



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İNERTİL ÇİFTLERDE TOPLUMSAL CİNSİYET ROLÜ STRESİ İLE
İNERTİLİTE STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

AYŞE GÜLEŞÇİ
ORCID ID: 0009-0004-3554-7070
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL

İZMİR-2024

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İNFERİL ÇİFTLERDE TOPLUMSAL CİNSİYET ROLÜ STRESİ İLE
İNFERİLİTE STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

AYŞE GÜLEŞÇİ
ORCID ID: 0009-0004-3554-7070
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL

İZMİR-2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı tarafından yürütülmüş olan “İnfertil Çiftlerde Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ile İnfertilite Stresi Arasındaki İlişki” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29 / 01 / 2024

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL (0000-0002-6164-3099)
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye : Prof. Dr. Oya KAVLAK (0000-0003-3242-5313)
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye : Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ (0000-0001-6194-3131)
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

29/01/2024

Ayşe GÜLEŞÇİ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, “İnfertil Çiftlerde Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ile İnfertilite Stresi Arasındaki İlişki” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

29/01/2024

Ayşe GÜLEŞÇİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her anlamda sabırla yol gösteren ve destekleyen, gerek akademik, gerek kişilik olarak her zaman örnek alacağım, öğrencisi olmaktan büyük gurur duyduğum, çok kıymetli ve saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL' a,

Hayatımda olduğu için büyük mutluluk duyduğum, bana ve yoluma ışık olan biricik arkadaşım Sakine Zeyna CAN' a ve kıymetli hayat arkadaşına,

Her anlamda yanımda olduğunu bildiğim, bana her zaman inanan, varlıkları ve dostlukları paha biçilemez canım arkadaşlarım Berra KÜLAHLI' ya ve İmge AYGÜN' e,

Her zaman mantığıyla ve bilgeliğiyle beni sabırla dinleyip, yol gösteren, fikirleri çok değerli arkadaşım Melih EYİMAYA'ya

Bana hayatım boyunca her zaman inanan, insan ve kadın olma yolunda her zaman örnek olan, sevgisini ve desteğini kalbimde sonsuz hissettiğim, evladı olmaktan gurur duyduğum canım anneme,

Çalışmaya katılmayı kabul eden kıymetli çiftlere ve destek olan birim çalışanlarına

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İNFERTİL ÇİFTLERDE TOPLUMSAL CİNSİYET ROLÜ STRESİ İLE İNFERTİLİTE STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışma infertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresi düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte yürütülen çalışmanın evrenini, Ağustos 2022-2023 tarihleri arasında İzmir’de bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin üremeye yardımcı tedavi merkezine başvuran infertil çiftler oluşturmuştur. Araştırma primer infertilite tanısı alan, Türkçe konuşup, anlayabilen, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, çift olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş 88 infertil çiftle (88 erkek, 88 kadın) yürütülmüştür. Veriler Birey Tanıtım Formu, Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği, Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklem T testi, ANOVA, Kruskal Wallis, Post Hoc Bonferroni, Pearson Ki-Kare, Fisher’s Exact ve Spearman korelasyonu testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $33,84 \pm 6,42$ yıl ve evlilik süresi ortalama $4,89 \pm 2,89$ yıl, %39,8’i üniversite ve üstü düzeyde eğitim seviyesine sahip, %48,9’u çalışmakta ve %90,9’u çekirdek aileye sahiptir. Erkeklerin yaş ortalaması $35,8 \pm 6,11$ yıl, %42’si üniversite ve üstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir. Çiftlerin %35,2’si infertilitenin kadın kaynaklı olduğunu ifade etmiş, %58’i daha önce tedavi girişiminde bulunmuş, %72,7’si tedavi olmaya çift olarak karar vermiş, %51’i daha önce 1-2 kez tedavi denemiş ve kadınların %98,9’u, erkeklerin ise %90,9’u infertilite ile ilgili durumunu biriyle paylaşmıştır. Çocuk sahibi olmayı kadınlar ‘anne olmak’ olarak, erkekler ‘aile olmak’ olarak, infertilite ve tedavi sürecini kadınlar ‘umut veren bir süreç’, erkekler ‘zor bir süreç’ olarak tanımlamıştır. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stres Ölçeği’nin puan ortalaması $66,86 \pm 21,89$ ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stres Ölçeği’nin puan ortalaması $65,52 \pm 20,99$ olarak belirlenmiş, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Kadınların

İnfertilite Stresi Ölçeği'nin Kişisel Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $10,52 \pm 4,55$, Sosyal Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $2,97 \pm 2,79$ ve Evlilik Alanında Stres alt boyutu puan ortalamasının $3,34 \pm 3,55$ olduğu, erkeklerin Kişisel Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $4,57 \pm 3,62$, Sosyal Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $1,23 \pm 1,65$ ve Evlilik Alanında Stres alt boyutu puan ortalamasının $2,17 \pm 2,56$ olduğu saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları olan Kişisel Alanda Stres ve Evlilik Alanında Stres alt boyutu ($r = 0,492$ ve $r = 0,328$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: İnfertil çiftlerin toplumsal cinsiyet rollerine ve infertiliteye ilişkin stres yaşamakta olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla infertilite stresi yaşadığı bulunmuştur. Erkeklerin yaşadığı toplumsal cinsiyet rolü stresinin infertilite stresiyle ilişkilendirilebileceği belirlenmiştir. Hemşireler infertil çiftlere bakım verirken toplumun sosyo-kültürel yapısını, cinsiyet rollerine ait algısını ve bireylerde stres oluşturabilecek faktörleri tanımalı, bireyleri bütüncül olarak değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Çift, Stres, Toplumsal Cinsiyet Rolü, Hemşire

THE RELATIONSHIP BETWEEN GENDER STRESS AND INFERTILITY STRESS IN INFERTILE COUPLES

ABSTRACT

Aim: This study was conducted with the aim of determining the levels of gender role stress and infertility stress experienced by couples undergoing infertility treatment and examining the relationship between them.

Methods: The population of the descriptive study conducted encompassed infertile couples who applied to the assisted reproductive treatment center of an education and research hospital located in Izmir between August 2022 and 2023. The research included 88 infertile couples (88 men, 88 women) who diagnosed with primary infertility, spoke and understood Turkish, had no psychiatric disorders, and agreed to participate as a couple. Data were collected using the Individual Introduction Form, Male Gender Role Scale, Female Gender Role Scale, and Infertility Stress Scale. Descriptive statistics, Independent Samples T-test, ANOVA, Kruskal-Wallis, Post Hoc Bonferroni, Pearson Chi-Square test, Fisher's Exact, and Spearman correlation were used in the evaluation of the data.

Results: The average age of women in the couples was 33.84 ± 6.42 years, with an average marriage duration of 4.89 ± 2.89 years. About 39.8% had a university-level education or higher, 48.9% were employed, and 90.9% belonged to nuclear families. The average age of men was 35.80 ± 6.11 years, with 42% having a university-level education or higher. Regarding infertility, 35.2% of couples indicated that the issue was female-related, 58% had previously attempted treatment, and 72.7% decided to undergo treatment as a couple. Additionally, 51% had undergone treatment 1-2 times before, and 98.9% of women and 90.9% of men had shared their infertility situation with someone. Women described parenthood as "becoming a mother," while men defined it as "becoming a family." Women perceived the infertility and treatment process as "a hopeful process," whereas men described it as "a challenging process." The average scores on the Female Gender Role Stress Scale were

66.86±21.89, and on the Male Gender Role Stress Scale, they were 65.52±20.99. No statistically significant difference was found between the scores ($p>0.05$). For the Infertility Stress Scale, women's scores were 10.52±4.55 in the Personal Area Stress subscale, 2.97±2.79 in the Social Area Stress subscale, and 3.34±3.55 in the Marital Area Stress subscale. Men's scores were 4.57±3.62 in the Personal Area Stress subscale, 1.23±1.65 in the Social Area Stress subscale, and 2.17±2.56 in the Marital Area Stress subscale. The differences between men and women in these subscales were statistically significant ($p<0.05$). There was no statistically significant relationship between the Female Gender Role Stress Scale and the Infertility Stress Scale subscales ($p>0.05$). However, a statistically significant, positively correlated, and moderately high-level relationship was found between the Male Gender Role Stress Scale and the Infertility Stress Scale subscales of Personal Area Stress and Marital Area Stress ($r=0.492$ and $r=0.328$) ($p<0.05$).

Conclusion: It has been found that infertile couples experience gender and infertility stress, with women experiencing more infertility stress than men. The social gender stress experienced by men has been determined to be associated with infertility stress. Nurses, when providing care to infertile couples, should be familiar with the socio-cultural structure of society, perceptions related to gender roles, and factors that can cause stress in individuals. Nurses should evaluate individuals comprehensively.

Key Words: Infertility, Couple, Stress, Gender Role, Nurse

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER.....	xii
TABLolar.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet.....	5
2.2. İnfertilite.....	7
2.2.1. İnfertilitenin Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	8
2.2.2. İnfertilitenin Etkileri.....	9
2.2.2.1. İnfertilitenin Fiziksel Etkileri.....	9
2.2.2.2. İnfertilitenin Psikolojik Etkileri.....	10
2.2.2.3. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri.....	14
2.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve İnfertilite.....	19
2.4.1. Toplumsal Cinsiyet, İnfertilite ve Hemşirelik.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi, Araştırmaya Dâhil Olma- Dışlanma Kriterleri	23

3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4. 1. Birey Tanıtım Formu	24
3.4.2. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (KTCRSÖ).....	25
3.4.3. Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ).....	25
3.4. 4. İnfertilite Stresi Ölçeği (The COMPI Fertility Problem Stress Scales)..	25
3.5. Araştırmanın Değişkenler	27
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	27
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	27
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulanma Süreci.....	27
3.8. Verilerin Analizi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
4.BULGULAR	30
4. 1. Çiftlerin Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özellikleri.	30
4.2. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	34
4.3. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	35
4.4. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik, İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Değişimi	37
4.5. Çiftlerin İnfertilite Stres Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik, İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Değişimi	41
5.TARTIŞMA.....	48
5.1. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ile İnfertilite Stresinin İncelenmesi.....	48
5.2. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresinin ve Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi.....	49
5.3.Çiftlerin İnfertilite Stresi ile Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKÇA.....	55

8. EKLER.....	64
Ek 1. Kadın Birey Tanıtım Formu.....	64
Ek 2. Erkek Birey Tanıtım Formu.....	67
Ek 3. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (KTCRSÖ).....	69
Ek 4. Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ).....	70
Ek 5. İnfertilite Stresi Ölçeği (The COMPI Fertility Problem Stress Scales)...	71
Ek 6. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul İzni.....	72
Ek 7. Çalışmanın Yürütüldüğü Kurumdan Alınan İzin.....	75
Ek 8. Ölçek Sahiplerinden Alınan İzinler.....	75
Ek 9. Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu.....	76
ÖZGEÇMİŞ.....	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği

ASRM: Amerikan Üreme Tıbbi Birliği

AUA: Amerikan Üroloji Birliği

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ETCRSÖ: Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği

ET: Embriyo Transferi

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

İSÖ: İnfertilite Stres Ölçeği

KTCRSÖ: Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

N: Kişi Sayısı

Ort. : Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil 1: Araştırmanın Post Hoc Güç Analizi Sonucu



TABLÖLAR

Tablo 1: Araştırma Zaman Çizelgesi

Tablo 2: Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 3: Çiftlerin İnfertilite Tedaviyle İlgili Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 4: Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Tablo 5: Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ve İnfertilite Stresi Arasındaki İlişki

Tablo 6: Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 7: Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) Puan Ortalamaları Dağılımları

Tablo 8: Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 9: Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Cinsiyet, bireyin doğuştan sahip olduğu fiziksel, genetik ve biyolojik özellikleri şeklinde tanımlamaktadır. Toplumsal cinsiyet ise biyolojik cinsiyetten farklı olarak erkeğin ve kadının sosyal ve kültürel normlara bağlı olarak toplum tarafından verilen rolleri ve sorumluluklarını ifade eder. Daha açık bir ifadeyle kadın ve erkekten, toplumun sahip olduğu inanış ve kültürüne dayanarak nasıl davranış, düşünme tarzı ve sorumluluklar beklendiği olarak tanımlanabilir (1-4)

Toplum tarafından kadına ve erkeğe bazı roller atfedilmektedir. Kadının sevgi dolu, sakin, şefkatli, çocuksu, anne olması; erkeğin saldırgan, hırslı, sahiplenici, güçlü ve baba olması beklenmektedir (5, 6). Kadınlık ve erkeklik rollerinin toplumsal olarak inşa edilmesi yolu ile öne çıkarılan annelik ve babalık rolünü bireyler içselleştirmekte ve benliğinin bir tamamlayıcısı olarak görmektedir (5). Bu nedenle farklı faktörlere bağlı olarak ‘annelik’ ve ‘babalık’ rolü gerçekleşemediğinde yani infertilite ortaya çıktığında bireyde farklı etkiler olmaktadır (7).

İnfertilite, bireylerin 12 ay boyunca düzenli, korunmasız cinsel ilişki sonucunda klinik olarak gebelik oluşturmaması olarak tanımlanan üreme sistemi hastalığı olarak tanımlanmaktadır (8, 9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2023 yılında yayınladığı prevalans çalışmasına göre infertilite, Dünya’da bireylerin ortalama %17.2’sini etkilemektedir ve DSÖ tarafından önemli bir hastalık ve sakatlık nedeni olarak belirtilmektedir (9-11). Ülkemizde infertilite prevalansına yönelik net veri bulunmamakla birlikte, 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 15-49 yaş arasında hiç çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı %4 olarak belirlenmiştir (12, 13).

Doğurganlığın toplumdaki statüsü düşünüldüğünde infertil bireylerin maruz kaldıkları durumların neden olduğu etkiler kaçınılmazdır (7). İnfertil bireyler ile fertil bireyler kıyaslandığında infertil bireylerin daha yüksek düzeyde stres, depresyon, umutsuzluk, kaygı yaşadıkları ve daha düşük benlik saygısına, umuda sahip oldukları literatürdeki birçok çalışmada belirtilmiştir (14-17). Bununla birlikte infertilite nedeniyle yaşanan deneyimlerde cinsiyetler arası farklılıklar bulunmaktadır (18, 19).

İnfertil kadın ve erkekler kıyaslandığında kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu, kadınlarda daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete görüldüğü saptanmıştır (20-24).

Kadınların yaşadığı olumsuzlukların nedenleri incelendiğinde, kadının erken yaşta geniş kapsamlı jinekolojik muayenelere başlaması rehberlerce önerilirken, erkeklere yönelik konuya özel muayene rehberi bulunmamakta ve üroloji uzmanları 45 yaş sonrasını içeren önerileriyle ileri yaşlara ertelemektedir (25, 26). Bu nedenle erkeğe bağlı nedenler geç tespit edilmekte ve gebelik gelişmediği için kadın birçok teste maruz kalmaktadır. Bu durum kadınların yaşadığı olumsuzlukları artırmaktadır (7, 27). İnfertiliteye yönelik tedavi arama konusunda büyük çoğunlukla kadın ilk adımı atmaktadır (28). Yardımcı üreme tedavilerine çiftler yalnızca %20 oranında birlikte başvurmakta, %80'lik gibi büyük bir oranda kadın tek başına başvurmaktadır (29). Gebeliğin kadın bedeninde gerçekleşmesi sonucu yardımcı üreme tekniklerinde odaklanılan cinsiyet kadın olmaktadır. In Vitro Fertilizasyon, İntrauterin İnseminasyon ve İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu gibi yardımcı üreme tekniklerinin büyük bir çoğunluğu kadın bedenine yönelik olarak yürütülmektedir (30, 31). Kadınların üreme ve tedavi sürecinin sorumluluğunun büyük bir payını üstlenmesi ile ilişkili olarak yaşadıkları stres ve anksiyete düzeyi artabilmektedir. Ayrıca tedavi için başvuran kadınlar toplumsal rollerin yüklediği kadınlıkla bağdaşan doğurganlık rollerini yerine getirememesi nedeniyle ailesi, partneri ve yaşadığı toplum tarafından damgalanmaya, dışlanmaya, değersizleştirilmeye, öz saygısının zedelenmesine ve şiddete maruz kalmaktadır (18, 28, 32). Bu durum kadınların infertilite süreci ile ilgili yaşadığı stresle birlikte toplumsal cinsiyet rollerini yerine getirememiş olmanın stresini de yaşamalarına sebep olmaktadır.

Literatür genel olarak kadına odaklanmış olsa da erkeklerde de infertilitenin etkilerinin görülmesi kaçınılmazdır. İnfertil olan ve olmayan erkekler kıyaslandığında infertil erkekler daha fazla psikolojik, cinsel ve sosyal sıkıntı ifade etmektedir (16, 33). Bu olumsuz durumlarla birlikte ataerkil toplumun yüklediği üreme ve baba olma rollerini yerine getiremediği için kendilerini yetersiz hissetmektedirler (33, 34). Erkeklere yüklenen bu yüklerle beraber infertil erkeklerde olumsuz psikolojik etkilerin görülme sıklığı artmakta, erkek kaynaklı infertilite yaşandığı durumlarda erkeklerde daha sık cinsel disfonksiyon görülmektedir. Erkekler yaşadığı olumsuz duruma yönelik üzüntü, kaygı gibi duygusal tepkileri öğrendikleri roller gereği yansıtmaktan

kaçınmaktadır. Bu nedenle erkek kaynaklı infertilitenin kadın kaynaklı infertiliteden daha fazla damgalayıcı olduğuna dair algı mevcuttur (34-36). Bu olumsuz durumların nedeni toplumun genelinde var olan yargının aksine infertilitenin tamamen kadına bağlı nedenlerden ortaya çıkmadığı, problemin erkeklerin kendilerinden ‘spermilerinden’ kaynaklandığını öğrenmeleri ve ataerkil yapının oluşturduğu seksüel kimliklerinin zedelenmesi olarak düşünülmektedir (37). Genel durum incelendiğinde erkeklerin de infertilite süreci ile ilgili yaşadığı stresin yanı sıra toplumsal cinsiyet rollerini yerine getirememiş olmanın verdiği stresi de yaşadıkları düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde infertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları infertilite stresi ile toplumsal cinsiyet rolü stresi arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın amacı infertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları infertilite stresi ve toplumsal cinsiyet rolü stresi düzeylerinin belirlenmesi, yaşadıkları infertilite stresi ile toplumsal cinsiyet rolü stresi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu çalışmanın amacı infertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresi düzeylerini, etkileyen faktörleri belirlemek, aralarındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaçla araştırma soruları;

1. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stres düzeyleri nasıldır?
2. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları infertilite stresi düzeyleri nasıldır?
3. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresi arasında bir ilişki var mıdır?
4. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin demografik özelliklerine göre toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stres düzeyleri arasında fark var mıdır?
5. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin infertilite tedavisine ilişkin özelliklerine göre toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stres düzeyleri arasında fark var mıdır?

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H1: İnfertil çiftlerde toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya çift olarak katılım zorunluluğu olmasından dolayı eşlerinin kabul etmediği katılımcıların verilerinin çalışmaya dahil edilememesi veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet, bireyin doğuştan sahip olduğu fiziksel, genetik ve biyolojik özellikleri tanımlamaktadır. Toplumda kadın ve erkek yetiştirilirken kültüre dayanan bazı farklılıklar bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet, erkeğin ve kadının sosyal ve kültürel normlara bağlı olarak toplum tarafından verilen rollerini ifade eder (1, 2). Ülkemizde ilk defa 1990'lı yılların başında kullanılmaya başlanan toplumsal cinsiyet ile toplumun inşa ettiği beklentilerin, sorumlulukların ve rollerin neden olduğu ayrıcalıklar ve eşitsizlikler net şekilde ifade edilebilmiştir (38).

Toplumsal cinsiyet bağlamında erkeğe ve kadına verilen roller sonucu ortaya çıkan bir diğer kavram toplumsal cinsiyet eşitliğidir. Birleşmiş Milletler'in tanımına göre cinsiyet eşitliği, kadınların ve erkeklerin eşit hak, sorumluluk ve fırsatlara erişmesidir. Eşitlik, kadın ve erkeğin aynı olacağı anlamına gelmemektedir. Ancak sahip olunan hakların, sorumlulukların ve fırsatların erkek ya da kadın olarak doğmalarına bağlı olmadan, farklılıkları göz önüne alınarak ihtiyaç ve önceliklerinin göz önüne alınması anlamına gelmektedir (3). Toplumsal cinsiyet eşitliği, toplumda cinsiyetlerin sahip olduğu gelir, sahip olunan eğitim seviyesi, sağlık, karar alma, normlar, alışkanlıklar, kadın ve erkeklere atfedilen roller ve beklentiler dahil olmak üzere yaşamın her alanındaki sosyal ve kültürel farklılıklarla ilişkilendirilmektedir (38).

Dünya Ekonomi Forumu (2023)' nun düzenlediği 'Küresel Cinsiyet Uçurumu Raporu' na göre önümüzdeki 131 yıl boyunca cinsiyet eşitliğinin sağlanamayacağı dikkat çekici bir bulgu olarak belirtilmektedir. Rapora göre Türkiye, 146 ülke arasında ekonomi ve fırsat eşitliğinde 133., eğitim fırsatlarına ulaşmada 99., sağlık ve yaşamda 100., politik süreçlere katılımı 118. sırada yer almaktadır. Tüm parametreler değerlendirildiğinde 129. sırada yer almaktadır (39).

