

# Kısırlığın Psikiyatrik Yönleri

Dilek TÜRKÖĞLU\*, Lut TAMAM\*\*, Yunus E. EVLİCE\*\*

## ÖZET

Anne-baba olmanın hem kadınlar hem de erkekler için erişkin yaşamlarında üstlendikleri en önemli geçiş rollerden biri olduğuna inanılır. Bu düşüncenin etkisiyle; özellikle ülkemiz gibi aile bağlarının güçlü olduğu toplumlarda birçok çift kısırlığa bağlı olarak düşük benlik saygısı, yas, depresyon, artmış kişilerarası duyarlılık, evlilik sorunları, cinsel tatminsizlik ve somatik belirtiler yaşarlar. Bu sıkıntılar günlük yaşamın her aşamasına yansıtılır. Tedavi süreci de bazen beklenilenin aksine bu hastaları daha çok etkilemekte, yaşamlarında zararlı etkileri olmaktadır. Kısırlıkla uğraşan tüm doktorların kısırlığın çiftler üzerindeki etkisini verdiği acıları bilerek davranmaları, iletişim kurarak bunu gidermeye çalışmaları durumunda kısır çiftlerin bu durumla başetme güçleri önemli oranda artacaktır. Bu yazıda kısırlığın psikiyatrik yönleri eşler üzerindeki etkileri, stresle olan ilişkisi, bu kişilere yapılabilecek psikiyatrik yardım incelenerek aktarılmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kısırlık, psikososyal yönleri, stres, tedavi

Düşünen Adam; 1997, 10 (4): 48-55

## SUMMARY

Parenthood is believed to be one of the major transitions role in adult life for both men and women. Under the influence of this belief, many couples in communities with strong family ties like ours, experience poor self-esteem, grief, depression, heightened interpersonal sensitivity, marital distress and somatic symptoms as a consequence of their infertility. This distress is reflected to every field of their life. The treatment process in fertility also has important detrimental effects on patients contrary to the expectations. If the physicians involved in any part of the treatment know about the suffering which fertility causes and behave and communicate in such a way that this distress could be removed, the infertile couples' ability to cope with this distress can easily be increased. In this article the psychiatric aspects of infertility are overview in terms of influence on couples, relationship between stress and infertility and psychiatric treatment that could be performed to infertile couples.

Key words: Infertility, psychosocial aspects, stress, treatment

## GİRİŞ

Kısırlık herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın bir-iki yıldır düzenli cinsel ilişkisi olan bir kadının gebe kalamaması, gebeliğini sürdürmemesi ya da canlı doğum yapamamasıdır (41,59,67). ABD'de herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve düzenli ilişkisi olan çiftlerin % 15-17'sinde ilk bir yıl

içinde gebe kalmada ve gebeliği sürdürmede güçlükler olmakta ve bu oran giderek artmaktadır. Bunun geç yaşta evliliğe, geç yaşta çocuk isteğine, daha önce kullanılan doğum kontrol yöntemlerine, cinsel ilişkiyle geçen hastalıkların artışına bağlı olabileceği düşünülmektedir (14,16). Kısırlık sıklığını (insidans) belirlemek için yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, benzer özellikler taşıyan kişilerde bile kısırlık

\* Hacettepe Üniversitesi Mediko-Sosyal Ünitesi

\*\* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

sırlık oranı açısından belirgin farklar görülmüştür. Örneğin Tayland ve Kore'de 35-39 yaşları arasındaki kadınlarda primer infertilite oranı % 1-1.5 iken, Kolombiya'nın kırsal kesimlerinde bu oran % 13-23'lere kadar yükselmektedir (4).

ABD'de yapılan bir çalışmada evli çiftlerin yalnızca % 5'inin çocuk istemedikleri, geriye kalan toplumun büyük bir bölümünün iş ve evliliklerindeki uyum gibi sorunlarını çözüp, uygun bir zamanda çocuk sahibi olmayı tasarladıkları belirlenmiştir. Geleneksel olarak, çiftlerden uygun zamanda ana-baba olmaları beklenir. Çocuk istememe ise söz konusu bile olamaz. Bir toplantıda kaç çocuğunuzun olduğu, genellikle ilk sorulan sorulardandır. Çocuksuz olduğu öğrenilen çiftler ise birden pekçok soruyla ve genellikle daha olumsuz tepkiyle karşılaşılır (12,42). Hatta bizim toplumumuzda da olduğu gibi, pekçok toplumda kısırlık, boşanma nedenleri arasındadır. Bazı çiftler çocuksuzluk nedeniyle boşanmanın toplum tarafından daha kolay kabullenilebildiğini söylemişlerdir (4,42).

Kısırlık, ülkemizde de olduğu gibi aile bağları güçlü olan toplumlarda, sadece çifti değil, onlarla birlikte pekçok kişiyi de etkileyen bir sorundur. Kısır çiftler, çocuğa ve soyadının devamına verilen önemden dolayı, diğer insanlara karşı da kendilerini yetersiz ve değersiz hissederek. Buna karşın bu kişilerin yaşayacağı sıkıntı, çevre tarafından pek anlaşılmaz.

Bu yazıda evli çiftler için çok önemli bir sorun olan kısırlığın psikiyatrik yönleri eşler üzerindeki etkileri, stresle olan ilişkisi, bu kişilere yapılabilecek psikiyatrik yardım incelenerek aktarılmaya çalışılmıştır.

