

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ**

**XƏZƏR UNİVERSİTETİ**

---

**HUMANİTAR VƏ SOSİAL ELMLƏR FAKÜLTƏSİ**

**İstiqamətin şifri və adı**

**060209-Psixologiya**

**İxtisaslaşmanın adı**

**Klinik psixologiya**

**Psixologiya kafedrasının magistrantı**

**Musayeva Nigar Elmar qızının**

**Magistr dərəcəsi almaq üçün**

**AZƏRBAYCANDA İNFERTİL QADINLARDA TƏŞVİŞ VƏ DEPRESSİYA  
SƏVİYYƏSİNİN VƏ BUNLARA TƏSİR EDƏN FAKTORLARIN  
ARAŞDIRILMASI**

**mövzusunda**

**DİSSERTASIYA İŞİ**

**Elmi rəhbər: Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru, İkrəm Rüstəmov**

**Bakı-2018**

<b>XÜLASƏ</b> .....	<b>4G</b>
<b>İRİŞ</b> .....	<b>5</b>
<b>İFƏSİL. İNFERTİLLİK HAQQINDA ÜMUMİ MƏLUMAT</b> .....	<b>11</b>
1.1. İnfertilliyin tarixi.....	11
1.2. İnfertillik epidemiologiyası.....	13
1.3. İnfertilliyin etiologiyası.....	14
<b>İFƏSİL. İNFERTİLLİYİN PSİXSOSIAL VƏ PSİXOLOJİ TƏRƏFLƏRİ</b> .....	<b>16</b>
2.1.İnfertillikdə psixososial xəstəlik tarixi.....	16
2.1.1. Psixoloji hekayə.....	17
2.1.2. Evlilik və cinsi həyat hekayəsi.....	18
2.1.3.Ailə və sosial hekayə.....	19
2.2. İnfertilliyin psixoloji tərəfləri.....	20
2.2.1. İnfertillik haqqında psixoloji nəzəriyyələr.....	20
2.2.2. İnfertillik zamanı yaranan psixoloji pozuntular və təsir edən faktorlar.....	21
<b>III FƏSİL. İNFERTİLLİK VƏ MÜALİCƏ MÜDDƏTİ</b> .....	<b>31</b>
3.1.İnfertillik və müalicə müddətinin cinsi həyata təsiri.....	31
3.2. İnfertillik müalicəsində gender fərqi.....	33
3.3.İnfertilliyə yanaşma.....	38
<b>IVFƏSİL. İNFERTİL QADINLARDA TƏŞVİŞ VƏ DEPRESSİYA SƏVİYYƏSİNİN VƏ BUNLARA TƏSİR EDƏN FAKTORLARIN EKSPERİMENTAL TƏDQIQI</b> .....	<b>44</b>
4.1. Tədqiqatda istifadə olunan klinik material və metodlar.....	44
4.1.1. Tədqiqatın iştirakçıları.....	44
4.1.2. Klinik tədqiqatda istifadə edilmiş metodikalar.....	45
4.1.3. Tədqiqatın strukturu.....	47
4.1.4. Tədqiqatın statistik təhlili.....	48
4.2. Klinik tədqiqatda istifadə edilən metodikalar və onların təhlili.....	48

<b>NƏTİCƏ.....</b>	<b>58</b>
<b>İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT.....</b>	<b>60</b>
<b>ƏLAVƏLƏR.....</b>	<b>66</b>

## **Xülasə**

Dissertasiya işim giriş, 4 fəsil, eləcə də yarım fəsillər daxil olmaqla, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir. Giriş hissə dünya və Azərbaycanda infertillik və onun psixoloji tərəflərinin aktuallığı, statistik göstəricilər, tədqiqat mövzusunun işlənmə səviyyəsi, tədqiqatın obyektı, predmeti, fərziyyələri, məqsədi, vəzifələri, tədqiqat zamanı istifadə olunan metodikalar, tədqiqatın elmi əhəmiyyəti və elmi yeniliyindən ibarətdir. Birinci fəsildə infertilliyin tarixi, yayılma sıxlığı, ölkəmizdə və dünyada infertilliyin yaranma səbəblərindən bəhs edilmişdir. İkinci fəsildə infertilliyin evlilik, cinsi həyat, ailədaxili və sosial münasibətlərə təsirindən bəhs edilmiş, eyni zamanda yaratdığı psixoloji problemlər haqqında ümumi məlumatlara yer ayrılmışdır. Üçüncü fəsildə infertilliyin müalicə müddəti və bu zaman yaranan psixoloji problemlər haqqında məlumat verilmişdir. Müalicə müddətinin cinsi həyata təsiri, bu dövrün səbəb olduğu təşviş, depressiya göstəriciləri ilə infertillik arasındakı əlaqədə gender fərqi, klinik müalicə və reabilitasiya haqqında məlumatlar bu fəsildə toplanmışdır. Dördüncü fəsildə Azərbaycanda infertil qadınlarda depressiya və təşviş səviyyəsinin və bunlara təsir edən faktorların araşdırılmasının eksperimental tədqiqinə yer verilmişdir. Burada tədqiqat iştirakçıları, istifadə edilən metodikalar, tədqiqatın strukturu və alınan nəticələrin təhlili qeyd edilmişdir.

## GİRİŞ

**Mövzunun aktuallığı.** İnfertillik (sonsuzluq) - bir il ərzində cütlüklərin müntəzəm və qorunmadan cinsi əlaqədə olmasına baxmayaraq ilin yekununda hamiləliyin olmaması və yaxud hamiləliklərin canlı doğuşla nəticələnməməsidir (US Congress Office of Technology Assesment, 1988). Yaşı 35-dən yuxarı və hamiləlikləri təkrari düşüklərlə nəticələnən qadınlardan təşkil olunmuş cütlülərdə isə bu diaqnoz qoyulması üçün 6 ay kifayətdir. Hamiləlikdə qorunma üsullarından istifadə etməyən cütlülər arasında hamiləliyin başvermə faizi ilk ayda 25% olduğu halda, 6 ay içində 63% və 1 il içində 80% civarında olmuşdur. Bu fertil populyasiyada cütlülərin 6.6%-nin isə hamilə qalması üçün 2 ilə ehtiyacı olduğumüəyyən edilmişdir.

İnfertillikreproduktiv yaş qrupuna (18-45) aid olan cütlülərin 10-15%-nə təsir göstərir.Son illərdə bu rəqəmin 30%-ə qədər artdığı, yəni hər on cütlükdən birinin infertillikdən əziyyət çəkdiyi məlum olmuşdur. Dünyada isə bu problem təxminən 80 milyon insanda aşkarlanmışdır. İnfertillik əsasən müalicə edilə bilməyən və yaxud maddi imkanları məhdud olan kasıb, eyni zamanda reproduktiv orqanlara zərər verə biləcək yoluxucu xəstəliklərin geniş yayıldığı ölkələrdə daha çox müşahidə olunur [38].

Müəyyən edilmişdir ki, etioloji olaraq infertilliyin səbəbi 40%-i qadın, 40%-i kişi, 20%-i isə hər iki cinsdən qaynaqlanır.İnfertil cütlülərintəxminən 10-20%-i idiopatik(etiologiyası naməlum) infertillikdən əziyyət çəkir [55]. İdiopatik infertil cütlülərin fertil ola bilmə şansı 3-5 il ərzində 56% olduğu halda, 5 il və daha çox zaman keçdikdəisə bu rəqəm 30% təşkil edir. Etioloji olaraq insanlar arasında birinciliinfertillik 55-75%, ikincili infertillik isə 25-40% hallardarast gəlindiyi müəyyən edilmişdir.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına əsasən dünyada hər 5 nikahdan birinin infertilliklə nəticələndiyi qeyd edilir. Azərbaycan Respublikası Statistika Komitəsinin məlumatına görə isə 2012-ci ildə Azərbaycan üçün infertillik göstəricisi 2409 nəfər olmuşdur. 2014-cü ildə aparılan növbəti araşdırmada bu

göstərici 2806 nəfərə qədər qalxmışdır. Aparılan araşdırmalarda bu da müəyyən olmuşdur ki, Azərbaycanda qadınlar kişilərə görə daha çox infertillikdən əziyyət çəkir.

Etiologiyasının araşdırılması məqsədi ilə kişi və qadınların müxtəlif diaqnostik testlərdən keçməsi və araşdırmanın uzun zaman alması əksər hallarda şəxslər tərəfindən yorucu və xoşagəlməz hal kimi qarşılanır. Emosiya və fizioloji proseslər arasında müəyyən əlaqələrin olmasından dolayı isə bu faktorların qarşılıqlı təsirini qaçılmaz edir. Aparılan müayinə və müalicə üsulları əksər hallarda cütlüklər tərəfindən alçaldıcı şəkildə qəbul edilir. Nəsil artırma ilə bağlı problem yaşayan bu cütlüklərdə hətta ictimai qınaq olmasa belə, psixoloji olaraq daim bunu öz üzərlərində hiss edir və utandırıcı bir çatışmazlıq kimi qəbul edirlər.

Arqumenti psixoloji vəziyyət ilə infertillik arasındakı əlaqə olan eksperimental tədqiqatlar özündə iki modeli birləşdirir. Tədqiqatlardan biri mövcud olan psixopatologiyanın infertilliyin etiologiyasında rol oynadığını irəli sürən *psixoloji infertillik* modeli, digəri isə infertilliyin fəsadı olaraq psixoloji problemlərin ortaya çıxdığını iddia edən *psixoloji nəticə* modelidir [43]. Məsələn, psixoloji problemlərdən biri olan stress hipotalamoqonadal yola təsiri nəticəsində anovulyasiyaya səbəb ola bilər. Bununla yanaşı müəyyən edilmişdir ki, psixoloji problemləri aradan qaldırmaq məqsədilə təyin edilən dərmanların da infertilliyə əhəmiyyətli dərəcədə təsiri vardır [51].

İnfertilliklə əlaqəli olan psixoloji nəzəriyyələr 1970-ci illərdən etibarən modelləşdirilməyə başlanmışdır. Bütün bu modellərin məqsədi infertilliyin insanda yaratdığı psixoloji, sosioloji və seksual təsirləri araşdırmaqdır. Daha ətraflı olaraq bu təsirlərə depressiyanın yaranması, infertilliyə qarşı olan qəzəb, xəyal qırıqlığı, günahkarlıq hissi, psixoloji sarsıntı, təşviş, bədən imicinin pozulması, ictimai təsirlər, özünə nəzarətin itməsi, dini və özünə inamsızlığın yaranmasını misal göstərmək olar.

Qadın və kişilər arasında infertillik müddətinə yanaşmadan əzərcəzərpan fərqlər mövcuddur. Bu yanaşmanın fərqli olmasında əsas rol cinslər arasında emosional hissləri ifadə etmək baxımından fərqlərin olması oynayır. Qadınlar emosiyalarını daha çox və asan ifadə etdiyi halda, kişilər daha az və çətin ifadə edir. Eyni

zamanda,kişi cinsinə mənsub olan fərdlər mövcud hala böyük problem deyilmiş kimi qeyri-ciddi şəkildə yaşayırlar. Qadın və kişilər arasında psixoloji qiymətləndirilmənin nəticələrinin müqayisəsində də kişilərdə depressiya və təşvişin qadınlardan daha az rast gəlinəndiyi müəyyən edilmişdir. Bu göstəricinin qadınlar arasında yüksək olmasının səbəbi isə, onların daha çox təzyiqa məruz qalması və uyğun olaraq stress keçirmələridir. Son tədqiqatlarda infertil qadınların 50%-nin yaşadığı bu müddət həyatlarında ən stressverici dönmə olduğu və bu psixososial gərginliyin həyati təhlükə daşıyan xərcəng və ürək çatışmazlığı zamanı keçirilən psixoloji gərginlik qədər ağır olduğu müəyyən edilmişdir.

İnkişaf etmiş ölkələrdə infertilliyin müalicəsinə başlamazdan öncə, birmənalı olaraq ətraflı psixoloji anamnez əldə edilir. Bunun məqsədi müalicə müddətində meydana gələ biləcək problemlərə qarşı əvvəlcədən hazırlıqlı olmaq və bu faktorun ciddi patologiyası olan şəxslərin müalicəsinə təsir edəcəyi üçün zamanında qarşısını almaqdır. Psixoloji anamnez əldə edildiyi zaman paralel olaraq cütlüklərin ailədə xili münasibəti və seksual həyatı da qiymətləndirilir.

İnfertilliyin müalicə müddəti uzandıqca uyğun olaraq psixoloji problemlərin şiddətinin də artdığı məlum olmuşdur. Məhz, bunu nəzərə alaraq IVF (in vitro fertilization) müalicəsi alacaq qadınların müalicədən əvvəl psixoloji dəstək alması məqsədə uyğundur. Psixoloji dəstəyin infertilliyə qarşı aparılan müalicə tədbirlərinə uyğunlaşma prosesini yaxşılaşdırması və fertilizasiya şansını artırdığı ilə bağlı tədqiqatlar mövcuddur. Bu dəstəyin yüksək səviyyədə olması müalicə məmnuniyyətini təyin edən ən əhəmiyyətli faktorlardan biridir.

Bütün bunları nəzərə alaraq, inkişaf etmiş bir çox dünya ölkələrində infertil cütlüklər üçün xüsusi psixoloji xidmətlər təşkil edilmişdir. Lakin ölkəmizdə bu cür psixoloji dəstək göstərən qurum və təşkilatlar mövcud deyil. Bundan əlavə, Azərbaycanda təcrübə olaraq infertillik və onun meydana gətirdiyi psixoloji problemlərlə bağlı araşdırmalar və bu sahədə ixtisaslaşmış peşəkar kadrlar yoxdur.

Son illərdə dünyada infertilliklə bağlı yaşanan psixoloji problemlərin sayı durmadan artır. Belə ki, bu problem həm cəmiyyətin, həm də medianın gündəmini hər

keçən gün daha da çox zəbt edir. Bütün bunlar problemin ciddiliyini göstərən faktorlardır.

**Tədqiqat mövzusunun işlənmə səviyyəsi.** Son zamanlarda aparılan tədqiqatların əsas məqsədi infertilliyin qadın və kişilər üzərində təsirini araşdırmaq olmuşdur. Aparılmış tədqiqatlarda infertil cütlüklər fertil cütlüklərlə müqayisə edilmiş və alınan nəticələrə əsasən, infertillik ilə əlaqəli neqativ faktorların cütlüklərdə depressiya, təşviş kimi psixoloji problemlərə səbəb olduğu müəyyən edilmişdir.

Moghadam və həmkarlarının (2011) araşdırmasında şiddətli tip depressiyanın qadınlara nisbətən kişilərdə daha çox rast gəlinəndi aşkarlanmışdır [56]. Fido və Zahidin (2004) infertil və sağlam hamiləlik keçirmiş qadınlar arasında apardığı müqayisədə infertil qadınlarda depressiya göstəricisi daha yüksək olmuşdur [57]. Yılmaz tərəfindən aparılan tədqiqatda (2012) infertil cütlüklərdə qadınlarda kişilərlə müqayisədə təşviş və depresiv əlamətlər daha çox müəyyən edilmişdir [24]. Holter və həmkarlarının (2006) apardıqları araşdırmada IVF müalicəsinin əvvəlində qadınların kişilərlə müqayisədə daha çox təşvişli və depresiv olduqları müəyyən olunmuşdur [44].

1995-2003-cü illər aralığında ABŞ-da 11000 infertil qadın üzərində aparılan araşdırmada infertillik ilə təşviş arasında əlaqə olduğu aşkarlanmışdır.

Fərqli mədəni dəyərlərə sahib olan yaponiyalı qadınlarda da qərb qadınlarına oxşar nəticələr əldə edilmişdir. Belə ki, aparılmış tədqiqatda 81 sağlam hamiləlik keçirmiş qadınla 101 infertil qadının psixoloji vəziyyətləri müqayisə edilmişdir. Tədqiqatın nəticəsində aydın olmuşdur ki, infertil qadınlarda təşviş və depressiya göstəriciləri sağlam hamiləlik keçirmiş hamilə qadınlara nisbətən daha yüksəkdir.

ABŞ, Çin, Türkiyə və İranda aparılan tədqiqatlarda infertillik və müalicə müddətinin uzanması ilə depressiya və təşviş səviyyəsinin göstəriciləri arasında əlaqə olduğu isbat olunmuşdur. Tədqiqatda müəyyən edilmişdir ki, bu göstərici kişilərə nisbətən qadınlarda əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir və qadınların həyat tərzini infertillik müddətindən daha çox təsirlənir, uyğun olaraq da daha çox psixoloji dəstəyə ehtiyacları vardır [40,42]. İnfertillik və müalicə müddəti uzandıqca depressiya və təşviş səviyyəsində əhəmiyyətli dəyişikliyin olmamasının səbəbi



infertil qadınların zamanla vəziyyəti qəbul etdiyi və buna adaptasiya olduğu düşünüləməkdədir. Vəziyyəti qəbul etsələr də uşaq istəkləri, cəmiyyət və ailənin təzyiqi kimi səbəblərə görə depressiya və təşviş səviyyələrində azalma da görünməməkdir.

**Tədqiqatın obyektı.** Tədqiqatda 18-40 yaş arası 160 nəfər qadın iştirak etmişdir. Əsas qrup 86 infertil qadıdan, kontrol qrup isə eyni yaş qrupunda olan 74 fertil qadıdan təşkil olunmuşdur. Tədqiqata cəlb olunanlar “Reproduktiv Sağlamlıq Mərkəzinə” müraciət edən qadınlardan ibarətdir.

Hər bir iştirakçıya tədqiqatın məqsədi, hədəfləri haqqında və tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirakdan imtina etmək haqqlarının olması barəsində məlumat verilmişdir. Bununla yanaşı, əldə ediləcək məlumatların yalnız tədqiqat məqsədilə istifadə ediləcəyi və anonim qalacağı iştirakçıların nəzərinə çatdırılmışdır.

**Tədqiqatın predmeti.** İnfertil və fertil qadınlar arasında təşviş və depressiya səviyyələrini və bu psixoloji problemlərin meydana çıxmasına təsir edən faktorları müəyyənləşdirmək.

**Tədqiqatın fərziyyəsi.**

1. İnfertilliklə depressiya arasında korrelyativ əlaqənin olması.
2. İnfertil qadınlarda depressiya və təşviş göstəriciləri fertil qadınlarla müqayisədə daha yüksəkdir;
3. İnfertillik müddətiylə depressiya və təşviş göstəriciləri arasında korrelyativ əlaqə vardır;

**Tədqiqatın məqsədi.** İnfertil populyasiyada infertillik səbəbi, müalicə müddətinin qeyri-müəyyən olması, müalicənin uğursuz nəticələnməsi, maddi yük, ictimai təzyiq kimi səbəblərin psixoloji problemlərə xüsusilə də, təşviş və depressiyaya yol açdığına dair məqalələr mövcuddur. Tədqiqatın məqsədi klinikaya müraciət edən infertil və fertil qadınlarda depressiya və təşviş səviyyələrini müəyyənləşdirmək və müqayisə etməkdir.

**Tədqiqatın vəzifələri.** Qarşıya qoyulmuş məqsədə nail olmaq üçün aşağıda qeyd olunan vəzifələri həll etmək vacibdir:

1. İnfertil və fertil qadınlarda sosial-demoqrafik xüsusiyyətlərin müəyyənləşməsi;

2. İnfertil və fertil qadınlarda təşviş və depressiya səviyyələrinin qiymətləndirilməsi;
3. Alınmış nəticələrin müqayisəli riyazi-statistik təhlili.

**Tədqiqatın gedişində istifadə olunan metodikalar.**

1. Depressiya səviyyələrini müəyyənləşdirmək üçün ZDRS(Zung Self-Rating Depression Scale);
2. Təşviş səviyyələrini qiymətləndirmək üçün ZARS (Zung Anxiety Self-Rating Scale);
3. Sosial-demoqrafik xüsusiyyətləri təyin etmək üçün xüsusi işlənib hazırlanmış anket tətbiq olundu.

**Tədqiqatın elmi əhəmiyyəti.** İnfertil cütlüklərin hiss etdiyi neqativ emosiyalar mövcud problemin yükünü daha da ağırlaşdırır. İnkişaf etmiş ölkələrdə infertil cütlüklərin psixoloji problemlərinə hər keçən gün daha çox əhəmiyyət verilir. Azərbaycanda isə müalicə alan infertil cütlüklərə professional psixoloji xidmət tətbiq edilməsi hələ geniş yayılmamışdır. Bu araşdırmada əldə edilən məlumatlara əsasən, belə qənaətə gəlmək olar ki, tibbi müayinə və müalicəylə paralel psixoloji dəstəyin də əhəmiyyəti olduqca böyükdür.

**Tədqiqatın elmi yeniliyi.** Tədqiqatın elmi yeniliyi ondan ibarətdir ki, Azərbaycanda ilk dəfə olaraq infertil qadınların təşviş və depressiya səviyyələri müəyyənləşdirilmiş və təsir edən faktorlarla arasındakı əlaqə araşdırılmışdır.

**Dissertasiya işinin quruluşu.** Dissertasiya işi giriş, 4 fəsil, eləcə də yarım fəsillər daxil olmaqla, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir.