Türkiye'nin cinsiyet eşitliği konusunda birçok ülkeden geri kaldığı, cinsiyet eşitliği algısının yeterli olmadığı düşünülebilir. Bu bağlamda Savaş (2018) tarafından yapılan çalışmada sahip olunan toplumsal cinsiyet eşitliği algısı araştırılmak istenmiştir. 2360 kişi ile yürütülen çalışmada erkeklerin kadınlardan daha az cinsiyet

eşitliği algısına sahip olduğu belirtilmiştir (40). Bu sonuçla paralel olarak, Ergin ve ark. (2019) tarafından üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada erkek öğrencilerin daha gelenekçi bir cinsiyet tutumuna sahip olduğu, eşitsizlikten daha fazla etkilendikleri düşünülen kadın öğrencilerin daha eşitlikçi bir tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (41).

Türkiye’ de Cinsiyet Eşitliğini İzleme Raporu (2022)’nda 17 farklı tematik alanı içeren toplumsal cinsiyet eşitliği temelli göstergelere göre Türkiye 36 Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri arasında 35. sıradadır. Bu sıralamada olunmasının sebebini rapor, sivil toplum kuruluşlarının yaptığı çalışmaların sonuçlarına göre özellikle 6284 Sayılı Kanun ve İstanbul Sözleşmesi uyarınca alınacak kararların bir kısmının askıya alınması nedeniyle şiddete uğrayan bireylerin kolluk kuvvetlerine başvuru sayısının azalmasına, yaşanan COVID-19 salgını nedeniyle birincil basamak sağlık hizmetlerinde aksaklıklar yaşanmasına, kadın işsizliğinin artmasına ve piyasa gücündeki dengesizliklerin yaşanmasına bağlamaktadır (42) Bu faktörlerin yanı sıra cinsiyet eşitliğinin sağlanamamasının nedenleri olarak eşitlikten uzak toplumsal normlar ve roller düşünülmektedir (43). Toplum tarafından kabul görmek ve toplumun bir parçası olmak için kadınlar kendilerine verilen erkeğine bağlı olma, annelik, ev yönetimi, duygusal olarak sessiz, sakin, fedakar ve duyarlı rollerine; erkekler onlara verilen baba olma, işe gitme, duygusal olarak cesur, sert, mantıkla hareket eden rollerine uyum sağlamaktadır (6). Ülkemizde bu rollere bağlı olarak, erkek egemenliği hakim (ataerkil) yapısıyla paralel olarak edilgenleştirilen kadınlara yönelik “Her kadın mutlaka evlenmek ister” ve “Her kadın mutlaka çocuk sahibi olmak ister”, “Kadın kocasının sözünden çıkmamalıdır” düşünceleri yaygındır (40, 44). Erkeklerden ise denetleyen ve egemenlik kuran vasıflarıyla ‘namus’ ve ‘şeref’ gibi toplum tarafından anlam yüklenen kavramlara kabul görmek için sahip çıkması beklenmektedir (45).

Uysal ve ark. (2019) tarafından erken yaşta evlilik yapmış kadınlarla yapılan toplumsal cinsiyet algısına yönelik nitel bir çalışmada, kadınların toplum tarafından cinsel bir obje olarak görüldüğü, namus kavramının cinsellik üzerine tanımlandığı, kadınlardan ev işlerinin sorumluluklarını üstlenmesinin beklendiği, çocuk yetiştirirken eksiksiz, fedakâr yani toplumsal açıdan ideal anne rolüne uyması beklendiği ifade edilmektedir. Çalışma aynı zamanda, kadınların erkeklerden iyi bir baba olma, evine sahip çıkma ve otorite sahibi olma gibi özelliklerin beklendiğini belirtmektedir (46).

Toplumsal cinsiyet eşitliği algısının düşük olması ve bireylerden beklenen sorumluluklar sonucunda çocuğa atfedilen değerin büyümesine neden olduğu düşünülebilir. Tuğrul (2019) tarafından yürütülen nitel bir çalışmada, kadınlardan oluşan katılımcıların karar mekanizmasına katılabilmesi, saygı görebilmesi için kadının çocuk sahibi olması gerektiği, özellikle de erkek çocuk sahip olmanın toplumdaki statüyü arttırdığı ifade edilmiştir (5). Özdemir (2019) tarafından yürütülen nitel bir çalışmada, erkekler için geleneksel anlayışla uyumlu olarak baba ve aile reisi olmanın önemli bir noktada olduğu vurgulanmıştır. Erkeklik figürü katılımcılar tarafından güçlü, savaşçı, ailesine bakan ve duygularını gizleyen şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalar ve iktidarın devamlılığı erkekler üzerinde baskı oluşturmaktadır. Ayrıca çalışma da erkek bireylerin kadınlara yönelik ‘Kadınları kadın yapan anneliktir’, ‘Ev işleri kadının sorumluluğundadır’ ve ‘Kadın olmak, taciz ve tecavüz gibi olaylara maruz kalınması nedeniyle istenmez.’ şeklinde ifadeleri yer almaktadır (47). Çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde her iki cinsiyette toplum tarafından ebeveyn olduğunda itibar gördüğü, kadının doğurdukça, erkeğin soyunu devam ettirdikçe değerli olduğu ve üreme sürecinin kadına ait bir sorumluluk olarak değerlendirildiği düşüncesinin hâkim olduğu söylenebilir.

2.2. İnfertilite

İnfertilite, korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen 35 yaşından küçük kadınlarda 12 ay, 35 yaşından büyük kadınlarda 6 ay içerisinde gebeliğin görülmemesi olarak tanımlanmaktadır (8). İnfertilite, primer, sekonder ve açıklanamayan şeklinde farklı gruplara ayrılmaktadır. Primer infertilite hiç gebeliğin oluşmaması, sekonder infertilite ise daha önce en az bir gebeliğin oluşması olarak tanımlanmaktadır. Açıklanamayan infertilite ise ortada kadına ve erkeğe bağlı bir sorun olmamasına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak açıklanmaktadır (10).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2023 yılında yayınladığı prevalans çalışmasına göre infertilite, Dünya’da bireylerin ortalama %17.2’sini etkilemektedir ve DSÖ tarafından önemli bir hastalık ve sakatlık olarak belirtilmektedir (11, 48). Farklı ülkeler değerlendirildiğinde, yüksek gelirli ülkelerde %17,8, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %16,5 oranında gözlenmektedir, bu oranları ifade ederken araştırmacılar elde edilen verilerin güvenilirliğine ve örneklem büyüklüğüne dikkat çekmektedir (11). Ülkemizde TNSA 2018 yılı verilerine göre, 15- 49 yaş arasında hiç çocuğu olmayan

ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı %4 olarak belirlenmiştir (12). Ülkemizde infertiliteye yönelik güncel bir insidans ve prevalans çalışması bulunmamaktadır.

2.2.1. İnfertilitenin Nedenleri ve Risk Faktörleri

İnfertilite, yaklaşık olarak %50 oranında kadına bağlı faktörlere, %30 oranında erkeğe bağlı faktörlere, %15 oranında ise açıklanamayan faktörlere bağlı olarak gelişmektedir (49). Mevcut infertilite prevalansının %9,6'sını primer infertilite, %6,5'ini sekonder infertilite oluşturmaktadır (11). Kadınlarda sekonder infertilite, güvenli olmayan küretajların yüksek olduğu, doğum sonrası bakımın az olduğu Güney Asya, Sahra altı Afrika'nın bazı ülkelerinde sık görülürken, primer infertilite Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde daha sık görülmektedir. Erkek infertilitesi ise en sık Afrika, Orta/Doğu Avrupa'da görülmektedir (50).

Kadına bağlı infertilite tanısının %25'ini ovulasyon bozuklukları oluşturmaktadır (51). Anormal uterus kanama, amenore, düzensiz menstrual siklus varlığında ovülasyon bozukluklarından şüphelenilmektedir. Etiyolojisinde birçok farklı faktör yer almaktadır. En başlarda ise polikistik over sendromu, beden kitle indeksinin fazla olması gelmektedir. Bir diğer faktör olan oosit yaşlanması, kadının ilerleyen yaşlarda oosit sayısının azalmasına, sigara ve alkol tüketimine, stres seviyesinin artmasına bağlı yaşanabilir. Ayrıca mevcut over kistleri, otoimmün rahatsızlıklar ve endokrin sisteme bağlı rahatsızlıklar ovulasyona bağlı infertilitenin etiyolojisinde yer almaktadır (52).

Kadınlara bağlı infertilitenin nedenleri arasında ikinci sırada yer alan fallop tüpleri anormallikleri ve pelvik adhezyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalık, geçirilmiş abdominal cerrahi ve intraabdominal enfeksiyonda, displazi öyküsünde değerlendirilmelidir. Ayrıca endometriyal dokunun uterus dışında bulunması olarak tanımlanan ve tubal açıklığı etkileyen, adhezyonlara ve ovaryan kistlere neden olan endometriozis açıklanamayan infertilitenin nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (52, 53).

Diğer kadına bağlı neden ve risk faktörleri olarak, uterus anomalileri, myomlar, intrauterin adhezyonlar, luteal faz defekti, Kallman sendromu, trizomi gibi genetik rahatsızlıklar ve bağışıklık sistemine bağlı çölyak gibi rahatsızlıklar

değerlendirilebilir. Ayrıca bireylerin sahip olduğu yaşam tarzı alışkanlıkları olan sigara, alkol, madde kullanımı, düzensiz beslenme alışkanlıkları, yüksek ve düşük beden kitle endeksi, anksiyete ve depresyon düzeyi infertiliteye neden olan faktörler arasında yer almaktadır (53, 54).

Erkeğe bağlı infertilite görülen bireylerin bir çoğunda oligospermi (ejekülatta az sayıda sperm bulunması), astenospermi (ejekülatta sperm hareketliliğinin az olması), teratozospermi (ejekülatta çoklu anormal formlarda sperm varlığı) ve azospermi (ejekülatta canlı spermin olmaması) görülmektedir (55). Erkeğe bağlı infertilitenin nedenleri Avrupa Üroloji Birliği'nin (2021) yayınladığı rehberde, %42 oranında, bilinen faktörler olan inmemiş testise, geçirilmiş enfeksiyona, varikosele, sperm oto-antikorlarına, ve testis tümörlerine bağlı olarak görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca rehberde %30 oranında idiyopatik nedenlere bağlı olduğu gözlenmiştir. Bu oranı %10 olarak, gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) veya gonadotropin eksikliğine (hipogonadotropik hipogonadizm) sonuç olarak endokrin sistem bozukluklarına neden olan, idiyopatik hipogonadotropik hipogonadizm, klinefelter sendromu, vasküler lezyonlar, travmalar, 46XX testiküler bozukluk, glukokortikoid fazlalığı, hiperprolaktinemi, testis ve adrenal bez tümörleri takip etmektedir (56). Ayrıca çevresel toksinlere ve radyasyona maruz kalma, beslenme alışkanlıkları, sitotoksik ilaç kullanımı, madde, tütün ve alkol kullanımı sperm kalitesini etkilediği çalışmalarca kanıtlanmıştır (57). Sonuçların tutarsız olmasıyla birlikte hipertermi, dar iç çamaşır kullanımı, uzun süreli sıcaklığa maruz kalma ve uzun süre oturma erkek doğurganlığını olumsuz yönde etkilediği çalışmalarca belirtilmiştir (57, 58).

2.2.2. İnfertilitenin Etkileri

İnfertiliteye ait tıbbi ve bilimsel tanımlamalar olsa da tarihsel, kültürel ve sosyo-politik yapıdan kaynaklı etkilerin görülmesi kaçınılmazdır. İnfertil çiftlerden beklenen toplumsal rollerin yerine getirilememesinin etkileri psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik gibi birçok farklı alanda gözlenmektedir (59).

2.2.2.1. İnfertilitenin Fiziksel Etkileri

İnfertilitenin tedavisinde kullanılan yardımcı üreme tekniklerinin komplikasyonları ve yan etkileri yönünden dikkatli olunmalıdır. Tedavi sürecinde oosit toplanması sırasında pelvik kanama, pelvik organ travmaları ve enfeksiyon

görülen komplikasyonlardır. Bulantı, kusma, batında distansiyon, hipotansiyon, dispne ile belirti veren renal yetmezlik, ovaryan torsiyon, rüptür, hemoraji, akut solunum distres sendromu ve tromboemboli tablosuna kadar ulaşan görülme insidansı %1,4 olan ovaryan hiperstimülasyon sendromu dikkat çeken komplikasyonlar arasındadır (60, 61).

Maternal ve gestasyonel olarak değerlendirildiğinde ise çoğul gebelikler, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı, plasenta previa, ablasyo plasenta, preeklampsi, doğum defektleri, ektopik ve heterotopik gebelik görülen komplikasyonlardandır (61). Bu risklere yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, bir meta-analiz çalışmasında (2017), antepartum dönemde tromboemboli riskinin yardımcı üreme yöntemleriyle hamile kalanlarda diğer popülasyona göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (62). Kadınlarda malignite riskinin araştırıldığı diğer çalışmalarda ise meme kanseri açısından anlamlı bir fark olmadığı, fakat over ve endometriyum kanseri açısından over stimülasyonuna bağlı olarak artan malignite riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (63-65).

Yardımcı üreme tedavisi konusunda odaklanılan kadın olmasından dolayı erkeklere yönelik yeterince araştırma yapılmamaktadır ve rehberler yetersiz kalmaktadır. Yardımcı üreme tedavilerinde erkeklerde gelişebilecek komplikasyonlar prosedüre bağlı cerrahi komplikasyonlar olarak ifade edilmektedir. İnfertilite tedavisine çift olarak başvurma önerilmesine rağmen kaynaklarda erkek infertilitesinin etiyolojisi, risk faktörleri, tedavisi ve komplikasyonları yeterince açıklanmamıştır ve kaynaklar tarafından çalışmaların artması gerektiği belirtilmektedir (66).

Mevcut kaynaklar incelendiğinde infertilite tedavisinin kadının morbidite riskini arttırdığı, hamilelik sürecinin kadın bedeninde gerçekleşmesi nedeniyle tedavi sürecinin kadına odaklandığı, daha fazla sorumluluk yüklediği, kadınla erkeğin fiziksel olarak eşit olmayan biçimde bu süreçten etkilendiği ifade edilebilir.

2.2.2.2. İnfertilitenin Psikolojik Etkileri

Toplumun çocuk sahibi olmaya yüklediği anlam sonucunda bu sorumluluğu yerine getiremeyen çiftler olumsuz etkilere maruz kalmaktadır. Toplumun norm ve rollerine uymayan çiftlerin maruz kalacağı etkiler sonucunda yaklaşık %25-60 oranında psikolojik etkilerin görülmesi kaçınılmazdır. Bu etkilerin görülmesinde

başlıca nedenler olarak sosyal baskı, tedavi süreci ve ekonomik durum yer almaktadır (67-69).

Hazlina ve ark. (2022) tarafından yayınlanan meta-analiz çalışmasında infertil olan ve olmayan kadınlar incelendiğinde infertilite ve psikolojik sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki saptandığı belirtilmiştir (70). Bu çalışmayla paralel olarak Öztürk ve ark. tarafından (2020) erkeklerle yürütülen çalışmada infertil bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubuyla kıyaslandığında daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca primer infertiliteye sahip erkeklerin sekonder infertiliteye sahip erkeklere oranla daha yüksek depresyon ve kaygı puanı saptandığı ifade edilmiştir (16).

Gameiro ve ark. (2012) tarafından yürütülen bireylerin neden infertilite tedavisini bıraktığının sorgulandığı 21453 bireyin incelendiği çalışmada, %14'ünün psikolojik nedenlerle, %16,6'sının bireysel ve ilişkisel nedenlerle bıraktığı ifade edilmiştir. Psikolojik yükün özellikle tedavinin tüm aşamalarında dikkat edilmesi gereken tedaviyi bırakma sebebi olduğuna dikkat çekilmiştir (71)

Tedavinin bırakılmasına neden olan çiftlerdeki stres durumunun sorgulandığı Civan ve Beydağ (2023) tarafından yürütülen tanımlayıcı tipte bir çalışmada ise kadınların erkeklerden daha yüksek stres ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca kişisel ve evlilik stres alt başlıklarında kadınların daha yüksek, sosyal alt başlığında ise erkeklerin daha yüksek stres ifade ettikleri saptanmıştır. Bu sonucun infertilitenin kadınlar için bir çok alanda stresli olmasına karşın, erkekler için yalnızca toplumdaki bakış açısından etkilendiği şeklinde yorumlanabileceği ifade edilmektedir (72).

Kamışlı ve ark. (2021) tarafından yayınlanan tedavi alan 70 infertil kadının ruhsal durumlarının kıyaslandığı bir çalışmada infertilite süresi arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe, çalışmama oranı arttıkça daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve umutsuzluk ifade ettikleri belirtilmiştir (73). Kadınların psikolojik iyi oluş halini etkileyen diğer etmenler incelendiğinde, Doğan ve Beydağ (2020) tarafından yapılan infertilite tanısı alan 140 kadının dahil olduğu çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. İnfertilite tedavisinin zorlu sürecinin ve belirsizliğinin kadınlar üzerinde oluşturduğu olumsuz sonuçlar gösterilmiştir (74).

Güneri ve ark. (2019) tarafından yürütülen, primer infertilite tanısı alan, ikinci in vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF-ET) tedavisi olan 14 infertil kadının dahil olduğu fenomenolojik bir çalışmada, kadınların umutsuzluk başlığı adı altındaki alt temalarda, bireysel olarak stres, beden algısında bozulma, zorluk yaşama, hayattan zevk almama, iletişim yeteneğinde bozulma, kıskançlık, çaresizlik, yolun sonunda hissetme; toplumsal/çevresel olarak sosyal geri çekilme, baskı görme, desteksizlik; tedavi süreci olarak olumsuz tedavi deneyimleri, tedavinin uzun sürmesi ve sonucun belirsiz olması ifade edilmiştir. Tedavi sürecinin olumsuz sonuçlanması bireylerde farklı alanların etkisiyle umutsuzluğa neden olduğu belirtilmiştir (75).

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinin erkeklerde etkisine bakıldığında Gamel ve ark. (2019) tarafından 50 infertil erkek ile Mısır'da yapılan bir çalışmada %42'sinin ileri düzeyde depresyona sahip olduğu, %46'sının şiddetli anksiyete ifade ettiği belirtilmiştir. Yaşadıkları psikolojik sıkıntıların erkek kaynaklı, primer infertilite olması, eğitim düzeyinin düşük olması, geniş aile yapısına sahip olunması, daha önce başarısız tedavi sürecinin yaşanması ve tedavi maliyetlerinin artması gibi durumlardan olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir (76).

Arya ve Dibb (2016) tarafından 15 erkek ile İngiltere'de yürütülen nitel çalışmada katılımcıların yoğunlukla birleştiği duygunun depresyon olduğu, kendilerini 'daha az erkek ve yetersiz ' hissettikleri, tedavisi sürecinde sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinin daha az olduğu ve duygularının daha az önemsendiği, çevresi tarafından daha yargılayıcı hissettiklerini ifade etmişlerdir (34). Afrashteh ve Mirkuhi (2020) tarafından İran'da 4 yıl infertilite tedavisi gören erkeklerle yürütülen nitel bir çalışmada ise katılımcıların olumsuz duygular olarak hüsrana uğramış ve güçsüz hissettiklerini; görüşmeler esnasında erkeklerin ailesini üzeceği için üzgün görünmekten kaçındığını, insanların tedavi sürecini ve başarısızlığını soracağını düşünerek diğer bireylerle iletişimden kaçındığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Tedavi gören erkeklerin kendilerini zayıf, güçsüz ve daha az erkek olarak gördükleri benlik saygısının azaldığı ifade edilmiştir (77).

Çin'de Chen ve ark. (2016) tarafından IVF tedavisi gören 202 erkek ile yürütülen kesitsel bir çalışmada depresyon ve anksiyete seviyesinin sırasıyla %49,9 ve %27,2 olduğu, başarısız tedavi öyküsü olan bireylerde daha yüksek düzeyde depresyon, kaygı, daha düşük düzeyde evlilik tatmini ve iletişim belirtilmiştir. Dikkat

çekici bir sonuç olarak regresyon analizine göre depresyon, anksiyete, evlilik tatmini ve seksüel doyumun IVF tedavisi başarısızlığıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (78).

İnfertilitenin psiko-sosyal anlamda etkilerinin sonucunda bireylerde benliğine yönelik olumsuz etkilerin görülmesi kaçınılmazdır. İnfertil ve fertil bireylerin benlik saygısının araştırıldığı Honmore ve Jadhav (2016) tarafından yürütülen çalışmada örnekleme 40 fertil ve 40 infertil çift oluşturmuştur. Sonuç olarak infertil bireylerin anlamlı derecede fertil bireylerden daha düşük benlik saygısı puanına sahip oldukları bu sonucu benzer olarak daha düşük bilişsel, sosyal ve spiritüel iyilik hali belirttikleri saptanmıştır (79).

İnfertil ve fertil kadınlar kıyaslandığında ise Ruth ve Akintayo (2021) tarafından yürütülen çalışmada infertil kadınların fertil kadınlara oranla daha düşük benlik saygısı ifade ettikleri belirtilmiştir. Sosyo-demografik verilerle kıyaslandığında ise ileri yaşta, düşük eğitim seviyesine sahip, yeniden evlenmiş ve daha uzun süredir infertil tanısına sahip kadınların daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca çalışmada depresyon düzeyleri kıyaslanmış olup benlik saygısı ile depresyon arasında negatif bir ilişki saptandığı ifade edilmiştir (80). Benzer şekilde fertil ve infertil erkekler kıyaslandığında ise Jamil ve ark. (2019) tarafından 45 fertil, 45 infertil erkek ile yürütülen çalışmada kadınlarla benzer olarak infertil erkeklerin daha düşük benlik saygısı ifade ettikleri belirtilmiştir. Sosyo-demografik verilere odaklanıldığında ise erkeklerin evlilik süresinin uzun olması, diyabetes mellitus tanısının olması, ileri yaşa ve yüksek eğitim seviyesine sahip olunması daha düşük benlik saygısıyla ilişkili bulunmuştur (81). Çalışmaların sonucunda sahip olunan eğitim seviyesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki toplumsal normlar bakış açısıyla değerlendirildiğinde eğitim seviyesinin artmasıyla benlik saygısının düşmesi arasındaki ilişki erkeklerin üreme konusundaki sorumlulukların farkında olması ve farkındalığının artması şeklinde değerlendirilebilir.