#### İnfertilitenin eşler üzerindeki etkileri

Genellikle infertilite tanısı, çiftin çocuk isteğinin en yoğun olduğu zaman koyulur. Bebek sahibi olamamayı kabullenmek zor gelir, yanlış olduğunu ümit ederek tanıyı yadsırlar. Ardından yaşanan duygu ise öfkedir. Bu öfke pekçok şeye yansıtılır. Eşler birbirine de öfkelenebilir. Bu öfke özellikle eşler kısırlıktan aynı oranda etkilenmezse daha da yoğun olur. Eşinin sorunu kendisi kadar yoğun yaşamadığını farkedince öfke daha da artar. Ayrıca kısırlığın nedeni olarak belirlenen eşe, istenmese de öfkelenilir.

Yapılan bir çalışmada eşinde oligospermi ya da azospermi belirlenen kadınların % 87'sinin eşine öfke duyduğu belirlenmiştir (19,39,50). Eşler kendi ailelerine, dede-nine olma isteklerini hissettirdiklerinden dolayı öfkelenebilirler. Büyüklerden gelen baskı, bizim toplumumuzda da olduğu gibi aile bağları yoğun ülkelerde daha da fazladır (30,32). Arkadaşlara da öfke duyulabilir. Bu öfke çocuğu olan arkadaşlara karşı daha da fazladır. Özellikle empati yapılmadan söylenen teselli sözleri bu öfkeyi iyice artırır (45,50).

Topluma, aile yaşantısında çocuğun rolünü bu kadar çok vurguladığı için öfkelenebilirler (45). Bir hasta "*kendime çok yabancı şeyler hissediyorum. İnsanlara karşı çok öfkeliydim. Hatta yolda gördüğüm gebe kadınlara bile öfkeleniyor, onlardan nefret ediyordum. Daha önce hiç böyle şeyler hissetmezdim ve şimdi bunları hissettiğim için kendimi suçluyorum*" sözleri ile duygularını aktarmıştır (42).

Ardından suçluluk yaşanmaya başlanır. Sürekli geçmiş gözden geçirilerek; daha önceki yaşam tarzı, kullanılan alkol, sigara, doğum kontrol yöntemleri, geçirilen düşük ve kürtajlar düşünülür. Belki de ana-baba olmak için uygun biri olmadığı, ana-baba olmayı hak etmediği düşünceleri ile değersizlik duyguları yaşanmaya başlanır. Kişi eşine karşı suçluluk duymaya başlar. Özellikle kısırlık nedeni olarak belirlenen kişilerde suçluluk çok daha yoğundur. Bir hasta "*sık sık eşimin beni boşamasını ümit ettim. Böylece hem çocuk sahibi olamamamdan hem de bendeki olumsuz duyguların yükünü eşime taşımaktan kurtulurdum*" demiştir. Kısırlık nedeni olarak belirlenen eş, bedenini hasarlı, eksik gibi hissetmeye başlar. Kendine olan güveni azalır ve kendini arkadaşlarından daha aşağıda görmeye başlar. Kendini değersiz hissetme, güçsüzlük, pekçok şeye karşı ilgi-istek kaybı, yaşamdan zevk almama, sorunları çözmede güçlük ve depresyon ortaya çıkar (41,42,45).

Buraya kadar geçirilen evrelere bakıldığında, Elizabeth-Kübler Ross tarafından tanımlanan ölüm ardından yaşanan evreler ve yas reaksiyonuyla belirgin bir benzerlik görülür (42,64). Ancak kısırlıkta yas reaksiyonunda bulunmayan suçluluk, utanç ve yetersizlik duyguları da yaşanır (12,55).

Kısırlık, duygusal açıdan önemli bir kayıptır. Bazıları için bir organın kaybı ya da kronik bir hastalık tanısı ile eşdeğerdir. Pekçok çift için sadece ölüm ya da boşanmaya karşılaştırılabilecek bir olaydır (16,42). Yapılan bir çalışmada, erkeklerin % 15'i, kadınların ise % 50'si kısırlığı, yaşamlarının en üzücü olayı olarak tanımlamışlardır (60). Mahlstedt ve ark. (42) çalışmasında çiftlerin boşanmayla kısırlığı karşılaştırdıklarında % 63'ü kısırlığın boşanmadan daha üzücü olduğunu belirtmişlerdir (5). Kısırlıktan kişilerin bu kadar etkilenmelerini anlamak güç gelebilir. Düşününce hiç doğmamış bir çocuğun yası tutuluyor gibidir. Kayıpların depresyondaki önemi düşünülünce "kısırlıkta kayıp ne?" sorusu akla gelir.

Burada herkese göre değişebilecek -sembolik- anlamı olan bir şeyin kaybı sözkonusudur. Kısırlık, gelecekteki beklenti ve hayalleri tehdit eder. Pekçok kişinin çaba harcamadan yapacağı şeyleri kendisinin asla yaşayamayacağını düşünür. Sanki yaşamın bazı alanları donmuş gibidir (38,42,45). Bir hasta kısırlık tanısı konulduktan sonra hissettiklerini "yaşamadan ölmek" gibi tanımlanırken tedavi sonrası düzelmeyi de "yaratıcı biri olarak yeniden doğmak" olarak tanımlamaktadır (60).

