

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



İNFERTİLİTE MİTLERİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve BAĞIT

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

OCAK 2024
İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



İNFERTİLİTE MİTLERİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve BAĞIT
(211219007)
(0009-0004-9434-0491)

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İstanbul 2024



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

30.01.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 30.01.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YILMAZ

ESENCAN

Üye (İmza)

İstanbul Üsküdar Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “İnfertilite Mitleri: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim (30/01/2024).

Merve BAĞIT



ÖNSÖZ

Bu tez, insanların infertilite konusundaki yaygın inançlarını ölçmeyi amaçlayan "İnfertilite Mitler Ölçeği" adlı bir araştırma aracının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi üzerine odaklanmaktadır. Bu ölçek, infertiliteyle ilgili toplumdaki yaygın mitleri belirlemeyi ve bu mitlere karşı bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Araştırma infertilite konusundaki yanlış anlamaların ve toplumda var olan önyargıların azaltılmasına yönelik bilimsel bir temel sağlamayı hedeflemektedir.

Bu çalışmanın başarıya ulaşmasında birçok kişinin katkısı bulunmaktadır. Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın tüm aşamalarında ilgisini, desteğini, bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, bu süreçte bana moral ve motivasyon kaynağı olan, yönlendirmeleri ve önerileri ile bu tezin niteliğini artıran saygıdeğer danışmanım Prof. Kerime Derya BEYDAĞ'a içten teşekkürlerimi sunarım. Değerli rehberliği ve aydınlatıcı bakış açısı, bu tezi oluştururken benim için çok değerli oldu.

Tez sürecimdeki zorlukları aşmamda destek olan Devrim Karakuş'a da özel bir teşekkür borçluyum. Her zaman yanımda olduğun ve beni desteklediğin için minnettarım.

Ayrıca, bu çalışmanın tasarımı ve veri toplama sürecine katkı sağlayan tüm katılımcılara, aileme ve dostlarıma teşekkür etmek isterim. Son olarak, bu tez çalışmasının tamamlanmasında emeği geçen tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve bu süreçteki tüm destekçilere teşekkür ederim

Ocak 2024

Merve BAĞIT

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	vii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 İnfertilitenin Tanımı	3
2.2 İnfertilite Nedenleri	3
2.2.1 Kadına ait infertilite nedenleri.....	3
2.2.2 Erkek infertilitesi	5
2.3 İnfertilitenin Prevelansı	5
2.4 İnfertilitenin Psikolojik Etkileri	6
2.5 Mitin Tanımı	8
2.6 Ölçek Geliştirme Süreci.....	9
2.6.1 Likert ölçeği.....	9
2.6.2 Geçerlik	10
2.6.2.1 Kapsam geçerliği.....	11
2.6.2.2 Ölçüt geçerliliği.....	12
2.6.2.3 Yapı geçerliği.....	12
2.6.3 Faktör analizi	12
2.6.3.1 Açıklayıcı faktör analizi (AFA)	13
2.6.3.2 Doğrulayıcı faktör analizi (DFA).....	13
2.6.4 Güvenilirlik	14
2.6.4.1 Test-tekrar test güvenilirliği.....	14
2.6.4.2 Eş değer (paralel) formlar güvenilirliği	14
2.6.4.3 İç tutarlık.....	15
2.6.4.4 Cronbach alfa katsayısı (alfa yöntemi).....	15
2.6.4.5 Kuder-Richardson KR-20 güvenilirlik yöntemi.....	15
2.6.4.6 Madde toplam puan güvenilirliği	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Tipi	17
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4 Veri Toplama Araç ve Gereçleri	18
3.5 Araştırma Soruları	19
3.6 Verilerin Toplanması.....	19
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.8 Araştırmanın Etik Yönü.....	19

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
4. BULGULAR.....	21
4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
4.2 İnfertilite Mitleri Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri.....	23
4.3 İnfertilite Mitleri Ölçeği Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular	23
4.3.1 Kapsam geçerliliğine ilişkin bulgular	23
4.3.2 Yapı geçerliliğine ilişkin bulgular	26
4.3.2.1 Açıklayıcı faktör analizi	26
4.3.2.2 Doğrulayıcı faktör analizi	28
4.4 İnfertilite Mitleri Ölçeği Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular	30
4.4.1 İç tutarlık	30
4.4.1.1 Cronbach alfa katsayısı (alfa yöntemi).....	30
4.4.1.2 Test-tekrar test (test/re-test) yöntemi	31
5. TARTIŞMA.....	33
5.1 İnfertilite Mitler Ölçeğinin Geçerlik Bulguların Tartışılması.....	33
5.1.1 İnfertilite mitler ölçeğinin kapsam geçerliliğine ilişkin bulguların tartışılması.....	33
5.1.2 İnfertilite mitler ölçeğinin KMO ve Barlett analizine ilişkin bulguların tartışılması.....	35
5.1.3 İnfertilite mitleri ölçeğinin yapı geçerliliği: faktör analizinin tartışılması.....	36
5.2 İnfertilite Mitler Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1 Sonuç	40
6.2 Öneriler	41
KAYNAKLAR.....	42
EKLER.....	48
ÖZGEÇMİŞ	55

KISALTMALAR

ACOG	: American College Of Obstetricians And Gynaecologists
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği Endeksi
ASRM	: American Society for Reproductive Medicine
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAU	: European Association of Urology
GFI	: İyilik Uyum İndeksi
İMÖ	: İnfertilite Mitleri Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	: Kaiser Mayer Olkin
n	: Sayı
NC	: Normlaştırılmış Ki-Kare
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
RMR	: Ortalama Kalan Kök
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
WHO	: World Health Organization

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1: İnfertilite Krizi Evreleri.....	6
Çizelge 2.2: KGÖ İçin Minimum Değerler	11
Çizelge 2.3: Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri	14
Çizelge 4.1: Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	21
Çizelge 4.2: İnfertilite Mitleri Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Tanımlayıcı İstatistikler	23
Çizelge 4.3: 34 Maddeye Ait KGO Değerleri.....	24
Çizelge 4.4: KMO ve BTS Analiz Sonuçları.....	26
Çizelge 4.5: Özdeğerler ve Açıklanan Varyans Yüzdeleri	27
Çizelge 4.6: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri.....	28
Çizelge 4.7: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri	29
Çizelge 4.8: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Maddelerinin Doğrulamalı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri.....	29
Çizelge 4.9: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları	31
Çizelge 4.10: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıfı Korelasyon Katsayısı	32

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 3.1: Araştırma Akış Diyagramı	20
Şekil 4.1: Path Diagramı.....	30



İNFERTİLİTE MİTLERİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, İnfertilite Mitleri Ölçeği'ni geliştirmek, geçerlik ve güvenirliğini test etmektir. Metodolojik tipteki araştırma, 1 Haziran- 1 Aralık 2023 tarihleri arasında, gelişigüzel örnekleme ile 414 infertil olmayan birey ile gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanmasında, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “İnfertilite Mitleri Ölçeği Taslak Formu” kullanıldı. Ölçek geliştirme sürecinde literatür tarama, madde havuzunun oluşturulması, kapsam geçerliği çalışması, ölçek taslağının uygulanması ve geçerlik-güvenirlik analizleri olmak üzere beş aşama izlendi. Beşli likert tipi hazırlanan ve 34 maddeden oluşan “İnfertilite Mitleri Ölçeği Taslak Formu” kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla 17 uzman görüşüne sunuldu. Uzman görüşü sonrasında taslak ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,78 olarak belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda bazı maddeler yapı dışına çıkartıldı. İnfertilite Mitleri Ölçeği, doğrulayıcı faktör analizi sonrasında 20 madde ve 3 alt boyuttan oluşan son halini aldı. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 3,260; GFI: 0,870; AGFI: 0,855; CFI: 0,906; RMSEA: 0,074; SRMR: 0,063 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilerek yanıtlar arası uyumun çok iyi olduğu saptandı (ICC: 0,933; $p<0,001$). Ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,899 olduğu ve ölçek alt boyutlarının cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,782 ile 0,901 arasında değiştiği belirlendi.

Bu çalışmada İnfertilite Mitler Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: *İnfertilite, Mit, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek Geliştirme*

INFERTILITY MYTHS: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

ABSTRACT

The purpose of this research is to develop the Infertility Myths Scale and test its validity and reliability. The methodological type research was conducted between 1 June and 1 December 2023, with 414 non-infertile individuals with random sampling.

"Introductory Information Form" and "Infertility Myths Scale Draft Form" were used for data collection. In the scale development process, five stages were followed: literature review, creation of an item pool, content validity study, implementation of the draft scale and validity-reliability analysis. The "Infertility Myths Scale Draft Form", which was prepared as a five-point Likert-type scale and consisted of 34 items, was presented to 17 experts to evaluate its content validity. After the expert opinion, the Content Validity Index of the draft scale was determined as 0.78. As a result of exploratory factor analysis, some items were excluded from the structure. The Infertility Myths Scale was finalized with 20 items and 3 sub-dimensions after confirmatory factor analysis. In confirmatory factor analysis, the goodness of fit values of the scale were determined as χ^2/sd : 3.260; GFI: 0.870; AGFI: 0.855; CFI: 0.906; RMSEA: 0.074; SRMR: 0.063. The reliability of the scale against time was evaluated with the test-retest method and it was found that the agreement between the responses was very good (ICC: 0.933; $p < 0.001$). The Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.899 and the Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale sub-dimensions ranged between 0.782 and 0.901.

In this study, the Infertility Myths Scale was found to be a valid and reliable scale.

Keywords: *Infertility, Myth, Validity, Reliability, Scale Development*

1. GİRİŞ

İnfertilite, 35 yaşından küçük kadınlarda 12 ay veya 35 yaşından büyük kadınlarda 6 ay düzenli, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen klinik olarak gebeliğin elde edilememesi olarak tanımlanmaktadır (ACOG, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) infertil çift sayısının dünyada 42-180 milyon arasında olduğunu tahmin etmektedir. WHO, infertilite hakkında yaptığı araştırmalara göre, küresel olarak infertilite prevalansının %17,5 olduğunu belirtmektedir. Bu da dünya genelinde yetişkin nüfusun altıda birine denk gelmektedir (Cox vd. 2022). Türkiye’de infertilite sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Türkiye’de 15-49 yaş arası evli kadınlarda kısırlığın %9,4 olduğu rapor edilmiştir (TNSA, 2018). TNSA 2013’de kadınların %6,6’sının gebe kalamadıklarını ifade ederken, TNSA 2018 sonuçlarında gebe kalması mümkün değil adı altında %4,8 olarak belirtilmiştir (TNSA, 2013; TNSA 2018). Çağımızın önemli sorulanlarından biri olan ve birçok çifti etkileyen infertilite olgularının yaklaşık %40’ı kadınlara, %40’ı erkeklere ait ve geriye kalan %20’sini ise kombine nedenler oluşturmaktadır. Kadına ait infertilite nedenleri; ovulasyon bozuklukları, Polikistik Over Sendromu, tubal faktörler ve servikal faktörler iken; erkeğe ait infertilite nedenleri; Konjenital ürogenital anomaliler, genetik bozukluklar, obstrüktif azospermi, varikosel, hipogonadizm, kriptorşidizm, idiyopatik faktörler, erkek üreme sistemi enfeksiyonları, germ hücre malignitesi, testis mikrokalsifikasyonu ve boşalma bozukluklarıdır (Carson ve Kallen 2021).

İnfertilite hakkında bilgi dünyanın birçok yerinde yetersizdir. 10 ülkeden yaklaşık 17.500 kadın üzerinde yapılan küresel bir anket, doğurganlık ve üreme biyolojisi ile ilgili bilginin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur (Fido ve Zahid 2004). Düşük bilgi düzeyine ek olarak, tüm dünyada kısırlıkla ilgili bir takım yanlış düşünceler vardır. İnsanlar hala doğaüstü güçlerin infertilitenin bir nedeni olduğuna inandığı ve şifacılarından tedavi istediği yapılan çalışmalar sonucu gözlenmiştir. Tedavi seçenekleri hakkında bilgi de eksiktir, kültürel ve dini boyutu belirsizdir (Ali vd. 2011).

Türk Dil Kurumu (TDK), “mit” kelimesini geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren alegorik bir anlatımı olan halk hikâyesi, efsaneleşen kavram veya kişi olarak tanımlamıştır (TDK, 2023).

Kişilerin demografik durumu (örn. yaş), üreme öyküsü (örn. adet döngüsü özellikleri, pelvik cerrahi öyküsü) ve mevcut yaşam tarzı alışkanlıklarını (örn. alkol tüketimi, sigara içme) kapsayan çok sayıda faktör doğurganlığın azalması ilişkilendirilmiştir (Bunting ve Boivin 2008).

Bir tabu konusu olan infertilite hakkında insanlar çok fazla mit oluşturmuştur (Bunting ve Boivin 2008). Örneğin soğuk yere oturulursa çocuğunun olmayacağı gibi halk arasında yaygın inanışlar bulunmaktadır (Johnson, 2018).

İnfertilitede mitlerin belirlenmesine yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte bu alanda geliştirilmiş bir ölçeğe rastlanmamıştır. Geliştirilen ölçek ile bireylerin infertiliteye ilişkin yanlış mitlerin belirlenmesine yönelik bir araç bu alana kazandırılacaktır (Özdemir, 2020).