# I FƏSİL. İNFERTİLLİK HAQQINDA ÜMUMİ MƏLUMAT

## 1.1. İnfertilliyin tarixi

Nəsil artırma qədim zamanlardan bəri insanın ən əhəmiyyətli ambisiyalarından birikimi qəbul edilir. Qədim dövrlərdə yaşayan mütəfəkkirlərin insan reproduktiv sistemini və bu sistemdəki funksiya pozuntularını anlamağa çalışmışlar. Daha sonra isə elmin inkişaf etməsi ilə bağlı olaraq bu mövzudakı işləri elm adamları davam etdirmişlər. İnfertilliklə əlaqəli ilk mətnlər e.ə 2200-1950-ci illərə təsadüf edir. E.ə 460-370-ci illərdə yaşamış Hippokrat da infertillikdən bəhs etmişdir [27]. Hamiləliyin erkən diaqnozu və sonsuzluğun qarşısının alınması ilə bağlı reseptlər ilk olaraq qədim Misirdə istifadə edilmişdir. İnsanda ilk süni mayalanma isə 1776 və 1799-cü illər arasında Hunter tərəfindən həyata keçirilmişdir. Reprodktivliyə aid ilkin məlumatlar antik dövrlərə təsadüf edir. İnsan reproduktivliyi ilə bağlı ilkin nümunələrdən biri də müqəddəs İncildə buyurulan "məhsuldar olun və çoxalın"dır. İlk dini inanclarda qadının uşaq dünyaya gətirə bilmə bacarığı qadınlıq ölçüsü kimi, eyni zamanda infertillik isə səhv davranışın cəzası olaraq qiymətləndirilirdi [60].

Müqəddəs kitab olan İncildə Rachel və Leahın hekayəsi izah edilir: Rachel gözəl və cazibədar olduğu halda, Leah isə çirkin və xoşagəlməyən biri idi. Lakin Allah Leahı fertilliklə mükafatlandırırsa da, Rachel infertillikdən əziyyət çəkirdi. İllərlə bəslənən ümidin sonunda Rachel oğlunu dünyaya gətirdiyi zaman Allaha "Allahım, sənə şükürlər olsun! Sən məni üz qarəsindən qurtardın" deyərək təşəkkür etmişdir. Rachel-in inancında qeyd edilən infertilliyin üz qarəsi olması ilə bağlı fikir əsrlər boyu qadınlar arasında öz vacibliyini qoruyub saxlamışdır. Günümüzdə inkişaf etmiş tibbi məlumatlar, informasiya dövrü və inkişaf etmiş sosial əlaqələrə baxmayaraq, infertillik qadınlar üçün hələ də utandırıcı, alçaldıcı bir əlamətdir [27].

Alçaldılma hər nəqədər neqativ emosiyaya səbəb olan faktor olsa da, tarix boyu infertil qadınlara verilən işgəncələrdə daha ağır olmuşdur. Hətta bəzi qədim dövlətlərdə həyat yoldaşlarına öz infertil qadınlarını asmaq hüququ da verilmişdi. Birləşmiş Krallıqda həyat yoldaşlarının infertil qadınlarını boşamaq haqqları olmuşdur. Hələ yaxın keçmişdə hindu ənənələrində kişinin infertil arvadını mətbəxdə

stula bağlayaraqətrafında tonqal qalayıb işgəncə vermək hüququ var idi [61].İngiltərə kralı 8-ci Henry-nin qızıkralıçaMeri də (1516-1558) infertillikdən əziyyət çəkən insanlardan biri olmuşdur. Bu problemdən dolayı İngiltərədə insanlar arasında “sonsuz kraliça” təxəllüsü verilən Meri özünə həyat fəlsəfəsi olaraq "məlumatlanmaq ən böyük gücdür" sloqanını qəbul etmişdi.Onun həyatdakı ən böyük məqsədlərindən birikral taxtına sahib ola biləcək uşağının olması idi. Məhz buna görə Merivaxtının çox hissəsiniinfertilliklə bağlı müxtəlif məlumat və müalicə üsullarının axtarışı ilə keçirirdi. İkinci dəfə qeyri-təbii hamiləlik keçirən kraliça daha sonradepressiya və paranoid pozuntuyla üzləşir. İnfertillik, eyni zamandakişişqaynaqlı problem ola bilsə də, lakin tarix boyu cəmiyyətin psixoloji təzyiqinə qadınlardaha çox məruz qalmışdır.

Fransa kralı 16-cı Louis-in həyat yoldaşı Meri Antoinette də infertil idi. Xanımındakı infertillik problemindən başqa Louis-in spermalarında yumurta hüceyrəyə nüfuzədə bilmə problemi var idi. Lakin bu uğursuz nikahın səbəbkarı kimi siravi fransızlar Antoinette-ni günahlandırmış, hətta onun ləzbiyan olması barəsində şaiyələr yaymışdılar. Keçmiş əsrlərdə infertillikdən əziyyət çəkənlərin cəmiyyət tərəfindən “damğalanma adəti” günümüzdə dəməüyyən qədər öz aktuallığını qoruyub saxlayıb.

İngiltərədə Renessans dövründə öz peşəsiylə birgə həkimlikpeşəsinidə yerinə yetirən bərbərlər uşağı olmayan qadınlaramadyan südü, dovşan qanı, sidik içmələrini məsləhət görürdülər.Bəziləri isə qadınlara şəfalı sulara girmələrini tövsiyyə edirdilər. Son zamanlarda ABŞ-da aparılmış milli tədqiqatın nəticəsinə görə1980-ci ildən etibarən hamiləlik göstəricisi 340% artmışdır. Bu göstəricinin nəzərəçarpan şəkildə artmasında köməkçi nəsilartırma üsulları böyük rol oynamışdır [60].

Hindistanda məskunlaşmış Kerala Nayar qəbiləsində fertillik və cinsiyyət arasındakı əlaqələr araşdırılmışdır. Onların inancında yer alan “Nəsilartırma tanrısı” tərəfindən uşaq böyütməkvalideynlər üçün müqəddəs vəzifə kimi buyrulmuşdur. Bu qəbilədə uşaq doğmaq ən böyük məqsəd olduğundan dolayı fertil olmayanların nəsilartırma tanrısı tərəfindən bütün nəslinin lənətlənməsi ilə bağlı inanc vardır. "Pampin tullal" mərasimində tanrıların könlünü almaqdan dolayı dul infertil qadınlar gələcəkdə ailə həyatı quracaq bakirə qadınlar üçünqəbilə inanclarına görə “yaxşı”

olmasını sübut etmək, yəni nəslin davam etməsi üçün yararları olmalarıyla bağlı dualar edərək bir növ onlar üçün vəkil rolunu oynayırlar [61].

Son 30 ildə tibbin inkişafı ilə əlaqədar olaraq reproduktivlik göstəricisinin yüksəlməsi infertillik anlayışına olan marağı və gözləntiləri də artırmışdır. Qəbul edilən infertillik tərifi cütlüklərin ən az bir il ərzində hər həftə 3-4 dəfə olmaq şərti ilə qorunmadan cinsi əlaqədə olmalarına baxmayaraq, hamiləliyin baş tutmaması və yahamiləliyi davam etdirə bilməməsi kimidir.

## 1.2. İnfertillik epidemiologiyası

Fertilliyə bir çox faktorlar təsir göstərir. Bunlar arasında ən vacibi yaş faktorudur və yaş artdıqca fertillikdə də diqqətə çarpan azalma meydana gəlir. Yaş artmasıyla əlaqədar olaraq, yumurtalıqda yetişən follikulun keyfiyyətində də azalma müşahidə olunur, fertilizasiya qabiliyyətli yumurta hüceyrənin implantasiya şansı azalır. 15-24 yaş arasında olan qadınların 4%-ində fertillik göstəricisinin azalması qeyd olunur. Bu faiz göstəricisi 25-34 yaş arası qadınlar üçün 13%-dir. Digər yaş qruplarındakı nəticələrə əsasən isə 40 yaşındakı qadınların 33%-i, 45 yaşındakı qadınların 87%-i infertildir. Yaş artması xromosom anomaliyaları və spontan düşükehtimallarını da artırır. Klinik olaraq təsbit edilən abort nisbəti 30 yaşa qədər 10% olarkən, 30 yaşın sonunda 18%-ə, 40 yaşın əvvəlində isə 34%-ə qədər artır. Həmçinin, 30 yaşdan sonra endometrioz, cinsi infeksiya kimi fertilliyə təsir edəcək xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi də artır [29]. Eyni zamanda cütlüklərin uzun zaman uşaq planlamaması da yaş faktorunun mənfi tərəflərindən sayılır. Belə ki, artan yaş öz növbəsində seksual aktivliyin azalmasına da yol açır. Yaşla birgə daxili faktorların orqanizm üzərində mənfi təsirləri artdığı kimi, uyğun olaraq ətraf mühit amillərinin də təsiri artır. Bütün bu faktorlar fertilizasiya və implantasiyaya birbaşa təsir göstərir.

Son illər aparılan bəzi araşdırmalar infertillik göstəricilərində artım olduğunu göstərir. ABŞ-da 20-24 yaş arası qadınlarda 1965-ci ildən bəri infertillik göstəricisində təqribən 3 qat artım olduğu müşahidə edilmişdir. İnfertillik göstəricisinin nəzərə çarpan şəkildə artması diaqnostika üsullarında tərəqqi, müalicə üsullarının çoxalması və tibbdə sığorta sistemində keçidə səbəb olmuşdur [58].

Evlilik yaşının artması, buna uyğun olaraq uşaq doğma yaşının gecikməsi, ginekoloji xəstəliklərin çoxalması, uşaqlıqdaxili spiral və kontraseptivlərin istifadəsinin də fertilliyə təsir etdiyi məlum olmuşdur.

### 1.3. İnfertilliyin etiologiyası

*Ovulyasiya və sarı cism disfunksiyaları.* Budisfunskiyalar ümumi infertillik etiologiyalarının 15-20%-ni, qadınlarası etioloji səbəblərin isə 40%-ni təşkil edir [3]. Follikulyar və lüteinləşdirici fazalardan ibarət olan ovulyasiya luteal faktoru təşkil edir. Bu fazalar zamanı meydana gələn hər hansı mənfi faktorlar bilavasitə mayalanmış yumurta hüceyrənin implantasiyasına təsir edərək infertilliyə səbəb ola bilər.

Luteal faktora qonadal səviyyədə təsir edən pozğunluqlar aşağıdakı kimi təsnif edilir:

- Anovulyasiya – follikulun inkişaf etməməsi və ya yumurtlamanın olmamasıdır. Yüksək çəki, ağır məşq, emosional vəziyyət, polikistoz kimi yumurtalıq mənşəli xəstəliklər, hepatorenal pozğunluqlar, hipofiz, tiroid və böyrəküstü vəzi hormon disbalansları anovulyasiyaya səbəb olan faktorlardandır. Bütün bu faktorlara baxmayaraq bəzən naməlum etiologiyalı anovulyasiyalı pasientlərə də rast gəlinir. Anovulyasiyanın ortaya çıxmasına aşağıdakı hormonal dəyişikliklər təsir edə bilər:

1. Hipoqonadotropik hipoqonadizm;
2. Norma qonadotrop normoestrogen;
3. Hiperqonadotropik hipoqonadizm

- Lüteinləşdirici faza çatışmazlığı. Yumurtlama baş versə də, lüteinləşdirici fazada kifayət qədər progesteron sintez edilmir. Sarı cismin progesteron ifraz etməməsi nəticəsində endometriya yumurta hüceyrəni qəbul edə biləcək lazımi fizioloji səviyyəyə qədər inkişaf edə bilmir. Bu faktor 3-4% infertilliyə, 35% isə təkrari düşüklərə yol açmağa bilər.

Təsir edən neyroendokrin faktorlar, yumurtalıq və uşaqlıqla bağlı xəstəliklərdən başqa digər səbəblər də vardır. Bunlara aşağıdakıları misal göstərmək olar:

1. Lüteinizə partlamamış follikul;

2. Follikulun partlamasına baxmayaraq yumurta hüceyrənin xaric olunmaması;
3. Yumurta hüceyrəsiz follikulun inkişafı;
4. Atreziya (uşaqlıq borularının bağlı olması).

*Tubaperitoneal amillər.* İnfertillik etiologiyasında 35-40% yer tutur. Bu amillərə aşağıdakıları misal göstərmək olar:

- Çanaq boşluğu orqanlarının iltihabi xəstəlikləri;
- Endometrit (uşaqlıq selikli qişasının iltihabı);
- Abdominopelvikəmaliyyatlar.

*Uşaqlıqla bağlı amillər.* Uşaqlıqla bağlı faktorların rastgəlmə tezliyi 2-5% arasındadır. Anadangəlmə və qazanılmış olan bu patologiyalara bunları misal göstərmək olar: uşaqlığın xoşxassəli şişləri (mioma, endometrial poliplər), uşaqlığa adheziya, endometritlər, Müller anomaliyaları.

*Uşaqlıq boynuna bağlı faktorlar.* İnfertillik etiologiyasında 5-10% yer tutur. Bu faktorlara uşaqlıq yolu seliyində meydana gələn keyfiyyət, miqdar, infeksiyon və immunoloji dəyişiklikləri misal göstərmək olar.

*Naməlum etiologiyalı infertillik.* Hamiləliyin baş tutması üçün zəruri olan mərhələlərin hər hansı birində ortaya çıxan əngəl nəticəsində yaranan və hər iki cinsə məxsus pozğunluqlar infertillik etiologiyasının müəyyənləşdirilməsində istifadə edilir. Səbəbi bilinməyən bu faktorlar naməlum etiologiyalı infertillik olaraq adlandırılır.

## **İFƏSİL. İNFERTİLLİYİN PSİXSOSİAL VƏ PSİXOLOJİ TƏRƏFLƏRİ**

### **2.1. İnfertillikdə psixososial xəstəlik tarixi**

Amerika Fertillik Cəmiyyətinin üzvü olan Burns və Greenjfeld Psixososial Xüsusi maraq Qrupu üçün infertillik zamanı istifadə edilən xəstəlik tarixi ərsəyə gətirmişlər. İnfertillikdə psixososial xəstəlik tarixi aşağıdakılardır:

#### *Reproduktiv anamnez*

- İnfertillik: mövcud infertillik diaqnozu, birincili/ikincili, menapauza, uşaqlıq ekstripasiyası, yaşın 40-dan çox olması.
- Hamiləlik və valideyn olma: hal-hazırda yaşayan uşağın olması, perinatal ölüm, düşük, yüksək riskli hamiləlik, valideyn olmaq və övladlığa uşaq götürməyə münasibət.
- Reproduksiyaya təsir edən fiziki faktorlar: bədxassəli şiş, sintetik estrogen qəbulu, anadangəlmə reproduktiv orqananomaliyaları, fertilliyə təsir edən tibbi faktorlar.

#### *Psixososial anamnez*

- Psixiatrik: psixiatrik xəstəlik səbəbi ilə hospitalizasiya, psixotrop preparatlardan istifadə, narkotik maddə istifadəsi və asılılığı.
- Şəxsiyyət:müalicəyə təsir edən şəxsiyyət pozuntuları.
- Mövcud psixi sağlamlıq:depressiya, obsessiv-kompulsiv pozuntu, qidalanma pozuntusu, hal-hazırda istifadə edilən psixotrop dərmanlar, mövcud olan narkotik maddə istifadəsi və asılılığı, somatizasiya, təşviş və panik atak.
- Psixi vəziyyətdə dəyişiklik:mövcud psixososial stressyaradıcı faktorlar, daha öncə müşahidə olunan psixiatrik xəstəlik və ya simptomlar.

#### *Evlilik və cinsi həyat anamnezi*

- Evlilik: evlilik məmnuniyyəti və uyğunluq, pozulmuş ailədaxili münasibətlər, infertilliklə əlaqəli boşanmalar, evlilik uyğunluğu göstəriciləri, həyat yoldaşının səbəb olduğu gərginlik göstəriciləri, valideynlik və ya dərman preparatları ilə müalicəyə bağlı ambivalentlik.
- Cinsi həyat: Penilvə ya vaginal seksualmünasibət, sıxlıq, cinsi əlaqə ilə bağlıməmnuniyyət səviyyəsi, infertilliklə əlaqədar cinsi vərdişlərdə olandəyişikliklər, keçmiş və ya mövcud cinsi problemlər, cinsi xəstəlik anamnezi, əvvəllər hamiləlikdən qorunma üsullarındanistifadə, homoseksuallıq,



biseksuallıq, cinsi şəxsiyyət pozuntusu, bacı-qardaşlar və ya valideynlərdə olan infertillik, ailədə qamet donorluğu.

- Sosial: Cinsiyyət faktoru, stressli sosial problemlər, xaotik yaşayış tərz, mövcud sosial dəstəyin varlığı, infertilliyə təsir edən mədəni və dini mövzular.

### 2.1.1. Psixoloji hekayə

İnfertillikdə mövcud psixi vəziyyəti, zəka səviyyəsini, psixoloji simptomları, keçmişdəki emosional sabilliyi psixoloji hekayə araşdırır.

Ümumiyyətlə, infertilliyə qarşı əmələ gələn psixoloji reaksiyalar bunlardır:

- Qidalanma pozğunluqları;
- Yuxu problemləri;
- Bədən, imic, çəki ilə həddindən artıq maraqlanmaq;
- «Patoloji» və ya şişirdilmiş yas;
- Aqressiya və ya şiddət problemləri;
- İmpulsivlik;
- Depressiya;
- Somatizasiya;
- Cinsi istismar;
- Özünü qiymətləndirmənin azalması;
- Ovulyasiya induksiya metoduna qarşı atipik psixoloji cavabın yaranması;
- İntihar cəhdləri;
- Obsessiya;
- Panik tutmalar.

İnfertillik müddətinə təsir edən vacib faktorlardan biri də şəxsiyyət problemləridir. Bəzi hallarda ciddi şəxsiyyət patologiyaları infertillik müalicəsinin dayandırılmasına səbəb ola bilər. Şəxsiyyət pozuntularının lazımi səviyyədə tanınması müalicə müddətində yaranacaq problemlərin əvvəlcədən təxmin edilməsi və mövcud problemin öhdəsindən gəlmə mexanizmləri ilə bağlı vacib məlumatlar verir.

### *Şəxsiyyət tipləri və infertillik.*

- İsterik: dramatik, diqqətçəkici olmaq, şişirdilmiş emosionallıq. İnfertillik maskulinə və ya femininə qarşı bir hücum olaraq qəbul edilir.
- Obsessiv: nizamlı, sistematik, perfeksionist, qəti. İnfertillik hadisələrin kontroldan çıxmasına səbəb olan bir «cəza» kimi düşünülür.
- Narsistik: özündən razı, hirsli, müstəqil, perfeksionist. İnfertillik şəxsin mükəmməllik və ləyaqətinə qarşı «hücum» kimi qəbul edilir.
- Borderline (sərhəddə şəxsiyyət): diqqət çəkən, impulsiv. Bu tip insanlar infertilliyi tərkedilmə təhdidi kimi görür.
- Asılı: dərd çəkən, depressiv, itaətkar. İnfertillikdə yərsizliyinə qarşı gözlənilən bir «cəzadır».
- Kənar gəzən: uzaq, sosiallaşmayan, maraqsız. İnfertillik və onunla bağlı prosedurlar gizliliyin təhlükəli bir pozuntusu kimi yaşanır.
- Paranoid: narahat, şübhəcil, günahlandırıcı, həddindən artıq həssas. İnfertillik şəxsin özü istisna olmaq şərti ilə, hər hansı bir yer və ya hər hansı şəxsdən gələ biləcək məhv edici dönəmi kimi qəbul edilir.

### 2.1.2. Evlilik və cinsi həyat hekayəsi

Daha öncə bir və ya bir neçə dəfə təkrari və ya problemlili evliliyin olması cütlüklər arasında tərəflərdən birinin digərinə qarşı qeyri-ciddi yanaşması və bəzi sualların yaranmasına səbəb ola bilər. Bəzən əvvəlki evlilikdən uşaqların olması tərəflərdən birinin uşaq istəyinin daha az olmasına gətirib çıxara bilər.

Cütlük daxili münasibət dinamikasının pozulması evlilikdən kənar münasibətlərin yaranmasına şərait yaradır.

Müşahidə olunan cinsi problemlərə əvvəlcədən və ya müalicə dönməndə yaranan cinsi stimullaşdırıcı pozğunluqları, anorqazmiya və ərəskiya problemlərini misal gətirmək olar. Bundan başqa cütlüyün cinsi vərdişlərinin ətraflı araşdırılması da çox vacib məsələdir. Cinsi münasibətlərdə olan qəribəliklər, zamanla vaginal əlaqənin yerini alan oral, anal münasibət, tez-tez masturbasiya etmə və cinsi

əlaqədən sonra vaginal duş almaq kimi faktorlar hamiləliyin baş tutmamasına bilavasitə təsir edir [38].

İnfertilliyin cinsi funksiya üzərində təsirlə bağlı fərqli fərziyələr mövcuddur.

Evlilik münasibətlərində infertillik vacib rol oynayır. Belə ki, təsir edən bu faktor cinsi funksiya və məmnuniyyətdə pozuntulara yol açır. Xüsusilə, mayalanmanın baş tuta biləcəyi günlərdə həkim tərəfindən cinsi əlaqələrin məsləhət bilinməsi bu əlaqələrdə təbiiliyin itməsi və bir növ ev tapşırıqıymış kimi düşüncənin yaranmasına səbəb olur. İnsan infertillikdən dolayı özlüyündə cinsi yetərsizlik hiss edə bilər. Buna görə də evliliyə qarşı marağın və cinsi əlaqədən alınan həzzin itməsi depressiv halların meydana çıxmasına şərait yaradır [41].

Bəzən cütlüklər evliliyə qədər və ya evlilik müddətində kənar münasibətlər, qorunma üsulları, abortlar və keçmişdə baş vermiş intim əlaqələrə bağlı olaraq cəzalandırıldıklarını düşünürlər. Xüsusən ümidlə gözlənilən hamiləliyin baş tutmadığını göstərən menstrual tsiklə xas qanaxma əlamətlərinin başlaması dərin depressiv hisslərin yaranmasına səbəb ola bilər [38].