İnfertil çiftler arasında benlik saygısı sorgulandığında ise Wischmann ve ark. (2014) tarafından yürütülen çalışmada kadınların erkelere oranla daha düşük benlik saygısı, özgüven ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca kadınların infertilite tanısı aldıktan sonra öncesi döneme göre anlamlı oranda benlik saygısında azalma ifade ettikleri, erkeklerin ise tanı öncesi ve sonrası dönemdeki puanları kıyaslandığında azalma gözlemlendiği fakat kadınlara göre farkın daha düşük olduğu belirtilmiştir (82).

Bu çalışmayla benzer olarak Çavdar (2017) tarafından yürütülen tez çalışmasında kadınların erkeklere oranla kadınların daha düşük benlik saygısı ifade ettikleri, özgüvenlerinin daha düşük olduğu bunlara bağlı olarak daha düşük yaşam kalitesi ifade ettikleri belirtilmiştir. Sosyo-demografik özelliklere bakıldığında ise kentte yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip, yüksek eğitim seviyesine sahip, isteyerek evlenen bireylerde özgüven ve benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (83). Bu sonuçlarda sorgulanması gereken önemli bir noktanın kadınların erkeklerden daha fazla duygusal farkındalığa sahip olması ve bu konuda farkındalığa sahip olunması çalışmaların öneri kısmında yer almaktadır.

Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında infertil tanısına sahip erkek ve kadının farklı alanlarda olumsuz psikolojik sıkıntılar yaşadığı sonucuna varılabilir. Kadının psikolojik yükünün daha fazla olduğunun ifade edilmesinin yanı sıra erkelere yönelik çalışma sayısının fazla olmamasından dolayı yeterli kaynaklara ulaşamadığı birçok çalışmada ifade edilmiştir. Mevcut yayınların önerilerinde ise tanı ve tedavi sürecinin bireylerde etkilerine yönelik bütüncül yaklaşılması ve sahip olunan toplumsal normlar ışığında cinsiyetlerin ve bireylerin farklı ihtiyaçlarının olabileceği göz önüne alınması gerektiği tavsiye edilmiştir.

2.2.2.3. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri

Çocuk sahibi olmak özellikle ataerkil yapıli toplumlarda önemli yere sahiptir. Toplumda yer edinme, kabul görme ve saygınlık kazanmak için bireylerin neslini devam ettirmesi yani çocuk sahibi olması beklenmektedir. Ülkemizde de bu düşünceyle paralel çocuksuz bir ev olamaz düşüncesi hakimdir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması'na (2021) göre, çocuğa atfedilen değerler incelendiğinde ise, katılımcıların %80,4'ü '*Çocuk, anne babanın itibarını artırır*', %88,9'u '*Çocuk aile olmanın anlamını tamamlar*' şeklinde fikir ifade etmişlerdir ve erkekler kadınlardan daha yüksek oranda bu ifadelere katıldıklarını ifade etmişlerdir. Cinsiyetçi bir tutum olarak '*Neslin (soyun) devamı sadece erkek çocuk ile sağlanır*' düşüncesine ise katılımcıların %28,8'i katıldıklarını ifade etmişlerdir. (84).

Bireyler toplum tarafından değerli görülen çocuğu dünyaya getiremediğinde, infertilite tanısı alındığında ise kurak, verimsiz anlamına gelen 'kısır' ifadesi kullanılmaktadır. İnfertil kadınların gebe kalamama nedeniyle çevresi tarafından '*yarım, eksik kadın*', infertil erkeklerin ise '*sperm üretmeyen, eksik, daha az erkek*'

olarak algılanıp, bu normları içselleştirdikleri gözlenmektedir. Bu nedenle değersiz ve itibarsız görülerek toplum tarafından damgalanma (stigma) ve baskıya maruz kalmamak için kendilerini toplumsal izole ettikleri, bununla beraber psikolojik ve sosyal sorunların yaşandığı bilinmektedir (85, 86). Bu çalışmaya benzer olarak Fang ve ark. (2020) tarafından 369 infertil çiftle yürütülen çalışmada bireylerin stigma ve bununla bağlantılı stres düzeylerinin yüksek olduğu, cinsiyetler arasında ise kadınların erkeklere oranla anlamlı derecede stigma-stres düzeylerinin daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca bu stres seviyesini etkileyebileceği düşünülen benlik saygısıyla karşılaştırıldığında ise kadınların stres-stigma düzeylerinde herhangi bir değişikliğe neden olmadığı, erkeklerde ise stres ve stigma algısıyla benlik saygısı arasında negatif bir ilişki saptandığı ifadesine yer verilmiştir (87).

Türkiye’de infertil bireylere yönelik dışlanma incelendiğinde Ergin ve ark. (2018) tarafından infertil 177 çifti temsil eden örneklem ile yürütülen çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının (%44) mevcut tanıyı saklama eğiliminde olduğu belirtilmekle birlikte sosyal dışlanma algısının %38’inde mevcut olduğu ve kadınlarda daha belirgin olduğu saptanmıştır. Bu algıyla beraber çiftlerin %15’inin kendilerini toplumdan izole ettikleri, %60’ının ise bebek sahibi olunca önemli bir yer edineceklerini düşündükleri ifade edilmiştir. Toplumun verdiği olumsuz tutumlar sorgulandığında ise erkeklere kıyasla kadınlara karşı daha olumsuz tutum ve davranışları olduğu (%37 ; %57) gözlenmiştir (18).

Farklı sosyo-kültürel normlara sahip ülkelerde yaşayan kadınlarla yapılan çalışmaların ortak noktası yaşanan damgalanma ve dışlanmadır. Amerika, Türkiye, Nijerya ve İran gibi ülkelere ait niteliksel çalışmalar incelendiğinde, kadınların damgalanma, dışlanma, çevre kaynaklı benliğe yönelik olumsuz duygular hissetme ve eşinin ailesinin olumsuz söylemlerine maruz kalma gibi ortak problemler yaşadığı ifade edilmiştir. (85, 87-90).

İnfertilite konusunda sosyal alanda kadınlar dezavantajlı grup olarak görülmektedir. Mevcut stereotipler sonucunda doğurganlık süreci kadınla özdeşleştiği için erkekler ikinci plana atılmakta ve kutsal olarak görülen çocuk dünyaya getirme erkek kaynaklı faktörlerle sağlanamadığında erkeklerin toplumsal normların etkisiyle stigmaya uğraması, benlik saygısının zedelenmesi kaçınılmazdır. Erkeklerle yapılan nitel çalışmalarda, infertil kadın acınması gereken, infertil erkek ise alay edilen olarak

görüldüğü ifade edilmiştir. Erkeklerin kendilerine yönelik duygusal açıdan etkilenmemesi gerektiği düşüncelerinin olması, yaşanan çevre tarafından cinsel işlevde eksik görüldüklerini hissetmeleri ve tüm bunların erkekler tarafından içselleştirilip eşlerinin bile yargılayıcı olduklarını düşünmesi yaşanan damgalanmanın etkilerini göstermektedir (91-93).

Damgalanmanın her iki cinsiyet için zorlayıcı farklı etkileri olduğu gözlenirse de toplum açısından erkek infertilitesi daha zor kabul gören bir kavramdır. Bazı çiftlerde erkek bireyin daha yoğun damgalanmaya maruz kalmasını önlemek için kadının sorumluluğu üstlendiği, erkek kaynaklı infertilitenin saklandığı belirtilmektedir (85, 93). Kadınların yaşadığı bu sorunların nedeni olan ataerkil toplum bakış açısıyla doğurganlığın kadınlara özdeşleşmesine üreme sağlığında birçok çalışmanın kadınları merkeze koyması destek olmaktadır. Sağlık alanında yapılan bu hamleler erkekleri mevcut üreme sürecinden ötekileştirerek '*kadın sorunu*' haline getirilmesine olanak sağladığı düşünülebilir (93).

İnfertilitenin toplumsal, ailesel etkilerinin yanı sıra evlilik içi uyum ve dengeyi de etkilediği gözlenmektedir. Çiftlerin kendilerini eksik ve dışlanmış hissetmesi, yaşanan psikolojik sorunlar, tedavi yükü gibi birçok durum çiftlerin uyumunu, sosyallliğini, cinsel yaşamını, doyumunu ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. İnfertilitenin evlilik uyumuna etkisini araştırmaya yönelik Bıçakçı ve Delibalta (2023) tarafından 48 fertil ve 48 infertil kadınlı yürütülen tanımlayıcı çalışmada etkili iletişim, desteklenme ve dikkate alınmanın 'Evlilik Uyum Ölçeği' ile değerlendirildiğinde infertil kadınların %37,5'inin, fertil kadınların %70,8'inin mutlu bir evlilik tarifledikleri ifade edilmiştir. İnfertil kadınların %54,2, fertil kadınların ise %2,1 oranında kendilerini değersiz hissettikleri saptanmıştır. Özellikle infertil kadınların olumsuz ifadelerinin nedeni sorgulandığında infertil kadınların %93,8'inin, fertil kadınların %68,2'sinin mutlu bir evlilik için çocuk sahibi olmanın gerekli olduğu algısına sahip oldukları belirtilmiştir. Bu sonuç ile kadınların mutlu evlilik, özdeğer kavramları ve çocuk sahibi olmaya yönelik sahip olunan algı arasındaki ilişkinin gösterildiği düşünülebilir (94).

İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun cinsiyet ile ilişkisi sorgulandığında ise Egelioğlu Cetişli ve ark. (2017) tarafından yürütülen 84 infertil çiftin dahil olduğu çalışmada kadınların evlilik uyumunun erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bununla beraber değerdendirilen umutsuzluk arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (95). Vizheh ve ark. (2015) tarafından yürütölen çalışmada ise yine kadınların erkeklerden daha düşük evlilik uyumu ve cinsel tatmin tarifledikleri saptanmıştır. Çalışmada infertilitenin hangi cinsiyet kaynaklı olduğuna bağlı olarak yaşanılan probleme odaklanıldığında ise kadın kaynaklı infertilitede kadınların daha düşük evlilik uyumu, erkek kaynaklı infertilitede ise erkeklerin daha düşük cinsel tatmin tarifledikleri belirtilmiştir (96).çalışmaya benzer olarak Yılmaz ve ark. (2020) tarafından 110 çiftle yürütölen çalışmada evlilik uyumu ve cinsellik kıyaslandığında kadınların %77,6'sında, erkeklerin % 43,6'sında cinsel işlev bozukluğu göröldüğu, artan evlilik doyumuyla iyi cinsel işlev ile bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (97).

İnfertil çiftlerin cinsel yaşamları değerdendirildiğinde ise Loke ve Luk (2019) tarafından 113 infertil çiftle yürütölen çalışmada infertiliteyle cinsel tatminsizlik ve kayđı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda cinsel tatminsizlik tarifledikleri, kadınların ise erkeklerden daha fazla olarak eşleri tarafından yaşanılan sorunlar hakkında anlaşılmadıklarını düşöndükleri ve uzaklaşmış hissettikleri bildirilmiştir. Kadınların yaşanılan olumsuz duygulara ve cinselliğe yönelik hislerini daha açık ifade ettiği belirtilmiştir (98).

İnfertil çiftlerin cinsel işlevlerinin etkilenmesi farklı psiko-sosyal nedenlere bağlanmasının yanı sıra bireylerin tedavi süresinde zamanlanmış cinsel ilişki yaşaması gerekmelerinin ve yardımcı üreme teknikleri gibi farklı terapötik müdahalelere maruz kalmalarının sonucu olarak cinsel tatminsizlik, iletişimsizlik, erektil disfonksiyon ve uyarılma bozukluğu gibi birçok olumsuz etkinin görölmesi kaçınılmazdır. Inferto-Sex Sendromu olarak literatürde yeni yer alan bu kavram, bireylerin ocuk sahibi olma baskısı, yardımcı üreme tekniklerinin prosedürleri, planlanmış cinsellik ve başarısız tedavi denemeleri sonucunda emosyonel stres, erektil disfonksiyon, anksiyete, prematür ejakölasyon ve uyarılma bozuklukları görölmesi olarak nitelendirilmektedir. Bu durum çiftlerin ilişkisini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (99, 100).

Yaşanılan baskı, stigma, umutsuzluk, hayal kırıklığı, düşük benlik saygısı, değersizlik ve yetersizlik hissi sonucunda asla istenmeyen bir durum olan şiddet görölebilir. Gelişmekte olan ve gelişmemiş ölkelerdeki infertilite kaynaklı kadına yönelik şiddet görölme oranı %47,2 olarak gözlenmektedir. Uygulanan şiddet türlerine

bakıldığında ise ilk sırada %51,5 olarak psikolojik şiddet, ikinci sırada %20,2 oranında fiziksel şiddet, %11,5 oranında cinsel şiddet ve son sırada %9,8 oranında ekonomik şiddet gelmektedir (101). Bu yüksek oranlar gelişmiş ülkelerde de benzer olarak görülmektedir. Amerika’da Öztürk ve ark. (2021) tarafından yayınlanan çalışmada 5 infertil kadından 1’inin şiddete uğradığı saptanmıştır. Fertil kadınlarla kıyaslandığında ise infertil kadınların daha yüksek oranda şiddet ve damgalanma ifade ettikleri belirtilmiştir (90). Türkiye’de ise şiddet gördüğünü ifade eden infertil kadınların oranı %70’i bulmaktadır. Kadınların %62 gibi büyük bir oranı duygusal-psikolojik şiddete, %30’u fiziksel şiddete, %6’sı cinsel şiddete ve %19’u ekonomik şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (102).

Halicı ve Saatçi (2021) tarafından yürütülen çalışmada ise erkeklerin eşlerine %93,4 oranında şiddet uyguladıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir. Uyguladıklarını ifade ettikleri şiddet türlerinin başında psikolojik şiddet (%93,4) gelmekte bunu sırasıyla fiziksel şiddet (%37,4), ekonomik şiddet (%32,2) ve cinsel şiddet (%9,1) takip etmektedir. Eşe şiddet uygulama durumu ile evlilik süresinin uzaması, infertilite tedavi sayısı, çocuk sahibi olmama ve sigara tüketme arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların çalışmadığı, çekirdek yapılı ailelerde ekonomik şiddet uygulama oranlarının arttığı belirtilmiştir. Mevcut evlilik uyumu ile şiddet uygulama oranları arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (103).

Özkan ve Çalışkan (2021) tarafından infertil kadınlarla yürütülen çalışmada diğer çalışmalarla benzer olarak kadınların en çok psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddete maruz kaldıkları; infertilite süresinin uzaması, aile ile yaşanması, kırsal kesimde yaşanması, görücü usulü ile evlendirilmesi, infertilite nedeninin erkek olması, eşi ve kendisinin eğitim düzeyi azalması arasında pozitif ilişki saptanmıştır. İnfertil kadınların yaşanan olumsuz durumlarla baş etme yöntemlerine odaklanıldığında ise umut, eşle olan ilişkiye yönelme, kendine yatırım yapma, kabul ve spiritüelliği kullandıkları gözlenmiştir (104).

Erkeklerle yönelik şiddet açısından literatürde yeterli sayıda çalışmaya rastlanmaması sonucu çiftlerde yakın partner istismarını araştıran çalışmalar incelendiğinde Taebi ve ark. (2016) tarafından 131 çift ile yürütülen çalışmada erkeklerin %13,1’i, kadınların %20,3’ü fiziksel olmayan istismara uğradıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınlar infertilite nedeni kadın olduğunda daha fazla istismara

uğradıklarını ifade etmişlerdir (105). Benzer şekilde infertil çiftler arasında maruz kalınan cinsel ve psikolojik baskı araştırıldığında ise erkeklerin kadınlardan önemli ölçüde yüksek oranla partneri tarafından cinsel ilişkiye girme konusunda baskı gördüklerini ifade ettikleri belirtilmektedir. Erkekler kadınlardan gebe kalmak için uygulanan bu baskı sonucunda cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları, evlilik uyumunu etkilediği, erkeksi kimliklerinin zedelendiği ve psikolojik olarak stres yaşadıklarını ifade ettikleri bilinmektedir (106).

İnfertilitenin sosyo-kültürel etkileri incelendiğinde, bireylerin tanı ve tedavi sürecinin zorluklarının yanı sıra sahip olunan toplumsal, kültürel ve ataerkil bakış açısı nedeniyle değersizleştirmeye, benlik saygısını zedelenmesine, aile bütünlüğünün çocuksuzluk nedeniyle hiçe sayılmasına ve stigmaya uğramasına neden olduğu düşünülebilir. Toplumun mevcut algısı nedeniyle çiftler arasındaki uyum etkilenmekte, sorunun kaynağı '*kadın*' olarak görülmekte, partnerler arasında şiddet ve istismara neden olabilmektedir. Literatürdeki erkek infertil bireylerle yapılan çalışmaların az olması toplum tarafından sorunun ana kaynağı olarak kadının görülmesine neden olmakla beraber erkek bireylerin sorunlarının göz ardı edilmesine neden olabileceği düşünülebilir.

2.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve İnfertilite

Farklı sosyo-kültürel bakış açısına sahip olursa da kadın ve erkek neslin devamlılığını sağlamak için '*Aile kurmalı ve üremelidir*' algısı dünya üzerindeki birçok toplum tarafından benimsenmektedir. Bireyin tam olması ve toplumda yer edinmesi için cinsiyet fark etmeksizin bu anlayışa uyum sağlaması beklenmektedir. Mevcut toplum algısından etkilenen diğer kavramlar sağlık ve hastalıktır. Sahip olunan hastalık infertilite gibi cinsiyet rollerinin gerçekleşmesinde engel oluşturuyorsa bireylerde önemli ölçüde etkilerinin görülmesi kaçınılmazdır (107). Bu etkiler ve nedenleri incelenecek olursa, toplumda mevcut doğurganlık algısı her iki cinsiyette de yük oluşturmaktadır. Hatta bu yük hayatı tehdit eden onkolojik rahatsızlıkları yaşayanlarda bile hissedilmektedir. Bu stres ve sorumluluk düzeyi cinsiyetler arası kıyaslandığında kadınların erkeklerle oranla doğurganlığa yönelik daha fazla yük hissettikleri bilinmektedir. Kadınlar toplumda ve evlilikte yer edinmek için üremesi gerektiği anlayışına sahip iken, erkekler sosyal olarak kimliğin korunması nedeniyle üremesi gerektiğine inanmaktadırlar (19, 108).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarına odaklanıldığında ise Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) kadınlara adölesan dönemde 13-15 yaşları arasında ilk jinekolojik muayeneyi önerdiği bilinmektedir. Bu sayede kadınların doğru cinsel sağlık eğitime sahip olması, normal ve anormal durumları tanıyabilmesi hedeflenmiştir (109). Erkeklerde ise Amerikan Üroloji Birliği (The American Urological Association (AUA))’nin ilk ziyarete yönelik bir rehberi bulunmamaktadır. Bununla paralel olarak üreme çağındaki erkeklerin (18-35 yaş) sadece %17’si genel sağlık kontrollerinde ürolojik muayene yaptırmaktadır. İki cinsiyet arasındaki bu fark mevcut bir rahatsızlığın saptanmasında, infertilite tanısının değerlendirilmesinde eşitsizliğe neden olmaktadır (110, 111). Tanı ve tedaviye başvurmada cinsiyetler arasındaki farkın araştırıldığı Datta ve ark. (2016) tarafından 15000 infertil bireyle yürütölen çalışmada kadınların tedaviye başvurma oranı %57.3 iken erkeklerin tedaviye başvurma oranı %53.2 olduğu saptanmıştır. Bu oranların arasındaki farkın genç popölasyonda (16-24 yaş) arttığı gözlenmiştir (%32,6; %14,1). Tedaviye başvurma demografik özelliklerle ilişkisine bakıldığında ise eğitim seviyesinin ve ekonomik düzeyin artmasıyla arasında pozitif ilişki saptanmıştır (112).

İlk değerlendirmede var olan cinsiyet eşitsizliği infertilite tanı aşamasında ve sonrasında devam etmektedir. Mevcut tanı ve tedavi yöntemleri daha çok kadına yönelik olması nedeniyle infertilitenin kadın sorunu olduğu ve tedavi süreciyle kadının ilgilenmesi gerektiği düşüncesi desteklenmektedir (30). Ülkelerin sahip olduğu toplumsal cinsiyet eşitliği ve yardımcı üreme tedavilerine erişim arasındaki ilişkiyi araştırıran Fitzgerald ve ark. (2023) tarafından yürütölen çalışmada, doğum bakımına erişim, kadınların cinsel sağlığı ve üreme sağlığı, kadın hakları ve insan hakları gibi birçok parametrenin değerlendirildiği cinsiyet eşitsizliği indeksinde bir puanlık düşüşün (düşük puan eşitlikçi anlayışı temsil etmektedir) yardımcı üreme tedavilerinin kullanımında %59’luk bir artışla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (113).

