

Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı

Dr. Dominic UPKONG¹, Dr. EO ORJI²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı infertil kadınlarda görülen psikiyatrik morbiditenin yaygınlığını ve ruh sağlığında bozulmayla ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın yapıldığı merkezdeki infertilite kliniğine başvuran 112 kadın hastaya Genel Sağlık Ölçeği (GSÖ-30), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt ölçeği (HADSA) uygulanmıştır. Kontrol grubu aynı kurumdaki aile planlaması kliniğine gelen 96 kadından oluşturulmuştur. Demografik bilgilere ek olarak, katılımcılardan obstetrik ve klinik bilgilerini almak üzere yapılandırılmış bir ölçek oluşturuldu.

Bulgular: İnfertil kadınlarda psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı GSÖ'ye göre % 46,4 olarak bulunmuştur, depresyon ve anksiyete yaygınlığı ise aynı sıra ile % 37,5 ve % 42,9 dur. İnfertil kadınlar tüm psikopatoloji ölçümlerinde anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Çoklu regresyon analizi ileri yaştan, hiç çocuk sahibi olmamanın ve eş desteğinin zayıf olmasından dolayı sosyodemografik verilerin psikiyatrik morbiditeyi (GSÖ-30 puanı) yordamaya katkıda bulunduğunu göstermiştir. Eşten destek görmeme aynı zamanda depresyon ve anksiyeteyi de yordamaktadır. Düşük eğitim düzeyi, işsizlik, çokeşli evlilik, eşin ailesinden destek olmaması ve hastalığın süresi ruh sağlığının bozulmasını yordamaktadır.

Sonuç: İnfertilitenin yüksek oranda psikopatoloji ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bulgularımız kadın doğum doktorlarının ve diğer sağlık çalışanlarının infertilite tedavisi gören kadınlarda psikososyal rahatsızlıkları araştırmasını gerekli kılmaktadır. Bu grup kadınların tedavisi sırasında sonucu olumlu yönde etkilemesi açısından psikolojik girişimler ve organizasyon değişimleri gereklidir.

Anahtar Sözcükler: İnfertilite, psikiyatrik morbidite, anksiyete, depresyon yordayıcıları

SUMMARY: Mental Health of Infertile Women in Nigeria

Objective: To determine the prevalence of psychiatric morbidity and factors associated with poor mental health in women suffering from infertility.

Method: The General Health Questionnaire (GHQ-30), Beck Depression Inventory (BDI) and the Anxiety Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADSA) were administered to 112 women with infertility at the time of their first presentation to a fertility clinic in a tertiary referral centre. The comparison group comprised of 96 women presenting at the family planning clinic of the same institution. In addition to demographic data, a structured questionnaire was used to collect obstetric information and clinical details from the participants.

Results: The prevalence of psychiatric morbidity was 46.4% (GHQ cases) in the infertile women, 37.5% and 42.9% were cases of anxiety and depression respectively. Women suffering from infertility scored significantly higher on all outcome measures of psychopathology. The results of the multiple regression analysis showed that the sociodemographic variables of the women with infertility contributed to the prediction of psychiatric morbidity (GHQ-30 score), because of the effects of age, not having at least one child and poor support from spouse ($R^2 = .26$ Adjusted $R^2 = .19$ $F(10,101)=3.57$ $p=.001$). Lack of support from husband also predicted depression and anxiety. Low level of education, polygamous marriage, unemployment, lack of support from in-laws and duration of illness were not predictors of mental ill health.

Conclusion: Infertility is associated with high levels of psychiatric morbidity. Our findings reinforce the need for gynaecologist and healthcare professionals to look for psychosocial distress in women undergoing fertility treatment. Psychological interventions and improvements in the organization of care is essential to positively impact on outcome during treatment in this group of women.

Key Words: Infertility, psychiatric morbidity, anxiety, depression, predictors

¹Uzm., Obafemi Awolowo University Psikiyatri B1.

