

ZEHRA KAYA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2018



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS)

**İNFERTİL KADINLARDA DAMGALANMA VE
UMUTSUZLUK İLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ
BELİRLENMESİ**

ZEHRA KAYA

**DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Zehra Kaya tarafından Prof.Dr.Ümran Oskay danışmanlığında hazırlanan "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 11 / 06 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç.Dr.Meltem Demirgöz Bal
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

**Jüri-Danışman**

Prof.Dr.Ümran Oskay
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

**Jüri**

Doç.Dr.İlkay Güngör
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ZEHRA KAYA

İTHAF

“Çocuk sahibi olmak için emek veren tüm kadınlara ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Mesleğindeki kıymetli tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, araştırmanın her aşamasında başarıya ulaşma konusunda motive eden, güler yüzü ve samimiyetiyle yakın ilgi gösterip hep yanımda olan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Ümran Oskay’a

Çalışmamın yürütülmesinde verdikleri destek için infertilite hemşireleri Neşe Hanım, Selma Hanım ve Fatoş Hanım’a ve öğrenci hemşire Esma Kaplan’a,

Çalışmaya katılarak yaşam deneyimlerini içtenlikle paylaşan kadınlara,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek veren, motive eden bilgi ve tecrübelerini paylaşmayı esirgemeyen değerli hocalarım Prof Dr. Nevin Şahin’e, Prof. Dr. Ergül Aslan’a, Doç Dr. İlkay Güngör’e,

İyi ve kötü zamanlarımda yanımda olumlu düşünceleri ile yer alan, kalbleri samimiyetle dolu Arş. Gör Büşra Yılmaz, Arş. Gör Mehtap Gümüşay ve Ömer Can Aksoy’a

Varlıklarıyla her zaman kuvvet bulduğum canım aileme ve tüm sevdiklerime,

TEŞEKKÜR EDİYORUM...

ZEHRA KAYA

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	iii
BEYAN.....	iv
İTHAF.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	14
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı	16
2.2. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler.....	17
2.3. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	17
2.3.1. İnfertilitede Erkek Faktörü.....	17
2.3.2. İnfertilitede Kadın Faktörü	18
2.3.3. Açıklanamayan İnfertilite	18
2.4. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi	18
2.5. İnfertilite Tedavi Yöntemleri /Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)	20
2.5.1. Medikal Tedavi (Ovulasyon İndüksiyonu)	21
2.5.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI)	21
2.5.3. İn Vitro Fertilizasyon (IVF) - Embriyo Transferi (ET)	22
2.5.4. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI).....	23
2.6. İnfertilite Krizi	23
2.7. İnfertil Çiftlerde Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	25
2.7.1. İnfertilite ve Stres.....	26
2.7.2. İnfertilite ve Yalnızlık.....	27
2.7.3. İnfertilite ve Damgalanma	28
2.7.4. İnfertilite ve Umutsuzluk	29
2.7.5. İnfertilite ve Evlilik Uyumu	30

2.8. İnfertil Çiftlerde Görülen Ekonomik Sorunlar.....	30
2.9. İnfertil Çiftlerde Görülen Cinsel Sorunlar	31
2.10. İnfertilite ve Baş Etme	31
2.11. İnfertil Kadınlarda Psikososyal Sorunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	37
3.2. Araştırma Soruları.....	37
3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.5. Verilerin Toplanması	39
3.6. Veri Toplama Araçları	39
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	39
3.6.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği- Infertility Stigma Scale (İDÖ)	39
3.6.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği - Beck Hopelessness Scale (BUÖ)	40
3.6.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği-COPE Inventory (BÇTDÖ) ...	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular	44
4.2. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular	48
4.3. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özellikleri ile İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	50
4.4. İDÖ ve BUÖ ile BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	58
5. TARTIŞMA	61
5.1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.2. İDÖ İle Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.3. BUÖ İle Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.4. BÇTDÖ ile Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	70

5.5. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması.	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	80
FORMLAR	93
ETİK KURUL KARARI	108
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	109
ÖZGEÇMİŞ	110



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Semen Analizi Referans Değerleri (WHO-2010).....	19
Tablo 3-1: İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ güvenilirlik katsayıları.....	42
Tablo 4-1: İnfertil kadınların yaş, yaşadığı yer, eğitim, çalışma ve gelir durumuna ilişkin bulgular.....	44
Tablo 4-2: İnfertil kadınların evlilik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulgular.....	46
Tablo 4-3: İnfertil kadınların İDÖ puanlarına ilişkin bulgular.....	48
Tablo 4-4: İnfertil kadınların BUÖ puanlarına ilişkin bulgular.....	48
Tablo 4-5: İnfertil kadınların BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular.....	49
Tablo 4-6: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri İDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	50
Tablo 4-7: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BUÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	53
Tablo 4-8: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	56
Tablo 4-9: İDÖ ve alt boyutları ile BUÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.....	58
Tablo 4-10: BÇDTÖ alt boyutları ile BUÖ ve İDÖ arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.....	59

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E ₂	Estradiol
FSH	Folikül Stimulan Hormon
LH	Luteinizan Hormon
AMH	Antimüllerien Hormon
ICSI	Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu
IUI	Intra Uterin İnseminasyon
IVF	In Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
hCG	Human Koryonik Gonadotrop
USG	Ultrasonografi
PCOS	Polikistik Over Sendromu
EAU	European Association of Urology
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
İÜ	İstanbul Üniversitesi
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
İDÖ	İnfertilite Damgalanma Ölçeği
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
BÇTDÖ	Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

Kaya, Z. (2018). İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma infertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'nda Aralık 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında infertilite tedavisi alan 278 infertil kadınla yapılan çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlandı. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)”, “Başa çıkma tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)” kullanıldı.

İnfertil kadınların orta düzeyde damgalanmaya ($47,54 \pm 18,60$) maruz kaldıkları ve en çok toplumsal damgalanma ve sosyal geri çekilmeyi deneyimledikleri, hafif düzeyde umutsuzluk ($3,81 \pm 2,87$) yaşadıkları belirlendi. İnfertil kadınların kullandıkları başa çıkma yollarına bakıldığında en fazla duygusal odaklı başa çıkma yollarından dini başa çıkma ($14,67 \pm 1,80$), pozitif yeniden yorumlama ve gelişmeyi ($12,74 \pm 2,55$) kullandıkları belirlendi. İnfertil kadınların damgalanma ve umutsuzluk düzeyleri ile kullandıkları başa çıkma yollarını, eğitim durumu ve sosyal çevre ile olan ilişkisinin etkilediği saptandı. İDÖ ve BUÖ toplam puanları ve tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0,05$) olduğu saptandı. İDÖ toplam puanı ile BÇTDÖ'nün üç alt boyut puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0,05$) bulundu. BUÖ toplam puanı ile BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0,05$) bulundu. İnfertil kadınlarda damgalanma arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı, damgalanma ve umutsuzluk düzeyi arttıkça kadınların başa çıkma yollarını daha az kullandıkları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: İnfertil kadın, damgalanma, umutsuzluk, başa çıkma, infertilite stresi

ABSTRACT

Kaya, Z. (2018). Determination of stigmatization, hopelessness and coping styles of infertile women. İstanbul University Institute of Health Sciences, Department of Women Health and Diseases Nursing, Master's Dissertation. İstanbul.

This study was conducted to determine the stigmatization, hopelessness and coping styles of infertile women. The study was planned in İstanbul University Faculty of Medicine, Reproductive Endocrinology and Infertility Department, with 278 infertile women who received infertility treatment between December 2017 and April 2018 as cross-sectional and descriptive type. In the collection of the data, The "Personal Information Form", "Infertility Stigmatization Scale (İDÖ)", "Beck Hopelessness Scale (BUÖ) " and "COPE Inventory (BÇTDÖ) " were used to collect the data.