Belirtilen birçok olumsuz durum sonucunda infertil bireylerde toplumsal cinsiyetin etkilerinin görülmesi kaçınılmazdır. Altta yatan nedenlere odaklanıldığında, bireyler küçük yaştan itibaren anne ve baba olmak için yetiştirilmektedir ve bu rollere uyulmadığında, sorumluluklar yerine getirilmediğinde bireylerde benlik saygısında azalma, stres, anksiyete, depresyon görölmekte, toplum tarafından damgalanmaya, değersizleştirmeye, izolasyona hatta şiddete maruz kalmaktadır. Çiftler arasında psiko-sosyal etkiler incelendiğinde ise kadınların erkeklere oranla daha olumsuz

sonuçlarının olduğu ve bunun nedeni olarak kadınlarda doğurganlığın birincil hedef olarak görülmesi birçok çalışma tarafından ifade edilmektedir (21, 85, 111, 114, 115). Erkeklerin üreme sürecindeki rolünün ataerkil yapı nedeniyle sarsılamayacağı düşüncesiyle bağlantılı olarak ikinci plana atılması nedeniyle infertilite tanısının yıkıcı etkileri göz ardı edilmektedir. Erkeklerin yaşadığı olumsuz durumların temelinde toplumun baskısı, kimlik kaygısı ve özellikle gelenekçi tutuma sahip toplumlarda yaşayan erkeklerde alay edilme korkusu yer aldığı bilinmektedir (34, 76, 91, 105, 116).

İnfertilite tanı ve tedavi olarak çiftleri ciddi oranda olumsuz etkileyen bir kavramdır. Hastalık sürecinin dışında neslin devamlılığını sağlama gibi toplumun çiftlere verdiği birincil sorumluluk yerine getirilmediğinde infertil bireylerin yaşayacağı sosyolojik, kültürel, psikolojik etkilerin kaçınılmaz olabilir. Bu etkilerin cinsiyetler arasında eşit olmayan bir şekilde görüldüğü ve doğurganlık kavramının kadınlara özdeşleşmesi üzerine kadına daha fazla yük oluşturabileceği dikkate alınabilir.

2.4.1. Toplumsal Cinsiyet, İnfertilite ve Hemşirelik

İnfertilite hemşireliği, infertil çiftleri duyarlı, bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla tedavi öncesinde, tedavi ve erken gebelik süreçlerinde değerlendiren ve bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanıdır (117).İnfertilite alanında hemşirelerin temel rolleri klinik uygulamayı, hasta eğitimini, koordinatörlüğü, danışmanlığı sağlama ve araştırmacı, yönetici, hasta hakları savunucusu kimliğini sürdürerek bakım vermektir. Bu roller kapsamında hemşire, infertil çiftin değerlendirilmesinde, belirlenen tedavinin planlanmasında, yardımcı üreme tedavisi işlemlerinde asiste edilmesinde, komplikasyonların önceden tanıyıp, önlenmesinde, infertilite danışmanlığı ve koordinatörlük gibi özel bilgi ve beceri gerektiren uygulamalarda sorumluluk almaktadır (118).

İnfertilite tanı ve tedavi sürecine hemşire hakim olmalı, sürecin çift olarak iletilebilmesinin önemini kavramalıdır. Kadın ve erkek bireylerin önce duruma yönelik bilgi ve algı seviyesi değerlendirilmeli ve mevcut durumun nedenleri, tedavi seçenekleri, olası komplikasyonları açıklanmalıdır. İnfertilitenin bireyleri fiziksel, psiko-sosyal, seksüel, spiritüel ve birçok alanda etkileyen bir kriz durumu olarak dikkate alınması gerekmektedir (119). Bireylerin yaşadığı problemlerin kaynağını anlayabilmek için yaşanan toplumun kültürüne ve cinsiyet rollerine hemşirenin hakim olması gerekmektedir (13). Bakım sürecinde holistik bir yaklaşım sergilenmeli,

birey için fiziksel, emosyonel, psikolojik ve sosyal açıdan zor olan sürecin ve etkilerinin farkında olmalı, buna yönelik etkin bakım hemşire tarafından sağlanmalıdır (120). Aker ve Özdemir (2023) tarafından yürütülen çalışmada Neuman Sistemler Modeli'ne dayanan holistik bakış açılı yaklaşımın infertilite tedavisi alan kadınlardaki stres ve başa çıkma üzerine etkisi araştırıldığında müdahale grubunda anlamlı olarak stres skorlarının düştüğü saptanmıştır (121).

Ozan ve Okumuş (2017)'un yürüttüğü çalışmada infertil bireylerin yaşadıkları kaygı, sıkıntıya yönelik insan odaklı olarak değerlendirilen Watson Bakım Modeli doğrultusunda verdikleri bakım sonrası bireylerin anksiyete ve sıkıntı düzeylerinde azalma yaşadıkları belirtilmiştir (122). Bu çalışmaya benzer olarak Zeydouni ve ark. (2019) tarafından yürütülen çalışmada ise vaka grubuna (N:56) normal hemşirelik bakımının yanı sıra Orem Öz-Bakım Kuramı ve Bandura Kavramı'na dayalı hemşirelik bakımı verilmiş, kontrol grubuna ise (N:57) normal hemşirelik bakımı verilmiştir. Girişim sonrasında her iki grupta da hemşirelik bakımı öncesine göre stres puanlarında düşüş yaşadığı saptanmış, vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak stres puanlarında daha fazla düşüş yaşandığı belirlenmiştir (123).

Fata ve Tokat (2017), Sherry Gilbert'in 2013 yılında infertil kadınların stresini azaltma, gebelik sonuçlarını artırma amacıyla hazırladığı 'Hipnofertilite Destek Programı'nı Türkçe literatüre kazandırmış, hemşireye karşı olan bakış açısını ve güveni değiştirmede etkili olacağı ifade edilmiştir (124).

Çalışmalar incelendiğinde infertil bireyi bütüncül olarak ele almanın önemi vurgulandığı gözlenmiş ancak toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendiren spesifik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmaların infertil bireylerde stres ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik olduğu dikkate alındığında toplumsal cinsiyetin infertil bireylerde yarattığı stres ve anksiyetenin de azaltılmasında çalışmadan elde edilen bulguların önemli bir rolü olacağı söylenebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

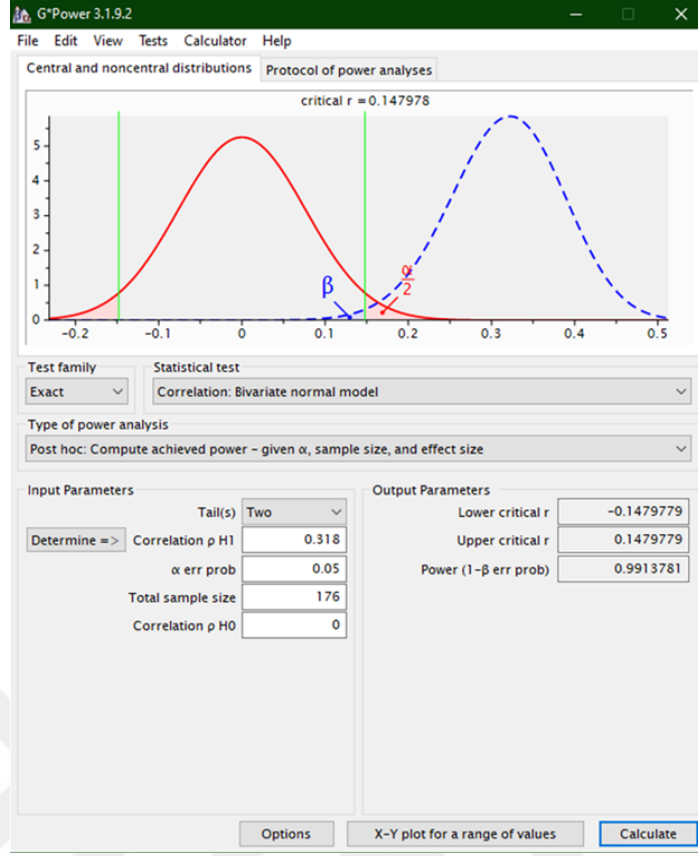
Çalışma nicel bir araştırma türü olan tanımlayıcı araştırma türlerinden ilişki arayıcı araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yer alan infertiliteye yönelik tanı ve IVF, intrauterin inseminasyon gibi birçok tedavi yöntemlerinin uygulandığı, uluslararası standartlara uygun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (Tüp Bebek)'ne başvuran infertil çiftler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak Ağustos 2022- Ağustos 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi infertilite polikliniğine infertilite tedavisi almak için başvuran çiftler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-power istatistiksel güç analizi programı kullanılmış ve 0,3 oranında, 0,5 etki büyüklüğünde, %80 güç ve 0,05 yanılma payı için hesaplanan 176 kişiye (88 çift) ulaşılmıştır. Araştırma sonunda yapılan post-hoc güç analizi ile çalışmamızın gücü 0,318 korelasyon katsayısı, 0,05 anlamlılık düzeyinde %99,9 olarak belirlenmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Post Hoc Güç Analizi Sonucu

Dahil edilme kriterleri: Çiftlerin primer infertilite tanısı almış olması, Türkçe konuşup, anlayabilmesi, mevcut kronik hastalığının olmaması, tanı konulmuş bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması ve çift olarak çalışmaya katılmayı kabul etmesi yer almaktadır.

Dışlanma kriterleri: Çiftlerin sekonder infertiliteye sahip olması ve infertilite tedavisine çift olarak başvurmaması yer almaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Birey Tanıtım Formu, Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (KTCRSÖ), Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) ve İnfertilite Stresi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.4. 1. Birey Tanıtım Formu (Ek 1, Ek 2)

Araştırma kapsamına alınan çiftlerin sosyo-demografik özelliklerini ve infertiliteye yönelik verilerini elde etmek amacıyla literatürden yararlanılarak

araştırmacı tarafından geliştirilmiş kadınlara uygulanan 24 soruluk, erkeklere uygulanan 15 soruluk bir formdur (125-128).

3.4.2. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (KTCRSÖ) (Ek 3)

Kadınların yaşadığı toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan stresi belirlemek amacıyla Koç, Avcı ve Bayar (2017) tarafından bu ölçek geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipinde (*'1: benim için hiç stres verici değil; 5: benim için çok stres verici'*) 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 20 ile 100 arasında değişmekte olup, ters kodlanan ölçek maddesi bulunmamaktadır ve alınan yüksek puan, yüksek düzeyde toplumsal cinsiyet rolü stresi yaşandığını belirtmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik değeri 0,926 olarak belirlenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda dört faktör saptanmış ancak bir alt boyutlama yapılmamıştır (129). Bu çalışmada Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,948 olduğu belirlenmiştir.

3.4.3. Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) (Ek 4)

Erkeklerin yaşadığı toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan stresi belirlemek amacıyla yaşanan kültüre uygun olarak Koç, Avcı ve Bayar (2017) tarafından bu ölçek geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, beşli likert tipinde (*'1: benim için hiç stres verici değil; 5: benim için çok stres verici'*) 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 27 ile 130 arasında değişmekte olup, ters kodlanan ölçek maddesi bulunmamaktadır ve yüksek puanlar yüksek düzeyde toplumsal cinsiyet rolü stresi yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin faktörleri boyut özelliği taşımamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirliği iç tutarlık katsayısı 0,903 olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda yedi faktör saptanmış ancak bir alt boyutlama yapılmamıştır (130). Bu çalışmada Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,907 olduğu saptanmıştır.

3.4.4. İnfertilite Stresi Ölçeği (The COMPI Fertility Problem Stress Scales) (Ek 5)

İnfertil çiftlerin yaşadıkları stresi ölçme amacıyla kullanılan bu ölçek 1996 yılında Schmidt (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır. İnfertilite Stresi Ölçeği (The COMPI Fertility Problem Stress Scales) üç alt boyuttan oluşan, 14 maddelik, her

iki cinsiyete uygulanabilen bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları kişisel, evlilik, sosyal alanda strestir (128, 131, 132).

Birinci alt boyut olan kişisel alanda stres, likert tipinde cevaplanır ve alınabilecek puan 0 ile 20 arasındadır. Kişisel alanda stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması yüksek stresi, düşük olması ise düşük stresi ifade etmektedir. İlk 2 madde '1' ile '5' arasında derecelendirilen beşli likert tipinde (tamamen katılıyorum= 1, biraz katılıyorum= 2, kararsızım= 3, biraz katılmıyorum= 4, kesinlikle katılmıyorum= 5) cevaplanır, son dört madde '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert (çok fazla= 1, biraz= 2, az= 3, hiç= 4) tipinde cevaplanır.. Kişisel alanda stres alt boyutundan alınacak puan Madde 1, 2, 11, 12, 13, 14 sorularının yanıtları toplamının 26'dan çıkarılmasıyla değerlendirilmektedir. Formül = $[26 - (\text{Madde 1} + \text{Madde 2} + \text{Madde 11} + \text{Madde 12} + \text{Madde 13} + \text{Madde 14})]$ (128, 131).

İkinci alt boyut olan evlilik alanında stres alt boyutu likert tipinde cevaplanır ve alınabilecek puan 0 ile 14 arasındadır. Evlilik alanında stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması yüksek stresi, düşük olması ise düşük stresi ifade etmektedir. İlk iki madde '*tamamen katılıyorum= 1, biraz katılıyorum= 2, kararsızım= 3, biraz katılmıyorum= 4, kesinlikle katılmıyorum= 5*' şeklinde derecelendirilen beşli likert tipinde cevaplanır, son iki madde '*çok fazla= 1, biraz= 2, az= 3, hiç= 4*' şeklinde derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanır. Bu alt boyuttan alınacak puan Madde 3, 4, 5, 6 sorularına verilen cevapların toplamının 18'den çıkarılmasıyla değerlendirilmektedir. Formül = $[18 - (\text{Madde 3} + \text{Madde 4} + \text{Madde 5} + \text{Madde 6})]$ (128, 131).

Alt boyutlardan üçüncüsü sosyal alanda stres alt boyutu da benzer şekilde likert tipinde cevaplanır ve alınabilecek puan 0 ile 12 arasındadır. Sosyal alanda stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması yüksek stresi, düşük olması ise düşük stresi ifade etmektedir. Bu alt boyutta her madde '*çok fazla= 1, biraz= 2, az= 3, hiç= 4*' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanır. Bu alt boyuttan alınacak puan Madde 7, 8, 9, 10 sorularına verilen cevapların toplamının 16'dan çıkarılmasıyla değerlendirilmektedir. Formül = $[16 - (\text{Madde 7} + \text{Madde 8} + \text{Madde 9} + \text{Madde 10})]$ (128, 131).

Yılmaz (2012) tarafından Kişisel Alan, Evlilik Alanı ve Sosyal Alanda Stres alt boyutlarında Cronbach Alfa değerinin kadınlar için 0,80;0,75 ve 0,78, erkekler için

0,83,0,68 ve 0,86 olduğu bulunmuştur (128, 132). Bu çalışmada ölçeğin Kişisel Alan, Evlilik Alanı ve Sosyal Alanda Stres alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarının sırasıyla kadınlarda 0,84; 0,84 ve 0,78, erkeklerde 0,77; 0,67 ve 0,65 olduğu saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri infertil çiftlerin sahip olduğu sosyo-demografik ve infertilite tedavisine ilişkin özellikleridir.

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri infertilite stresi ve toplumsal cinsiyet rolü stresidir.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulanma Süreci

Araştırma verileri Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (Tüp Bebek)'ne tedavi amacıyla gelen ve çalışmaya katılmaya yazılı onam veren çiftlerin bireysel beyanına dayalı olarak toplanmıştır. Bireylere merkezin bekleme salonundaki mevcut koşulların izin verdiği ölçüde diğer hastalardan ve eşlerinden ayrı bir alanda veri toplama formları verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Tablo 1. Araştırma Zaman Çizelgesi

Tarih Çalışmalar	Nisan- Haziran 2021	Temmuz- Aralık 2021	Aralık 2021	Ocak- Ağustos 2022	Ağustos 2022- 2023	Ağustos- Aralık 2023	Ocak 2024
Seminer konusu belirleme ve sunumu							
Literatür tarama, konu belirleme ve tez önerisi hazırlıkları							
Tez önerisi							
Etik kurul izni ve gerekli izinlerin alınması							
Veri toplama							
Verilerin analizi- Rapor yazma							
Tez Sunumu							

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizleri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan çiftlerin sosyodemografik ve infertilite tedavisine ilişkin özelliklerinin analizi için tanımlayıcı istatistikler (sayı, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) uygulanmıştır. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile varyans homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiştir ($p < 0.05$). Normallik varsayımının karşılandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkının incelenmesi için Bağımsız Örneklem T testi; varsayımının karşılanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi

kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan üç ve daha çok bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için ANOVA, normal dağılım olmadığında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Post Hoc Bonferroni analizlerinden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin analizinde örneklem boyutu varsayımının karşılandığı durumlarda Pearson Ki-Kare testi, örneklem boyutu varsayımı karşılanmadığı durumlarda ise Fisher's Exact testi uygulanmıştır. Normal dağılmayan sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için regresyon ve MANOVA testleri uygulanmamıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak ele alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın verilerinin toplanmasına İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 26.05.2022, Karar No: 0226) (EK 6) ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan kurum izni (Tarih: 10.8.2022 Karar No: 2022/76) alındıktan sonra başlanmıştır (EK 7). Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan ölçeklerin kullanılabilmesi için e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK 8). Veriler araştırmaya katılan çiftlerden aydınlatılmış onam formu kapsamında araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra toplanmıştır (EK 9).

4. BULGULAR

İnfertil çiftlerde toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresi arasındaki ilişkinin incelenmesi için uygulanan ölçekler sonucunda elde edilen bulgular dört madde halinde verilmiştir;

4.1. Çiftlerin sosyodemografik ve infertilite tedavisine ilişkin özellikleri

4.2. Çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stres ölçeği ve infertilite stres ölçeği alt boyut puan ortalamaları

4.3. Çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stres ölçeği ile infertilite stres ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

4.4. Çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stres ölçeği ve infertilite stres ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve infertilite tedavisine ilişkin özelliklerine göre değişimi

4. 1. Çiftlerin Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özellikleri

Çiftlerden kadın katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 2’de verilmiştir. Kadınların yaş ortalaması $33,84 \pm 6,42$ yıl (min-maks.=21-45) ve evlilik süresi ortalama $4,89 \pm 2,89$ yıl (min-maks.=1-18) olarak hesaplanmıştır. Kadınların %39,8’i üniversite ve üstü düzeyde eğitim seviyesine sahip, %48,9’u çalışmakta, %53,4’ünün geliri giderine eşittir. Aile yapısı incelendiğinde %90,9’u çekirdek aileye sahip olup %70,5’i tanışıp/anlaşarak evlenmiştir. Erkeklerin yaş ortalaması $35,80 \pm 6,11$ yıl (min-maks.=23-49) olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin %42’si üniversite ve üstü düzeyde eğitim seviyesine sahiptir ve %71’i özel sektörde çalışmaktadır (Tablo 2).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin cinsiyetlerine göre eğitim seviyesi ve yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Çalışma durumu ile cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış ($X^2-f = 68,061$, $p < 0,000$), çalışan kişilerin çoğunlukla erkek olduğu ve çalışmayan kişilerin çoğunlukla kadın olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	Kadın		Erkek		Test istatistiği ve p değeri
	ort±ss (Min- Max)		ort±ss (Min- Max)		
Yaş (Yıl)	33,84 ±6,42 (21-45)		35,8 ±6,11 (23-49)		U:3246,0 p=0,064
Evlilik süresi (Yıl)	4,89 ±2,89 (1-18)				
	n	%	n	%	
Eğitim durumu					
Okur-yazar	2	2,2			
İlkokul	1	11,4	4	4,5	X ² =5,323 p=0,150
Ortaokul	1	19,3	15	17,0	
Lise	10	27,3	32	36,4	
Üniversite ve üstü	17	39,8	37	42,0	
Meslek					
Ev hanımı	29	33,0			
Kamu	20	22,7		28,4	
Özel sektör	39	44,3		71,6	
Çalışma durumu					
Evet	43	48,9	87	98,9	X ^{2-f} =68,061 p<0,000*
Hayır	38	43,1	-	-	
Tedavi nedeni ile bıraktım	7	8,0	1	1,1	
Algılanan gelir durumu					
Gelir giderden az	20	22,7			
Gelir giderden fazla	21	23,9		-	-
Gelir gidere eşit	47	53,4			
Sosyal güvence durumu					
Evet	83	94,3		-	-
Hayır	5	5,7			
Aile tipi					
Çekirdek aile	80	90,9		-	-
Erkeğin ailesi ile	8	9,1			
Evlilik şekli					
Görücü usulü	26	29,5		-	-
Tanışıp/anlaşarak	62	70,5			

*p<0,05, X²: Pearson Ki Kare testi ve X^{2-f}: Fisher's Exact Kare testi

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin infertilite tedavisiyle ilgili özelliklerine göre dağılımlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 3'te verilmiştir. Çiftlerden kadınlar incelendiğinde %35,2'si infertilitenin kadın kaynaklı olduğunu ifade etmiş, %58'i

daha önce tedavi girişiminde bulunmuş, tedavi olmaya %72,7'si çift olarak karar vermiş, %51'i daha önce 1-2 kez tedavi denemiş ve %65,9'u daha önce hiç gebe kalmamıştır. Kadınların %98,9'u infertilite ile ilgili durumunu birine ifade etmiş, %43,2'si çevresindeki herkesle paylaşmış ve %86,4'ü çocuk sahibi olamamasıyla ilgili başkalarının düşüncesinin önemli olmadığını belirtmiştir. Kadınların %20,5'i çocuk sahibi olmayı “anne olmak” olarak ifade etmiş, %23,9' u infertilite ve tedavi sürecini “umut veren bir süreç” olarak tanımlamış, %17'si eşlerinin infertilite tedavisiyle ilgili görüşünün ‘destekleyici, umut verici’ olduğunu ifade ederken %15,9'u “isteksiz ve gereksiz bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerde erkeklerin, %35,2'si infertilitenin kadından kaynaklandığını, %70,5'i tedaviye başlama kararını çift olarak aldıklarını, infertilite nedenin erkek olmasının %97,7'si için bir anlam ifade etmediğini belirtmişlerdir (Tablo 3). Erkeklerin %90,9'u infertilite ile ilgili durumunu biriyle paylaşmış, %40,7'si herkesle, %35,8'i sadece ailesi ile paylaşmıştır. Erkeklerin %97,7'si çocuk sahibi olamamasıyla ilgili başkalarının düşüncesinin önemli olmadığını belirtmiştir. Erkeklerin %19,3'ü çocuk sahibi olmayı “aile olmak” şeklinde yorumlamış, %20,5'i infertilite ve tedavi sürecini “zorlu bir süreç” olarak tanımlamış, %39,8'i eşlerinin tedavi olmak ile ilgili “destekleyici” olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

İnfertilite ve tedavisine yönelik özelliklerin dağılımı ve cinsiyetler arasındaki fark incelendiğinde infertilite tedavisine başlamaya kimin karar verdiği, başkalarının çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerine önem verme ve eşlerinin infertiliteye karşı tutumu arasında anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0,05$). İnfertilite tedavisine başlama kararını kimin aldığına kadınlar kendilerinin aldığını, erkekler de bununla paralel olarak eşlerinin aldıklarını ifade etmiştir ($X^{2-f}=14,647$, $p=0,001$). Çiftlerde erkeklerin infertilite durumunu başkalarıyla paylaşmama düşüncesine kadınlardan daha fazla sahip oldukları, kadınların çocuk sahibi olamamakla ilgili başkalarının düşüncelerine erkeklerden daha fazla önem verdiği saptanmıştır ($X^{2-f}=23,564$ $p=0,034$, $X^2=7,760$ $p=0,005$). Çiftlerde infertilite ve tedavi sürecinde kadınlar erkeklere ‘destekleyici’ bir yaklaşım sergilemiş, erkekler ise kadınlara ‘doğal, normal bir hastalık ve süreç’ ve ‘isteksiz, gereksiz bulma’ şeklinde yaklaşım sergilediği belirlenmiştir ($X^2=25,229$, $p=0,001$) (Tablo 3).