### 2.1.3. Ailə və sosial hekayə

İnfertilliyin səbəb olduğu problemlərin aradan qaldırılmasında cütlüklərin ailə quruluşu və sosial ətrafı çox mühüm rol oynayır. Sosial ətraf dedikdə cütlüyün yaşadığı ev, maliyyə vəziyyəti, hüquqi status, iş şərtləri və fiziki göstəricilərini özündə birləşdirən bir ifadə başa düşülür. Yetəri səviyyədə sosial dəstək və yaşayış şərtlərinin olmaması psixoloji problemlərin ortaya çıxmasını tezləşdirir.

Funksional olmayan və xaotik ailə quruluşu, ailədəki infertillik problemi və ölümlər müalicə adaptasiyasını pozan vacib faktorlardandır.

Uzun illər davam edən və ya olunmayan infertillik müalicəsi, cəmiyyət tərəfindən olan təzyiq cütlükdə psixoloji problemlər yaradaraq sosial statusa və evlilik münasibətlərinə təsir edir. Maddi baxımdan bu müalicələrin baha başa gəlməsi ailədaxili böhrana yol açmağa bilər [13].

## 2.2. İnfertilliyin psixoloji tərəfləri

### 2.2.1. İnfertillik haqqında psixoloji nəzəriyyələr

Uzun illər psixoloji infertilliyin mövcud olduğu ilə bağlı müəyyən fərziyyələr olsa da, bu problemin daha dəqiq nədən qaynaqlandığı ilə bağlı yekun məlumatlar açıqlanmamışdır [10]. Bu fərziyyələrdə infertillik səbəbi kimi əsas diqqət psixoloji faktorlara yönəldilsə də, 1970-ci illərdə Menningsin psixoloji gərginlik nəzəriyyəsi ilə infertillikdə meydana çıxan psixoloji problemlərin səbəb olaraq deyil, nəticə kimi yarandığı aydın oldu. Stanton və Dunkel infertilliyə stress nəzəriyyəsini gətirmişlər. Nəzəriyyəyə görə, infertilliyə bağlı yaşanan stress gözlənilməz, nəzarətsiz, qeyri-müəyyən və neqativ bir müddətin meydana çıxmasıdır. Burnsun təklif etdiyi modeldə isə reallıqda uşaqları olmayan infertil cütlüklərin keçirdikləri matəm hissiylə qəflətən baş verən övlad itkisi eyni səviyyədə qələmə verilir. Sandelwskinin modelinə görə, ağırlı həyat təcrübəsinə aid edilir. Bəzi müəlliflər Ericksonun inkişaf nəzəriyyəsini infertilliyə uyğunlaşdırmışdır. İnkişaf nəzəriyyəsinə əsasən isə orta yaşın başlıca məqsədi nəsil yaratmaqdır. Yəni, gələcək nəsli yaradıb nəsle rəhbərlik etməkdir. Bu müddətin uğursuz keçirilməsi fərdin mənlik inkişafı və məqsəd itkilərinə səbəb olur.

**Sonsuzluqda analıq modeli** - Ana olmaq istəyi ilə bağlı psixodinamik identifikasiya psixogenik infertillikdə vacib rol oynayır. Birincili və ikincili infertil şəxslər arasında aparılmış geniş miqyaslı araşdırmada psixogenik infertilliyin multifaktorial olduğu müəyyən edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, analığın inkar edilməsi vacib rol oynayır. Psixogenetik infertilliyin multifaktorial təsirlərindən bəzilərinin psixoterapiya ilə aradan qaldırılması mümkündür. Bəzi şəxslərdə şəxsiyyət xüsusiyyətlərinin dəyişməz olduğu müşahidə edilmişdir. İnfertillik müalicəsində psixoloq və ginekoloq birgə çalışmalıdır.

Başqa bir araşdırma hipotezində isə tədqiqat obyektini qismində funksional infertillikdən əziyyət çəkən qadın və onların analarıyla orqan mənşəli infertillikdən əziyyət çəkən qadın və anaları seçilmişdirlər. Hər qrupdan 20 qadın və ana seçilmiş, daha sonra əldə olunan nəticələr müqayisəli araşdırılmışdır. Funksional infertil qrupa aid olan qadın və analar orqan mənşəli infertillikdən əziyyət çəkən qadın və analarla müqayisədə daha çox psixoloji problem yaşadıkları məlum olmuşdur. Ancaq ana roluyla feminenlikarasında hər hansı əlaqə müəyyən edilməmişdir [45].

Tədqiqatçılar 116 cütlüklə ilk görüşdə psixodinamik qiymətləndirmə aparmışlar. Xüsusilə, orqan mənşəli infertillikdən əziyyət çəkən qadınlarda valideyn olmağa qarşı ikrah hissənin yaranması müşahidə olunmuşdur. Bu qrupda infertilliyə qarşı aparılan müalicə müvəffəqiyyətinin 11% olması aşkar edilmişdir. Kişilərdə kliniki olaraq tibbi və psixoloji diaqnoz heç də həmişə üst-üstə düşmədiyindən infertillik müalicəsi zamanı psixoloji qiymətləndirmə mütəmadi olaraq təkrarlanmalıdır.

Lacan həkimlərlə birgə apardığı araşdırmada IVF müalicəsi alan qadınların uşaq sahibolmasını və bu fikirlə əlaqəli şüuraltı düşüncəni qiymətləndirmiş, sonda isə belə nəticəyə gəlmişdir: uzun müddət infertillik əleyhinə müalicə alan qadın orqanizmi zamanla hər tipli manipulyasiya tətbiq edilə bilən obyektə çevrilir [63].

### 2.2.2. İnfertillik və psixoloji pozuntular

Köməkçi Reproduktiv Texnikalar infertilliyin müalicəsindəki imkanları genişlətsə də, cütlüklərə psixoloji çətinliklər də yarada bilər. Ümumiyyətlə, nəticə əldə edilməsi aylar, bəzən illər sürə, uğursuz nəticələr verə, emosional gərginlik yarada, fiziki və maddi faktorlar tələb edə bilər. Ətrafdakı insanlara qarşı rəftarları depressiv, hirsli, yorğun və təşvişli ola bilər [20]. İnfertil cütlüklərin verdiyi psixoloji reaksiyalar heterogenlik göstərir və infertilliyin qiymətləndirməsi zamanı hansı mərhələdə olması, yaş, gəlir səviyyəsi, müalicə xərcləri, tətbiq olunan diaqnoz və ictimai dəstək anlayışları kimi bir çox faktorlar təsir edir. İnfertilliyin diaqnoz qoyma və müalicə müddətində bir çox cütlük şok, inkar, hirs, mətəm, günahkarlıq, təcrid olunma, depressiya, həsəd aparma və qısqançlıq kimi bir sıra duyğular yaşayırlar [11].

İnfertillik və Köməkçi Reproduktiv texnikalardan stressli nəticələr alınmasına baxmayaraq, infertilliyin psixoloji təsirləri üzərinə aparılan araşdırmada bir çox infertil kişi və qadının psixoloji olaraq dözümlü və psixososial funksiyalarının kifayət qədər olduğu aşkar edilmişdir. Boivinnin araşdırmalarına görə, infertillikdən əziyyət çəkən pasientlərdə təşviş, psixoloji narahatlıq, evlilik problemləri, cinsi pozğunluqlar çox az səviyyədə müşahidə edilir, uzunmüddətli uyğunlaşmazlıq aşkar olunur.

Ümumiyyətlə, bu qrupun evlilik uyğunlaşması normal səviyyədədir, infertillik böhranı, evlilik ünsiyyətini və emosional yaxınlığı artırır [20].

İnfertillik zamanı müşahidə olunan psixoloji reaksiyalar aşağıdakılardır:

1. *Emosional təsirlər:*

- Matəm və depressiya;
- Əsəb və xəyal qırıqlığı;
- Günahkarlıq;
- Şok və inkaretmə;
- Təşviş.

2. *İdarəetmənin itməsi:*

- Fiziki aktivlik, bədən və emosiyalar zamanı idarəetmənin itirilməsi;
- Həyatdakı məqsədlərə bağlı olaraq gələcək planları icra edə bilməmək.

3. *Şəxsiyyət, özünəinam, inanclar üzərində təsir:*

- Özünə qarşı inamın azalması və ya tamamilə itməsi;
- Şəxsiyyətdə dəyişiklik və pozuntuların yaranması;
- Dünyaya baxış tərzinin dəyişməsi.

4. *Sosial təsirlər:*

- Evlilik münasibəti və məmnuniyyətinə təsir;
- Cinsi aktivliyə təsir;
- Münasibətlərdə çətinliklər, yalnızlıq, utanc hisslərinin yaranması.

İnfertillikdən əziyyət çəkən insanların vacib problemlərindən biri də bu müddət ərzində günahkarlıq hissi ilə bağlı daxili qarşıdurma yaşamaqlarıdır.

*İnfertilliklə bağlı yaranan günahkarlıq hissi.* Evlilikdən əvvəl cinsi əlaqə, kontraseptiv vasitələrdən istifadə, əvvəlki hamiləlikdən olan uşağın övladlığa verilməsi, cinsi xəstəliklər, evlilikdən kənar münasibətlər, masturbasiya, homoseksual düşüncə və davranışlar kimi faktorlar infertillik zamanı fərdin özünü gühəncə hiss etməsini təhrək edir.

İnfertillik zamanı yaranan psixoloji reaksiyayla bağlı bir çox tədqiqatlar mövcuddur. Bu tədqiqatlara aşağıdakıları misal göstərmək olar:

Nəsilartırma qabiliyyəti normadan aşağı olansubfertilqadınların psixoloji vəziyyəti fertil qadınlarla müqayisədə daha pisdır [39]. Təəssüf ki, əksər hallarda müalicə infertilliyin biofizioloji etiologiyasına doğru yönəldiyindən psixososial təsirlər unudulur və ya gözdən keçirilir. Bu psixososial təsirlər vaxtında müalicə edilmədikdə problemlər günü-gündən şiddətlənir. Cəmiyyətimizdə kişilər qadınlarla müqayisədə daha az müayinə olunduqlarından dolayı uyğun olaraq da infertillikləri barəsində məlumatı daha gec alırlar. Buna görə də kişilərin vaxtaşırı müayinə olunması vacibdir. Cütlüklər xəyal qırıqlığına, haqsızlığa məruz qalma düşüncələrinə, ümitsizlik və özləri üzərində kontrolu itirdikləri ilə bağlı hisslərə qapıla bilərlər. Aşırı psixoloji yüklənmə fərdlərin özlərinə, həyat yoldaşına, müalicə komandasına və digər uşağı olan cütlülərə qarşı qəzəb hiss etməsinə səbəb olur. Qadınlarda infertilliyin utanc, günahkarlıq, dəyərsizlik, yararsızlıq, fiziki qüsurun olması fikirlərilə iə birgə rast gəlməsi haqqında müxtəlif araşdırmalar var. İnfertillik sadəcə uşaq dünyaya gətirə bilmə hissindən deyil, eyni zaman yaxşı valideyn ola bilmə hissindən də məhrum edir. Kişi və ya qadının nəsilartırma qabiliyyətinin olmaması, fərdlərdə cazibədarlıq və azadlıq hisslərinin itməsinə də səbəb ola bilər.

İnfertillik ailədaxili münasibətlərə təsir edə bilər. Aqressiya birincili şəkildə heç bir səbəb olmadan və yaxud bu çətin dövərdə həyat yoldaşının dəstəyini hiss etmədiyindən də ortaya çıxır. Uşaq sahibi ola bilməyən və buna görə də yararsızlıq hissəsinə qapılan bəzi cütlüyün tərəflərindən biri digər fertil partnyorun onu bu çətin zamanda tərk edəcəyindən ehtiyatlanır. Başqa qrup infertillikdən əziyyət çəkən şəxslər isə bu problemdə bilvasitə özünü günahkar hiss edərək fertil partnyorunun nəsilartırma qabiliyyətinin olmasını bildiyindən dolayı bu evliliyin bitməsinə və özünün bu cəhətdən xoşbəxt ola bilməsə də, partnyorunun xoşbəxt olmasını lazım bilir [58].

İnfertil şəxslərlə başqa tibbi problemləri olan xəstələrin müqayisə edildiyi araşdırmalar da mövcuddur. İnfertil qadınlar xroniki ağrı sindromu, kardial reabilitasiya keçən, xərcəng, HIV virusu və hipertoniya kimi xəstəliklərdən əziyyət çəkənlərlə müqayisə edilmişdir. Xərcəng, hipertoniya, kardial reabilitasiya keçən qadınların infertil qadınlarla demək olar eyni, xroniki ağrı sindromu və HIV

xəstələrilə isə nisbətən az psixoloji göstəricilərə malik olduqları məlum olmuşdur. Ağır xəstəliklərdən əziyyət çəkən şəxslərlə infertil xəstələrin psixoloji problemləri oxşarlıqlar nümayiş etdirir. Buna görə də infertil şəxslərə yuxarıda sadalanan ağır xəstəliklərdən əziyyət çəkənlər qədər həssas yanaşılması vacibdir [39].

İnfertil pasientlərdə aparılan araşdırmalarda müəyyən olmuşdur ki, bu şəxslər psixoloji cəhətdən ən çox təşvişdən əziyyət çəkir. Müalicə almış, lakin uğursuzluqla nəticələnmiş cütlüklərdə isə depressiya özünü daha qabarıq biruzə verir. Fərqli müalicə prosedurları almış cütlüklərin psixososial qiymətləndirilməsi aparılmışdır. Bu qiymətləndirmə nəticələrinə görə hər iki cinsdə də stress aşkarlanmışdır. Stressdən əlavəqadınlarda daha çox depressiya, kişilərdə isə gizli təşviş və psixosomatik şikayətlərə meyillilik müşahidə edilir. Qadınlarda sosial adaptasiya ilə bağlı daha çox problem yaşadıkları məlum olmuşdur. İnfertil qadınlarda müdafiə xarakterli təşviş psixosomatik simptomlarla birgə rast gəlinir. Cütlüklərdə ümumən və müalicə ilə bağlı bəzi ehtiyac və qorxular olsa da, ağır dərəcəli psixosomiyal problemlər çox az sayda müəyyən edilmişdir. İnfertillikdən əziyyət çəkən cütlüklərin yarısında evlilik problemlərinə rastlanır. Xüsusilə, daha öncə baş verən düşüklərlə bağlı qadınlarda meydana çıxan günahkarlıq duyğusu psixoloji təzyiqa səbəb olur ki, bu da öz növbəsində ailədaxili problemlərə zəmin yaradır [23].

Aparılan araşdırmada fiziki şikayətlərin vegetativ göstəricilər, psixoloji şikayətlərin isə qorxu və qadağalarla bağlı olduğu müəyyən edilmişdir. Depressiya və təşviş kimi psixoloji pozuntular infertillik müalicəsinin müvəffəqiyyətinə bilavasitə təsir edir. Bu ağır psixoloji dövəmdə psixosomiyal problem və hisslərini yetərincə ifadə etməyi, paylaşmağı bacaran qadınlarda hiss və problemlərini ifadə etməyənlərə görə daha müvəffəqiyyətli nəticə alındığı müəyyən edilmişdir.

İnfertillik hallarının təxminən 20%-də etiologiya naməlumdur. Bu qrupun bir qisminde zamanla fasiləli hiperprolaktinemiya baş verməsi müəyyən edilmişdir. Təşviş səviyyəsi yüksək olan qadınlarda bu problem daha tez-tez rast gəlinir.

564 cütlük arasında aparılan və iştirakçıların 27%-nin idiopatik infertil olduğu bir araşdırmada psixoloji baxımdan infertil qrup ilə fertil qrup arasında ciddi fərqlər tapılmasa da, depressiya və təşviş səviyyələrinin yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.



Bu baxımdan idiopatik olan və olmayan infertil qruplar arasında hər hansı bir fərq aşkar olunmamışdır.

IVF müalicəsi alan 217 xəstə arasında aparılan araşdırmada əhval-ruhiyyə vəziyyəti ilə müalicə müvəffəqiyyəti arasındakı əlaqə nəzərdən keçirilmiş və bu qrupda 25% fərdin depressiv simptomlar göstərdiyi məlum olmuşdur. Depressiv qrupda 1 il ərzində hamilə qalma göstəricisi 13% olduğu halda, depressiv simptomlar olmayan qrupda bu göstəricinin 29% olduğu müəyyən edilmişdir [12].

Hamiləlik özü stressə səbəb olan fizioloji dövr olsa da, infertillik zamanı hamiləliyin baş tutmaması fərqli şəkildə stressin yaranmasına səbəb olur. Buna əsaslanaraq Yaponiyada 101 infertil qadınla 81 sağlam qadın arasında araşdırma aparılmışdır. Alınan nəticələr müqayisə edilmiş və müəyyən olmuşdur ki, infertil qadınlarda emosional stress hamilə qadınlardan daha yüksəkdir.

Anamnezində 2-3 il infertillikdən əziyyət çəkən insanların 1 ildən az və 6 ildən çox müalicə olunanlarla müqayisədə depressiya səviyyələrinin daha yüksək olması müəyyən edilmişdir. Bundan başqa, etiologiyası məlum olan infertillərlə məlum olmayan və yaxud da yekun diaqnoz qoyulmamışlarla müqayisədə daha depressiv olmaları müşahidə olunmuşdur [29].

Evlilik münasibətilə bağlı Renshow-un təklif etdiyi “ana arı” modelində qadının evlilikdəki məqsədi ana arıya bənzədilir. Belə ki, bu modelə görə qadın eynilə ana arı kimi erkək fərd tərəfindən mayalanır və bu fərd daha sonra uzaqlaşır gedir. Yəni, bu model erkək fərdlərin sadəcə mayalandırmada rol oynadığını, sonrakı proseslərin isə sadəcə anadan asılı olduğunu iddia edir. Keeling modelində isə cütlüklərdən biri “matəm” içində olduğundan keçirilən ağır psixoloji vəziyyəti həddindən artıq böyüdür, əks tərəf isə ona psixoloji dəstək olur.

Cütlüklər arasında ailədaxili məişət münasibəti pozulduğundan dolayı cinsi əlaqə saylarının azalması və yaxud tamamilə olmaması zamanla normal qəbul edilməyə başlanır. Yalnız hamiləliyin baş tuta biləcəyi dövərdə cinsi əlaqədə olma və cinsi əlaqələrdən yayınma azalmış cinsi zövq kimi problemləri daha da çoxaldır. Cütlüyün həm keçmiş, həm də mövcud zamandakı evlilik və cinsi aktivlik cəhətdən

məmnuniyyət səviyyəsi infertilliyə qarşı cavab reaksiyasına və adaptasiya prosesinə bilavasitə təsir göstərir [41].

*İnfertil qadın və kişilərdə cinsi problemləri əmələ gətirən səbəblər:*

- Depressiya;
- Cinsi istəyin progesterona bağlı olaraq azalması;
- Daxili günahkarlıq hissi;
- Bədən imicinin pozulması;
- Cinsi aktların təqvimə əsasən icra olunması;
- Yalnız bəlli məqsədlərdən dolayı cinsi əlaqədə olma;
- Ambivalentlik.

*İnfertillik və depressiya* - Son 25 ildə aparılmış tədqiqatlar əsasən təşviş və depressiya arasındakı əlaqənin təbiəti ilə bağlı 3 fərziyyə müəyyənləşdirilmişdir:

1. Təşviş və depressiya eyni xətt üzərində yerləşsə də, kəmiyyətə bir-birindən fərqlənir.
2. Təşviş və depressiya keyfiyyət olaraq bir-birindən fərqlənir.
3. Təşviş və depressiya müştərək şəkildə rast gəlinə bilər və bu hal ayrı-ayrılıqda rast gəlinən depressiya və təşvişdən kəmiyyət və keyfiyyətə fərqlənir.

Hamilton (1982) depressiyanı həyatı fəaliyyətlərin azalması kimi görürdü. Kutluk depressiya zamanı zehni, emosional və fizioloji funksiyalarda azalma olduğunu və bu hal üçün 3 əlamətin – depressiv duyğu halı, marağın azalması və mənəvi narahatlığın xarakterik olmasını güman edirdi [25]. Beck modelinə (1972) görə depressiyalı insanın özünü, dünyanı, hadisələri neqativ qavrama və dəyərləndirməsi ilə müəyyən edilir. Depressiyada ilk olaraq idrakın pozulduğunu düşünən Beck depressiya əlamətlərinə aşağıdakıları aid etmişdir:

1. Emosional əlamətlər – kədərli emosional vəziyyət, özündən narazılıq, marağın azalması, ağlama krizləri, bədbəxtlik hissinin formalaşması;
2. Zehni və motivasiya əlamətləri – özünə inamın azalması, neqativ gözləntilər, özünü günahlandırma, qərarlısızlıq, təhrif edilmiş bədən obrazı, intihar istəyi, motivlərin azalması;

3. Fiziki və vegetativ əlamətlər – iştahsızlıq, cinsi stimulun itməsi, yuxu pozğunluğu, yorğunluq.

İnfertil qadınlarla aparılan tədqiqatlarda bu qadınlarda depressiya, təşvişin rastgəlmə tezliyi və psixoloji simptomların intensivliyinin sağlam qadınlardan əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, reproduktivliklə bağlı problemləri olduğu üçün ailəsi və həyat yoldaşı tərəfindən günahkarkimi qiymətləndirilən Nigeriyalı infertil qadınlarda depressiyanın rastgəlmə tezliyinin 37%, təşviş göstəricilərinin isə 43% olduğu aşkarlanmışdır [33].

Lee və həmkarları tərəfindən aparılan araşdırmada infertillik müalicəsinin stressli bir dövr olduğu müəyyən edilmişdir. Hər nə qədər qadınlar yoldaşlarına nisbətən daha çox stress içərisində olsalar da, infertil kişilərin də böyük stress altında olduqları müşahidə olunmuşdur. Müalicənin əvvəlindən sonuna qədər hər iki cinsdə təşviş və depressiya simptomları açıq-aydın özünü biruzə verir. Bundan əlavə, IVF mərhələlərində həm qadın, həm də kişilər arasında stress səviyyələrinin eyni olduğu aşkar edilmişdir [20].