It was determined that infertile women were exposed to moderate stigmatization ($47,54 \pm 18,60$), experiencing most social stigmatization and social withdrawal and experienced modest hopelessness ($3,81 \pm 2,87$). When considering the ways of coping used by infertile women, it was determined that they used the most religious coping ($14,67 \pm 1,80$) and positive reinterpretation and growth ($12,74 \pm 2,55$) in emotional-focused ways of coping. It was found that infertile women's stigmatization and hopelessness levels and their used ways of coping, were affected by their education situation and relationship with social environment. There was a significant positive correlation ($p < 0,05$) between the total scores all subscales of the İDÖ and BUÖ. There was a significant negative correlation ($p < 0,05$) between scores of the three subscales of the BÇTDÖ and total scores İDÖ. There was a significant negative correlation ($p < 0,05$) between the problem-focused coping and emotional-focused coping scores of the BÇTDÖ and total scores BUÖ. As the level of stigmatization increased in infertile women, the level of hopelessness increased and the level of stigmatization and hopelessness increased, it was determined that women used less ways to cope

Key words: Infertile woman, stigmatization, hopelessness, coping, infertility stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

DSÖ infertiliteyi en az bir yıl süre ile düzenli korunmasız ilişki olmasına rağmen gebeliğin oluşmaması durumu olarak tanımlamaktadır (WHO 2009). İnfertilite görülme sıklığı toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. İnfertilite üreme çağındaki çiftlerin (18-45 yaş) ortalama %10- 15'ini kapsamakta ve dünyada ortalama 80 milyon infertil çift bulunmaktadır. Ülkemizde bu oran %10-20 arasında değişmekte olup Türkiye’de 1,5-2 milyon infertil çift olduğu düşünülmektedir (Şahin ve Bilgiç, 2015; Taşkın ve ark. 2016).

İnfertilite yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına karşın çifti psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyen gelişimsel bir yaşam krizidir (Koçak ve Duman, 2016). Bireye özgü ve sonuçları belirsiz bir durum olmasıyla tıbbi, psikolojik, sosyal sorunların eşlik ettiği kültürel, dinsel, sınıfsal yönleri de bulunan sadece eşleri değil bütün bir aileyi etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur (Dişsiz ve Oskay, 2016). Yapılan çalışmalarda infertil bireylerin stres, anksiyete, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk, kaygı bozukluğu, sosyal izolasyon, evlilik uyum sorunları ile cinsel işlev sorunları gibi sayısız psikolojik ve sosyal problemler yaşadıkları belirtilmektedir (Koçak ve Duman, 2016; Namdar ve ark. 2017).

Türk toplumunda çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan önemli bir unsurdur (Kılıç ve ark. 2011). Birçok kültürde gebelik ve ebeveynlik, yaşamın önemli basamaklardan biri olarak görülmekte ve üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal damgalanmaya neden olmaktadır (Koçyiğit, 2012; Karaca ve Ünsal, 2016). İnfertil kadınlar erkeklere göre daha fazla sorumluluk, suçluluk duygusu yüklenip, daha fazla sosyal baskı ve damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadırlar (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Damgalanma, infertil bir kadın olarak kendini kötü algılama, toplumda yabancılaşma, kendini toplumdan soyutlama, anlaşılma ve aşığılanma, başkalarının davranışlarıyla ilgili olarak olumsuz yargılamalar olarak tanımlanmaktadır (Koçyiğit, 2012; Karaca ve Ünsal, 2016). Yapılan bir çalışmada infertil bireylerin %49’unun damgalanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir (Missmer, Seifer ve Jain, 2011).

Çeşitli çalışmalarda infertil kadınların depresif belirtiler gösterdikleri ve kendilerini umutsuz hissettikleri bulunmuş, umutsuzluk hissinin çaresizlik ve

karamsarlık duygularına neden olduğu, ruhsal iyilik halini etkileyerek depresyona eğilimi artırdığı bildirilmiştir (Erbil, Bostan ve Kahraman, 2010; Keskin ve Gümüş, 2014; Yılmaz ve ark. 2016) Umutsuzluğun önlenmesine ilişkin olarak odaklanması gereken önemli kavramlardan biri başa çıkma tarzlarıdır (Çakar ve ark. 2016). “Başa çıkma tarzları, strese yol açan etkenler veya olayların olumsuz etkilerini azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak ve bunlarla mücadele etmek için kullanılan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar” olarak tanımlanmıştır (Konkan ve ark. 2014). İnfertil kadınların kullandığı başa çıkma tarzlarının, yaşadıkları damgalanma ve umutsuzluk hisleri üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

İnfertilite hemşiresinin bakım verici rolü dışında, psikolojik destek ve danışmanlık, eğitim rolünün ön plana çıkarılması infertil kadınların psikososyal açısından değerlendirilmesi, damgalanma, umutsuzluk gibi yaşanan olumsuz emosyonel tepkilerin ve bu olumsuz duygularla hangi baş etme yollarının kullanıldığının ortaya konması açısından önemlidir. İnfertilite hemşireleri kliniğe başvuran çifti fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirerek bütüncül bir bakımı temel almalıdır.

Bu çalışma yukarıdaki gerekçeler doğrultusunda infertil kadınlarda damgalanma, umutsuzluk ve baş etme tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre fertilité üreme sağlığında bir kilit noktadır ve infertilite küresel bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ infertiliteyi, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, en az bir yıl olmak üzere kontrasepsiyon olmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlamaktadır (WHO 2009). İnfertiliteye ilişkin bazı alt tanımlar mevcuttur;

“Subfertilite, çiftin bir veya her ikisinde fertilité yeteneğinin azalmasına bağlı olarak çocuk sahibi olmamasıdır.

Sterilite, konsepsiyon ve gebeliğin mümkün olmadığı, üreme yeteneğinin kesin olarak olmadığı durumdur.

Primer infertilite, en az bir yıl süre ile korunma olmadan ilişkide bulunulmasına rağmen gebeliğin oluşmamasıdır.

Sekonder infertilite öncesinde bir gebelik öyküsü olup, son 12 aydır düzenli korunmasız ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmamasıdır.”

Fekundabilite, sağlıklı bir çiftin bir menstruasyon süresince gebe kalma olasılığıdır” (Demirci ve Potur 2017 s.13-14).

Sağlıklı bir çiftin bir ay içerisinde gebelik elde etme olasılığı % 20-30, altı ay içerisinde %75, bir sene içerisinde % 85 olup iki yıl içerisinde bu oran % 90'a yükselmektedir (Zhou ve ark. (2017); Sezgin ve Hocaoğlu, 2014).

Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada infertilite prevalansı %15- 25 olup yaklaşık 48.5 milyon (45- 52.6 milyon) çifti etkilemektedir. İnfertilitenin en yüksek oranda görüldüğü ölkeler, Güney Asya, Afrika Sahra altı, Kuzey Afrika, Orta Doğu/, Orta Asya, Orta ve Doğu Avrupa ölkeleridir (Mascarenhas ve ark. 2012; Turchi, 2015 p.6). Ölkemizde infertilite %10-20 oranında görölmekte ve 1.5- 2 milyon kişi infertilite sorunu yaşamaktadır. “İnfertilite prevalansı 25-29 yaş grubunda yaklaşık %5,5, 30-34 yaş grubunda %9,4 ve 35-39 yaş grubunda ise %19,7 olarak saptanmıştır.” (Amanak ve ark. 2014; Karaca ve Ünsal 2015a).

İnfertilite prevalansındaki çeşitlilik bölge, ırk ve kültür farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca evlilik yaşının artması, ebeveynliğin ertelenmesi, kadının

çalışma durumu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, olumsuz yaşam tarzı (obezite, sigara ve alkol kullanımı vb.) gibi nedenler infertilite prevalansını etkilemektedir (Hasanpoor-Azghdy ve ark 2014; Amanak ve ark. 2014; Turchi 2015 p. 6; Al turki 2015; Koçak ve Duman 2016; Zhou ve ark. 2017).

2.2. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler

Fertiliteyi etkileyen temel faktör erkek ve kadının yaşı, cinsel ilişki zamanı ve sıklığıdır. Fertilizasyon gerçekleşmesi için belli koşullar sağlanmalıdır. Erkekte fertilizasyonun gerçekleşmesi için spermilerin uygun sayıda ve morfolojide olması, üreme sistemlerinde bir tıkanıklığın olmaması ve spermin kadın serviksine ulaşabilecek kalitede olması gerekmektedir. Kadında bu koşullar düzenli bir ovulasyonun gerçekleşmesi, implantasyon için uterusun uygun anatomik yapıda olması, üreme sisteminde bir tıkanıklığın olmamasıdır (Murray and Mckinney 2006 p. 857). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, sigara, kilo, stres, mesleki risk gibi çevresel faktörlerde kadın ve erkek fertilitelerini etkilemektedir (Davidson ve ark. 2008 p.243). Bunlara ek olarak çiftte doğurganlık bilinci bulunmalı, psikolojik olarak sağlıklı olmalıdırlar (Taşkın ve ark. 2016).

2.3. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertilitenin %40'ı kadın faktörü, %40'ı erkek faktörü ve %20'si açıklanamayan infertilite olgusundan oluşmaktadır (Taşkın ve ark. 2016).

