

T.C.
HACETTEPE ONİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

İNFERTİL ÇİFTLERİN BİLGİ, TUTUM, UYGULAMALARI
VE
İNFERTİLİTE NEDENLERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Aile Sağlığı Programı
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

ZEYNEP POLAT

ANKARA

1982

T.C.
HACETTEPE UNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

İNFERTİL ÇİFTLERİN BİLGİ, TUTUM, UYGULAMALARI
VE
İNFERTİLİTE NEDENLERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Aile Sağlığı Programı
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

ZEYNEP POLAT

Rehber Öğretim Üyesi
Prof.Dr.Güler KANRA

ANKARA
1982

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa No:

ÖNSÖZ

TABLolar

I - GİRİŞ

1- Sorun	1
2. Araştırmanın Konusu	3
3. Araştırmanın Amacı	3
4. Araştırmanın Önemi	4
5. Kavramların Tanımı	6

II - MATERYAL VE YÖNTEM

1. Araştırma Bölgesinin Saptanması	8
2. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	8
3. Araştırmanın Yeri Evreni ve Örneklemi	9
4. Araştırmada Anketin Hazırlanması ve Uygulanması	10
5. Verilerin Değerlendirilmesi	11

III - BULGULAR

1. Tanımlayıcı Bulgular	12
2. Araştırmanın Amacına İlişkin Bulgular	17
2.1. Çocuğu Olmayan Kadın Deneklerin Tıbbi Tedavi ve Geleneksel Tedaviye İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarına ait Bulgular..	17
2.2. Ailede Çocuğun Önemine ve Çocuğun Bulunmayışının Karı-Koca Geçimine Etkisine İlişkin Bulgular....	23
2.3. Çocuğun Olmayışına Etken Olan Bulgular	30

IV - TARTIŞMA: Tartışılacak Konular

1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	37
2. Araştırmanın Amacına İlişkin Bulguların Tartışılması	39
2.1. Çocuğu Olmayan Kadın Deneklerin Tıbbi Tedavi ve Geleneksel Tedaviye İlişkin Bilgi. Tutum ve Uygulamalarına ait Bulguların Tartışılması	39
2.2. Ailede Çocuğun Önemine ve Çocuğun Bulunmayışının Karı-Koca Geçimine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	41
2.3. Çocuğun Olmayışına Etken Olan Bulguların Tartışılması	44

V - SONUÇ VE ÖNERİLER

- Sonuç	48
- Öneriler	52

VI- ÖZET	56
TEŞEKKÜR	58
KAYNAKLAR	59

EKLER

- Ek I	(Anket Formu)
- Ek II	(Poliklinik kartı)
- Ek III	(Geleneksel Tedavi Yöntemleri)

T A B L O L A R

<u>TABLO</u> <u>NO.</u>		<u>SAYFA</u> <u>NO.</u>
1	Araştırmaya Katılan Kadın ve Erkek Deneklerin Yaş Grupları..... :	12
2	Araştırmaya Katılan Kadın ve Erkek Deneklerin Öğrenim Düzeyleri..... :	13
3	Araştırmaya Katılan Kadın ve Erkek Deneklerin Uğraşı Şekli..... :	13
4	Araştırmaya Katılan Kadın Deneklerin İlk Evlilik Yaşı..... :	14
5	Araştırmaya Katılan Çiftlerin Evlilik Süresi.. :	15
6	Araştırmaya Katılan Çiftlerin Aile Tipi..... :	15
7	Araştırmaya Katılan Ailelerin Aylık Net Gelirleri:	16
8	Çocuğu Olmayan Kadın Deneklerin Yerleşim Yerlerine Göre İlk Başvurdukları Kaynakların Dağılımı:	18
9	Çocuğu Olmayan Kadın Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvurdukları Yerlerin Dağılımı :	20
10	Çocuk Sahibi Olmak İçin Kadın Deneklerin Eğitim Düzeylerine Göre Koca-Karı İlaçlarını Uygulamaya İlişkin Tutumları..... :	21
11	Uygulanan Koca-Karı İlaçlarının Kadın Deneklerin Sağlığı Üzerine Etkisi..... :	22
12	Araştırmaya Katılan Kadın ve Erkek Deneklerin Ailede Çocuğu Mutlak Gerekli veya Gereksiz Bulma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı..... :	23
13	Sosya Ekonomik, Kültürel, Psikolojik Gereksinme Olarak Ailede Çocuğu İsteme Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı..... :	24
14	Ailede Çocuğun Bulunmamasının Karı-Koca Geçimine Olan Etkisine İlişkin Kadın Deneklerin Görüşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı..... :	25

II

15	Ailede Çocuğun Bulunmayışının Boşanmaya Olan Etkisine İlişkin Görüşlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	26
16	Ailede Çocuğun Bulunmayışının Boşanmaya Olan Etkisine İlişkin Kadın Deneklerin Görüşlerinin Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı.....	27
17	Ailede Çocuğun Bulunmayışının Boşanmaya Olan Etkisine İlişkin Erkek Deneklerin Görüşlerinin Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı	27
18	Ailede Çocuğun Bulunmayışının Boşanmaya Olan Etkisine İlişkin Kadın Deneklerin Görüşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	28
19	Ailede Çocuğun Bulunmayışının Boşanmaya Olan Etkisine İlişkin Erkek Deneklerin Görüşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	29
20	Sekonder Infertilite Vakalarının İlk Gebeliklerinin Sonuçlanma Durumu	30
21	Araştırmaya Katılan Çiftlerin Yöntem Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı	31
22	Genital Muayene Sonuçlarına Göre Uterusun Durumu	32
23	Kadın Deneklerde Histerosalpingografi ve Tübal İnsüflasyon Metoduna Göre Tübaların Durumu	33
24	Araştırmaya Katılan Infertil Kadın Deneklerde Post Coital Test Sonuçları	34
25	Infertil Deneklerde Vajen Kültürü Sonucunda Öreyen Mikroorganizmalar	35
26	Araştırmaya Katılan Erkek Deneklerin Spermogram Sonuçları	36

1. SORUN :

Evlilik, kültürel faktörlerin etkisi altındadır ve zaman içinde değişiklikler gösterir. En eski ve güçlü sosyal bir kurum olan ailenin üyeleri, genetik iz, çevre, genel kültür, davranış yaşam biçimini paylaşır. Üyelerin birini etkileyen bir faktör diğer bütün üyeleri de etkiler.

Bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden sağlıklı, dengeli ve olumlu ilişkiler içinde olması istenen aile, tüm insanların, özellikle sosyolog, pedagog, psikolog, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin, uğraşısı ve hedefi olmuştur. 557 sayılı Aile Plânlaması Yasası'nda da sağlıklı üreme, genetik danışmanlık, infertil bireylerin çocuk sahibi olmaları için tedavi ve korunmalarına ilişkin sorunlar önemle yer almakta ve vurgulanmaktadır.¹ Bu yasadan da anlaşıldığı gibi infertilite toplumsal bir sorun olup sosyal tıbbın ve koruyucu hekimliğin temel meselelerinden biridir. Çünkü üreme sağlığının geliştirilmesi için genel sağlığın geliştirilmesi şarttır. Bu yaklaşım üreme başarısızlıklarını daha başta önleyebilme umutlarını da getirir. Toplum kalkınmasında önemli bir potansiyel olan ve toplumun % 41'ini oluşturan 0 - 14 yaş grubu çocuklar ve % 21'ini oluşturan 15 - 44 yaş grubu annelerin sağlıklı olması toplumun gelişmişliği ile yakından ilişkilidir.¹⁵

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu, ailelerin eğitimsizliği, evliliğe karşı bazı olumsuz tutumları, özellikle kadınların sağlık sorunlarının daha da ağırlaşmasına neden olarak infertilite sorununun oluşmasına etken olan faktörlerdir. O halde infertilite, biyolojik, sosyal, kültürel, bilgi, tutum ve uygulamaya yönelik bir sağlık sorunudur. Örneğin, çocuğu olmayan çiftler, bazen karşılıklı birbirlerinde kabahat aradıkları halde bazı çocuğu olmayan kadınlar, kocalarından kabahati kendi üzerlerine alarak hekim hekim dolaşmakta, büyük maddi ve manevi fedakarlıklara katlanmaktadır.^{2, 12}

En önemli husus ise, bazıları dinsel büyüsel niteliklerden yarar umarken, bazıları da geleneksel tedavilere başvurarak kökü çok derinlerde olan zengin folklorumuzdan zamanımıza gelmiş olan ampirik tedavi metodlarına son bir ümit ile sarılmaktadırlar. ^{7, 8, 14, 24, 33, 38}

Sonunda kadın sağılığı ya tamiri imkansız hale gelmekte veya sakatlığa neden olarak toplumun sağılık sorunlarını daha da ağırlaştırmaktadır. Çocuğı olmayan kadınlar bu ampirik tedavi yöntemlerini ya yakınlarından veya toplumun içinde etkinliğini sürdüren yerli ebe veya ara ebesi diye isimlendirilen kişilerden öğrenmekte ve uygulamaktadırlar.¹⁰ Bu duruma göre ülkenin ana çocuk sağılığının korunması, geliştirilmesine ve halkın bu konuda eğitilmesine yönelik örgün ve yaygın eğitim programlarının (filmler, slaytlar, afiş ve broşürlerle desteklenerek) oluşturulması ve öncelikle ele alınması gerekmektedir.

Yapılan bir araştırmaya göre çocuğun olumlu değerlerinden, faydacı, psikolojik, sosyolojik yararları vurgulanmakta verilen cevapların zenginliği çocuğun yerini hiç bir şeyin tutmadığını göstermektedir.¹⁹ Bu bulgu infertilitenin sosyal, psikolojik, kültürel bireysel gereksinme olarak ülkemizde bir sorun olduğunu desteklemektedir. Çünkü çocuğa atfedilen değerler sadece bireye özgü olmayıp grup, yöre, toplum değerlerini de yansıtmaktadır.¹⁹ Şöyleki, evliliklerde 2 - 4 çocuğun hemen hemen ailelerin hapsinin müşterek bir hedefi olduğu ülkemizde², çocuksuzluk nedeniyle bazı çiftler arasına zamanla soğukluk girebildiği ruhi problemlerin doğabildiği, aile geçimsizliğini arttırarak hukuken olmasada boşanma nedeni olabildiği görülmektedir.³⁶ Fakat bazı aileler bu sorunlarla karşı karşıya kaldığı halde, bazı aileler çocuksuzluktan etkilenmemektedirler.³³ Bu durumu etkileyen faktörler nelerdir? İşte bu faktörlerin bilinmesi sağılıklı ve dengeli ailelerin oluşturulmasında rehber niteliği taşıyacaktır.

Bugün ortalama olarak evli çiftlerin % 85-89'u çocuk sahibi olmalarına rağmen diğer % 11-15'i hayatlarını çocuksuz idame ettirmektedirler.^{34,36}

Infertil çiftlerin oranı; Amerika'da % 11, Japonya'da % 14, Avusturalya'da % 15, Batı Avrupa ülkelerinde ortalama % 13 civarındadır.³⁶

Memleketimizde ise bu alanda istatistiğe dayanan bir çalışma mevcut değildir.⁷ Bununla beraber kadın hastalıkları ve doğum mütehassısları ile, hastane polikliniklerine infertilite sebebiyle müracaat eden hastaların oldukça yüksek yekün tuttuğu ve yurdumuzda da infertilite oranının en az % 15 olarak kabul edildiği görülmektedir.^{8,36}

Gülhane ve Ankara Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniğinde 53.089 hasta üzerinde yapılan istatistikte infertilite vakaları % 13.4 olarak bulunmuştur. Bunun % 9'u primer, % 4.4'ü sekonder infertilite olarak saptanmıştır.¹⁹ Görüldüğü gibi infertilite ülkemizde halk sağlığı açısından bir sorundur. Ayrıca son senelerde oldukça geniş tatbikat sahası bulan inseminasyon tekniği ile fekondasyon sağlama işleminde, yerleşim yeri köy olanlar bile "şırınga ile çocuk oluyormuş" diye müracaata başladıkları memnuniyet vericidir.¹² Ancak bazı durumlarda infertil kocadan alınamayan ve bir donörden alınan sperm hücrelerinin kadına verilerek fekondasyonu ile sosyal ve ahlaki problemlere fikir ayrılıklarına rağmen dünyada suni ilkhâla doğan çocukların yekunu gün geçtikçe artmaktadır.^{12, 33}

İleride bu çocukların ruhi, hukuki sorunları olacağı için infertilite bu yönden de bugün için diğer ülkelerin bir sorunudur.¹² Bu durum belki gelecekte ülkemizin de sorunu olabilecektir.

2. ARAŞTIRMANIN KONUSU :

Infertil bireylerin bilgi, tutum ve uygulamaları ile infertilitenin karı-koca geçimine etkisi ve infertilite nedenleridir.

3. ARAŞTIRMANIN AMACI :

Çocuk istemek amacıyla infertilite polikliniğine başvuran çiftlerin, bilgi tutum ve uygulamaları ile infertilitenin nedenleri ve karı koca geçimine etkisi araştırılmıştır.

1- Infertilitenin oluşmasına ve tıbbi tedavi olmaya gereksinme yönünden, yaş, öğrenim düzeyi, mesleği, yerleşim yeri, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi gibi çeşitli değişkenlerin etkinliği,

2- Çocuğu olmayan kadın deneklerin, çocuğunun olması için başvurdukları kaynaklara, özellikle ilk başvurdukları kaynaklara eğitim düzeyi ve yerleşim yerinin rolü olup olmadığı,

3- Ailede çocuğun olmaması durumunda karı koca çiftinin geçimi ve boşanmaya olan etkisine, eğitim düzeyi ve yerleşim yerine ilişkin sosyo-kültürel, psikolojik güdülenmelerin etkisi ve

4- İnfertilite polikliniğine müracaat eden çiftlerin çocuğunun olmamasına etki eden faktörler araştırılmıştır.

4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ :

1- İnfertil bireylerin çocuk sahibi olmak amacıyla geleneksel ev ilacı uygulayan kişilere mi? yoksa tıbbi tedavi veren kurum ve kişilere mi? İlk başvuruda bulundukları kadın sağlığının korunması yönünden önemlidir. Bu araştırma infertil bireylerin bilgi, tutum ve uygulamalarını saptayarak sağlık hizmeti veren personekin etkinliğinin arttırılması ve sağlık eğitiminin gereğini ve önemini bir kez daha vurgulayıp ana çocuk sağlığı kuruluşları ve aile plânlaması programlarına ışık tutması açısından önem taşımaktadır.

2- İnfertil bireylerin sağlık kültürünü belirleyerek infertilite tedavisi için başvuru alan bilimsel olmayan geleneksel tedavi yöntemlerini saptayarak, aileleri ilmi araştırmalara yöneltmek ve sakatlığa sebep olacak etkenlerden korumaya yönelik halk sağlığı programlarının oluşturulması ve aile sağlığı programları için koruyucu hekimlik, sosyal tıbbı ışık tutması açısından da önem taşımaktadır.