Bunun sonucunda bireylerin sahip olduğu mitlerin belirlenmesi infertil ve infertil olmayan çiftlere gerekli eğitim ile bilgilendirme/danışmanlık yapılmasıyla bireylerin tedaviye bakış açılarının değiştirilmesi ve sağlıklı aile yapısına katkıda bulunmak hedeflenmektedir (Smith ve Johnson, 2019).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, 35 yaşından küçük kadınlarda 12 ay veya 35 yaşından büyük kadınlarda 6 ay düzenli, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen klinik olarak gebeliğin elde edilememesi olarak tanımlanmaktadır (ACOG,2019).

2.2 İnfertilite Nedenleri

İnfertilite nedenleri çok çeşitlidir ve bazı durumlarda faktörlerin bir kombinasyonu mevcut olabilir. İnfertilite nedeninin belirlenmesi, daha sonra uygun tedavinin uygulanmasına yol açacak ana anahtardır. Bu da doğru bir infertilite değerlendirmesinin gerekliliğine işaret etmektedir (Bunting ve Boivin 2008). İnfertil çiftlerin yaklaşık %85'inin tanımlanabilir bir nedeni varken çiftlerin geri kalan %15'inde “açıklanamayan infertilite” mevcuttur (Carson ve Kallen 2021).

2.2.1 Kadına ait infertilite nedenleri

İnfertil çiftlerin yaklaşık %45'inde infertilite nedeni kadında aittir. Vakaların %30'unda erkek faktörlü infertilite, %25'inde ise nedeni açıklanamayan infertilite vardır (Alper vd. 2002). Kadın infertilitesinde etkili olan faktörler ovulasyon bozuklukları, tubal faktörler, uterin ve servikal faktörlerdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

1) Ovulasyon Bozuklukları: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yumurtlama bozuklukları infertilite tanılarının yaklaşık %25'ini oluşturur (Sirmans ve Pate 2013). Over disfonksiyonundan kaynaklanan infertilite, overlerde folikül bulunmamasına veya overlerin tamamen tıkanmasına bağlı olabilir. Over distrofisi (yoverlerde fiziksel hasar veya çoklu over kistleri) ve luteinize kırılmamış folikül sendromu (LUFS) olabilir. Bu durumda folikül uygun şekilde olgunlaşmış olabilir, ancak folikül patlamamış olabilir ve hatta oositi bırakmadan patlayabilir ve anovulatuvar döngüye neden olabilir (Azziz vd. 2004).

Polikistik Over Sendromu (PCOS) genellikle kalıtsal bir sorundur ve anovulasyon vakalarının %90'dan fazlasını oluşturur. PCOS'ta yumurtalıklar yüksek miktarda androjen, özellikle testosteron üretir ve bu nedenle amenore veya oligomenore oldukça yaygındır. PCOS'da artan androjen üretimi, yüksek seviyelerde lüteinize edici hormon (LH) ve düşük seviyelerde folikül uyarıcı hormon (FSH) ile sonuçlanır, böylece foliküllerin olgun bir yumurta üretmesi engellenir (Azziz vd. 2004).

2) Tubal Faktörler: Fallop tüplerinin bloke olması veya pelvik yapışıklıklar nedeniyle tüplerin yumurtalıktan oosit toplayamaması olarak tanımlanan tubal infertilite, incelenen popülasyona bağlı olarak infertilite tanılarının % 11 ila % 67'sini oluşturur (Audu vd. 2009). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (tubal hastalığın en yaygın nedeni), servikal displazi, abdominal cerrahi veya önceden intraabdominal enfeksiyon (örneğin, rüptüre apendiks) öyküsü olan kadınlarda tubal infertiliteden şüphelenilmelidir. Tubal anormalliklerin ciddiyeti, en etkili tedavinin belirlenmesine yardımcı olur (ASRM, 2015).

3) Uterin Faktörler: Uterin faktör infertilitesi, üreme çağındaki 500 kadından en fazla 1'ini etkileyebilir. Uterus faktörleri arasında dikkate değer olanlar, anormal uterus şekli ve uterus içi septum gibi uterus malformasyonlarıdır; polipler, leiomyom ve Asherman sendromudur. Uterustaki iyi huylu miyom, 30'lu yaşlarındaki kadınlarda oldukça yaygındır. Büyük miyomlar uterus astarını bozarak, fallop tüpünü tıkayarak, uterus boşluğunun şeklini bozarak veya serviksin konumunu değiştirerek infertiliteye neden olabilir (Hur vd. 2019) .

4) Servikal Faktörler: Servikal faktör infertilitesi, spermin uterusu doğal ilerlemesine müdahale eden anatomik bir anormallik, cerrahi sonrası skar veya azalmış servikal mukus olarak tanımlanır. Konjenital servikal anomaliler nadirdir (1/80 000)(Fujimoto vd. 1997). Servikal stenoz, cerrahi (örn., loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü veya servikal neoplazi için servikal koni biyopsisi) sonucu ortaya çıkabilir, ancak servikal cerrahinin doğurganlık üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalar, küçük örneklem boyutu, kısa takip ve cerrahinin kapsamına ilişkin yetersiz ayrıntı nedeniyle sınırlıdır (Martyn, McAuliffe, ve Wingfield 2014).

2.2.2 Erkek infertilitesi

Erkek faktörlü infertilitenin, infertil çiftlerin %50'sinde rol oynadığı, infertilite vakalarının %20'sinde tek sorumlu olarak hareket ettiği ve yaklaşık %30'unda kadına bağlı infertilite faktörü ile birlikte bulunduğu düşünülmektedir (Choy ve Eisenberg 2018). Avrupa Üroloji Birliği erkek faktörlü infertilite nedeninin semen parametreleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (EAU, 2020).

Erkek infertilitesinin etiyolojik nedenleri incelendiğinde %10,7'si konjenital ürogenital anomaliler, %5,9'u seminal kanalı tıkanıklığı, %4,4'ü ciddi cinsel işlev bozuklukları, %3,4'ü onkolojik hastalıklardır. Bunların diğer %6,6'sı testis faktörleri, %7,8'i bilinen genetik faktörler, %1,3'ü sekonder hipogonadizm olarak bilinmektedir. Günümüzde %60'ının nedeni ortaya konulamamıştır (Laan, Kasak, ve Punab 2021) .

2.3 İnfertilitenin Prevelansı

WHO'nun infertilite hakkında yaptığı araştırmalara göre, küresel olarak infertilite prevalansının %17,5 olduğunu belirtmektedir. Bu da dünya genelinde yetişkin nüfusun altıda birine denk gelmektedir. 1990 ile 2021 yılları arasında ise infertilite yaygınlığı biraz daha düşük olup %12,6 olarak kaydedilmiştir. WHO, dünyayı beş farklı bölgeye ayırmaktadır: Doğu Akdeniz, Avrupa, Amerika, Afrika ve Batı Pasifik. Batı Pasifik bölgesi, yaşam boyu kısırlık oranının en yüksek olduğu bölgedir ve bu oran %23,2'dir. Karşılaştırma yapacak olursak, yaşam boyu infertilite prevalansının en düşük olduğu bölge %10,7 ile Doğu Akdeniz bölgesidir. Diğer bölgelerdeki yaşam boyu infertilite prevalansı ise şu şekildedir: Afrika'da %13,1, Avrupa'da %16,5 ve Amerika'da %20,0. Birçok insan infertilitenin gelirle ilişkili olabileceğine inansa da, WHO tarafından yapılan veri analizleri, yüksek gelirli ülkeler ile düşük veya orta gelirli ülkelerin benzer bir dönem ve yaşam boyu infertilite oranına sahip olduğunu ortaya koymuştur (WHO, 2023). Türkiye'de ise 11 milyon evli çiftin yaklaşık 1,1 milyonunun infertil olduğu tahmin edilmektedir (Duman ve Koçak 2016) . Türkiye'de 15-49 yaş arası evli kadınlarda infertilitenin %9,4 olduğu rapor edilmiştir (TNSA, 2018). Türk kadınları arasındaki infertilite oranları diğer gelişmekte olan ülkelerle benzerdir (Çakı ve Sohbet 2021). TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde, primer infertilite oranı %4, sekonder infertilite oranı ise %12 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2018). Çok kesin olmamakla birlikte

Türkiye'de yapılan çalışmalarda infertilite prevalansının %10-15 olduğu bildirilmektedir (Durat, Özdemir, ve Çulhacık 2018) .

2.4 İnfertilitenin Psikolojik Etkileri

İnfertilitenin kadınlar için doğuramama, kontrolünü kaybetme ve benlik saygısının azalması gibi olumsuz etkileri vardır. Kadınlar, infertilite nedeniyle kendilerini eksik hissedebilirler ve sosyal izolasyon yaşayabilirler. Ayrıca, infertilite nedeniyle toplum içindeki rolünün eksikliği hissedebilirler ve yaşlılıkta yalnız kalma endişesi taşıyabilirler. Erkekler için de çocuk sahibi olamamak, benzer şekilde psikolojik olarak kendini eksik hissetme ve neslinin devamlılığını sağlayamama gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, infertilite çiftlerin emosyonel sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, sağlıklı yaşamı tehdit eden bir sorun olarak görülebilir (Bul vd., 2021).

İnfertilite ciddi bir yaşam krizi olarak kabul edilir. İnfertilitenin psikolojik etkisinin kanser, kalp hastalığı ve HIV/AIDS'e benzer olduğuna dair kanıtlar vardır. İnfertiliteye uyum sağlamanın, boşanma ve sevilen birinin ölümüyle birlikte, bir kişinin yaşayabileceği en stresli deneyimlerden biri olarak tanımlanır (Peterson et al., 2012; Smith ve Jones, 2019). İnfertilite tanısının koyulması ile birlikte çiftler psikolojik olarak etkilenirler ve infertilite krizi yaşarlar. İnfertilite krizi, çiftlerin tanı sonrası farklı duyguları sırasıyla yaşamaları ile ortaya çıkar ve sekiz evreden oluşur (Vefikuluçay ve Güner, 2021).

Çizelge 2.1: İnfertilite Krizi Evreleri

Evreler	Açıklamalar
Şok ve inkar	Çiftler infertiliteye karşı hazırlıksızdır ve tanının ilk koyulduğu anda şok yaşar. Her menstrasyon döneminde stres ve ümitsizlik yaşarlar, cinsel ilişkinin sıklığının yetersiz olduğunu ve ilk aylarda gebe kalmamanın normal olduğunu savunarak inkâr etmeye başlamaktadırlar
Anksiyete	İnfertilite tedavisi alan bireyler özellikle kadınlar bedenlerine yapılacak tedavileri saldırı olarak görmektedir. Bu durumdan dolayı eşleri ile ilişkilerinin bozulacağını düşünmektedirler. İnfertilitede geçirilen süre ve tedavisinin uzun olması, tedavi sonrasında hayal kırıklığı yaşanması çiftlerin anksiyetelerini arttırmaktadır

Çizelge 2.1: (Devamı) İnfertilite Krizi Evreleri

Evreler	Açıklamalar
Kontrol kaybı	İnfertilite tanı ve tedavisi sırasında yapılan tetkikler ve girişimler, çiftlerin özel hayatlarının izlenip kontrol edildiği hissi yaşamalarına neden olur. İnfertilite tedavisinin başarısız olması çiftin biyolojik olarak çocuk sahibi olamayacakları inancına neden olur ve bunun sonucunda da kontrolü kaybederler.
Yalnızlık, yabancılaşma	Kontrol kaybı çiftlerde yalnızlık ve yabancılaşma duygularının yoğun yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu evrede çiftler çocuk sahibi olacak ya da olan arkadaşları ile paylaşacak ortak bir nokta kalmadığına inanmakta ve kendini onların yanında eksik ve yetersiz hissetmektedirler. Bunun sonucunda arkadaş çevresinden uzaklaşarak yalnız kalmayı ve yabancılaşmayı tercih etmektedirler
Suçluluk ve öfke	İnfertil birey eşinin kendisinden dolayı çocuk sahibi olamadığını düşünerek kendisini suçlamaya başlamaktadır. Çiftler infertilitenin nedenini, geçmişte yaptıkları bir hatanın cezası olarak görmekte ve kendilerini ya da eşlerini suçlayarak öfke duymaktadırlar. Çocuk sahibi olmayı erteleyen çiftler de infertilite sorunu yaşanmasından dolayı çocuk sahibi olmayı erteleyen eşe karşı öfke duymaktadır
Depresyon ve yas	Çiftlerin yaşadığı suçluluk ve öfke sonrasında yerini umutsuzluğa bırakmakta ve çiftlerin bitkin düşmesine neden olmaktadır. Her ay menstrüasyon döneminde üzüntü ve kayıp yaşamaktadırlar. Bu kayıp duygusu ile beraber yas ve depresyon başlamaktadır. Aynı zamanda ideal olan aile ortam ve mutluluğun kaybedildiği de düşünülmektedir.
Gerçekleri kabul etme ve uyum	Çift durumu yavaş yavaş gerçeğe uygun olarak kabullenmeye ve durumla ilgili duygularını tanımlamaya başlamaktadır.
Çözümleme	Durumlarını kabullenen çiftlerde çözülme süreci başlamaktadır. Bu çözülme bazen evlat edinme ile bazen boşanma ile bazen de menopoza kadar normal olacak gebe kalma çabalarını sürdürme ile sonuçlanmaktadır

Kaynak: (Vefikuluçay ve Güner (2021). İnfertilite Hemşireliği. Akademisyen Yayınevi. s: 191.)