²Uzm., Obafemi Awolowo University Kadın Doğum, İle-ife Nijerya. Dominic Upkong MD, e-posta: upkongdi@yahoo.com

GİRİŞ

İnfertilite dünya çapında birçok araştırmaya konu olmuş önemli bir klinik çalışma alanıdır. Kadın doğum alanında devam eden gelişmeler ve infertiliteye yaklaşımdaki güçlükler hem hastalar hem de hekimler için zorlayıcı deneyimlerdir (Stotland 1985). İnfertilite fiziksel, psikolojik ve fizyolojik sorunlara neden olabilir. Çiftlerde istemsiz çocuksuzluğu etkileyen etkenler arasında, evlilik sorunları, kendine güven azlığı, cinsel performansla ilgili tatminin az olması ve cinsel birleşme sıklığının azalması gösterilmiştir (Andrews ve ark. 1991, Ulbrich ve ark. 1990).

Çocuksuz evliliklerde yaşanan psikolojik komplikasyonlar az gelişmiş (Matsubayashi ve ark. 2004, Monga ve ark. 2004, King 2003, Tan ve ark. 2001, Andrews ve ark. 1991, Ulbrich ve ark. 1990) ve gelişmiş ülkelerde gösterilmiştir (Sami ve Ali 2006, Dyer ve ark. 2005, Fiander 1991, Jindal & Dhall 1990).

Afrika'da üremeye ilgili sorunlar kadının eşi ve ailesi tarafından küçümsenebilir, yok sayılabilir ya da suç olarak görülebilir (Dyer ve ark. 2005). Nijerya'nın ve Mozambik'in bazı bölümlerinde üremeye ilgili sorun yaşayan kadınların bazı önemli sosyal olayların dışında bırakıldığı bilinmektedir (Orji ve ark. 2002, Gerrits 1997). Bu gözlemlere rağmen, özellikle Orta Afrika'da ve Nijerya'da infertilite oldukça az araştırma konu olmuştur.

Bu çalışmanın amacı infertil kadınlarda görülen psikiyatrik morbiditenin yaygınlığını özellikle anksiyete ve depresyon temel alınarak, araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki aile planlaması kliniğine başvuran hastalarla karşılaştırarak belirlemek ve değerlendirmektir.

Aynı zamanda, bazı demografik, sosyal ve klinik faktörlerin infertil kadınlarda psikopatolojiyi yordayacağını öngördük. Bu değişkenler; yaş, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, çokeşli evlilik, hiç çocuğunun olmaması, eşten alınan desteğin zayıf olması, evlat edinmeye karşı olumsuz tutum, eşin ailesinden desteğin yetersiz olması, hastalığın mali yükü ve infertilitenin süresidir.

YÖNTEM

Örneklem

İnfertil kadınların ruh sağlığı üzerine yapılan bu tanımlayıcı, karşılaştırmalı çalışma Güney Batı Nijerya'da Obafemi Awolowo Üniversitesi Kadın

Doğum ve Aile Planlaması kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Bu eğitim hastanesi Osun bölgesine üçüncü derecede sağlık servisi verirken aynı zamanda komşu Ekiti ve Ondo bölgelerini de desteklemektedir; bu çalışmayla ilgili izin, ilgili kurumun etik ve araştırma komitesi tarafından verilmiştir. Katılımcılardan, çalışmanın amaçları ve hedefleri açıklandıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılar 7 aylık bir süre içerisinde (Temmuz-Aralık 2005 arasında) doğurganlık ve aile planlaması kliniklerine ardışık olarak başvuran kadınlardan oluşmuştur. Aynı hastanenin aile planlaması kliniğine ardışık olarak gelen evli ve çocuklu kadınlar çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

Bu çalışma için infertilite, eğer gebelik hiçbir zaman oluşmamış ise birincil, başarısız bir gebelik girişimi olan ve bir yıldan fazla korunmadan cinsel birliktelik yaşayan kadınlar için ikincil olarak tanımlanmıştır. Bir önceki gebelik öncesi infertilite tedavisi gören kadınlar bu çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca daha önce klinik olarak ruhsal bir hastalık tanısı almış olanlar da çalışma dışı bırakıldı.