2.3.1. İnfertilitede Erkek Faktörü

Avrupa Üroloji Birliği Erkek İnfertilite Rehberinde; “Erkek infertilitesine konjenital veya edinilmiş ürogenital anomaliler, tümörler, ürogenital yol enfeksiyonları, yükselmiş skrotal ısı, endokrin bozukluklar, genetik anomaliler ve immünolojik faktörlerin neden olduğu” ifade edilmiştir (Jungwirth ve ark. 2016). Erkek infertilitesinde en sık karşılaşılan neden sperm üretim bozukluklarıdır. Akut hastalıklar nedeniyle geçici, kronik hastalıklarla sürekli olabilmektedir. Sperm üretim bozukluklarına, primer testiküler yetmezlik, genetik faktörler, testise ait sorunlar (varikosel, kriptorşidizm), enfeksiyonlar (kabakulak), çevresel faktörler (toksin maruziyeti, madde kullanımı vb.) neden olmaktadır. İdiyopatik infertilite %30, kriptorşidizm %8.4, varikosel %14.8, hipogonadizm (klinefelter's sendromu, kallmann sendromu vb.) % 10.1, malign hastalıklar %7.8, ereksiyon/ ejakülasyon sorunları %2,4,

genel ve sistemik hastalıklar %2.2 oranında erkek infertilitesini oluşturmaktadır (Murray and Mckinney 2006 pp. 857-859; Demirci ve Potur 2017 pp.19-23).

2.3.2. İnfertilitede Kadın Faktörü

“Kadında infertilite nedenlerini; overlere ilişkin faktörler (%30-40), uterusu ilişkin faktörler (% 2-5), tubal ve peritoneal faktörler (% 17), servikse ilişkin faktörler (% 5-10) ve vulva ve vajene ait faktörler (%1-2)” oluşturmaktadır (Demirci ve Potur 2017). Overlere ilişkin faktörleri, anovulasyon, oligoovulasyon, polikistik over sendromu, luteal faz yetmezliği gibi nedenler oluşturmaktadır. Anovulasyon kadına ait infertilitenin en sık karşılaşılan nedenidir. Over fonksiyonları 40 yaşından itibaren ciddi düşüş göstermektedir. Tubal faktörü oluşturan nedenler, geçirilen pelvik ve tubal cerrahi sonrası tubalarda gerçekleşen oklüzyon, zedelenmeler, skar ve tümörlerdir. Uterusa ilişkin faktörler fertilizasyonun oluşumundan ziyade implantasyon sorunu meydana getirmektedir. Bu durum tekrarlayan gebelik kayıplarına neden olmaktadır. Uterusa ilişkin faktörleri konjenital uterin anomaliler (septum, unicornus, bicornus, uterus didelphis vb.), endometriyal polipler, myomlar oluşturmaktadır. Servikse ilişkin faktörler, polip veya konizasyon, koterizasyon gibi geçirilmiş servikal cerrahi sonrası oluşan tıkanıklıklardır. Vulva ve vajene ait faktörler, infertilite olgularında düşük bir paya sahiptir. Vulva ve vajene ait anatomik bozukluklar (septum, imperfore hymen, vajinal agenezis vb) çocuk sahibi olamama durumundan önce cinsellik sürecinde sorun yaratmaktadır (Murray and Mckinney 2006 pp. 860-862; Lowdermilk and Perry 2007; Beckman ve ark. 2010 pp. 338-342; Demirci ve Potur 2017 pp.15-19).

2.3.3. Açıklanamayan İnfertilite

Bazı çiftlerde kapsamlı değerlendirme sonucunda infertilite etyolojisi açıklanamamaktadır. Normal bir semen analizi, ovulasyon varlığı, normal bir uterin kavite ve fallop tüpleri mevcuttur. İnfertil çiftlerin yaklaşık %15 ‘inin açıklanamayan infertilite olgusu olduğu düşünülmektedir (Beckman ve ark. 2010 pp. 343-344).

2.4. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftin değerlendirilmesinde temel amaç infertiliteye neden olan sorunun saptanmasıdır. İlk görüşmede çift beraber değerlendirilerek kapsamlı bir anamnez alınmalı ve fiziksel muayene yapılmalıdır. Alınacak anamnez, fiziksel muayene ve tanı testleri kadına ve erkeğe özgü farklılıklar göstermektedir. Anamnezde çiftin sosyo-

demografik öyküsü, aile öyküsü, infertilite öyküsü, hastalık öyküsü, kontrasepsiyon öyküsü, çevresel faktörler, ilaç kullanım öyküsü, psikoseksüel faktörler sorgulanmaktadır. Ayrıca erkek ve kadına ait spesifik anamnez alınmaktadır (Davidson ve ark 2008 p.245; Kaydırak ve ark. 2017 pp. 56-57).

Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi;

Anamneze ek olarak cinsel öykü, gelişimsel öykü, geçirilmiş cerrahi öyküsü ve travma öyküsü alınmaktadır. Fiziksel muayene ile testis ve inguinokrotal anatomi incelenmeli varikosel, vas deferens, epididimis varlığı değerlendirilmelidir. Laboratuvar incelemeleri; anormal sperm analizi, seksüel işlevde bozulma ve endokrinopatiji düşündürecek bulgular varsa (jinekomasti, galaktore vb.) yapılmaktadır. İncelemede FSH ve testosteron seviyelerine bakıldıktan sonra eğer bir sorun varsa testesteron tekrarı, prolaktin ve LH ölçümleri yapılmaktadır. Radyolojik değerlendirme ise vazografi, venografi ve transrektal ultrasonografi ile yapılmaktadır (Davidson ve ark 2008 pp. 251-252; Kaydırak ve ark. 2017 pp.57-67).

Semen Analizi (Spermiyogram);

Erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde önemli bir tanı testidir. “Semen analizinde; semen volümü, sperm konsantrasyonu, motilitesi, morfolojisi değerlendirilmektedir”. En az 7 gün, en çok 4-6 hafta ara ile en az iki ayrı semen analizi yapılmaktadır. Eğer sperm analizi sonuçları normalse ayrıntılı incelemeye gerek bulunmamaktadır (Davidson ve ark 2008 p. 252; Kaydırak ve ark. 2017 p. 59).

Tablo 2-1: Semen Analizi Referans Değerleri (WHO-2010)

Semen volümü	1.5 (1.4- 1.7) ml ve üzeri
Total sperm sayısı	39 (33-46) milyon/ ejakülat ve üzeri
Sperm konsantrasyonu	15 (12-16) milyon/ml ve üzeri
Total motilite	% 40 dan fazlası
Normal morfoloji	% 4 (3.0- 4.0) den fazlası
pH	7.2- 7.8

Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi;

Anamneze ek olarak mevcut öykü, menstrual öykü, jinekolojik ve obstetrik öykü, cinsel öykü, özgeçmiş öyküsü alınmaktadır. Fiziksel muayene genel ve jinekolojik muayeneden oluşmaktadır. Genel muayenede, sekonder seks karakterlerinin gelişimi, metabolik hastalıklar, tiroid disfonksiyonu, artmış androjen bulguları değerlendirilmekte, jinekolojik muayenede ise, vajinal akıntı, konjenital anomali, vajina ve servik anomalileri, pelvik patolojiler (myom, polip, over kisti vb.) değerlendirilmektedir. Labotaruvar incelemesinde erken foliküler fazda (mestruasyonun 3. günü) FSH ve plazma estradiol (E₂) düzeyi ölçülmektedir. Östradiol ve FSH dışında LH, 21. gün progesteron, prolaktin, anti müllerien hormon düzeyi (AMH) değerlendirmektedir (Davidson ve ark 2008 pp. 254-251; Kaydırak ve ark. 2017 pp.63-69).

Ovulasyonun değerlendirilmesinde kullanılan testler direk ve indirekt olarak iki gruba ayrılmaktadır. Direkt testler olan USG ve laparoskopi, ovulasyonun direkt olarak belirlenmesi ve izlenmesini, indirekt testler ise ovulasyona eşlik eden durumların belirlenmesini sağlamaktadır. İndirekt testler; bazal vücut ısısının belirlenmesi, midluteal dönemde serum progesteron düzeyinin belirlenmesi, idrarda günlük Luteizan Horman (LH) takibidir. Radyolojik değerlendirme ise ultrasonografi, histerosalpingografi, histereskopi, laparoskopi ile yapılmaktadır. Ultrasonografi ile antral folikül sayısı, folikül maturitesi ve endometriyal kalınlık görüntülenmektedir (Davidson ve ark 2008 pp. 254-251; Kaydırak ve ark. 2017 pp.63-69).