Çiftlerde cinsiyet ile infertilitenin kimden kaynaklandığı ve infertilite ile ilgili süreçlerin kim/kimlerle paylaşıldığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Çiftlerin İnfertilite Tedavisiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

	Kadın		Erkek		Test istatistiği ve p değeri
	n	%	n	%	
İnfertilite tedavisine başlama kararını alan kişi					
Kendisi	21	23,9	9	10,2	$X^2=14,647$ $p=0,001^*$
Eşi	3	3,4	15	17,0	
Çift olarak	64	72,7	62	70,5	
Diğer	-	-	2	2,3	
Daha öncesinde infertilite tedavisi girişimi durumu					
Evet	51	58,0	-	-	-
Hayır	37	42,0			
Önceki tedavi girişimi sayısı					
1-2 kez	26	51,0			
3-5 kez	17	33,3	-	-	-
6 kez ve üzeri	8	15,7			
Tedavi girişimi sonucu gebelik oluşma durumu					
Evet	30	34,1	-	-	-
Hayır	58	65,9			
Gebelik sonucu					
Düşük	20	64,5			
Dış gebelik	4	12,9	-	-	-
Diğer	7	22,6			
Tedavi masraflarını karşılama şekli					
Çift tarafından ücretli	47	53,4			
Sosyal güvenceleri ile	30	34,1	-	-	-
Aileleri tarafından	11	12,5			
İnfertilite nedeni					
Kadın	31	35,2	31	35,2	$X^2=3,030$ $p=0,387$
Erkek	18	20,4	15	17,0	
Kadın-Erkek	10	11,4	18	20,5	
Nedeni belli değil	29	33,0	24	27,3	
İnfertilite nedeninin erkek olmasının ifade ettiği anlam					
Utandırması gereken bir durum			1	1,1	-
Saklanması gereken bir durum	-	-	1	1,1	
Bir anlam ifade etmiyor			86	97,8	
İnfertilite süreçlerini biriyle paylaşma durumu					
Evet	87	98,9	80	90,9	$X^2=23,564$ $p=0,034^*$
Hayır	1	1,1	8	9,1	

Tablo 3. (Devamı) Çiftlerin İnfertilite Tedavisiyle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

İnfertilite süreçlerinin paylaşıldığı kişiler					
Eş	8	9,1	6	7,4	X ² =0,888 p=0,828
Aile	32	36,3	29	35,8	
Arkadaş	10	11,4	13	16,0	
Herkes	38	43,2	33	40,8	
İnfertilite ile ilgili başkalarının düşüncesinin önemi					
Önemli	12	13,6	2	2,3	X ² =7,760 p=0,005*
Önemli değil	76	86,4	86	97,7	
Çocuk sahibi olmanın anlamı					
	n=42**		n=40**		
Anne olmak	15	17,0			-
Mutluluk	9	10,2			
Aile olmak	18	20,5	17	19,4	
Neslin devamı			12	13,6	
Tam olmak			11	12,5	
İnfertilite tedavisiyle ilgili görüşler					
	n=42**		n=40**		
Zorlu bir süreç			18	20,5	-
Tedavisi olunması mecburi olan hastalık			7	8,0	
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	8	9,1	15	17,0	
Yorucu, sabır gerektiren bir süreç	13	14,7			
Umut veren bir süreç	21	23,9			
Eşin infertilite tedavisiyle ilgili görüşleri					
	n=42**		n=40**		
Destekleyici, umut verici	15	17,1	35	39,8	X ² =25,229 p=0,001*
İsteksiz, gereksiz buluyor	14	15,8	5	5,7	
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	13	14,8	0	0,0	

* $p<0,05$, X^2 : Pearson Ki Kare testi ve X^{2-f} : Fisher's Exact Kare testi **Yüzdelere satır yüzdesi üzerinden hesaplanmıştır.

4.2. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (TCRSÖ) ve İnfertilite Stresi Ölçeği (İSO)'nin alt boyut puan ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. Kadınların Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (KTCRSÖ) puan ortalamasının $66,86 \pm 21,89$ ve İnfertilite Stresi Ölçeği'nin Kişisel Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $10,52 \pm 4,55$, Sosyal Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $2,97 \pm 2,79$ ve Evlilik Alanında Stres alt boyutu puan ortalamasının $3,34 \pm 3,55$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Erkeklerin Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği puan ortalamasının $65,52 \pm 20,99$, İnfertilite Stres Ölçeği'nin Kişisel Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının $4,57 \pm 3,62$, Sosyal Alanda Stres alt boyutu puan ortalamasının

1,23±1,65ve Evlilik Alanında Stres alt boyutu puan ortalamasının 2,17±2,56 olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Çiftlerin Kadın ve Erkek Toplumsal Rolü Stres Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çiftlerin İnfertilite Stres Ölçeği, Kişisel Alanda Stres ($U=1199,50$, $p=0,000$), Sosyal Alanda Stres ($U=2300,50$, $p=0,000$) ve Evlilik Alanında Stres ($U=3047,00$, $p=0,013$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar saptanmıştır. Kadınlar tüm alt boyutlarda erkeklerden daha fazla puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Değişkenler Ölçekler	Kadın		Erkek		
	Ort. ± SS	Min-Maks.	Ort. ± SS	Min-Maks.	
Kişisel Alanda Stres	10,52±4,55	2-20	4,57± 3,62	0-14	$U=1199,50$ $p=0,000^*$
Sosyal Alanda Stres	2,97± 2,79	0-11	1,23± 1,65	0-6	$U=2300,50$ $p=0,000^*$
Evlilik Alanında Stres	3,34± 3,55	0-14	2,17± 2,56	0-12	$U=3047,00$ $p=0,013^*$
TCRSÖ	66,86±21,89	20-100	65,52±20,99	27-102	$U=3744,00$ $p=0,705$

* $p > 0,05$; U: Mann Whitney U

4.3. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

İnfertil çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ve İnfertilite Stresi alt boyutları puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 5’de verilmiştir. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları olan Kişisel Alanda Stres ve Evlilik Alanında Stresi ($r= 0,492$ ve $r= 0,328$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Çiftlerin Toplumsal Rolü Cinsiyet Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

KADIN		İnfertilite Stresi Ölçeği			
	Değişkenler	KTCRSÖ	Kişisel Alanda Stres	Evlilik Alanında Stres	Sosyal Alanda Stres
İnfertilite Stresi Ölçeği	KTCRSÖ				
	Kişisel Alanda Stres	r= 0,204 p= 0,056			
	Evlilik Alanında Stres	r= 0,163 p= 0,130	r= 0,554 p<0,000*		
	Sosyal Alanda Stres	r= 0,159 p= 0,140	r= 0,662 p<0,000*	r= 0,493 p<0,000*	
ERKEK		İnfertilite Stresi Ölçeği			
	Değişkenler	ETCRSÖ	Kişisel Alanda Stres	Evlilik Alanında Stres	Sosyal Alanda Stres
İnfertilite Stresi Ölçeği	ETCRSÖ				
	Kişisel Alanda Stres	r= 0,492 p<0,000*			
	Evlilik Alanında Stres	r= 0,328 p= 0,002*	r= 0,420 p<0,000*		
	Sosyal Alanda Stres	r= 0,072 p= 0,505	r= 0,500 p<0,000*	r= 0,411 p<0,000*	

r: Spearman korelasyonu, p <0,05

4.4. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik, İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Değişimi

İnfertil çiftlerin Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir. Çiftlerden kadın katılımcıların evlilik şekli ile KTCRSÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), görücü usulü evlenenlerde ($t=3,896$, $p<0,000$) KTCRSÖ puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Diğer sosyo-demografik özellikler ile KTCRSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Çiftlerden erkek katılımcıların, eğitim durumu ile ETCRSÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), lise ve üzeri eğitime sahip kişilerde ETCRSÖ puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($W=8,111$, $p=0,044$) (Tablo 6). Diğer sosyo-demografik özellikler ile ETCRSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Kadın (n:88)	Erkek(n:88)
Yaş	$r=0,094$ $p=0,385$	$r=-0,125$ $p=0,244$
Evlilik Süresi	$r=-0,073$ $p=0,499$	$r=-0,138$ $p=0,201$
	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	74,25±12,59	41,25±9,88
Ortaokul	69,00±21,45	58,80±24,17
Lise	64,17±25,44	68,69±20,82
Üniversite ve üstü	65,14±22,14	68,14±18,87
	$F=1,290$ $P=0,291$	$W=8,111$ $p=0,044^*$
Meslek		
Ev Hanımı	67,07±20,62	
Kamu	63,65±22,19	69,80±19,27
Özel Sektör	68,36±23,01	63,83±21,55
	$F=0,303$ $p=0,739$	$t=1,207$ $p=0,231$

Tablo 6. (Devamı) Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) 'ne Göre Dağılımları

Çalışma durumu		
Evet	63,40±21,68	65,74±21,02
Hayır	70,21±21,9	-
Tedavi nedeni ile bıraktım	70,00±22,98	47,00±0,0
	F=2,263	-
	p=0,352	
Algılanan gelir durumu		
Gelir giderden az	64,80±27,30	58,75±23,98
Gelir giderden fazla	63,57±21,35	67,19±20,86
Gelir gidere eşit	69,21±19,69	67,66±19,51
	F=0,615	F=1,362
	p=0,546	p=0,262
Sosyal güvence durumu		
Evet	65,66±21,81	65,48±20,93
Hayır	86,80±11,90	66,2±24,61
	t=0,511	t=-0,074
	p=0,611	p=0,941
Aile tipi		
Çekirdek aile	66,48±22,33	65,94±20,98
Erkeğin ailesi ile	70,75±17,58	61,38±22,05
	U=300,50	U=266,5
	p=0,777	p=0,437
Evlilik şekli		
Görücü usulü	78,04±14,58	63,85±19,61
Tanışıp/anlaşarak	62,18±22,81	66,23±21,66
	t=3,896	U=0,863,5
	p<0,000*	p=0,499

*p<0,05, t: Bağımsız Örneklem T testi, U: Mann Whitney U testi, F: Anova testi ve W: Kruskal Wallis testi, r: Spearman Korelasyonu

Çiftlerin infertilite ve tedavisine ait özelliklerine göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) 'ne göre dağılımları Tablo 7'de verilmiştir. İnfertil çiftlerin infertilite ve tedavisine ait özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Roller Stresi ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde kadın katılımcıların masrafları karşılama durumu ve çocuk sahibi olmak için tedavi girişimi sayısı ile KTCRSÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), tedavi masrafını ailenin karşılanması ($F=12,873, p=0,002$), çocuk sahibi olmak için 6 ve üzeri girişimde bulunması ($W=8,169, p=0,017$) ile KTCRSÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Diğer sosyo-demografik özellikler ile KTCRSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7). Erkeklerde ise infertilite ve tedavisine ait özellikler ile ETCRSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) Puan Ortalamaları Dağılımları

Değişkenler	Kadın (n:88)	Erkek(n:88)
	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Tedavi masraflarını karşılama şekli		
Çift tarafından ücretli	64,98±20,93	68,05±17,59
Sosyal güvenceleri ile	62,37±23,25	71,45±15,19
Aileleri tarafında	87,18±7,19	67,49±30,58
	F=12,873	F=0,321
	p=0,002*	p=0,814
Daha öncesinde infertilite tedavisi girişimi durumu		
Hayır	67,41±21,49	67,3±22,05
Evet	66,47±22,38	64,24±20,32
	U=929,00	t=0,409
	p=0,902	p=0,684
Önceki tedavi girişimi sayısı		
1-2 kez	60,00±20,01	67,42±21,11
3-5 kez	67,82±25,00	62,29±20,63
6 kez ve üzeri	84,63±12,11	58±17,1
	W=8,169	F=0,767
	p=0,017*	p=0,470
Tedavi girişimi sonucu gebelik oluşma durumu		
Hayır	64,55±22,81	64,98±21,34
Evet	71,33±19,57	66,57±20,61
	t=1,385	U=826,0
	p=0,150	p=0,698
Gebelik sonucu		
Düşük	70,75±21,64	65,05±16,89
Dış gebelik	53,50±29,99	73,25±15,39
Diğer	73,14±16,51	66,29±29,58
	F=1,208	F=0,276
	p=0,314	p=0,761
İnfertilite tedavisine başlama kararını alan kişi		
Kendisi	69,10±21,09	65,44±26,74
Eşi	73,67±18,01	61,47±20,23
Çift Olarak	65,81±22,47	65,89±20,56
Diğer	-	85,00±8,49
	W=0,406	W=2,436
	p=0,816	p=0,487
İnfertilite nedeni		
Kadın	68,06±22,61	68,55±20,03
Erkek	59,06±20,15	69,93±21,14
Kadın-Erkek	75,30±17,59	66,17±20,85
Nedeni belli değil	67,52±22,98	58,38±21,71
	W=4,793	W=1,387
	p=0,188	p=0,252
İnfertilite nedeninin erkek olmasının ifade ettiği anlam		
Utandırması gereken bir durum	-	61,00±0,00
Neden erkek olsa bile saklanmalı	-	87,00±0,00
Bir anlam ifade etmiyor	-	65,33±21,10
	-	-

Tablo 7. (Devamı) Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi (KTCRSÖ) ve Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği (ETCRSÖ) Puan Ortalamaları Dağılımları

İnfertilite süreçlerini biriyle paylaşma durumu		
Evet	66,85±22,01	65,35±21,35
Hayır	68,00±0,00	67,25±18,12
	-	t=-0,243 p=0,809
İnfertilite sürecinin paylaşıldığı kişiler		
Eş	57,25±24,91	60,83±27,68
Aile	65,44±20,66	66,31±21,44
Arkadaş	66,70±23,50	68,38±20,09
Herkes	70,13±22,01	64,45±21,12
	W=3,091 p=0,378	F=0,211 p=0,889
İnfertilite ile ilgili başkalarının düşüncesinin önemi		
Önemli	70,17±19,78	72,00±15,56
Önemli Değil	66,34±22,28	65,37±21,15
	U=410,00 p=0,576	U= 157,20 p= 0,894
İnfertilite ile ilgili başkalarının düşüncesinin önemli olmasının nedeni		
Kültürel baskı	67,43±22,62	-
Psikolojik baskı	81,25±4,35	-
	t=-1,567 p=0,163	-
Çocuk sahibi olmanın anlamı		
Neslin devamı		67,83±22,53
Tam olmak		75,27±17,96
Aile olmak	63,00±20,39	59,59±18,48
Anne olmak	62,73±23,26	
Mutluluk	48,78±23,23	
	W=1,958 p=0,376	F=2,178 p=0,128
İnfertilite tedavisiyle ilgili görüşler		
Zorlu bir süreç		74,28±16,00
Tedavisi olunması mecburi olan hastalık		58,14±27,82
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	69,31±17,74	60,73±17,96
Yorucu, sabır gerektiren bir süreç	55,76±22,96	
Umut veren bir süreç	55,25±24,98	
	F=2,550 p=0,106	F=2,769 p=0,076
Eşin infertilite tedavisiyle ilgili görüşleri		
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	63,92±23,11	62,80±20,99
Destekleyici, umut verici	56,60±21,36	66,89±20,37
İsteksiz, gereksiz buluyor	59,57±23,53	
	F=0,366 p=0,696	t=0,418 p=0,678

*p<0,05, t: Bağımsız Örneklem T testi, U: Mann Whitney U testi, F: Anova testi ve W: Kruskal Wallis testi

4.5. Çiftlerin İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik, İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Değişimi

Çiftlerin sosyodemografik özelliklerine göre İnfertilite Stresi Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de yer almaktadır. Çiftlerin İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları, sosyo-demografik veriler açısından karşılaştırıldığında, kadınlarda Kişisel Alanda Stres alt boyut puan ortalaması ile yaş, eğitim seviyesi, sahip olunan meslek, hangi aile yapısına sahip olduğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip ($W=21,546, p<0,001$), meslek olarak ev hanımı olan ($F=3,836, p=0,025$), erkeğin ailesi ile yaşayan ($U=176,5, p=0,037$) kadınlar daha yüksek puan ortalamaları ifade etmişlerdir. Erkeklerde Kişisel Alanda Stres alt boyut puan ortalaması ile eğitim düzeyi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Kişisel Alanda Stres alt boyut puan ortalaması ile yaş ($r:-0,290, p<0,05$) arasında negatif yönde, düşük düzeyde bir ilişki vardır ve lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip ($W=8,690, p=0,034$) olma ile anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 8).

İnfertilite Stresi Ölçeği, Sosyal Alanda Stres alt boyut puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikler arasında kadın ve erkeklerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 8).