Bazıları için ana-baba olmak erişkinliğe geçiş anlamındadır ve kısırlık tanısıyla, idealize edilen yetişkin kimliği zedelenir. Kısırlıkla birlikte, kişilerin sağlıklarına olan güvenleri azalır. Kendilerini eksik ve hasta gibi hissetmeye başlarlar. Kısırlık tedavisinde kullanılan ilaçlar ve ameliyatlar da kişilerin kendilerini hasta gibi hissetmelerine neden olur (37,63).

Kısırlık tanısı kişilerin cinsel kimlikleriyle de özdeşleştirilir. Bazı hastalar, cinsel rollerinin tamamlanmadığını söylemişlerdir. Doğurganlık ve kadınlık birbirleriyle bağlantılı olarak değerlendirilir. Kısırlıkta kadınlar anneliği yaşayamadığı için üzülürken erkekler cinsel kimliğini kanıtlayamadığını hissederler. Zaten böyle bir duygu toplum tarafından da hissettirilir (2,12). Kısır kişiler geleneksel rollerini yerine getiremediğini düşünürler ve geleneklere bağlı kişilerde kısırlık, daha fazla sıkıntı verir. Kısır kişiler kendilerini sosyal ve cinsel olarak istenmeyen, arzulanan kişiler olarak görürler. Cinsel istekleri ve dolayısıyla cinsellikten aldıkları zevk azalır. Cinsellik bir süre sonra eşler arasında yakınlık ve

sevginin belirtisi olmaktan çıkarak sadece çocuk sahibi olmak için yapılan bir eyleme dönüşür (3,35). Özellikle belli zamanlarda ve biçimlerde kurulması önerilen ilişkiler, kişiler tarafından ödev gibi algılanmaya başlanır (55). Pekçok çiftte kısırlık tanısı konulduktan sonra cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkmakta ve narsistik yaralanma da buna eşlik etmektedir (13).

Kısırlık nedeni olarak erkeklerin belirlendiği bir çalışmada % 63 oranında 1-3 ay süren empotans görüldüğü bildirilmiştir (6). Yapılan bir başka çalışmada, kısırlık tanısının çiftlerin cinsel yaşamlarını, erkeklerde % 40, kadınlarda % 50 olumsuz etkilediği bulunmuştur (26). Bazı çiftlerde ise sadece ovulasyon dönemlerinde erkeklerde empotans, kadınlarda ise anorgazmi belirlenmiştir (22). Pekçok erkek, kısırlık tanısıyla erkekliğini kanıtlayamadığını, gerçek bir baba gibi davranamadığını belirtmektedir.

Kısırlık eşleri farklı düzeylerde etkileyebilir. Genellikle kadınlar, erkeklerden daha fazla sıkıntı yaşarlar. Bu farklılık eşlerden birinin diğerini anlamasını zorlaştırır. Eşlerin bu sıkıntısıyla başetme yöntemleri de farklı olabilir. Örneğin; kadınlar sürekli konuşma eğilimindeyken, erkekler başka işlere yoğunlaşarak, kısırlığın getirdiği duygusal yükü hafifletmeye çalışırlar. Böylece öncelikle kısırlıkla ilgili konular, ardından diğer pekçok alandaki sorunlar konuşulmamaya başlanır. Eşlerin konuşmaması, kadınlarda bu sorunu yalnız yaşıyormuş gibi hissetmelerine, eşlerinin kendilerini anlamadığını düşünmelerine neden olur ve kendilerini terkedilmiş hissederler. Eşler birbirlerine karşı daha öfkeli, birbirlerinin duygusal ihtiyaçlarına daha az cevap verebilir hale gelirler ve ilişkilerindeki yakınlığı kaybederler. Böylece kısırlıkla birlikte yaşanan kayıplara evlilik ilişkisindeki yakınlığın kaybı da eklenir (13,42). Özellikle kısırlık için farklı çözümler bulan çiftlerde evlilik ilişkisinde bazen boşanmaya kadar varan ciddi sorunlar yaşanır (34).

Özetlersek, kısırlıkta eşyle olan yakınlığının kaybı, sağlığına olan güvenin kaybı, toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, geleceğe güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı gibi bir tanesi bile depresyona neden olabilen pekçok kayıp yaşanır. Kişiler kısırlık tanısı aldıktan sonra, yaşamlarının tüm alanlarını ihmal ederek ki-

sırlık üzerine yoğunlaşırlar. Pekçok olguda bu yoğunlaşma ümitsizliğe ve depresyona neden olur. Her adet döneminde "hiç gebe kalamayacağım, hiç kendi ailem olmayacak, ben kadın değilim" gibi olumsuz düşüncelere kapılır, ovulasyon döneminde ise tekrar ümitlenmeye başlar. Adet sanki istenen bir bebeğin ölümü gibi algılanır ve bunu daha büyük bir hayal kırıklığı izler. Bu kısır döngü yıllarca sürüp gider. Çiftlerin yaşamlarının dengesi bozulur. Kısırlık, çiftlerin tüm psikososyal yaşamını etkisi altına alan bir travmadır (30,45,55,59).

Yapılan bir çalışmada kısır çiftlerin, çocukları olanlara göre hayatı daha az ilginç buldukları, kendilerini daha yalnız duyumsadıkları, hayatlarından daha az memnun oldukları ve özkıyım riskinin çocuğu olanlara göre 2 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (9,55). Yine bu kişilerde, alkol ve ilaç kullanımı, yeme bozuklukları daha fazla bulunmuştur (39). Bazı yazarlar ise, kısırlığın çiftlerin ortak sorunu olduğunu ve bu sorunla başetmeyi öğrendiklerinde, çiftlerin daha da yakınlaşabileceğini söylemektedir (11).