3- İnfertil çiftler için ailede çocuğun önemi ve çocuğun bulunmayışının karı koca geçimine etkisine ilişkin bulgularla, gereksinme ve güdülenmeleri saptayarak, evli çiftleri olumlu ve dengeli ilişkiler kurabilme durumuna getirmede hazırlanacak eğitim programlarına temel teşkil etmesi yönünden bu araştırma önemlidir.

4- Gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların görülme sıklığı ve toplumda dağılımları hakkında yeterli verilerin bulunmaması, zaten az olan mali olanakların yararlı bir şekilde hasta bakımı ve hastalıklardan korunmak için harcanmasını engeller. Bu araştırma ile poliklinik muayene sonuçlarından çocuğun olmayışına neden olan etkenleri saptayarak sonuçların ışığı altında koruyucu sağlık hizmetlerinin plânlanmasına rehber olacaktır.

5 - KAVRAMLARIN TANIMI

Infertilite	: Gebeliğin mümkün fakat canlı ve miadında doğum elde edememe durumudur.
Sterilite	: Tamamlanan tetkiklerin sonucuna göre düzeltilmesi imkansız anatomik ve fizyolojik bozuklukların bulunmasından dolayı gebeliğin oluşmamasıdır.
Primer infertilite	: Hiç doğum veya düşük yapmamış kadınlara denir.
Sekonder infertilite	: Kadının bir veya birkaç gebelikten sonra tekrar gebe kalamama durumudur. Bu gebelikler doğum veya düşükle neticelenmiş bulunabilir.
Infertil erkek	: Aşağıdaki hallerin birinin mevcudiyetinde olur: Hiç sperm görülmemesi Total nekrospermi Total aglütinasyon
Fertil erkek	: 1 ml.'de total sperm sayısı 40 milyondan fazla, motilite 1 saatte % 70'den fazla, morfoloji % 80'den fazla normal sperm olması.
Subfertil erkek	: 1 ml.'de total sperm 20-40 milyon arasında, motilite 1 saatte % 40-60 arası, morfoloji % 60-80 arası normal sperm olması.
Anteversio	: Uterusun tümü ile öne (senfize) doğru devrilmesidir.
Retroversio	: Serviks normal ekseninde iken uterus cismi eksininin sakrum konkavitesine doğru devrilmesidir.
Hipoplazik uterus	: Uterusun gelişememesidir.

Hiperplazik

: Organların normal şekillerinin bozulmadan fazla büyümeleri hücrelerin anormal çoğalmasdır.

Uterus bicornis

: İki oterus korpusu ve bir serviksi bulunan bir uterus anomolisidir.

Histerosalpingografi

: Uterus boşluğunu ve tübaları opak bir madde ile doldurarak bunların şekillerini ve tübaların açık veya kapalı oluşunu rontgen filmiyle tesbit etmektir.

Tübal insulflasyon

: Tübalara hava vermek suretiyle açıklığının kontrol edilmesi ve muküs bir tıkaç ile kapalı olan tübanın açılması için uygulanan bir metoddur.

II. MATERYAL VE YÖNTEM

1- Araştırma Bölgesinin Saptanması:

Araştırmaya başlamadan önce Ankara ilinde bulunan çeşitli hastahanelere gidilerek infertil bireylerin hastahaneye müracaat sayıları ile bu makalara ne gibi hizmetlerin verilip verilmediği, müracaat edenlerin nitelikleri hakkında bir ön bilgi toplanmıştır.

Alınan bilgilerin ışığı altında araştırma için yeterli ve geçerli bilgi toplayabilmek amacıyla, kırsal ve kentsel alanlardan çeşitli sosyo-ekonomik yapıya sahip çiftlerin müracaat ettiği ve infertilite tetkik ve tedavileri için ayrı bir polikliniğin bulunduğu Ankara Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastahanesi araştırma yeri olarak saptandı.

2- Araştırma Bölgesinin Tanıtılması:

Araştırmanın yapıldığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastahanesi, Ankara İli Çankaya İlçesine bağlı Hamamönü semtinde bulunan, Türkiye'nin tüm bölgelerinden hasta müracaatının yapıldığı T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı merkezi bir hastahanedir.

1949 yılında kurulmuş olup 300 yatak sayısı ile göreve başlamış, 1978 yılında yeni bina ilave edilerek bugün 700 yatak sayısı ile hizmeti yürütmektedir.

Hastahannede 1981 yılında polikliniklerde yapılan hasta muayenesi 123.000 dir 33.596'sının yatarak, 89.404'ünün ayakta tedavileri uygulanmış, 21.258'ine de doğum yaptırılmıştır.

Hastahannede jinekoloji- gebe- infertilite-kanser araştırma-nüfus planlaması-menopoz poliklinikleri yer almaktadır.

Hastahanenin en önemli görevlerinden biri de eğitim faaliyetleri olup eğitim evrenini, sağlık bilimleri alanından Tıp Fakültesi ve yüksek okul öğrencileri, sağlık meslek liseleri öğrencileri, aile plânlaması kursiyerleri, hastahane görevlileri oluşturmaktadır. Öğrenci uygulamaları ve hizmet içi eğitim faaliyetleri çeşitli konferanslar-seminerler-paneller-sempozyumlar düzenlenerek sürdürülmektedir.

25'i mütahassıs, 97'si asistan doktor ve diş hekimi, 180'i hemşire, 300'ü yardımcı hizmetli, geriye kalan 248'i diğerk memurlar olup, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, diyet uzmanı, laboratuvar teknisyenleri gibi toplam 850 personel ile bu hizmet sürdürölmektedir.

3- Araştırmanın Yeri, Evreni ve Örneklemi :

Araştırma, Ankara Dr. Zekai Tahir Buran Kadın Hastalıkları Hastahanesi Infertilite Polikliniğinde yapılmıştır.

1981 yılı Ocak ayından itibaren Aralık ayının sonuna kadar olan bir yılda çocuk istemek amacıyla infertilite polikliniğine müracaat eden çiftler araştırma evrenini oluşturmaktadır.

1.1.1981 - 31.12.1981 tarihleri arasında bu polikliniğe 5.996 kişi müracaat etmiştir. Bunlardan primer ve sekonder amonore olanlar (2.786 (% 46.5), laboratuvarı olmayan diğerk kuruluş ve özel doktorlardan infertilite tetkikinde sadece kan aldirmek için gönderilenler (1.462 % 24.4) ve infertilite tetkik ve tedavisinin en az 3 ay sürmesi nedeniyle yerleşim yerinin uzak olması ve hastahane masraflarını pahalı bulmalarından dolayı ilk başvurudan sonra gelmeyenler (727 % 12.1) toplam 2.189 (% 36.5) vaka ile 700 (% 11.7) menepoz vakası araştırma dışında bırakılmıştır.

Devamlı infertilite tetkiki ve tedavisi gören ve kart çıkarılmış olan 321 infertil çiftin 71'i 1979-1980 yıllarından itibaren 1981 yılına kadar tedavileri devam edenleri oluşturduğundan araştırma kapsamına alınmamıştır.

Böylece geriye kalan 250 çift araştırma evrenini oluşturmuş ve kocalarıyla birlikte başvuru sırasına göre araştırma kapsamına alınmıştır.

Poliklinik tarafından ifertilite kartının çıkarılabilmesi için 20 yaşın üzerinde, 35 yaşın altında olmaları, kocasıyla en az iki yıl sürekli beraber olarak evlilik hayatı sürdürmeleri, son iki yıl içinde gebe kalarak doğum veya düşük yapmamış olmaları ve hastahane masraflarını ödeyebilir durumda bulunmaları veya sağık fişine sahip olmaları gibi şartların olması aranmaktadır.

Araştırmada önceden planlandığı gibi 250 kadın denek sayısına ulaşılmış ancak kocalarından 224 erkek denek ile görüşölebilmiş 26 denek anket formunu kabul etmediğinden kapsam dışında bırakılmıştır. Fakat bu 26 erkek deneğın

demografik özellikleri eşine çıkartılan kartlardan elde edilebilmiştir.

4- Araştırmada Anketin Hazırlanması ve Uygulanması:

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu ve poliklinik kartları kullanılmıştır.

Anket formu infertilite konusunda uzman olan hekimlerle birlikte tartışılarak hazırlanmıştır.

Anket formunun işlerliğini belirlemek amacıyla bir ön deneme yapılmış ve gerekli görülen değişiklikler düzeltilerek form geliştirilmiştir.

Anket formunun uygulanması için poliklinik yanında boş bir oda temin edilmiş, kadın denek ve kocasıyla ayrı ayrı görüşülerek ve gerekli iletişimin kurulmasına yarıcı özen gösterilerek form araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırma kapsamında olupta infertilite polikliniğine gelmeyenlerden Ankara ili içinde oturanların evlerine gidilerek anket formu uygulanmıştır.

Infertilite kartlarındaki tıbbi sonuçların değerlendirilmesinde olabilecek hatalardan kaçınmak için titiz ve dikkatli olmağa çalışılmıştır.

Araştırmanın özelliğine göre üç ayrı form (Form I-, Form II-, Form III) geliştirilmiştir. (Ek. 1)

Form I:

Infertil kadın denekler için hazırlanmış olup üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm: Kadın deneğin kişisel özelliğine ait bilgiler olup 8 sorudan.

2. Bölüm: Infertil deneklerin çocuk sahibi olmaları için tıbbi tedavi ve geleneksel tedaviye ilişkin bilgi-tutum ve uygulamalarına ait bilgileri içeren 12 sorudan.

3. Bölüm: Ailede çocuğun önemi ve çocuğun olmamasının karı-koca geçimine etkisine ilişkin 13 sorudan oluşmaktadır.

Form II:

Infertil kadın deneklerin kocalarına uygulanacak soru kağıdı olup erkek deneklerin kişisel özelliğine ve infertilitenin karı koca uyumuna etkisine ilişkin 8 sorudan oluşmaktadır.

Form III:

Infertilite nedenlerine ilişkin sorularla poliklinik kartlarından elde edilen bilgileri içeren 29 sorudan oluşmaktadır.

Anket, 1981 yılının Ağustos, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık aylarında uygulanmış, infertilite kartlarının değerlendirilmesi laboratuvar sonuçlarının tamamlanması ve kartlara işlenmiş olması için 1982 Ocak ayında incelenerek tamamlanmıştır. Infertil deneklere tedavi uygulandıktan sonra tekrar edilen tetkik sonuçları infertil deneklerin ilk müracaat ettikleri zamanki infertilite nedenlerinin ortaya konulması amacıyla kapsam dışında bırakılmış böylece ilk muayene sonuçları değerlendirilmiştir.

5- Verilerin Değerlendirilmesi:

Elde edilen veriler, veri kodlama kağıdına geçirilmiş, hata düzeltmeleri ve istatistiksel analizler bilgisayar kullanılmaksızın elle yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde yerine ve gereğine göre yüzdeler, ki-kare, yüzdeler arası farkın önem kontrolü, kolmogrov-smirnov iki örnek testi gibi istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

III. B U L G U L A R

Araştırmada elde edilen bulgular iki kısımda ele alınmıştır. Birinci kısımda, kadın ve erkek deneklere ilişkin form I, II'nin içeriğindeki yaş, öğrenim düzeyi, uğraşı, yerleşim yeri, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, aile büyüklüğü ve geliri gibi çeşitli değişkenler ele alınmıştır.

İkinci kısımda ise araştırmanın amacına ilişkin bulgular yer almıştır.

Araştırmada elde edilen bulguların hepsinin yüzdeleri alınmış fakat çok küçük yüzdeler yanıltıcı olabileceğinden üzerinde durulmamıştır.

1- TANIMLAYICI BULGULAR

TABLO 1 : ARAŞTIRMAYA KATILAN KADIN VE ERKEK DENEKLERİN YAŞ GRUPLARI

YAŞ GRUPLARI	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
15-19	8	3.2	1	0.4	9	1.8
20-24	82	32.8	27	10.8	109	21.8
25-29	98	39.8	92	36.8	190	38.0
30-34	45	18.0	80	32.0	125	25.0
35 <	17	6.8	50	20.0	67	13.4
T O P L A M	250	100	250	100	500	100

1.1. Araştırmaya katılan kadın ve erkek deneklerin büyük çoğunluğu Tablo 1'de görüldüğü gibi 25 - 29 (% 38.0) yaş grubunda toplanmıştır.

1.3. Araştırmaya katılan çiftlerin uğraşı şekli Tablo 3'de görüldüğü gibi kadınların % 82.4'ü ev kadını, erkeklerin % 52.8'i memur olarak en fazla denek sayısını oluşturmaktadır.

1.4. Araştırmaya katılan çiftlerin yerleşim merkezleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. ($\chi^2 = 43.256$ SD = 2 $P < 0.05$) ileri analiz yüzdelerine göre araştırmaya katılma yüzdesinin illerden % 52.0 ile en yüksek, köylerden % 19.2 ile en düşük olduğu saptanmıştır.

TABLO 4: ARAŞTIRMAYA KATILAN KADIN DENEKLERİN
İLK EVLİLİK YAŞI

İLK EVLİLİK YAŞI	SAYI	%
13 - 17	95	38.0
18 - 22	109	43.6
23 - 27	32	12.8
28 - 32	6	2.4
33 <	8	3.2
TOPLAM	250	100

1.5. Araştırmaya katılan kadın deneklerin ilk evlilik yaşları Tablo 4'de görüldüğü gibi ilk sırayı (% 43.6) 18 - 22 yaş grubunda evlenenler ikinci sırayı ise (% 38.0) , 13 - 17 yaş grubunda daha gelişme çağında iken evlenenler almaktadır.

TABLO 5 : ARAŞTIRMAYA KATILAN ÇİFTLERİN EVLİLİK SÜRESİ

<u>EVLİLİK SÜRESİ (YIL)</u>	<u>SAYI</u>	<u>%</u>
1 - 2	18	7.2
3 - 4	69	27.6
5 - 6	51	20.40
7 - 8	39	15.6
9 - 10	35	14.0
11 <	38	15.2
T O P L A M	250	100

1.6. Evlilik süresi ile ters orantılı olarak gelişen fertilitede normal sıklıkta cinsel temas sonucu evliliğin ilk iki yılı içinde gebelik husule gelmediği takdirde sağlık hizmeti veren kurum ve kişilerden yararlanılması gerekirken Tablo 5'de görüldüğü gibi 18'i (% 7.2) zamanında hastahaneye müracaat edenler olup, en az denek sayısını oluşturmaktadır.