İnfertilite Stresi Ölçeği, Evlilik Alanında Stresi alt boyut kıyaslandığında, kadınlarda sahip olunan eğitim seviyesi ve evlilik şekli ile puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip ($W=7,923, p=0,048$) ve görücü usulü/isteyerek evlenen ($U=540,50, p=0,014$) kadınlar daha yüksek puan ortalaması ifade etmişlerdir. Erkeklerde ise Evlilik Alanında Stres alt boyut puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Kadın (n:88)			Erkek (n:88)		
	Kişisel Alanda Stres Alt Boyutu	Sosyal Alanda Stresi Alt Boyutu	Evlilik Alanında Stresi Alt Boyutu	Kişisel Alanda Stres Alt Boyutu	Sosyal Alanda Stresi Alt Boyutu	Evlilik Alanında Stresi Alt Boyutu
Yaş (Yıl)	r=0,242 p=0,023*	r=0,183 p=0,088	r=0,070 p=0,518	r=-0,290 p=0,006*	r=-0,027 p=0,805	r=0,077 p=0,478
Evlilik Süresi	r:0,209 p:0,051	r:0,064 p:0,552	r:-0,081 p:0,453	r=-0,127 p=0,237	r=-0,180 p=0,094	r=-0,041 p=0,703
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	13,92±4,38	4,42±2,47	2,42±2,27	0,75±0,96	-	-
Ortaokul	13,12±3,06	2,94±2,25	4,59±3,55	5,47±4,37	1,93±2,12	2,13±2,88
Lise	7,88±3,57	2,08±2,36	1,83±1,34	4,38±3,5	1,31±1,64	2,09±2,36
Üniversite ve üstü	9,91±4,59	3,09±3,24	4,09±4,49	4,78±3,39	1±1,43	2,49±2,67
	W=21,546 p<0,000*	W=7,806 p=0,050	W=7,923 p=0,048*	W=8,201 p=0,042*	W=5,295 p=0,151	W=6,358 p=0,095
Meslek						
Ev hanımı	12,31±4,12	2,86±2,6	3,17±3,16	-	-	-
Kamu	10,25±4,29	3,6±3,41	4,1±4,17	4,8±3,46	1,2±1,44	2,16±2,79
Özel sektör	9,33±4,67	2,72±2,54	3,08±3,52	4,48±3,7	1,24±1,73	2,17±2,48
	F=3,836 p=0,025*	F=0,686 p=0,506	W=1,149 p=0,563	U=729,50 p=0,589	U=740,00 p=0,632	U=786,00 p=0,989
Çalışma durumu						
Evet	10,26±4,65	3,47±3,14	4,07±4,16	4,59±3,63	1,22±1,65	2,15±2,56
Hayır	11,37±4,50	2,53±2,48	2,76±2,93			
Tedavi nedeni ile bıraktım	7,57±2,99	2,29±1,5	2,00±0,82	3,00±0,00	2,00±0,00	4,00±0,00
	F=2,263 p=0,110	W=1,756 p=0,416	W=1,899 p=0,387	-	-	-
Algılanan gelir durumu						
Gelir giderden az	10,45±5,75	2,75±3,06	1,95±1,54	4,55±4,11	1,5±1,96	2,7±3,5
Gelir giderden fazla	8,90±3,43	2,90±3,08	3,33±3,48	5,62±3,72	1,57±1,89	3±2,39
Gelir gidere eşit	11,28±4,32	3,09±2,59	3,94±4,05	4,11±3,32	0,96±1,35	1,57±2,01
	W=4,478 p=0,107	F=1,465 p=0,481	W=2,399 p=0,301	W=3,274 p=0,195	W=1,243 p=0,537	W=4,072 p=0,131
Sosyal güvence durumu						
Evet	10,58±4,63	3±2,84	3,42±3,63	4,37±3,45	1,16±1,59	2,04±2,32
Hayır	9,60±3,13	2,40±1,82	2,00±1,41	7,80±5,22	2,4±2,30	4,4±4,98
	U=641,0 p=0,502	U=674,5 p=0,746	U=661,0 p=0,641	U=122,5 p=0,123	U=144,0 p=0,212	U=163,0 p=0,407
Aile tipi						
Çekirdek aile	10,25±4,65	2,85±2,76	3,35±3,67	4,58±3,71	1,26±1,60	2,18±2,56
Erkeğin ailesi ile	13,25±2,05	4,13±3,04	3,25±2,05	4,50±2,67	0,88±1,25	2,13±2,64
	U=176,5 p=0,037*	U=212,50 p=0,114	U=227,5 p=0,533	U=297,0 p=0,737	U=284,5 p=0,575	U=317,0 p=0,964

Tablo 8. (Devamı) Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

Evlilik şekli						
Görücü usulü	11,00±2,56	2,85±1,97	4,19±3,20	5,04±4,21	1,31±1,64	1,65±2,13
Tanışıp/anlaşarak	10,32±5,17	3,02±3,08	2,98±3,65	4,37±3,35	1,19±1,66	2,39±2,70
	t=0,819	U=738,00	U=540,50	U=753,0	U=748,0	U=689,0
	p=0,415	p=0,529	p=0,014*	p=0,625	p=0,563	p=0,269

*p<0,05,U: Mann Whitney U testi; , F: Anova testi ve W: Kruskal Wallis testi; r: Spearman Korelasyonu

Çiftlerin infertilite ve tedavisine ait özellikleri ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da yer almaktadır. İnfertilite Stresi Ölçeği, Kişisel Alanda Stres alt boyutunda, kadınlarda tedavi masraflarının kim tarafından karşılandığı, daha önceki tedavi girişimi sayısı ve sonuçları ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Tedavi masrafları ailesi tarafından karşılanan ($W=7,051, p=0,029$), çocuk sahibi olmak için 6 ve üzeri tedavi girişiminde bulunan ($F=5,570, p=0,010$), daha önce gebelik yaşayıp ve dış gebelik ile sonuçlanan ($t=2,674, p=0,009$ ve $F=9,709, p=0,001$) kadınlar daha yüksek puanlar almışlardır. Erkeklerde ise Kişisel Alanda Stres alt boyutunda, eşin tutumu ile puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$), eşinden destekleyici bir tutum gördüğünü belirtenler ($U=38,50, p=0,042$) daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 9).

İnfertilite Stresi Ölçeği, Sosyal Alanda Stres alt boyutunda, kadınlarda tedavi masraflarının nasıl karşılandığı, gebelik öyküsü, infertilite tedavisine başlama kararını kimin aldığı ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Tedavi masraflarını aileleri karşılayan ($F=5,127, p=0,008$), daha önce gebe kalıp dış gebelik yaşayan ($W=7,923, p=0,019$), infertilite tedavisine başlama kararını kendisi alan ($W=7,734, p=0,021$) kadınlar daha yüksek puan ortalamaları ifade etmişlerdir (Tablo 9). Erkeklerde ise Sosyal Alanda Stres alt boyutu ile daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi girişimi olması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar saptanmış ($p<0,05$), daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi girişimi olduğunu ifade edenler ($U=727,0, p=0,046$) daha yüksek puan ortalamaları ifade etmişlerdir (Tablo 9).

İnfertilite Stres Ölçeği, Evlilik Alanında Stres alt boyutunda, kadınlarda infertilite ile ilgili süreçleri kim/kimlerle paylaşıldığı ve infertilite durumuna yönelik başkalarının düşüncelerine önem verme ile puan ortalaması arasında anlamlı ilişkiler

saptanmıştır ($p<0,05$). İnfertilite sürecini sadece arkadaşları ile paylaşan ($W=10,302, p=0,016$), infertiliteye yönelik başkalarının düşüncelerine önem veren ($U=213,00, p=0,003$) kadınlar daha yüksek puan ortalaması ifade etmişlerdir (Tablo 9). Erkeklerde ise Evlilik Alanında Stres alt boyutu ile infertilite ve tedaviye ait özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar elde edilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

Değişkenler	Kadın (n=88)			Erkek (n=88)		
	$\bar{X}\pm S.S.$			$\bar{X}\pm S.S.$		
	Kişisel Alanda Stres	Sosyal Alanda Stres	Evlilik Alanında Stres	Kişisel Alanda Stres	Sosyal Alanda Stres	Evlilik Alanında Stres
Tedavi masraflarını karşılama şekli						
Çift tarafından ücretli	9,81 $\pm$ 4,73	2,55 $\pm$ 2,53	3,53 $\pm$ 4,27	4,17 $\pm$ 2,9	1,09 $\pm$ 1,56	2,28 $\pm$ 2,71
Sosyal güvenceleri ile	10,47 $\pm$ 4,14	2,73 $\pm$ 2,46	3,07 $\pm$ 2,66	5,70 $\pm$ 3,98	1,5 $\pm$ 1,76	2,4 $\pm$ 2,51
Aileleri tarafından	13,73 $\pm$ 3,74	5,36 $\pm$ 3,67	3,27 $\pm$ 2,00	3,18 $\pm$ 4,60	1,09 $\pm$ 1,76	1,09 $\pm$ 1,81
	W=7,051 p=0,029*	F=5,127 p=0,008*	W=0,815 p=0,665	W=2,382 p=0,123	W=1,554 p=0,212	W=0,686 p=0,407
Daha öncesinde infertilite tedavisi girişimi durumu						
Hayır	10,76 $\pm$ 4,19	3,57 $\pm$ 3,31	3,65 $\pm$ 2,62	5,27 $\pm$ 3,85	1,57 $\pm$ 1,66	2,24 $\pm$ 2,64
Evet	10,35 $\pm$ 4,83	2,53 $\pm$ 2,27	3,12 $\pm$ 4,11	4,06 $\pm$ 3,38	0,98 $\pm$ 1,61	2,12 $\pm$ 2,52
	t=0,409 p=0,684	U=826,00 p=0,315	U=627,00 p=0,007*	U=770,5 p=0,141	U=727,0 p=0,046*	U=898,0 p=0,691
Önceki tedavi girişimi sayısı						
1-2 kez	8,46 $\pm$ 5,11	2,31 $\pm$ 2,56	3,38 $\pm$ 4,90	3,69 $\pm$ 2,56	1,08 $\pm$ 1,79	2,77 $\pm$ 2,70
3-5 kez	11,94 $\pm$ 4,01	2,65 $\pm$ 2,32	3,24 $\pm$ 3,54	5,24 $\pm$ 4,44	1,18 $\pm$ 1,63	1,71 $\pm$ 2,34
6 kez ve üzeri	13,13 $\pm$ 2,95	3,00 $\pm$ 0,93	2,00 $\pm$ 2,07	2,75 $\pm$ 2,76	0,25 $\pm$ 0,46	0,88 $\pm$ 1,73
	F=5,570 p=0,010*	W=2,515 p=0,284	W=1,401 p=0,496	F=1,837 p=0,170	W=1,390 p=0,499	W=5,076 p=0,079

Tablo 9. (Devam) Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özellikleri ile İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tedavi girişimi sonucu gebelik oluşma durumu						
Evett	12,27±4,68	3,43±2,86	3,73±4,23	4,23±3,8	0,93±1,39	1,8±2,34
Hayır	9,62±4,25	2,72±2,75	3,14±3,16	4,74±3,54	1,38±1,76	2,36±2,66
	t=2,674 p=0,009*	U=706,0 p=0,144	U=864,50 p=0,961	U=766,5 p=0,359	U=758,0 p=0,283	U=735,0 p=0,220
Gebelik sonucu						
Düşük	10,20±3,85	2,35±2,68	2,45±3,32	4,65±3,94	1±1,38	2,00±2,45
Dış gebelik	15,75±3,30	4,5±0,58	5,00±2,00	5,75±4,50	1,75±2,06	2,00±2,71
Diğer	16,14±2,27	5,29±3,3	6,14±6,23	3,00±3,11	0,14±0,38	1,14±2,27
	F=9,709 p=0,001*	W=7,923 p=0,019*	W=3,930 p=0,140	W=1,630 p=0,443	W=3,217 p=0,200	W=1,152 p=0,562
İnfertilite tedavisine başlama kararını alan kişi						
Kendisi	12,33±4,94	4,19± 3,04	3,19±2,06	6,11±3,66	1,89±1,9	1,89±2,93
Eşi	12,00±0,00	0,67± 1,15	9,33±6,35	3,07±1,79	0,6±1,12	1,60±1,96
Çift olarak	9,86±4,39	2,67± 2,63	3,11±3,60	4,74±3,9	1,27±1,69	2,35±2,68
Diğer	-	-	-	3,50±0,71	1,50±2,12	2,00±0,00
	W=4,867 p=0,088	W=7,734 p=0,021*	W=4,393 p=0,111	W=3,380 p=0,337	W=4,711 p=0,194	W=1,103 p=0,776
İnfertilite nedeni						
Kadın	10,65±4,66	3,39±3,38	3,16±3,22	4,45±3,4	1,29±1,62	2,68±2,81
Erkek	11,28±4,44	2,67±2,11	3,83±3,81	5,73±3,39	1,20±1,26	1,00±1,31
Kadın-Erkek	8,20±4,80	2,60±2,67	2,90±3,63	3,56±3,31	0,78±1,35	1,72±2,14
Nedeni belli değil	10,72±4,41	2,83±2,56	3,38±3,84	4,75±4,18	1,50±2,06	2,58±2,90
	W=2,964 p=0,397	W=0,431 P=0,934	W=1,713 p=0,634	W=3,032 p=0,387	W=1,555 p=0,670	W=4,618 p=0,202
İnfertilite nedeninin erkek olmasının ifade ettiği anlam						
Utandırması	-	-	-	14,00±0,00	5,00±0,00	6,00±0,00
gereken bir durum						
Neden erkek olsa bile saklanmalı	-	-	-	11,00±0,00	4,00±0,00	6,00±0,00
Bir anlam ifade etmiyor				4,38±3,44	1,15±1,58	2,08±2,52

Tablo 9. (Devam) Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnfertilite süreçlerini biriyle paylaşma durumu						
Evett	10,46±4,54	2,97±2,81	3,38±3,55	4,56±3,69	1,31±1,69	2,14±2,58
Hayır	16,00±0,00	3,00±0,00	3,00±0,00	4,63±2,97	0,38±0,74	2,50±2,45
	-	-	-	U=282,50 p=0,584	U=225,50 p=0,135	U=298,00 p=0,742
İnfertilite süreçlerinin paylaşıldığı kişiler						
Sadece eşim	6,88±4,09	1,00±1,07	1,13±1,55	5,83±3,13	2,17±2,71	4,00±3,22
Sadece ailem	11,06±4,24	3,06±2,12	3,94±3,78	4,79±3,57	1,03±1,55	1,79±2,27
Sadece arkadaşım	11,50±3,21	2,90±3,35	5,10±3,93	4,54±4,16	1,62±1,71	2,69±3,43
Herkes	10,58±4,96	3,32±3,26	2,84±3,31	4,18±3,7	1,24±1,58	1,97±2,28
	W=7,072 P=0,070	W=5,935 p=0,115	W=10,302 p=0,016*	W=2,391 p=0,495	W=2,122 p=0,548	W=2,874 p=0,411
İnfertilite ile ilgili başkalarının düşüncesinin önemi						
Önemli	11,33±2,67	3,58±3,06	4,75±1,91	11,00±4,24	3,50±2,12	6,50±0,71
Önemli değil	10,39±4,78	2,87±2,75	3,12±3,70	4,42±3,49	1,17±1,61	2,07±2,50
	U=395,50 p=0,460	U=385,00 p=0,382	U=213,00 p=0,003*	U=278,00 p=0,570	U=342,50 p=0,356	U=126,00 p=0,430
İnfertilite ile ilgili başkalarının düşüncesinin önemli olmasının nedeni						
Kültürel baskı	10,86±1,95	3,14±2,97	3,86±1,68	-	-	-
Psikolojik baskı	12,25±4,11	5,25±2,87	6,25±1,71	-	-	-
	t=-0,777 p=0,547	U=7,50 p=0,230	t=-2,263 p=0,050			
Çocuk sahibi olmanın anlamı						
Anne olmak	10,27±4,8	3,47±3,29	3±3,59			
Mutluluk	7,89±5,73	1,67±1,73	1,67±1,58			
Aile olmak	11,22±4,58	3,83±3,22	5,56±4,91	5,00±3,95	1,29±1,69	1,88±2,29
Neslin devamı				4,5±4,58	0,67±1,61	1,67±1,97
Tam olmak				6,36±3,75	1,73±1,62	2,00±2,37
	F=1,384 p=0,263	W=3,706 p=0,157	W=5,913 p=0,052	W=1,733 p=0,420	W=5,039 p=0,080	W=0,008 p=0,996

Tablo 9. (Devam) Çiftlerin İnfertilite ve Tedavisine Ait Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnfertilite tedavisiyle ilgili görüşler						
Yorucu, sabır gerektiren bir süreç	12,08±6,33	4,38±3,31	4,85±5,41			
Umut veren bir süreç	10,10±3,94	3,24±3,16	4,10±3,79			
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	7,25±3,85	1,38±0,92	1,38±1,41	4,40±3,33	1,00±1,25	1,07±1,53
Zorlu bir süreç				6,39±4,49	1,50±1,95	2,83±2,50
Tedavisi olunması mecburi olan hastalık				4,00±4,08	1,00±1,73	1,00±1,41
	F=2,550 p=0,106	W=4,076 p=0,130	W=3,817 p=0,148	W=2,988 p=0,224	W=0,728 p=0,695	W=5,888 p=0,053
Eşin infertilite tedavisiyle ilgili görüşleri						
Destekleyici, umut verici	9,67±5,12	2,73±2,94	5,33±5,63	5,69±4,11	1,34±1,73	2,00±2,26
İsteksiz, gereksiz buluyor	11,64±5,42	3,36±3,05	2,86±3,08	-	-	-
Doğal, normal bir hastalık ve süreç	9,15±4,22	3,69±3,33	3,08±2,81	2,00±1,41	0,40±0,55	0,8±0,84
	F=0,964 p=0,390	W=1,552 p=0,460	W=0,905 p=0,636	U=38,50 p=0,042*	U=68,00 p=0,449	U=69,00 p=0,473

*p<0,05, t: Bağımsız Örneklem T testi, U: Mann Whitney U testi, F: Anova testi ve W: Kruskal Wallis testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma infertilite tedavisi alan çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresi düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır;

- Çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresinin incelenmesi
- Çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stresi ile sosyo-demografik ve infertilite tedavisine ilişkin özelliklerinin incelenmesi
- Çiftlerin infertilite stresi ile sosyo-demografik ve infertilite tedavisine ilişkin özelliklerinin incelenmesi

5.1. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ile İnfertilite Stresinin İncelenmesi

İnfertilite tanısı toplumsal cinsiyet rolleri kapsamında üreme ve neslin devamlılığının engeli temsil etmektedir. Bu nedenle infertilitenin ve bireylerde neden olacağı sosyal, kültürel ve psikolojik etkilerinin değerlendirilmesinde toplumsal cinsiyet algısı göz önüne alınmalıdır. İnfertil çiftlerin bu açıdan değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda her iki ölçekten alınan puanlar incelendiğinde infertilitenin her iki cinsiyette toplumsal cinsiyet rolü stresine neden olduğu fakat kadınlarda daha yüksek infertilite stresine neden olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda infertilite stresinin daha yüksek olması gebelik, annelik gibi geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin kadınlar üzerinde oluşturduğu stresi göstermesi açısından önemlidir. Sis Çelik ve Kırca (2018) primer infertil kadınların yaşadıkları infertilite stresini değerlendirdikleri çalışmada kadınların kişisel ve evlilik alanında yüksek, sosyal alanda orta düzeyde stres yaşadıkları belirlenmiştir (133). Literatürde infertilite stresi ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde çocuk sahibi olamama durumunun kadınlar için önemli bir stres kaynağı olduğu söylenebilir. Toplumun kadına yüklediği doğurganlık rolünün yerine getirilememesine bağlı olarak toplumsal cinsiyet rolü stresinin de arttığı düşünülmektedir (21, 73, 134). Bununla birlikte kadınlarda toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmadan elde edilen bu sonuçtan farklı olarak Ehsan ve

ark. (2019) tarafından İran’da kadınlarla yürütülen çalışmada toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresi arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (135). Bu durum ataerkil yapıya sahip toplumlarda gebelik ve annelik rollerinin kadına atfedilmesinin yanı sıra infertil olma durumunun da kadına yüklenmesinden kaynaklandığı düşünülebilir (93). Erkeklerin infertilite stresi düzeylerinin kadınlardan daha düşük olması da infertil olma ve infertilite tedavisinin daha çok kadına atfedilen bir durum olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Kadınlardan farklı olarak erkeklerde toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresi alt boyutları olan kişisel ve evlilik alanında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç erkeklerde toplumsal cinsiyet rolü stresi arttıkça infertilite streslerinin de arttığını göstermektedir. Kadını gebe bırakmanın erkeklik sembolü olduğu ve bu durumun erkeklerde damgalanmaya neden olabileceği bildirilmiştir (34, 57, 136). İnfertilite tanısında odaklanılan grubun kadın olması nedeniyle erkeklere atfedilen toplumsal roller perspektifinde yaşadıkları infertilite kaynaklı kişisel ve sosyal stres yok sayılabilmektedir (34). Buna rağmen literatürde erkeklerin toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresini birlikte değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen bu bulgu infertilitenin erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerine yönelik hissettikleri tehdidi göstermesi açısından önemlidir. Çalışmada infertilite tedavisi alan kadın ve erkeklerin çift olarak değerlendirilmesi de elde edilen sonuçların güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

5.2. Çiftlerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresinin ve Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Mevcut toplumsal cinsiyet algısı doğrultusunda herkesin anne baba olmak isteyeceği, çocuksuz bir evin düşünülmemeyeceği düşünceleri hakimdir (40, 84). İnfertil çiftlerin yetiştiği ve yaşadığı toplumun algısından etkilenmemesi imkansızdır. Çalışmada çiftlerde toplumsal cinsiyet rolü stresi yaşadığı belirlenmiş ancak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Elde edilen sonuçlardan farklı olarak Macaristan’da(2013) infertil çiftlerin toplumsal cinsiyet algısının ve stresinin incelendiği çalışmada kadınların erkeklerden ve infertil olmayan kadınlardan daha yoğun toplumsal cinsiyet rolü stresi yaşadığı belirtilmiştir (137). Bulgularda görücü usulü evlenen, tedavi masraflarının ailesi tarafından karşılanan, çok sayıda infertiliteye yönelik tedavi girişiminde bulunan kadınların daha yüksek KTCRSÖ puan

ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı toplumsal cinsiyet rolü stresi, infertilite tanısına ve tedavi sürecine aile ve sosyal faktörlerin dahil olmasıyla birlikte artmaktadır, bunun nedeni olarak infertil kadınların yaşadığı toplumsal damgalanma düşünülebilir (85, 87, 126). Erkeklerde ise eğitim seviyesi arttıkça ETCRSÖ puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Stevenson ve ark. (2021)'nın yürüttüğü çalışmada belirtildiği üzere erkekler infertiliteyi yetersizlik olarak tanımlamakta, Peterson ve Buday (2020) yürüttüğü çalışmada ise erkekler başarısız üreme sürecine neden olabileceklerinin farkına varmakta, artan eğitim seviyesiyle birlikte infertilite sürecin ve tanının sadece kadına ait olmadığının bilincinin gelişmesiyle birlikte yaşanan toplumsal cinsiyet rolü stresi artmaktadır (91, 106). İnfertil çiftlerle Kanada'da (2022) yürütülen çalışmada ise kadınların erkeklerden daha fazla toplumsal cinsiyet kimlik algısına sahip oldukları, bunu etkileyen faktörlerin erkeklerde din, kadınlarda kadın kaynaklı infertiliteye sahip olunması, algılanan gelir durumu ve sahip olunan çocuk sayısı olduğu belirtilmiştir (28).