### Kısırlık-stresle ilişkisi

Kısırlık olgularının % 50'sinin kadının, % 30'unda erkeğin, % 20'sinde her ikisinin de kısır olduğu bildirilmiştir. İncelemeler sonrası, eşlerde belirlenen bir patoloji olmadığı halde, 1-2 yıllık süre içinde gebe kalınamıyorsa, açıklanamayan kısırlık ya da idiyopatik kısırlık tanısı konulur (54). 1960'larda kısırlık nedenlerinin % 50'sinin ruhsal kökenli olduğu sanılırken, bu oran günümüzde % 5-17 arasındadır (15,44,48,62). İncelemeler sonrası anatomik ve fizyolojik bir bozukluk belirlenmezse, genellikle psikolojik sorunların neden olabileceği düşünülür (46). Hormonal disfonksiyonların ve açıklanamayan kısırlığın stresle, diğer organik bozukluklara göre daha yakından ilgili olduğu bildirilmiştir (53).

Kısırlık ve stres arasındaki ilişkinin en önemli göstergelerinden biri uzun süren psikososyal sorunların kısırlığa neden olabilmesidir (66). Bunun temelini stresin hormonal dengeye olan etkisi oluşturmaktadır (53).

Stres ile ACTH ve CRF (Kortikotropin Releasing Faktör) salgılamakta, vasopressin ve oksitosin düzeylerinde de değişiklikler olmakta; bu değişiklikler

duygulanım, davranış ve öğrenmeyi etkilemektedir. Ayrıca stres ile salınan CRF, GnRH'ı inhibe etmektedir (16). CRF, ACTH ve Beta-endorfin salgınımına neden olur. Beta-enforfinler, prolaktin salgınımını arttırarak indirekt yoldan GnRH inhibe eder (1,16). Stres ayrıca hiperprolaktinemiye neden olur. Hiperprolaktinemi de, adet düzensizliği, galaktore, depresyon, cinsel isteksizlik, empotans, anorgazmi ve dolayısıyla da kısırlığa neden olur (36,43,48). Hatta zaman zaman ortaya çıkan hiperprolaktineminin bile infertiliteye neden olabileceğini belirten yayınlar var (28). Hiperprolaktinemi olan hastaların daha gergin ve öfkeli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (8). Hiperprolaktinemi tedavisinin sadece kan prolaktin seviyesini düşürmediği, aynı zamanda Hamilton Depresyon Ölçeğinde de anlamlı düzelmelere yol açtığı belirlenmiştir (36,40).

Stres erkekte sperm sayısında ve hareketlerinde azalma, sperm morfolojisinde bozulma, ereksiyon ve ejakülasyon bozukluğu testesteron ve diğer hormonlarda azalmalara yol açar (47). Stres kadında sadece ovulasyonu değil, tubal spazmın etkilenmesiyle, gamet taşınmasını bozarak kısırlığa neden olabilir (56). Ayrıca stres, progesteron eksikliğine yol açarak gebeliğin sürmesini de engelleyebilir (17,20).

Stresin üreme fonksiyonları üzerindeki etkisini gösteren en çarpıcı örneklerden biri de yalancı gebeliktir. Yalancı gebelik olan kadınlarda kilo artışı, amenore ve hormonal değişiklikler görülür (23,46). Anoreksiya nervosaya bağlı görülen amenore de, kısırlıkta duygusal etkenlerin önemini belli eden bir örnektir (51).

Bunlardan başka iç ve dış çatışmaların, stresin kısırlıkla olan ilişkisine yönelik çeşitli psikanalitik yorumlarda yapılmıştır.

Psikanalitik yorumlara göre, kısırlığın gebelik ve aneliğin getireceği strese karşı bir somatik savunma olduğu öne sürülmüştür (31). Bu kişilerde bilinç düzeyinde çocuk sahibi olmayı isterken, bilinç dışında çocuk sahibi olmaya ve kendi cinsel kimliklerine karşı çatışmalar olduğu, bunların kendi annelerine karşı bilinç dışında düşmanlık duyguları taşıdığı ileri sürülmüştür (46,52). Çatışmaları daha yoğun olan kadınların gebe kalma olasılığının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Jeker ve ark. 116 çift ile yaptıkları ça-

lişmada, kısır kadınların pekçoğunda, anne olmaya karşı ciddi çalışmaların bulunduğunu bildirmişlerdir (31).

Psikanalitik çalışmalarda kısır kadınlarda iki temel kadın tipinin olduğu; bunlardan birinin agresif, bilinçdışı kadınlık rolünü reddeden, erkeksi tipler olduğu (46), ikinci grup kadınların ise immatür ve bağımlı kişiler olduğu belirtilmiştir (20). Moghissi ve ark. (44) sekonder kısırılığı olan kadınlarda iki temel çatışmanın olduğunu, bir grup kadının annesiyle çok yakın bağlarının bulunduğunu, bu kadınların annelerinin de büyük oranda sekonder kısırılık deneyimi yaşadığını; ikinci grup kadında ise yoğun gelbelik korkusunun olduğunu belirtmişlerdir.