2.5. İnfertilite Tedavi Yöntemleri /Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

İnfertilite tedavisi genel olarak neden olan sorunun düzeltilmesi esasına dayanmaktadır. Değerlendirme sonuçları çifte açıklanarak uygun tedavi yöntemleri sunulmalıdır. Gelişmiş ülkelerde tedavi arayışında olan çiftlerin oranı %56,1 iken az gelişmiş ülkelerde bu oran %51,2 dir. Gerçekte bakım alan kişilerin oranı ise %22,4'tür (Boivin ve ark. 2007). İnfertilite tedavisinin büyük bir kısmını oluşturan yardımcı üreme teknikleri oositin overden direkt alındığı yöntemleri ve intrauterin inseminasyonu içermektedir.

“Yaygın olarak kullanılan Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) şunlardır;

- İntrauterin inseminasyon (IUI)
- İn vitro fertilizasyon (IVF)- Embriyo Transferi (ET)
- Gamet İntrafallopian transfer (GİFT)
- Zigot İntrafallopian transfer (ZİFT)
- Intrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu (ICSI)
- Tubal Embriyo Transfer (TET)”

Ayrıca YÜT olmayan çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon amacıyla kullanılan “Zona Delinmesi (Assisted Hatching), Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA), Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA), Subzonal Sperm İnjeksiyonu (SUZI), Parsiyel Zona Diseksiyonu (PZD)” gibi teknikler bulunmaktadır (Karanisaoğlu ve Yazıcı, 2009 p.69).

2.5.1. Medikal Tedavi (Ovulasyon İndüksiyonu)

Ovulasyon indüksiyonu anovulasyon veya oligo-ovulasyon olan kadınlarda uygulanan bir medikal tedavidir. Ovulasyon indüksiyonuna başlamadan önce hipotirodi, hiperprolaktinemi, polikistik over sendromu (pcos) gibi ovulator bozukluğa neden olacak sorunlar tedavi edilmelidir. Ovulasyon indüksiyonunda yaygın olarak kullanılan ilaç klomifen sitrattır. Anti östrojenik etki göstererek hipofizden gonadotropin salınımı baskılamaktadır. Menstrual siklüsün 3-5. günlerinde uygulanmaya başlanmaktadır. Son ilaçtan 5-12. gün sonrasında ovulasyon gerçekleşebilmektedir. Ovulasyon indüksiyonu ile beraber transvaginal ultrason eşliğinde folikül büyüklüğü takip edilmektedir. Eğer ovulasyon gerçekleşmezse bir sonraki ay için doz artırılabilir (Beckman ve ark. 2010 p. 344).

2.5.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

IUI koital problemi olan çiftlerde (seksüel disfonksiyon, vaginismus vb.), servikal faktör, erkek faktörlü infertilite (oligospermi, astenospermi, retrograd ejakülasyon vb.) ve açıklanamayan infertilite olgularında birinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. IUI doğal siklus ile veya ovulasyon indüksiyonu ile folikül büyüklüğü 18 mm ye ulaştığında Human Chorionic Gonadotropin (HCG) enjeksiyonu ile

ovulasyon gerçekleştirilmektedir. Ovulasyon sonrası 34-36 saat sonra, erkekten alınan uygun kalite ve sayıdaki sperm 0.5 cc insulin enjektörüne çekilerek uterin kaviyete bırakılmaktadır. IVF işlemine göre basit, daha düşük maliyetli ve daha az invazivdir. Kılıçdağ ve ark. (2005)'nın yaptığı çalışmada IUI tedavisiyle çift başına gebelik oranı %23.50, siklus başına ortalama gebelik oranı %13.03 olarak bulunmuştur. IUI ovulasyon indüksiyonu ile beraber uygulandığında gebelik oranları artmaktadır. IUI'nın kadının yaşı ve infertilite süresi göz önünde bulundurularak 5-6 kezden fazla yapılması önerilmemektedir (Kılıçdağ ve ark. 2005; Dinelli ve ark. 2014; Çavuşoğlu 2017 p.104; Şahin ve ark. 2017).

2.5.3. İn Vitro Fertilizasyon (IVF) - Embriyo Transferi (ET)

1978 yılında Robert Edward ve Patrick Steptoe tarafından laboratuvar ortamında insan embriyosu geliştirilerek İn vitro Fertilizasyon (IVF) için ilk adım atılmış ve başarı sağlanmıştır. IVF tubal faktör, servikal mukus anomalileri, erkek faktör, açıklanamayan infertilite, kadın ve erkek immunolojik infertilite ve servikal faktörden kaynaklanan infertile olgularında kullanılmaktadır. IVF overlerden oositin toplanıp laboratuvar ortamında hazırlanan sperm ile fertilize edilerek oluşan embriyonun uterusu yerleştirilme işlemidir. Eğer embriyo uterusu gelişimini başarılı bir şekilde sürdürürse gebelik süreci doğal olarak ilerlemektedir. IVF 'de fertilizasyon oranı %50-70'dir (Davidson ve ark. 2008 pp.257; Çavuşoğlu 2017 pp. 106-112).

IVF tedavisi doğal siklus ile veya ovulasyon indüksiyonu ile gerçekleştirilebilmektedir. Ovulasyon indüksiyonu ile sayıca çok ve kaliteli oosit elde edilmesi amaçlanmaktadır. Ovulasyon indüksiyonuna siklusün 2-3. gününde başlanmakta ve yaklaşık 12-13. gününe dek devam edilmektedir. Foliküler gelişim ultrason ve hormon testleri ile takip edilmektedir. Oositler uygun büyüklüğe (16-20 mm) ulaştığında ovulasyonu gerçekleştirecek hCG enjeksiyonu uygulanmaktadır. İğne aspirasyonu ile hCG enjeksiyonundan 34-36 saat sonra ultrason eşliğinde yumurta toplama işlemi (OPU) gerçekleştirilmektedir. Bu işlem sırasında erkekten masturbasyon yolu ile sperm alınarak özel bir kapta sıvılaşması beklenmektedir. Sperm sayısı, motilite ve morfolojik açıdan değerlendirildikten sonra fertilizasyona hazır hale getirilmektedir. Oosit kültürü ve sperm hazırlanması tamamlandıktan sonra her bir oosit başına 50-100 bin hareketli sperm aynı tüpe konularak spermin oositi döllemesi beklenmektedir. Embriyonal gelişimin 2-3. veya 5. gününde transservikal yoldan

ultrason eşliğinde ince bir kataterle fundusun yaklaşık bir cm altına bırakılarak embriyo transfer işlemi gerçekleştirilmektedir. Transfer işleminden 4-6 gün sonra implantasyon gerçekleşmektedir (Davidson ve ark. 2008 pp.257; Çavuşoğlu 2017 pp. 106-112).

2.5.4. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

Erkek faktör ve açıklanamayan infertilite olgularında İntrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI) tercih edilmektedir. ICSI düşük sperm sayısı, anormal morfoloji, azalmış sperm motilitesi ve fonksiyonunu içeren erkek faktör infertilite tedavisinde gebelik oranını artırmak amacıyla tek bir spermın oosit sitoplazması içerisine enjekte edilme işlemidir. IVF tedavisi ile kombine olarak yapılmaktadır (Carell ve Peterson 2010).

2.6. İnfertilite Krizi

İnfertilite fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sonuçları ile multifaktöriyel bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. Çiftler infertilite ile beraber anne-baba olma rolü, gebelik deneyimi, üreme yeteneği, fiziksel ve psikolojik iyilik halleri olmak üzere yaşamlarının pekçok alanında kayıp yaşamaktadırlar. Yaşanan bu kayıplardan dolayı infertil bireyler Kubler-Rossun yas tutma süreci ile benzer duygular yaşamaktadırlar (Yanikkerem ve ark. 2008; Kırca ve Pasinlioğlu 2013; Koçak ve Duman 2016; Daibes ve ark. 2017; Seymenler ve Siyez 2018). İnfertilite krizine yönelik infertil bireylerin yaşadığı emosyonel evreler;

- “Şok ve İnkar
- Anksiyete
- Kontrol kaybı
- Yalnızlık ve Yabancılaşma
- Suçluluk ve Öfke
- Depresyon ve Yas
- Kabullenme
- Çözümleme” (Oskay ve ark. 2009 pp.178).

Şok evresi;

Her çift evlilik ile beraber çocuk sahibi olma hayali kurarak fertilite sorunu yaşayabilme ihtimalini düşünmez. Her menstruasyonla beraber ümitsizlik ve hayal kırıklığı yaşanır. İnfertil olduğunu öğrenen çift bu durum karşında şok yaşar.

Çiftler çocuk sahibi olamamanın nedenini yeterli cinsel ilişkide bulunmama, ilk zamanlarda gebe kalmamanın normal olması ve geçirilen grip gibi hastalıklarla bağdaştırarak infertilite sorununu inkar eder. Bu süreçte çiftler geleneksel uygulamalara ya da farklı doktorlara başvurulabilmektedirler. (Mckinney and Murray 2006 p. 872; Oskay ve ark. 2009 pp.178).