Depressiya və təşviş kimi psixoloji faktorlar hamiləliyin baş tutma ehtimalını azaldır.

*İnfertillik və təşviş* - Təşvişinsanda təzyiqlik və gərginliyə yol açan, subyektiv hiss edilən qorxu, narahatlıq, təlaş, kədər və gərginlik kimi hisslərin yaranmasına səbəb olan duyğudur [25].

Gallinelli və yoldaşları 40 IVF müalicəsinə müraciət etmiş pasient arasında keçirdikləri tədqiqatda təşviş və bunun aradan qaldırılmasının hamiləlik faizlərinə təsirini nəzərdən keçirmişdir. Hər bir iştirakçıya ovosit (yumurta hüceyrə) toplanmasından öncəki axşam təşviş anketi və psixoloji gərginliyi ölçmək məqsədilə hazırlanmış test tətbiq olunmuş və buna əsasən, implantasiya baş tutan qrupun narahatlıq dərəcəsi, təşviş balları uğursuzluqla nəticələnmiş qrupla müqayisə edilmişdir. Alınan nəticədə məlum olmuşdur ki, hamiləliyin baş tutduğu qrupdakı ballar nəzərəçarpan dərəcədə aşağıdır. Bundan əlavə, uğurlu nəticə əldə edilən qrupda

sistolik qan təzyiqi və nəbz vurğuları uğursuz qrupla müqayisədə çox daha aşağı olmuşdur [20].

Bir başqa araşdırmada 138 xəstə nəzərdən keçirilmiş və iştirakçıların müalicəyə başlamazdan əvvəlki təşviş və depressiya səviyyəsi qiymətləndirilmişdir. Bu araşdırmaya əsasən IVF üsuluyla hamilə qala bilməmiş və bilməmiş qadınlar arasındamüqayisə aparılmış və aydın olmuşdur ki, hamilə qala bilməyənlərdə təşviş səviyyəsi daha yüksəkdir [20].

IVF (In Vitro Fertilization) müalicəsi dövründə kişilərin həmişəki şəxsiyyət xüsusiyyətlərini göstərdikləri, daha çox dominant və qoruyucu xarakter daşdıqları təsbit edilmişdir. Digər tərəfdən ICSI (intracytoplasmic sperm injection) üsulu ilə müalicə alan kişilərin IVF (In Vitro Fertilizasyon) müalicəsi alanlarla müqayisədə daha böyük stress içində olduqları təyin olunmuşdur [63].

Ümumiyyətlə, infertil qadınlar infertil kişilərə görə daha çox emosional stress yaşayırlar. Qadınlar infertilliyi həyatdakı rolları üçüncü müvəffəqiyyətsizlik kimi gördükləri halda, kişilər isə infertilliyin öhdəsindən gəlinə biləcək talehsiz bir hadisə kimi görürlər [41].

*Stress ve infertilliklə mübarizə* - Evləndikdən sonra uşaq sahibi ola bilməmə problemi bir çox cütlük üçün stress mənbəyi rolunu oynayır. Qərbi ölkələrində aparılmış çoxsaylı araşdırmada infertilliyin cütlüklərdə stress qaynağı olduğunu göstərmişdir. İnfertil cütlüklər bu halla mübarizə məqsədilə müxtəlif strategiyalar inkişaf etdirə bilirlər.

Demyttenaera və həmkarlarının (1998) apardıqları araşdırmada neqativ emosiyaların hamiləlik faizlərində nəzərəçarpan azalmaya səbəb olduğunu təyin etmişlər. Mənfi emosiyaların təsirlərinə dair aparılan sınaqda nəticələri ortalama göstəricidən aşağı olan qadınlarda hamiləlik ehtimalı 31,3% olduğu halda, nəticəsi ortalama göstəricidən yuxarı olan qadınlarda 14,9% olmuşdur.

2001-ci ildə aparılmış iki böyük tədqiqatda psixoloji stress və IVF-də müvəffəqiyyət arasındakı əlaqə nəzərdən keçirilmişdir. 291 qadına tətbiq edilmiş ilk sitoplazma içinə sperma inyeksiyası (ICSI) müalicəsinin başlanğıcında təşviş və depressiya qiymətləndirilmiş və başlanğıcdakı psixoloji faktorlarla hamiləliyin

baştutma ehtimalı arasında müəyyən əlaqələrin olduğu qənaətinə gəlinmişdir. Alınan nəticələrə əsasən təşviş göstəricilərinin depressiya göstəriciləri ilə müqayisədə daha yaxşı olduğu aşkar edilmişdir. İkinci halda isə müalicəyə başlamazdan əvvəl 151 qadına tətbiq olunan psixoloji anketin nəticəsinə görə pozitiv emosiyalı qadının hamilə qalib sağlam uşaq dünyaya gətirmə göstəricisi neqativ emosiyalı qadınla müqayisədə 93% daha yüksək olduğu aşkar edilmişdir [20].

2000-ci ildə Lee və həmkarları tərəfindən aparılan araşdırmada məlum olmuşdur ki, infertilliyin səbəb olduğu stresslə mübarizə üsulu kimi qadınlar əks cinsə nəzərən hisslərini paylaşma strategiyasından daha çox istifadə edirlər. Bundan əlavə, digər araşdırmalarda qadınların kişilərə nisbətən duyğu paylaşımalarını sosial olaraq daha asan qəbul etdikləri aşkarlanmışdır. Buna görə qadınlar digər infertil cütlüklərlə sosial əlaqə qurmada daha aktiv rol oynayırlar [41].

Hjelmstedt və həmkarları (1999) tərəfindən aparılan tədqiqatda infertillik problemi yaşayan cütlüklərin bir-birləri ilə daha çox mənəvi yaxınlıq göstərdikləri müşahidə edilmişdir. 192 kişi və qadın arasında keçirilmiş sorğuda iştirakçıların yarısından çoxunu müddət ərzində münasibətlərinin hər hansı bir zərər görmədiyini ifadə etmiş, hətta münasibətlərinin daha da dərinləşdiyini qeyd etmişlər. Onlar bunun səbəbini infertilliyin səbəb olduğu psixoloji problemlərlə birgə mübarizə aparmaq, bir-birinə bu müddətdə dəstək olmaqla əsaslandırılmışlar. Digər tərəfdən infertillik müalicə və testi müddətində cütlüklər arasında müşahidə olunan mənəvi uzaqlaşmanın isəadətən cinsi problemlərdən qaynaqlandığı təyin edilmişdir [63].

Psixoloji dəstəyin infertilliyin müalicəsinə müsbət təsir etdiyi ilə bağlı müxtəlif tədqiqatlar mövcuddur. Aparılmış araşdırmada psixoloji yardımın təşviş və depressiya faizini azaldaraq hamiləliyin baştutma ehtimalını artırdığı məlum olmuşdur [24].

Psixoloji səbəblər müalicənin davam etdirilib-etdirilməməsində də vacib rol oynayır. Ümumiyyətlə, pasientin psixoloji sağlamlığının infertillik müalicəsinin tərkib hissəsi kimi qəbul edilməsi təklif edilmişdir. Xəstənin təşviş və depressiya səviyyəsinin qiymətləndirilməsi müalicə dönməsindəki çətinliyi azalda bilər ki, bu da öz növbəsində daha yüksək müalicə müvəffəqiyyəti əldə edilməsi və müalicə davamlılığının təmin edilməsi deməkdir [63].

İnfertilliklə mübarizədə pasientlərin istəksiz olması cütlükdaxili mənəvi və cinsi münasibətlərin pozulmasına yol açar bilər.

İnfertillik ilə mübarizədə həm problemə, həm də duyğularafokuslanmış mübarizə strategiyaları istifadə edilə bilər. Problemə fokuslanmış mübarizə strategiyasında mövzuylabağlı məlumat toplanması, həyat yoldaşı ilə düzgün ünsiyyət qurma, diaqnostika və müalicə ilə əlaqədar informasiya almaqəsas faktorlardır. Duyğulara fokuslanmış mübarizə strategiyasında isəinfertilliğin diaqnostika və müalicəsində duyğuların davamlı olaraq açıqlanması, paylaşılması və duyğuların ön planda olduğu ünsiyyətlərin qurulması əsas götürülür.

İnfertilliğin müalicəsi böyük maddi dəstək tələb etdiyinə görə bu dövəndə ailənin maddi böhranına səbəb olur. Bəzi ailələr bu dövrdə cütlüklərə dəstək olduğu halda digərləri isə onları alçaldır, ünvanlarına nalayiq sözlər işlədir, təhqir edir və acılayırlar.

Ağır psixoloji təzyiq yalnız ailədaxili münasibətlərə yox, bəzi hallarda dostluq münasibətlərinə də xələl gətirir. Bu halda infertil insanlar dost və ya rəfiqələrinin fertil olmasından qəzəblənir, bir növ paxıllıqları tutur ki, sonda bütün bunlar münasibətlərin pozulmasına səbəb olur.

Cütlüklərə bəzən müxtəlif sosial və fiziki faktorlarla birgə etnik, mədəni, dini faktorlar da təsir edir.

### **III FƏSİL. İNFERTİLLİK VƏ MÜALİCƏ MÜDDƏTİ**

#### **3.1. İnfertillik və müalicə müddətinin cinsi həyata təsiri**

Müalicəsi aylar və illərlə davam edə biləcəyindən infertillik cütlüyün münasibətinə mənfi təsir edir, ailədaxili adaptasiyanı və həyat tərzini pozur. Yalnız ginekoloq tərəfindən təyin edilmiş günlərdə cinsi əlaqələrin olması və əlaqə zamanı daha əvvəllər olan vərdişlərin tərgidilərək sırf hamiləliyin baş tutması üçün çalışmaq ailədaxili münasibətlərin pozulmasında bilvasitə iştirak edə bilər. Bütün bu faktorlar psixoloji təzyiq altında olan cütlüyə cinsi həyatları ətrafdakılar tərəfindən müşahidə altındaymış kimi təsir bağışlayır [27].

Qadınlarda cinsi disfunksiya anorqazmiya, cinsi istəyin itməsi və stimulyasiyanın olmaması şəklində ortaya çıxa bilər. Qeyd edilən disfunksiya nəticələri bilavasitə və ya dolayı yolla hamiləliyin baş tutmasına mane olur. Bununla yanaşı, müalicə dönməində istifadə edilən hormon əsaslı preparatlar cinsi aktivliyə təsir edir.

ABŞ-da cütlüklərin cinsi istəklərinin müəyyən edilməsi məqsədilə aparılan araşdırmada müəyyən olmuşdur ki, normal cütlüklər arasında qadınlarda 35%-i cinsi istəksizlikdən əziyyət çəkir. Kollec tələbələri arasında tətbiq edilən bu araşdırmaya əsasən kişilərin 72%-də, qadınlarda isə 30%-də cinsi istək və fantaziyaların olduğu aşkar edilmişdir. Qadınlarda cinsi stimulyasiya problemlərindən əziyyət çəkənlər isə 11-48% təşkil edir. Bundan başqa, 30% qadınlarda anorqazmiya, 8%-də isə cinsi əlaqə zamanı ağrının olduğu aşkar edilmişdir.

Qadınlarda cinsi funksiya pozulmasının səbəblərinə təşviş, yetərinçə stimulyasiyanın olmaması, koqnetiv müdafiə və sosial münasibət problemlərini misal göstərmək olar [14].

Süni mayalandırma metodlarından biri olan IVF-ə (invitro fertilizasiya) müraciət edən cütlüklər arasında aparılmış araşdırmada məlum olmuşdur ki, IVF müalicəsindən sonra cütlüklərin 47%-də yaxınlaşma, münasibətlərin güclənməsi və əlaqələrin artması baş vermişdir. Təqribən 20% qadın və kişi isə mənfi psixoloji duyğularını dilə gətirməyə başlamışlar [44].

İnfertillik dönməində bir qrup qadınlarda üzərində aparılan araşdırmada cinsi marağın 58% azalması və bu azalmanın səbəbi kimi cinsi əlaqələrin həkim tərəfindən proqramlanmış olması aşkar edilmişdir.

Keyenin 500 cütlüklə apardığı araşdırmada cinsi problemlər aşağıdakı kimi sıralanmışdır:

1. Cinsi əlaqə zamanı ağrının olması;
2. Qeyri-real cinsi istəklərin olması;
3. Cinsi istəyin progesterona bağlı olaraq azalması;
4. Depressiya;
5. Günahkarlıq hissləri;

6. Cinsi əlaqələrin məqsədli şəkildə yerinə yetirilməsi;
7. İdeal olmayan bədən görünüşü;
8. Ambivalentlik.

Qadınların 37%-i cinsi həyatlarındakı məmnuniyyətsizliyin səbəbini infertillik müalicəsində görür. Kişilər arasında aparılan araşdırmada isə iştirakçıların 75%-də erektil disfunksiya olduğu aşkar edilmişdir.

İnfertillik dövründə müalicə qrupu psixoloji dəstək baxımından cütlüklərə necə kömək edə bilməklə bağlı istəkləri belə sıralamışdır:

1. Müalicə dövründə meydana gələ biləcək problemlərin müzakirə edilməsi;
2. Cütlüklərin problemləri müzakirə edə bilməsi üçün ailədaxili şəraitin yaradılması;
3. Qarşılıqlı günahlandırmadan əl çəkmək;
4. Cinsi əlaqələrin aşırı dərəcədə qrafikləşdirilməsini azaltmaq;
5. Tez-tez təkrari bazaltemperatur ölçümünü məhdudlaşdırmaq;
6. Cütlüklərin cinsi əlaqəylə bağlı yetərincə məlumatlandırılması.

İnfertillik cəmiyyətdə olan klassik ər-arvad rollarını pozduğu üçün ənənəvi cinsi rolları icra edənlərdə bu müddətin daha stressli keçdiyi məlum olmuşdur. Aparılan araşdırmalara əsasən ənənəvi feminin rol üzərinə götürən qadınların maskülin xüsusiyyətli qadınlarla müqayisədə təşviş səviyyəsinin daha yüksək olması, ancaq depressiya, evlilik münasibətləri və cinsi problemlər baxımından hər hansı fərq olmadığı aşkar edilmişdir [53].

### 3.2. İnfertillik müalicəsində gender fərqi

İnfertillik zamanı yaranmış psixoloji vəziyyət qadın və kişilər arasında özünü fərqli şəkildə göstərir. Bu baxımdan stress də özünü fərqli cinsdə fərqli şəkildə biruzə verir. Qadınlar hiss etdikləri narahatçılıqlar barəsində kişilərə nisbətən daha çox danışmağa meyillidirlər. Bu hal kənardan kişilərin sanki daha az problem yaşayırmış kimi görsənməsinə səbəb olur [24]. Əgər infertillik diaqnozundan əvvəl hər hansı



psixopatologiya olarsa, bu mövcud problemə bilavasitə təsir edir. Eyni zamanda müalicəni aparan qrupun xüsusiyyət və dəstəyi də vacib rol oynayır.

ABŞ-da aparılan geniş miqyaslı araşdırmada qadınların sadəcə 2,8%-nin, kişilərin isə 3,5%-nin uşaq sahibi olmaq barəsində planlarının olmadığı müəyyən edilmişdir. Qadınlar müalicədə aktiv şəkildə iştirak etdiklərinə görə onların psixoloji xüsusiyyətləri daha aydın nəzərə çarpır. Kişilər isə qadınlardan fərqli olaraq müalicədə passiv iştirak etdiyinə görə onların psixoloji vəziyyəti tam olaraq aydınlaşdırıla bilinməmişdir. Qadınların psixoloji durumları barədə kişilərə nisbətən daha ətraflı danışması onların müalicə proseslərinə daha çox cəlb edilməsilə əlaqələndirilir. Bu tip gender fərqi mübarizə mexanizmlərində də açıq şəkildə müşahidə edilir. Qadınlar əksər hallarda problemlərini paylaşa biləcəkləri qruplara qatılsalar da, kişilər bu cür qruplara maraq göstərmirlər. Müdafiə mexanizmlərindəki bu tip fəqliliklər ailədaxili münasibətlərdə gərginliyə yol açmağa bilər [62].

Meydana gələn fərqlərin bir qismi istifadə olunan müəyinə metodlarının köməkliyi ilə qoyulan diaqnozla əlaqəlidir. Aparılan son araşdırmalara əsasən qoyulacaq diaqnoz bilavasitə kişi psixologiyasına təsir edə bilər. İnfertil kişilərdə müşahidə olunan stress depressiya və təşviş səviyyəsinin qiymətləndirilməsi əsasında müəyyən edilir. Bu simptomlar kişilərlə müqayisədə qadınlarda daha geniş yayılmışdır. Adətən kişilər stressin öhdəsindən gələ bilmək üçün içki aludəçiliyini seçirlər. Qeyd edilən nüanslara əsasən, kişilər arasında stress göstəriciləri qadınlarla müqayisədə daha aşağıdır.

Stress səviyyəsi və həyat tərzində dəyişikliklər olmuş pasientlərdə aleksitimik reaksiyalar müəyyən edilmişdir. Bu tip insanlar hissləri arasında əlaqə yarada bilmirlər. Sağlam kişilərlə müqayisədə infertil kişilərdə aleksitimiyanında daha yüksək göstəriciyə malik olduğu aşkar edilmişdir.

Qadınlar kişilərlə nisbətə invaziv prosedurlara daha çox məruz qalmalarıyla birgə müalicə məqsədi ilə daha çox hormonal preparatlar qəbul etmələri də bəzi psixoloji dəyişikliklərin yaranmasına səbəb olur [12]. İnfertil və fertil kişi və qadın qrupları arasında aparılan araşdırmalara əsasən infertillərdə depressiya, təşviş, aqressiv davranış və zehni pozuntu daha yüksək nəticələr göstərmişdir. Lakin bu

göstəricilərdə ciddi yüksəliş müşahidə edilməyib. Emosional reaksiyalarda fərqlərin olmasına rəğmən kişi və qadın arasındakı evlilik münasibətlərində hər hansı pozuntu müəyyən olunmur. Lakin cinsi həyatda müşahidə olunan problemlər ilk müayinədə qeyd edilmir.

Ümumilikdə qadınların problemlərə sərf etmələri üçün daha çox zaman, çaba sərf etmələri, eyni zamanda daha çox məsuliyyətə cəlb olunduqları meydana çıxmışdır.

İnsanlar arasında fiziki və mədəni göstəricilər arasında fərqlərin olması uyğun olaraq özünüifadədə də fərqliliklərə səbəb olur. Qadınlarda uşağa bağlanma və onu qoruyaraq böyütmə duyğusu, kişilərdə isə müstəqillik və məqsədəçatma ön plana çıxır.

Müalicə prosedurlarına qadınlar həvəslə qatıldığı halda, kişilər yayınmağa meyilli olurlar. Kişi və qadınlar arasında aparılmış əksər araşdırmalarda müəyyən olunmuşdur ki, qadınlarda təşviş və depressiya göstəriciləri daha yüksək balla qiymətləndirilmişdir [25]. Ailədaxili münasibət və cinsi həyat problemləri baxımından isə kişi və qadınlar arasında hər hansı fərq müəyyən edilməmişdir.

İnfertilliklə qarşılaşmış qadınlar bu problemdə özlərini daha çox günahkar bilir, qadınlıq rollarının dəyərsizləşdiyini düşünür, üzərində damğa olmasını hiss edir, itki hissi yaşayır və özünəinamın azalmasını müşahidə edirlər. Bu problemin səbəbi hansı tərəf olursa olsun, bütün hallarda qadınlar özlərini daha çox günahkar və məsuliyyətli hiss etdirlər. Bəzi hallarda infertiliyin kişidən qaynaqlandığı məlum olsa da, qadınlar hələ də özlərinə qarşı olan infertil düşüncədən qurtula bilmirlər. Bundan başqa, kişilər qadınlardan fərqli olaraq hər nə qədər xəyal qırıqlığı yaşasalar da, dəyərsizlik hisslərinə qapılmırlar. Qadınlar uşaq sahibi və hamilə ola bilmədikləri üçün matəm ab-havasına girir, kişilər isə bu dövəndə itki yaşayıbmış kimi və bioloji ata ola bilməməklə bağlı düşüncələrə qapılır [45].

Müalicə müddəti boyunca qadınlarda özünəinamda azalma, depressiya göstəricilərində isə artım müşahidə olunur. Kişilərdə isə zamana bağlı bu cür dəyişikliklər qeyd edilmir. Müalicə prosedurları cütlük üçün müsbət nəticələr

vermədiyi halda, qadınlarda kişilərlə müqayisədə daha çox cinsi əlaqə problemləri müşahidə olunur.

İnfertillik müalicəsində həm kişi, həm də qadının birgə iştirakı çox vacibdir. Kişilərin bu prosedurlardan uzaq qaldığı hallarda qadınlarda psixoloji, cinsi və evlilik problemlərinin daha şiddətli formada ortaya çıxmasına səbəb olur. Müalicə məsuliyyətini öz üzərinə götürməyə meyilli olan qadınlar kişilərlə müqayisədə daha şiddətli stressə məruz qalırlar. Qadınlarda cəmiyyətdəki insanlardan qaçma yəni, sosial izolyasiya daha çox müşahidə edilir. Bəzi qadınlar isə daha da irəli gedərək hətta işdən və bütün növ aktivliklərindən uzaqlaşırırlar. Bütün bunlar isə həyat tərzinə təsirsiz ötürülmür və əksər hallarda bu təsirlər mənfi yönlü olur. Kişilər isə infertilliyin səbəb olduğu bütün problemlərdən uzaqlaşmağa və idarəçiliyin başqaları tərəfindən edilməməsinə meyilli olurlar [55].