ARAÇLAR

Sosyodemografik ve geçmişe ait bilgiler yapılandırılmış bir veri formu ve hastane kayıtları ile elde edildi. Aşağıdaki geçmiş öykü ve demografik bilgiler alındı: yaş, evliliğin türü (tek eşli, çok eşli), çocukların sayısı, eğitim düzeyi (7 yıl ya da daha fazla okula karşılık 6 yıl ya da daha az okul), çalışma durumu (çalışıyor/çalışmıyor), kendiliğinden olan ve isteyerek yapılan düşük öyküsü. Çalışma grubu içinde (1) eşin destekleyici olarak algılanıp algılanmadığı, (2) eşin ailesinin destekleyici olarak algılanıp algılanmadığı, (3) çocuksuzluğun uzaması durumunda evlat edinme düşünülüp düşünülmediği üzerine evet/hayır şeklinde yanıt verilecek şekilde sorular soruldu. Tedavinin finansal sorumluluğu 3'lü bir skala üzerinden değerlendirildi (0=eş ödüyor, 2=ücret paylaşıyor, 3=hasta tek başına ödüyor). Ayrıca katılımcılardan ne kadar zamandır gebe kalmaya çalıştığı, infertilitenin birincil ya da ikincil oluşu, daha önce doğum yapıp yapmadığı gibi klinik bilgiler de alındı.

Kadınlarda ruhsal hastalık olup olmadığı 30 maddeli Genel Sağlık Ölçeği (GSÖ-3, Goldberg and Hiller 1979) ile değerlendirildi. GSÖ'nde tanı koymak için 5 ve üzeri bir puan gereklidir. Depresyon, 21 maddeli Beck Depresyon Envanteri kullanılarak (BDE, Beck ve ark. 1961) değerlendirildi.

TABLO 1. İnfertilite ve Aile Planlaması Grubunun Özellikleri.

Değişken	İnfertil katılımcılar	Aile planması	İstatistik
	S 112	S 96	
Yaş (yıl)			
Ortalama (SS)	34. 5 (5.5)	34.62 (9.05)	t=.122 df206
Aralık	24-46	22-53	P=.903
Evliliğin türü			
Monogam	96(%85.7)	72(%75.0)	X ² =3.82
Poligam	16(%14.3)	24(%25.0)	P=0.051
Eğitim süresi			
Yedi yıl ya da daha fazla	92(%82.1)	72(%75.0)	X ² =1.58
Altı yıldan az	20(%17.9)	24(%25.0)	P=0.209
Çalışma durumu			
Çalışıyor	98(%87.5)	76(%79.2)	X ² =2.62
Çalışmıyor	14(%12.5)	20(%20.8)	P=0.105
Kuretaj			
Var	64(%57.1)	26(%27.1)	X ² =21.88
Yok	48(%42.9)	70(%72.9)	P=.001
Psikopatoloji ortalaması			
GSÖ-30 (SS)	9.83(%4.33)	1.45(2.37)	t=7.11 P=0.001
BDE (SS)	9.02(%5.80)	2.83(4.25)	t=6.28 p=0.001
HAD-Anksiyete (SS)	6.08(%4.62)	2.51(3.32)	t=6.31 p=0.001

BDE depresyon şiddetini ölçen hastanın kendisinin doldurduğu 10-18 puanın hafif/orta depresyon, 19-29 puanın orta şiddetli depresyon ve 30-63 puanın ise şiddetli depresyon bildirdiği bir değerlendirme aracıdır. Hem GSÖ-30 hem de BDE Nijerya'da geniş ölçüde kullanılan ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmış (Ukpong ve ark. 2003, Abiodun ve ark. 1993) ölçüm araçlarıdır.

Yaygın bunalıtı açısından hastalar, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin (HADSA) Anksiyete Alt Ölçeği kullanılarak değerlendirildiler (Zigmond ve Snaith 1983). HADS depresyon ve anksiyete alt ölçekleri olan 14 maddeli bir değerlendirme aracıdır. Her madde 4 puanlı bir skala üzerinden değerlendirilir. Toplam puan aralığı 0-21 arasında değişmektedir ve HADS Nijerya'da hastane ve toplum örneklemelerinde uygulanmıştır

(Abiodun 1994). Bu bölge için tavsiye edilen kesme puanı olan 8, bu çalışmada da kullanılmıştır (Abiodun 1994).