Anksiyete evresi;

Çiftte kendisini yetersiz görme, eşi ile ilişkisinin bozulacağı korkusu, kadınlık ve erkeklik rolünde yetersizlik duygusu, uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerine ilişkin korkular anksiyete yaratır. Tanı ve tedavi süresinin uzaması ve sürecin karmaşık bir hal alması çiftin anksiyete düzeyini artırır (Mckinney and Murray 2006 p. 873; Oskay ve ark. 2009 pp.179).

Kontrol kaybı;

Tedavi sürecinin başlaması çiftlerde sıklıkla kendi bedenleri üzerinde bir kontrol kaybı ve özel hayatlarına müdahale olarak algılanır. Tedavi sürecinin belirsiz oluşu, her menstruasyonla yaşanan yetersizlik duygusu yaşanan acıyı pekiştirir (Malina ve ark 2016).

Yalnızlık ve Yabancılaşma;

Bu evrede çevredeki gebe kadınlarla paylaşacağı ortak şeylerin olmadığı düşüncesi kadını çevreden uzaklaştırır. Kendilerini toplumdan farklı ve yetersiz olarak algırlar. Çift infertilite nedeniyle sadece sosyal çevresinden değil bir süre sonra birbirinden de uzaklaşır (Mckinney and Murray 2006 p. 873; Oskay ve ark. 2009 pp.179).

Suçluluk ve Öfke;

Erkeğin veya kadının infertilite sorununa neden olması, eşini anne veya baba olmaktan yoksun bıraktığı düşüncesi kendisini suçlu hissetmesine neden olmaktadır.

Çiftler, infertilite nedenini yaşamındaki birçok nedene, seçime (çocuk sahibi olmayı erteleme, CYBE ye bağlı pelvik adhezyon) bağlayabilir. Yaşanılan bu suçluluk duygusu umutsuzluğa ve sosyal çevreden geri çekilmeye neden olabilmektedir. Eşin çocuk sahibi olma kararını geç alması veya infertiliteye neden olması öfke duygusuna sebep olabilmektedir (Mckinney and Murray 2006 p. 872; Oskay ve ark. 2009 p.179).

Depresyon ve Yas;

Yaşanan suçluluk ve öfke duygularıyla baş edemeyen çift hayattan zevk almamaya ve hiçbirşeye ilgi ve istek duymamaya başlar. Çocuk sahibi olamamakla beraber hayal edilen bir aile olamama kayıp duygusu depresyona neden olabilir (Mckinney and Murray 2006 p. 873; Oskay ve ark. 2009 p.179).

Kabullenme ve Çözülme;

Olumsuz duygularla baş etme yolları aranarak gerçek algılamalara varılır. Çift bu süreçte tedavi arayışı içine girebilir ya da süreci kadere bırakabilir. Ayrıca bu süreç boşanma, evlat edinme veya çocuksuz bir evlilik sürdürme kararıyla devam edebilir (Koçyiğit 2012; Sezgin ve Hoccoğlu 2014).

2.7. İnfertil Çiftlerde Yaşanan Psikososyal Sorunlar

Çocuk sahibi olma çoğu zaman evliliğin yaşamsal bir parçası olarak görülmektedir. Erkeğin toplumda bir statü ve değer kazanmasında, kadının annelik rolünü getirmesinde çocuk sahibi olması gerekli görülmektedir. Bu nedenle infertilite, çiftte yetersizlik duygusuna neden olmaktadır. Kadının ve erkeğin çocuk sahibi olmamaya atfettiği anlam birbirinden farklıdır. Kadın için çocuk sahibi olamamak; üremede yetersizlik, kendini değersiz görme, düşük benlik saygısı, beden kontrolünü kaybetme, sosyal izolasyon, sosyal güvence azlığı, kadına biçilen rolü üstlenememe iken erkek için neslini devam ettirememesi, üreme de yetersizlik, yalnızlık, sosyal rol eksikliği anlamına gelmektedir (Yanikkerem ve ark. 2008; Koçyiğit 2012; Koçak ve Duman 2016; Daibes ve ark. 2017).

Kadınlar çoğu zaman doğurganlık özellikleri ile fertilitenin merkezi olarak görülmektedirler. İnfertilite sorunun kime ait olduğuna bakılmaksızın, invaziv prosedürlerin büyük bir kısmı ile karşı karşıya kalan, menstrual siklus izleminden ve katı tedavi rejiminden dolayı hayatında pek çok şeyi kesintiye uğratma veya erteleme

sorunu yaşıyan kadınlardır. Bu nedenle infertilite sorunu erkeğe ait olsa dahi infertilitenin psikososyal yükünü kadınlar taşımaktadırlar (Cousineau ve Domar, 2007).

İnfertil kadınlar erkeklere göre kendilerini daha stresli ve huzursuz hissetmekte, infertiliteyi yaşamlarının merkezlerine koyabilmekte ve infertilite nedeni kime ait olursa olsun bu kimliği üstlenmektedirler (Benyamini ve ark. 2017). İnfertilite tanısı ile fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve sosyal olmak üzere pek çok yönden etkilenen çiftler anksiyete, stres, depresyon, düşük benlik saygısı, evlilik ilişkilerinde bozulma gibi olumsuz duygular yaşamaktadır (Samani ve ark. 2017).

2.7.1. İnfertilite ve Stres

İnfertil kadınlarda sıklıkla görülen anksiyete ve depresyon, infertilitenin hem nedeni hem sonucu olabilmektedir. Psikolojik sorunlar, ovulasyon sürecine ve hormon dengesine etki ederek fertilitiyi etkileyebilmektedir. Stresin oosit sayısını ve gebelik oranını azalttığı belirtilmiştir (Buzlu ve Yılmaz, 2017 p.156). İnfertilite teşhisi, tanı ve tedavi süreci çiftlerin stres yaşamasına neden olmaktadır. Schaller ve ark. (2016)'nın IVF tedavisi alan 119 kadın ve 82 erkekle yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla anksiyete yaşadıkları bulunmuştur. Tedavi sürecinin duygusal yük, mali yük, cinselliğin görev haline gelmesi, birçok karar sürecini (tedavinin ne zaman başlanacağı, oosit gelişip gelişmeyeceği, spermelerin uygunluğu vb.) barındırması ve tedavinin başarısız olma olasılığı stresi tetiklemektedir (Pasch ve Sullivan 2017; Murray and Mickney 2006 p. 872).

Yapılan bir çalışmada IVF tedavisinin üç aşamasındaki (ovulasyon sitümülasyon öncesi, oosit toplama öncesi ve embriyo transferi sonrası) stres düzeyleri incelenmiş, tüm aşamalarda stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Tedavi öncesi stres düzeyi düşük olan kadınlarda gebelik oranları yüksek olduğu belirtilmiştir (Turner ve ark. 2013). Sejbek ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada IVF başarısızlığı yaşıyan kadınlarda depresyon olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise tedavi aşamasında kadınlar için stres faktörünün gebeliğin oluşma olasılığı, erkeklerde stres faktörünün oosit sitümülasyonun yan etkileri ve oosit aspirasyon sonrası oluşabilecek kanama ve enfeksiyona bağlı sağlık riski olduğu saptanmıştır (Schaller ve ark. 2016). Yapılan çalışmalarda infertilite süresi, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, sosyal destek düzeyi, infertilite sorununu çevreyle paylaşma durumu, eş desteğinin zayıf olması, kadın faktörü ve primer infertilitenin stres üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir (Upkong

ve Orji. 2006; Ünal ve ark. 2010; Wu ve ark. 2014; Karaca ve Ünsal 2015a; Güngör ve ark. 2015; Lakatos ve ark. 2017; Ekinci ve ark. 2017)

İnfertil çiftlerde yaşanan depresyon durumuna ilişkin farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Ekinci ve ark. (2017)'nın 140 infertil kadınla yaptığı çalışmada infertil kadınlarda depresyon düzeyinin genel popülasyona ait depresyon oranına göre düşük olduğu, anksiyete oranının ise benzer olduğu bulunmuştur. Taşkın ve ark. (2016)'nın 177 infertil ve 152 fertil kadınla yaptığı çalışmada depresyon skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon skoru daha önce tedavi alanlarda ve erkek faktörlü infertiliteye sahip kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çoban ve Dinç (2013) 150 infertil çift ile yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla depresyon sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Wu ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada depresyon insidansı %22,6 olarak bulunmuş, evlilik süresi sekiz yılın üzerinde olan, infertilite süresi altı yılın üzerinde olan ve gelir düzeyi düşük olanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur.