Tədqiqatçılar tərəfindən infertillik müalicəsinə baş vuran və vurmayan kişilər arasında araşdırma aparılmışdır. Bu araşdırmaya əsasən, müalicədə iştirak edən kişilərin sperma göstəriciləri ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında müəyyən asılılıq olduğu aşkarlanmışdır. İnfertillik səbəbinin kişidən qaynaqlanması, stress səviyyəsinin artması və evliliklə bağlı yaranan problemlər kişilərin müalicəyə başlamasını təhrik edir [22]. Nəticə etibarilə kişilər uşaq sahibi ola bilməmələrini daha asan qəbul edə bildikləri halda qadınlar müalicənin qurtarmasını belə istəmir və qəbul edə bilmirlər. Buna səbəb isə qadınların daha ümidvar olmasıdır. Onlar ən kiçik ehtimala belə böyük ümidlə yanaşırlar.

200 cütlük arasında müalicəyə başlamaqla bağlı verilən qərara əsaslanan araşdırmada məlum olmuşdur ki, ilkin addımı 30% qadınlar, 2% isə kişilər təklif etmişdir. Yerdə qalan cütlüklər isə müalicəyə başlamağa birgə qərar verdikləri məlum olmuşdur. Gələcək müalicə planları ilə bağlı kişilərdə daha çox qərarlılıq müşahidə edilir. Qadınlar isə kişilərdən fərqli olaraq bütün hallarda müalicəyə optimist yanaşırlar.

Müalicə üsulu kimi IVF(invitro fertilizasiya) və ET(embrion köçürülməsi)təyin edilən infertil qadınlarda müalicədən 15 ay sonra edilən təkrar kontrolda həmin və

daha sonrakı dövrlər üçün stress səviyyəsi qiymətləndirilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, müalicə müddətində stress səviyyəsi daha yüksəkdir [47].

Fertil analar və IVFüsuluyula müalicə alan infertil qadınlar arasında aparılmış araşdırma nəticələri müqayisə edilmiş və məlum olmuşdur ki, infertil qadınların həyat yoldaşları ilə olan münasibətə bağlı olaraq təşviş göstəriciləri daha yüksəkdir. İnfertil qadınlar gün boyu davamlı olaraq infertilliyin səbəb olduğu stressə məruz qalmırlar. Buna əsaslanaraq aparılan araşdırmada məlum olmuşdur ki, stressli dövr zamanı infertil qadınlarda aşağıdakı xüsusiyyətlər müşahidə edilir:

- a) IVF müalicəsi almağa meyilli olurlar;
- b) Özünəinam, iş mövqeyi və təminatında dəyişikliklər olur;
- c) Şəxsiyyət xüsusiyyətləri arasında münasibət müəyyən edilir.

Bu araşdırma nəticələrindən aydın olur ki, IVF müalicəsi alan qadınlarda daimi stressin olması fikri yanlıdır. Stress daha çox keçici xarakterdə müşahidə edilir.

IVF müalicəsinin son – yumurtalıqdan yumurta hüceyrələrin götürülməsi və embrion şəklində köçürülməsi mərhələsində olan 200 qadın arasında aparılan araşdırmada hospitalizasiya müddətində meydana gələn dövrü və ümumi təşviş göstəricilərində artım müşahidə olunmuşdur. Hospitalizasiya dövründən kənar müddətdə isə ümumi təşviş göstəricilərində hər hansı dəyişiklik qeyd edilməmişdir. Orta-uzun müddətli infertil olan qadınlarda təşviş səviyyəsinin daha aşağı olduğu müəyyən olunmuşdur. Yumurta hüceyrə infertilizasiyası müvəffəqiyyətsiz olduqda uyğun olaraq təşviş göstəricisində də artım olur. IVF müalicə seans sayı ilə təşviş arasında hər hansı qarşılıqlı əlaqə aşkar edilməyib, xəstələrin ümumi funksionallıqları normal qiymətləndirilmişdir.

Qadınlarda uşaq sahibi olmaq istəyi ön plana çıxdığı halda, kişilərdə uşaq sahibi olmaqla yanaşı sosial qınaqdan yayınmaq və bununla da öz kişilik funksiyalarını cəmiyyətə sübut etməyə çalışırlar. Araşdırmalarda müəyyən olmuşdur ki, infertillik kişidən qaynaqlandıqda onlarda stress səviyyəsi daha yüksək olur [63].

Daha öncə cinsi orqanlarda problem yaşamış bir çox cütlük, buna baxmayaraq, uşaq planlaşdırdıqları zaman bunun uğurla nəticələncəyinə inanırlar. Qadınların bəzilərində hamilə qalmaqla əlaqədar ciddi obsessiya, bəzilərində günahkarlıq

hissləri, bəzilərinde utanc, bəzilərinde itki hissi və bəzilərinde isə şəxsi idarəni itirmə kimi dəyişikliklər müşahidə edilir. Bəzi cütlüklər həkim tərəfindən təyin edilmiş qrafikə uyğun cinsi aktları icra edib təkrar müayinəyə gəldikdə sanki cinsi potensial və performansları haqqında hesab verirmiş kimi hiss yaşayırlar.

İlk dəfə klinikaya müraciət edən 449 infertil cütlük arasında aparılan araşdırmada məlum olmuşdur ki, bu gəlişdə cütlüklərdə təşviş, depressiya, aqressiya, zehni pozğunluq göstəriciləri yüksəkdir. Bundan başqa, ümumi stress səviyyəsinin də təkrar kontrola gələnlərlə müqayisədə daha yüksək olduğu müəyyən edilmişdir.

İnfertil və fertil kişilər arasında aparılan müqayisədə özünəinamın daha aşağı, təşviş və somatizasiya simptomlarının isə daha yüksək səviyyədə olduğu aşkar edildi. Cinsi yetərsizlik və ümitsizlik hissələrini infertillik səbəbi özü ilə birgə gətirir. İnfertilliyin yaratdığı stress depressiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur [64].

İnfertilliyin müalicəsi zamanı qadınların kişilərlə müqayisədə ön plana çıxmasına səbəb qadınların hiss və düşüncələrini cəmiyyətdə daha çox hiss etdirmələri ilə bağlıdır. Kişilər isə şəxsi kişilik göstəriciləri və xarakterinə görə hər hansı problemi biruzə vermir və uyğun olaraq da, cəmiyyət tərəfindən problemsizmiş kimi görünürlər. Pasientlərdə müayinədən əvvəl təşviş səviyyəsinin yüksəlməsi qeyd edilir. Müayinədən sonra isə təşviş və günahkarlıq hissəsinin azaldığı, depressiya simptomlarının isə artdığı müşahidə edilmişdir.

Avropa, Kanada və ABŞ-da 59 infertil cütlük arasında aparılmış araşdırmada infertil kişilərin həyat yoldaşlarıyla müqayisədə öz imic, evlilik və cinsi əlaqədə fərqlilik göstərdikləri müəyyən olunmuşdur. Bu araşdırmanın nəticəsinə əsasən kişilərin qadınlarla müqayisədə daha az stress keçirdikləri aşkar edilmişdir. Kişilərdə özünəinamın daha yüksək olduğu, həmçinin evlilik və cinsi əlaqədəki təminat səviyyəsinin qadınlara nisbətən daha yüksək olduğu müşahidə olunmuşdur. Əldə edilən bu nəticələr qərb cəmiyyətinə uyğun nəticələrə bənzəyir [55].

ABŞ-da 132 cütlük arasında aparılan araşdırmada infertillik müalicəsində qadın və kişilərin risk edəbilmə xüsusiyyətləri araşdırılmışdır. Məlum olmuşdur ki, infertillik müalicəsində qadınlar qərarverici hakim vəzifəsi daşıyır və onlar kişilərdən daha çox riskə gedirlər [51].

### 3.3. İnfertilliyə yanaşma

İnfertilliklə mübarizə aparan əksər xarici ölkə klinikalarında psixoloji dəstək göstərən komandalar fəaliyyət göstərir. Klinikalardan başqa insanları məlumatlandırmaq və maarifləndirmək məqsədilə internetdə də müəyyən səhifələr yaradılmışdır. Bu baxımdan, Amerika Fertillik Birliyi daha da irəli gedərək Xüsusi Psixoloji Diqqət Qrupu təşkil etmişdir. Psixoloji dəstək yalnız müalicənin başlanğıcında olmalı deyil, bütün müalicə boyu, hətta müalicədən sonra da davam etməlidir. Psixoloji dəstək qrupları infertil cütlüklərə psixoloji konsultasiya, psixodinamik müalicələr, mənəvi rahatlama texnikaları, stresslə mübarizə aparmaq yolları, cütlük terapiyası, davranışların qiymətləndirilməsi, maddi böhranın həll yolları mövzusunda xidmət göstərirlər. Ölkəmizdə isə infertillik müalicəsi alan cütlüklərə professional psixoloji dəstəyin verilməsi geniş yayılmamışdır. Ginekoloqlar ancaq öz kliniki görüşlərinə əsasən, lazım bildikdə cütlükləri psixiatr və ya psixoloqlara yönləndirilər. Halbuki, infertil cütlüklərə psixoloji dəstək verilməsilə ixtisaslaşmış mütəxəssislər məşğul olmalıdır.

#### *Uyğunlaşma strategiyaları.*

Cütlüklər heç də həmişə bir-birilə infertillik barəsində geniş söhbət aparmır. Lakin infertilliyin həm tibbi, həm də psixi baxımdan problemlərini həll etmək üçün cütlükdaxili ünsiyyət daim yüksək səviyyədə olmalıdır. Bu məqsədlə daha əvvəllər hamilə qalmaqla bağlı problem yaşayıb övlad sahibi olmuş insanlarla söhbətlər təşkil etmək, infertil şəxslərin tək olmadığını onlara hiss etdirmək kimi üsullardan istifadə edilir. Unutmaq olmaz ki, dünyada biofiziki baxımdan birəbir eyni insan yoxdur. Bu isə bir xəstəliyin fərqli insanlarda fərqli simptomlar şəklində özünü biruzə verməsinə səbəb olur. Biofiziki fərqlilik cütlüklərdə psixoloji cəhətdən keçirdikləri hiss və vəziyyətləri də fərqli edir.

İnfertillikdən əziyyət çəkən cütlüklərdə xəyal qırıqlığı və qəzəb hisslərinin olması normaldır. Lakin proseslərin şiddətli hala keçməməsi üçün diqqəti pozitiv yönə yönəltmək və sevimli xobbilərlə məşğul olmaq lazımdır.

Problemlər meydana çıxdığı zaman onların tez bir zamanda həkimə bildirilməsi və həll edilməsi müalicə müvəffəqiyyətini artıran faktorlardandır.

*Müayinə və diaqnostika zamanı müşahidə olunan emosional problemlər.*

Həkimlərin qrafikləşdirilmiş cinsi aktlar və müxtəlif testlər təyin etməsi infertil pasientərdə kənardan idarə edilmə hissini yaranmasına səbəb olur. Bu da öz növbəsində hətta gündəlik vərdişlərin belə həkim kontrolları və menstrual tsikllərə əsasən planlanmasına yol açır. Pasientlərdə orqanizmlərinə qarşı qəzəb yaranır və pasientlər xəyal qırıqlığına uğrayır. Bu tip insanlarda “niyə məhz mən?” və ya “buna layiq olacaq nə etdim?” deyə suallar yaranır. Ətrafda hamilə, uşaqları olan, fiziki, əqli və maddi stress yaşamayanlara qarşı qəzəb və paxıllıq yaranması müşahidə edilə bilər. Cinsi stimula azalma müşahidə olunur. Buna səbəb artıq cinsi aktların şəxsi istəkdən çıxması, həkim tərəfindən proqramlanmasıdır. Azalmış funskiyalardan dolayı pasientlərdə utanç hissi yaranır. Əksər hallarda onlar bu vəziyyəti başqalarından gizlətməyə çalışırlar. Mövcud vəziyyət haqqda danışmamaq və ya hər hansı sual eşitməmək üçün adətən belə pasientlər ailə və dostlarından uzaqlaşırırlar. Nəticədə pasient və ətrafı arasında münasibət pozğunluqları, anlaşılmazlıqlar meydana gəlir.

Testlərin bəziləri şəxsi səviyyədə olduğundan cütlükdaxili sirrləri artıq həkim və müalicə komandası da bilmiş olur ki, bu da cütük üçün narahatlıq yaradır.

*Mübarizə üsulları.*

İlk sırada infertillik ilə bağlı çox sayda fərqli məlumatların toplanması durur. Hiss və narahatlıqların həyat yoldaşıyla bölüşülməsi də faydalı üsullardandır. Mübarizə zamanı cütlüklərin bir-birlərinə verdikləri dəstək çox vacibdir. Cütlüklər öncədən depressiya və təşvişin meydana çıxma biləcəyinə hazırlıqlı olmalıdır. Psixoloji dəstək qruplarında iştirak etmək, problemi ailə və dostlar ilə bölüşməkdə də fayda vardır. Müayinələrə həyat yoldaşı ilə birlikdə getmək, aparılan testlər və tətbiq olunan prosedurlar haqqında hər iki tərəfə birlikdə məlumat verilməsi mübarizə yolları arasında vacib yer tutur. Müayinədən öncə problem və soruşulacaq sualların qeyd edilməsi də faydalıdır.

Araşdırma və qiymətləndirmələr zamanı verilən suallar şəxsi məlumatları öz içinə daxil edəcək dərəcədə dərin ola bilər ki, bu isə cütlüklər tərəfindən heç də həmişə birmənalı qarşılanmır. Belə ki, haqqında bəhs edilən bu müddət cütlüklər üçün olduqca çətin və psixoloji olaraq travmatikdir. Bir-birinə dəstək olmaq və cütlükdaxili işbirliyinin olması stress səviyyəsini azaldır və cütlüklər arasında məsafə yaranmasına əngəl olur. Bir çox cütlük bu üsulların münasibəti gücləndirdiyini və güvən yaratdığını bildirmişdir. İnfertillik sadəcə qadın və ya kişinin yox, bir cütlüyün ortaq problemidir. Buna görə infertilliyə qarşı mübarizədə komanda ruhunun olması olduqca vacibdir.

### *Müalicə.*

Müalicə müddətində infertillik bir çox cütlüyün yaşam tərzində dominant rol oynayır. Buna görə də cütlüklər adətən münasibətin təbiiliyinin və müstəqilliyin itdiyini düşünməyə başlayırlar. Bütün bunlar cütlüklərə psixoloji və fiziki təzyiq edir. Onlarda infertilliyin yaşam tərzlərini idarə etdiyi düşüncəsi yaranır ki, zamanla cütlüklərdə bu düşüncəyə qarşı qəzəb formalaşır. Uşaq sahibi olacaqlarına zəmanət verməyən müalicələrə zaman, enerji və pul xərclənməsi isə cütlüklərdə xəyal qırılığına səbəb olur.

Elm adamlarının müxtəlif müasir müalicə üsulları təklif etmələrinə baxmayaraq, infertillikdən əziyyət çəkən pasientlər bu müalicələrdən hər hansı müsbət nəticə görmədikləri zaman özlərini eksperiment qurbanı kimi hiss edirlər. İnfertillik zamanı qəbul edilən dərmanlar güclü hormonal təsirlərlə emosional uçuruma səbəb ola bilər. Pasientlərdə həssaslıq və küsəyənlik səviyyəsi arta bilər. Müalicə xərcləri qarşısında uyğun olaraq narahatçılıqlar da artır. İnfertillikdən əziyyət çəkən şəxslərdə bəzən həyat dayanıbmış kimi duyğular yaranır. Müalicə üçün böyük məbləğ lazım olduğundan və müalicə dövrünün psixoloji stresslə müşayiət olunması insanlarda mövcud və ya gələcək planların təxirə salınmasına səbəb olur. Bəzən pasientlərdə “bəlkə mən uşaq sahibi olmağa layiq deyiləm?” tipli suallar da yaranır [51].



Müalicəyə başlamazdan öncə sosial dəstəyin hansı səviyyədə olması, maliyyə xərcləri, müalicə üsulları və bu üsulların müvəffəqiyyət faizi haqqda məlumatların toplanması çox vacibdir.

Müalicə mərhələlərinin ardıcıl olaraq qeyd edilməsi müalicəni axıra çatdırma həvəsinin daimi yüksək səviyyədə qalması və xərclərin hesablanması baxımından olduqca vacibdir. Müalicə gedişatı və psixoloji dəstək proqramını elə qurmaq lazımdır ki, hər iki tərəfin psixoloji vəziyyəti eyni olsun. Bu baxımdan cütlüklərin məlumatlandırılması və hər hansı xoşagəlməz vəziyyət olduqda bir-birini nəyəsə məcbur etməməyi öyrənmələri vacibdir. Əgər müalicə bütün yaşayış tərzini əhatə edəcək formaya gələrsə, bu zaman həyat tərzinin yenidən təşkilinə ehtiyac duyula bilər.

Cütlüklər üçün cinsi aktların seans formasına keçməsinə əngəlləmək və bunun sadəcə müalicənin bir parçası olduğunu başa salmaq lazımdır. Cütlüklər arasındakı münasibət yaxınlığını qorumaq məqsədilə yumurtlama dövrləri xaricində də cinsi əlaqələrin olması faydalı ola bilər.

Bəzən müalicə müddətində yaranan hər hansı müvəffəqiyyətsizlik cütlükdaxili problemlərə səbəb olur. Psixoloji təzyiq altında qalan insanlar zamanla bir-birini günahlandırmağa başlayırlar. Bunların baş verməməsi üçün cütlükləri müalicə dönməsində vaxtaşırı məlumatlandırmaq lazımdır. Pasientlərə ümidlərini kəsməməyi və səbr edə bilməyi öyrətmək faydalı ola bilər. Müalicə dövrü boyunca cütlüklərə hətta sağlam cütlüklərdə belə hamiləliyin baş tutmama ehtimalı ola biləcəyini xatırlatmaq lazımdır. Vaxtaşırı olaraq infertillikdən əziyyət çəkənlərə müvəffəqiyyət əldə etmək üçün müəyyən səylər göstərməyin vacib olduğu söylənməlidir.

### *Rezolusiya.*

Əgərcütlük infertillik müalicəsinin fiziki və emosional çətinliklərinə qarşı birlikdə güc gələ bilmişsə, bundan sonra baş verə biləcək bütün xoşagəlməz hallarla başa çıxma biləcəyi nəticəsinə gəlmək olar. Bu hal cütlüklərdə özünəinamın əhəmiyyətli dərəcədə artmasına səbəb olur. Cütlüklərə insanlarda həyatı idarə edə bilmək kimi hər hansı gücün olmadığını təlqin etmək lazımdır. Bundan başqa,

cütlükdaxili münasibətin güclənməsində də bir fayda vardır. Cütlüklər özlərini daha əvvəl bu problemlə qarşılaşmış və müalicədən sonra müvəffəqiyyət əldə etmiş cütlüklərin yerinə qoya bilmələri üçün psixoloji dəstək qrupları onlara köməkçi olur. İnfertil cütlülərə bütün mənfi hadisələrin müsbət hadisələrlə ardıcillıq şəklində bir-birini əvəz edə biləcəyi öyrədilir.

Psixoloji dəstək qrupunun köməkliyi ilə 64 iştirakçı arasında aparılan araşdırmada müalicədən əvvəl və müalicədən 8 həftə sonrakı psixoloji göstəricilər qiymətləndirilmişdir. İştirakçılar psixoloji dəstək alan və almayan (kontrol) qruplar şəklində bölünmüşdülər. Psixoloji dəstək alan qrup nəticələrinin kontrol qrupu ilə müqayisəsi zaman stress və depressiya göstəricilərinin azaldığı məlum olmuşdur.

Günümüzdə getdikcə artan davranış müalicələri infertilliyin emosional problemlərinin müalicəsində uğurlu olduğu, həmçinin hamiləliyin baş tutma ehtimalını artırma biləcəyi ilə bağlı araşdırmalar mövcuddur. Davranış terapiyasında iştirak edən 54 infertil qadın arasında aparılan araşdırmada məlum olmuşdur ki, istifadə edilən rahatladıcı texnikalar təşviş, depressiya və yorğunluq simptomlarının azalmasında önəmli rol oynayır. Bundan başqa, araşdırmada 6 ay davam edən müalicə proqramından sonra iştirakçıların 34%-nin infertillik müalicəsində uğurlu nəticə qazandığı aşkar edilmişdir. Bu müalicə üsulu uzun müddət davam edən infertillik müalicəsinin yaratdığı stressin azaldılması məqsədilə vacibdir. Müalicə məqsədilə cütlüklər arasında invaziv texnikaların istifadəsi də müsbət nəticələr verir.

Aparılan başqa araşdırmada isə 10 həftəlik davranış terapiyasından sonra psixoloji durumda yaxşılaşma müşahidə olunmuşdur.

İnvaziv (süni mayalanma) üsullardan istifadə edərək aparılan müalicələr xəstələrin stress səviyyəsinin əhəmiyyətli dərəcədə artmasına səbəb olur. Davranış terapiyası stressi azaltmaqda faydalı olsa da, bu üsulun təsir sahəsinin məhdud olmasını göstərən tədqiqatlar mövcuddur.

IVF(invitro fertilizasiya) müalicə dövründən əvvəl, müalicə müddətində və müalicədən sonra cütlülərə davranış terapiya xidməti göstərmək və müalicə ilə bağlı ətraflı məlumatlandırmaq faydalı olsa da, təşviş və depressiya səviyyələrində nəzərəçarpan azalmanın olmadığı müşahidə edilmişdir.

Psixoloji terapiyada alternativ üsullardan biri də hipnozdur. Bununla bağlı çox sayda araşdırma olmasa da, müvəffəqiyyətə nail olunmuş hallar mövcuddur. Funksional infertillikdən əziyyət çəkən iki pasientdə hipnoz edilərək rahatlığı təmin etmə və xəyal qurma qabiliyyətini artırmaqla hamiləliyin baş tutduğu aşkar edilmişdir.