TABLO 6 : ARAŞTIRMAYA KATILAN ÇİFTLERİN AİLE TİPİ

<u>AİLE TİPİ</u>	<u>SAYI</u>	<u>%</u>
Çekirdek Aile	177	70.8
Geniş Aile	68	27.2
Kuma ve üvey çocuklar	5	2.0
T O P L A M	250	100

1.7. Infertil çiftlerin aile tipi Tablo 6'da görüldüğü gibi çoğunluğu 177'si (% 70.8) en küçük aile tipini, 68'i (% 27.2) kayınvalide, kayınpeder ve yakın akrabaları ile birlikte oturarak geniş aile tipini oluşturmaktadır. 5 ailenin (% 2.0) kuma ve üvey çocuklu bulunuşu dikkati çekmektedir.

TABLO 7: ARAŞTIRMAYA KATILAN AİLELERİN AYLIK NET GELİRİ

GELİR (TL.)	SAYI	%
10.000 >	19	7.6
10.001 - 20.000.-	130	52.0
20.001 - 30.000.-	55	22.0
30.001 - 40.000.-	22	8.8
40.001 <	12	4.8
Cevapsız	12	4.8
T O P L A M	250	100

1.8. Araştırmaya katılan çiftlerin ekonomik düzeyi Tablo 7'de görüldüğü gibi 130'u (%52.0) 10.001.- 20.000.- TL. gelire sahip olarak en fazla denek sayısını, 12'si (%4.8) 40.001 < TL. gelire sahip olarak da en az denek sayısını oluştururken, 12'si de (%4.8) gelirini söylemek istememiştir.

2 - ARAŞTIRMANIN AMACINA İLİŞKİN BULGULAR

2.1. ÇOCUĞU OLMAYAN KADIN DENEKLERİN TIBBİ TEDAVİ VE GELENEKSEL TEDAVİYE İLİŞKİN BİLGİ- TUTUM VE UYGULAMALARINA AİT BULGULAR

2.1.1. Infertil kadın deneklerden özel doktora başvuranlar, hastahaneye gelmeden önce çocuk olması için ortalama 4 - 5 arasında özel doktor değiştirdikleri takriben 50.000.- TL. harcama yaptıkları ifadelerinden anlaşılmıştır.

2.1.2. Ilıca ve kaplıcaya 27 (%10.8), hocaya 31 (%12.4), ara-ebesine 53 (%21.2), kadın denek çocuk sahibi olmak için başvuruda bulunarak geleneksel tedavi yöntemlerinden yararlanmak istemişlerdir. Bunun yanında tıbbi tedavi veren özel doktora 192'si (76.8) il, ilçe ve köyde bulunan diplomalı ebeye ise sadece 5'i (%2.0) başvuruda bulunmuştur.

2.1.3. Hocanın okuyup üfleyerek muska yazdığı ve yatıra gönderdiği, ara-ebesinin ise çeşitli maddelerden çıkı uyguladığını ve diğer uygulamalarıyla (Ek III) kadın sağlığını bozucu (Tablo II) sonuçlara neden olduğu yine kadın deneklerce belirtilmiştir.

TABLO 8 : ÇOCUĞU OLMAYAN KADIN DENEKLERİN YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE
İLK BAŞVURDUKLARI KAYNAKLARIN DAĞILIMI

		T I B B İ T E D A V İ				G E L E N E K S E L T E D A V İ												
YERLEŞİM YERİ	MİSTAHANE Sayı	ÖZEL Sayı	DOKTOR Sayı	DİPLOMALI Sayı	EBE Sayı	TOPLAM Sayı	İLİCA Sayı	ARA-EBESİ Sayı	HÜCA Sayı	TOPLAM Sayı	Y.A.P.Ö.F.							
İL	20	38.5	66	60.6	3	60.6	89	53.6	10	58.8	17	39.5	14	58.3	41	48.8	t = 19.55	P < 0.05
İLÇE	19	36.5	26	23.8	2	40.0	47	28.3	4	23.5	16	37.2	6	25.0	26	31.0	t = 7.30	P < 0.05
KÜY	13	25.0	17	15.6	0	0.0	30	18.1	3	17.7	10	23.3	4	16.7	17	20.2	t = 8.04	P < 0.05
TOPLAM	52	100	109	100	5	100	166	100	17	100	43	100	24	100	84	100		

2.1.4. Çocuğu olmayan kadın deneklerin çocuk sahibi olabilmek için Tıbbî tedavi veren kaynaklara ilk başvuranlar ile geleneksel tedavi veren kaynaklara ilk başvuranların yüzdeleri arasındaki fark Tablo 8'de görüldüğü gibi yerleşim merkezleri yönünden önemli bulunmuştur. İl'de oturanlar ^{çoğunlukla} önce tıbbî tedaviyi, ilçe ve köyde oturanlar ise geleneksel tedaviyi tercih etmektedirler.

2.1.5. Çocuğu olmayan kadın deneklerin çocuk sahibi olmaları için tıbbî tedavi ile geleneksel tedavi veren yerlere ilk başvuranların arasındaki fark Tablo 9'da görüldüğü gibi eğitim düzeyleri yönünden lise ve yüksek okul eğitim düzeylerinin lehine önemli, diğer eğitim düzeylerinde önemsiz bulunmuştur.

TABLO 9 : ÇOCUĞU OLMAYAN KADIN DENEKLERİN EĞİTİM DÜZEYLERİNE GÖRE
İLK BAŞVURDUKLARI YERLERİN DAĞILIM

	T I R B İ T E D A V İ				Ç E L İ K N E K S E L T E D A V İ				Y.A.P.Ü.K.									
	HASTAHANE	ÇELİK	DOKTOR	DİPLOMATİ	EĞİTİM	TOPLAM	YILICA	ARA-TEKSTİ		HOCBA	TOPLAM							
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%						
Okur yazar değil	9	17.3	19	17.4	0	0.0	28	16.9	9	52.9	9	20.9	5	20.8	23	27.4	t = 1.95	P > 0.05
Okur yazar	2	3.8	2	3.8	0	0.0	4	2.4	0	0.0	1	2.3	3	12.5	4	4.7	t = 1.02	P > 0.05
İlkokul	31	59.7	55	50.5	3	60.0	89	53.6	5	29.4	31	72.1	13	54.2	49	58.4	t = 0.71	P > 0.05
Ortaokul	2	3.8	8	7.3	0	0.0	10	6.0	2	11.8	0	0.0	2	8.3	4	4.7	t = 0.39	P > 0.05
Lise ve dengi	4	7.7	20	18.3	0	0.0	24	14.5	0	0.0	2	4.7	1	4.2	3	3.6	t = 2.65	P < 0.05
Yüksek okul ve dengi	4	7.7	5	4.6	2	40.0	11	6.6	1	5.9	0	0.0	0	0.0	1	1.2	t = 1.89	P < 0.05
T O P L A M	52	100	109	100	5	100	166	100	17	100	43	100	24	100	84	100		

TABLO 10: ÇOCUK SAHİBİ OLMAK İÇİN KADIN DENEKLERİN EĞİTİM DOZEYLERİNE
GÖRE KOCA-KARI İLAÇLARINI UYGULAMAYA İLİŞKİN TUTUMLARI

KOCA- KARI İLAÇLARINA İLİŞKİN TUTUM								
EĞİTİM DOZEYİ	ARA-EBESİNDEN ÖĞRENDİKLERİNİ			DİĞER KAYNAKLARDAN ÖĞRENDİKLERİNİ(+)			TOPLAM	
	Uygulayan	Uygulamayan		Uygulayan	Uygulamayan			
	Sayı	%	Sayı	Sayı	%	Sayı	Sayı	%
Okur yazar değil	9	18.7	1	12	40.0	4	26	26.0
Okur yazar	6	12.5	-	1	3.3	0	7	7.0
İlkokul	31	64.6	3	10	33.3	10	54	54.0
Ortaokul	0	0.0	-	2	6.7	0	2	2.0
Lise ve dengi	2	4.2	1	3	10.0	2	8	8.0
Yüksek okul ve dengi	0	0.0	-	2	6.7	1	3	3.0
TOPLAM	48	100	5	30	100	17	100	100

2.1.6. Kadın deneklerin çocuk sahibi olmaları için ara-ebesi ve diğer kaynaklardan öğrendikleri koca-karı ilaçlarını uygulamaya ilişkin tutumları ilkokula gelindikçe artarken eğitim düzeyi yükseldikçe azalmaktadır. Tablo 10'da görüldüğü gibi ara-ebesi çocuğu olmayan kadın denekler üzerinde diğer kaynaklardan koca-karı ilaçlarını uygulatma yönünden daha etkin olmaktadır.

(+) : Komşu, çocuğu olmayan kadınlar ve akrabalar, yazılı kaynaklar.

TABLO 11: UYGULANAN KOCA-KARI İLAÇLARININ KADIN DENEKLERİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

KOCA-KARI İLACI ETKİSİ	KADIN DENEK	
	Sayı	%
Herhangi bir olumsuz etkisi olmayan	39	50.0
Kanama, akıntı, adet düzensizliği, üşüme titreme ve ateşi yükselen	37	47.5
Çocuğu olan	2	2.5
T O P L A M	78	100

2.1.7. "Çeşitli kaynaklardan ve ara-ebesinden öğrenerek uyguladığımız koca-karı ilaçlarının sağlığını üzerine etkisi nasıl oldu? sorusuna verilen cevaplarda Tablo 11'de görüldüğü gibi 39'unun (%50.0) sağlığının etkilenmediği, 37'sinin (47.5) ise sağlığının bozulduğuna ilişkin belirtilerin görüldüğü saptanmıştır.

2.2. AİLEDE ÇOCUĞUN ÖNEMİNE VE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ KARI-KOCA GEÇİMİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR :

TABLO 12: ARAŞTIRMAYA KATILAN KADIN VE ERKEK DENEKLERİN AİLEDE ÇOCUĞU MUTLAK GEREKLİ VEYA GEREKSİZ DULMA DURUMUNUN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

	KADIN		ERKEK		TOPLAM		Y.A.F.Ö.K.
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ailede çocuk mutlaka gereklidir.	230	92.0	197	87.9	427	90.0	t = 1.45 SD: 472 P > 0.05
Ailede çocuk mutlaka gerekli değildir	20	8.0	27	12.1	47	10.0	
TOPLAM	250	100	224	100	474	100	
$\chi^2 = 2.183$ SD = 1 P > 0.05							

2.2.1. Araştırmaya katılan kadın ve erkek deneklerin aile içinde çocuğu mutlak bir gereksinme olarak görenler (427'si % 90) çoğunluktadır. Tablo 12'de görüldüğü gibi ailede çocuğu mutlak gerekli olarak gören kadın ve erkek denekler arasında uygulanan YAFÖK testine göre fark yoktur.

Ki-kare testine göre de ailede çocuğu mutlak gerekli gören ve görmeyen kadın ve erkek denekler arasında fark önemli bulunmamıştır.

TABLO 13: SOSYO-EKONOMİK, KÜLTÜREL, PSİKOLOJİK GEREKSİNME OLARAK
AİLE İÇİNDE ÇOCUĞU İSTEME NEDENLERİNİN CİNSİYETE GÖRE
DAĞILIMI

C İ N S İ Y E T

ÇOCUĞA GEREKSİNME NEDENLERİ	KADIN		ERKEK		TOPLAM		Y.A.F.Ö.K.
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
Evliliği sürdürme (*)	163	65.2	119	53.1	282	59.5	t=2.65 P < 0.05
Neslin devamı	38	15.2	78	34.8	116	24.5	t=5.09 P < 0.05
Mirasını bırakma	10	4.0	5	2.2	15	3.0	t=1.09 P > 0.05
Ekonomik güvence ve işlerinde yardımcı olma	39	15.6	22	9.9	61	12.8	t=1.88 P > 0.05
T O P L A M	250	100	224	100	474	100	

$$\chi^2 = 25.747$$

$$SD = 3$$

$$P < 0.05$$

2.2.2. Araştırmaya katılan kadın ve erkek deneklerin sosyo ekonomik, kültürel ve psikolojik gereksinme olarak aile içinde çocuğun yerinin önemine ilişkin cevapları Tablo 13'de görüldüğü gibi Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve farklı bulunmuştur.

Kadın denekler evliliği sürdürmede, erkek denekler ise neslin devamı yönünden çocuğun aile içinde bir gereksinme olduğu görüşü YAFÖK testi ile ortaya konmuştur.

2.2.3. Ailede çocuk sahibi olma isteminde kimin daha etkin olduğu sorusuna kadın deneklerden alınan cevapta 118'inin (% 47.2) karı kocanın müşterek isteği, 60'ının (% 24.0) kadın deneğin kendi isteği olmasına karşı, ancak 26'sının (% 10.4) kocasının isteği olduğunu, 46'sının (% 18.4) ise iki tarafın ailesi ile eş dost ve komşularının baskısı ile istendiği belirtilmiştir.

(*) Evlilik bağlarını kuvvetlendirme, karı kocayı birbirine yaklaştırma, sevgi, şenlik gibi çocuğun sağladığı psikolojik etkileri ile sosyal, kültürel gereksinme içinde çocuk isteminde bulunulmuştur.

2.2.6. Kadın deneklerin ailede çocuğun bulunmayışının aile geçimine olan etkisine ilişkin cevapları kolmogrov-smirnov iki örnek testi ile analiz edilmiş, çocuksuzluk yüzünden geçimsiz olan çiftlerle, geçimsiz olmayan çiftlerin eğitim düzeyleri arasındaki fark Tablo 14'de görüldüğü gibi önemli bulunmamıştır.

2.2.7. Araştırmaya katılan çiftlerden çocuksuzluğun boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin alınan cevapta ikinci evliliği olan 26 (% 5.5) çiftten 10'unun (% 38.5) çocuk olmadığı için, 10'unun (% 38.5) çocuksuzluğun aileye getirdiği huzursuzluktan boşandığı, 3'ünün (% 11.5) eski karısını boşamadan üstüne evlendiği, 3'ünün de (% 11.5) diğer nedenlerden dolayı boşandığı saptanmıştır.

TABLO 15 : AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ BOŞANMAYA OLAN ETKİSİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞI								
Cinsiyet	Boşanma nedeni olur Sayı	%	Boşanma nedeni olmaz Sayı	%	İleride belki boşanılır Sayı	%	TOPLAM Sayı	%
Kadın	46	18.4	186	74.4	18	7.2	250	100
Erkek	31	13.8	170	75.9	23	10.3	224	100
TOPLAM	77		356		41		474	100
%	16.2		75.1		8.7			100
Y.A.F.Ö.K.t=	1.357		t= 0.377		t= 1.20			
P >	0.05		P >	0.05	P >	0.05		

2.2.8. Ailede çocuğun bulunmayışının boşanmaya olan etkisine ilişkin görüşlerden, "boşanma nedeni olur", "boşanma nedeni olmaz", "ileride belki boşanılır" yanıtları yönünden Tablo 15'de görüldüğü gibi kadın erkek denekler arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

TABLO 16 : AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ BOŞANMAYA OLAN ETKİSİNE İLİŞKİN KADIN DENEKLERİN GÖRÜŞLERİNİN YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE DAĞILIMI

<u>AİLEDE ÇOCUĞUN OLMAMASI</u>							
<u>Yerleşim Yeri</u>	<u>Boşanma nedeni olur Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Boşanma nedeni olmaz Sayı</u>	<u>%</u>	<u>İleride belki boşanılır Sayı</u>	<u>%</u>	<u>TOPLAM Sayı</u>
İl	26	56.5	99	53.2	5	27.8	130
İlçe	13	28.3	56	30.1	4	22.2	73
Köy	7	15.2	31	16.7	9	50.0	47
TOPLAM	46	100	186	100	18	100	250

$$\chi^2 = 12.716$$

$$SD = 4$$

$$P < 0.05$$

2.2.9. Araştırmaya katılan kadın deneklerden ailede çocuğun bulunmayışının boşanma nedeninin olup olmadığına ilişkin alınan cevaplar yönünden Tablo 16'da görüldüğü gibi yerleşim yeri köy olanların cevapları diğerlerinden farklı bulunmuştur. Yüzde tablosu tetkik edildiğinde bu farklılığın "ileride belki boşanılır" (% 50.0) cevabından geldiği anlaşılmaktadır.