2.7.2. İnfertilite ve Yalnızlık

Birçok toplumda kadınlar için anne olmak ve çocuk yetiştirmek oldukça önemlidir. İnfertilite sorunu ile karşılaşan kadınlar kendisini kusurlu, yetersiz ve değersiz hissetmekte bu durum kendini toplumdan soyutlayarak yalnız kalmasına neden olmaktadır (Gokler ve ark. 2014). Gokler ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada infertil ve fertil kadınlarda yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamış, primer infertil kadınların yalnızlık puan ortalamalarının sekonder infertil kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ekinci ve ark. (2017)'nin 140 infertil kadınla yaptığı çalışmada yalnızlık ölçek puanı evlilik yılı ve gelir durumu fazla olanlarda daha düşük bulunmuştur. İnfertil kadınların yaşadıkları stres ve anksiyete ile sosyal destek yetersizliği arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Matsubayashi ve ark. 2004).

İnfertil kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, sosyal destek, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvence durumları, gelir durumları, evlilik sayısı, infertilite süresi ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumlarının etkilediği saptanmıştır (Kavlak ve Saruhan 2002).

2.7.3. İnfertilite ve Damgalanma

Toplumda infertilite için verimsiz anlamına gelmekte olan “kısırlık” kelimesi kullanılmaktadır. İnfertile problemi yaşayan kadınlar için de ‘kısır’ ifadesi kullanılmaktadır. Pronatalist toplumlarda kadınlık rolü çocuk doğurmakla, annelik rolü ile özdeşleştirilmiştir. Bu toplumlarda infertil kadınlar hor görülmekte, aşağılanmakta ve sosyal baskıya maruz kalmaktadırlar. Sosyal baskı evlilikle beraber, ne zaman çocuk sahibi olunacağına dair sorularla başlamaktadır Çocuk sahibi olmak kadın ve erkeği içine alan cinsel gücü belirleyen bir olgu iken infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulmaktadır. (Koçyiğit 2012; Şen ve Sevil 2016; Anokye ve ark. 2017).

İnfertil kadın ve erkeğin deneyimlediği damgalanma düşük benlik saygı ve toplumsal beklentileri yerine getirememeye ve azalmış saygınlığı içermektedir (Seymenler ve Siyez 2018). Sosyolojik açıdan bakıldığında damgalanma toplumsal bir sorun olup bütün ve normalden ayrı kusurlu olan, önemsenmeyen olguyu ifade etmektedir. Link ve Phelan (2013) sosyal damgalanmayı dört başlığa ayırmıştır.

- Etiketleme
- Kalıplaştırma
- Bilişsel Ayırma
- Statü kaybı ve ayrımcılık

Etiketleme bir kişi veya grubu farklı olarak karakterize etmeyi ifade etmektedir. Sterotip ise bu farklılığı istenmeyen bir durum olarak kabul etmektir. Bu kişiler olumsuz yargılanmalar ile özdeşleştirilir (örneğin; psikolojik hastalıklı insanlar çevre için tehlikelidirler.). Bilişsel ayırma “biz” ve “onlar” arasında engelli, şişman gibi belirli özelliklere göre ayırım yaparak etiketlemeyi ifade eder. Statü kaybı ve ayrımcılık ise damgalanan kişi veya grubun maruz kaldığı sosyal sınıf farklılığını ve statü kaybını ifade etmektedir (Link ve Phelan 2013).

Damgalanmanın nasıl geliştiği, bireyler tarafından nasıl deneyimlendiğine göre yönelik üç gruba ayrılmaktadır;

- İçselleştirilmiş damgalanma
- Sosyal damgalanma
- Yapısal damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin kendi içinde, sosyal damgalanma grup şeklinde, yapısal damgalanma ise sistemsel şekilde algıladığı damgalanma çeşididir. İçselleştirilmiş damgalanma kişinin damgalandığı durumu nasıl algıladığını ifade

etmektedir. Negatif stereotiplerin tetiklediği değersizlik hissi, utanç, gizlenme ve sosyal çekilmeden oluşmaktadır. Yapısal ayrımcılık sosyal politika, yasa veya diğer kurumsal uygulamalarla damgalanan dezavantajlı gruplara yönelik uygulamalardan oluşur (Link ve Phelan 2013; Baysal 2013).

Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerinde maruz kaldığı sosyal baskının damgalanmaya neden olduğu, sosyal baskı olmaksızın kadınlarında kendilerini damgalanmış hissettikleri saptanmıştır. Erkeklerle oranla kadınlarda damgalanma daha yüksek düzeyde bulunmuş ve her iki cinsiyette damgalanma düşük sosyal destekle ilişkilendirilmiştir (Slade ve ark. 2007; Şen ve Sevil 2016). Sophia ve Punithan (2017)'ın yaptığı çalışmada infertil kadınların %62 'sinin damgalandığı ve katılımcıların %73' ü çocuk sahibi olamadıkları takdirde eşlerinin bir başkasıyla evlenebileceğini ifade etmiştir. Jansen and Onge (2015)'nın yaptığı çalışmada da infertil kadınların sıklıkla damgalandığı ve damgalanmada sosyal geri çekilme baş etme yolunu kullandıkları bulunmuştur.

Damgalanmaya maruz kalan çiftler infertilite sorunundan uzaklaşmak için aile ve arkadaşları ile ilişkilerini azaltabilmektedir. Nahar ve Geest (2014) 20 infertil kadınla yaptığı çalışmada infertiliteye yönelik sorulardan kaçınmak için ailesel ve sosyal etkinliklerden kaçındıkları belirtilmiştir. Bazı çiftler ise sosyal destek mekanizmalarını çevresindeki veya tedavi sürecindeki infertil çiftlerden oluşturmaktadır.

2.7.4. İnfertilite ve Umutsuzluk

Bir çocuk sahibi olmayı umut etmek önemlidir çünkü umut temel psikolojik ihtiyaçlardan biridir. Umut olumlu beklentileri, amaca ulaşmayı ve başarılı olmayı ifade etmektedir. Umut insana motivasyon, yaşam heyecanı, güven duygusu vererek stres, korku, anksiyeteyi azaltmaktadır (Mosalanejad ve ark. 2014). Umut seviyesi yüksek olan kişilerde sorunlarla mücadele etme ve başa çıkma stratejileri daha iyidir. Umutsuzluk bireyin ilgi ve motivasyon kaybına bağlı olarak kendisi veya geleceğe yönelik olumsuz düşünceler olarak tanımlanmaktadır (Lule ve ark. 2018). Fertiliteden kadının sorumlu tutulması, sosyal baskı, evlilik ilişkisinin bozulacağı endişesi, tedavi sürecinin uzun olması ve sonucun belirsiz olması gibi düşünceler umutsuzluğa neden olmaktadır. İnfertilite sürecinde yaşanan bu umutsuzluk durumu kadının var olan sosyal destek mekanizması ile yakından ilişkilidir. Yapılan bir çalışma da kadının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır

(Yağmur ve Oltuluoğlu 2012). Yukarda belirtilen nedenlerle beraber infertil kadının yaşanan bu zorlu sürecin sürekliliğine ve artık çocuk sahibi olamayacağına inanarak yaşadığı umutsuzluk durumu depresyona dönüşebilmektedir (Keskin ve Gümüş 2014).

2.7.5. İnfertilite ve Evlilik Uyumu

Çocuk sahibi olmak aile kurumunun temellerinden biri olarak görülmekte infertil çiftlerin aile dinamikleri bozulma tehdidi ile karşı karşıya kalmakta, eşler birbirlerini infertilite nedeni ile suçlayabilmektedirler. Bu süreçte infertil kadının eş veya aile tarafından infertil olma nedeniyle değersizleştirilmesiyle yeni bir evlilik durumu gündeme gelebilmekte yada yasal olmayarak genellikle kırsal kesimlerde eş üzerine kuma getirilebilmektedir. (Oskay ve ark. 2009; Koçyiğit 2012). İnfertilitenin evlilik uyumu üzerine etkisine ilişkin yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Bodur ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada infertil kadınlarda infertil erkeklere göre evlilik uyumu daha düşük bulunmuş, fertil gruba göre ise evlilik uyumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca evlilik uyumu arttıkça anksiyete puanlarının düştüğü, sosyal desteğin evlilik uyumunu olumlu şekilde etkilediği belirtilmiştir. Güleç ve ark. (2011) 220 infertil çift ve 110 fertil çift ile yaptığı çalışmada infertil erkek ve kadınların fertil gruba göre çift uyumunda daha fazla sorun olduğu bildirilmiştir. Schmidt ve ark. (2005b)'nın 2250 kişi ile yaptığı çalışmada kadınların %25.9'u, erkeklerin % 21.1'i yüksek evlilik uyumu belirtmişlerdir. Evliliksel iletişimi zayıf olan ve aktif kaçınma baş etme yolunu kullanan erkeklerde evlilik uyumu daha düşük bulunmuştur.