İstatistiksel analiz

Devamlı değişkenlerin analizinde student t testi, kategorik değişkenlerin analizinde ise ki kare istatistik ve Fisher kesinlik testi kullanıldı. Ruhsal hastalıkların belirleyicileri sıralı çoklu regresyon analizi kullanılarak araştırıldı. Tüm analizler Statistical Package for Social Sciences 10.0 for Windows (SPSS Inc. Chicago, Ill.) kullanılarak yapıldı. Anlamlılık değeri p<0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, toplam olarak iki yüz otuz (230) kadın alındı. Fakat bu kadınların % 9.6'sı (22/230)

TABLO 2. Infertil Kadınlarda Sosyodemografik Değişkenlere Gore Psikiyatrik Sonlanım (N=112).

Değişkenler	GSÖ-30	BDE	HADSA
	Vakalar (%) 52 (46.4)	Depresif (%) 48 (42.9)	Anksiyeteli (%) 42(37.5%)
Yaş grubu			
22 - 31 n=60	18(30.0)***	20(33.3)	20(33.3)
32 - 41 n=30	20(66.7)	18(60.0)	10(33.3)
≥42 n=22	14(63.6)	10(45.5)	12(54.5)
Eğitim			
≥7 yıl okul n=92	40(43.5)	36(39.1)	36(39.1)
≤6 yıl okul n=20	12(60.0)	12(60.0)	6(30.0)
Evliliğin türü			
Monogam n=96	44(45.8)	42(43.8)	34(35.4)
Poligam n=16	8(50.0)	6(37.5)	8(50.0)
Çalışma durumu			
Çalışıyor n=98	46(46.9)	42(42.9)	32(32.7)**
Çalışmıyor n=14	6 (42.9)	6(42.9)	10(71.4)
Infertilitenin türü			
İkincil n=90	42(46.7)	36(40.0)	36(40.0)
Birincil n=22	10(45.5)	12(54.5)	6(27.3)
Doğum			
Hiç doğum yapmamış n=76	38(50.0)	38(50.0)*	26(34.2)
Daha önce doğum yapmış n=36	14(38.9)	10(27.8)	16(44.4)
Evlât edinme			
Evet n=102	50(49.0)	40(39.2)*	34(33.3)**
Hayır n=10	2(20.0)	8(80.0)	8(80.0)
Tedavinin maaliyeti			
Maaliyet paylaşımlı n=40	20(50.0)**	14(35.0)***	10(25.0)**
Eş ödüyor n=58	20(34.5)	20(34.5)	22(37.9)
Kendi ödüyor n=14	12(85.7)	14(100)	10(71.4)

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

çalışmaya katılmayı reddetti. Çalışmaya katılmayı reddeden 22 kadından 13'ü infertilite grubundan, 9'u ise aile planlaması grubundan idi. Böylelikle araştırmanın örneklemini 112'si infertil olan ve 96'sı aile planlaması yardımı almaya gelen 208 kadın oluşturdu. 112 infertil kadının % 19.6'sı (22/112) birincil infertilite teşhisi alırken,

% 80.4'ü (90/112) ikincil infertilite teşhisi aldı. Infertilitenin ortalama süresi 4.46±3.73 yıl olarak bulundu (aralık 1-18 yıl). Tablo 1'de hem kontrol hem de infertilite grubunun demografik ve klinik özellikleri verilmiştir. Her iki grup arasında yaş, evlilik türü, eğitim düzeyi ve çalışma durumu sosyodemografik parametreleri açısından anlamlı bir

TABLO 3 Infertil Kadınlarda Ruhsal Bozukluğu Öngören Regresyon Analizlerindeki Yordayıcı Değişkenler için Standardize Regresyon Katsayıları T ve Anlamlılık Değerleri.