TABLO 17 : AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ BOŞANMAYA OLAN ETKİSİNE İLİŞKİN ERKEK DENEKLERİN GÖRÜŞLERİNİN YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE DAĞILIMI

<u>AİLEDE ÇOCUĞUN OLMAMASI</u>							
<u>Yeri</u>	<u>Boşanma nedeni olur Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Boşanma nedeni olmaz Sayı</u>	<u>%</u>	<u>İleride belki boşanılır Sayı</u>	<u>%</u>	<u>TOPLAM Sayı</u>
İl	17	54.8	90	52.9	8	34.8	115
İlçe	6	19.4	51	30.0	7	30.4	64
Köy	8	25.8	29	17.1	8	34.8	45
TOPLAM	31	100	170	100	23	100	224

$$\chi^2 = 6.309$$

$$SD = 4$$

$$P > 0.05$$

2.2.10. Araştırmaya katılan erkek deneklerden ailede çocuğun bulunmayışının boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin alınan cevaplar yönünden Tablo 17'de görüldüğü gibi yerleşim yerleri arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

TABLO 18: AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ BOŞANMAYA OLAN ETKİSİNE İLİŞKİN KADIN DENEKLERİN GÖRÜŞLERİNİN EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE DAĞILIMI

Eğitim Düzeyi	Boşanma nedeni olur		Boşanma nedeni olmaz		İleride belki boşanabilir		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar								
değil	14	27.5	33	64.7	4	7.8	51	100
Okur yazar	1	12.5	5	62.5	2	25.0	8	100
İlkokul	23	16.6	105	76.1	10	7.2	138	100
Ortaokul	3	21.4	11	78.5	0	0.0	14	100
Lise ve dengi	3	11.1	24	88.8	0	0.0	27	100
Yüksek okul								
ve dengi	2	16.7	8	66.6	2	16.7	12	100
TOPLAM	46		136		18		250	100

$$\chi^2 = 14.067$$

$$SD = 10$$

$$P > 0.05$$

2.2.11. Araştırmaya katılan kadın deneklerden, ailede çocuğun bulunmayışının boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin alınan cevaplar yönünden Tablo 18'de görüldüğü gibi eğitim düzeyleri arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

TABLO 19: AİLEDE ÇOCUĞUN BULUNMAYIŞININ BOŞANMAYA OLAN ETKİSİNE İLİŞKİN
ERKEK DENEKLERİN GÖRÜŞLERİNİ EĞİTİM DÜZEYLERİNE GÖRE
DAĞILIMI

Eğitim Düzeyi	AİLEDE ÇOCUĞUN OLMAMASI							
	Boşanma nedeni olur		Boşanma nedeni olmaz		ileride belki boşanılır		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
Okur yazar	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100
İlkokul	23	25.3	57	62.6	11	12.1	91	100
Ortaokul	4	10.0	28	70.0	8	20.0	40	100
Lise ve dengi	2	4.0	46	92.0	2	4.0	50	100
Yüksek okul ve dengi	1	2.9	32	91.4	2	5.7	35	100
TOPLAM	31		170		23		224	100

$$\chi^2 = 31.284$$

$$SD = 10$$

$$P < 0.05$$

2.2.12 Araştırmaya katılan erkek deneklerden ailede çocuğun bulunmamasının boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin alınan cevaplar yönünden Tablo 19'da görüldüğü gibi diğer eğitim düzeylerine nazaran okur yazar ile (%50.0) eğitim düzeyi ilkokul olanların (%25.3) "boşanma nedeni olur" cevap yüzdeleri diğerlerinden farklı bulunmuştur.

2.3. ÇOCUĞUN OLMAYIŞINA ETKEN OLAN BULGULAR:

Kadın ve erkek deneklere ilişkin infertilite nedenleri:

- 1 - Kadın deneklerle görüşülerek.
- 2 - Poliklinik tarafından çıkarılan kartlardan ilk muayene sonuçlarına göre kadın ve kocasına ilişkin bulgulardan elde edilmiştir.

1- Kadın Deneklerle Görüşülerek Elde Edilen Bulgular

TABLO 20: SEKONDER INFERTİLİTE VAKALARININ İLK GEBELİKLERİNİN SONUÇLANMA DURUMU

GEBELİK SONUCU	DENEK	
	Sayı	%
İsteyerek düşük	1	1.8
İstemeyerek düşük	27	50.9
Ölü doğum	7	13.2
Canlı doğum	15	28.3
Ölü ve canlı doğum	1	1.8
Prematüre doğum	1	1.8
Dış gebelik	1	1.8
TOPLAM	53	100

2.3.1. Araştırmaya katılan 250 kadın denekten 53'ü (%21.2) sekonder infertilite olarak belirlenmiştir. Bu deneklerin gebelikleri Tablo 20'de görüldüğü gibi 15'inin (%28.3) normal canlı doğum, geriye kalan 38'inin (%71.7) ise gebelikleri düşük-ölü-prematüre doğum ve dış gebelik şeklinde sonuçlanmıştır.

2.3.2. çiftlerin akraba evliliği yapıp yapmadıklarına ilişkin edinilen bulguda, çiftlerden 57'si (%22.8) akraba evliliği yaptığı, 193'ünün (% 77.2) akraba evliliği yapmadığı görülmüştür.

TABLO 21: ARAŞTIRMAYA KATILAN ÇİFTLERİN YÖNTEM KULLANIM SÖPELERİNE GÖRE DAĞILIMI

YÖNTEM KULLANIM SÖRESİ								
KULLANILAN YÖNTEMLER	1 YILDAN AZ		2 - 3 YIL		4 < Yıl		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hap	5	23.8	2	9.5	0	0.0	7	33.3
Condom	1	4.8	3	14.3	0	0.0	4	19.1
Vajinal Lavaj	6	28.6	3	14.3	1	4.7	10	47.6
TOPLAM	12	57.2	8	38.1	1	4.7	21	100

2.3.3. Çocuğun olmayışına evliliğin ilk yıllarında kullanılan bir yöntemin neden olup olmadığına ilişkin alınan cevapta Tablo 21'de görüldüğü gibi yöntem kullanan 21 (%8.4) denekten 10'u (47.6) geleneksel yöntemlerden vajinal lavajı, 7'si (%33.3) ağızdan alınan hapı kullandığı belirlenmiştir.

2- Poliklinik tarafından çıkarılan kartlardan ilk muayene sonuçlarına göre kadına ve kocasına ilişkin bulgular:

2.3.4. Sosyal ve sistemik hastalıklarla infertilite arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır. Ancak kadın deneklerin 7'sinde (%2.8) Tokoplazmozis hastalığının mevcut olduğu saptanmıştır. 64 deneye (%25.6) göz dibigörme alanı ve sella grafisi uygulanmış 2 denekte tabanda anizometri, 1 denekte de dorsun sella da sol yarım kürede tümör ve erezyon tesbit edilmiştir.

2.3.5. Araştırmaya katılan kadın deneklerin geçirmiş oldukları önemli operasyonlar ile infertilite arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır. Ancak 15 (%6.0) kadın denek apendektomi geçirerek en fazla denek sayısını oluşturmaktadır.

2.3.6. İlk adet yaşı ile infertilite arasındaki ilişkide 15 yaşından sonra ilk adet gören 19 (%7.6) denenin infertilite tedavisi içinde yer aldığı görülmüştür.

2.3.7. Deneklerin adet düzenleri ile infertilite arasındaki ilişkide 98'inin (%39.2) adetinin düzenli olmadığı görülmüştür.

2.3.8. Kadın deneklerin adet süreleri ile (kanama süresi) kanama miktarı arasında infertilite açısından ilişkide 112 (%45.3) deneğin 1 veya 2 gün adet gördüğü ve bu süre içinde 1-2 pet kullandığı belirlenmiştir.

2.3.9. Araştırmaya katılan kadın deneklerin muayene sonuçlarına göre anatomik olarak vulva, vajen anormalliklerine rastlanmamıştır.

TABLO 22: GENİTAL MUAYENE SONUÇLARINA GÖRE UTERUSUN DURUMU

Uterusun Durumu	DENEK	
	Sayı	%
Antevertil normal cesamette	150	60.0
Retrovertil ve hipoplazik	90	36.0
Hiperplazik	8	3.2
Miyomlu uterus ve uterus bikornis	2	0.8
T O P L A M	250	100

2.3.10. Araştırmaya katılan infertil kadın deneklerin Tablo 22'de görüldüğü gibi büyük çoğunluğunun (150'si %60.0) antevertil normal cesamette, 90'ının (%36.0) ise retrovertil ve hipoplazik, 10'unun (4.0) hiperplazik, miyomlu, uterus bikornis olduğu infertilite kartlarından saptanmıştır.

TABLO 23 : KADIN DENEKLERDE HİSTEROSALPINGOGRAFI VEYA TUBAL INSUFLASYON
METODUNA GÖRE TUBALARIN DURUMU

TUBALARIN DURUMU	DENEK	
	Sayı	%
İki tüba kapalı	15	9.6
Tek tüba kapalı		
İnce ve buruntulu	22	14.0
İki tüba açık	120	76.4
T O P L A M	157	100

2.3.11. Infertilitede en önemli faktörlerden biri olan tüban faktörler histerosalpingografi ve tübal insuflasyon metoduna göre tetkik edilmiş olup Tablo 23'de görüldüğü gibi 15 (% 9.6) denekte tübaların ikisinin de kapalı bulunduğu ve fertilite şansının olmadığı, 22'sinde (% 14.0) tek tübanın kapalı veya ince ve buruntulu olması nedeniyle fertilite şansının azaldığı hasta kartlarından saptanmıştır.

2.3.12. Yapılan genital muayene sonuçlarına göre 59 (% 23.6) deneğe adnekslerin durumuna ilişkin laparoskopi yapılması uygun bulunmuş, 32'sinde (% 54.2) adnekslerin birinin, 22'sinde (% 37.3) adnekslerin her ikisinin normalden büyük veya polikistik olduğu, 5'inin (% 8.5) tübaların yapışık veya hidrosalpinks olduğu sonucu saptanmıştır.

TABLO 24: ARAŞTIRMAYA KATILAN INFERTİL KADIN DENEKLERDE POST COITAL TEST SONUÇLARI

POST COITAL TEST	DENEK	
	Sayı	%
Negatif	23	23.5
Zayıf	27	27.5
Vasat	32	32.7
İyi	3	3.1
Fevkalade	13	13.2
TOPLAM	98	100
%	39.2	

2.3.13. Sperm ile servikal müküs arasında bir uyumsuzluk olup olmadığını gösteren post coital test, araştırmaya giren 250 kadın denekten 98'ine (39.2) uygulanmış olup Tablo 24'de görüldüğü gibi ancak 51'i (%52.0) negatif ve zayıf olarak değerlendirilerek infertiliteye etken olduğu saptanmıştır.

2.3.14. Araştırmaya katılan kadın deneklerde adet in ovulasyon günleri civarında alınan vajen ve servikal müküsdeki Ph değeri tanımlanarak sperm permeabilitesi hakkında edinilen bilgide 60'ının (%24.0) normal, 190'ının (%76.0) asit reaksiyon verdiği saptanmıştır.

2.3.15. Kadın deneklerde vajinal akıntıda mevcut olan mantar zilleri ile infertilite arasındaki ilişkide 152'sinde (%94.4) candida albicans mantarı, 9(unda (%5.6) trichomonas vaginalis protozonlarına rastlanmış ve infertilite tedavisi altına alınmıştır. 89 (%35.6) deneye bu tetkik araştırma süresi içinde yapılamamıştır.

TABLO 25: INFERTİL DENEKLERDE VAJEN KÜLTÜRÜ SONUCUNDA ÖREYEN
MİKROORGANİZMALAR

MİKROORGANİZMALAR	DENEK	
	Sayı	%
Stafilokoküs albus ve aureus	55	27.7
E. Coli	47	23.6
Proteus basili	43	21.6
Hemolitik streptokok	11	5.5
Steril kalan	43	21.6
TOPLAM	199	100
%	79.6	

2.3.16. Infertil deneklerde uygulanan vajinal kültür testi Tablo 25'de görüldüğü gibi 199 (%79.6) deneye uygulanmış ve çoğunluğunu teşkil eden 55'inde (%27.7) stafilokoküs albus ve aureus üreyerek infertiliteye en çok neden olduğu saptanmıştır.

2.3.17. 132 (%52.8) kadın denekte yapılan endometriyal biopsi ve vajinal smear tetkik sonuçlarına göre 46'sında (%34.8) ovulasyonun olmamasının fertiliteyi engellediği saptanmıştır.

TABLO 26: ARAŞTIRMAYA KATILAN ERKEK DENEKLERİN SPERMOGRAM SONUÇLARI

Spermogram Sonucu (1 ml. menide)	DENEK	
	Sayı	%
Fertil	173	71.2
Fertil ve 20-30 arasında lokosit	47	18.8
Infertil ve sayılamayacak kadar çok lokosit	17	6.8
Subfertil	8	3.2
T O P L A M	250	100

2.3.18. Erkek deneklere ilişkin infertilite nedeni olarak spermogram sonuçları değerlendirilmiş olup Tablo 26'da görüldüğü gibi 178'i (%71.2) fertil, 47'si (%18.8) fertil fakat genital yolların enfeksiyonunu belirten lokositlerin mevcudiyeti, 17'si (%6.8) fertilite şansı olmayan infertil, 8'i (%3.2) fertilite şansının düşüklüğünü belirten subfertil olarak tesbit edilmiştir.

2.3.19. Hastahanenin infertilite polikliniğinde 1981 yılında tetkik ve tedavilerinin sonucunda 27 (%10.8) deneğin gebe kalarak gebeliklerinin normal sürdüğü araştırma süresi içinde görülmüştür.

IV.