Yıldız ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu 75 sağlıklı ve 75 infertilite tanısı almış kadın hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, infertil grubunun anksiyete ve depresyon skorlarının sağlıklı grubun skorlarına göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Yılmaz vd. 2020). Aksu ve Şayan'ın (2023) 181 kişi üzerinde yapmış olduğu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınlarda damgalanma arttıkça, infertiliteye bağlı depresyon ve stres düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Aksu ve Şayan 2023). İnfertilite alanındaki literatür orantısız bir şekilde kadınların deneyimlerine odaklanmaktadır ama infertilitenin erkekler üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği ve erkek infertilitesi olan kişilerin olumsuz etkilere daha duyarlı olabileceği konusunda artan bir farkındalık vardır (Martins vd. 2016).

2.5 Mitin Tanımı

Mit kelimesini TDK “geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisi ile biçim değiştiren, alegorik bir anlatımı olan, halk hikayesi, mitos, efsaneleşen kavram veya kişi” olarak tanımlanmaktadır (TDK,2023).

Mitler, zaman belirsiz olan ve mantıksal olarak açıklanamayan deneyimler ve bilgiler kaynağı olarak kabul edilir (Batuk, 2009). Mitler, din ve doğaüstü güçlerin temeline dayanan unutulmuş veya belirsiz hikayelerdir (Kishore vd. 2011). Curtis ve Kelly (2018) ise mitleri fikirlerin hikayeleri olarak tanımlamaktadırlar (Lindberg ve Curtis 2018).

Araştırmalar, mitlerin yanıltıcı ve zararlı olabileceğini ve doğru kararları almayı engelleyebileceğini göstermektedir (González-Torres vd. 2007). Ayrıca, mitlerin içinde bulunduğu toplumsal refahın bozulabileceği zorlaştırabileceği ortaya konulmuştur (Lindberg ve Curtis 2018; Zvonkovic ve Lucas-Thompson 2015). Mitlerin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin damgalama ve sosyal izolasyona neden olduğu bilinmektedir (Barkeloo-Carter ve Gonzalez 2021; Zahid ve Best 2021). Bu durum, bireylerde uygun tedavi aramayı ve iyileşmenin uyumunu olumsuz etkiler (Corrigan, Markowitz, ve Watson 2004). Araştırmalar, ruhsal hastalıkların nedenlerinin birbirine bağlı mitler içinde var olduğunu göstermektedir. Bu mitler arasında şeytanın ele geçirmesi, Tanrı tarafından cezalandırılma, ahlaki zayıflık, nazar, dini inancın yetersiz olması ve duaların etkisiz olması gibi inançlar yer almaktadır (Aloud ve Rathur 2009; Rayan ve Fawaz 2018; Youssef ve Deane 2006).

Mitlerin birey, aile ve topluma verdiği zarar göz önünde bulundurulduğunda mitlerin toplumsal yaygınlığının azaltılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerekir. Bu çalışmaların başarılı olabilmesi için öncelikle mevcut mitlerin belirlenmesi ve açıklanması gerekmektedir. İnsanların mevcut olanları daha iyi anlamaları ve gerçekleri değiştirebilmeleri için çaba sarf edilmelidir. Sonuç olarak, mitlerin toplumdaki yaygınlığının azaltılması ve infertilite konusunda doğru bilgilendirmenin sürdürülmesi için çalışmaların yapılması ile bireylerin ve toplumun infertilite konusunda daha bilinçli hale getirilerek yanlış anlamaların önüne geçilecektir (Jones ve Smith, 2020).

2.6 Ölçek Geliştirme Süreci

Ölçme, bir nesnenin ya da bireyin belli bir niteliğe ne derece sahip olduğunun belirlenmesi işlemidir. Ölçek ise bireylerin duyuşsal, bilişsel, davranışsal bilimsel tepkisel duygu -durum özelliklerini sayısallaştırmak amacıyla geliştirilmiş ölçüm araçlarıdır. Bu araçlar, bireylerin geleneklerinden, çevresinden, bilgi düzeylerinden, duygu ve düşüncelerine dayalı olarak belirli fenomenler karşısındaki olumlu ya da olumsuz pozitif ya da negatif yöndeki tutumlarını sayısallaştırmayı amaçlamaktadır (Seçer, 2018).

Varlığı hissedilen, gözlenemeyen ve doğrudan değeri saptanamayan özellikleri sayısallaştırmak için kullanılan beş genel kabul gören ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler şunlardır: Bogardus Toplumsal Uzaklık Ölçeği, Thurstone Eşit Aralıklar Ölçeği, Guttman Ölçeği, Osgood Ölçeği ve Likert Toplamsal Ölçeği (Özdamar, 2017).

2.6.1 Likert ölçeği

En yaygın madde biçimlerinden biri Likert ölçeğidir. Likert ölçeği kullanıldığında, madde 'açıklayıcı bir cümle' olarak sunulur ve ifadeye çeşitli derecelerde katılma veya katılmamayı gösteren yanıt seçenekleri verilir. O ifade için mevcut yanıt seçeneklerinin sayısı, araştırılan olguya ve araştırmacının hedeflerine bağlı olarak tek veya çift olabilir. Cevaplar ve mutabakat beyanları arasındaki boşluk tutarlı olmalıdır. Herhangi iki bitişik yanıt ifadesi, herhangi bir bitişik yanıt seçeneğiyle aynı uyum düzeyine sahiptir (DeVellis, 2017).

Genel bir uygulama, olası altı yanıtı dâhil etmektir: "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "kısmen katılmıyorum", "kısmen katılıyorum", "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum." Bu seçenekler, "kesinlikle katılmıyorum" seçeneğinden "kesinlikle katılıyorum" seçeneğine doğru sürekli bir dizi oluşturmaktadır. Nötr bir orta nokta da eklenebilir. Bir orta nokta için genellikle kullanılan seçenekler "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" ve "eşit düzeyde katılıyorum ve katılmıyorum" dur. Bu iki orta noktanın eşitliği ile ilgili bir tartışma ortamı mevcuttur. İkinci seçenek hem katılıyorum hem de katılmıyorum ifadesine güçlü ancak eşit bir çekimde durulduğunu ifade ederken ilk seçenek kayıtsız bir ilgisizliği vurgulamaktadır. Çoğu katılımcı dilin inceliklerine çok fazla odaklanmamakta ve seçeneklerin kesin ifadesinden bağımsız olarak sadece bir orta nokta gibi ranjin merkezinde bulunan, akla yatkın herhangi bir seçeneği dikkate almaktadır (DeVellis 2017).

Ölçekte incelenen yargı, davranış, tutum veya eğilimin değerlendirilmesine yönelik seçeneklerin sayısının az olması seçiciliği ve doğruluğu azaltırken, yüksek sayı cevabın seçilebilirliğini ve dürüstlüğü artırır (Özdamar,2017). Likert tipi ölçek geliştirme süreci aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır. İlk olarak, ihtiyacın belirlenmesi gereklidir. Daha sonra, literatür taraması yapılır ve madde havuzu oluşturulur. Ardından, uzman görüşleri alınır ve madde havuzu revize edilir. Sürecin devamında, teste ilk şekli verilir ve pilot uygulamalar yapılır. Pilot uygulamalar sonrasında, maddeler tekrar gözden geçirilir ve taslak ölçek örneklem grubuna uygulanır. Son olarak, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılır ve istenilen düzeyde geçerliliği ve güvenirliği belirlenen ölçeğin kullanımı hedeflenir (Seçer, 2018).

2.6.2 Geçerlik

Ölçme uzmanlarının günümüzdeki düşüncesine göre, geçerlik; test puanları üzerinden yapılan çıkarımların, yorumlamaların veya eylemlerin doğruluğuna karşılık gelir (Messick, 1989). Belirli bir hedef doğrultusunda geçerliği belirlenmiş ölçüm aracının farklı bir hedef için geçerliği olmayabilir. Benzer şekilde belirli bir gruba uygulanıp geçerli olabilen bir ölçek, farklı bir gruba uygulandığında geçerlilik sağlamayabilir (Ellez, 2009). Bir ölçme aracının geçerli olabilmesinin ön şartı güvenirliktir. Ancak bir ölçme aracının güvenilir olması geçerlilik için yeterli

değildir. Geçerlik katsayıları güvenirlik katsayılarıyla birlikte değerlendirilmelidir (Ercan ve Kan 2004). Likert tipi ölçeklerde ölçüm aracının geçerliliğine ilişkin genellikle kapsam geçerliği ölçüt geçerliği ve yapı geçerliliği analizleri yapılır (Ellez, 2009; Tezbaşaran, 2008).

2.6.2.1 Kapsam geçerliği

Kapsam (İçerik) Geçerliği, test ya da ölçekteki madde, görev ya da soruların yapının yer aldığı alanı yeterince temsil edip etmeme derecesine ilişkin görüş üzerine kurulmuştur. Kapsam geçerliliği için konu ile ilgili uzmanların görüşleri alınmaktadır. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde en fazla kullanılan yöntemin Lawshe tekniği olduğu bildirilmektedir. Lawshe tekniğinde en az 5, en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır. Her bir madde uzmanlar tarafından “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ya da “madde hedeflenen yapıyı ölçmüyor” şeklinde derecelendirilmektedir. Bu teknikte ölçeğin kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) hesaplanmaktadır (Yurdugül, 2005).

Çizelge 2.2: KGÖ İçin Minimum Değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49
20	0,42

Kaynak: Veneziano and Hooper, 1997

Kapsam geçerliğiyle ilgili karar verirken, uzmanlar aşağıdaki sorulara yanıt vermek için gerekli verileri toplarlar (Aypay, 2015).

1. Maddeler, araştırmacının ölçmek istediği şeyi temsil eder gibi görünüyor mu? (Bu ilk bakışta oluşan yargı kimi zaman görünüş geçerliği olarak da adlandırılır)
2. Madde setleri yapının içeriğini temsil etmiyor mu? (Araştırmacı herhangi önemli bir içerik alanını ya da konuyu dışarıda bırakmış mı?)
3. Maddelerden herhangi biri araştırmacının ölçmeye çalıştığı şeyden farklı bir şeyi temsil ediyor mu? (İlişkisiz herhangi bir madde bulunuyor mu?)

Eğer, uzmanların görüşlerinde test yeterince içerik alanını örnekliyorsa ve yukarıda önerilen üç ölçüt karşılanıyorsa (testin görünüş geçerliği var, yapıyı temsil ediyor, ilgisiz maddeler yok), testin kapsam geçerliğinin olduğu söylenebilir (Aypay 2015).

2.6.2.2 Ölçüt geçerliliği

Test puanlarının belirlenen bir ölçütün bir veya birkaç test ile korelasyonu ölçüt geçerliği; Eşzaman Geçerliliği ve Yordama Geçerliği olmak üzere iki türdür (Tekin,2016; Büyüköztürk, 2020). Eş zaman geçerliğinde, yeni geliştirilen ölçek ile daha önce geliştirilmiş geçerlik ve güvenirliğe sahip ölçek aynı gruba uygulanarak eski ve yeni ölçüm araçlarından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon kat sayısı hesaplanmaktadır. Korelasyon kat sayısının yüksek olması beklenmektedir (Esin, 2014). Korelasyon kat sayısı ölçeğin eş zaman geçerliğinin düzeyini göstermektedir. Yordama geçerliğinde ise ölçekten elde edilen puanlar aracılığıyla bireylerin gelecekteki bir sürece ilişkin olası durumu ile ilgili çıkarımlarda bulunulması amaçlanmaktadır (Seçer, 2018).

2.6.2.3 Yapı geçerliği

Yapı geçerliliği, bir ölçeğin ölçülmesi amaçlanan teorik bir yapıyı ölçme derecesi olarak tanımlanır. Ölçeğin hangi alt boyutlardan (faktörler) oluştuğu, bu alt boyutlarda hangi maddelerin bulunduğu, ölçeğin ölçüm amacına hizmet edip etmediği ve alınan puanların ne anlama geldiği incelenir. Yapı geçerliği incelenirken nihai ölçeğin elde edilmesine yönelik birçok analiz (faktör analizi, hipotez testi, bilinen grupların karşılaştırması vb.) yapılır. Ölçek geliştirme sürecinde yapı geçerliliğine ilişkin veri analizinde en sık kullanılan yöntem faktör analizidir (Seçer, 2018; Yurdabakan, 2017).

2.6.3 Faktör analizi

Faktör analizi, aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkileri, faktör adı verilen ortak boyutlar altında toplayarak daha iyi bir şekilde açıklamak için yapılan analizdir (Şencan, 2005). Yeni geliştirilen bir kuramsal yapının hangi tür alt boyutlardan oluştuğunun ortaya çıkarılması veya var olan bir kuramsal yapının doğrulanması şeklinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve

doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır (Seçer, 2018).

2.6.3.1 Açıklayıcı faktör analizi (AFA)

Açıklayıcı faktör analizinin amacı, ölçme aracında yer alan maddelerin altında toplandığı alt boyutları ve bunların korelasyonunu ortaya koymaktır (Seçer, 2018).

Açıklayıcı faktör analizinde örneklem büyüklüğü çok önemlidir. Örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüm yöntemi kullanılmaktadır. KMO değerinin 0.50'den düşük çıkması halinde faktör analizine devam edilmez. Bulunan KMO değerine bağlı olarak örneklem büyüklüğü hakkında şu yorumlar yapılır; 0.50-0.60 arası "kötü", 0.60-0.70 arası "zayıf", 0.70-0.80 arası "orta", 0.80-0.90 arası "iyi", 0.90 üzeri "mükemmel". KMO değerinin 0.50'den düşük çıkması durumunda, daha fazla veriyi işleme katmak gerektiği anlaşılmaktadır (Karaman, 2023).

2.6.3.2 Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

DFA, verinin temelindeki yapıyı değerlendiren açıklayıcı faktör analizinin (AFA) uzantısıdır. AFA ile belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişkinin olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için DFA kullanılır (Özdamar, 2017).

Bir ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde "uyum iyiliği istatistiklerinin" istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Bu amaçla ki kare, RMSEA, SRMR, CFI, NNFI ve GFI gibi uyum indeksleri kullanılmaktadır (Esin, 2014).

Çizelge 2.3: Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri

	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
AGFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

Kaynak: (Meydan ve Şeşen, 2015: s13)

2.6.4 Güvenilirlik

Bir ölçeğin güvenilirliği, örtük değişkenin gerçek puanına atfedilebilen varyans oranıdır. Güvenilirlik ölçümlerin tutarlılığına ve sürekliliğine karşılık gelir. Dört temel tip güvenilirlik bulunmaktadır: test-tekrar test, paralel eşdeğer formlar, iç tutarlık ve puanlayıcılar arası güvenilirlik (DeVellis, 2017).

2.6.4.1 Test-tekrar test güvenilirliği

Testin belirli bir zaman aralığında aynı örneklem grubuna hatırlamaları önleyecek kadar uzun ama tutumların değişmesine izin vermeyecek kadar kısa zaman aralığında iki kez uygulanması ve bu iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Test tekrar test yönteminde en uygun zaman aralığı iki ile dört hafta arasındadır. Test tekrar test uygulamasından elde edilen korelasyon değerinin yüksek olması test tekrar test güvenilirliğinin sağlandığını göstermektedir (Seçer, 2018; Ercan ve Kan, 2004).

2.6.4.2 Eş değer (paralel) formlar güvenilirliği

Eşdeğer niteliklere sahip iki ölçme aracının aynı gruba aynı zamanda ya da farklı zamanlarda uygulanmasıdır. Bu yöntemde de formun tekrarı yönteminde de olduğu gibi hatırlamaları önleyecek kadar uzun tutum ve bilgilerin değişmeyeceği kadar kısa zaman aralığında uygulanmaktadır (Güler, 2018). Eşdeğer formlar yöntemi test maddelerinin farklı buna karşın aynı niteliği ölçen madde örnekleri ile tutarlılığını ve zamana karşı değişmezliğini göstermektedir (Seçer, 2018).

2.6.4.3 İç tutarlık

İç tutarlılık güvenirliliği, bir ölçekte yer alan maddelerin homojenliğiyle ilgilidir. Klasik ölçme modellerine dayalı ölçekler tek bir olguyu ölçmeyi hedefler. Ölçme kuramına göre maddeler arası ilişkiler mantıksal olarak maddelerle örtük değişkenin ilişkisine bağlıdır. Ölçek maddeleri örtük değişken ile güçlü bir ilişki içerisindeyse birbiri ile ilişkileri de güçlü olacaktır. Bir ölçekte yer alan maddeler arasında ne kadar yüksek korelasyon varsa ölçeğin iç tutarlılığı o kadar yüksektir (DeVellis,2017).

İç tutarlılıkta Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı, Kuder-Richardson 20-21 güvenirlilik katsayısı ve madde toplam puan ölçek güvenirliliği yöntemlerinden yararlanılır (Esin, 2014).

2.6.4.4 Cronbach alfa katsayısı (alfa yöntemi)

Maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılır. Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddelerden meydana geldiği yorumu yapılır. Cronbach alfa likert tipli ölçeklerde sıklıkla kullanılmaktadır (Özdamar, 2017).

Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir (Seçer, 2018). Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenirliliği aşağıdaki gibidir.

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek güvenirliliği düşük

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Tavşancıl 2010; Cronbach 2004).

2.6.4.5 Kuder-Richardson KR-20 güvenirlilik yöntemi

Ölçme aracına verilen cevapların 0-1 şeklinde cevaplanması söz konusu olduğunda kullanılan bir yöntemdir. Ölçme aracındaki tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanmaktadır. Bu nedenle ölçme aracının ölçtüğü yapının

homojen olması gerekmektedir (Seçer, 2018). Kuder-Richardson 20 güvenirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişim göstermektedir. Bu değerin yüksek olması ölçek maddelerinin uyumlu olduğunu ve aynı niteliği ölçtüğünü gösterir (Özdamar, 2017).

2.6.4.6 Madde toplam puan güvenirliği

Ölçekteki her bir maddenin ölçülen yapı ve ölçeğin toplam puanı ile ne düzeyde ilişkili olduğunu inceleyen güvenirlik tekniğidir. Bir maddenin ölçeği temsil düzeyini belirlemek için genellikle düzeltilmiş madde toplam puan korelasyon analizleri kullanılır. Madde toplam-puan korelasyon değerleri ve maddelerarası korelasyonlar değerleri de istendiğinde incelenebilir. Olumlu ifadeler ölçeğin toplam puanı ile pozitif yönde, ters maddeler ise negatif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon gösterir. Örneklem homojense varyans oluşturmada yetersiz kalır ve korelasyonlar düşük çıkar. Pearson Momentler Çarpımı ile elde edilen madde toplam puan korelasyon değerleri istatistiksel açıdan anlamlı olmalıdır ($p < ,05$). Anlamlı değilse o madde ölçekten atılmalıdır ($p \geq ,05$). Likert tipi ölçeklerde yer alan maddelerin, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon değerleri 0,30 ile 0,70 arasında olmalıdır. Bu değeri 0,20'den az veya 0,80'den fazla olan maddeler ölçekten çıkarılmalıdır. Madde toplam puan korelasyonunda ölçekteki tüm maddeler dikkate alınırken, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonunda ise ilgili madde analizde dikkate alınmamaktadır (DeVellis, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, İnfertilite Mitleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğini saptamak üzere metodolojik yöntemle gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma çevrimiçi anket yoluyla Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinde yaşayan infertil olmayan bireylerle 1 Haziran -1 Aralık 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmada gelişigüzel örnekleme yapılmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin, madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (Akgül, 2005). Aynı zamanda ölçeğin ideal yapısını ortaya çıkarmak için 300-500 katılımcının örnekleme dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sousa, 2011; ITC, 2018). Bu doğrultuda örneklemin İnfertilite Mitler Ölçeği'nin taslak formunun madde sayısının 10 katı olması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 414 infertil olmayan birey araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Kadın ya da erkek olmak
- Okur-yazar olmak
- Araştırmaya katılmaya istek olmak
- İnfertilite tanısı almamış olmak.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olmamak

- Araştırmaya katılmayı istememek
- İnfertil olmak

3.4 Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Araştırmada veriler, Tanıtıcı Soru Formu ve İnfertilite Mitleri Ölçeği Taslak Formu kullanılarak elde edilmiştir (Ek-1).

Tanıtıcı Soru Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik tanımlayıcı özelliklerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Yılmaz ve Şahin, 2020; Alp Dal ve Beydağ, 2023).

İnfertilite Mitleri Ölçeği: İnfertilite Mitler Ölçeği Taslağı'nın oluşturulmasında kapsamlı bir literatür taraması yapılarak ve mesleki deneyimlere dayanarak madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçek taslağı 5'li likert tipi olup 34 maddeden oluşmaktadır. 5'li dereceleme; "Tamamen katılıyorum=5, katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1" şeklinde belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, infertilite mitlerine inanma düzeyi artmaktadır.

Bir ölçeğin kapsam geçerliliğini test etmek için uzman görüşüne başvurmak gerekir (Büyüköztürk, 2020). Taslak ölçek düzenledikten sonra kapsam ve geçerlilik uygunluğunun değerlendirmesi amacıyla 17 uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edicilik ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir (Ek-2). Uzmanların önerileri doğrultusunda maddelere gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra ölçeğin kapsam geçerliliği incelenmiştir. Kapsam geçerlilik oranı düşük olan bir madde taslak ölçekten çıkarılmıştır ve 33 maddelik taslak ölçek uygulanmaya hazır hale getirilmiştir. Taslak form kapsam geçerliliğini sağlamak adına örnekleme dahil edilmeyen 10 kişiyle yüz yüze ölçme aracının açıklığı, anlaşılabilirliği ve işlevliliğini ölçebilmek için pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamadaki bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Pilot uygulama sonrasında düzenlenen taslak form örneklem grubuna (n=414) uygulanmış ve nihai ölçüye ulaşabilmek için gerekli istatistiksel analizler ve değerlendirmeler yapılmıştır.

3.5 Araştırma Soruları

Araştırmada alttaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Yeni geliştirilen “İnfertilite Mitler Ölçeği” geçerli bir ölçek midir?
- Yeni geliştirilen “İnfertilite Mitler Ölçeği” güvenilir bir ölçek midir?

3.6 Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylere oluşturulan çevrimiçi anket formu sosyal paylaşım ağları üzerinden gönderilmiştir. Araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verildikten sonra katılımcıların çalışmaya katılmaya onay vermesi ile veriler elde edilmiştir.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması kapsamında öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi çalışmalarına yer verilmiş; daha sonra Doğrulamalı Faktör Analizi çalışmaları gerçekleştirilmiş ve son olarak ölçeğin güvenirlik analizleri için Cronbach Alfa ve Test-tekrar test analizleri yapılmıştır. Çalışmanın açıklayıcı faktör analizleri ve güvenirlik analizleri çalışmaları SPSS 26.0 paket programıyla gerçekleştirilirken doğrulamalı faktör analizi çalışmaları ise AMOS 21.0 yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu’na başvuru yapılarak 23.05.2023 tarih ve 2023/5 sayılı toplantıda etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3). Veri toplama formu öncesinde araştırmacılardan araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair anket formunda yer alan bölümden katılım onayı vermeleri istenmiştir.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen veriler, katılımcıların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Bu çalışmanın bir sınırlılığı, erkek katılımcı oranının düşük olmasıdır. Bu durum,

elde edilen bulguların genellikle kadın deneklerle sınırlı olmasına ve sonuçların genellemesini kısıtlayabilir. Araştırma verileri çevirim içi anket yolu ile sosyal paylaşım ağlarından elde edildiği için, sosyal paylaşım ağı kullanmayan kişilerin araştırmaya dâhil edilememesi araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.



Şekil 3.1: Araştırma Akış Diyagramı

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kişilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almıştır.

Çizelge 4.1: Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Yaş Ort±SS=32,96±9,69 yıl		
Yaş grupları		
17-25 Yaş	101	24,4
26-35 Yaş	185	44,7
36-45 Yaş	75	18,1
46 Yaş ve Üzeri	53	12,8
Cinsiyet		
Kadın	290	70,0
Erkek	124	30,0
Medeni Durum		
Evli	233	56,3
Bekar	181	43,7
Evlilik Süresi (n=233)		
1 Yıldan Az	26	11,2
1-5 Yıl	62	26,6
5 Yıldan Fazla	145	62,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	320	77,3
Çalışmıyor	94	22,7
Çocuk varlığı		
Var	181	43,7
Yok	233	56,3
Çocuk Sayısı (n=181)		
1-3 Çocuk	178	98,3
4 ve Üzeri Çocuk	3	1,7

Çizelge 4.1: (Devamı) Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	320	77,3
Çalışmıyor	94	22,7
Çocuk varlığı		
Var	181	43,7
Yok	233	56,3
Çocuk Sayısı (n=181)		
1-3 Çocuk	178	98,3
4 ve Üzeri Çocuk	3	1,7
Öğrenim Durumu		
İlkokul-Ortaokul	8	1,9
Lise	21	5,1
Üniversite	385	93,0
Yaşanılan Bölge		
Batısında (Marmara, Ege)	279	67,4
Doğusunda (D. Anadolu, G.D. Anadolu)	53	12,8
Ortasında (Karadeniz, İç Anadolu, Akdeniz)	82	19,8
İnanç Durumunu nasıl tanımladığı		
Aşırı İnançlı	27	6,5
İnançlı	343	82,9
İnançsız	44	10,6
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	49	11,8
Gelir Gidere Eşit	301	72,7
Gelir Giderden Fazla	64	15,5
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Yeri		
İl	358	86,5
Köy/Kasaba/İlçe	56	13,5
Tanıdığı İnfertilite Tanısı Alan Kişi Varlığı		
Var	196	47,3
Yok	218	52,7

Çalışmaya katılan kişilerin %44,7'si 26-35 yaş grubundadır ve yaş ortalaması ve standart sapması ise $32,96 \pm 9,69$ yaştır. Katılımcıların, %70'i kadın, %56,3'ü evli ve %62,2'sinin evlilik süresi 5 yıldan fazladır. Katılımcıların %77,3'ü bir işte çalışmakta, %43,7'si çocuk sahibi, %98,3'ünün 1-3 çocuğu var ve %93'ü üniversite

mezunudur. Katılımcıların %67,4'ü Türkiye'nin batısında (Marmara, Ege) yaşamakta iken, %12,8'i doğusunda (Doğu Anadolu, Güney Doğu Anadolu) ve %19,8'i ise ortasında (Karadeniz, İç Anadolu, Akdeniz) yaşamaktadır. Katılımcıların %72,7'si gelirin giderine denk olduğunu, %86,5'i en uzun ilde yaşadığını ve %47,3'ü infertilite tanısı alan tanıdığı olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.1).

4.2 İnfertilite Mitleri Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

İnfertilite Mitler Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri çizelge 4.2'te verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin İnfertilite Mitleri Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 34,12±9,67 iken Faktör 1 puanlarının 11,71±4,10, Faktör 2 puanlarının 11,17±3,86 ve Faktör 3 puanlarının ise 11,23±3,44 olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.2: İnfertilite Mitleri Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek Alt Boyut ve Toplamı	Ort	Ss	Min-Mak
İnfertilite Mitleri Ölçeği	34,12	9,67	20-100
Faktör 1: Önyargı	11,71	4,10	9-45
Faktör 2: Toplumsal bakış	11,17	3,86	6-30
Faktör 3: Bireysel bakış	11,23	3,44	5-25

Ort: Ortalama Ss: Standart sapma Min: Minimum Mak: Maksimum

4.3 İnfertilite Mitleri Ölçeği Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

4.3.1 Kapsam geçerliliğine ilişkin bulgular

İnfertilite Mitleri Ölçeğinin kapsam geçerliği için 17 uzmanının görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Lawshe (1975) tekniğinde, uzman görüşleri “1-Madde Gerekli, 2-Madde Yararlı Ancak Yeterli Değil ve 3-Madde Gereksiz” şeklinde üçlü derecelendirmektedir. Bu teknikte kapsam geçerlilik oranları, her bir madde için olumlu (gerekli) yanıt vermiş olan uzman sayılarının toplamının, toplam uzman sayısının yarısına oranının bir eksiği olarak ifade edilir. İlgili maddeye uzmanların yarısı “Gerekli” yanıtı vermişse KGO=0, uzmanların yarısından fazlası “Gerekli” yanıtı vermişse KGO>0, uzmanların yarısından fazlası “Gerekli” yanıtı vermemişse KGO<0 olacaktır. Hesaplama kolaylığı açısından $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinden

KGO'ların minimum değerleri tabloya dönüştürülmüştür. Çalışmamızda 17 uzman görüşü alındığından KGÖ (Kapsam Geçerlik Ölçütü) 0,42 alınmıştır.

Çizelge 4.3: 34 Maddeye Ait KGO Değerleri

No		Uygun Değil Sayı	Kısmen Uygun Sayı	Uygun Sayı	KGO
1	İnfertiliteden (Kısırlıktan) sadece kadınlar sorumludur	0	0	17	1,00
2	İnfertilite (Kısırlık) tedavisi çok zor ve uğraştırıcı bir hastalıktır	1	5	11	0,29
3	İnfertil (Kısır) bireylerin tedavi ile çocuk sahibi olması dini açıdan günahtır	1	0	16	0,88
4	İnfertilite (Kısırlık) kaderdir, önüne geçilemez	0	1	16	0,88
5	İnfertil (Kısır) olmak haklı bir boşanma nedenidir	0	2	15	0,76
6	İnfertil (Kısır) bireyler, kısır olduğunu çevrelerinden gizlemelidir	0	3	14	0,65
7	İnfertilite (Kısırlık) aldatılmak için haklı bir sebeptir	2	0	15	0,76
8	İnfertilite (Kısırlık) tedavileri sadece daha önce hiç çocuk sahibi olmamış bireylere uygulanmalıdır	2	2	13	0,53
9	İnfertil (kısır) bireylerin cinsel hayatları kötüdür	1	2	14	0,65
10	İnfertil (kısır) bireyler cinsel yaşamdan zevk almazlar	0	1	16	0,88
11	İnfertilitede (kısırlıkta) erkeğinin kaç yaşında olduğunun önemi yoktur	1	2	14	0,65
12	Daha önce düşük yapan kadınlar infertil (kısır) olur	1	1	15	0,76
13	Doğum kontrol hapı kadınlarda infertiliteye (kısırlığa) neden olur	0	2	15	0,76
14	İnfertil (kısır) bireyler sinirli ve saldırgandır	0	3	14	0,65
15	İnfertil (kısır) olmak Allah tarafından insanlara verilen bir cezadır	0	1	16	0,88
16	İnfertil (kısır) kadın eksik / yarım kadındır	0	0	17	1,00
17	İnfertil (kısır) erkek eksik / yarım erkektir	0	0	17	1,00

Çizelge 4.3: (Devamı) 34 Maddeye Ait KGO Değerleri

No		Uygun Değil Sayı	Kısmen Uygun Sayı	Uygun Sayı	KGO
18	İnfertilite (kısırlık) utanılması gereken bir durumdur	0	0	17	1,00
19	İnfertil (kısır) bireyler yalnızdır	1	2	14	0,65
20	İnfertil (kısır) bireyler çocuğu olan insanları kıskanırlar	0	1	16	0,88
21	İnfertil (kısır) bireyler toplumdan dışlanmalıdır	2	1	14	0,65
22	Evlenmeden önce infertil (kısır) olduğunu bilen kişiler evlenmemelidir	0	2	15	0,76
23	İnfertil (kısır) olmak genettir / anneden babadan geçer	1	3	13	0,53
24	Aşırı kilolu olmak infertilite (kısırlığa) sebep olur	1	1	15	0,76
25	İnfertil (kısır) bireylerin ruh sağlıkları bozuktur	0	1	16	0,88
26	İnfertil (kısır) bireyler inançsız kişilerdir	2	1	14	0,65
27	İnfertil (kısır) bireyler başkaları tarafından sevilmezler	1	0	16	0,88
28	İnfertil (kısır) bireyler çocuklu ortamlarda yer almamalıdır	1	1	15	0,76
29	İnfertil (kısır) bireyler intihara meyilli kişilerdir	0	1	16	0,88
30	İnfertil (kısır) kadının kocası, kadının üzerine kuma getirebilir	1	1	15	0,76
31	İnfertilite (kısırlık) tedavisi pahalı bir tedavidir	0	2	15	0,76
32	İnfertilite (kısırlık) tedavisi zaman kaybıdır	0	0	17	1,00
33	İnfertil (kısır) bireyler infertil (kısır) olduklarını eşlerinden gizlemelidir	2	2	13	0,53
34	İnfertil (kısır) olmak başka bir hastalığın sonucudur	1	3	13	0,53

İnfertilite Mitler Ölçeği taslak formunda 34 madde için 17 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO'ları hesaplanmıştır. Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik indeksinden küçük olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Ayre and

Scally, 2014). Buna göre KGO'su 0,42'den küçük olan bir madde (Madde 2) ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 33 maddenin KGO'larının ortalamasından KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,78 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak KGİ $\geq$ KGÖ olduğundan oluşturulan 33 maddeli yapının kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda üzerinde görüş birliğine varılan taslak ölçek ve anket formu anlaşılabilirlik açısından değerlendirmek amacıyla araştırma örneklemine dahil edilmeyen 10 kişilik bir gruba uygulanarak pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, gerekli düzeltmeler yapılan taslak ölçek son şeklini almıştır.

4.3.2 Yapı geçerliliğine ilişkin bulgular

İnfertilite Mitler Ölçeği'nin yapı geçerliğinde öncelikle faktör yapısının belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi ile elde edilen yapıyı test etmede ise Doğrulamalı Faktör Analizi kullanılmıştır.

4.3.2.1 Açıklayıcı faktör analizi

Bu araştırmada İnfertilite Mitler Ölçeği'nin örneklem büyüklüğünü test etmek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO), verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için ise Bartlett Küresellik testi uygulanmıştır. İnfertilite Mitler Ölçeği KMO değeri ve Bartlett Küresellik Test Sonucuna ait istatistiksel veriler Çizelge 4.3'te sunulmuştur.

Çizelge 4.4: KMO ve BTS Analiz Sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,906
	X²	4901,452
	sd	231
Bartlett Küresellik Testi	p; Anlamlılık düzeyi	0,000 ***

***: p<0,001

Yukarıdaki çizelge incelendiğinde, Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,906 olarak bulunmuştur. 0 ile 1 arasında değer alan KMO değeri 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunacağı belirtilmektedir. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması

mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$).

33 madde olan İnfertilite Mitleri Ölçeğine Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax döndürmesi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 33 maddeden oluşan ölçek ilk analiz sonucunda 7 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1’den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 2,3,4,5,12,13,20,21,22,26 ve 31 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 11 madde çıkarıldıktan sonra yapının 22 madde ve 3 faktör ile uygun hale gelmiştir ortaya çıkan sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.5: Özdeğerler ve Açıklanan Varyans Yüzdeleri

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	8,401	38,185	38,185	6,004	27,289	27,289
Faktör 2	2,445	11,116	49,301	3,462	15,738	43,027
Faktör 3	1,515	6,884	56,185	2,895	13,158	56,185

Özdeğerler ve açıklanan varyans yüzdeleri incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1’den büyük olan 3 faktörün bulunduğu görülmektedir. Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değerin kullanılabileceği ve öz değeri (Eigenvalue) 1’den büyük olan sayı kadar faktör yapısının olabileceği önerilmektedir. Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü gösterir. 10 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %27,289’unu açıklamakta iken 6 maddeden oluşan Faktör 2 %15,738’ini ve 6 maddeden oluşan Faktör 3 ise %13,158’ini açıklamaktadır. Bu 3 faktör ve 22 madde toplam varyansın %56,185’ini açıklamaktadır.

İnfertilite Mitleri Ölçeği’nin faktör yapısı ve faktörlerde hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddenin faktör yükü Çizelge 4.6 ’da ayrıntılı olarak incelenmiş ve bütün faktör yüklerinin 0,500’ün üstünde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.6: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Madde_15	0,882		
Madde_16	0,832		
Madde_17	0,793		
Madde_32	0,784		
Madde_6	0,781		
Madde_14	0,724		
Madde_25	0,680		
Madde_29	0,628		
Madde_1	0,584		
Madde_18	0,573		
Madde_8		0,758	
Madde_9		0,742	
Madde_11		0,665	
Madde_10		0,634	
Madde_33		0,613	
Madde_7		0,596	
Madde_27			0,765
Madde_24			0,735
Madde_30			0,630
Madde_28			0,606
Madde_19			0,594
Madde_23			0,582

4.3.2.2 Doğrulamalı faktör analizi

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda 22 madde ve 3 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle madde faktör yükleri incelenmiş ve madde faktör yükü düşük olan (0,326) Madde 30 ve çok fazla modifikasyon yüklenen Madde 15 yapı dışına çıkarılmıştır. Sonrasında ki kare değerinde en büyük düşüşe neden olacak kavramsal olarak uygun iki modifikasyon yapılmıştır. Sonuç olarak 20 madde 3 faktörlü şekilde doğrulanan modelin uyum indeks değerleri Çizelge 4.7’de, maddelere ilişkin doğrulamalı faktör analizi sonrası madde faktör yükleri Çizelge 4.8’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri

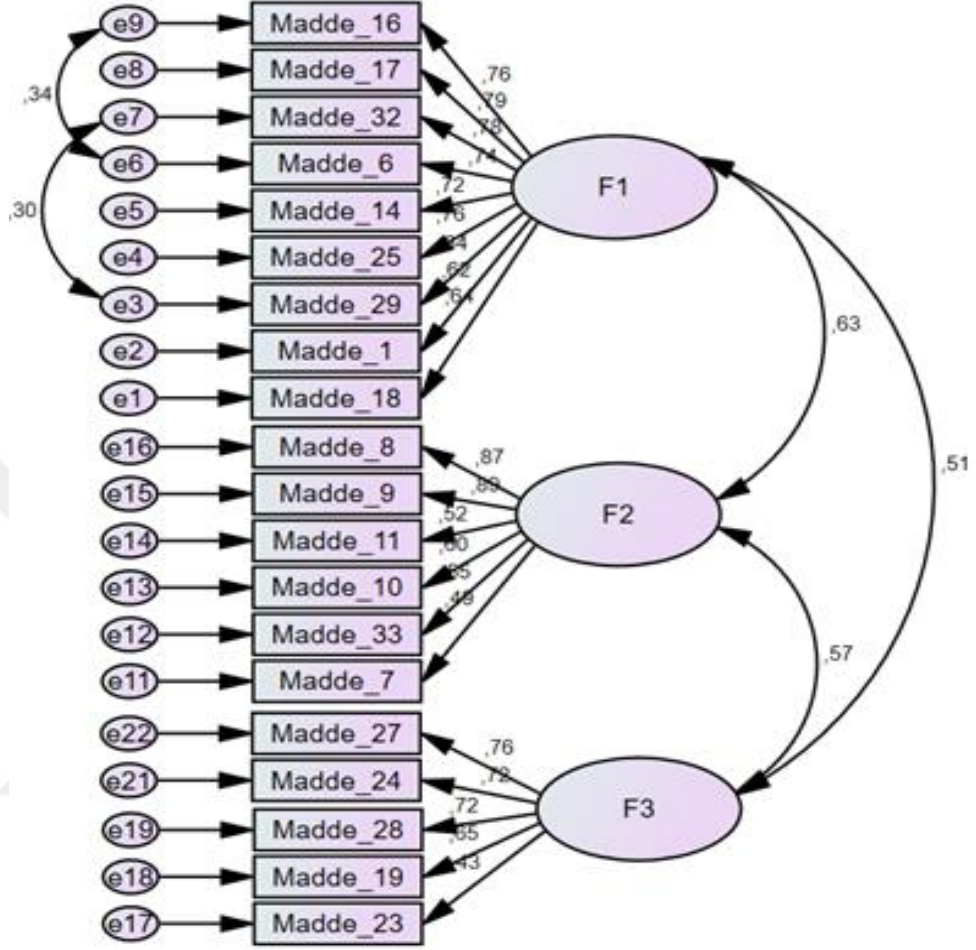
	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	3,260	≤ 3 (4-5)
GFI	0,878	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,855	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,907	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,902	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,906	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,074	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,063	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

Çizelge 4.7 incelendiğinde İnfertilite Mitleri Ölçeğinin DFA sonuçlarına göre tüm model uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür.

Çizelge 4.8: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Maddelerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonrası Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Madde_18	0,643		
Madde_1	0,620		
Madde_29	0,638		
Madde_25	0,760		
Madde_14	0,725		
Madde_6	0,736		
Madde_32	0,777		
Madde_17	0,791		
Madde_16	0,761		
Madde_7		0,489	
Madde_33		0,547	
Madde_10		0,603	
Madde_11		0,515	
Madde_9		0,890	
Madde_8		0,867	
Madde_23			0,433
Madde_19			0,650
Madde_28			0,721
Madde_24			0,715
Madde_27			0,758

İnfertilite Mitleri Ölçeğinin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,400'ün üzerinde olduğu görülmüştür. Doğrulan ölçüm modeli, faktör yük değerlerine ilişkin Path Diagramı Şekil 4.1.'de sunulmuştur.



Şekil 4.1: Path Diagramı

4.4 İnfertilite Mitleri Ölçeği Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

4.4.1 İç tutarlık

4.4.1.1 Cronbach alfa katsayısı (alfa yöntemi)

Alfa katsayısı ölçekte bulunan sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir. Alfa yöntemi ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olur. Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim

ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir.

İnfertilite Mitler Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Çizelge 4.9’da İnfertilite Mitler Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı ve güvenilirlik seviyesi ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Çizelge 4.9: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
İnfertilite Mitleri Ölçeği	20	0,899	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 1: Önyargı	9	0,901	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 2: Toplumsal bakış	6	0,809	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 3: Bireysel bakış	5	0,782	Oldukça Güvenilir

Çizelge 4.9 incelendiğinde 20 maddeden oluşan İnfertilite Mitleri Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,899$), 9 maddeden oluşan Faktör 1’in yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,901$), 6 maddeden oluşan Faktör 2’nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,809$) ve 5 maddeden oluşan Faktör 3’ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,782$) olduğu görülmüştür.

4.4.1.2 Test-tekrar test (test/re-test) yöntemi

Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı araştırma aracı aynı deneklere benzer şartlar altında 2 kez uygulanır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır. Korelasyon katsayısı hesaplanırken kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerekir. Diğer bir deyişle, en az 30 çift veriye ihtiyaç vardır (Tavşancıl, 2006).

414 kişiye uygulanan İnfertilite Mitleri Ölçeğinin, bu kişiler içinden rastgele seçilen 120 kişiye test-tekrar test güvenilirliği için 4 hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Çizelge 4.10’da ölçeğin 120 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup katılımcıların güvenilirlik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğunu belirlenmiştir

($p < 0,001$). İlk ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.10: İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıfıçi Korelasyon Katsayısı

	ICC	p
İnfertilite Mitleri Ölçeği	0,933	0,000*
Faktör 1	0,918	0,000*
Faktör 2	0,932	0,000*
Faktör 3	0,938	0,000*

*: $p < 0,001$

ICC=Intraclass Correlation Coefficients (Sınıfıçi Korelasyon Katsayısı)

p=Anlamlılık Düzeyi

5. TARTIŞMA

Ölçek geliştirme çalışmalarında ilk adım, konuyla ilgili literatür taraması yapmaktır. Bu aşamada, hangi maddelerin ölçeğe uygun olduğu değerlendirilmeli, ölçüm şeklinin formatı belirlenmeli ve buna göre madde/soru havuzu oluşturulmalıdır (Karakoç, 2014). Ölçek formatı, verilerin matematiksel özelliklerine göre (sıralama, sınıflama, eşit aralıklı ve oran ölçeği vb.) ya da bazı özel ölçüm şekillerine göre (Thurstone tipi, Likert tipi, Osgood boyutsal ayırma ölçeği vb.) değişebilmektedir (DeVellis, 2017). Çalışmamızda, madde havuzu oluşturulurken, elde edilen nitel bulgular ve ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Bu bölümde İnfertilite Mitler Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmadan elde edilen veriler iki başlık altında tartışılmıştır.

1) İnfertilite Mitler Ölçeği Geçerlilik Analizlerinin Tartışılması

2) İnfertilite Mitler Ölçeği Güvenirlik Analizlerinin Tartışılması

5.1 İnfertilite Mitler Ölçeğinin Geçerlik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, İnfertilite Mitler Ölçeğinin geçerlilik analizlerine yönelik bulgular tartışılmıştır.

5.1.1 İnfertilite mitler ölçeğinin kapsam geçerliğine ilişkin bulguların tartışılması

Ölçüm araçlarının geçerliliğinde en sık kullanılan yöntem Kapsam Geçerliliğidir (Crestani ve ark. 2017). Kapsam geçerliliği, ölçekteki madde örnekleminin yeterliliği ile ilgilidir (DeVellis, 2017). Bir ölçme aracının kapsam geçerliği, testi oluşturan maddelerin ölçülen davranışlar evrenini temsil etme düzeyi hakkında bir karara varmasıdır. Ölçek haline getirilen kavramlar ve onun açıklamasındaki eksiksizlik ölçekteki tutum cümlelerinin kavramı temsil etme derecesi olmak üzere iki unsurun incelenmesini içerir (Seçkin, 2006). Uzman değerlendirmesi, kavramsal yapıya ilişkin temel faktörleri ortaya çıkarmaya veya

geliştirilen maddelerin belirli bir kavramsal veya faktöriyel yapıya uygun olup olmadığını belirlemeye yöneliktir (Şencan, 2005). Uzman öğretim üyeleri ile yapılan görüşmeler, anketin geçerliğini desteklemektedir. Geçerlik teknikleri içinde en çok tercih edileni kapsam geçerliğidir. Bu geçerlik testin ölçülmek istenen özelliği ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir (Büyüköztürk, 2011). Uzman sayısının en az 5, en çok 40 arasında olması önerilmektedir (Alpar, 2010).

İnfertilite Mitleri Ölçeğinin kapsam geçerliği için 17 uzmanının görüşleri alınmıştır bu da literatürle uyumludur. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Lawshe (1975) tekniğinde, uzman görüşlerini “1-madde gerekli, 2- madde yararlı ancak yeterli değil, 3- madde gereksiz” şeklinde üçlü derecelendirmektedir. Bu teknikte kapsam geçerlilik oranları, her bir madde için olumlu (gerekli) yanıt vermiş olan uzman sayılarının toplamının, toplam uzman sayısının yarısına oranının bir eksiği olarak ifade edilir. İlgili maddeye uzmanların yarısı “Gerekli” yanıtı vermişse $KGO=0$, uzmanların yarısından fazlası “Gerekli” yanıtı vermişse $KGO>0$, uzmanların yarısından fazlası “Gerekli” yanıtı vermemişse $KGO<0$ olacaktır. Hesaplama kolaylığı açısından $\alpha =0,05$ anlamlılık düzeyinden KGO ’ların minimum değerleri 15 uzman için 0,49’un 20 uzman için 0,42’nin altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Veneziani ve Hooper, 1997). Çalışmamızda 17 uzman görüşü alındığından $KGÖ$ (Kapsam Geçerlik Ölçütü) 0,42 alınmıştır. 34 madde için 17 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO ’ları hesaplanmıştır. Buna göre KGO ’su 0,42’den küçük olan Madde2 ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 33 maddenin KGO ’larının ortalamasından KGI (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,78 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGI \geq KGÖ$ olduğundan oluşturulan 33 maddeli yapının kapsam geçerliliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ölçek uygulamaya hazır hale geldikten sonra ölçeğin 33 maddelik şekli örnekleme benzer özellikte 10 kişi ile pilot çalışmaya yapılarak test edilmiştir. Pilot çalışmaya katılan kişiler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot çalışma sonrası olumsuz geri bildirim olmadığı için veri toplama aşamasına geçilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, oluşturulan ölçek maddelerinin 33’ünün kapsam geçerliğinin uygun olduğu ve konu açısından uygun içeriğe sahip olduğu söylenebilir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, taslak ölçeğin madde sayısı göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (O'Rourke and Hatcher, 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen "İnfertilite Mitler Ölçeği"nin taslak madde sayısı 33 olduğu için, madde sayının on katı olması hedeflenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 414 kişi ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

İnfertilite Mitler Ölçeği'nin geçerlik çalışması kapsamında, ilk olarak Açıklayıcı Faktör analizi yapılmış, ikinci aşamada Doğrulayıcı Faktör analizi çalışmalarına yer verilmiş ve daha sonra ölçeğin güvenirlik analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde verilerin faktör analizine uygulanabilirliğini belirlemek için KMO testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett testi analizlerinden yararlanılmıştır.

5.1.2 İnfertilite mitler ölçeğinin KMO ve Barlett analizine ilişkin bulguların tartışılması

KMO testi, faktör analizinde örneklem büyüklüğünün uygunluğunu test etmede kullanılır. KMO değerinin 0.50'den düşük çıkması halinde faktör analizine devam edilmez. 0 ile 1 arasında değer alan KMO değeri 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunacağı belirtilmektedir. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. İnfertilite Mitler Ölçeği'nin Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,906 olarak bulunmuştur Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir.

Bartlett testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılır. Bu test sonucunda bir ki kare değeri elde edilir ve anlamlılık değerine bakılır. Anlamlılık değeri, 0.05'ten küçük ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği söylenir ve analize devam edilir. Anlamlılık değeri 0.05'ten büyük ise faktör analizi sonuçlarının kullanılamaz olduğu sonucuna varılır (Büyüköztürk,2020).

İnfertilite Mitler Ölçeği'nin Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$).

5.1.3 İnfertilite mitleri ölçeğinin yapı geçerliliği: faktör analizinin tartışılması

Yapı geçerliliği üst düzey yapıları temsil ettiğini varsayarak kullandığımız araçların, bu yapıları ne ölçüde temsil ettiği konusunda çıkarımda bulunma işlemidir (Christensen, Johnson, & Turner, 2014). Araştırmamızda taslak ölçeğin maddelerinin faktör yapılarını belirlemek amacıyla Yapı Geçerliliği tekniklerinden biri olan Açıklayıcı Faktör Analizleri yapıldı. Açıklayıcı Faktör Analizi; birbirleri ile ilişkili çok sayıdaki maddelerin bir araya getirilerek, birbirleri ile tutarlı daha az sayıda faktör elde etmeyi ve maddelerin oluşturduğu yapıların örüntüsünü keşfetmeyi amaçlayan, çok değişkenli analizlerdir (Veneziano ve Hooper 1997). Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki tür faktör analizi vardır. Açıklayıcı faktör analizi'nde (AFA); değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya yönelik bir işlemidir. Faktörleştirmede kullanılan birçok teknik olup bunlardan bir tanesi de temel bileşenler analizidir. Temel bileşenler analizi, bir değişken azaltma ve anlamlı kavramsal yapılara ulaşmayı amaçlayan, uygulamada en sık ve yaygın olarak kullanılan, göreceli olarak da yorumlanması kolay olan, faktör analizi uygulamaları içinde yer alan birçok değişkenli istatistiktir. Yöntemsel yeterlilikler ölçeğinin faktör yapılarını incelemek amacı ile döndürülmüş (Varimax) temel bileşenler analizi kullanılır.

33 madde olan İnfertilite Mitleri Ölçeğine Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax döndürmesi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 33 maddeden oluşan ölçek ilk analiz sonucunda 7 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 2,3,4,5,12,13,20,21,22,26 ve 31 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 11 madde çıkarıldıktan sonra yapının 22 madde ve 3 faktör ile uygun hale gelmiştir. Başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 3 faktörün bulunduğu görülmektedir. Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değerin kullanılabileceği ve öz değeri (Eigenvalue) 1'den büyük olan sayı kadar faktör yapısının olabileceği

önerilmektedir. Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü gösterir. 10 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %27,289'unu açıklamakta iken 6 maddeden oluşan Faktör 2 %15,738'ini ve 6 maddeden oluşan Faktör 3 ise %13,158'ini açıklamaktadır. Bu 3 faktör ve 22 madde toplam varyansın %56,185'ini açıklamaktadır. Elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Ancak %40 ile %60 arasındaki varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (Şencan, 2005). İnfertilite Mitleri Ölçeği'nin bütün faktör yüklerinin 0,500'ün üstünde olması bu görüşle uyumludur.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA), çok değişkenli istatistiki süreçlerdendir. DFA, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Doğrulamalı faktör analizinde tümdengelim stratejisi söz konusudur ve araştırmanın hangi değişkenlerin birlikte faktörleşeceği önermesi bulunmaktadır. Bu çerçevede başlatılmış olan istatistiksel süreçte, değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derecede uyduğu belirlenilmeye çalışılmaktadır. Teorik olarak tanımlanan yapıya göre ölçüm modeli oluşturulur. Modelin oluşturulmasından sonra DFA yapılır ve metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşması yönünde kontrol edilir. Ancak genel beklenti kuramsal olarak birbirleriyle ilişkili olan boyutlardan oluşturulan ilişkisiz modelin uyum değerlerinin iyi çıkmayacağı yönündedir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekmektedir ve faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilmelidir. Doğrulamalı faktör analizinde kullanılmakta olan uyum indeksleri; χ^2 , χ^2/sd , GFI, AGFI, RMSEA, RMR, SRMR, NFI, CFI olarak adlandırılmıştır. Ki-Kare değeri araştırmacının kuramsal olarak önermiş olduğu model ile örneklemden elde edilen verinin uyumlu olup olmadığını test etmektedir. $P > 0.05$ anlamsız olması önerilen model ile örneklem kovaryanslarının benzer olduğu anlamına gelir. NC (χ^2 / sd) χ^2 değeri örneklem büyüklüğünden etkilendiğinden serbestlik derecesine oranı daha güvenilir sonuçlar verir. 0.95 iyi uyum, >0.90 kabul edilebilir olduğu anlamına gelir. NFI, CFI'dan farklı olarak χ^2 dağılımının gerektirdiği şartlara bağlı olmaksızın karşılaştırma yapar. >0.95 iyi uyum, >0.90 kabul edilebilir olduğu anlamına gelir. GFI model uyumunun

örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak test eder. >0.95 iyi uyum, >0.90 kabul edilebilir olduğu anlamına gelir (Tezbaşaran, 2008).

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 22 madde ve 3 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle madde faktör yükleri incelenmiş ve madde faktör yükü düşük olan (0,326) Madde 30 ve çok fazla modifikasyon yüklenen Madde 15 yapı dışına çıkarılmıştır. Sonrasında ki kare değerinde en büyük düşüşe neden olacak kavramsal olarak uygun 2 modifikasyon yapılmıştır. Böylece 20 madde ve 3 faktörlü yapı şeklinde doğrulan model elde edilmiştir. Bu iki madde çıkarıldıktan sonra DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür. (χ^2/sd : 3,260; GFI: 0,870; AGFI: 0,855; CFI: 0,906; RMSEA: 0,074; SRMR: 0,063). İnfertilite Mitleri Ölçeğinin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,400'ün üzerinde olduğu görülmüştür. Tüm uyum indeksleri doğrultusunda, açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen model doğrulayıcı faktör analizi ile de doğrulanmıştır ve doğrulan modelin iyi derecede uyuma sahip olduğu saptanmıştır.

5.2 İnfertilite Mitleri Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi

Güvenilirlik, elde edilmiş olan ölçümler üzerindeki yorumlar ile daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder ve Güvenilirlik Analizi ölçmede kullanılan test, anket veya ölçeklerin özelliklerini ve güvenilirliklerini değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenilirlik Analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte bulunan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir. Ölçek maddelerinin varyansları toplamının, genel varyansa oranlanması ile saptanan 0 ve 1 arasında değişim gösteren ağırlıklı standart değişim ortalaması Cronbach Alfa katsayısıdır. Literatürde Cronbach alpha katsayısı 0,00- 0,39 ise ölçek güvenilir değil, 0,40-0,59 ise ölçek düşük güvenirlkte, 0,60-0,79 ise ölçek oldukça güvenilir, 0,80-1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2010). İlk kez geliştirilmiş bir ölçek için güvenilirlik katsayısının 0,70 yeterli olabilirken olgunlaştırılmış bir ölçek için katsayının 0,80'i aşması istenir (Ereife, 2002)

Bu araştırma sonucunda 20 maddeden oluşan İnfertilite Mitleri Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,899$), 9 maddeden oluşan Faktör 1'in yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,901$), 6 maddeden oluşan Faktör 2'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,809$) ve 5 maddeden oluşan Faktör 3'ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,782$) olduğu saptanmıştır.

Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı araştırma aracı aynı deneklere benzer şartlar altında 2 kez uygulanır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır.

414 kişiye uygulanan İnfertilite Mitleri Ölçeğinin, bu kişiler içinden rastgele seçilen 120 kişiye 4 hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin 120 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıfıçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş (ICC: 0,933) ve cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmüştür ($p<0,001$). İlk ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

İnfertilite Mitler Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

İMÖ madde havuzu 34 maddeden oluşmuş, kapsam geçerliği analizleri içerik geçerlik oranları madde düzeyinde 0,53 ile 1,00 arasında değişen toplamda 33 madde elde edilmiş ve ölçek KGİ skoru 0,78 olarak bulunmuştur.

İMÖ'nün açıkladığı varyans yüzdesinin yeterli düzeyde ve uyum indekslerinin uygun değer aralığında olduğu, ölçeğin yapı geçerliği bakımından geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi sonrasında 22 madde ve 3 faktör ile uygun hale gelmiştir.

DFA bulgularına göre; modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle 2 madde yapı dışına çıkarılarak 20 madde 3 faktörlü şekilde uygun hale getirilmiştir.

20 maddeden oluşan İnfertilite Mitleri Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,899$), 9 maddeden oluşan Faktör 1'in yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,901$), 6 maddeden oluşan Faktör 2'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,809$) ve 5 maddeden oluşan Faktör 3'ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,782$) olduğu görülmüştür ve bu değerlerin iç tutarlılık için yüksek güvenilirlikte olduğu bulunmuştur.

Test- tekrar test sonuçlarına göre; ölçeğin zamana karşı değişmediği görülmüştür.

İnfertilite Mitler Ölçeği analizler sonucunda 20 maddeden oluşan 5'li likert tipli olarak geliştirilmiştir.

Yeni geliştirilen İnfertilite Mitler Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Yeni geliştirilmiş bir ölçek olduğundan farklı çalışmalarda kullanılarak geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi,
- Çalışman farklı kültür ve topluluklarda daha geniş örneklem grupları ile yapılarak bu konuda literatüre katkı sağlanması,
- İnfertil kişilerin zamanında tıbbi yardım alabilmeleri ve yaygın mitlerin ve yanlış anlamaların düzeltilebilmesi için yeterli bilgilendirilmenin yapılması gereklidir.

KAYNAKLAR

- Akgül, A.** (2005). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları*. Ankara: Emek Ofset.
- Aksu, S., ve Şayan, Ö.** (2023). Batı Marmara Bölgesindeki Bir Üniversite Hastanesinde İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Damgalanma, Stres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 178-193. doi:10.38079/igusabder.1073416.
- Ali, S., Sophie, R., Imam, A. M., Khan, F. I., Ali, S. F., Shaikh, A. ve Farid-ul-Hasnain, S.** (2011). Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 760. doi: 10.1186/1471-2458-11-760.
- Aloud, N. ve Rathur, A.** (2009). Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim populations. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 79-103. doi: 10.1080/15564900802487675.
- Alp Dal, N. ve Beydağ, K.D.** (2023). The Fear of Getting Pregnant Scale Development Study. *Clin Exp Health Sci* 13: 608-614. doi:10.33808/clinexphealthsci.1166793
- Alpar, R.** (2010). *Geçerlilik ve güvenirlik uygulamalı istatistik ve geçerlilik güvenirlik*. Ankara: Detay.
- Alper, M. M., Brinsden, P. R., Fischer, R. ve Wikland, M.** (2002). Is your IVF programme good? *Human Reproduction*, 17(1), 8-10. doi: 10.1093/HUMREP/17.1.8.
- American College of Obstetricians and Gynecologists.** (2019). Infertility workup for the women's health specialist: ACOG committee opinion, number 781. *Obstet Gynecol*, 133(06), e377-e384.
- American Society for Reproductive Medicine.** (2015). Definitions of infertility. American Society for Reproductive Medicine. Erişim tarihi: 09 Ocak 2023, https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-asrmdocuments/denitions-of-infertility/?_t_tags=siteid:01216f06-3dc9-4ac9-96da-555740dd020c,language:en&_t_hit.id=ASRM_Models_Pages_ContentPage/_1bd481cd-5547-4afe-a440-d6651a17391f_en&_t_hit.pos=1
- Audu, B. M., Massa, A. A., Bukar, M., El-Nafaty, A. U. ve Sa'Ad, S. T.** (2009). Prevalence of utero-tubal infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 326-28. doi: 10.1080/01443610902803625.

- Ayre, C. ve Scally, A. J.** (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 47(1), 79-86. doi:10.1177/0748175613513808.
- Azziz, R., Woods, K. S., Reyna, R., Key, T. J., Knochauer, E. S. ve Yildiz, B. O.** (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2745-49. doi: 10.1210/JC.2003-032046.
- Barkeloo-Carter, A. ve Gonzalez, K.** (2021). Origins and perpetuation of stigma against mental illness. *Chancellor's Honors Program Projects*.
- Batuk, C.** (2009). Mit, tarih ve gerçeklik sorunu üzerine notlar. *Milel ve Nihal*, 6(1), 27-53.
- Bunting, L. ve Boivin, J.** (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23(8), 1858-64. doi: 10.1093/humrep/den168.
- Büyüköztürk, Ş.** (2020). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Carson, S. A. ve Kallen, A. N.** (2021). Diagnosis and management of infertility: A review. *JAMA*, 326(1), 65-76. doi: 10.1001/JAMA.2021.4788.
- Choy, J. T. ve Eisenberg, M. L.** (2018). Male infertility as a window to health. *Fertility and Sterility*, 110(5), 810-14. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.015.
- Christensen, L., Johnson, R. ve Turner, L.** (2014). *Araştırma yöntemleri desen ve analiz*. (Aypay, A. Çev.) Ankara: Anı Yayıncılık.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E. ve Watson, A. C.** (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-91. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.A007096.
- Cox, C. M., Thoma, M. E., Tchangalova, N., Mburu, G., Bornstein, M. J., Johnson, C. L. ve Kiarie, J.** (2022). Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*, 2022(4). doi: 10.1093/hropen/hoac051.
- Crestani, A. H., Moraes, A. B. ve Souza, A.P.R.** (2017). Content validation: Clarity/relevance, reliability and internal consistency of enunciative signs of language acquisition. *Codas*, 29(4), e20160180.
- Çakı, b. ve Sohbet, R.** (2021). Fertil - infertil kadınların üreme bilgilerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 103-12. doi: 10.30569/adiyamansaglik.830193.
- DeVellis, R. F.** (2014). *Scale development, theory and applications*. (Tozan, T., Çev.) İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Duman, N. B. ve Koçak, D. Y.** (2016). İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing - Special Topics*, 2(1), 51-58.

- Durat, G., Özdemir, K. ve Çulhacık, G. D.** (2018). Dyadic adjustment and hopelessness levels among infertile women. *Cukurova Medical Journal*, 43(Ek 1), 1-6. doi: 10.17826/cumj.381228.
- Ellez, A. M.** (2009). *Ölçme araçlarında bulunması gereken özellikler* (Tanrıöğen, A. Çev.). Ankara: Anı Yayıncılık
- Ercan, İ. ve Kan, İ.** (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-16.
- Erefe, İ.** (2002). *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. Ankara: Odak.
- Esin, N.** (2014). *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- European Association of Urology (EAU).** (2020). Guidelines on urological infections. Arnhem. Erişim tarihi: 25 Ocak 2021, <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections/chapter/the-guideline>
- Fido, A.** (2004). Emotional distress in infertile women in Kuwait. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(1), 24–28.
- Fido, A. ve Zahid, M. A.** (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294-300. doi: 10.1177/0020764004050334.
- Fujimoto, V. Y., Miller, J. H., Klein, N. A. ve Soules, M. R.** (1997). Congenital cervical atresia: Report of seven cases and review of the literature. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(6), 1419-25. doi: 10.1016/S0002-9378(97)70085-1.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A. ve Guimon, J.** (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. doi: 10.1007/S00127-006-0126-3.
- Güler, N.** (2018). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Pegem Akademi
- Hur, C., Rehmer, J., Flyckt, R. ve Falcone, T.** (2019). Uterine factor infertility: A clinical review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(2), 257-70. doi: 10.1097/GRF.0000000000000448.
- ITC.** (2018). Guidelines for translating and adapting tests (Second Edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- Johnson, A.** (2018). Common misconceptions about fertility. *Journal of Reproductive Medicine*, 32(4), 537-541.
- Jones, K., & Smith, L.** (2020). Mitlerin infertilite konusunda toplumsal yaygınlığının azaltılmasına yönelik çalışmaların önemi. *İnfertilite Araştırmaları Dergisi*, 15(3), 45-58.
- Karakoç, A. G. D. F. Y. ve Dönmez, P. D. L.** (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39–49.
- Karaman, M.** (t.y.). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: Kavramsal bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(1), 47-63. <https://doi.org/10.29131/uiibd.1279602>.

- Kırca, N., & Pasinlioğlu, T.** (2013, Haziran). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178. doi:10.5455/cap.20130511
- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, R. C. ve Bantman, P.** (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 324-29. doi: 10.4103/0019-5545.91906.
- Laan, M., Kasak, L. ve Punab, M.** (2021). Translational aspects of novel findings in genetics of male infertility-status quo 2021. *British Medical Bulletin*, 140(1), 5-22. doi: 10.1093/BMB/LDAB025.
- Lindberg, R. ve Curtis, D.** (2018). Myths in schizophrenia. *Poster presented at the 64th Annual Southwestern Psychological Association Conference*, Houston: TX.
- Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L. ve Costa, M. E.** (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 466-78. doi: 10.1093/HUMUPD/DMW009.
- Martyn, F., McAuliffe, F. M. ve Wingfield, M.** (2014). The role of the cervix in fertility: is it time for a reappraisal? *Human Reproduction (Oxford, England)*, 29(10), 2092-98. doi: 10.1093/HUMREP/DEU195.
- Messick, S.** (1989). Meaning and values in test validation: The science and ethics of assessment. *Educational Researcher*, 18(2), 5-11. <https://doi.org/10.2307/1175249>
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H.** (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi (Amos uygulamaları)*. Ankara: Detay Yayıncılık
- O'Rourke, N. ve Hatcher, L.** (2013). *Step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS Institute Inc
- Özdamar, K.** (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Peşkirici, T. ve Uslu, E.** (2022). Mitler ormanında kaybolmak: Şizofreni. *Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi*, 2(2), 141-149.
- Peterson, A. B., et al.** (2012). Psychological impact of infertility. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(2), 81-83.
- Rayan, A. ve Fawaz, M.** (2018). Cultural misconceptions and public stigma against mental illness among Lebanese university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 258-65. doi: 10.1111/PPC.12232.
- Seçer, İ.** (2018). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve lisrel uygulamaları*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Sirmans, S. M. ve Pate, K. A.** (2013). Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6(1), 1-13. doi: 10.2147/CLEP.S37559.

- Smith, A. B., & Johnson, C. D.** (2019). Infertility misconceptions: Implications for education and counseling. *Journal of Reproductive Health*, 25(2), 123-135.
- Smith, J., & Jones, K.** (2019). Coping with infertility: A qualitative study. *Fertility and Sterility*, 112(3), 450-457.
- Sousa, V. ve Rojjanasrirat, W.** (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or questionnaires for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 268- 274. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
- Şencan, H.** (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde geçerlilik ve güvenilirlik*. Ankara. Seçkin Yayıncılık.
- Tavşancıl, E.** (2010). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tekin, H.** (2016). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Yargı Yayınları.
- Tezbaşaran, A. A.** (2008). *Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Türk Dil Kurumu** (2023). www.sozluk.gov.tr.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)** (2013). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)** (2018). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.
- Vefikuluçay Yılmaz, D. ve Güner Emül , T.** (2021). *İnfertilite hemşireliği*. Ankara: Akademisyen.
- Veneziano, L. ve Hooper, J.** (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- World Health Organization.** (2023). Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yılmaz, B. ve Şahin, N.** (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 84-85. doi: 10.34087/CBUSBED.583933.
- Youssef, J. ve Deane, F. P.** (2006). Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental Health, Religion and Culture*, 9(1), 43-66. doi: 10.1080/13674670512331335686.
- Yurdabakan, İ. ve Çüm, S.** (2017). Davranış bilimlerinde ölçek geliştirme (açıklayıcı faktör analizine dayalı). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2), 108- 126.

- Zahid, A. ve Best, M. W.** (2021). Stigma towards individuals with schizophrenia: Examining the effects of negative symptoms and diagnosis awareness on preference for social distance. *Psychiatry Research*, 297, 113724. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2021.113724.
- Zvonkovic, A. ve Lucas-Thompson, R. G.** (2015). Refuting the myth of the ‘violent schizophrenic’: Assessing an educational intervention to reduce schizophrenia stigmatization using self-report and an implicit association test. *Social Work in Mental Health*, 13(3), 201-15. doi: 10.1080/15332985.2014.924463.



EKLER

Ek-1: Anket Formları

Halk arasında "**Kısırlık**" olarak bilinen **İnfertilite**, 6 ay düzenli, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamama durumudur. "**Mit**" kelimesini geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren halk hikâyesi ya da efsaneleşen kavramdır. Bu araştırma, "İnfertilite Mitleri Ölçeği" nin geliştirilmesi, Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Araştırmada isminiz sorulmamaktadır. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Anketleri yanıtlama **süresi en fazla 5 dakikadır**. Zaman ayırdığınız ve araştırmaya katılım sağladığınız için teşekkür ederiz.

Merve Bağıt (İstanbul Gedik Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi)

Prof. Dr. Kerime Derya Beydağ (Danışman)

1.Tanıtıcı Soru Formu

1. Yaşınız nedir?.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli b) Bekar
4. Ne kadar süredir evlisiniz?
 - a) Evli değilim b) 1 yıldan az c) 1-5 yıl arası d) 6 yıl ve üzeri
5. Çalışma durumunuz nedir?
 - a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum
6. Çocuğunuz var mı?
 - a) Var b) Yok

7. Çocuk sayınız nedir?
a) Yok b) 1-3 arası c) 4 ve üzeri
8. Öğrenim durumunuz nedir?
a) İlkokul-ortaokul b) Lise c) Üniversite ve üzeri
9. Türkiye'nin hangi coğrafi bölgesinde yaşıyorsunuz?
a) Batısında (Marmara, Ege)
b) Ortasında (Karadeniz, İç Anadolu, Akdeniz)
c) Doğusunda (Doğu Anadolu, Güney Doğu Anadolu)
10. İnanç durumunuz nasıl değerlendirirsiniz?
a) Aşırı inançlı b) İnançlı c) İnançsız
11. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
12. En uzun süre ile yaşadığınız yerleşim birimi nedir?
a) Köy /kasaba/ İlçe b) İl
13. Tanıdığınız infertilite tanısı almış birey var mı?
a) Var b) Yok

2. İnfertilite Mitleri Ölçeği Taslak Formu

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) İnfertiliteden (Kısırlıktan) sadece kadınlar sorumludur.					
2) İnfertilite (Kısırlık) tedavisi çok zor ve uğraştırıcı bir hastalıktır.					
3) İnfertil (Kısır) bireylerin tedavi ile çocuk sahibi olması dini açıdan günahtır.					
4) İnfertilite (Kısırlık) kaderdir, önüne geçilemez.					
5) İnfertil (Kısır) olmak haklı bir boşanma nedenidir.					
6) İnfertil (Kısır) bireyler, kısır olduğunu çevrelerinden gizlemelidir.					
7) İnfertilite (Kısırlık) aldatılmak için haklı bir sebeptir.					
8) İnfertilite (Kısırlık) tedavileri sadece daha önce hiç çocuk sahibi olmamış bireylere uygulanmalıdır.					
9) İnfertil (kısır) bireylerin cinsel hayatları kötüdür.					
10) İnfertil (kısır) bireyler cinsel yaşamdan zevk almazlar.					
11) İnfertilitede (kısırlıkta) erkeğinin kaç yaşında olduğunun önemi yoktur.					
12) Daha önce düşük yapan kadınlar infertil (kısır) olur.					
13) Doğum kontrol hapı kadınlarda infertiliteye (kısırlılığa) neden olur.					
14) İnfertil (kısır) bireyler sinirli ve saldırgandır.					
15) İnfertil (kısır) olmak Allah tarafından insanlara verilen bir cezadır.					
16) İnfertil (kısır) kadın eksik / yarım kadındır.					
17) İnfertil (kısır) erkek eksik / yarım erkektir.					
18) İnfertilite (kısırlık) utanılması gereken bir durumdur.					
19) İnfertil (kısır) bireyler yalnızdır.					

20) İnfertil (kısır) bireyler çocuğu olan insanları kıskanırlar.					
21) İnfertil (kısır) bireyler toplumdan dışlanmalıdır.					
22) Evlenmeden önce infertil (kısır) olduğunu bilen kişiler evlenmemelidir.					
23) İnfertil (kısır) olmak genetikdir / anneden babadan geçer.					
24) Aşırı kilolu olmak infertilite (kısırlığa) sebep olur.					
25) İnfertil (kısır) bireylerin ruh sağlıkları bozuktur.					
26) İnfertil (kısır) bireyler inançsız kişilerdir.					
27) İnfertil (kısır) bireyler başkaları tarafından sevilmezler.					
28) İnfertil (kısır) bireyler çocuklu ortamlarda yer almamalıdır.					
29) İnfertil (kısır) bireyler intihara meyilli kişilerdir.					
30) İnfertil (kısır) kadının kocası, kadının üzerine kuma getirebilir.					
31) İnfertilite (kısırlık) tedavisi pahalı bir tedavidir.					
32) İnfertilite (kısırlık) tedavisi zaman kaybıdır.					
33) İnfertil (kısır) bireyler infertil (kısır) olduklarını eşlerinden gizlemelidir.					
34) İnfertil (kısır) olmak başka bir hastalığın sonucudur.					

Ek-2: Görüşüne Başvurulan Uzmanlar

Ünvan / Ad Soyad	Çalıştığı Kurum
Doç. Dr. Aslı Sis Çelik	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Kahyaoğlu Süt	Trakya Üniversitesi
Doç. Dr. Kıymet Yeşilçiçek Çalık	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Doç. Dr. Nursel Alp Dal	Munzur Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Can Gürkan	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Demirel Bozkurt	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Sevil Şahin	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Tuba Uçar	İnönü Üniversitesi
Doç. Dr. Yeliz Doğan Merih	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Yıldı Arzu Aba	Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayça Demir Yıldırım	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Küçükaya	Bartın Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar	Maltepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nilay Gökbulut	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Özen Esra Karaman	Trakya Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Yılmaz Esencan	Üsküdar Üniversitesi

**Sıralama Akademik ünvana ve isme göre alfabetik olarak yapılmıştır.*

Ek-3: İnfertilite Mitleri Ölçeği

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İnfertiliteden (Kısırlıktan) sadece kadınlar sorumludur.					
İnfertil (Kısır) bireyler, kısır olduğunu çevrelerinden gizlemelidir.					
İnfertilite (Kısırlık) aldatılmak için haklı bir sebeptir.					
İnfertilite (Kısırlık) tedavileri sadece daha önce hiç çocuk sahibi olmamış bireylere uygulanmalıdır.					
İnfertil (kısır) bireylerin cinsel hayatları kötüdür.					
İnfertil (kısır) bireyler cinsel yaşamdan zevk almazlar.					
İnfertilitede (kısırlıkta) erkeğinin kaç yaşında olduğunun önemi yoktur.					
İnfertil (kısır) bireyler sinirli ve saldırgandır.					
İnfertil (kısır) kadın eksik / yarım kadındır.					
İnfertil (kısır) erkek eksik / yarım erkektir.					
İnfertilite (kısırlık) utanılması gereken bir durumdur.					
İnfertil (kısır) bireyler yalnızdır.					
İnfertil (kısır) olmak genetikdir / anneden babadan geçer.					
Aşırı kilolu olmak infertilite (kısırlığa) sebep olur.					
İnfertil (kısır) bireylerin ruh sağlıkları bozuktur.					
İnfertil (kısır) bireyler başkaları tarafından sevilmezler.					
İnfertil (kısır) bireyler çocuklu ortamlarda yer almamalıdır.					
İnfertil (kısır) bireyler intihara meyilli kişilerdir.					
İnfertilite (kısırlık) tedavisi zaman kaybıdır.					
İnfertil (kısır) bireyler infertil (kısır) olduklarını eşlerinden gizlemelidir.					

Ek-4: Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Komisyonu

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ - Etik Kurul Komisyonu
Tarih: 23/05/2023 15:28
Sayı: E-56365223-050.01.04-2023.137548.103



00000190416

Sayı : E-56365223-050.01.04-2023.137548.10 - 495
3
Konu : Etik Kurul Kararı (Merve BAĞIT)

23/05/2023

Sayın Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Üniversitemiz Etik Kurulunun 23.5.2023 tarihli 2023/5 sayılı toplantısında; “İnfertilite Mitleri: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması” adlı başvurusu görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: “İnfertilite Mitleri: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması” adlı başvurunuz etik olarak uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Halil İbrahim UĞRAŞ
Etik Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:
6155FFF1-DE32-4B23-B187-33C7D3E3FC64
Adres: Cumhuriyet Mah. Ilkbahar Sok. No1
Telefon No: 444 5 438
Faks No: 0216 452 87 17
e-Posta: info@gedik.edu.tr
KEP Adresi: gedikuniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-gedik-universitesi-ebys>

Ayrıntılı bilgi için: Eda SARI
Fakülte Sekreteri
Telefon No: 444 5 438



ÖZGEÇMİŞ

Merve BAĞIT

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2020, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik
- **Yüksek lisans:** 2023, Gedik Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- **2020** - Halen Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ebe olarak görev yapıyorum.