Bağımlı değişken ve yordayıcılar	Beta	t	P
GSÖ-30			
Yaş grubu	.31**	2.75	.007
Eğitim düzeyi	.07	.66	.51
Evliliğin türü	-.04	-.39	-.69
Çalışma durumu	-.12	-1.28	.20
En az bir çocuk sahibi olmak	-.33***	-3.32	.001
Evlat edinmeye karşı olmak	-.19	-1.90	.06
Eşten destek	-.23*	-2.20	.03
Eşin ailesinden destek	-.04	-.46	.64
Tedavinin finansal yükü	.10	-1.02	.31
Hastalığın süresi	.003	-.03	.98
BDE			
Yaş grubu	.14	1.28	.20
Eğitim düzeyi	-.12	-1.29	.20
Evliliğin türü	.13	1.49	.14
Çalışma durumu	-.07	-.73	.47
En az bir çocuk sahibi olmak	-.24	-2.45	.02
Evlat edinmeye karşı olmak	.26**	2.71	.008
Eşten destek	-.30**	-2.87	.005
Eşin ailesinden destek	.12	1.23	.22
Tedavinin finansal yükü	-.20*	-2.04	.04
Hastalığın süresi	.18	1.64	.10
HADSA			
Yaş grubu	.08	.73	.47
Eğitim düzeyi	.09	.93	.35
Evliliğin türü	-.10	-1.09	.28
Çalışma durumu	-.16	-1.80	.07
En az bir çocuk sahibi olmak	-.11	-1.07	.28
Evlat edinmeye karşı olmak	.26**	2.74	.007
Eşten destek	-.28**	-2.71	.008
Eşin ailesinden destek	-.05	-.55	.58
Tedavinin finansal yükü	-.07	-.73	.46
Hastalığın süresi	.17	1.54	.13

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

fark yoktu. Aile planlaması grubunda daha fazla çokeşli evlilik görüldü. ($\chi^2=3.82$, $p=0.051$). Diğer yandan infertilite grubundaki kadınların kendiliğinden veya isteyerek yapılan düşük oranları daha yüksek ve anlamlı idi ($\chi^2=21.88$, $p=.001$).

İnfertilite ve aile planlaması grubunun psikiyatrik özellikleri

GSÖ-30 da tanı oranı infertilite grubunda % 46.4 (52/112) ve aile planlaması grubunda %12.5 (12/96) olarak bulundu. BDE ile infertilite grubun-

da % 42.9 (48/112) ve aile planlaması grubunda % 11.5 (11/96) oranında depresyon belirlendi. Çalışma grubunun % 37.5'inde anksiyete vakaları görülürken bu oran aile planlaması grubunda % 9.4 (9/96) idi. infertilite grubundaki katılımcıların GSÖ-30, BDE ve HADSA puan ortalamaları kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek olarak bulundu (Tablo 1).

Çalışma grubunda sosyodemografik değişkenlerin psikiyatrik sonuçları ile ilişkisi

Tablo 2 sosyodemografik değişkenlerin psikiyatrik ölçümler ile ilişkisini özetlemektedir. Eğitim durumu, evliliğin tipi ve birincil ya da ikincil infertilite tanısının ölçüm araçları ile herhangi bir ilişkisi bulunamadı. Ruhsal hastalık tanısı en az 22-31 yaşları arasında olan gruplarda saptandı ($\chi^2=14.07$, $SD=2$, $p=.001$) ve bu katılımcılarda depresyon eğilimi gözlemlendi ($\chi^2=5.88$, $SD=2$, $p=.053$).

İşsiz katılımcılarda, çalışan katılımcılarla kıyaslandığında anksiyete yaygınlığının yüksek olduğu bulundu (Fisher kesinlik $p=.008$). Çocuklu kadınlarda depresyon çocuksuz kadınlara oranla daha sıkı ($\chi^2=4.93$, $p=.026$). Anksiyete ve depresyon, evlat edinmeye olumlu bakış ile anlamlı olarak ilişkili idi (Fisher kesinlik $p=.008$; Fisher kesinlik $p=.018$). Kendi tedavi ve girişimlerinin finansal sorumluluğunu tamamen alan kadınlarda daha yüksek anksiyete ($\chi^2=9.55$, $SD=2$, $p=.008$), depresyon ($\chi^2=21.34$, $SD=2$, $p=.001$) görüldü ve bu kadınlarda psikiyatrik morbidite oranları daha yüksek bulundu ($\chi^2=12.22$, $SD=2$, $p=.002$).