T A R T I Ş M A

1. TANIMLAYICI BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan kadın ve erkek deneklerin % 38.0'ı en çok fertil olan ²⁷ 25-29 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. Deneklerin bu yaş grubunda yoğunlaşması, kısırlık polikliniğine kabul edilebilmeleri için 20 yaşın üzerinde ve 35 yaşın altında olmalarından ileri gelmektedir. Fakat sorularak elde edilen yaş dağılımında henüz büyüme, gelişme çağındayken çocuk isteminde bulunan 15-19 yaşında (% 3.2) ve Ana Çocuk Sağlığı yönünden risk teşkil eden 35 yaşın üzerinde ⁵ (% 6.8) kadın denek bulunmaktadır. (Tablo I) Fertilitede yaş önemli bir faktördür. ³⁶ Çünkü 20 yaşından önce ovulatuar siklusun daha tam olarak teessüs etmemiş olması ve 35 yaşından sonra da yumurtanın aşılama kabiliyetinin azalmasından dolayı fertilite eğrisinde bir düşme görülmektedir. ^{5,7,11,36} 35 yaşından sonra fertilite eğrisinde görülen düşmeye çeşitli faktörler etken olmakla birlikte cinsel temas sıklığının azalması ve enfeksiyonlar da nedenler arasındadır. ^{3,6,7} Bu sonuçlara göre infertil çiftlerin zaman kaybetmeden hangi yaş ve şartlarda nerelere başvurması yönünden eğitilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi kadın deneklerin eğitim düzeyi erkek deneklerden düşüktür. Şöyleki, % 78.8'inin eğitim düzeyi ilkokul ve daha aşağı seviyededir. Sadece % 21.2'si orta ve yüksek okul düzeyindeki kadınları oluşturmaktadır. Kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi ise sağlık alanında bilincendirilmesi açısından önemli bir faktördür.

Kadın deneklerin çoğunluğu (% 82.4) ev kadınıdır. Kocalarının % 52.8'inin memur olarak en fazla denek sayısını oluşturmaları, hastahane masraflarının yüklü olması nedeniyle sağlık fişlerinden yararlanarak ücretsiz tedavi olmalarından ileri geldiği sanılmaktadır. (Tablo 3)

Araştırmaya katılan çiftlerin yerleşim yerlerine göre dağılımları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Bu farkta köyden müracaat edenlerin en az (%10.2) denek sayısını oluşturması büyük bir olasılıkla eğitim eksikliğinden ve infertilite kliniklerinin bazı büyük şehir merkezlerinde kurulmuş olması şeklinde yorumlanabilir. Çünkü hastahaneye gelen infertil vakaların tetkik için yaptıkları harcamalar ile ilaç-ulaşım-otel masrafı gibi ekonomik sorunlarda infertilite tedavisine engel olmaktadır. Hastahaneye müracaat edenlerden %0121'inin tedavi olmayı istemeyerek geri dönmeleri bu bulguyu destekler durumdadır. Bu bulguya göre infertilite kliniklerinin çocuğu olmayanların ulaşabileceği yerlerde geliştirilmesi ve bu konuda sürekli eğitim yapılarak bu kliniklerden daha fazla kişinin yararlanmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan kadın deneklerde ilk sırayı 18-22 (%43.6) yaşında, ikinci sırayı 13-17 (%30.0) yaşında evlenenler almaktadır. (Tablo 4) Bu bulgu Türkiye'de kadının evlenme yaşının ne kadar genç olduğunu desteklemektedir.^{19,34} Bu sonuç kadının doğurganlığı ve aile içinde statüsü açısından çok anlamlıdır. Evliliğin bu kadar erken 13-17 yaşında yapılması biyolojik açıdan doğurganlığı engellemekte ve infertilitenin önemli bir nedenini oluşturmaktadır.²⁷ Bu yaşta kadın doğursa bile kendisi ve çocuğu açısından risk teşkil edebilir. Aynı zamanda da kısır diye nitelendirilebilirler ve koca karı ilaçlarına başvurmaya zorlanabilirler. Yanlış koca karı ilaçlarının uygulanması ile kadının ruh ve beden sağlığına getirdiği sorunlar göz önüne alındığında, sağlığın korunmasına ilişkin bilincin oluşturulması için örgün ve yaygın eğitimle gençlere ulaşılması ve aile sağlığı danışmanlıklarının kurulmasının gerekliliği oldukça önem kazanmaktadır. (Tablo 4)

Evliliğin ilk 2 yılı içinde gebelik husule gelmediği takdirde hastahaneye zamanında başvuru olarak kabul edilmesine rağmen,⁸ araştırmaya katılan deneklerden sadece % 7.2'si isabetli davranışta bulunmuştur. Bu sonuca göre çoğunluğun bu konuda eğitime gereksinimlerinin olduğu açığa çıkmaktadır. (Tablo 5)

infertil çiftlerin çoğunluğu (% 70.8) karı koca olarak çekirdek aile tipini oluşturmaktadır. Ancak % 2.0 ailede kuma ve üvey çocukların bulunması, çocuğu olmayan koca, karısını boşamadan üstüne evlendiğini özellikle kırsal alanda görülen bu durumu desteklemektedir.¹⁰ % 27.2'si geniş aile tipini oluşturmaktadır. Geniş aile faktörü de çeşitli yönlerden (beslenme, bulaşıcı hastalık, kalabalık faktörü) fertilitiyi engelleyebilmektedir. (Tablo 6)

infertil çiftlerin çoğunluğunun (% 52.0) aylık net geliri 10.000.- 20.000.- TL. arasında bulunmaktadır. Ekonomik yetersizlik ise bazı şehirlerde kurulmuş olan infertilite kliniklerine kırsal alanlardan ulaşmayı ve buralarda tedavi olmayı olumsuz yönde etkilemektedir. (Tablo 7)

2- ARAŞTIRMANIN AMACINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

2.1. Çocuğu olmayan Kadın Deneklerin Tıbbi Tedavi ve Geleneksel Tedaviye İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına ait Bulguların Tartışılması:

infertil olan kadın deneklerin çocuk sahibi olabilmek için hastahaneye gelmeden önce % 76.8'inin ortalama 4-5 arasında özel doktor değiştirdikleri ve takriben 50.000.- TL. harcama yaptıkları kendi ifadelerinden anlaşılmıştır. Bu bulgular infertil kadın deneklerin oldukça sık doktor değiştirdiğini ve ailenin ekonomik gücünü etkileyebilecek harcamalarda bulunduklarını düşündürmektedir.

Ayrıca ılıca ve kaplıcaya % 10.8'i, hocaya % 12.4'ü, ara ebesine % 21.2'si başvurarak toplam % 44.4'ü geleneksel tedavi yöntemlerinden yararlanmışlardır. Oysa çok yerde mevcut olan diplomalı ebeye sadece % 2.1'i başvuruda bulunmuştur.

Hocanın okuyup üflediği, muska yazarak yatıra gönderdiği, ara ebesinin çeşitli otlardan ve yiyeceklerden çıkı yapıp rahime uyguladığı, bazı yiyeceklerle bele yakı yakma (Ek.III) ılıca, kaplıcalara gönderme gibi kadının sağlığını bozucu ve ayrıca infertilitede önemli olan zaman kaybına neden olarak geleneksel tedavi yöntemlerine başvurdukları yine kadın deneklerin ifadelerinden ortaya çıkmıştır.

Ölkemizde çocuğu olmayan kadın denekler için yaygın olduğu^{7,8,10, 24,33} düşüncesini destekleyen bu bulgular kişilerin öğrenme isteklerine tıbbi hakikatler çerçevesinde cevap verilmesi için özellikle toplum liderlerinden bu konuda yararlanılması ve en kısa zamanda eğitim programlarının oluşturulması gereksinimini ortaya çıkarmaktadır.

Çocuğu olmayan kadın deneklerin sağlığının ileride bozulmaması için önemlilik arzeden ilk başvuru kaynakları yerleşim yeri yönünden önemli bulunmuştur. İl'de oturanların^{çocuklu} önce tıbbi tedaviyi, ilçe ve köylerde oturanlar ise geleneksel tedaviyi tercih etmeleri sağlık hizmetlerinin yeterince köylere kadar götürülmediğine bağlı olabilir. Ayrıca il ve ilçelerde oturanlardan sadece 51'den^{çocuklu} köyden ise diplomalı ebeye başvurunun hiç yapılmamış olması, ebelerin bu konuda yeterince etkin olmadığı için halkın sağlık alanında yönlendirilemediği özellikle çocuğu olmayan ailelere rehber olabilme becerisindeki eğitim açığının olduğunu²⁸ desteklemektedir. (Tablo 8)

Çocuğu olmayan kadın deneklerin çocuk sahibi olmaları için ilk başvuru kaynaklarının eğitim düzeyleri yönünden lise ve yüksek okul lehine önemli bulunması eğitim düzeyi yükseldikçe tıbbi tedavi veren kaynaklardan yararlanma bilincinin yükseldiğini göstermektedir. Bu bulgu halkın sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmalarını sağlamak için eğitim düzeylerinin de yükseltilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. (Tablo 9)

Koca-karı ilaçlarını, kadın deneklerin % 53'ü ara-ebesinden, % 47'si bulunduğu bölgedeki diğer kişilerden öğrenmişlerdir. Öğrendiklerini uygulayanların eğitim düzeyi ilkokula kadar olanlarda yoğunlaşmakta olup, ara-ebesinden öğrendiklerini uygulayanlar (% 48) çoğunlukta-
dır. (Tablo 10)

Tablo 11'de görüldüğü gibi koca-karı ilaçlarını uygulayan kadın deneklerin % 50'sinin sağlığının bozulmadığı saptanmıştır. Bu durumun bele yakı yakma, kasık bel çektirme, su ve süt buharına oturma veya vitamin kalori ihtiva eden bazı yiyecekleri kullanma gibi tavsiyeleri uygulamalarından ileri geldiği sanılmaktadır.

% 47.5'inde ise enfekte olma belirtileri olan üşüme, titreme, ateş yükselmesi¹⁸, akıntı ile adet düzensizliği, kanama gibi durumların görülmesi daha çok rahime çıkı (Ek.III) uygulamalarından dolayı oluştuğunu ve kadının durumunun daha da ağırlaştığını düşündürmektedir. Bu sonuca göre, infertil kadının ilk önce aile yapısına göre hangi değerler sisteminde kültürel kişiliğini kazandığı, hangi halk inanmalarından etkilendiği, çocuk sahibi olmak için beklentilerinin neeler olduğu daha da önem kazanmaktadır.

Koca-karı ilaçlarının bugün de hala etkinliğini sürdürmesi, geçerliliğini koruması ve gelecekte de belleklerde izlerini taşıyacağı düşünülürse bu sorunun çözümü için toplum sağlığının korunması yönünden aile sağlığı programlarının geliştirilerek gerek örgün ve yaygın eğitimlerle gerekse bölgesel sorunları çözümleyici programlarla öncelikle ele alınması gerekliliği son derece önem taşımaktadır.

2.2. Ailede Çocuğun Öneme ve Çocuğun Bulunmayışının Karı-koca Gecimine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması:

Ailede çocuğu mutlak bir gereksinme olarak gören kadın ve erkek denekler arasında farkın önemsiz bulunması, her çifte çocuğun mutlak gerekli olduğu sonucunu vurgulamıştır¹. Bu sonuç, 557 sayılı Nüfus Planlaması Yasası'nda yer alan infertil ailelerin tedavisi ve korunması içeriğinin önemini desteklemiş olup, koruyucu hekimlik hizmeti veren kuruluş ve kişilerin etkinliğinin arttırılması ve kısırlık gibi önemli sorunların çözüme kavuşturulması için çocukların, erişkinlerin ana ve babaların sağlığının korunmasına ilişkin faaliyetlerin yaygınlaştırılması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. (Tablo 12)

Çocuğu olmayan kadın ve erkek deneklerce, sosyo-ekonomik, kültürel, psikolojik gereksinme olarak aile içinde çocuğun yerinin önemi ile ilişkin cevapların, kadın deneklerce evliliği sürdürme, erkek deneklerce neslin devamı yönünden önemli bulunması, kadınların evlilik bağlarını kuvvetlendirme, karı kocayı birbirine yaklaştırma ve sevgi şenlik gibi çocuğun

sağladığı psikolojik etkileri ile sosyal ve kültürel gereksinimleri için çocuk istediklerini, buna karşılık erkek deneklerin neslin devamı için çocuk isteminde bulunduklarının vurgulanması aile adının sosyal bir değer olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, çocuğu olmayan kadın ve erkek deneklerin, çocuğu isteme nedenleri yönünden grup, yöre, toplum değerlerinden güdülendikleri ve çocuğu psikolojik, kültürel, sosyal bir gereksinme olarak gördükleri sonucuna götürdüğünden aile sağlığı danışmanlıkları için rehber olabilme niteliğindedir. (Tablo 13)

Çocuğu olmayan kadın deneklerden, çocuklu olmanın getirdiği psikolojik, sosyal, ekonomik gereksinimleri, başka aileden alınarak büyütilen bir çocuğun karşılayıp karşılayamayacağına ve nereden çocuk alıp büyütmeye isteminde olduklarına ilişkin alınan cevapta, çoğunluğunun (% 47.6) başkasının çocuğunu alıp büyütmek isteminde olmadıklarını, isteyenlerin çoğunluğunu ise (% 64.9) kendi akrabalarından, % 35.1'nin çocuk yuvasından ve kimsesiz çocukları büyütebileceklerini belirtmeleri, korunmaya muhtaç çocukların koruyucu aile yanına yerleştirilmesi yönünden önem taşımaktadır.

Infertilitenin oluşmasında önemli faktörlerden birisi de psikolojik nedenlerdir. Anatomi ve fizyolojik bir neden olmadığı halde gebe kalamama durumu genellikle psikolojik nedenlere bağlanabilmektedir.^{5,17,29} Merkezi sinir sisteminin infertilite üzerindeki rolü şöyle olmaktadır. Dış etkenler korteks aracılığı ile hipotalamus üzerinden hipofize tesir ile, gonodotropik hormonların salgılanmasında etkilerini göstererek menstrasyon anomolilerine over fonksiyon bozukluklarına erkekte ejakülasyon bozukluklarına neden olarak ferteliteyi engellemektedirler.³⁶ Ailede stress sebepleri çok muhteliftir.³⁶ Cinsel eğitim noksanlığından dolayı seks problemleri ve bu araştırmada saptanan infertil çiftlerin % 50'sinin

karı-koca arasındaki anlaşmazlıkların, anlaşamayan çiftlerin de % 63.2'sinin eşini tanımadan görücü usulüyle evlenmiş olması çiftler arasında stress yaratan durumlar ^{olabilir.} Ayrıca % 53.6 çiftin çocuk olmadığı için geçimsizliklerinin ortaya çıkması ailenin rehberliğe olan gereksinimlerini belirlemektedir.