Koqnitiv-davranış terapiya proqramında iştirak edən bir qrup qadında müalicənin əvvəlindən başlayaraq hamiləlik baş tutana qədər olan dövrdə stress və demoqrafik göstəricilər qiymətləndirilmişdir. 10 seanslıq proqramda iştirak edən 132 infertil qadında müalicədən əvvəl və sonra psixoloji məlumatlar və canlı doğuş faizləri nəzərdən keçirilmişdir. Proqramla yanaşı 6 ay ərzində uğurlu doğuş etmiş qadınlarda başlanğıcda stress səviyyəsinin yüksək olduğu müəyyən edilmişdir. Zaman keçdikcə isə stress səviyyəsində azalma müşahidə olunmuşdur. Uğurlu doğuşa təsir edən faktorlara gənc yaş və müalicədən əvvəlki stress səviyyəsini misal göstərmək olar [59].

İnfertillik müalicəsi ilə bağlı vacib problemlərdən biri də müalicənin uğursuz olması və buna bağlı olaraq da tez-tez cütlüklərdə matəm ab-havasının meydana gəlməsidir. Bu baxımdan psixoloji terapiyanın rolu olduqca böyükdür. İnfertillik müalicəsində iştirak edən cütlüklər arasında aparılan 6 seanslıq qrup terapiyasının matəm müddətinə qısaldıcı təsir göstərdiyi aşkar edilmişdir [45].

## **IVFƏSİL. İNFERTİL QADINLARDA TƏŞVİŞ VƏ DEPRESSİYA SƏVİYYƏSİNİN VƏ BUNLARA TƏSİR EDƏN FAKTORLARIN EKSPERİMENTAL TƏDQIQI**

### **4.1. Tədqiqatda istifadə olunan material və metodlar**

#### **4.1.1. Tədqiqat iştirakçıları**

Tədqiqatda 18-40 yaş arası 86 infertil qadın (əsas qrup) ilə eyni yaş qrupundan olan 74 fertil qadın (kontrol qrup) iştirak etmişdir. Hər iki qrupun orta yaş həddi birbirinə yaxındır. Əsas qrupa tədqiqatda iştirak etməyə könüllü olan, ən azı ibtidai sinif məzunu olmuş, Azərbaycanca oxuyub-yaza bilən, son 1 il ərzində qorunmasız cinsi əlaqələrə baxmayaraq uşaq sahibi olmayan və bu səbəblə müayinə və müalicə edilən

birincili və ikincili infertillikdən əziyyət çəkən və başqa bir xroniki xəstəlikləri olmayan qadınlar daxildir. Kontrol qrupa isə reproduktiv problemləri olmayan və təbii üsullarla hamilə qalaraq ən az 1 uşağı olan, klinikaya kontrol müayinəsi üçün müraciət edən və hər hansı bir psixiatrik xəstəliyi olmayan könüllü qadınlar daxil edilmişdir.

Hər iki qrupa alkaqol-maddə asılılığı olan və mövcud psixiatrik xəstəliyi olan iştirakçılar daxil edilməmişdir. Tədqiqata cəlb olunanlar Oktyabr 2016 və Yanvar 2017 tarixləri aralığında Reproduktiv Sağlamlıq Mərkəzinə müraciət edən qadınlardır. Hər bir iştirakçıya tədqiqatın məqsədi və hədəfləri haqqında ətraflı məlumat verilmiş və tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirakdan imtina etmək imkanları olduğu qeyd edilmişdir. Bundan başqa, məlumatların yalnız tədqiqat üçün istifadə olunacağı və anonim qalacağı barədə də məlumat verilmişdir. Beləliklə, tədqiqatda iştirak edənlərdən yazılı razılıq sənədi alınmışdır. İştirakçılar seçilərkən aşağıdakı meyarlar əsas tutulmuşdur:

1. Mütəxəssislər tərəfindən aparılan ginekoloji müayinələrə əsasən infertillik diaqnozu qoyulmalıdır;
2. İnfertillik etiologiyası qadın mənşəli olmalıdır;
3. Yaş həddi 18-40 təşkil etməlidir;
4. Hər hansı psixi pozuntudan əziyyət çəkməməlidirlər;
5. İştirakçılar sualları adekvat cavablandıra bilməlidirlər.

#### 5.1.2. Klinik tədqiqatda istifadə olunmuş metodlar

Tədqiqat iştirakçılarından yazılı razılıq sənədi alındıqdan sonra iştirakçıların sosial-demoqrafik məlumatları xüsusi hazırlanmış anketdə qeyd edilmişdir. Bu anket iştirakçıların yaş, cins, evlilik müddəti, infertillik səbəbi, uşaq sahibi olmaq istəyinin müddəti, ailə növü, qoyulmuş diaqnoz, təhsil və gəlir səviyyəsini müəyyən etmək üçün hazırlanmışdır. İnfertil və müqayisə qruplarının depressiya səviyyəsini təyin edən Zaq Öz-özünü Qiymətləndirmə Depressiya Cədvəli və təşviş səviyyələrini qiymətləndirmək üçün Zaq Öz-özünü Qiymətləndirmə Təşviş Cədvəli tətbiq olunmuşdur.

**Sosial-demoqrafik məlumat anketi** – tərəfimizdən hazırlanan anketdə infertil və fertil qrupların yaş, təhsil səviyyəsi, peşəsi, gəlir səviyyəsi, ailə forması, evlilik müddəti, daha öncə psixiatrik problemin olub olmaması, siqaret, alkoqol-maddə asılılığı, doğum və yaşayış yeri sorğulandı. İnfertil qrupda isə bundan əlavə infertillik müddəti, infertilliklə mübarizə müddəti, daha öncə hər hansı ginekoloji problemin olub-olmaması, ailə və yoldaşının infertilliyə qarşı reaksiyası haqqda məlumat alınmışdır.

**Zanqın öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli** (Zung Self-Rating Depression Scale – ZDRS) 1965-ci ildə depressiya şiddətini ölçmək üçün Zung tərəfindən hazırlanmışdır. Bu cədvəl depressiyanın diaqnostik kriteriləri və depressiv pozuntusu olan xəstələrin arasında aparılan sorğular və məlumatlar əsasında tərtib edilmişdir. Depressiyanın ağırlıq dərəcəsi xəstənin öz-özünü qiymətləndirməsi əsasında müəyyən edilir. Zanqın öz-özünü qiymətləndirmə depressiyacavablama müddəti xəstələrin təhsil və patoloji səviyyəsinə görə 5-30 dəqiqə arasında dəyişir. Bəndlər depressiyanın əhval-ruhiyyə, zehni, psixomotor və fizioloji sahələrini ehtiva etməkdədir. Bu faktorlara daxili boşluq hissi, əhval-ruhiyyənin pozulması, ümumi somatik simptomlar, spesifik somatik simptomlar, psixomotor pozuntu simptomları, suicidal tendensiyalar, qıcıqlıq və qətiyyətsizlik kimi simptom qrupları daxildir. Cədvəlin validliyi kliniki sınaqlarla, o cümlədən Hamilton və Bekin sorğu testləri ilə müqayisədə təstiqlənib. Müxtəlif qrup depressiv pozuntusu olan xəstələrin və heç bir depressiv pozuntusu olmayan şəxslərin arasında cədvəlin həssaslığı da sınaqdan keçirilmişdir.

ZDRS 20 bənddən ibarət olub, 10 bənd neqativ, 10 bənd pozitiv olaraq hazırlanmışdır. Tədqiqat iştirakçıları hər bir bənd üçün “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda” cavablarından birini işarələyə bilər. 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 və 19-cu bəndlərə verilən cavablar “nadir hallarda=1”, “arabir=2”, “tez-tez=3” və ya “əksər hallarda=4”; 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 və 20-ci bəndlərə verilən cavablar əksinə çevrilərək “nadir hallarda=4”, “arabir=3”, “tez-tez=2” və ya “əksər hallarda=1” şəklində qiymətləndirilir. ZDRS balı <50 olduqda normal, 50-59

arası yüngül dərəcəli depressiya, 60-69 arasına orta ağır dərəcəli depressiya, 70-79 arasına ağır dərəcəli depressiya olaraq təyin olunmaqdadır.

**Zanqın öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəli**(Zung Anxiety Self-Rating Scale – ZARS)1971-ci ildə təşviş pozuntularının və təşvişin kliniki hal kimi qiymətləndirilməsi üçün yaradılmış vəsaitdir. Bəndlərdəki hər bir sual ümumi təşviş pozuntularına, stress ilə mübarizə zamanı yaranan təşviş vəziyyətinə fokuslanmışdır. ZARS 20 bənddən ibarət olub, 5 bəndi azalan təşviş səviyyəsini, qalan 15 bəndi isə artan təşviş səviyyəsini qiymətləndirir. Bəndlərə təşviş pozuntusunun affektiv simptomları və somatik simptomları daxildir. Cədvəl prosesə müdaxilə edilmədən, tədqiqat iştirakçıları tərəfindən sərbəst doldurulur və hər bir bəndin sualına “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda” cavablarından birini işarələyə bilər. 5, 9, 13, 17 və 19-cu bəndlərə verilən cavablar “nadir hallarda=4”, “arabir=3”, “tez-tez=2” və ya “əksər hallarda=1”, digər bəndlər isə “nadir hallarda=1”, “arabir=2”, “tez-tez=3” və ya “əksər hallarda=4” şəklində qiymətləndirilir. ZARS balı 20-44 arasına normal, 45-59 arasına yüngül və ya orta ağır dərəcəli təşviş pozuntusu, 60-75 arasına ağır dərəcəli təşviş pozuntusu və 75-80 aralığında isə həddindən artıq dərəcədə ağır təşviş pozuntusu olaraq qiymətləndirilir.

Zanqın öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəlinin validliyi kliniki tədqiqatlarda kliniki cədvəllərlə, həmçinin Hamilton təşviş cədvəli (HARS) və Teylorun təşviş manifestasiyasının qiymətləndirilməsi cədvəli (TMAS) ilə müqayisədə təstiqlənib və bu tədqiqatlar təşviş pozuntusu olan müxtəlif xəstə qruplarını əhatə edib.

### 5.1.3. Tədqiqatın strukturu

Tədqiqat 4 mərhələdən ibarətdir. Birinci mərhələdə əvvəlcə tədqiqatın dizaynı hazırlanmış, yəni tədqiqatın fərziyyəsi irəli sürülmüş, tədqiqatda iştirak edəcək şəxslərin sayı, tədqiqatın keçiriləcəyi müəssisələr və istifadə olunacaq metodlar müəyyən olunmuşdur. Yarana biləcək problemləri müəyyən etmək və sual doğura biləcək məsələləri aydınlaşdırmaq məqsədilə pilot tədqiqat keçirilmişdir. Pilot

tədqiqat sosial-demoqrafik məlumat anketini və infertilliyin qadınlar üzərində yaratdığı depressiya və təşviş səviyyəsini müəyyən etmək üçün verilən sualların başa düşülən olmasını müəyyənləşdirmək məqsədilə 9saylı Qadın Məsləhətxanasında 18-32 yaş qrupunda infertillik diaqnozu qoyulan və fertil qadınlar arasında toplam 18 iştirakçıya Aprel 2016-May 2016 tarixləri arasında tətbiq olunmuşdur. Əldə edilən nəticələrə görə məlumat anketləri yenidən redaktə edilmişdir. Ön tədqiqatda iştirak edən sınaq qrup əsas tədqiqat prosesində iştirak etməmişdir.

İkinci mərhələdə tədqiqatın keçiriləcəyi klinikadan rəsmi icazə kağızı alındıqdan sonra tədqiqat həyata keçirilməyə başlanmışdır. Tədqiqat iştirakçılarının hüquqlarının qorunması üçün tədqiqatın məqsədi haqqında məlumat verilmiş, toplanılan məlumatların anonim qalacağı və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirakdan imtina etmək hüquqlarının olduğu bildirilmişdir. Beləliklə, bütün iştirakçılardan razılıq alınmışdır. Tədqiqatın bütün etik qaydaları Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən təsdiq olunduqdan sonra tədqiqat qrupunu təşkil edən qadınlara Sosial-demoqrafik məlumat anketi, Zəncin öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli və Zəncin öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəli tətbiq olunmuşdur. İştirakçılara anket və cədvəllər haqqında qısa məlumat verilmiş, başlıqdakı təlimatlar oxunmuş və düzgün doldurulma qaydası izah edilmişdir. Məlumat anketi və cədvəllərin tətbiqi orta hesabla 30 dəqiqə ərzində yekunlaşdırılmışdır. Beləliklə, məlumatlar toplanmış və kompyuterə daxil edilmişdir.

Üçüncü mərhələdə nəticələrin işlənməsi prosesi aparılmışdır. Alınmış nəticələr analiz olunmuş, cədvəl və diaqramlarda əks olunaraq sistemləşdirilmiş və statistik işlənmə aparılmışdır.

Dördüncü mərhələdə qoyulan fərziyyənin düzgünlüyü və ya səhv olması aydınlaşdırılmışdır. Daha sonra toplanılan məlumatlar kompyuterə salınmış, əldə edilmiş işləmələr dissertasiya formasına salınmışdır.

#### 5.1.4. Tədqiqatın statistik təhlili

Nəticələrin statistik işlənməsi üçün SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 16.0 paket proqramı istifadə olunmuşdur. Qrupların sosial-

demoqrafik məlumatları Mann-Whitney U və Chi-square testi ilə müqayisə edilmişdir. Student t testi vasitəsilə qruplar bir-birilə müqayisə edilmişdir.  $p < 0.05$  statistik olaraq əhəmiyyətli qəbul olunmuşdur. Dürüslük p əmsalı vasitəsilə yoxlanılmışdır. Sosial-demoqrafik məlumatlar və ZDRS və ZARS arasında əlaqə Spearman korrelyasiya analizi ilə qiymətləndirilmişdir.

## 5.2. Tədqiqatda istifadə olunan metodikalar və onların təhlili

Tədqiqat iştirakçıları 2 qrupa bölünmüşdür. Əsas (eksperimental) qrup ən az 1 il ərzində qorunmasız cinsi əlaqəyə baxmayaraq uşaq sahibi ola bilməyən 86 infertil qadıntəşkil olunmuşdur. Kontrol qrup reproduktiv problemləri olmayan və təbii üsullarla hamilə qalıb ən az 1 uşağı olan 74 fertil qadından təşkil olunmuşdur. İnfertil qadınların ortalama yaş həddi  $29.53 \pm 5.21$ , fertil qadınlarınkı isə,  $32.29 \pm 5.55$ -dir. Əsas qrupun 27.0%-i orta təhsilli, 35.8%-i 5-10 il arası evli və 81.6%-i nuklear ailədir. İnfertil və fertil qrup arasında qadın və ya kişi təhsil səviyyəsi, ailənin maddi vəziyyəti arasında bir fərq ehtimalı görünür. İştirakçıların sosial-demoqrafik məlumatları Cədvəl 1-də verilmişdir (*Bax: Cədvəl 1*).

**Cədvəl 1.**

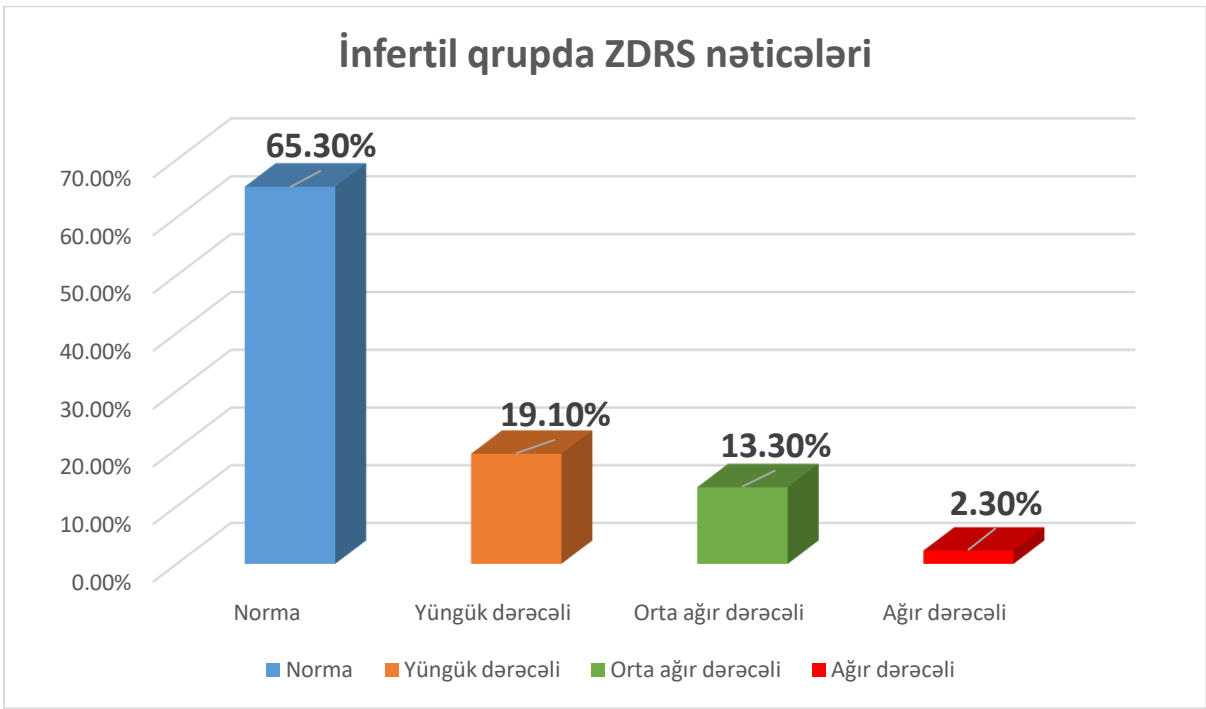
Dəyişənlər	İnfertil	Fertil	P
Sayı (%)	86 (53.8%)	74 (46.2%)	-
Yaş (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$29.53 \pm 5.21$	$32.29 \pm 5.55$	$< 0.001$
Evlənmə yaşı (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$23.21 \pm 4.34$	$21.59 \pm 3.99$	0.002
Hamiləlik (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$1.52 \pm 1.12$	$2.28 \pm 1.16$	$< 0.001$
Düşük (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$1.71 \pm 1.35$	$1.43 \pm 0.78$	0.426
Doğum (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$1.05 \pm 0.23$	$1.61 \pm 0.78$	$< 0.001$
Yaşayan uşaq (ədədi orta $\pm$ standart xəta)	$1.06 \pm 0.23$	$1.61 \pm 0.86$	$< 0.001$



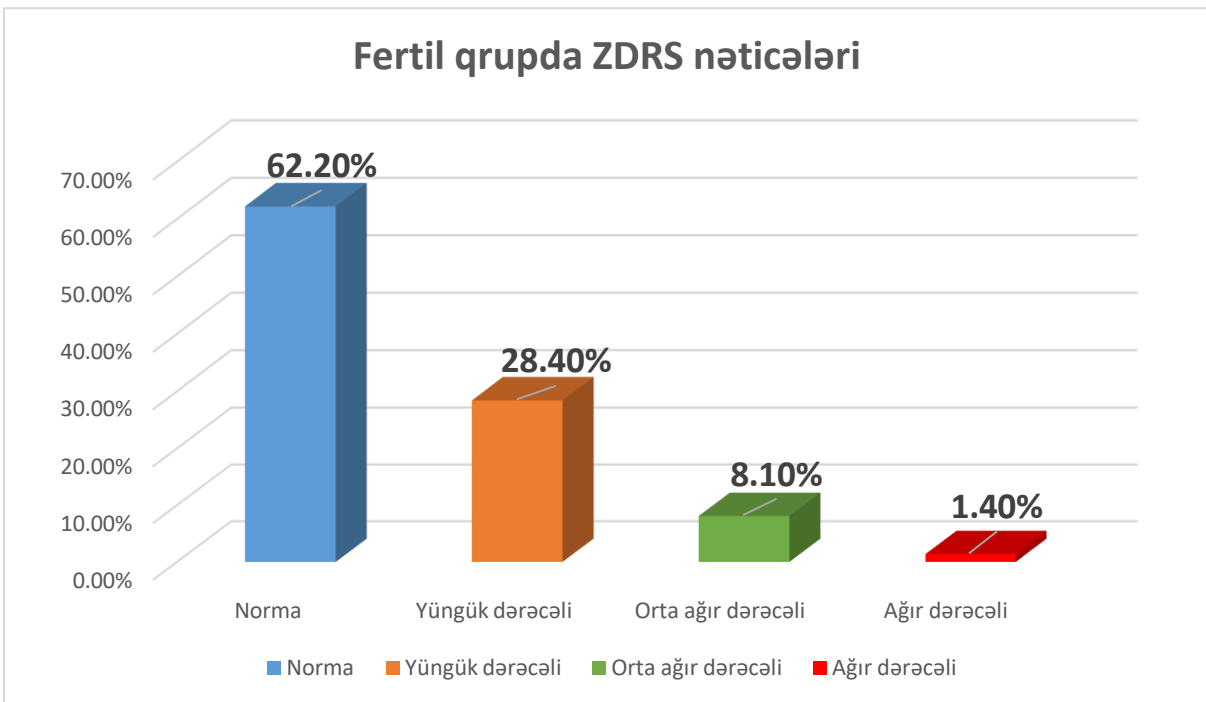
<b>Təhsil səviyyəsi (%)</b>	İbtidai təhsil	2 (1.7 %)	0 (0.0%)	0.392
	Orta təhsil	23 (27.0%)	24 (33.1%)	
	Peşə təhsili	21 (24.7%)	16 (21.9%)	
	Ali təhsil	39 (45.4%)	33 (44.4%)	
	Tam Ali təhsil	1 (1.1 %)	1 (0.7%)	
<b>Yoldaşının təhsil səviyyəsi (%)</b>	İbtidai təhsil	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0.608
	Orta təhsil	32 (37.8%)	26 (34.4%)	
	Peşə təhsili	23 (26.7%)	23 (31.8%)	
	Ali təhsil	29(34.3%)	25 (33.8%)	
	Tam Ali təhsil	1 (0.6%)	0 (0.0%)	
<b>Maddi vəziyyəti</b>	Yaxşı	11 (13.1%)	17 (23.3%)	0.054
	Orta	69 (80.6%)	53 (72.0%)	
	Pis	6 (6.3%)	4 (4.7%)	

İnfertil qrupda ZDRS ballarına görə yüngül dərəcəli depressiya 19.1% (n=16) ; orta ağır dərəcəli depressiya 13.3% (n=12) ; ağır dərəcəli depressiyanın nəticələri 2.3% (n=2) olmuşdur (*Bax: Şəkil 1*). Fertil qrupda isə bu qiymətlər müvafiq olaraq 28.4% (n=21); 8.1%(n=6) və 1.4% (n=1) olmuşdur(*Bax: Şəkil 2*).