Çalışma grubunda ruhsal bozukluk riskini öngören faktörler

Çoklu regresyon analizlerinin sonuçlarına göre infertil kadınlarda sosyodemografik değişkenlerin, psikiyatrik morbiditeyi öngörmeye etkili oldukları bulundu (GSÖ-30 puanı), bu değişkenler, yaş, çocuk sahibi olmamak ve eşten destek görmemekti ($R^2=.26$, Ayarlanmış $R^2=.19$ $F(10,101)=3.57$, $p=.001$). Standardize regresyon katsayıları ve anlamlı sonuç veren testler Tablo 3'te verilmiştir. BDE skorları bağımlı değişken olarak girildiğinde regresyon eşitliği yüksek oranda anlamlı bulundu ($R^2=.30$, Ayarlanmış $R^2=.23$, $F(10,101)=4.28$, $p=.001$). Yine çocuk sahibi olmamak ve eşten destek görmemek depresyon riskini artırmıştır. Evlat edinmeye yönelik olumlu tavır ve tedavinin maliyetini karşılamakta zorlanma depresyon geliştirme riskini öngörmekteydi. Analizler bağımlı değişken olarak HADSA skorları alınarak tekrarlandığında,

eşitlik anlamlı olarak kalmaya devam etmekteydi ($R^2=.28$ Ayarlanmış $R^2=.21$ $F(10,101)=3.95$ $p=.001$). Yine eşten yeterince destek görememek, hamile kalamadığı takdirde kadının evlat edinmeyi istemesi uzun vadede anksiyeteyi öngörmekteydi. Yaş yalnızca psikiyatrik morbiditeyi öngörmeye anlamlı olarak bulundu, depresyon ve anksiyete öngörücüsü olarak anlamlı bulunmadı. Demografik değişkenler, eğitim, çalışma durumu ve evliliğin tipi hem psikiyatrik morbiditeyi hem de anksiyete ve depresyonu etkilememekteydi. Diğer değişkenler olan, eşin ailesinden destek eksikliği, tedavinin maddi yükü ve hastalığın süresi GSÖ-30 ya da HADSA puanlarını öngörmeye katkıda bulunmadı. Eşin ailesinden destek eksikliği ve hastalığın süresi depresyon puanlarını yordamada katkıda bulunmasa da tedavinin maddi yükü ve depresyon arasında bir ilişki bulundu.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Nijerya'daki infertil kadınlarda psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda bulunduğunu göstermiştir. Psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı infertilite grubunda % 46.4 olarak bulunmuş, vakaların % 43 (48/112) depresyon ve % 37.5 (42/112) anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Diğer taraftan psikiyatrik morbiditenin, kontrol grubunda yaygınlığı % 12.5 olarak bulunmuştur, vakaların % 11.5'inde depresyon, % 9.4'ünde ise anksiyete tespit edilmiştir. Ölçüm araçlarının toplam puanları iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Psikiyatrik morbidite oranları çalışma grubunda Nijerya'daki diğer toplum örneklemeleri ve genel hastane örneklemeleri ile karşılaştırıldığında da yüksektir. Psikiyatrik morbidite yaygınlığı jinekoloji kliniklerine başvuranlarda medikal/cerrahi birimlerdeki hastalarda ve antenel klinik örneklemelerde aynı sıra ile % 30.2, % 35.2 ve % 12.5 olarak bildirilmiştir (Abiodun 1994).

İnfertilitenin yüksek oranda psikopatolojiyle ilişkisine dair bulgularımız daha önceki çalışmalar ile aynı çizgidedir (Sami ve Ali 2006, Dyer ve ark. 2005, Epstein ve Rosenberg 2005, Monga ve ark. 2004, King, 2003, Griengl, 2000). Bozuk ruh sağlığı göstergeleri; hiç çocuk sahibi olmamak, eşin desteğinin olmaması, evlat edinmeye yönelik olumsuz tutum ve yaş ile tedavinin finansal yükü olarak bulunmuştur. Eşin desteğinin yetersiz olması her üç psikopatolojiyi yordayan bir faktördür. Eşin destek vermemesi ve psikopatoloji arasında çalışmamızda bulunan ilişki, çocuksuz Japon ka-

dınlarda psikopatoloji belirleyicisi olarak baskı altında hissetmek ve eşin desteğinin yetersiz olması değişkenlerini bildiren Matsubayashi ve arkadaşlarının (2004), çalışmasını da desteklemektedir. İnfertilitenin bir sonucu olarak kadınların yaşadığı baskının evlilik ilişkilerini ve ihtiyaçları olan desteği alma kapasitelerini azaltabileceğinin de vurgulanması gerekmektedir (Ulbrich ve ark. 1990). Afrika toplularında çocuk yetiştirmeye genelde büyük önem verilmekte ve kısır çiftler fazla oranda sosyal damgalanma ile karşılaşmaktadır. (Favot ve ark. 1979). Bu çalışmaya katılan kadınlardan en azından bir çocuğa sahip olmayanlarda genel olarak ruhsal hastalıklar ve depresyon çocuğu olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Nijerya'da çocuksuz evlilikleri olan erkeklere, aileleri tarafından başka bir evlilik yapması yönünde baskı uygulanır, çünkü infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulur (Orji ve ark. 2002). Her ne kadar, bu çalışmada eşin ailesinden destek görme ruhsal hastalığın sonlanışını öngörme açısın-

dan önemli bulunmadıysa da bu durum kuşkusuz potansiyel bir stres kaynağıdır. İnfertilite kliniğine başvuran kadınların neredeyse yarısının ruhsal bir bozukluğunun olması ve üçte birinden fazlasının da anksiyete ya da depresyon yaşıyor olmaları infertil kadınlara psikolojik yaklaşımlar için olduğu kadar daha geniş anlamda sosyal politikaları belirlemek açısından da önemlidir. Bulgularımız, kısırılık tedavisi gören kadınlarda jinekologların ve diğer sağlık çalışanlarının psikolojik değerlendirme yapmasını gerekli kılmaktadır.

Üreme sorunları yaşayan kadınların yaşam kaliteleri kadın üreme tedavisinin bir parçası olarak psikolojik tedavinin de sunulmasıyla artacaktır. Bu çalışmanın önemli kısıtlılıkları vardır; sonuçlar temel olarak hastanın kendi doldurduğu değerlendirme ölçeklerine dayanmaktadır. Bu sonucu değerlendirmede araştırmacının taraf tutması en aza indirilse de, hata iki aşamalı bir teknikle yapılacak daha ileri çalışmalar tanıların standardize olmasına imkan verecektir.

KAYNAKLAR

Abiodun OA (1994) A validity study of the hospital anxiety and depression inventory in general hospital units and a community sample in Nigeria. *Br J Psychiatry*, 165:669-672.

Abiodun AO, Adetoro OO, Ogunbode OO (1993) Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*, 15:125-128.

Andrews FM, Abbey A, Halman LJ (1991) Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav*, 32:238-53.

Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch of Gen Psychiatry*, 4:561-571.

Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE ve ark. (2005) Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod*, 20:1938-1943.

Epstein YM, Rosenberg HS (2005) Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertil Steril*, 83:1882-1884.

Favot I, Ngala J, Mgalla Z ve ark. (1997) HIV infection and sexual behaviour among women with infertility in Tanzania: a hospital based study. *Int J Epidemiol*, 26:414-419.

Fiander A (1991) Infertility: an approach to management in a district hospital in Ghana. *Trop Doct*, 21:36-37.

Gerrits T (1997) Social and cultural aspect of infertility in Mozambique. *Patient Educ Couns*, 3:39-48.

Goldberg D, Hiller VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-145.

Griengl H (2000) Delusional pregnancy in a patient with primary sterility. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 21:57-59.

Jindal UN, Dhall GI (1990) Psychosexual problems of infertile women in India. *Int J Fertil*, 35:222-225.

King RB (2003) Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med*, 56:739-751.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE ve ark. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, 63:126-130.

Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S ve ark. (2004) Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:398-404.

Orji EO, Kuti O, Fasubaa OB (2002) Impact of infertility on marital life in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet*, 79:61-62.

Stotland NL (1985) Contemporary issues in obstetrics and gynecology for the consultation-liaison psychiatrist. *Hosp Community Psychiatry*, 36:1102-1108.

Sami N, Ali TS (2006) Psychosocial cosequences of secondary infertility in Karachi. *J Pak Med Assoc*, 56:19-22.

Tan S, Duan X, Tang X (2001) The psychological effect of clinical examination on women with tubal infertility. *Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao*, 32:254-256.

Ukpong DI, Fatoye FO, Oseni SB ve ark. (2003) Postpartum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. *East Af Med J*, 80:289-292.

Ulbrich PM, Coyle AT, Llabre MM (1990) Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J Sex Marital Ther*, 16:147-158.

Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-370.