Çocuksuzluk yüzünden geçimsiz olan çiftlerle geçimsiz olmayan çiftlerin eğitim düzeyleri arasındaki farkın önemsiz bulunması, düşündürücüdür. (Tablo 14)

İkinci evliliği olan (% 5.5) çiftlerin (19 erkek, 7 kadın) önceki eşinden ayrılma nedenlerinden % 77.0'ının çocuk olmadığı için ve çocuksuzluğun aileye getirdiği huzursuzluktan boşandığının, % 11,5'inin önceki karısını boşamadan üstüne evlendiğinin saptanması infertil bireylerin ailede dengeli ilişkiler kurabilme bilincinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 15'de görüldüğü gibi ailede çocuğun bulunmayışının boşanmaya olan etkisine ilişkin kadın ve erkek deneklerin görüşleri arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

Bu görüşlere yerleşim yeri ve eğitim düzeyinin etkisinin olup olmadığı irdelendiğinde, yerleşim yeri köy olan kadın deneklerin % 50'sinin "ileride belki boşanılır" cevabı diğerlerinden farklı bulunmuştur (Tablo 16), fakat erkek deneklerin cevapları arasındaki fark yerleşim yeri yönünden önemli bulunmamıştır. (Tablo 17)

Çocuksuzluğun boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin kadın deneklerin görüşlerine eğitim düzeyinin etkisi önemsiz (Tablo 18), erkek deneklerin ise okur yazar ile (% 50.0), ilkokul (% 25), eğitim düzeyinde olanların "boşanma nedeni olur" cevap yüzdeleri diğerlerinden farklı bulunmuştur. (Tablo 19)

Bu sonuçlar, kadın ve erkeğin kültür edindiği ailesinden ve toplumsal değerlerden kaynaklanan baskının kadınları çocuk yapmaya zorlanılışına, çocuğun olmaması durumunda da ileride ya kocasının üstüne evleneceği (özellikle kırsal alanlarda) veya boşanmaya ilişkin şuur altı endişelerinin artmış olmasına bundan dolayı "ileride belki boşanılır" görüşünde olduklarına dayandırılabilir.

Ayrıca ülkemizde kadınların yeri ve statüsüne bağlı olarak karar verme yetkisine sahip olmamalarından da bu görüşte oldukları sanılmaktadır.² Kadın deneklerin evliliğin devamı için çocuk isteminde bulunmaları da ileride belki boşanılır endişesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Psikolojik bozukluklar, şuur altı endişeler tübaların çevresindeki adele dokusunda spasmlara, ovulasyonun düzensiz olmasına hatta durmasına ve adet düzensizliklerine seksüel uyumsuzluklara neden olmasından dolayı çiftlere rehberlik edebilecek aile sağlığı danışmanlıklarına, psikoterapiye veya doktorun enerjik ve sistemik yaklaşımına, eğitim düzeyinin yükseltilmesine gereksinimleri vardır.^{4,7,35,36}

2.3. Çocuğun Olmayışına Etken Olan Bulguların Tartışılması:

1. Kadın deneklerle görüşülerek elde edilen bulguların tartışılması:

Araştırmaya katılan kadın deneklerin % 78.8'i primer, % 21.2'si sekonder infertilite olarak saptanmıştır. Primer ve sekonder infertilite nedenleri olarak, bilgisizlik, cinsel uyumsuzluk, sosyal durumlar, ciddi anemiler, şişmanlık, dispareunia intoksikasyonlar, beslenme bozuklukları, psikolojik sebepler gibi genel nedenler ve genital organlara ait sebeplerle endokrin bozukluklar ile stogenetik ve immünolojik faktörler gibi sebepler sayılmaktadır.^{3,31,36}

Sekonder infertilite olanların gebelikleri % 28.3'ünün canlı doğum, ancak % 71.7'sinin normal olarak sonuçlanmamış olması (Tablo 20), tıbbi nedenlerden başka infertiliteye genital yolların enfekte olmasının neden olabileceğini düşündürmektedir.²⁷

Söyleki:

Ölkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu ve koruyucu sağlık hizmetinde ebeğin rolünün çok önemli olmasına rağmen ebelerin bilgi açığının saptanmış olması²⁸, antenatal, neonatal, postnatal bakım yetersizliğini oluşturacağından canlı doğum yabancının da infertil oluşlarına enfeksiyonların sebep olması olanaklıdır.

Çiftlerin % 22.8'i akraba evliliği yapmışlardır. Akraba evlilikleri ise Ana-Çocuk Sağlığı yönünden genetik riske neden olabileceği için⁵ ailelerin uzman kişiler tarafından yapılacak genetik danışmanlığa gereksinimleri olabileceğini düşündürmektedir.

2. Poliklinik tarafından çıkarılan kartlardan ilk muayene sonuçlarına göre kadına ve kocasına ilişkin bulguların tartışılması:

Infertilite kartlarından infertil kadınların soy geçmişi (tüberküloz, kanser, diyabet), öz geçmişi (önemli operasyon, önemli hastalık) ve fizik muayene (tansiyon, kilo, tyroid) gibi bazı bilgiler yeteri kadar elde edilememiştir.

Ayrıca ev adresleri de tam olarak yazılamadığından tatbik ve tedavilerini yarım bırakanların evlerine gidilerek anket formunu uygulamakta güçlük çekilmiştir.

Kadın deneklerin geçirmiş oldukları sosyal, sistemik hastalıklar ve önemli operasyonlar ile infertilite arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır. Bu sonucun kayıt sisteminin iyi tutulamadığından ileri geldiği sanılmaktadır. Fakat, % 2.8'inde genellikle kedi ve köpek pisliğinden geçen düşük ve ölü doğumlara da neden olan toskoplazmozis hastalığının görülmesi çocuk yaşta bireylerin sağlık eğitimine olan gereksinimlerini ortaya koymaktadır.

Kartlardan elde edilen bulgulardan % 7.6'sının ilk adetini 15 yaşından sonra görmesi, % 38.6'sının adetinin düzensiz olması, % 45.3 ünün adet süresinin ve miktarının az olması hormonal bozukluklara, iç üretme organlarının fonksiyon bozukluklarına ve Tablo 22'de görülen hipoplazik (% 36.0), hiperplazik ve miyomlu uterus ve uterus bikornis (% 4) gibi durumlara da bağlı olabilir.²⁷ Kartlardaki genital muayene sonuçlarına göre vulva ve vajon anormalliklerine rastlanmamıştır.

Vajinal kültür uygulanabilenlerin Tablo 25'de görüldüğü gibi çoğunluğunda (% 27.7) stafilokoküs albüs ve aureus, görülme sıklığı sırasına göre de, E. Coli, proteus basili, hemolitik streptokok mikroorganizmaları üreyerek infertiliteye neden olduğu belirlenmiştir.

Endometrial biopsi ve vajinal smear tetkiki yapılabilenlerin % 34.8 inde ovulasyonun olmamasının fertiliteyi engellediği, erkek deneklerin spermogram sonuçlarına göre de % 71.2'sinin fertil olduğu, ancak % 18.8'in de fertiliteyi 1 ml. menide 20-30 arasında bulunan lokositlerin engellediği, % 6.8'inin infertil ve sayılamayacak kadar çok lokosit bulunmasından kusurun erkekte olduğu, % 3.2'sinin ise subfertil olup fertilite şansının düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre kadın deneklerde olduğu gibi erkek deneklerin de sağlık bilgilerinin noksan olduğu ve enfeksiyonlardan korunmaları yönünden eğitime gereksinimleri olduğu açığa çıkmaktadır. (Tablo 26)

Araştırmaya katılan deneklerin 1981 yılı içinde tetkik ve tedavileri sonucunda % 10.8'inin gebe kalarak gebeliklerini normal sürdürdükleri görülmüştür. Ülkemizde iyi bir tıbbi araştırma sonucu infertil vakalarının 1/3'ü gebe kalabilmektedir.³³ Ünümüzdeki yakın gelecekte tıptaki olacak ilerlemelerle daha çok sayıda infertil kadının tedavi olabileceğine inanılmaktadır.³³

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ :

1- Yerleşim yeri il ve ilçe olanlarla, eğitim düzeyi yüksek olanların *çoğun-* *luğun* tıbbi tedaviye, köyde oturanlar ile eğitim düzeyi düşük olanlar da ilk önce geleneksel tedaviye başvuruda bulunmuşlardır. Polikliniğe başvuran kadın deneklerin eğitim düzeyleri kocalarına nazaran düşüktür. Kocalarının eğitim düzeylerinin yüksek oluşu nedeniyle hastahane hizmetlerinden yararlanmak istemiş olmaları, çoğunluğunun hastahaneye karı koca anlaşarak geldikleri ifadelerinden anlaşılmıştır. Hastahane hizmetlerinden yararlanılmasını sağladığı sanılan diğer bir faktör ise ev kadını olan % 82.4 ünün kocalarının % 52'sinin memur oluşu ile sağlık fişlerinden faydalana-rak karısını tedavi ettirmesinden ileri gelmektedir.

İnfertil deneklerin % 76.8'inin özel doktora başvuruda bulundukları ancak aylık net gelirlerinin % 52'sinin ortalama 10.001.- - 20.000 TL. olduğu halde 4-5 arasında özel doktor değiştirip, ekonomik güçlüklerini zor-layarak takriben 50.000.-TL. harcama yapmışlardır. Özel doktorun çok paha-lı oluşu ve çocuk sahibi olamamaları nedeniyle bir kısmı gene koca-karı ilâçlarına başvuruda bulunmuş ve ondan da bir sonuç elde edemeyince so-nunda hastahaneye gelmişlerdir. Fakat bu arada infertilitede çok önemli olan zaman kaybına neden olmuşlardır.

Kırsal alanda çocuğa daha çok gereksinme duyulduğu¹⁹ halde bu poliklinikte köyden müracaat ederek tedavi olanların en az denek sayısını (% 19.2) oluşturması;

a) Köyde oturanların eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle ve eğitim düzeyi düşük olan infertil deneklerde ise ara-ebesinin koça-karı ilâçlarını uygulatma yönünden diğer öğrenme kaynaklarına nazaran etkin-liğini sürdürmesinden,

b) Ara-ebesine başvurunun olmasına rağmen köyde oturanların dip-lomalı ebeye hiç başvuruda bulunmamış olması diplomalı ebenin infertil deneklere rehber olamamasından veya bu konuda bilgi açığının bulunması nedeniyle etkin olamayışından,

c) Kadın deneklerin % 38.0'ının ilk evlenme yaşının 13-17 arasında olması ^{bazan} doğurganlığı geciktireceğinden bu süre içinde kendisini kısır diye nitelendirerek ilk önce etrafından öğrendiği geleneksel yöntemleri sınadıktan sonra bir soruç elde edemez ise doktor oramaya başlamasından,

d) infertilite tetkik ve tedavilerinin uzun sürmesi ve pahalı olması nedeniyle büyük illerde kurulmuş olan infertilite kliniklerine gelmenin ailenin ekonomik gücünü etkilemesinden ileri gelebileceğini düşündürmektedir.

Saptanan bu sonuçlardan, ailenin ekonomik gücünü etkileyen infertiliteye engel olunabilmesi için genel sağlığın geliştirilmesi gerektiğinden, daha ucuza mal olan koruyucu hekimlik hizmetlerinin etkinliğinin arttırılması, herkesin tıbbi tedavi imkânına kavuşabilmesi için infertilite kliniklerinin yaygınlaştırılması, sağlık personelinin bu alanda bilinçlendirilmesi ve etkinliğinin arttırılması, toplum liderlerinin özellikle ara-ebesinin eğitilerek sağlık alanında yararlanılması gereksiniminin olduğu ortaya konmuştur.

2- Poliklinikte, yaş sınırlaması yapılmasına rağmen anket uygulanarak elde edilen yaş dağılımında 20 yaşın altında % 3.2, 35 yaşın üstünde % 6.8 çocuk isteminde bulunan kadın denek saptanmıştır. Poliklinik kurallarına göre evliliğin ikinci yılında infertilite tetkiki için hastahaneye başvurulması istendiği halde, ancak % 7.2'si zamanında başvuruda bulunmuştur.

Bu sonuca göre, infertil deneklerin hangi yaşta, ne zaman, nereye başvurması gerekliliğini vurgulayacak eğitim programlarının oluşturulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

3- Çocuğu olmayan çiftler, ailede çocuğun mutlak varlığını bir gereksinme olarak vurgulayarak, kadın deneklerce evliliği sürdürmek için kocalarının neslin devamı yönünden çocuk isteminde bulundukları, grup, yöre, toplum değerlerinden etkilenecek, güdülendikleri ve çocuğu, psiko-^{5,19}lojik, kültürel, sosyal bir gereksinme olarak gördükleri sonucuna götürdüğünden halk eğitimi yönünden rehber olabilme niteliğindedir.

Şayet çocukları olmaz ise bu gereksinimlerini tatmin etmek için kadın deneklerin % 52.4'ünün çocuk yuvasından ve kimsesiz çocukları alıp büyütme isteminde olmaları, korunmaya muhtaç çocukların koruyucu aile yanına yerleş-

4- Ailedeki geçimsizliğin % 53.6'sını çocuksuzluktan olan huzursuzluk, % 46.4'ünü diğer nedenlerin oluşturduğu belirlenmiştir. Çocuksuzluk yüzünden geçimsiz olan çiftlerle, geçimsiz olmayan çiftlerin eğitim düzeyleri arasındaki farkın önemsiz bulunması, ailenin eğitim düzeyi ne olursa olsun aile sorunlarının çözümü için rehberliğe gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

5- Araştırmaya katılan çiftlerin % 10.4'ünün ikinci evliliği olduğu halde, önceki eşinden ayrılma nedeni olarak da % 77'si çocuk olmadığı için ve çocuksuzluğun aileye getirdiği huzursuzluktan boşandığı, % 11.5'inin ise çocuk olmadığı için karısının üstüne kuma getirdiği saptanmıştır. Çocuksuzluk yüzünden daha çok erkeklerin karısından boşanmış olmasına rağmen, infertil deneklerin çocuksuzluğun boşanma nedeni olup olmadığına ilişkin görüşleri yönünden kadın ve erkek denekler arasında fark bulunmamıştır. Fakat yerleşim yeri köy olan kadın deneklerin % 50'si ileride belki boşanılır görüşündedirler. Kadın deneklerin görüşlerini eğitim düzeyi etkilememektedir. Erkek deneklerin görüşlerini ise yerleşim yeri etkilediği halde, okur yazar ile eğitim düzeyi ilkökul olanlar "çocuksuzluk boşanma nedenidir" fikrini savunmaktadırlar.

Bu bulgular, örgün ve yaygın eğitimin özellikle köylere kadar götürülmesi, eğitim düzeyi düşük olan kadınların eğitilerek statülerinin yükseltilmesi, aile geçimsizlikleri ve boşanmaların önlenmesi için aile sağlığı danışmanlıklarının kurulması ve bu bulguların toplumu yansıtabilmesi için araştırmanın kırsal alanlarda da yapılması gerektiği sonucunu vermiştir.