Wasser ve ark. (65) yaptıkları bir çalışmada, hastaları kısırılık nedenlerine göre; kesin organik nedene bağlı olanlar, kısmen organik nedene bağlı olanlar ve organik nedeni belirlenememiş olanlar olmak üzere üç gruba ayırmışlardır. Kontrol grubu olarak da çocuğu olmayan, ama tedavi görmeyen kişiler seçilmiş, organik nedene bağlanamayan kısır kadınların sosyal ve arkadaş desteğinin daha az olduğu, diğer insanlara karşı daha fazla düşmanlık duyguları taşıdığı, daha fazla somatik yakınmalar getirdiği, kişisel yaşantısında infertiliteyi daha fazla hissettikleri bulunmuştur.

Ruhsal etmenlerin kısırılığa neden olduğunu ileri süren yazarların yanında, kısırılığın ardından katlanılan zor ve uzun tedavinin cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, evlilik içi çatışma gibi sorunlara yol açtığını ileri süren yazarlar da vardır (2,19,22,54,57).

Kısırlık tanı ve tedavisi çok uzun, çiftler için psikolojik olarak çok zedeleyici ve özellikle kadın için çok acı verici olabilir. Örneğin; ilk görüşme sırasında sorulması gereken ilişki sıklığı, biçimi, düşüklükler ve kürtajlar çiftler için çoğu zaman sıkıntı veren, utandıran sorulardır; kendileri için mahrem olan sorunları ve organları, ayrıntılı incelemeye alınmıştır (51).

Evlilik yaşantısının mahremiyeti yitirilmiş gibi algılanabilir. Ayrıca tedavi için kullanılan ilaçların iritabilite, ağlama eğilimi, depresyon, ağrı gibi yan etkileri, hastaların sıkıntısını daha da arttırmaktadır (33).

Stresin mi kısırılığa, kısırılığın mı strese neden olduğu konusunda görüş birliğine varılamamıştır. Karşılıklı bir etkileşimin bulunduğu; yani kısmen stresin kısırılığa, diğer yandan kısırılığın da strese neden olduğu düşünülmektedir (16).

### Kısırlıkta psikiyatrik yardım

Kısır olduklarını öğrenen çiftler kısa süren şaşkınlığın ardından sorunu yadsır ya da küçümserler. Yadsıma hem geçici bir rahatlık sağlar, hem de kişilerin sorunu kabullenme ve başetme yöntemleri geliştirebilmesi için zaman kazandırır. Yadsıma buraya kadar yararlıdır, ancak eğer uzun sürerse, sorunu kabullenmeyi ve yardım etmeyi engeller. Sorunun kabullenilmesi sıkıntıyı artırır ama daha sağlıklıdır (10,55). Yadsımanın ardından kabullenme evresi gelir, sorunla ilgili olumlu şeyler aranır (6). Ekin başetme yöntemleri kullanamayan depresif kişiler, öğrenilmiş çaresizlik ile, sorunlardaki olumlu yönleri göremezler ve en kötü olasılığı düşünürler. Böylece sorunla başetmeleri daha da güçleşir.

Sorun kabullenildikten sonra yardım ve destek aranmaya başlanır. Kişilerin bu dönemde bilgilendirilmesi çok önemlidir. İyi bilgilendirilmiş kişilerin hem sorunu kabullenip başedebilmesi, hem de tedaviye uyumu çok daha iyi olur. Belirsizlik, stres yaratan durum üzerindeki kontrolü azaltır. Zaten pek çok kısır çift yaşamlarının dış koşullar tarafından belirlendiği duygusuna kapılır (6,46,49,61). Kişilerin tedavi yöntemleri konusunda yeterli bilgisinin olmaması, bu duyguyu iyice artırır.

Bilgilendirme, kişilerin anksiyetesinin azalmasında en önemli faktördür (21). Bilgilendirme sırasında tedavi planı, her aşamada anlatılmalı; kişiler karşılaşacakları güçlükler, ağrı gibi sorunlar hakkında aydınlatılmalıdır. Ayrıca hastalara tedavi seçenekleri sunarak, tedavisini kontrol edebilme olanağı sağlamak da yararlı olur. Genellikle kadınlar kısırlıktan daha çok etkilenirler (7). Öfke, kıskançlık gibi duyguları daha yoğun yaşarlar. Daha önce olmayan aksilikler, öfkelenmeler nedeniyle uyumları bozulur, giderek kendilerini suçlama ve depresyon ortaya çıkar. Kronik stresle karşılaşan pek çok kişinin bu sorunları yaşadığı, kişilere anlatılarak bu konuda kendilerini suçlamaları engellenmelidir.

Yapılacak araştırmalar sırasında, çiftlerin ruhsal durumları da gözönüne alınmalıdır. Yapılan testlerin pek çoğu çiftler için acı veren, ruhsal olarak olumsuz etkileyen testlerdir (27). Örneğin; günlük beden ısısı kontrolü yapıldığında, özellikle ovulasyon döneminde empotans, anorgazmi gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde koit-sonrası test istendiğinde de pekçok kişide empotans ortaya çıkmaktadır. Kişiler yaşamakta oldukları pekçok sıkıntıya ek olarak başarısız olduklarını düşünürler ve bu düşünce benlik saygısının daha da azalmasına neden olur.

Yapılan her test, çiftler için ayrı bir anlam taşır. Test sonuçlarının normal bulunması beden imgesine ilişkin kaygıları azaltır. Bu nedenle test sonuçları açıklanırken, kişilerin anlayabileceği, duygusal olarak onları incitmeyecek, kendilerini yetersiz hissetmelerine yol açmayacak bir dil kullanılmalıdır (35).

87 çift ile yapılan bir çalışmada; hastalara psikoseksüel stresin nasıl azaltılabileceği sorulmuş, aşağıdaki öneriler alınmıştır:

1. Kısırlığa eşlik eden cinsel, sosyal ve psikolojik problemlerin konuşulması,
2. Çiftlerin ana-baba olmayı istemeye iten faktörlerin konuşulması (gebelik deneyimi istemek, diğerlerinin beklentilerini yerine getirmek),
3. Çiftlerin, birbirlerinin beklentilerini, duygularını, dürtülerini konuşmak konusunda yöreklendirilmesi,
4. Çocuk yapmak ile cinselliğin eşanlamı olmadığı anlatılması,
5. Kısırlıktan dolayı eşlerden birini suçlamaktan kaçınılması,
6. İlişki tekniği, sıklığı ve zamanı konusunda kesin önerilerde bulunmaktan kaçınılması,
7. Günlük beden ısısı kaydı gibi psikolojik etkisi çok ama yararı daha az olan işlemlerin olabildiğince sınırlandırılması,
8. Bulunan patolojilerin, yansız ve yargılamasız tanımlanması,
9. Çiftlerin cinselliği öğrenmeye yöreklendirilmesi,
10. Kısırlıkla ilgili olan cinsel sorunlarla kronik cinsel sorunları ayırt edip gerekli olduğunda danışmanlık yapılması (35).

Bir başka çalışmada, çiftlere doktorlardan ne beledikleri sorulmuş; doktorların daha sevecen olması,

hastalarına daha fazla zaman ayırması, tedavinin sonlandırılması konusunda yol gösterici olması gibi beklentiler dile getirilmiştir (26).

Stresi azaltmak için eşlerin birlikte başvurması önerilir. Böylece eşler daha kolay soru sorabilmekte, kendini güçlü hissetmekte, birbirlerine yardım edebilmektedir. Kişilerin kısırlık gibi bir stresle başetme çabaları, kendinden kaynaklanan kısırlığa eşinden kaynaklanan kısırlık arasında farklılık gösterebilir. İdeal olanı çiftlerin hem birlikte, hem de kendi cinsinden olan bir danışmanla ayrı ayrı görülebilmesidir (11).

Kısır hastalarının desteklenmesi amacıyla yapılan grup terapilerinin, kısırlıktan kaynaklanan stresle başedebilmelerinde çok yararlı olduğu pekçok yayında belirtilmiştir. Bazı gruplarda, grup terapisi ve davranışçı terapiler konusunda yetişmiş bir kısır hasta da bulunur. Bu gruplarda kişiler birbirlerini daha iyi anlamakta, yalnızlık duygusu, kimsenin kendilerini anlamadığı düşüncesi azalmakta ve grupla birlikte etkin başetme yöntemleri geliştirebilmektedir (58).

Gevşeme egzersizleri, transandantal meditasyon, hipnoterapi gibi tekniklerin de yararlı olduğu bildirilmektedir (24,29). Domar ve ark. (17) tarafından yapılan bir çalışmada; kısır çiftlerle yapılan gevşeme araştırmalarının, bu hastalarda anksiyete ve depresyon ölçeklerinde belirgin düşüşler sağladığı bulunmuş, bu çalışmaya katılan 54 kadın hastanın % 34'ü sonradan gebe kalmıştır.

Danışmanlık ve psikolojik yardım, kişilerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir. Özellikle kişilik değişikliği, içe kapanıklığı, arkadaş kaybı, evlilik ve cinsel sorunları olan kişilerde; aşırı ağlama, uyku, iştah değişiklikleri, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, iş sorunları ortaya çıktığında psikiyatrik yardım kesinlikle gereklidir (42).

Yapılan araştırmalarda, tanı konulma aşaması, tedavinin başlangıç aşaması ve başarısız bir tedavinin sonlanma aşamasında anksiyete ve depresyon ölçeğinde yükselme olduğu bulunmuştur (14). Bu dönemlerde yapılacak yardım oldukça önemlidir. Tedavinin sonlanma aşamasında, çiftlerle geleceğe yönelik planlar ve çocuksuz yaşamak, evlat edinme gibi diğer seçenekler konuşulmalıdır (10).

Tedavinin sonlanması ve diğer seçeneklerin konuşulmasından önce, çiftlerin mümkün olan herşeyin yapılmış olduğuna inanması önemlidir. Yapılan bir çalışmada, doğurgan ve kısır çiftlere, kısırılık için en iyi çözüm sorulduğunda, doğurgan çiftler tarafından evlat edinme en fazla kabul görünürken, kısır çiftlerde bu oran anlamlı olarak daha az bulunmuştur (21,25).

Çözüm konusunda eşler arasında ortaya çıkan görüş farklılığı, evlilik ilişkisinde sorunlara yol açabilir. Daha önce farkedilmemiş evlilik-içi ve diğer sorunlar su yüzüne çıkar (6). Örneğin eşlerden biri evlat edinmeyi istiyorken, diğer eş bunu istemeyebilir. Kişi bu konudaki çatışmalarını çözmemişse, evlat edinmeyi, üremedeki yetersizliğinin kabullenilmesi olarak görür ve narsistik bir zedelenmeye uğrayabilir. Bu durumda boşanmaya kadar varan evlilik içi çatışmalar ortaya çıkabilir. Bu nedenle eşlerin gereksinimleri ve istekleri ayrı ayrı gözönüne alınarak yaklaşılmalıdır. Aksi halde birisine yardım ederken, diğeri bundan zarar görebilir (2,55).

Kısırlık eşlerin ortak sorunudur. Bu sorun karşısında, eğer eşler birlikte davranarak etkin başatma yöntemleri geliştirebilirlerse, daha da yakınlaşmakta, evlilik ilişkisinde yaşadıkları mutluluk ve doyum artmaktadır (11).

Sonuç olarak kısırılık birçok insanın öz saygısına, cinselliğine ve özel yaşamına yönelik bir saldırı olarak algılanmaktadır. Tanı öncesi, tanı sırasında ve sonrasında toplumun, eşlerin birbirine, doktorların tepkileri kişiler için ayrı bir sınav ve yüzleşmedir. Eğer doktorlar kısır çiftlerle olan uğraşları sırasında kısırlığın çiftin yaşamında açtığı yarayı, sonrasında verdiği acıyı bilir, hastaları ile iletişim kurarak bunu gidermeye çalışırlarsa kısırılık krizi birçok çift için sorunlarla başedebilme yetisi kazanma ve olgunlaşma şansı yaratan bir durum haline alacaktır. Bu yolla tedavi sonrasında tehlikelerinden çiftler kurtulacak ve kendilerine yepyeni bir yol çizebileceklerdir.

Ülkemizde ve yurtdışında kısırlığın psikososyal yönlerini açığa vuran çalışmaların yapılmasına paralel olarak, bu insanların yaşadıkları sıkıntılar daha ayrıntılı olarak belirlenip çözüm getirici yaklaşımlar ortaya konabilecektir.

## KAYNAKLAR

1. Aksel S, Beksaç MS: Reproductive endocrinology and fertility. Medical Network, Ankara, 1. baskı 1993.
2. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ: Stress from infertility, marriage factors, and subjective well being of wives and husbands. *J Health Soc Beh* 32:238-53, 1991.
3. Balen FW: Long-term infertile couples: a study of their well-being. *J Psychosom Obstet Gynecol* 14:53-60, 1993.
4. Belsey MA, Ware H: Epidemiological, social and psychological aspects of infertility. *Bull WHO* 54:321, 1976.
5. Berg BJ, Wilson JF: Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril* 53:654-61, 1990.
6. Berger DM: The role of psychiatric in a reproductive biology clinic. *Fertil Steril* 28:141-45, 1977.
7. Brensic E, Taymar ML: The role counselling in infertility. *Fertil Steril* 32:154-56, 1979.
8. Buckman MT, Kellner R: Reduction of distress in hyperprolactinemia with bromocriptine. *Am J Psychiatry* 142:2042, 1985.
9. Callon VJ, Hennessey JF: The psychological adjustment of women experiencing infertility. *Br J Med Psychol* 61:137-40, 1988.
10. Callon VJ, Hennessey JF: Strategies for coping with infertility. *Br J Med Psychol* 62:343-54, 1989.
11. Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, et al: The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res* 36:459-68, 1992.
12. Cook R: The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *J Psychosom Obstet Gynecol* 14:31-40, 1993.
13. Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D ve ark: Psikosomatik bozukluklar. 1. baskı, Medikomat, Ankara, 1996; 109-33.
14. Daniluc JC: Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril* 49:982-90, 1988.
15. Dar J, Hamburg R, Rabau E: An evaluation of etiologic factor and therapy in 665 infertile couples. *Fertil Steril* 28:718-22, 1977.
16. Domar AD, Marchella M: Emotional aspects of infertility. In *Infertility: A comprehensive text*. Norwalk S (ed). Appleton&Lange, Baltimore, 1989; 23-35.
17. Domar AD, Seibel MM, Benson H: The mind-body program for infertility: a new behavioral treatment approach for woman with infertility. *Fertil Steril* 53:246-49, 1990.
18. Downey J, Yingling S, McKinney M, et al: Mood disorders, psychiatric symptoms and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 52:425-32, 1989.
19. Edelman RJ, Connolly KJ: Psychiatric aspects of infertility. *Br J Med Psychol* 59:209-19, 1986.
20. Ford ES, Forman I, Wilson JR, et al: A psychodynamic approach to study of infertility. *Fertil Steril* 40:456, 1953.
21. Freeman EW, Boxer AS, Rickel K, et al: Psychological evaluation and support in a program of IVF-ET. *Fertil Steril* 43:48-53, 1985.
22. Garcia CR, Freeman EW, Rickels K, et al: Behavioral and emotional factors and treatment responses in a study of anovulatory infertile women. *Fertil Steril* 44:478-83, 1985.
23. Gelder M, Gath D, Mayou R, et al: *Psychiatry and medicine*. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, London, 1. baskı 1996: 342-414.
24. Grawitz MA: Hypnosis in the treatment of functional infertility. *Am J Clin Hypon* 38:22-26, 1995.
25. Hallman LJ, Abbey A, Andrews FM: Attitudes about infertility interventions among fertile and infertile couples. *Am J Public Health* 82:191-94, 1992.
26. Hallman LJ, Abbey A, Andrews FM: Why are couples satisfied with infertility treatment. *Fertil Steril* 59:1046-54, 1993.
27. Harrison RF: Psychosocial aspects of infertility, the role of clinician in the infertility clinic. *Ir Med Sci* 155:5-8, 1986.
28. Harrison RF, O'Moore RR, McSweeney J: Stress, prolactin and infertility. *The Lancet* 27:209, 1979.
29. Harrison RF, O'Moore RR, O'Moore A: Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in with unexplained infertility in Dublin. *Int J Fertil* 31:153-59, 1986.
30. Honea P, Fleming PHD: Psychosocial components in obstetric/gynecologic conditions with a special consideration of infertility. *Alabama J Med Sci* 23:27-30, 1986.
31. Jeker L, Micioni G, Ruspa M, et al: Wish for a child and infertility: study on 116 couples, interview and psychodynamic