2.8. İnfertil Çiftlerde Görülen Ekonomik Sorunlar

İnfertilite çifti fizyolojik ve psikolojik açıdan etkilediği gibi ekonomik sorunlar yaşanmasında da neden olmaktadır. İnfertilite tedavisinde uygulanan işlemler ve ilaçlar ekonomik olarak bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca tedavi süreci zaman gerektirmekte, bu nedenle çalışma durumu da sorun haline gelmektedir. Çift tedavinin mali yükü dolayısıyla çalışma hayatını bırakmadığından bu süreçte zorlanmakta veya çalışma hayatına ara vermek zorunda kalabilmektedir. Tedavi sonrasında oluşacak çoğul gebelikler, tekil gebeliklere oranla daha fazla antenatal bakım gerektirmekte, oluşabilecek preterm doğumla beraber yoğun bakım süreci daha fazla maliyet gerektirmektedir (Murray and Mickney 2006 p. 872; Yanikkerem ve ark. 2008; Chambers ve ark. 2009).

2.9. İnfertil Çiftlerde Görülen Cinsel Sorunlar

İnfertilite yaşam kalitesini etkileyerek çiftler arası cinsel sorunlara neden olmaktadır. Üreme yetersizliği hisseden çiftler, evlilik ve cinsellikten aldıkları hazzı kaybedebilmekte bu durum anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. İnfertil çiftin tedavi sürecinde özellikle fertil dönemlerde cinsel ilişkide bulunması, cinselliğin üreme amacı taşıyarak doğallığını yitirmesi cinselliğin çift için anlamsız hale gelmesine neden olabilmektedir. Cinsel işlev sorunları yaşam kalitesini etkilediğinden bakımın önemli bir parçası olmalıdır (Iris ve ark. 2013; Güleç ve ark. 2011; Turan ve ark 2015).

İnfertil çiftlerde cinsellik durumuna ilişkin yapılan çalışma sonuçları arasında farklılık bulunmaktadır. Iris ve ark. (2013)'nın 809 infertil ve fertil kadınla yaptığı çalışmada vakaların hepsinde cinsel işlev bozukluğu riski belirlenmiştir. Fertil ve infertil kadınların FSFI puanları arasında fark bulunmamış, fakat infertilite süresi arttıkça FSFI skorlarında düşüş tespit edilmiştir. Turan ve ark (2015)'nin fertil ve infertil kadınlarda seksüel disfonksiyonu incelediği çalışmada infertil kadınlarda cinsel disfonksiyon oranı fertil kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tashbulatova ve ark. (2013)'nin 200 infertil kadınla yaptığı çalışmada cinsel disfonksiyon insidansı %35 bulunmuştur. Çoban ve Dinç (2013) 150 infertil çift ile yaptığı çalışmada kadınların %77'sinin, erkeklerin %23'ünün cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Smith ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada IVF tedavisi alan kadınların %30'u cinsel isteksizlik, %15'i orgazm zorluğu, %14'ü vajinal kuruluk şikâyeti ifade etmiştir. Güleç ve ark. (2011)'nin 220 infertil çift ve 110 fertil çift ile yaptığı çalışmada ise cinsel işlev bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

2.10. İnfertilite ve Baş Etme

Fertilite tedavisi çiftin en özel ilişkilerini (örneğin; cinsel ilişki zamanı) irdelemektedir. Ayrıca evliliğin önemli bir rolü olarak görülen çocuk sahibi olma durumu, çift ilişkisini tehdit edebilmektedir. İnfertilite teşhisi ile beraber utanç, kırgınlık, üzüntü ve kontrol kaybına neden olabilmekte, kullanılan yardımcı üreme teknikleri fiziksel, psikolojik ve maddi sıkıntılar yaratabilmektedir. Tüm bu mevcut stres kaynakları ile baş etmede kullanılabilecek geleneksel stres ve baş etme teorisinin temeli, stresin neden olduğu tehditleri değerlendirmek, kaynaklarını yönetmek, tehditleri azaltmak kaynakları güçlendirmek amacıyla baş etme stratejilerini

belirlemektir. Bireysel iyilik hali, yüksek stres ve zayıf başa çıkma yollarıyla olumsuz şekilde etkilenmektedir (Pasch ve Sullivan 2017).

Lazarus ve Folkman (1984)'a göre baş etme, iç veya dış kaynakların oluşturduğu stres durumunu tolere etmek veya azaltmak amacıyla kullanılan bilişsel ve davranışsal çabayı ifade etmektedir. Başa çıkma kişinin psikolojik yönden kendini iyi hissetmesi için davranışsal yaklaşımı ve kötü hissettirecek durumdan kaçınmayı içerir. Başa çıkma, stresli duyguları düzenleme (pasif ve aktif kaçınma, kaçma, sosyal destek arama, pozitif yeniden değerlendirme gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri) ve strese neden olan problemi yönetme (stres yaratan durumla yüzleşme, stresörü nasıl değiştireceğini planlama gibi problem odaklı başa çıkma stratejileri) olmak üzere iki temel stratejiye ayrılmıştır (Lazarus ve Folkman, 1984; Lykeridou ve ark. 2011).

İnfertilite stresi ile baş etme yollarını belirleyen birçok ölçek bulunmakta ve bu ölçeklerde baş etme yolları farklı kategorilere ayrılmaktadır. Folkman ve Lazarus (1980) başa çıkma tarzını “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” olarak ikiye ayırmıştır. Aktif tarzları “Sosyal desteğe başvurma”, “İyimser yaklaşım” ve “Kendine güvenli yaklaşım” alt ölçekleri, pasif tarzları “Çaresiz yaklaşım” ve “Boyun eğici yaklaşım” alt ölçekleri göstermektedir.

Peterson ve ark. (2006)'nın 520 infertil kadın ve 506 infertil erkekle yaptığı çalışmada infertilite stresi ile başa çıkma stratejileri; meydan okuyarak başa çıkma, uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluk kabul etme, kaçma-kaçınma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme olmak üzere sekiz alt boyutta incelenmiştir. Schmidt ve ark (2005a)'nın yaptığı çalışmada ise infertilite stresi ile baş etme yolları; aktif-kaçınma (gebe kadınlardan ve çocuklardan kaçınma gibi), pasif-kaçınma (bir mucize için ümit etme gibi), aktif- mücadele etme (tavsiye alma, duygularını açığa vurma gibi), anlam bulma temelli (dua etme, yaşam için başka bir amaç bulma gibi) baş etme yolları olmak üzere dört ana başlık altında toplanmıştır. Ayrıca infertilite stresi ile baş etmede gevşeme egzersizleri, yoga, meditasyon, maneviyat ve hayal etme gibi baş etme yöntemleri de kullanılabilir (Özcan ve Beji 2016).

İnfertiliteye verilen tepkiler kadın ve erkekte farklılık göstermektedir. Kadınlar duygularını daha çok dile getirip, daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyarken; erkekler sorunlarını daha az ifade etmektedirler. Savunma mekanizması olarak kadınlar

infertiliteye olumsuz tepkiler verirken; erkekler unutmama ve inkârı seçebilmektedirler (Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Peterson ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada kadınların yüzleşme, sorumluluğu kabullenme, sosyal destek arama ve kaçma/kaçınma baş etme yolunu, erkeklerin ise uzaklaşma, kendini kontrol etme ve planlı problem çözme yolunu kullandığı bulunmuştur. Aflakseir ve Zarei (2013)'nin 120 infertil kadınla yaptığı çalışmada en çok pasif-kaçınma başa çıkma yolunun kullanıldığı, sonra sırasıyla anlam bulma temelli, aktif- mücadele etme, aktif-kaçınma başetme yollarının kullanıldığı ifade edilmiştir. Musa ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada infertil kadın ve erkeğin kullandığı baş etme stratejileri arasında anlamlı bir fark olmadığı, duygusal odaklı baş etme ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Stresle baş etme yöntemleri kültürel olarak çeşitlilik ve farklılık gösterebilmektedir. Karaca ve Ünsal (2015b)'in 24 infertil kadınla yaptığı nitel çalışmada infertilite stresi ile baş etmede öne çıkan temalar sosyal geri çekilme, manevi baş etme ve umut etme, yaşamı yeniden yapılandırma ve geleneksel yöntemleri benimsemedir. Genel olarak duygu odaklı baş etme yollarının kullanıldığı belirtilmiştir.