5.3.Çiftlerin İnfertilite Stresi ile Sosyo-Demografik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamında kişisel, evlilik ve sosyal alanda kadınların erkeklerden daha fazla infertilite stresine sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da bulguları destekler nitelikte infertilite tanı ve tedavi sürecinin kadınlarda erkeklerden daha fazla strese neden olduğunu vurgulamaktadır (19, 138). Yılmaz (2016)'ın çalışmasında kişisel alanda kadınlar erkeklerden daha yüksek infertilite stresi ifade ederken diğer alt boyutlar olan evlilik ve sosyal alanda cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır (131). Literatürde bulgularla benzer olarak, Civan ve Beydağ (2023) kadınların infertilite stresi kişisel ve aile alanında erkeklerden daha yüksek bulurken, sosyal alanda erkeler daha yüksek oranda stres ifade ettiklerini, Jafarzadeh-Kenarsari (2021) tüm alt boyutlarda kadınların erkeklerden daha yüksek stres yaşadıklarını, çiftlerin alt boyutlar arasında kişisel alanda daha yoğun stres yaşadıklarını saptamıştır (72, 134).

İnfertilite stresinden en çok etkilenen kadınların Swift ve ark. (2023) kişisel alanda daha fazla stres yaşadıklarını ifade etmiştir (139). Kadınlarda oluşan ağır stres yükü için anti depresan kullanmaya başlayan kadınlar yine en fazla kişisel sonrasında evlilik alanında stres yaşadıklarını belirtilmiştir (140). Çalışmada kadınların kişisel

stresinin ev hanımı olması, eşinin ailesiyle birlikte yaşaması, ileri yaşta ve düşük eğitim seviyesine sahip olması, çok sayıda tedavi girişiminin olması ve daha önce gebelik yaşayıp dış gebelikle sonuçlanması ile ilişkili olduğu saptanırken, Çelik ve Kırca (2018) kadınlarda kişisel alanda stresin ilköğretim mezunlarında, işçi olarak çalışanlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir (133). Kadınlarda, kişisel alanda stres ile ilişkilendirilen tedavi süreci, uygulanan ilaçlar, başarısız denemeler ve gebelikler fizyolojik ve psikolojik yük oluşturmaktadır (15). Çalışmamızda kadınlardan elde edilen sonuçlar literatürle benzerlikler göstermektedir ve eğitim seviyesi, aile durumu, önceki tedavi süreçlerinin kadınların yaşadığı infertilite stresini artıran önemli etmenler olduğunu göstermektedir.

Erkeklerde ise daha genç yaşta olma, eğitim seviyesinin yüksek olması ve eşin destekleyici bir tutum sergilemesi kişisel alanda stresin artmasıyla, Yılmaz (2016)'ın çalışmasında ise erkeklerde daha genç yaşa sahip olunması ile ilişkilendirilmiştir (131). Bu çalışmadan farklı olarak çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek ve eşlerinden destekleyici tutum gören erkeklerde ISO kişisel alanda stres puan ortalamasının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışmamıza katılan erkeklerin eğitim seviyesinin daha yüksek olması nedeniyle sağlık ve infertiliteye ilişkin farkındalıklarının yüksek olması ve infertilite nedeni kendilerinin olmuş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların yaşadığı ISO sosyal alanda stresin tedavi masraflarını ailenin karşılaması, daha önce gebelik yaşayıp dış gebelikle sonuçlanması, infertilite tedavisine başlama kararını kadının alması ile ilişkilendirilmiştir. Yılmaz ve ark. (2020) infertil kadınların çalışmayla benzer olarak ekonomik düzeyinin düşük olması, tedavinin aile ve kendileri tarafından karşılanması ile stres düzeyinin arttığı belirtilmiş, farklı olarak daha önce infertilite tedavisi alması ve çocuk sahibi olması ile ilişkisi olmadığını belirtmiştir (141). İnfertil kadınların yaşadıkları sosyal stresin nedenleri arasında kadınların toplum tarafından maruz kaldıkları dışlanma, damgalanma ve acınma durumları düşünülebilir (18, 89). Literatürde kadınların aldığı sosyal destek ile infertilite stresi arasında negatif bir ilişki olduğu, sonuçlara benzer şekilde başarısız tedavi girişimi bulunan, tedaviye kendi karar veren kadınların daha yüksek stres seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir (142, 143). İnfertilite tedavisi masraflı bir süreçtir ve bu durum çiftlerde mevcut strese ek olarak tedavinin başarısız olması olasılığına karşı da stres oluşturabilmektedir (144). Özellikle tedavi kararını kendisi

alan kadınlarda karar verici olmanın vermiş olduğu sorumluluk duygusu ile birlikte yapılan masraflar da olası bir tedavi başarısızlığına karşı hem kaynakların boşa kullanımı hem de alınan kararın getirdiği başarısızlık hissi nedeniyle kadınların daha fazla stres yaşadığı şeklinde yorumlanabilir. İnfertilite tedavisi nedeniyle kadınların işi bırakması da buna katkıda bulunan önemli bir etken olabileceği düşünölmektedir.

Çiftler arasında kadınların evlilik alanında yaşadığı stresin erkeklerden daha fazla olduğu saptanmış, literatürde benzer sonuçların olduğu belirlenmiştir (145, 146). Çalışmada eğitim seviyesinin azalması, görücü usulü evlenmesi, başkalarının düşöncelerine önem vermesi, süreci arkadaşlarıyla paylaşması kadınlarda evlilik alanında stresin artmasına neden olmaktadır. Lei ve ark. (2021) ise kırsalda yaşayan, eğitim seviyesi düşük kadınların daha fazla strese sahip olduğunu, bu durumu düşük evlilik uyumuyla ilişkilendirdiklerini ifade etmiştir (147). Bu ifadeyi destekler nitelikte literatürde artan evlilik uyumuyla infertiliteye bağlı stresin azaldığı görölmektedir (72, 148). Çiftler kıyaslandığında erkeklerin kadınlardan daha çok evlilik uyumu tarifledikleri bilinmektedir, buna bağlı olarak daha çok eş desteği gördükleri, daha az evlilik alanında stres yaşadıkları düşünölmektedir (95, 96, 149). Kadınların evlilik alanında daha fazla stres yaşaması ekonomik bağımlılık, görücü usulü evlenmiş olma nedeniyle eşini henüz yeteri kadar tanıyamamış olma, eşinin tedaviye ilişkin düşöncelerinden emin olamamasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Ayrıca kadınların çocuk sahibi olmakla ilgili başkalarının düşöncesinin önemli bulma sebepleri kültürel ve psikolojik baskı olarak belirtmesi de eşlerinin bu konudaki fikirlerinden dolayı baskı altında hissedebileceklerini göstermesi açısından önem taşımakta ve etkili olabilecek bir faktörü oluşturabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmada infertil çiftlerin yaşadıkları toplumsal cinsiyet rolü stresinin ve infertilite stresinin ilişkisini tanımlama amaçlanmıştır. Çalışma doğrultusunda;

- Kadın ve Erkeklerin Toplumsal Rolü Stresi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadığı ($p>0,05$),
- Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları olan Kişisel Alanda Stres ($U=1199,50$, $p=0,000$), Sosyal alanda Stres ($U=2300,50$, $p=0,000$) ve Evlilik Alanında Stres ($U=3047,00$, $p=0,013$) puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu, infertilite tedavisi alan kadınların erkeklerden daha fazla infertilite kaynaklı stres yaşadığı,
- Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği puan ortalaması ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutları Kişisel Alanda Stres, Sosyal Alanda Stres ve Evlilik Alanında Stres puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$),
- Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği puan ortalaması ile İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyutlarından Kişisel Alanda Stres ($r:0,492$, $p<0,000$), Evlilik Alanında Stres ($r:0,328$, $p:0,002$) alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu, infertilite tedavisi alan erkeklerin toplumsal cinsiyet rolü stresinin infertilite kaynaklı kişisel ve evlilik alanında strese neden olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Klinisyenler için,

- İnfertilite sürecinin başlangıcından itibaren bireylerin sahip oldukları sosyal, kültürel ve bireysel özelliklerine göre holistik bakış açısıyla değerlendirilmesi,
- Bireylerin infertilite tedavisi sürecinde psiko-sosyal desteğin sağlanması,
- Bireylerin toplumdan etkilenmesinin kaçınılmaz olması nedeniyle infertiliteyle ilgili tüm bakım ve süreçlerde cinsiyetlerin farklı ihtiyaçlarının farkında olunması,

Araştırmacılar için,

- İnfertil çiftlerin toplumsal cinsiyet rolü stresi ve infertilite stresinin ilişkisine yönelik daha geniş örneklemlerde ve nitel çalışmalar yürütölmesi,
- Yürütölen çalışmalarda örneklemlerde daha fazla sayıda erkek bireylere yer verilmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKÇA

1. Kaufman MR, Eschliman EL, Karver TS. Differentiating sex and gender in health research to achieve gender equity. World Health Organization Bulletin of the World Health Organization. 2023;101(10):666-71. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.22.289310>. PubMed PMID: 2871921563.
2. Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer Persons in Forced Displacement <https://www.refworld.org/docid/4e6073972.html> UN High Commissioner for Refugees; 2021 10.04.2023.
3. Gender mainstreaming, concepts and definitions. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.html>: United Nations Women; 2001 10.04.2023.
4. Frequently asked questions on health and sexual diversity: an introduction to key concepts. 2016 [15.08.2023]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-FWC-GER-16.2>
5. Tuğrul YG. Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların annelik deneyimleri üzerine bir saha çalışması. Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi. 2019(3):71-90.
6. Vargel Pehlivan P. Toplumsal cinsiyet bağlamında kuramsal yaklaşımlar: bir literatür taraması. 2017.
7. Turner KA, Rambhatla A, Schon S, Agarwal A, Krawetz SA, Dupree JM, et al. Male infertility is a women's health issue—research and clinical evaluation of male infertility is needed. Cells. 2020;9(4):990.
8. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, De Mouzon J, Sokol R, et al. The international glossary on infertility and fertility care, 2017. Human reproduction. 2017;32(9):1786-801.
9. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11): World Health Organization 2018.
10. Infertility definitions: World Health Organization; [15.07.2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
11. Infertility prevalence estimates: 1990–2021: World Health Organization; 2023.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2018.
13. Özdemir E, Kaplan S. İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021;4(1):79-89.
14. Sotoudeh M, Rezapour-Mirsaleh Y, Choobforoushzadeh A. The relationship between acceptance, self-compassion and hope in infertile women: a structural equation analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2022:1-12.
15. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.
16. Öztekin Ü, Hacimusalar Y, Gürel A, Karaaslan O. The relationship of male infertility with somatosensory amplification, health anxiety and depression levels. Psychiatry investigation. 2020;17(4):350.
17. Zayed AA, El-Hadidy MA. Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. Middle East Fertility Society Journal. 2020;25:1-5.

18. Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*. 2018;15(1):46.
19. Ying LY, Wu LH, Loke AY. Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(10):1640-52.
20. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N, Serdaroğlu H. İnfertil kadınlarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi. 2016.
21. Bose S, Roy B, Umesh S. Marital duration, and fertility-related stress as predictors of quality of life: Gender differences among primary infertile couples. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2021;14(2):184.
22. Teskereci G, Oncel S. Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2013;39(6):476-92.
23. Yang T, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Saeng-Anan U, Singhapreecha C, Jenraumjit R, et al. Factors Associated with Depression in Infertile Couples: A Study in Thailand. 2023.
24. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan journal of medical sciences*. 2016;32(6):1340.
25. Heidelbaugh JJ. The Adult Well-Male Examination. *Am Fam Physician*. 2018;98(12):729-37. PubMed PMID: 30525354.
26. ACOG Committee Opinion No. 755 Summary: Well-Woman Visit. *Obstetrics and gynecology*. 2018;132(4):1084-5. doi: 10.1097/AOG.0000000000002898. PubMed PMID: 30247360.
27. Gullo G, Cucinella G, Perino A, Gullo D, Segreto D, Laganà AS, et al. The gender gap in the diagnostic-therapeutic journey of the infertile couple. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(12):6184.
28. Grunberg P, Miner S, Zerkowitz P. Infertility and perceived stress: the role of identity concern in treatment-seeking men and women. *Hum Fertil (Camb)*. 2022;25(1):117-27. Epub 20200105. doi: 10.1080/14647273.2019.1709667. PubMed PMID: 31903818.
29. Stephen EH, Chandra A. Declining estimates of infertility in the United States: 1982–2002. *Fertility and sterility*. 2006;86(3):516-23.
30. Halcomb L. Men and infertility: Insights from the sociology of gender. *Sociology Compass*. 2018;12(10):e12624.
31. Streeter K, Deaver S. Art therapy with women with infertility: a mixed-methods multiple case study. *Art Therapy*. 2018;35(2):60-7.
32. Bondade S, Iyengar RS, Shivakumar B, Karthik K. Intimate partner violence and psychiatric comorbidity in infertile women-A cross-sectional hospital based study. *Indian journal of psychological medicine*. 2018;40(6):540-6.
33. Cervi L, Knights D. Organizing male infertility: Masculinities and fertility treatment. *Gender, Work & Organization*. 2022;29(4):1113-31.
34. Arya ST, Dibb B. The experience of infertility treatment: the male perspective. *Human Fertility*. 2016;19(4):242-8.
35. Aksoy Ö, Şahin N. İnfertilitede unutulmuş bir kavram: Erkek cinselliği. *Androloji Bülteni*. 2020;22(1):28-32.
36. Leyser-Whalen O, Bombach B, Mahmoud S, Greil AL. From generalist to specialist: A qualitative study of the perceptions of infertility patients. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2022;14:204-15.

37. Pattnaik P, Gharai SC, Samantaray N. A comparative study and association between depression and male infertility. *IJIP*. 2016;3(4):63-6.
38. Ecevit Y. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Temel Kavramları. 2021.
39. The Global Gender Gap Report 2023. Geneva (Switzerland):: World Economic Forum; 2023 2021.
40. Savaş G. Türkiye’de yaşayan bireylerin toplumsal cinsiyet eşit (siz) liği algısı- Gender (In) equality perception of individuals living in Turkey. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*. 2018;1(2):101-21.
41. Ergin A, Bekar T, AYDEMİR ACAR G. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. 2019;24(3).
42. Toksöz G, Şener Ü, Demircan S, Karababa R, Memiş E, Arslan H, et al. Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliğini izleme raporu 2021-2022. 2022.
43. Human Development Report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today-inequalities in human development in the 21st century. New York: United Nations Development Programme; 2019.
44. Korkmaz H. Modern Dönemde Geleneksel Kültür Kodlarının/Ataerkil Yapının Aile Hayatına Yansıması. *Antakiyat*. 2022;5(1):54-71.
45. Topçu B, Elif B. Sosyolojik Açıdan Namus Kavramına Bakış: Trabzon İli Örneği. *Sosyoloji Dergisi*. 2018(38):173-96.
46. Uysal MT, Gizem T, Şimşek E. Toplumsalın doğallaştırılması: erken evliliklerde toplumsal cinsiyet algısı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019;1(47):196-220.
47. Özdemir H. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Kadınlık ve Erkeklik Algısı: Bir Alan Araştırması. *Asya Studies*. 2019;4(10):90-107.
48. Organization WH. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). 2018.
49. Agarwal A, Mulgund A, Hamada A, Chyatte MR. A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive biology and endocrinology*. 2015;13(1):1-9.
50. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)*. 2019;11(23):10952-91. Epub 20191202. doi: 10.18632/aging.102497. PubMed PMID: 31790362; PubMed Central PMCID: PMC6932903.
51. Recent advances in medically assisted conception. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1992;820:1-111. PubMed PMID: 1642014.
52. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *Jama*. 2021;326(1):65-76. doi: 10.1001/jama.2021.4788. PubMed PMID: 34228062; PubMed Central PMCID: PMC9302705.
53. Penzias A, Azziz R, Bendikson K, Cedars M, Falcone T, Hansen K, et al. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertility and sterility*. 2021;116(5):1255-65.
54. Deyhoul N, Mohamaddoost T, Hosseini M. Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2017;5(1):24-9.
55. İbiş M, Yaman M. Evaluation of Male Infertility, Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi. *Duzce Medical Journal*. 2022;24(Spl).
56. Minhas S, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Male Sexual and Reproductive

- Health: 2021 Update on Male Infertility. *Eur Urol.* 2021;80(5):603-20. Epub 20210910. doi: 10.1016/j.eururo.2021.08.014. PubMed PMID: 34511305.
57. Jayasena CN, Sharma A, Abbara A, Luo R, White CJ, Hoskin SG, et al. Burdens and awareness of adverse self-reported lifestyle factors in men with subfertility: A cross-sectional study in 1149 men. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2020;93(3):312-21. Epub 20200519. doi: 10.1111/cen.14213. PubMed PMID: 32362009.
 58. Wong WY, Zielhuis GA, Thomas CM, Merkus HM, Steegers-Theunissen RP. New evidence of the influence of exogenous and endogenous factors on sperm count in man. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;110(1):49-54. doi: 10.1016/s0301-2115(03)00162-3. PubMed PMID: 12932871.
 59. Meryem G. A Feminist Debate on Being an Infertile Woman. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi.* 4(2):49-54.
 60. Kwik M, Maxwell E. Pathophysiology, treatment and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(4):236-41. doi: 10.1097/gco.0000000000000284. PubMed PMID: 27273307.
 61. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Imaging of complications following treatment with assisted reproductive technology: keep on your radar at each step. *Abdom Radiol (NY).* 2022;47(1):328-40. Epub 20210918. doi: 10.1007/s00261-021-03245-y. PubMed PMID: 34535828.
 62. Sennström M, Rova K, Hellgren M, Hjertberg R, Nord E, Thurn L, et al. Thromboembolism and in vitro fertilization - a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(9):1045-52. Epub 20170608. doi: 10.1111/aogs.13147. PubMed PMID: 28382684.
 63. Rizzuto I, Behrens RF, Smith LA. Risk of ovarian cancer in women treated with ovarian stimulating drugs for infertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;6(6):Cd008215. Epub 20190618. doi: 10.1002/14651858.CD008215.pub3. PubMed PMID: 31207666; PubMed Central PMCID: PMC6579663.
 64. Skalkidou A, Sergeantanis TN, Gialamas SP, Georgakis MK, Psaltopoulou T, Trivella M, et al. Risk of endometrial cancer in women treated with ovary-stimulating drugs for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(3):Cd010931. Epub 20170325. doi: 10.1002/14651858.CD010931.pub2. PubMed PMID: 28349511; PubMed Central PMCID: PMC6464291.
 65. Van Den Belt-Dusebout AW, Spaan M, Lambalk CB, Kortman M, Laven JS, van Santbrink EJ, et al. Ovarian Stimulation for In Vitro Fertilization and Long-term Risk of Breast Cancer. *Jama.* 2016;316(3):300-12. doi: 10.1001/jama.2016.9389. PubMed PMID: 27434442.
 66. Kimmins S, Anderson RA, Barratt CLR, Behre HM, Catford SR, De Jonge CJ, et al. Frequency, morbidity and equity - the case for increased research on male fertility. *Nat Rev Urol.* 2023. Epub 20231012. doi: 10.1038/s41585-023-00820-4. PubMed PMID: 37828407.
 67. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino MC, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter.* 2014;165(3):163-9. doi: 10.7417/ct.2014.1716. PubMed PMID: 24999571.
 68. Koçak DY, Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri.* 2016;2(3):7-13.
 69. Zhu H, Shi L, Wang R, Cui L, Wang J, Tang M, et al. Global research trends on infertility and psychology from the past two decades: a bibliometric and visualized study. *Frontiers in endocrinology.* 2022;13:889845.

70. Hazlina NHN, Norhayati MN, Bahari IS, Arif NANM. Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2022;12(3):e057132.
71. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*. 2012;18(6):652-69. Epub 20120806. doi: 10.1093/humupd/dms031. PubMed PMID: 22869759; PubMed Central PMCID: PMC3461967.
72. Civan E, Beydağ KD. İnfertil Kadın ve Erkeklerin İnfertilite Stresi ve Eş Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 2023;3(1):58-63.
73. Kamışlı S, Terzioğlu C, Bozdağ G. İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2021;12(1):43-9.
74. Doğan A, Beydağ KD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2020;3(2):44-51.
75. Güneri SE, Kavlak O, Göker ENT. İnfertil Kadınlarda Umut ve Umutsuzluk: Fenomenolojik Çalışma. 2019.
76. Gamel WMA, Hassan HE, El-ezazy AA. Male Infertility and Psychological Repercussions: A Neglected Problem in Northern Upper Egypt. *International Journal of Studies in Nursing*. 2019;4(4):1.
77. Yousefi Afrashteh M, Ghodrati Mirkuhi M. Emotional and psychological consequences of infertility in a group of men with over 4 years of follow-up treatment: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;8(4):1-8.
78. Chen D, Zhang JP, Jiang L, Liu H, Shu L, Zhang Q, et al. Factors that influence in vitro fertilization treatment outcomes of Chinese men: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*. 2016;32:222-6.
79. Honmore VM, Jadhav M. Self-esteem and coping resources among fertile and infertile adults. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2016;7(7):742.
80. Ruth A, Akintayo A. Comparison of self-esteem and depression among fertile and infertile women. *BJPsych Open*. 2021;7(S1):S48-S.
81. Jamil S, Shoaib M, Aziz W, Ather MH. Does male factor infertility impact on self-esteem and sexual relationship? *Andrologia*. 2020;52(2):e13460.
82. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, et al. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2014;74(08):759-63.
83. Koca Çavdar N. İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi 2017.
84. Türkiye İstatistik Kurumu, Bakanlığı AvSH. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2021: Ankara, TÜİK; 2021.
85. Öskan Fırat B, Şahin N. Toplumsal cinsiyet rolleri kapsamında infertilite ve damgalanma: bir sistematik derleme. 2022.
86. Şimşek S. İnfertilitenin (Kısırlığın) Sosyokültürel Etkileri. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*. 2017:55-69.
87. Fang M, Li G, Kang X, Hou F, Lv G, Xu X, et al. The role of gender and self-esteem as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among infertile couples. *Psychology, Health & Medicine*. 2021;26(10):1181-94.

88. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: a qualitative study: spiritual and religious issues of stigmatization. *Journal of religion and health*. 2021;60:256-67.
89. Taebi M, Kariman N, Montazeri A, Alavi Majd H. Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *Int J Fertil Steril*. 2021;15(3):189-96. Epub 20210622. doi: 10.22074/ijfs.2021.139093.1039. PubMed PMID: 34155865; PubMed Central PMCID: PMC8233927.
90. Öztürk R, Bloom TL, Li Y, Bullock LF. Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2021;39(2):205-17.
91. Stevenson EL, Ching-Yu C, Chia-Hao C, McEleny KR. Men's perception and understanding of male-factor infertility in the UK. *Br J Nurs*. 2021;30(9):S8-s16. doi: 10.12968/bjon.2021.30.9.S8. PubMed PMID: 33983808.
92. Wischmann T, Thorn P. (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive biomedicine online*. 2013;27(3):236-43.
93. Hanna E, Gough B. The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. *Sociology of health & illness*. 2020;42(3):465-80.
94. Bıçakçı NK, Delibalta RT. Determining the Differences of Marriage Compatibility Between Infertile and Fertile Women İnfertil Kadınlar ile Fertil Kadınlar Arasında Evlilik Uyumu Farklarının Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;8(2):429-41.
95. Cetişli NE, Ören EDT, Ferda K. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019(3):422-6.
96. Vizheh M, Pakgohar M, Rouhi M, Veisy A. Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple based study. *Sexuality and Disability*. 2015;33:457-68.
97. Yılmaz FA, Avcı D, Tahta T. Relationship between marriage satisfaction and sexual functions in couples undergoing infertility treatment. *International Journal of Sexual Health*. 2020;32(4):421-32.
98. Luk BH, Loke AY. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2019;37(2):108-22.
99. Luca G, Parrettini S, Sansone A, Calafiore R, Jannini EA. The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *J Endocrinol Invest*. 2021;44(10):2071-102. Epub 20210506. doi: 10.1007/s40618-021-01581-w. PubMed PMID: 33956331; PubMed Central PMCID: PMC8421318.
100. Gümüşay M, Sarı E, Satılmış İG. İnfertil çiftlerde cinsel yaşam ile ilgili araştırmaların sistematik derlemesi. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*. 2020;22(2).
101. Wang Y, Fu Y, Ghazi P, Gao Q, Tian T, Kong F, et al. Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2022;10(6):e820-e30. doi: 10.1016/s2214-109x(22)00098-5. PubMed PMID: 35561719; PubMed Central PMCID: PMC9115867.
102. Sis Çelik A, Kırca N. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;231:111-6. Epub 20181013. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.10.032. PubMed PMID: 30342312.

103. Halıcı EC, Saatci E. İnfertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine gösterdiği şiddet ve evliliğe uyum düzeyi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2021;25(1):21-7.
104. Çalışkan A, Süzer Özkan F. İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2021;12(4):297-306.
105. Taebi M, Gandomani SJ, Nilforoushan P, GholamiDehaghi A. Association between infertility factors and non-physical partner abuse in infertile couples. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(4):368-71. doi: 10.4103/1735-9066.185577. PubMed PMID: 27563319; PubMed Central PMCID: PMC4979259.
106. Peterson ZD, Buday SK. Sexual coercion in couples with infertility: prevalence, gender differences, and associations with psychological outcomes. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020;35(1):30-45.
107. Greil A, McQuillan J, Slauson-Blevins K. The social construction of infertility. *Sociology Compass*. 2011;5(8):736-46.
108. Gardino S, Rodriguez S, Campo-Engelstein L. Infertility, cancer, and changing gender norms. *Journal of Cancer Survivorship*. 2011;5:152-7.
109. Gynecologists ACoOa. ACOG Committee Opinion no. 598: Committee on Adolescent Health Care: The initial reproductive health visit 2014 May. 1143-7 p.
110. Schlegel PN, Sigman M, Collura B, De Jonge CJ, Eisenberg ML, Lamb DJ, et al. Diagnosis and treatment of infertility in men: AUA/ASRM guideline part I. *The Journal of urology*. 2021;205(1):36-43.
111. Chu KY, Patel P, Ramasamy R. Consideration of gender differences in infertility evaluation. *Current opinion in urology*. 2019;29(3):267-71.
112. Datta J, Palmer M, Tanton C, Gibson L, Jones K, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human reproduction*. 2016;31(9):2108-18.
113. Fitzgerald O, Dyer S, Zegers-Hochschild F, Keller E, Adamson GD, Chambers GM. Gender inequality and utilization of ART: an international cross-sectional and longitudinal analysis. *Human Reproduction*. 2023. doi: 10.1093/humrep/dead225.
114. Annan-Frey L, Boateng EA, Lomotey A, Lartey C, Dzomeku V. Lived experiences and coping strategies of persons seeking infertility treatment in the Kumasi metropolis: a descriptive phenomenological study. *BMC Women's Health*. 2023;23(1):1-11.
115. Bayraktar E. Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;27(3):234-8.
116. Mumtaz Z, Shahid U, Levay A. Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive health*. 2013;10:1-10.
117. Royal College of Nursing (RCN) Fertility Nursing Conference 1999: Royal College of Nursing; 1999. 96-7 p.
118. Güngör İ, Beji NK. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 23 (2). 2015:152-9.
119. Stevenson EL, Hershberger PE, Bergh PA. Evidence-based care for couples with infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2016;45(1):100-10.
120. Boz I, Akgün M. İnfertilitede Birey Merkezli Bakım Yaklaşımı*. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2019;16(2):170-5.
121. Aker MN, Özdemir F. The effect of the approach based on the Neuman Systems Model on stress and coping in women receiving intrauterine insemination

- treatment: A randomized controlled trial. *Health Care Women Int.* 2023;44(4):457-72. Epub 20220629. doi: 10.1080/07399332.2022.2087075. PubMed PMID: 35767837.
122. Ozan YD, Okumuş H. Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: A randomized controlled trial. *Journal of caring sciences.* 2017;6(2):95.
123. Zaidouni A, Ouasmani F, Benbella A, Kasouati J, Bezad R. The Effect of Nursing Consultation Based on Orem's Theory of Self-care and Bandura's Concept on Infertility Stress. *J Hum Reprod Sci.* 2019;12(3):247-54. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_159_18. PubMed PMID: 31576084; PubMed Central PMCID: PMC6764230.
124. Sevcen F, Tokat MA. Fertilité desteği alan kadınların stresini azaltmada hipnofertilite'nin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2017;10(1):60-6.
125. Haliloğlu S, Sağlam ZA, Toprak D, Çetin A. İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi.* 2013;15:1-7.
126. Levent S. İnfertil kadınların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik tutumları ile infertiliteden etkilenme durumları arasındaki ilişki: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2021.
127. Aksöz M. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin toplumsal cinsiyet algıları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2020.
128. Yılmaz T. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2012.
129. Koç M, Avcı ÖH, Bayar Ö. Kadın toplumsal cinsiyet rolü stresi ölçeği'nin (KTCRSÖ) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2017;1(41):284-97.
130. Bayar Ö, Avcı ÖH, Koç M. Erkek Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği'nin (ETRCRSÖ) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2018;18(1):57-76.
131. Yılmaz T, Oskay UY. The copenhagen multi-centre psychosocial infertility (COMPI) fertility problem stress and coping strategy scales: a psychometric validation study in turkish infertile couples. *International Journal of Caring Sciences.* 2016;9(2):452.
132. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Dan Med Bull.* 2006;53(4):390-417.
133. Çelik AS, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 21(2):104-14.
134. Jafarzadeh-Kenarsari F, Ahmad-Amraji L, Abouzari-Gazafroodi K. Evaluation of Infertility-related Stress and its Associated Factors in Infertile Clients: A Cross-Sectional Study. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal.* 2021;11(1).
135. Ehsan Z, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Ataee M, Esmaelzadeh-Saeieh S. Effects of group counseling on stress and gender-role attitudes in infertile women: A clinical trial. *Journal of Reproduction & Infertility.* 2019;20(3):169.
136. Sylvest R, Fürbringer JK, Pinborg A, Koert E, Bogstad J, Loessl K, et al. Low semen quality and experiences of masculinity and family building. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica.* 2018;97(6):727-33.
137. Cserepes RE, Kollár J, Sápý T, Wischmann T, Bugán A. Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-

- related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288(4):925-32. Epub 20130405. doi: 10.1007/s00404-013-2835-7. PubMed PMID: 23553201.
138. Santos C, Sobral MP, Martins MV. Effects of life events on infertility diagnosis: comparison with presumably fertile men and women. *Journal of reproductive and infant psychology.* 2017;35(1):1-13.
139. Swift A, Reis P, Swanson M. Comparing infertility-related stress, coping, and quality of life among assisted reproductive technology and non-assisted reproductive technology treatments. *Hum Fertil (Camb).* 2023;26(5):1248-55. Epub 20230104. doi: 10.1080/14647273.2022.2163465. PubMed PMID: 36597775.
140. Pedro J, Vassard D, Malling GMH, Hougaard C, Schmidt L, Martins MV. Infertility-related stress and the risk of antidepressants prescription in women: a 10-year register study. *Hum Reprod.* 2019;34(8):1505-13. doi: 10.1093/humrep/dez110. PubMed PMID: 31339996.
141. Yilmaz T, Yazici S, Benli T. Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;41(4):275-81. Epub 20200106. doi: 10.1080/0167482x.2019.1708318. PubMed PMID: 31902289.
142. Tural GN, Çelik AS. Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2019;6(1):91-104.
143. Zorlu S, Erbaş N. İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 37(2):95-105.
144. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low-and middle-income countries: a systematic review. *Human reproduction open.* 2023;2023(2):hoad007.
145. Kim JH, Shin HS, Yun EK. A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *J Holist Nurs.* 2018;36(1):6-14. Epub 20161110. doi: 10.1177/0898010116675987. PubMed PMID: 29436974.
146. Casu G, Gremigni P. Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: psychometric properties of a brief measure. *J Adv Nurs.* 2016;72(3):693-706. Epub 20151015. doi: 10.1111/jan.12830. PubMed PMID: 26466927.
147. Lei A, You H, Luo B, Ren J. The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Sci Rep.* 2021;11(1):24220. Epub 20211220. doi: 10.1038/s41598-021-03715-9. PubMed PMID: 34930989; PubMed Central PMCID: PMC8688530.
148. Van Der Merwe E, Greeff AP. Infertility-related stress within the marital relationship. *International Journal of Sexual Health.* 2015;27(4):522-31.
149. Üner E. İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

8. EKLER

EK 1. KADIN BİREY TANITIM FORMU

Kadın Birey Tanıtım Formu

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil çiftlerin yaşadıkları infertiliteye bağlı stresi ve toplumsal cinsiyet stresi arasında ilişkiyi anlama amacıyla planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır ve kimliğinize yönelik bilgiler istenmeyecektir. Soruların tamamına doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız alttaki kutucuğu işaretlemelisiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-Yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz:.....

4. Şu an çalışıyor musunuz:

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Tedavi nedeni ile bıraktım

5. Gelir düzeyinizi belirtiniz.

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir giderden fazla
- c) Gelir gidere eşit

6. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

7. Tedaviniz ile ilgili masrafları nasıl karşılıyorsunuz?

- a) Kendimiz
- b) Sosyal güvencemiz
- c) Ailemiz
- d) Diğer(Lütfen belirtiniz.)

8. Evlilik süreniz:.....(yıl)

9. Aile tipinizi belirtiniz.

- a) Çekirdek aile
- b) Kadının ailesi ile
- c) Erkeğin ailesi ile

10. Evlilik şeklinizi seçiniz.

- a) Görücü usulü / istemeden
- b) Görücü usulü / isteyerek
- c) Tanışarak /flört ederek

11. Daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi girişiminiz oldu mu?

- a) Hayır
- b) Evet

12. Yanıtınız evet ise kaç kere.....

13. Önceki tedavi denemelerinden sonra hiç gebe kaldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

14. Yanıtınız evet ise sonucunu belirtiniz.

- a) Düşük
- b) Dış gebelik
- c) Diğer(Lütfen belirtiniz.)

15. Kısırlık (İnfertilite) tedavisine başlama kararını kim aldı?

- a) Kendiniz
- b) Eşiniz
- c) Çift olarak
- d) Diğer(Lütfen belirtiniz.)

16. İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor?

- a) Kadından
- b) Erkekten
- c) Kadın-Erkek
- d) Nedeni belli değil

17. İnfertilite ile ilgili durumunuzu herhangi biriyle paylaştınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18. Yanıtınız evet ise infertilite ile ilgili süreçleri kim/kimlerle paylaştınız?

- a) Sadece eşim
- b) Sadece ailem
- c) Sadece arkadaşım
- d) Herkes

19. Yanıtınız hayır ise nedenini belirtiniz.

.....

20. Çocuk sahibi olamamanızla ilgili başkalarının düşüncesi sizin için önemli mi?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Yanıtınız evetse nedenini belirtiniz.

.....

22. Çocuk sahibi olmak sizin için ne anlama geliyor?

.....

23. Sizin infertilite ve tedavi olmak ile ilgili görüşleriniz neler?

.....

24. Size göre eşinizin infertilite ve tedavi olmak ile ilgili görüşleri neler?

.....



EK 2. ERKEK BİREY TANITIM FORMU

Erkek Birey Tanıtım Formu

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil çiftlerin yaşadıkları infertiliteye bağlı stresi ve toplumsal cinsiyet stresi arasında ilişkiyi anlama amacıyla planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır ve kimliğinize yönelik bilgiler istenmeyecektir. Soruların tamamına doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız alttaki kutucuğu işaretlemelisiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-Yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz:-.....

4. Şu an çalışıyor musunuz:

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Tedavi nedeni ile bıraktım

5. Kısırlık (İnfertilite) tedavisine başlama kararını kim aldı?

- a) Kendiniz
- b) Eşiniz
- c) Çift olarak
- d) Diğer.....(Lütfen belirtiniz.)

6. İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor?

- a) Kadından
- b) Erkekten
- c) Kadın-Erkek
- d) Nedeni belli değil

7. İnfertilite nedeninin erkek olması sizin için ne ifade ediyor?

- a) Utanılması gereken bir durum
- b) Erkekten kaynaklı bir neden olamaz
- c) Neden erkek olsa bile saklanmalı
- d) Bir anlam ifade etmiyor

8. İnfertilite ile ilgili durumunuzu herhangi biriyle paylaştınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Yanıtınız evet ise infertilite ile ilgili süreçleri kim/kimlerle paylaştınız?

- a) Sadece eşim
- b) Sadece ailem
- c) Sadece arkadaşım
- d) Herkes

10. Yanıtınız hayır ise nedenini belirtiniz.

.....

11. Çocuk sahibi olamamanızla ilgili başkalarının düşüncesi sizin için önemli mi?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Yanıtınız evetse nedenini belirtiniz.

.....

13. Çocuk sahibi olmak sizin için ne anlama geliyor?

.....

14. Sizin infertilite ve tedavi olmak ile ilgili görüşleriniz neler?

.....

15. Size göre eşinizin infertilite ve tedavi olmak ile ilgili görüşleri neler?

.....

EK 3. KADIN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLÜ STRESİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil çiftlerin yaşadıkları infertiliteye bağlı stresi ve toplumsal cinsiyet stresi arasında ilişkiyi anlama amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan ölçekte, toplumda kadına yönelik kalıplaşmış yargılara da yer verilmiştir. Ölçekte 20 madde bulunmaktadır. Her bir maddeyi dikkatle okuyarak, “1= Benim için hiç stres verici değil, 5= Benim için çok Stres Verici” olmak üzere 1’den 5’e puanlamanız beklenmektedir. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Soruların tamamına doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1 2 3 4 5

Benim için hiç stres verici değil

Benim için çok stres verici

Maddeler	
‘Kadın dediğin yüksek sesle gülmez’ anlayışı	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadının nasıl giyineceğine yönelik kısıtlamaların olması	(1) (2) (3) (4) (5)
Her türlü ev işinden anlamanın beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadının cinsellik hakkında konuşmasının ayıp karşılanması	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadının hava karardıktan sonra evde olmasının beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
‘Yemek yapmak kadının işidir’ algısı	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadına “Elinin hamuruyla erkek işine karışmamasına” yönelik baskılar	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadınların öğrenim hayatı boyunca erkeklerden daha çalışkan olmasının beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Yalnızca kadının kendini “eşine saklamasının” beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Erkeğin bir adım gerisinde durmanın beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
‘Yuvayı dişi kuş yapar’ anlayışı	(1) (2) (3) (4) (5)
Anneliğin, kadının biyolojik sürecinin getirdiği bir gereklilik olarak görülmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Toplumun ideal kadınla ilgili fiziksel ölçütlerinin olması	(1) (2) (3) (4) (5)
İleride mutlaka çocuk sahibi olmanın beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Bugün ailenin, yarın kocanın istediği gibi biri olmanın beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadının bir erkeğin yardımına muhtaçmış gibi algılanması	(1) (2) (3) (4) (5)
‘Kadın sesini yükseltmemelidir’ düşüncesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadına korunmaya muhtaçmış gibi davranılması	(1) (2) (3) (4) (5)
Misafir ağırlamanın kadından beklenmesi	(1) (2) (3) (4) (5)
Kadının namusunu koruması yönündeki toplum baskısı	(1) (2) (3) (4) (5)

Ek 4. ERKEK TOPLUMSAL CİNSİYET ROLÜ STRESİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil çiftlerin yaşadıkları infertiliteye bağlı stresi ve toplumsal cinsiyet stresi arasında ilişkiyi anlama amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan ölçekte, erkek toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili ifadeler yer verilmiştir. Ölçekte 27 madde bulunmaktadır. Her bir maddeyi dikkatle okuyarak, sizin için ne kadar stres verici olduğuna göre, “1= Benim için hiç stres verici değil, 5= Benim için çok Stres Verici” olmak üzere 1’den 5’e dereceleniz beklenmektedir. Soruların tamamına doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız alttaki kutucuğu işaretlemelisiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1	2	3	4	5
Benim için hiç stres verici değil				Benim için çok stres verici
Maddeler				
İşe girmek, evlenmek, çocuk yapmak gibi sıralanmış birtakım sorumluluklar				
Erkeğin paralı-varlıklı olmasının beklenmesi				
Fiziksel olarak güçlü olmanın beklenmesi				
Sert görünmek zorunda olma				
Toplumda var olan ‘Erkekler ağlamaz’ düşüncesi				
Evlenme sürecindeki ağır masraflar				
Korksan da belli etmemen gerekmesi				
Toplumda var olan ‘Hesabı erkek öder’ düşüncesi				
Romantik ilişkilerde ilk adımı atmanın beklenmesi				
Ortada bir suç varsa öncelikle erkeklerden şüphelenilmesi				
Futboldan anlamamanın beklenmesi				
‘Erkek gibi’ giyinip kuşanman konusunda baskılar				
İlişkide erkekten romantik davranmasının beklenmesi				
Erkeklerle dayatılan koruyuculuk rolü				
Erkeğin “kadının gönlünü fethetmesinin” beklenmesi				
Yakın çevrendeki kadınların güvenliğinden sorumlu olma				
Cinsel isteğini ifade edince sapık muamelesi görmek				
İyi araba kullanmanın beklenmesi				
Bir kadına arkadaşça yaklaşmanın ardında farklı bir niyet aranması				
Bir an önce iş hayatına atılmak zorunda olma				
Erkeğin saygın bir mesleğinin olması yönündeki baskı				
Erkeğin “erkeklerle özgü” bir meslek seçmesinin beklenmesi				
Erkeklerle potansiyel sapık gözüyle bakılması				
Duygusal konulardan konuşma				
Yeteri kadar para kazanamama				
Bir kavgaya girmek istemediğinde “ödleklikle” suçlanma				
Arkadaşlarının çoğu kadın olduğunda toplumun bakışı				

EK 5. İNFERTİLİTE STRESİ ÖLÇEĞİ (THE COMPI FERTILITY PROBLEM STRESS SCALES)

Bu çalışma infertilite biriminde tedavi olan infertil çiftlerin yaşadıkları infertiliteye bağlı stresi ve toplumsal cinsiyet stresi arasında ilişkiyi anlama amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla aşağıda bireylerin infertiliteyle ilgili streslerini tanımlayan ifadeler yer almaktadır, size uygun seçeneği işaretleyiniz. Soruların tamamına doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

	Tamamen katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	1	2	3	4	5
1. İnfertilite sorunu yüzünden hayatım alt üst oldu					
2. İnfertilite sorunuyla uğraşmak benim için çok stresli					
3. Çocuğumuzun olmaması ilişkimizde krize neden oldu					
4. Çocuğumuzun olmaması boşanmayı düşünmemize neden oldu					

<i>İnfertilite sorununuz aşağıdaki durumlar üzerine ne kadar stres yükledi?</i>	Çok Fazla	Biraz	Az	Hiç
	1	2	3	4
5. Evliliğinize/ilişkinize				
6. Cinsel yaşamınıza				
7. Kendi ailenizle ilişkinize				
8. Eşinizin ailesiyle ilişkinize				
9. Arkadaşlarınız ile ilişkinize				
10. İş arkadaşlarınız ile ilişkinize				
11. Çocukları olan insanlar ile ilişkinize				
12. Gebe kadınlar ile ilişkinize				
13. Fiziksel sağlığınıza				
14. Ruh sağlığınıza				

EK 6. ETİK KURUL İZNİ



EK 7. KURUM İZNİ

EK 8. ÖLÇEK SAHİPLERİNDEN ALINAN İZİNLER

Ek 8.1. Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği İzni

Ek 8.2. İnfertilite Stresi Ölçeği İzni

EK 9. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU