi RS, Laway BA, Salahuddin M. Epidemiologic and etiologic aspects of primary infertility in the Kashmir region of India, *Fertility and Sterility*, 1997; 68(4):27-33
53. Özyurda F. Aile Planlaması Ders Kitabı. Ankara-1992:125-131
54. Sherris JD, Fox G. Infertility and sexually transmitted disease. A Public Challenge, *Popul. Rep. Series* 1997;14(4):113-115
55. Schimidt L, Munster K, Help P. Denmark infertility and the seeking of infertility threatment in a journal of representative population. *Fertil Steril* 1998; 45(3): 27-33
56. Glover L, Hunter M, Lichards JM. Devolopment of fertility adjustment scale. *Fertil Steril* 1999; 72: 623-628
57. Çivi S, Yaycı M. İnfertilite Sıklığı ve Nedenleri, IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Kitabı, ss53-56,12-16 Eylül 1994, Didim
58. Günay O, Çetinkaya F, Naçar M, Aydın T. Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *Eur J Contracep Repr* 2005; 10(2):105-110
59. Healy DL, Trounson AO and Andersen AN. Female infertility, causes and treatment. *Lancet*.1994; 343: 1529-1544
60. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F. Psychiatric symtoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2003; 24(4):267-271
61. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum. Reprod* 2001; 654-661
62. Turkoğlu D, Tamam L, Evlice YE. Psychiatric factors of Infertility. *Obstetrics and Gynecology* . 1997; 10:48-55
63. Lapane LK, Zierler S, Lasatar TM, Stein M, Barbout MM. Is a history of depressive symtoms associated with an increased risk of infertility in women. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 16(3): 509-513
64. Chiba H, Mori H, Morioka Y. Stres of female infertility: relation to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest*. 1997; 43: 171-177

**İNFERTİL ÇİFTLERİN MODERN VE GELENEKSEL UYGULAMALARI
(FORM A)**

Anket No:.....

Tarih:...../...../2004

1.Adınız soyadınız?.....

2.Eşinizin adı-soyadı?.....

3.Adresiniz?.....

4.Kaç yaşındasınız?.....

5.Eşiniz kaç yaşında?.....

6.Kaç yıldır evlisiniz?.....

7.Daha önce başka evlilik yaptınız mı?

1.Evet

2.Hayır

8.Başka evlilik yaptıysanız o evlilikten çocuğunuz var mı?

1.Evet

2.Hayır

9.Eşiniz daha başka evlilik yaptı mı?

1.Evet

2.Hayır

10.Eşiniz başka evlilik yaptıysa o evlilikten çocuğu var mı?

1.Evet

2.Hayır

11.Bu evliliğinizde gebe kalmamak için bir yöntem uyguladınız mı?

1.Evet (.....)

2.Hayır

12.Bu evliliğinizde hiç gebe kaldınız mı?

1.Evet

2.Hayır

12. SORUNUN CEVABI “HAYIR” İSE 22. SORUYA GEÇİNİZ

13. Toplam gebelik sayısı:.....

14. Canlı doğum sayısı:.....

15.Ölü doğum sayısı:.....

16.Kendiliğinden düşük sayısı:.....

17.Kendiliğinden düşük sayısı:.....

18.Yaşayan çocuk sayısı:.....

19.Şu anda gebe misiniz:.....

20.İlk gebeliğiniz evlendikten kaç ay sonra oldu?.....

21.Gebe kalmakta bir güçlüğüünüz oldu mu?.....

HAYIR DİYENLER İÇİN ANKETİ BİTİRİNİZ

22.Gebe kalmak için neler yaptınız?

.....

23.Çabalarınız başarılı oldu mu?

24.Başarılı olduysa ne kadar süre sonra gebe kaldınız?

KADININ ŞU ANDA İNFERTİLİTE SORUNU YOKSA ANKETİ TEŞEKKÜR

EDEREK BİTİRİNİZ.PRİMER VE SEKONDER İNFERTİLİTE KRİTERLERİNE

UYAN KADINLARA (FORM B)'Yİ UYGULAYINIZ.

İNFERTİL ÇİFTLERİN MODERN VE GELENEKSEL UYGULAMALARI
(FORM – B)

Anket No:

Tarih:...../...../2004

Adı soyadı:

1. Çocuk sahibi olamamanız kimden kaynaklanıyor?
 1. Benden (.....) Eşimden (.....)
 3. Her ikimizden (.....) Bilmiyorum
2. Çocuk sahibi olabilmek için hiç doktora gittiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
3. Evlendikten ne kadar süre sonra, bu amaçla ilk kez doktora başvurduunuz?.....
4. EVET ise nerelere, kaç kez gittiniz? (ayrı ayrı yazınız))
5. Doktora gittinizse, size aşağıdaki işlemlerden hangileri yapıldı? (yapılardan işaretleyiniz)
 1. Muayene
 2. Histerosalpingografi
 3. Ultrasonografi
 4. Hormon tahlili
 5. Laparoskopi
 6. Diğer (açıklayınız))
7. Size herhangi bir tedavi verildi veya uygulandı mı? 1. Evet (.....) 2. Hayır
8. Verilen tedaviyi ne kadar süre ile uyguladınız?
9. Halen uyguladığınız bir tedavi var mı? 1. Evet (.....) 2. Hayır
10. Aynı nedenle eşiniz hiç doktora gitti mi? 1. Evet 2. Hayır
11. EVET ise nerelere, kaç kez gitti? (ayrı ayrı yazınız.....))
12. Eşinize aşağıdaki işlemlerden hangileri yapıldı? (Yapılanları işaretleyiniz)
 1. Muayene
 2. Spermogram
 3. Diğer (açıklayınız))
13. Eşinize herhangi bir tedavi verildi mi? 1. Evet 2. Hayır
14. Eşiniz verilen tedaviyi ne kadar süre uyguladı?
15. Eşinizin halen uyguladığı bir tedavi var mı? 1. Evet 2. Hayır
16. Çocuk sahibi olabilmek için aşağıdaki yollardan hangilerine başvurduunuz?
(Belirtilenleri işaretleyiniz ve gerekli açıklamaları yazınız)
 1. Kurban kesme (..... kez) (Cinsi:))
Kurban kimin adına kesildi? 1. Benim 2. Eşimin 3. Birlikte
 2. Yatırları ziyaret etme (Siz..... kez) (Nereler?))
(Eşiniz..... kez) (Nereler?.....))
 3. Ebe-ninelere gitme (.....kez) (Ne yapıldı?))
 4. Hocaya gitme (Siz: kez) (Ne yapıldı?))

(Eşiniz:.....kez) (Ne yapıldı?

5. Geleneksel ilaç kullanma (Siz:.....)

(Eşiniz:

6. Başka (Siz

(Eşiniz:

17. Çocuk sahibi olabilmek için başvurduğunuz bu yollar size kimle önerdi?

(Her birini ayrı ayrı sorup yazınız

.....

18. Tüp bebek yapmayı düşündünüz mü? 1. Evet 2. Hayır

19. Tüp bebek yapmak için bir girişiminiz oldu mu? 1. Evet (Sayı:) 2. Hayır

20. Girişiminizin sonucu ne oldu?

21. Bundan sonra tüp bebek yapmayı düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

22. Tüp bebek yapmayı düşünmüyorsanız, neden ?

23. Halen çocuk sahibi olmak çaba harcıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

24. Çocuk sahibi olma konusundaki çabalarınızı eşiniz destekliyor mu?

1. Evet 2. Bazen 3. Hayır

25. Çocuk sahibi olamamak sizi rahatsız ediyor mu?

1. Evet 2. Bazen 3. Hayır (27. soruya geçiniz)

26. Çocuk sahibi olamamak sizi en çok hangi nedenle rahatsız ediyor?

.....

27. Çocuk sahibi olamamak eşinizi rahatsız ediyor mu?

1. Evet 2. Bazen 3. Hayır (29. soruya geçiniz)

28. Çocuk sahibi olamamak eşinizi en çok hangi nedenle rahatsız ediyor?

.....

29. Çocuk sahibi olabilmek için bundan sonra neler yapmayı düşünüyorsunuz?

.....

30. Evlatlık aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır

31. Aldınızsa nereden? 1. Benim akrabalarımın 2. Eşimin akrabalarından

3. Çocuk esirgeme kurumundan 4. Diğer (.....)

32. Çocuk sahibi olamazsanız evlatlık almayı düşünür müsünüz? 1. Evet 2. Hayır

33. Evlatlık almak isterseniz nereden almayı düşünürsünüz?.....

34. Evlatlık almayı düşünmüyorsanız, neden?.....

Anketi Uygulayan

.....

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

- | | | | | |
|---|--------|----------|--------|------------|
| 1. Şu anda sakinim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 2. Kendimi emniyette hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 3. Şu anda sınırlarım gergin. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 4. Pişmanlık duygusu içindeyim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 5. Şu anda huzur içindeyim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 6. Şu anda hiç keyfim yok. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 9. Şu anda kaygılıyım. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 10. Kendimi rahat hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 11. Kendime güvenim var. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 12. Şu anda sınırlarım bozuk. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 13. Çok sinirliyim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 15. Kendimi rahatlamış hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 16. Şu anda halimden memnunum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 17. Şu anda endişeliyim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 18. Heyecandan kendimi saskına dönmüş hissediyorum. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 19. Şu anda sevinçliyim. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |
| 20. Şu anda keyfim yerinde. | 1. Hiç | 2. Biraz | 3. Çok | 4. Tamamen |

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

1. Genellikle keyfim yerindedir.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
2. Genellikle çabuk yorulurum.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
3. Genellikle kolay ağlarım.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
6. Kendimi dinlenmiş hissedirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
8. Güçlüklerin yenebileceğim kadar biriktiğini hissedirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
10. Genellikle mutluyum.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
11. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
13. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım..
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
16. Genellikle hayatımdan memnunum.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
19. Aklı başında ve kararlı bir insanım.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.
1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman

ÖZGEÇMİŞ

Niğde'nin Bor İlçesinde 1980 Yılında doğdu. İlk, orta ve lise tahsilini Niğde'de tamamladı. Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu ebelik bölümüne 1999 yılında girmeye hak kazandı. Üniversiteden 2003 yılında mezun oldu. 2003-2004 eğitim-öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen aynı bölümde öğrenciliğine devam etmektedir.