**Şəkil 1.**



*Şəkil 2.*



İnfertil və fertil qrupun ZDRS balları müqayisə edildi. Belə ki, eksperimental qrupdakı qadınların ZDRS balları depressiyaya işarə etməsə də, kontrol qrupundakı qadınlarla müqayisədə statistik göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu aşkar olundu. İnfertil və fertil qrupun ZDRS nəticələri Cədvəl 2-də verilmişdir.

**Cədvəl 2.**

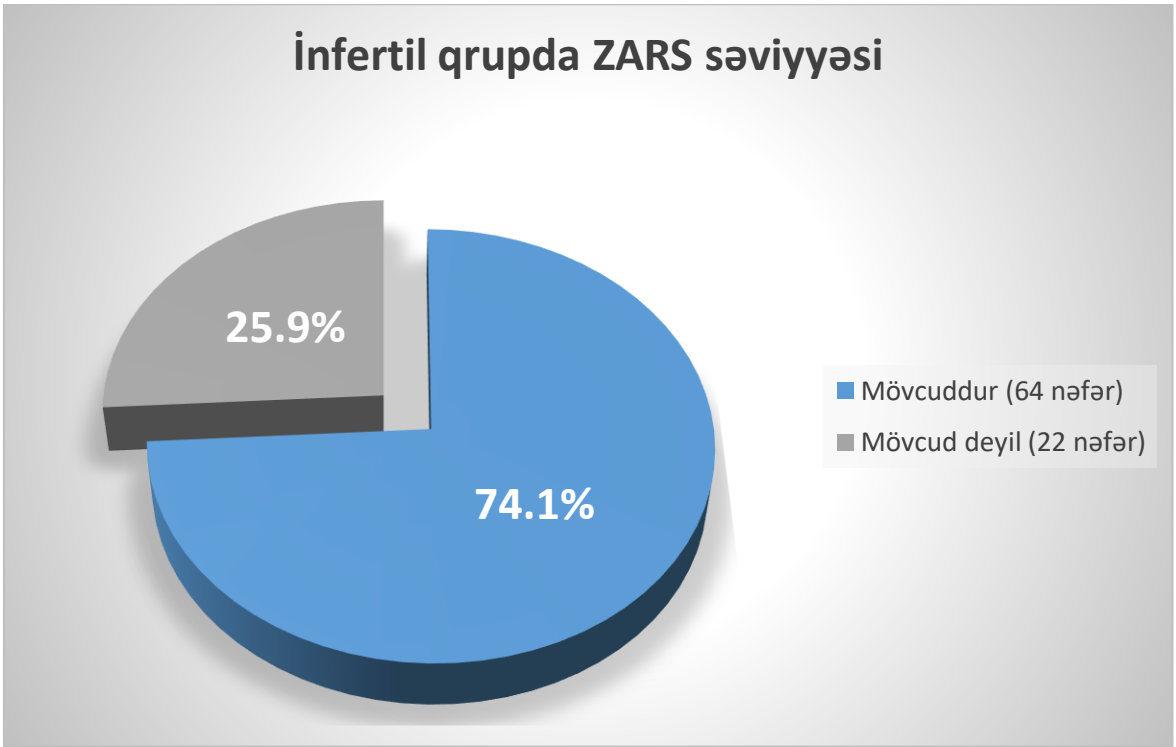
		İnfertil	Fertil	P
<b>ZDRS (ədədi orta ± standart xəta)</b>		9.61±7.74	9.46±7.39	0.965
<b>ZDRS səviyyəsi</b>	Norma	56 (65.3%)	46 (62.2%)	0.143
	Yüngül dərəcəli	16 (19.1%)	21 (28.4%)	
	Orta ağır dərəcəli	12 (13.3%)	6 (8.1%)	
	Ağır dərəcəli	2 (2.3%)	1 (1.4%)	

Təşvişin qiymətləndirilməsində ZARS balları iki qrup arasında yaxın olmuşdur ( $p=0.812$ ) (Bax:Cədvəl 3). Əsas qrupun ZARS nəticələrinə əsasən, 74.1%-ində təşviş müşahidə olunarkən bu nisbət fertil qrupundakı qadınlarda 72.5% olmuşdur (Bax:Şəkil 1 və 2).

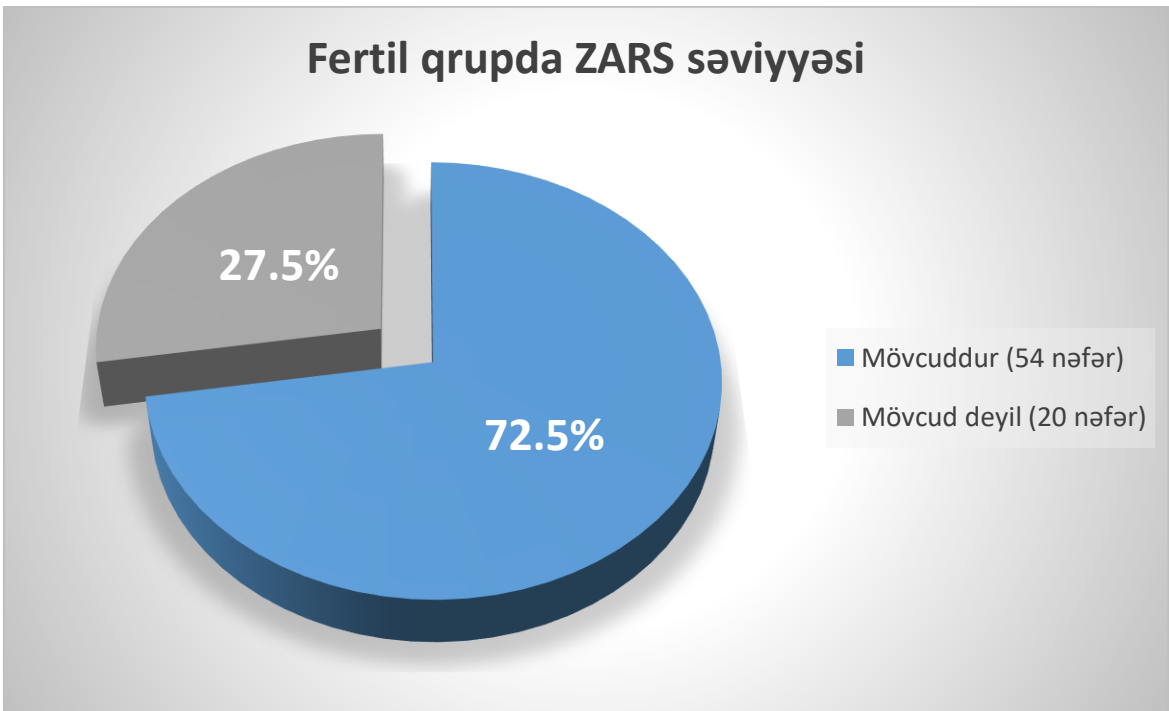
**Cədvəl 3.**

		İnfertil	Fertil	P
<b>ZARS (ədədi orta ± standart xəta)</b>		44.25±8.96	46.61±8.64	0.812
<b>ZARS səviyyəsi</b>	Təşviş mövcuddur	64 (74.1%)	54 (72.5%)	0.742
	Təşviş mövcud deyil	22 (25.9%)	20 (27.5%)	

**Şəkil 3.**



*Şəkil 4.*



İnfertil və fertil qruplar peşələrinə görə müqayisəli qiymətləndirildikdə evdar qadınların ZARS balı daha yüksək olmuşdur ( $p < 0.05$ ). İnfertillik səbəbi olaraq həm kişiye, həm də qadına aid faktorların rol oynadığı vəziyyətlərdə infertil qadınlardakı

ZARS səviyyəsinin daha yüksək olduğu aşkarlandı ( $p < 0.05$ ). Daha əvvəl müalicə müvəffəqiyyətsizliyi yaşamış infertil qrupda ZDRS ballarının kontrol qrupuna nisbətən daha yüksək olduğu müəyyən olundu ( $p > 0.05$ ) (*Bax: Cədvəl 4*). İnfertil qrupla kontrol qrupu müqayisə edildikdə depressiya və təşviş ballarının oxşar olduğu müşahidə edilmişdir. Korrelyasiya təhlili aparıldığı zaman ZARS ilə hamilə qala bilməmə müddəti və müalicə müddəti arasında aşağı dərəcəli xətti pozitiv korrelyasiya müəyyən olunmuşdur ( $p = 0,048$ ;  $r = 0,2$ ). Evlənmə yaşı və ZARS nəticələri arasındakı əlaqəyə nəzər yetirildiyində yenə aşağı dərəcəli xətti pozitiv korrelyasiya aşkar edilmişdir ( $p = 0.047$ ,  $r = 0.11$ ).

Kazandı və həmkarlarının apardığı tədqiqatda 248 infertil qadın və 98 infertil kişi ilə kontrol qrup olaraq 51 fertil qadın və 40 kişi Beck Depression Inventory (BDI) və State-Trait Anxiety Inventory (STAI) cədvəlləri ilə qiymətləndirilmiş, nəticə etibarilə həm kişilərdə, həm də qadınlarda depressiya balları baxımından əhəmiyyətli bir fərq aşkarlanmadığı halda təşviş balları infertil cütlüklərdə daha yüksək olmuşdur. Depressiya balları baxımından bu nəticələr apardığımız işlə uyğunluq göstərir. Tədqiqatçılar eyni zamanda infertillik müddəti ilə depressiya ballarının əlaqəli olduğunu, infertillik müddəti artdıqca depressiya ballarının da artdığını təyin etmişlər. Tərəfimizdən aparılan tədqiqatda isə daha əvvəl müalicəsi uğursuzluqla nəticələnmiş qrupda depressiya göstəriciləri yüksək olmuşdur. İlk dəfə müraciət edən, yəni daha əvvəl heç müalicə almamış qadınlarda depressiya göstəriciləri aşağı olmuşdur.

**Cədvəl 4.**

Dəyişənlər		n(%)	ZDRS		ZARS	
			ZDRS balı	P	ZARS balı	P
Peşə	Evdar	111 (69.6%)	9.65±7.99	0.982	45.47±8.64	0.01
	Digər	49 (30.4%)	9.18±6.58		41.98±8.99	
Təhsil	İbtidai təhsil	2 (0.9%)	11.67±7.02		46.67±5.51	
	Orta təhsil	47 (29.8%)	9.16±7.07		43.66±9.88	

<b>səviyyəsi</b>	Peşə təhsili	37 (23.4%)	9.15±7.36	0.715	43.66±9.88	0.269
	Ali təhsil	72 (44.9%)	9.82±8.04		45.59±7.90	
	Tam Ali təhsil	2 (0.9%)	15.00±10.00		42.00±10.44	
<b>Yoldaşının təhsil səviyyəsi</b>	İbtidai təhsil	1 (0.3%)	5.00	0.174	44.00	0.135
	Orta təhsil	58 (36.2%)	9,83±7,92		43,44±8,67	
	Peşə təhsili	46 (29.1%)	8,20±6,96		43,55±9,11	
	Ali təhsil	54 (34.1%)	10,47±7,72		46,12±8,52	
	Tam Ali təhsil	1 (0.3%)	5.00		37.00	
<b>Maddi vəziyyəti</b>	Yaxşı	28 (17.8%)	8.50±6.08	0.211	42.67±9.06	0.186
	Orta	81 (50.6%)	9.79±7.34		44.68±8.75	
	Pis	8 (5.5%)	9.83±13.26		46.39±8.50	
<b>Hamiləlik</b>	Xeyr	54 (33.8%)	9.72±7.06	0.463	43.82±8.78	0.423
	Bəli	106 (66.2%)	9.42±7.86		44.66±8.80	
<b>Düşük</b>	Xeyr	123 (77.2%)	9.35±7.07	0.913	44.09±8.68	0.292
	Bəli	37 (22.8%)	10.15±9.19		45.32±9.13	
<b>Doğum</b>	Xeyr	68 (42.5%)	9.60±7.50	0.924	44.08±8.86	0.609
	Bəli	92 (57.5%)	9.47±7.67		44.69±8.75	
<b>Müalicə alıb almama</b>	Xeyr	51 (31.9%)	7.42±5.89	0.043	42.42±7.93	0.851
	Bəli	109 (68.1%)	10.24±8.24		44.65±9.21	
<b>Hamilə qala bilməmə səbəbi</b>	Qadın	39 (45.8%)	10,51±8,37	0.103	44,61±9,35	0.650
	Kişi	7 (7.7%)	9,73±6,53		42,50±4,38	
	Qadın və Kişi	9 (10.3%)	11,19±8,56		45,69±11,05	
	Naməlum	31 (36.1%)	7,73±7,66		43,22±8,41	

Gülseren və həmkarlarının apardığı tədqiqatda 107 infertil və 63 kontrol qrupu qadın Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ilə qiymətləndirilmiş və bizim tədqiqatımızda olduğu kimi 2 qrup arasında təşviş və depressiya nəticələri arasında

hər hansı fərq müəyyən olunmamışdır. İnfertil qrupda psixoloji simptomların ağırlıq dərəcəsi qadının həyat yoldaşı ilə münasibətində müşahidə olunan problemlərdən və infertillik səbəbiylə həyat yoldaşının ailəsinin təzyiqindən dolayı artdığı aşkarlanmışdır. Belə ki, 3 ayın sonunda müalicə ilə hamiləlik baş tutan qadınlarda təşviş və depressiya göstəricilərinin əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı müəyyən olunmuşdur. Bizim tədqiqatımızda isə, qadına qarşı infertillik səbəbiylə ailə təzyiqi və qadının həyat yoldaşıyla münasibətinə dair suallar hazırlanmamışdır.

Pınar ve Zeyneloğlu 160 infertil qadınla 160 kontrol qrupu qadınını BDI, Beck Anxiety Inventory və Quality of Life Scale ilə qiymətləndirdikləri tədqiqatda infertil qrupda təşviş və depressiya nəticələrinin yüksək, həyat keyfiyyəti ballarının daha aşağı olduğunu aşkar edilmişdir. Depressiya və təşviş nəticələri arasında yüksək pozitiv korrelyasiya olduğu halda bu nəticələrlə həyat keyfiyyəti nəticələri arasında mənfi korrelyasiya müəyyən olunmuşdur. Uzun müddət infertillikdən əziyyət çəkən şəxslərdə apardığımız tədqiqatda olduğu kimi daha yüksək nəticələr aşkar edilmişdir.

Albayrak və Günay tərəfindən aparılan tədqiqatda 150 primer infertil qadın və 150 fertil qadın STAI-T və STAI-S ilə yalnız təşviş səviyyələri üçün qiymətləndirilmiş və infertil qrupda təşviş nəticələrinin daha yüksək olduğu təyin edilmişdir. Bu tədqiqat birincili infertilliyin və yalnız təşvişin qiymətləndirilməsi səbəbi ilə bizim tədqiqatımızdan fərqlənir. Tədqiqatçılar evlilik müddətinin, qadının təhsil səviyyəsinin və həyat yoldaşının dəstəyinin ümumi təşviş nəticələri üzərində təsirli olduğunu müəyyən etmişdirlər. Bizim tədqiqatımızda isə, təşviş göstəriciləri ilə müalicə müddəti və evlilik yaşı arasında aşağı dərəcəli xətti korrelyasiya tapıldı.

Tədqiqatda infertillik mənşəyinin həm qadın, həm kişiylə əlaqəli olduğu hallarda infertil qadınlarda təşviş göstəricilərinin artdığını müəyyən etdik. Ədəbiyyata nəzər yetirdikdə infertillik səbəbi ilə emosional əlamətləri qiymətləndirən tədqiqatlar arasında fərqli nəticələr görə bilərik. Aparılmış tədqiqatların birində infertillik səbəbinin sadəcə kişilə əlaqəli olduğu hallarda qadınlarda depressiv simptomların azaldığı müəyyən edilmişdir. Digər tərəfdən infertillik səbəbinə görə depressiya göstəricilərinin dəyişmədiyini göstərən məqalələr də vardır. Təşviş göstəricilərinə fikir verdikdə isə bəzi tədqiqatlarda infertillik səbəbinə görə təşviş səviyyəsinin

dəyişmədiyi qeyd edilmişdir. Tüzer və həmkarları da ortalama təşviş ballarının qadın və kişidə infertillik səbəbinə görə dəyişmədiyini, amma infertillik səbəbinin yalnız kişiye bağlı olduğu vəziyyətlərdə kişilərdəki təşviş səviyyəsinin müalicə müddəti ilə pozitiv korrelyasiya olacaq şəkildə artdığını müəyyənləşdirmişlər.

Ogawa və həmkarlarının infertil qadınlarda təşviş və depressiya ilə əlaqəli faktorları qiymətləndirdikləri araşdırmada Self-Rating Depression Scale (SDS) və HADS istifadə etmişlər. Alınan nəticələr apardığımız araşdırmaya bənzər nəticələr vermişdir. Belə ki, daha öncə qadının hamiləlik və ya doğuş keçirmiş olması nəticələrə təsir etməmişdir. Eyni zamanda bu araşdırmada bizim tədqiqatımıza uyğun olaraq infertillik müddəti ilə ballar arasında korrelyasiya aşkarlanmamış, lakin iştirakçıların yaşı artdıqca balların da artdığı müşahidə olunmuşdur. Tədqiqatın digər nəticəsində isə daha öncə uğursuzluqla nəticələnmiş müalicə hekayəsinin depressiya göstəricilərini yüksəltdiyi müəyyən olundu. Bu nəticə ilə bizim tədqiqatımızdakı nəticələr bənzərlik göstərir. İnfertillik səbəbi kişi olan cütlüklərdə qadınların depressiya və təşviş göstəricilərinin əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı müşahidə edilmişdir. Apardığımız tədqiqatda buna bənzər olaraq əvvəllər uğursuz müalicə keçirmiş qadınlarda depressiya ballarının daha yüksək olduğu aşkar olunmuşdur. Müalicə müddəti ilə emosional simptomlar arasındakı əlaqəni qiymətləndirən araşdırmada isə 370 infertil qadın tədqiqata daxil edilmiş və bunların 40.8%-ində depressiya, 86.8%-ində təşviş müəyyən olunmuşdur. Bu tədqiqatda depressiyanın infertillik səbəbi, infertillik müddəti, təhsil səviyyəsi və qadının işləyib-ışləməməsi ilə əlaqəli olduğu təyin olunmuşdur. Məsələn, evdar qadınların depressiya göstəriciləri əhəmiyyətli səviyyədə yüksək olmuşdur. Depressiya göstəricilərinə uyğun olaraq təşviş göstəricilərinin də infertillik müddəti və təhsil səviyyəsi ilə əlaqəli olduğu aşkar edilmişdir. Biz tərəfdən aparılan tədqiqatda isə evdar xanımlarda depressiya deyil, sadəcə təşviş göstəricilərinin daha yüksək olması müəyyən olmuşdur. Eyni zamanda təşviş göstəriciləri ilə infertillik müddəti arasında aşağı səviyyədə də olsa, xətti pozitiv korrelyasiya aşkar edilmişdir.



Tədqiqatın əsas məqsədi infertil qadınlar ilə fertil qadınlar arasında depressiya və təşviş səviyyələrinin eksperimental tədqiqindən ibarətdir. Beləliklə, hər iki qrup arasında klinik və sosial göstəricilərimüəyyənləşdirib və müqayisə etdik. Bu zaman kəmiyyət göstəriciləri Sperman əmsalı ilə hesablanmışdır. Alınan nəticələrin tədqiqəhəmiyyəti vardır. Statistik dürüstlük məsləhətdir.

Tədqiqat zamanı aşağıdakı əlaqələr alınmışdır:

1. Gruplar arasında ZDRS və ZARS göstəriciləri bənzədir;
2. Korrelyasiya təhlili aparıldığı zaman ZARS göstəricisi ilə müalicə müddəti arasında aşağı dərəcəli düzmütənasib əlaqə vardır, korreliativ əlaqə( $p=0,048$ ;  $r=0,2$ );
3. Evlilik yaşı ilə ZARS göstəricisi arasında aşağı dərəcəli düzmütənasib əlaqə vardır, korreliativ əlaqə( $p=0,047$ ;  $r=0,11$ );
4. İnfertil qadınların müalicə hekayəsinə görə qiymətləndirildiyində əvvəllər uğursuz müalicə hekayəsi olan qadınlarda ZDRS göstəricisinin daha yüksək olduğu aşkarlandı;
5. İnfertil qadınlar peşələrinə görə qiymətləndirildiyi zaman evdar qadınların ZARS göstəricilərinin daha yüksək olduğu aşkarlandı;
6. İnfertillik səbəbi olaraq həm kişi, həm də qadınla əlaqəli faktorların rol oynadığı vəziyyətlərdə infertil qadınlardakı ZARS göstəricilərinin daha yüksək olduğu müəyyən edildi.