11,36

6- Ülkemizde normal adet yaşı 12-13 tür. 24-31 günler arasında görülen siklus dönemi fizyolojik kabul edilir. 7 günden fazla süren adet kanaması normal sayılmaz ve günde 2-6 adet bez kullanılması gerekir.

Araştırmaya katılan infertil deneklerin % 92.1'inde adet yaşının gecikmesi, adet düzensizliği ve adet miktarının azlığı, % 34.8'inde avulasyonun olmadığı saptanmıştır. Lokal, sistemik bozukluklar ve psikolojik, beslenme gibi faktörlerin etkilediği bu durumun önlenmesi için deneklerin etkin eğitime ve 6-12 ayda bir jinekolojik muayenelerin yapılmasına gereksinimlerinin olduğu görülmektedir.

Ailede geçimsizliğe neden olan infertilitede özellikle kadının psikolojik yapısı etkilenmektedir. Psikolojik reaksiyonlar ise follop tüpü çevresinde spasmalar yaratarak ovulasyon düzensizliklerine hatta durmasına ^{27,36} neden olmaktadır. Bu sonuçtan da geçimsiz olan çiftlerin psiko-terapiye gereksinimleri olduğu açığa çıkmaktadır.

% 40.0 olarak tesbit edilen uterusun şekil ve pozisyon bozuklukları sıklıkla fakat mutlak olmayarak fertilitayı engellemektedir.

Pelvik enfeksiyon etkenlerinin önlenmesi ve enfeksiyon olduğunda erken ve spesifik tedavinin yapılması uterusun yapışıklığa bağlı malpozisyonunu azaltacaktır.

Tedavisi tamamen tıbbi olan bu durumu, ara-ebesi çocuğun olması için uşaklığı dönmüş diyerek infertil deneklerin ayaklarından asıp, karnına taş bağlayarak 2 saat beklettiği kadınların ifadelerinden anlaşılmıştır.

Deneklerin tıbbi tedaviye yönlendirilmelerine ilişkin renberliğe gereksinimleri olduğu görülmektedir.

% 23.6 olarak saptanan adnekslerin palpabil veya polikistik oluşu ve % 14.8 tübaların kapalı oluşu çoğunlukla bakteri enfeksiyonlarına bağlıdır. Bu durumdan çoğunlukla % 33.2 olarak saptanan streptokok ve stafilokok enfeksiyonları sorumlu olarak sayılabilir. % 76 denekte vajen ve serviks Ph'sinin asit reaksiyona kaymasına, % 94.4'ünde saptanan candida albicans, % 5.6'sında trichomonus ve % 78.4'ünün vajinal kültüründe stafilokoklar ve E.Coli başta olmak üzere diğer mikroorganizmaların üremiş olması ve % 78.8 primer, % 21.2'si sekonder infertilite nedenlerinin önemli bir bölümünü bu mikroorganizmalar oluşturmaktadır.

Bu sonuca göre; infertilitenin oluşmasında çoğunluğu kapsayan enfeksiyonlardan, gerek gençlerin gerekse evli olanların (özellikle adet kanaması günlerinde) korunmalarına yönelik eğitimlerin evlerde ve okullarda verilmesine olan gereksinimleri toplumun üreme sağlığının geliştirilmesi yönünden önemi bir kez daha vurgulanmaktadır.

Infertilitenin % 28.8'inin nedeninin erkek deneklere ait olduğu saptanmıştır. Erkek deneklerinde çoğunluğunda (% 18.8) genital yolların enfeksiyonu fertilitiyi engellemektedir. Bu sonuca göre de erkeklerin de kadınlar kadar sağlık eğitimlerine gereksinimleri olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri programlarının oluşturulmasında üreme sağlığının öncelikle ele alınması bunun içinde genetik danışmanlığın önemi , uygun bir çevre, bütün gelişim ve büyüme döneminde uygulanan genel sağlık kurallarının eğitimi bu bulgularla da vurgulanmaktadır.

ÖNERİLER :

1- Hastahane görevlerinden bir tanesi araştırma ve eğitimidir.

Hastahane hizmetlerinin araştırılması sorunlara çözümler getirmede veya gelecekte çeşitli sorunların ortaya çıkma olasılığını azaltmak bakımından önemli görölmektedir.

Bu nedenle hastahane araştırmalarının yoğunlaştırılarak geçerlilik ve güvenilirliğin arttırılmasında kayıt sistemlerinin dikkatli ve titiz tutulması bu yönde personel eğitimine önem verilmesi ve denetlenmesi gerekli görölmektedir.

2- Ayrıca sağlıklı bir genellemeye gidilebilmesi için sosyal, kültürel, psikolojik, ekonomik içeriği olan infertiliteye ilişkin araştırmaların ülke çapında yapılması gerekmektedir.

3- Hastahaneye çok sayıda müracaat eden (1981 yılında 123.000) halkın, sağlık alanında bilinçlendirilmesi için, eğitim programlarının oluşturulması fırsatların değerlendirilmesi yönünden önem taşımaktadır.

Infertiliteye engel olunabilmesi, bütün gelişim ve büyüme döneminde uygulanan genel sağlık önlemlerini içine alır. Sağlığın korunması ve sürdürölmesi küçük yaşlardan itibaren edinilen alışkanlıklarla devam ettirilir. Araştırmada saptanan bulgulara göre řu programların oluşturulması bir gereksinme olarak ortaya çıkarılmıştır.

1- OKULLARDA SAĞLIK PROGRAMLARININ OLUŞTURULMASI

1.1. Sağlık eğitiminin her yaştakilere sürekli vurgulanabilmesi yönünden tüm okullara sağlık bilgisi derslerinin konulması.

1.2. Yine okullardaki biyoloji derslerinin içeriğinin insan biyolojisi yönünden ağırlık kazandırılması ve evde, okullarda cinsel eğitimlerin verilmesine ilişkin programların A.Ç.S.kuruluşlarıınca oluşturulması.

1.3. Okullarda rutin sağlık kontrolleri ve sonuçların izlenmesi. Buluş çağındaki erkek çocukların kabakulak enfeksiyonlarından korunması.

2- SÜREKLİ EĞİTİM PROGRAMLARI

2.1. Küçük sayılabilecek genetik risklerin bütün toplum için ciddi bir tehlike olacağı düşünülerek kromozom anomolilerin oluşmaması için eğitim yoluyla akraba evliliklerine engel olunması.

2.2. Evlenmeye namzet genç kızlara ve erkeklere etkin bir aile planlaması eğitiminin verilmesi.

2.3. Yazılı kaynaklardaki cinsel eğitime ilişkin yanlış verilen bilgilerin denetlenmesi, doğru bilgilerin sürekli yayınlanması.

2.4. İlk adet yaşı geciken genç kızların ve adet s düzensizliği olan kadınların doktora başvurmaları yönünden ailelerinin eğitimi. infertilite nedenlerine ilişkin eğitim programlarının oluşturulması ve önlenmesinde alınacak tedbirlerin vurgulanması.

2.5. Personel eğitiminde infertilite nedenlerine ilişkin konuların dikkate alınması, bilgi açığının kapatılarak etkinliğinin arttırılması ve rehber olabilme becerisinin geliştirilmesi.

2.6. Yeni görüşlere göre hiç bir korunma olmadan, normal sıklıkta cinsel temas sonucu gebelik husule gelmediği takdirde evliliğin ilk 9 ayı içinde, eğer kadın 30 yaşında ise 6 ay içinde hekime müracaat etmeleri yönünde³⁶ halkın eğitilmesi, organik bozukluklar mevcutsa erken tanı ve tedaviye yönlendirilmesi.

3- ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİNİN ARTTIRILMASI

3.1. Sağlıksız geçirilen bir gebeliğin, bir yönden doğacak çocuğun sağlığını etkilemesinden, diğer yönden infertiliteye neden olması açısından, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetlerin etkinliğinin arttırılması ve ailelerin bu konuda eğitilmesi.

3.2. 0 - 6 yaş çocukların sağlıklarının korunması için rutin kontrolleri ve yeni doğan kız çocuklarının genital muayenelerinin yapılması ve erkek çocuklarının testislerinin torbasına inip inmediğinin kontrolü yönünde ailelerin uyarılması.

4- INFERTİLİTENİN ÖNLENMESİ VE INFERTİL OLANLARIN YÖNLENDİRİLMESİNDE AİLE SAĞLIĞI DANIŞMANLIKLARININ KURULMASI

4.1. Bölgesel güdülenme ve sorunları çözümleyebilmek için bölgesel eğitim programlarının oluşturulması, başka deyişle arz-talep hizmetlerin, güdülenmelerin birbirine uyması, birbirini pekiştirmesi ve bu programın aile sağlığı danışmanlıkları tarafından oluşturularak yürütülmesi.

4.2. Aile sağlığı danışmanlıklarından infertiliteye ilişkin beklenen diğer görevler;

- Aile bireylerinin birbirine destek olabilmesini sağlamak,
- Aile bireyleri arasında karşılıklı sevgi, saygı oluşturmak ve güçlendirmek,
- Aile problemlerini çözümleyebilme gücünü geliştirmek,

- Evlilikte cinsel, sosyal, psikolojik dengeyi oluşturmak, gerekirse çiftlerin psikoterapiye başvurmalarını sağlamak,

- Kişisel görüşmelerle evliliğe hazırlama kurslarını oluşturmaktır.

4.3. Hastahaneye başvuruda bulunupta, hastahane tetkiklerinin en az 3 ay sürmesi nedeniyle, çiftlerin gerek kalacak yerlerinin olması gerekse hastahane ücretlerini ödeyememelerinden dolayı 727 (% 12.1) vakanın tedavi olmadan geri döndüklerinin saptanması, sağlık sigortası ve danışmanlıklar ile zamanında ve yerinde çiftlere sosyal yardımların temin edilmesi gerekliliği aile sağlığı açısından önemli olduğu ortaya çıkarılmaktadır.

Adı geçen bu programlarla hastahane ve ana çocuk sağlığı kuruluşlarında aile sağlığı danışmanlıklarının bir ünite olarak kurulması ülkemizin bir gereksinimi olarak önerilmektedir.

VI.

Ö Z E T

Bu araştırmanın amacı, çocuk istemek amacıyla infertilite polikliniğine başvuran çiftlerin, bilgi, tutum ve uygulamaları ile infertilitenin karı-koca geçimine etkisini ve infertilite nedenlerini saptayarak toplum sağlığının gereksinimi olan sağlıklı bireyler ve sağlıklı ailelerin oluşturulmasında infertilitenin önemini ve yerini vurgulamaktır.

Araştırma Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastahanesi infertilite polikliniğinde yapılmıştır.

Bu polikliniğe 1981 yılı Ocak ayından ¹⁹⁸¹ Aralık ayının sonuna kadar çocuk istemek amacıyla başvurup, tedavi altına alınan çiftler araştırma evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmaya denekler seçkisiz olarak başvuru sırasına göre alınmış, 250 kadın, 224 erkekle görüşülmüş olup, geriye kalan 26 erkeğin demografik özellikleri karısına çıkarılan kartlardan tamamlanmıştır. Araştırmadaki veriler anket uygulayarak ve hasta kartlarından elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; yaş, öğrenim düzeyi, uğraşı şekli, yerleşim yeri, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, aile büyüklüğü ve geliri gibi çeşitli değişkenlerin infertil deneklerin bilgi, tutum, uygulamaları ile infertilitenin oluşmasına olan etkinliği ortaya çıkarılmış olup, özet olarak;

1- Yerleşim yeri il ve ilçe olanlarla, eğitim düzeyi yüksek olan kadın deneklerin ilk önce tıbbi tedaviye başvurdıkları, çoğunlukla infertil deneklerin ne zaman, hangi yaşta nereye başvurmaları gerektiğini bilmedikleri,

2- infertilite tedavisinin ailenin ekonomik gücünü etkilediği,

3- infertil deneklerin grup, yöre, toplum değerlerinden etkilenecek güdülendikleri ve çocuğu psikolojik, kültürel, sosyal bir gereksinme olarak gördükleri,

4- Şayet çocukları olmaz ise % 52.4'ünün kimsesiz çocukları alıp, büyütmek isteminde oldukları,

5- Ailedeki geçimsizliğin % 53.6'sının çocuksuzluktan ileri geldiği ve eğitim düzeyinin geçimsizliği etkilemediği,

6- Yerleşim yeri köy olan kadın deneklerle, okur yazar olmayan, okur yazar ve eğitim düzeyi ilkokul olan erkek deneklerin çocuksuzluk boşanma nedeni olur görüşünde oldukları,

7- Infertilite nedenlerinin çoğunluğunun mikroorganizmalarla enfekte olmaktan ileri geldiği ve infertilitenin % 71.2'sinin kadına, % 28.8'inin erkeğe ait olduğu saptanmıştır.

Bu bulguların ışığında;

1- Sağlıklı bir genellemeye gidilebilmesi için infertiliteye ilişkin araştırmanın ülke çapında yapılması gerekliliği,

2- Okullarda sağlık programlarının oluşturulması,

3- Özellikle insan sağlığına zarar verebilecek olumsuz bölgesel güdülenmelere yönelik sürekli eğitim programlarının oluşturulması,

4- Genel sağlığın, dolayısıyla üreme sağlığının geliştirilmesi için Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin arttırılması,

5- Infertilitenin önlenmesi ve infertil olanların yönlendirilmesinde aile sağlığı danışmanlıklarının kurulması gerekli olduğu görülmekte ve sağlıklı toplum oluşturularak toplum kalkınmasına yönelik adı geçen hizmetler önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Aile Sağlığı Bilim Uzmanlığı Programının gereği olarak hazırlanan bu tezle ilgili çalışmalarımın her aşamasında değerli katkı ve yardımlarını gördüğüm Rehber Hocam Prof. Dr. Güler Kanra'ya, denetleyici yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Sabahat Tezcan'a, Doç. Dr. Kadir Sümbüloğlu'na, Doç. Dr. Aykut Toros'a, Doç. Dr. Kütay Biberoglu'na, Prof. Dr. Hüsnü Kişnişçi'ye, Öğretmen Bioistatistik Uzmanı Nahit Onal'a, Aile Sağlığı Uzmanı Zeliha Saat'e, Advıye Temiz'e, Sağlık Eğitim Uzmanı Z. Abidin Duygun'a, Infertilite Polikliniğinde çalışma olanağı sağlayan Başhekim Operatör Dr. Ziya Durmuş'a, Poliklinik Hekim ve Hemşirelerine teşekkür ederim.

ZEYNEP POLAT

K A Y N A K L A R

1. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası.
2. Abadan-Unat, Nermin, Deniz Kandiyoti ve Mübeccil B. Kıray. Çev. Türk Toplumunda Kadın, Ankara, Çağ Matbaası, 1979
3. Akel, Halük, Kadında Sterilite, Çağdaş Tıp Dergisi, 1 (1). 9.1973 43-45.
4. Akın, Ayşe. Doktorlar İçin Aile Planlaması El Kitabı. S.S.Y.B. Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği ile Hazırlanmıştır. Ankara, Şubat 1982.
5. Arısan, Kazım. Doğum Bilgisi, İstanbul, Çeltit Matbaacılık Koll. Şti. 1978.
6. Artvinli, Mustafa-Meral, Gültekin-Altay, Şahi, İzzet, Barış. Sigara ve Gebelik İlişkileri, Fertilite ve Infertilite Derneği Bülteni, C. III, Sayı: 9-10 (Mart-Haziran, 1980).
7. Beren, Sedat. Kadın ve Erkekde Kısırlık, 2. bs, Ankara, Ajans Türk Matbaacılık Sanayi, 17 Ekim 1969.
8. Baran, Sedat. Kısırlık Sorunları, Kadın Sağlığı Sorunları ve Uluslararası Jinekoloji Semineri, 4. 1974, 22-28.
9. Bertan, Münevver-Sabahat, Tezcan. Pratik Epidemiyoloji, Ankara, Beyhun Matbaası. 1979.
10. Boratav, P.N., 100 Soruda Türk Folkloru, İstanbul, 1973, S.176.
11. Çanga, Şerif ve Önder İlhan. Propedötik (Kadın-Doğum), 5. bs, İstanbul, Ar Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., 1982.
12. A Collaction Of Papare Published Under The Sponsorship Of The World Health Organization Regional Office Yor Europe, And The International Coildren's Centra, Family Health And Family Planning. 1979.

5 Evinizin ortalama aylık net geliri nedir?

10.000.- TL.'dan az	1
10.001.- - 20.000.-	2
20.001.- - 30.000.-	3
30.001.- - 40.000.-	4
40.001.- -	5
Cevapsız	6

6. Evinizde devamlı kimlerle beraber oturuyorsunuz?

Karı - Koca	1
Kadın ve kocanın ana babası ve yakın akrabaları ile bir- likte	2
Kuma ve üvey çocuklar ile	3

7. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?.....

8. Kaç yıllık evlisiniz?

II. BÖLÜM

1- Çocuğunuzun olması için ilk önce nereye daha sonra nerelere başvurduunuz
sırasıyla söyler misiniz?

(Müracaat edilen yerlerin özel soruları ayrı ayrı sorulacak)

(İlk başvuru yere (1) diğer yerlere (X) işareti koyulacak)

Hastahaneye	1
Özel Doktora	2
Diplomalı ebeye	3
Hocaya	4
Ara-ebesine	5
İlica ve kaplıcalara	6
Diğer (Belirtilecek)	7

2- Kaç tane özel doktor değiştirdiniz?.....

3- Diplomalı ebe size hangi uygulamada bulundu?

4- Çocuğunuzun olması için "Hoca" aşağıdaki hangi uygulamalarda bulundu?

Okudu üflledi	1
Muska yazdı	2
Yatıra gönderdi	3
Doktora gönderdi	4
Diplomalı ebeye gönderdi	5
Ara-ebesine göndendi	6
Diğer	7

5- Ara-ebesinin tavsiye ettiği ve uyguladığı koca karı ilaçları nelerdir anlatır mısınız?

Rahime uygulanan.....

Yenilen içilen.....

Diğer

6- Ara-ebesinin tavsiye ettiği koca karı ilaçlarının hangilerini uyguladınız?

.....

.....

7- Sizin bildiğiniz çocuk olması için kullanılan koca karı ilaçları var mı?

	Evet	1
Soru 12'ye geç	Hayır	2

8- Koca-karı ilaçlarından bildiklerinizi anlatır mısınız?

Rahime uygulanan

Yenilen içilen

Diğer

9- Bildiğiniz bu koca-karı ilaçlarının hangilerini uyguladınız?

.....

.....

- IV -

10- Bu koca-karı ilaçlarını kimden öğrendiniz?

Annemden ve yaşlı kişilerden	1
Komşu ve çocuğu olmayanlardan	2
Yazılı kaynaklardan	3
Diğer	4

11- Uyguladığınız koca-karı ilaçlarının sağlığını üzerine etkisi nasıl oldu?

Ateşim yükseldi üşime ve ve titreme yaptı	1
Kanama yaptı	2
Akıntı yaptı	3
Adet düzensizliği oldu	4
Sağlığımı bozmadı	5
Çocuğum oldu	6
Bilmiyorum	7

12- Sizin hastahaneye gelmenizi kim istedi?

Kendim istedim	1
Kocamla anlaşarak geldik	2
Konu-komşu, akrabalar istedi	3

III. BÖLÜM

1- Eşinizle nasıl evlendiniz ?

Görücü usulü ile	1
Anlaşarak	2

2- Kaçınıcı evliliğiniz ?

Soru 5'e geç	1 inci	1
	2 nci	2
	3 üncü	3

3- Önceki eşinizden ayrılma nedenleriniz ne olabilir, anlatırmısınız ?

.....
.....

4-Önceki eşinizden çocuğunuz var mı?

Evet	1
Hayır	2

5- Sizce ailede kendi çocuğunuzun olması mutlaka gereklidir ?

Evet	1
Hayır	2

6- Sizce ailede çocuk neden gereklidir ?

Evliliği sürdürmede	1
Neslin devamı için	2
Mirasını bırakmak için	3
Ekonomik güvence ve işinde yardımcı olması için	4
Diğer	5

7- Çocuğunuzun olmasını en çok kim önemsiyor ?

Kendisi	1
Kocası	2
Karı-Koca	3
Kadının ailesi	4
Erkeğin ailesi	5
Tüm aile	6
Diğer	7

8- Şayet çocuğunuz olmaz ise çocuk alıp büyötmek istermisiniz ?

Soru 10'a geç	Evet	1
	Hayır	2
	Belki	3
	Düşünmedim	4

9- (evet ise) Nereden çocuk alıp büyötmek istersiniz ?

.....

10- Size göre kocanızla anlaşmanız (huzurunuz) nasıl?

Soru 12'ye geç	Çok iyi	1
	İyi	2
	Orta	3
	Kötü	4

11- Anlaşamamanızın sebebi nedir?

.....

12- Çocuğunuzun olmaması ailede geçimsizlik yaratıyor mu ?

Evet	1
Hayır	2
Bazen	3
Kendimi etkiliyor	4

- VII -

13 - Size göre bir ailenin kendi çocuğunun olmaması boşanma nedeni olabilir mi?

Boşanma Nedenidir	1
Boşanma nedeni değildir	2
Belki boşanılır	3
Östüne evlenebilir	4

FORM II

INFERTİL KADINLARIN KOCALARINA UYGULANACAK SORU
KAĞIDI

Denek no.

Adı Soyadı

1- Kaç yaşındasınız?

2- En son hangi okulu bitirdiniz?

Okur yazar değil	1
Okur yazar	2
İlkokul	3
Ortaokul ve dengi	4
Lise ve dengi	5
Yüksek okul ve dengi	6

3- Ne iş yapıyorsunuz?

İşçi	1
Memur	2
Ticaret ve sanayi	3
Çiftçi	4
İssiz	5
Emekli	6

4- Kaçınıcı evliliğiniz?
(Birden fazla evlilik ise soru 5'e geç)

5- Önceki eşinizden ayrılma nedenleriniz ne olabilir anlatır mısınız?

.....

6- Sizce bir ailede kendi çocuğunun olması mutlaka gerekli midir?

Evet	1
Hayır	2

7- Sizce ailede çocuk neden gerektirir?

Evliliği sürdürmede	1
Neslin devamı için	2
Mirasını bırakmak için	3
Ekonomik güvence ve işinde yardımcı olması için	4
Diğer	5

8- Size göre bir ailenin çocuğunun olmaması boşanma nedeni olabilir mi?

Evet	1
Hayır	2
Belki	3

- X -

FORM III
INFERTİLİTE NEDENLERİ:

1- Hiç gebe kaldınız mı?

	Evet	1
Soru 3'e geç	Hayır	2

2- Gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?

isteyerek düşük	1
istemeyerek düşük	2
Ölü doğum	3
Canlı doğum	4
Prematüre doğum	5
Dış gebelik	6
Ölü + canlı doğum	7

3- Akraba evliliği yaptınız mı?

Evet	1
Hayır	2

4- Evlendikten sonra gebe kalmamak için siz yada kocanız hiç korundunuz mu?

	Evet	1
Soru 7'ye geç	Hayır	2

5- Siz yada kocanız hangi usulle korundunuz?

Rahim içi araç	1
Hap	2
Kaput (Kılıf)	3
Geri çekme	4
Takvim metodu	5
Vajinal köpük, krem, tablet	6
Vajinal laüaj	7

6- Kullandığınız bu usulü sürekli olarak ne kadar süre kullandınız?

1 yıldan az	1
1 - 2 yıl	2
3 - 4 yıl	3
5 < yıl	4

7- Şimdiye kadar tedavi olmak amacıyla ortalama olarak harcamalarınız kaç lira oldu?

Hiç olmadı	1
10.000.- TL.ndan az	2
10.000.- - 20.000.-	3
20.001.- - 30.000.-	4
30.001.- - 40.000.-	5
40.001.- - 50.000.-	6
50.001.- <	7

INFERTİLİTE KARTLARINDAN DOLDURULACAK BÖLÜM

8- Soy geçmişi :

Tüberkuloz ?
Kanser ?
Diabet ?

9- Öz geçmişi :

Önemli operasyon ?
Önemli hastalık ?

10- Fizik Muayene :

Tansiyon ?
Kilo ?
Tyroid ?

11- İlk adet yaşı ?

12- Adetlerin düzeni ?

Düzenli	1
Düzensiz	2

13- Adetlerin süresi ?

14- Adetlerin miktarı ?

GENİTAL BULGU

15- Vulva ?

16- Vajen ?

17- Cerviks ?

18- Uterus ?

(Tuşe ve laparoskopi sonucuna göre)

19- Adneksler ?

(Tuşe ve laparoskopi sonucuna göre)

SERVİKS VAJEN FONKSİYONU

20- Post coital test

Negatif	1
Zayıf	2
Vasat	3
İyi	4
Fevkalade	5

- XIII -

21- Candida

Var	1
Yok	2
Cevapsız	3

22- Trichomonus

Var	1
Yok	2
Cevapsız	3

23- Kültür :

24- Yumurtlama : (Endometrial biopsi ve vajinal smear'a göre)

Olmuştur	1
Olmamıştır	2
Cevapsız	3

25- HSG ve hidra : (Tübaların açık veya kapalı oluşu)

Her iki tüba kapalı	1
Tek tüba kapalı	2
Her iki tüba açık fakat ince ve buruntulu	3
Her iki tüba açık	4
Cevapsız	5

26- Spermogram

Fertil	1
Fertil ve 10-15 den fazla lokosit	2
İnfertil ve sayılmayacak kadar çok lokosit	3
Subfebril	4

27- Vajen PH

Asit	1
Alkali	2

28- Serviks PH

Asit	1
Alkali	2

29- Gözdibi görme alanı ve sella grafisi :

.....

INFERTİL KADIN DENEKLERİN BİLDİKLERİ VE UYGULADIKLARI
GELENEKSEL TEDAVİ YÖNTEMLERİ

A- RAHİME UYGULANANLAR

- 1- Süt ve maydanoz karışımının buharına oturulur.
- 2- Ebe gümeci buharına oturulur.
- 3- Ardıç kaynatılır, buğusuna oturulur.
- 4- Süt, kekik, toyun ipliği buğusuna oturulur.
- 5- Sadece süt buğusuna oturulur.
- 6- Gliserinli sünger hazneye konulur.
- 7- Karaböcek öldürüldükten sonra bir ilaç içinde bekletilip hazneye konur.
- 8- Menekşe tohumu dövülür, zeytinyağına batırılır, hazneye konur.
- 9- Bir pamuğa gül yağı dökülüp hazneye konur.
- 10- Çörek otu, maydanoz, zeytinyağı karışımı hazneye konur.
- 11- Çekirge, öldürülür dövülür hazneye konur.
- 12- Hindistan cevizi ile yapılan bir çıkı hazneye konur.
- 13- Beyaz soğan, kimyon, zeytinyağı çıkısı hazneye konur.
- 14- Sarımsak, karabiber, kuru üzüm çıkısı hazneye konur.
- 15- Ebe gümeci ile ilaca konmuş yün hazneye konur.
- 16- Kabuklu yumurta hazneye konarak 2 gün bekletilir.
- 17- Tavuk tüyleri hazneye yerleştirilir.
- 18- Nöbet sekeri hazneye konur.
- 19- İncir alkolde bekletilir, hazneye konur.
- 20- Siyah bir ilaçtan çıkı yapılarak pamukla hazneye konur.
- 21- Çam sakızı çıkısı yapılır hazneye konur.
- 22- Dağ patatesi, şeker, rakı karışımı hazneye uygulanır.
- 23- Siyah kuru üzüm, bal, bıtırak dövülür hazneye konulur.
- 24- Balık yağında maydanoz kavrulur, hazneye konulur.
- 25- Dikenli bir ot, ceviz, kimyon, gliserin karışımı hazneye konulur.
- 26- Yeni doğan çocuğun vücudundaki yağ baharatla karıştırılarak rahime çıkı yapılır.

- 27- Rahim küçük olursa buna karşı rahime yumurta akı akıtılır ve alkol içilir.
- 28- Arpa kaynatılır buharına oturulur.
- 29- Kızgın taşın ısisına oturulur.
- 30- Katran buğusuna oturulur.
- 31- Ebe gümeçi, pırasa, lahana buğusuna oturulur.

B- YENİLEN İÇİLENLER

- 32- Baharlı bal yenilir.
- 33- Bal ile balık yağı karışımı yenilir.
- 34- Bal, karabiber, rakı içilir.
- 35- Arı sütü yenilir.
- 36- Böğürtlen kökü suyu içilir.
- 37- Çeşitli otlar kaynatılarak içilir.
- 38- Sık sık konyak içilir.
- 39- Kutsal bir bitki su içinde büyütülüp, 7 kişiye dağıtılır, suyu içilir.
- 40- Anason, gülyağı, elma yağı, süt buharı, böğürtlen kökü kaynatılıp suyu içilir.
- 41- Ebe gümeçi suyu içilir.

C - D İ Ğ E R

- 42- Ceviz, kaysı, erik yaprakları kaynatılır, süzülür, banyo kazanında banyo yapıldıktan sonra üzerine yorgan örtülür.
- 43- Kirli yünün içine sarılıp terlenir.
- 44- Bele karasakız yakısı yapılır.
- 45- Kertenkele öldürülüp, baharatla karıştırılarak bele sarılır.
- 46- Beyaz boğan, kirli yün bele sarılır.
- 47- Ayaklardan yukarı asılır, iki saat bekledikten sonra karnı sarılır.
- 48- Uşaklığı (rahimi) döndürülür.
- 49- Hamamda bel ve kasık çektirilir.
- 50- Karından sıkıca taş sarılır.