- hypothesis. *Int J Fertil* 33:411-20, 1988.
32. Jinolal UN, Gupta AN: Social problems of infertile women in India. *Int J Fertil* 34:30-33, 1989.
33. Kaplan H, Sadock BJ: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 2. 5. baskı, Williams&Wilkins, Baltimore 1989.
34. Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JA: *Synopsis of clinical psychiatry and behavioral sciences*. Williams&Wilkins, Baltimore, 1994.
35. Keye RW: Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 27:760-66, 1984.
36. Koppelman MCS, Perry BL, Hamilton JA, et al: Effect of bromocriptin on affect and libido in hyperprolactinemia. *Am J Psychiatry* 144:1037-41, 1987.
37. Koropatnick S, Daniluk J, Pattinson HA: A non-event transition. *Fertil Steril* 59:163-71, 1985.
38. Lalos A, Lalos O, Jacobson L, et al: Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynecol Obstet Invest* 20:209-17, 1985.
39. Lariaux TC: Male infertility: a challenge for primary health care providers. *Nurse Practitioner* 16:38-45, 1991.
40. Leppöhn RE, Von de Wiel HBM, Brownell J: The effect of two dopaminergic drugs on menstrual function and psychological state in hyperprolactinemia. *Fertil Steril* 58:321-27, 1992.
41. Link PW, Darling CA: Couples undergoing treatment for infertility. Dimension of life satisfaction. *J Sex Marital Therapy* 12:46-59, 1986.
42. Mahlstedt PP: Psychological component of infertility. *Fertil Steril* 43:335-46, 1985.
43. Marshall JR: Infertility in: *Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment*. Pernoll ML, Denson R (eds). 6. baskı, Appleton&Lange, Lübnan, 1987; 919-38.
44. Moghissi KS, Wallace EE: Unexplained infertility. *Fertil Steril* 39:5-17, 1983.
45. Mostly B: The patients point of view. *Ir J Med Sci* 155(Suppl 12):9-11, 1986.
46. Mozley PD: Psychophysiological infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol* 19:407-17, 1976.
47. Negro-Vilar A: Stress and other environmental factors affecting fertility of men and women. *Env Health Perspectives Suppl* 101 (Suppl 2):59-64, 1993.
48. O'Moore AM, O'Moore RO, Harrison RF, et al: Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. *J Psychosom Res* 27:145-51, 1983.
49. O'Moore AM: Counselling and support system for infertile couples. *Ir J Med Sci* 155:12-16, 1985.
50. Özkan S: *Liyezon psikiyatri*. 1-2. 1. baskı, İ.Ü. Basımevi, İstanbul, 1993.
51. Özkan S: *Psikiyatrik Tıp; konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*. 1. baskı, Roche Müstahzarları, İstanbul, 1993.
52. Pantesso V: Nonorganic fertility: some research and treatment problems. *Psychol Rep* 58:731-37, 1986.
53. Paulson JD, Haarman BS, Salerno RJ, et al: An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertil Steril* 49:258-62, 1988.
54. Pepperel RJ, McBain JC: Unexplained infertility: a review. *Br J Obstet Gynecol* 92: 569-80, 1985.
55. Rosenfeld DL, Mitchell E: Treating the emotional aspects of infertility counseling services in an infertility clinic. *Am J Obstet Gynecol* 15:177-80, 1979.
56. Sanfilippo JS, Galbraith E, Yussman MA: In office fertility support group. *Obstet Gynecol* 74:405-7, 1989.
57. Sarrel PM, Cherney AH: Psychtherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertil Steril* 43:897-900, 1985.
58. Stewart DE, Boydell KM: A prospective study of the effectiveness of brief professionally led support groups for infertility patients. *Int J Psychiatric Med* 22:173-82, 1992.
59. Stewart S, Glozer G: Expectations and coping of women undergoing in vitro fertilization. *Maternal-Child Nursing J* 15:103-13, 1986.
60. Stewart DE, Robinson GE: Infertility by choice or by nature. *Can J Psychiatry* 34:886-71, 1989.
61. Şahin NH: *Stresle başa çıkma*. 1. baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1994.
62. Thomas AK, Forrest MS: Infertility: a review of 291 infertile couples over eight years. *Fertil Steril* 34:106-11, 1980.
63. Tomaro S: *Yüreğinin götürdüğü yere git*. Cilt 15, 15. baskı, Can Yayınları, 1994.
64. Trepener K: Infertile couples. *Canadian Nurse* 81:42-46, 1985.
65. Wasser SK, Sewall G, Soules MK: Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertil Steril* 59:685-89, 1993.
66. Wright J, AHard M, Lecours A, et al: Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *Int J Fertil* 34:126-42, 1989.
67. Yüksel T: *Infrtilite*. *Organorama* 2:4-15, 1996.