Korrelyasiya nəticələrinin analizi zamanı infertil və fertil qruplarda təşviş və depressiya göstəricilərinin oxşar olduğu, müalicə müddətinin uzanması, qadınların iş həyatından uzaq qalması və infertillik səbəbinin həm kişi, həm də qadına bağlı olduğu vəziyyətlərdə təşviş göstəricilərinin artdığı; uğursuzluqla nəticələnmiş müalicələrin isə, infertil qadınlarda depressiya səviyyəsinin artmasına səbəb olduğunu görə bilərik.

## NƏTİCƏ

Kliniki olaraq bir çox biofiziki xəstəliklər nəticəsində ortaya çıxma biləcək psixososial problemlər və psixiatrik pozuntular olduğu kimi infertillik dövründə də həyat böhranı kimi bənzər vəziyyətlərin ortaya çıxdığı müşahidə edilir. Belə ki, infertillik sadə bir ginekoloji xəstəlik olmayıb, xüsusilə qadınlara bioloji, psixoloji və sosial cəhətdən olduqca neqativ təsir edən və bunun nəticəsi olaraq da sağlamlıq və həyat keyfiyyətini azaldan bir haldır.

Aparılan bir çox tədqiqatlarda məlum olmuşdur ki, infertillik nəticəsində ortaya çıxan psixoloji problemlərə çox sayda faktorlar təsir edir. Bu səbəblə infertilliyin müddəti, infertillik müalicə müddəti, diaqnozun təsirləri, cütlüklərin əlaqələri, fərdi faktorlar, sosial-demoqrafik xüsusiyyətlər kimi bir çox faktorların vacibliyi özünü daha qabarıq şəkildə göstərir.

Biz tərəfdən aparılmış tədqiqatın əsas məqsədi infertillik diaqnozu qoyulan qadınlarla fertil qadınlar arasında təşviş və depressiya göstəricilərini müqayisə etmək və əlaqəli faktorların göstəricilərə təsirinin eksperimental tədqiqini müəyyən etməkdir.

Tədqiqata ümumilikdə 160 iştirakçı cəlb olunmuşdur. Araşdırmaya cəlb olunanlar 18-40 yaş arası qadınlardan ibarətdir. Əsas (n=86) və kontrol (n=74) qrupları müəyyənləşdirdikdən sonra tədqiqat zamanı təşviş və depressiya səviyyələri, sosial göstəricilərinin dinamikası sistemli şəkildə öyrənilmişdir.

Aparığımız klinik tədqiqatın nəticələri aşağıdakılardır:

1. İnfertil qrupda təşviş və depressiya göstəriciləri fertil qrupla bənzərlik göstərir;
2. İnfertillik müalicəsinin uzun müddət davam etdiyi qadınlarda təşviş səviyyəsi daha yüksəkdir;
3. İnfertil qadınlarda evlilik yaşı ilə təşviş göstəricisi arasında düzmütənasib korreliativ əlaqə vardır;
4. Daha əvvəl müalicəsi uğursuzluqla nəticələnmiş infertil qrupda depressiya göstəriciləri ilk dəfə müraciət edən, yəni daha əvvəl heç müalicə almamış infertil qadınlara nisbətən daha yüksəkdir;
5. İnfertil qadınlarda infertillik səbəbinin qadın və ya kişidən qaynaqlanmasından asılı olmayaraq psixoloji təsirlər daha çox qadınlarda təzahür edir.

Klinik tədqiqatın nəticələri əsasında bəzi tövsiyələrin irəli sürülməsi zəruridir:

1. Respublika çapında infertillik və onun psixoloji fəsadlarıyla bağlı tibbi maarifləndirmə işləri həyata keçirilməlidir;
2. İnfertilliyin müayinə və müalicəsi aparılan tibbi mərkəzlərdə psixoloji xidmətin yaradılması və cütlüklərin birmənalı şəkildə psixoloji reabilitasiya keçməsi təmin olunmalıdır;
3. İnsanlar (əsasən qadınlar) üzərində birtərəfli psixoloji və mənəvi təzyiqi aradan qaldırmaq məqsədilə tibbi-psixoloji müayinə və müalicə prosedurları mütləq şəkildə hər iki tərəfin iştirakı ilə aparılmalıdır;
4. Azərbaycanda infertillik mövzusunda psixoterapiyanın effektivliyini müəyyən edən tədqiqatlar keçirilməli, mütəxəssislər tərəfindən nəticələrə müvafiq olaraq psixososial reabilitasiya planları hazırlanmalı və tətbiq olunmalıdır.

## İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT

1. Reproduktiv sağlamlıq/Ailə planlaşdırılması üzrə klinik protokollar. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı, 2009.
2. XBT-10, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, Cenevrə, 2012. Səh 33-34.
3. Bağırova H. F. Ginekologiya (Dərslik). Bakı, “Şərq-Qərb” Nəşriyyat evi, 2012. Səh 21-35.
4. Süleymanova E. Azərbaycan Respublikasında cinsi və reproduktiv sağlamlıq və hüquqlar üzrə saziş qurumlarının tövsiyələrinin icra vəziyyətinin qiymətləndirilməsi. Bakı, 2015.
5. Depressiyanın diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı, 2009. Səh 7-10.
6. Təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı, 2013. Səh 7,21.
7. Türkoğlu D., Tamam L., & Evlice Y.E. Kısırlığın psikiyatrik yönleri. Düşünen Adam 1997. Say 48-55.
8. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003, p267- 271.
9. Gülseren L, Çetinay P, Tokatlıoğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. J Reprod Med 2006. Say 421-426.
10. Başak Ö, Oğuz K, Aykan Ö. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anatolian Journal of Psychiatry 2007. Say 140-148.
11. Eren, N. İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara, 2008.
12. Devran A, Doğan M, Mollamahmutoğlu L. IVF tedavisi alan kadınların yaşadığı psikososyal sorunlar. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2009. Say 11-15.

13. Kuş, C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2008.
14. Tashbulatova D. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara etki eden faktörler. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana, 2007.
15. Pinar G, Zeyneloğlu HB. Quality of life, anxiety and depression in Turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *Int J Fertil Steril*, 2012, p1-12.
16. Koçak T. F. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirenin danışmanlık hizmetinin etkinliğinin incelenmesi (Doktora tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1998.
17. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008. Say 105-110.
18. Given JE, Jones GS, McMillen DL. İVF hastaları ve diğer infertil hastalarda kişilik profillerinin karşılaştırılması *J In Vitro Fert Embryo Transf* 1985, p49-54.
19. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical Experimental Obstetrics Gynaecology* 2006; p44-46.
20. Gardner, D.K., Weissman, A., Howles, C.M., Shoham, Z. Ed. Yardımla Üreme Teknikleri Temel Kitabı. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2010.
21. Kazandı M, Gunday O, Mermer TK, Ertürk N, Ozkınay E. The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iran J Reprod Med* 2011, p99-104.
22. Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R. Erkek infertilitesinde aleksitimi *Hum Reprod* 2001, p587-592.
23. Kleanthi Gourounti, Katerina Lykeridou, Grigorios Vaslamatzis. Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication. *Health Science Journal*, 2012, p69-78.
24. Yılmaz T. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul 2012.

25. Kutluk, Ş. Farklı nedenlerle çocuk sahibi olamayan kadın ve erkeklerin depresyon ve benlik saygısı bakımından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1994.
26. Algan Ç. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran primer infertil kadınlarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve infertilitenin depresyon, anksiyete, öfke, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. İstanbul: Marmara Üniversitesi: Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008.
27. Oğuz DH. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2004.
28. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004. Say 70-74.
29. Akyüz A. İnfertil çiftin araştırılması. 3-cü Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 2003. Kongre Özet Kitabı: 32.
30. Yaralı H, Esinler İ. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi (Çeviri Ed. M.S.Beksaç). Ankara, Medikal Network, 2006.
31. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008. Say 112-121.
32. Koçyiğit O. İnfertilite ve Sosyokültürel Etkileri. İnsan Bilim Dergisi 2012. Say 27-38.
33. Upkong D, Orji E. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004. Say 259-265.
34. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004. Say 70-74.
35. Keskin G., Bilge A, Akmeşe BZ, Saydam KB. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon. Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. STED 2012. Say 52.
36. Yurtçu N, Güvenal T, Duran B, Timuroğlu T, Çetin M. Kliniğimizde Takip Edilen İnfertil Kadınların Tanı ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi. Türk Fertil Der 2003. Say 193-198.

37. Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: a comparative study. *J Pak Med Assoc* 2014.
38. Friedman T. Infertility and assisted reproduction. *Bailliere's Clinical Obst. and Gyne. Scandinavica* 1989, p517-521.
39. Domar AD, Zuttermeister P.C, Friedman R. The psychological impact of infertility: comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics and Gynecology*, 1993, p45–52.
40. Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2009, p97-103.
41. Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 2001.
42. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *J Beh Med* 1991, p11-26.
43. Berg BJ., Wilson JF. Psychiatric morbidity in infertile population. *Fertility and Sterility*, 1990, p654-661.
44. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction DERLEME HSP* 2015.
45. Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynaecol* 1999, p245-251.
46. Cousineau TM, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007; p293-308.
47. Beutel M, Kupfer J, Kircmeyer P. Treatment related stress and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF on ICSI. *Andrologia* 1999, p27- 35.
48. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 2004, p126-131.

49. Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015, p253-256.
50. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility related stress. *Fertility and Sterility* 1999, p54-62.
51. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility* 2007, p911-914.
52. Meller W, Burns LH, Crow S, Grambsch P. Major depression in unexplained infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002, p27-30.
53. Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA. Stress, sexual dysfunctions and male infertility. *J Endocrinol Invest* 2003, p72-76.
54. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. *Am J Clin Pathol* 2002, p95-103.
55. Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West Afr J Med.* 2003, p190-196.
56. Moghadam MHB, Aminian AH, Abdoli AM, Seighal N, Falahzadeh H, Ghasemi N. Short communication evaluation of the general of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2011, p309-314.
57. Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 2004, p294-300.
58. Robinson GE, Stewart DE. Infertility and new reproductive technologies, *Review of Psychiatry* 2001.
59. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal Affective Disorders* 2008, p159-164.
60. Morice P, Josset P, Dubuisson JB. History of sterility in ancient times. *Contracept Fertil Sex* 1995, p423-427.
61. Neff DL. Social impact of infertility: the case of matrilineal in south India. *Social Sci. Med* 1994, p475-485.



62. Dunson DB, Baird DD, Colombo B. Increased infertility with age in men and women. *Obstetrics and Gynecology* 2004, p51-56.
63. Hjelmstedt, A., Collins, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg A., Bergh T. R.N., Boivin J. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* , 1999.
64. Wright, J., Allard, M., Lecours, A., Sabourin S. Psychosocial Distress and Infertility: A review of controlled research. *International Journal of Fertility* 1989, p126-142.

## ƏLAVƏLƏR

### ƏLAVƏ 1.

#### ANKET

1. Ad, Soyad (Qeyd etməmək olar)..... 2.Yaşınız .....
3. Cinsiniz: a)kişi b)qadın
4. Ailə vəziyyətiniz:  
a) evli b) subay c) boşanmış d) yoldaşımdan ayrı yaşayıram e) dul
5. Neçə ildir evlisiniz və evlilik yaşınız? ..... / .....
6. Həyat yoldaşınızın yaşı .....
7. Kiminlə yaşayırsınız?  
a) tək b) həyat yoldaşım c) yoldaşım və uşaqlarımla d) anam və atam  
e) digər.....
8. Təhsil səviyyəniz?  
a) İbtidai sinif b) Orta məktəbi bitirmişəm c) Peşə məktəbi d) Universitet  
e) digər
9. Yoldaşınızın təhsil səviyyəsi?  
a) İbtidai sinif b) Orta məktəbi bitirmişəm c) Peşə məktəbi d) Universitet  
e) digər
10. Varsa uşaqlarınızın sayı? .....
11. Gəlir səviyyəniz nədir? .....
12. İşləyirsinizmi? a) bəli b) xeyr
13. Nə qədər müddətdir işləyirsiniz?  
a) 1 ildən az b) 1-5 il arası c) 5-10 il d) 11 il və daha çox
14. Həftəlik işlədiyiniz vaxt:  
a) ortalama 40 saat b) ortalama 45 saat və daha çox
15. Hər hansı bir xronik fiziki xəstəliyiniz var mı?  
a) bəli (nədir?.....) b) xeyr
16. Heç bu problem üçün həkimə getmisinizmi?  
a) Bəli b) Xeyr (səbəbi: .....

17. Sonsuzluqla bağlı neçə müddətdir müalicə alırsınız? .....

18. Psixoloji hər hansı bir probleminiz var mı?

a)Bəli (açıqlayın) ..... b)Xeyr

19. Hər hansı psixoloji problem üçün həkimə (psixiatr/psixoloq) müraciət etmişinizmi?

a) Bəli b) Xeyr (açıqlayın) .....

20. Yoldaşınızla hansı sıklıqda cinsi əlaqədə olursunuz?

1)gündə 1dəfədən çox 2)gündə 1dəfə 3)həftədə 3 və ya 4dəfə 4)həftədə 2dəfə  
5)həftədə 1dəfə 6)2həftədə 1dəfə 7)ayda 1dəfə  
8)heç(əgər heçdirsə, neçə müddətdir?.....)

21. Ailənizdən başqa sosial dəstəyini hiss etdiyiniz qohumlarınız və ya dostlarınız var mı?

a) bəli(kimlər və yaxınlıq dərəcəni nədir?.....) b) xeyr

22. Qohumlarınız və dostlarınızla münasibətiniz necədir? a)əla b)yaxşı c)orta d)pis  
e)çox pis

23. Ailədə neçənci uşaqsınız? .....

24. Uşaqlıqda necə bir qayğı ilə baxılmışsınız?

a) həddindən çox sevgi və qayğı b) kifayət qədər qayğı ilə c) qayğısız

25. Uşaqlıqda necə bir disiplin ilə böyüdülmüşünüz?

a) həddindən çox nəzarət olub b) normal nəzarət olub c) az nəzarət olub

26. Uşaqlıqda ailənizin vəziyyəti necə idi? a) normal b)boşanmış

c)parçalanmış

## ZDRS

**ZDRS ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ**

Sizdən xahiş olunur ki, cədvəldə göstərilənləri diqqətlə oxuyasınız və son bir həftə ərzində halınıza daha çox uyğun olan işarə ilə (✓) qeyd edəsiniz

Uyğun olanı cədvəlin sütunlarında işarə ilə (✓) qeyd edin	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKSƏR HALLARDA
1. Mən qəmginəm və ruh düşkünlüyü keçirirəm				
2. Gün ərzində səhərlər özümü daha yaxşı hiss edirəm				
3. Məni ağlamaq tutur və ya ağlamaq istədiyimi hiss edirəm				
4. Mən gecələr pis yatıram				
5. Mən əvvəlki qədər yeyirəm				
6. Mən cinsi həyatdan həzz alıram				
7. Mən hiss edirəm ki, mənim çəkim azalır				
8. Məni qəbzlikdən əziyyət çəkirəm				
9. Mən özümde ürəkdöyünmələrin tezləşməsini hiss edirəm				
10. Mən səbəbsiz yorğunluq hiss edirəm				
11. Mən həmişəki kimi aydın fikirləşirəm				
12. Adətən gördüyüm işlərin öhdəsindən mən asanlıqla gəlirəm				
13. Mən özümü narahat hiss edirəm və bir yerdə qərar tuta bilmirəm				
14. Mən gələcəyə ümidlə baxıram				
15. Mən əvvəlkindən daha əsəbiyəm				
16. Mən asanlıqla qərar qəbul edirəm				
17. Mən özümü lazımlı və faydalı şəxs hesab edirəm				
18. Mənim həyatım maraqlı və zəngindir				
19. Mən hiss edirəm ki, olsaydım başqaları üçün daha yaxşı olardı				
20. Mən əvvəl zövq aldığarımdan indi də zövq alıram				

**ZDRS ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ ÜZRƏ  
BALLARIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKSƏR HALLARDA
1. Mən qəmginəm və ruh düşkünlüyü keçirirəm	1	2	3	4
2. Gün ərzində səhərlər özümü daha yaxşı hiss edirəm	4	3	2	1
3. Məni ağlamaq tutur və ya ağlamaq istədiyimi hiss edirəm	1	2	3	4
4. Mən gecələr pis yatıram	1	2	3	4
5. Mən əvvəlki qədər yeyirəm	4	3	2	1
6. Mən cinsi həyatdan həzz alıram	4	3	2	1
7. Mən hiss edirəm ki, mənim çəkim azalır	1	2	3	4
8. Məni qəbzlikdən əziyyət çəkirəm	1	2	3	4
9. Mən özümdə ürəkdöyülmələrin tezləşməsinə hiss edirəm	1	2	3	4
10. Mən səbəbsiz yorğunluq hiss edirəm	4	3	2	1
11. Mən həmişəki kimi aydın fikirləşirəm	4	3	2	1
12. Adətən gördüyüm işlərin öhdəsindən mən asanlıqla gəlirəm	4	3	2	1
13. Mən özümü narahat hiss edirəm və bir yerdə qərar tuta bilmirəm	1	2	3	4
14. Mən gələcəyə ümidlə baxıram	4	3	2	1
15. Mən əvvəlkindən daha əsəbiyəm	4	3	2	1
16. Mən asanlıqla qərar qəbul edirəm	4	3	2	1
17. Mən özümü lazımlı və faydalı şəxs hesab edirəm	4	3	2	1
18. Mənim həyatım maraqlı və zəngindir	4	3	2	1
19. Mən hiss edirəm ki, ölsəydim başqaları üçün daha yaxşı olardı	1	2	3	4
20. Mən əvvəl zövq aldığarımdan indi də zövq alıram	4	3	2	1

## ZARS

## ZARS ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ TƏŞVİŞ CƏDVƏLİ

Sizdən xahiş olunur ki, cədvəldə göstərilənləri diqqətlə oxuyasınız və son bir həftə ərzində halınıza daha çox uyğun olan işarə ilə (√) qeyd edəsiniz

Uyğun olanı cədvəlin sütunlarında işarə ilə (√) qeyd edin	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKSƏR HALLARDA
1. Mən özümü adi halımdan daha əsəbi və təşvişli hiss edirəm				
2. Mən səbəbsiz qorxu hissi keçirirəm				
3. Məni asanlıqla məyus etmək və ya vahiməyə salmaq olar				
4. Mən hiss edirəm ki, özümü ələ ala bilmirəm				
5. Mən hiss edirəm ki, hər şey yaxşıdır və heç bir pis hadisə baş verməyəcək				
6. Mənim əllərim, ayaqlarım titrəyir və əsir				
7. Mən başımda, boynumda və kürəyimdə olan ağrılardan əziyyət çəkirəm				
8. Mən özümü halsız hiss edirəm və tez yoruluram				
9. Mən özümü sakit hiss edirəm və asanlıqla bir yerdə qərar tuta bilirim				
10. Mən özümdə ürəkdöyünmələrin tezləşməsini hiss edirəm				
11. Məndə başgicəllənmələr olur				
12. Məndə bayılmalar (ürəkgetmələr) olur və ya mən hiss edirəm ki bayılmağa yaxınam				
13. Mən rahat nəfəs alıram				
14. Mən əl və ayaq barmaqlarımda giziltilər və keyimələr hiss edirəm				
15. Məndə mədə ağrıları və həzm pozuntusu olur				
16. Mən sidik kisəmin dolu olduğunu hiss edirəm				
17. Mənim əllərim quru və istidir				
18. Mənim üzüm qızarıb yanır				
19. Mən asan yuxuya gedirəm və rahat yatıb dincəlirəm				
20. Məni dəhşətli yuxular narahat edir				

**ZARS ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ TƏŞVİŞ CƏDVƏLİ ÜZRƏ  
BALLARIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKSƏR HALLARDA
1. Mən özümü adi halımdan daha əsəbi və təşvişli hiss edirəm	1	2	3	4
2. Mən səbəbsiz qorxu hissi keçirirəm	1	2	3	4
3. Məni asanlıqla məyus etmək və ya vahiməyə salmaq olar	1	2	3	4
4. Mən hiss edirəm ki, özümü ələ ala bilmirəm	1	2	3	4
5. Mən hiss edirəm ki, hər şey yaxşıdır və heç bir pis hadisə baş verməyəcək	4	3	2	1
6. Mənim əllərim, ayaqlarım titrəyir və əsir	1	2	3	4
7. Mən başımda, boynumda və kürəyimdə olan ağrılardan əziyyət çəkirəm	1	2	3	4
8. Mən özümü halsız hiss edirəm və tez yoruluram	1	2	3	4
9. Mən özümü sakit hiss edirəm və asanlıqla bir yerdə qərar tuta bilirəm	4	3	2	1
10. Mən özümdə ürəkdöyünmələrin tezləşməsinə hiss edirəm	1	2	3	4
11. Məndə başgicəllənmələr olur	1	2	3	4
12. Məndə bayılmalar (ürəkgetmələr) olur və ya mən hiss edirəm ki bayılmağa yaxınam	1	2	3	4
13. Mən rahat nəfəs alıram	4	3	2	1
14. Mən əl və ayaq barmaqlarımda giziltilər və keyimələr hiss edirəm	1	2	3	4
15. Məndə mədə ağrıları və həzm pozuntusu olur	1	2	3	4
16. Mən sidik kisəmin dolu olduğunu hiss edirəm	1	2	3	4
17. Mənim əllərim quru və istidir	4	3	2	1
18. Mənim üzüm qızarıb yanır	1	2	3	4
19. Mən asan yuxuya gedirəm və rahat yatıb dincəlirəm	4	3	2	1
20. Məni dəhşətli yuxular narahat edir	1	2	3	4