İnfertil kadınların yaşadığı damgalanma, yalnızlık, umutsuzluk gibi olumsuz duygular düşük sosyal destek ile ilişkilendirilmekte bu yüzden sosyal destek önemli bir baş etme yolu olarak kullanılmaktadır. Sosyal destek kadının fiziksel ve ruhsal açıdan kendisini iyi hissetmesine destek olan, sevgi, güven, aidiyet gibi duyguların gelişmesine katkıda bulunan değerli bir baş etme yöntemidir. Stres yaratan durumu tamamen yok edememesine karşın anksiyete düzeyini azaltarak stresli durumlarla başa çıkmada ve sorunun çözümüne yönelik fikirler geliştirmede çiftlere yardımcı olmaktadır (Erdem ve Apay 2014).

2.11. İnfertil Kadınlarda Psikososyal Sorunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite çifti fizyolojik, psikolojik, sosyal, finansal ve kültürel olmak üzere pek çok yönden etkileyerek çiftte stres, anksiyete, suçluluk, öfke, kontrol kaybı, yalnızlık, umutsuzluk, evlilik uyumunda bozulma, cinsel sorunlar ve damgalanma gibi sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir (Lakatos ve ark. 2017; Samani ve ark. 2017; Daibes ve ark.2017).

Avrupa İnsan üreme ve Embriyoloji Birliği (ESHRE) infertilite kliniği çalışanları (doktorlar, hemşireler, ebeler, sosyal hizmet uzmanlar, psikologlar, embriyologlar ve yöneticiler) için rutin infertil bakıma, psikososyal bakımın nasıl dahil edileceğine

yönelik 2015 yılında “İnfertilite ve Yardımcı üreme tekniklerinde rutin psikososyal bakım: Fertilité klinik çalışanları için bir rehber” isimli kanıta dayalı uygulamaları içeren bir rehber yayınlamıştır. Rehberde yer alan psikososyal bakım, infertilite ve tedavisinin psikolojik ve sosyal etkilerini yönetmeye ve infertilite bakımını optimize etmeye olanak sağlamaktadır. İnfertilite tedavi sürecindeki emosyonel stres deneyimleyen çiftler için psikososyal bakım oldukça önemlidir. İnfertilite sürecindeki stres, gebelikte fetüsün sağlıklı olup olmayacağı endişesi ile devam etmektedir. Bu nedenle infertilite klinik çalışanları medikal tedavinin yanısıra çiftin ihtiyacı olan psikososyal bakımı vermeleri oldukça önemlidir. Rehber tedavi öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere farklı zaman dilimlerindeki hastaların ihtiyacına yönelik planlanmıştır. Bu ihtiyaçlar çiftin infertilite tedavisini sağlıklı bir şekilde deneyimleyebilmesi için gerekli görülmektedir. Çiftin ihtiyaçlarını; davranışsal (yaşam tarzı, egzersiz, beslenme vb.), ilişkisel (çift, aile, arkadaş vb. ilişkisi), emosyonel (anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi vb.) ve bilişsel (tedaviye yönelik endişe ve bilgi vb.) ihtiyaçlar oluşturmaktadır (Gameiro ve ark. 2015).

İnfertilite kliniğine başvuran çiftle en sık karşılaşan hemşireler infertilite teşhis ve tedavisinin tüm aşamalarında, tedavi sonrası gebelik durumunda çiftin emosyonel durumunu değerlendirmeli, ihtiyaçlarını belirlemeli ve psikososyal bakımı vermelidir. Bu alanda hemşirelik bakımı üç temel başlıkta incelenebilir;

- İnfertiliteye ve tedavi sürecine ilişkin duyguları ifade etme
- İnfertilite stresi ile baş etme yollarını geliştirme
- Çiftlerin benliğinin olumlu yönlerini belirleme (Murray and McKinney 2006 p. 874).

Tedavi sürecinde çok hassas ve alıngan olan infertil çiftlerin sorunlarını açabilmeleri için rahat bir ortam sağlanmalı ve güven verici bir yaklaşım benimsenmelidir (Yanikkerem ve ark. 2008). İnfertilite sürecinin başlangıcından itibaren çiftlerle iyi ilişkiler kurulması ve terapötik iletişim son derece önemlidir. Terapötik iletişimin temelinde çiftin duygularını rahatça ifade edebilmesi konusunda cesaretlendirme ve etkin bir dinleme yer almaktadır. Bu süreçte mahremiyete önem verilmeli, çiftin olumlu ve olumsuz duygularını kabul etmesi sağlanmalıdır. İletişimde sadece sözel ifadeler değil beden dili, göz iletişimi gibi çiftler arası iletişim gözlenmelidir (Murray and McKinney 2006 p. 874; Davidson ve ark. 2008 p. 277).

İnfertil çiftin psikososyal yönden değerlendirmesi ve infertilite stresiyle baş etme yollarının geliştirilmesinde yapılabilecek hemşirelik bakımları şunlardır;

- İnfertilite de ilk adım çiftin değerlendirilmesidir. Bu aşamada çiftin infertilite tanı ve tedavi sürecinde kliniğe beraber gelmesi desteklenmelidir (Koçak 2006).
- İnfertil çift psikososyal yönden değerlendirilmeli, infertilite nedeniyle oluşabilecek stresörler hakkında bilgi verilmeli ve stres, anksiyete depresyon gibi psikolojik risk faktörleri sorgulanmalıdır (Koçak 2006; Yılmaz ve Oskay 2015).
- Çiftin emosyonel olarak değerlendirilmesinde infertiliteye yönelik ölçeklerin kullanılması yararlı olabilmektedir (Davidson ve ark.2008 p. 278).
- Çiftin emosyonel durumunu etkileyeceğinden infertiliteye ilişkin kültürel ve dini görüşleri değerlendirilmelidir (İsbir ve Ozan 2017 p. 278).
- Çiftin geçmişte hangi baş etme mekanizmalarını kullandığı ve mevcut infertilite krizinde bu baş etme mekanizmalarından hangilerini kullanabileceği değerlendirilir, erkek ve kadının kullanacağı başa çıkma yollarının farklı olabileceği konusunda çifti bilgilendirilmeli, uygun baş etme yollarının belirlenmesinde destek olunmalıdır (Murray ve McKinney 2006 p. 876; Yılmaz ve Oskay 2015).
- Çiftin, birbiriyle duygu ve düşüncelerini paylaşıp paylaşmadıkları, karşılıklı birbirlerini destekleme durumu değerlendirilmelidir. Çiftin birbiriyle duygu ve düşüncelerini paylaşması stresin azalması ve evlilik uyumunun artmasına katkı sağlayacaktır (Davidson ve ark. 2008 p. 278; Yılmaz ve Oskay 2015).
- Çiftin sosyal destek sistemi sorgulanmalıdır. Yaşadıkları sorunları aile ve arkadaşlarıyla paylaşmaları oldukça önemlidir. İnfertilite nedeniyle aile ve arkadaş çevresinden uzaklaşan çiftler kendisini yalnız hissedebilmekte bu nedenle destek gruplarına katılmak diğer infertil çiftlerle duygu ve deneyimlerini paylaşma konusunda yarar sağlayacaktır. Hemşire çifti destek gruplarına katılımında destekleyebilmelidir (Yılmaz ve Oskay 2015; Koçak ve ark. 2016; Ekinçi ve ark. 2017).
- İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunları birbirleriyle, aile ve arkadaşlarıyla paylaşması önerilmelidir (Koçak 2016).
- İnfertilite stresi ile baş etmede çift gevşeme egzersizleri (hayal etme, solunum egzersizleri) veya yoga, müzikterapi gibi tamamlayıcı tıp yaklaşımların

kullanılması konusunda desteklenmelidir. (Murray and McKinney 2006 pp. 874-875).

- Çifte kendini iyi hissettirecek spor, sosyal sorumluluk işleri gibi aktivitelere katılması pozitif bir imaj sağlayacağından hemşire tarafından cesaretlendirilmelidir.(Yılmaz ve Oskay,2015).
- İnfertil kadınların maruz kaldıkları damgalanma ve yarattığı olumsuz emosyonel tepkilerini önlemek adına toplumların inanç ve kültürel yapısına uygun eğitim ve bilinçlendirme programlarının yapılması konusunda hemşireler önemli bir rol üstlenmelidirler (Rouchou, 2013).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'na tedavi amacıyla başvuran infertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. İnfertil kadınların yaşadıkları damgalanma düzeyi nedir?
2. İnfertil kadınların yaşadıkları umutsuzluk düzeyi nedir?
3. İnfertil kadınların kullandıkları başa çıkma tarzları neledir?
4. İnfertil kadınların yaşadıkları damgalanma, umutsuzluk durumu ile ilişkili midir?
5. İnfertil kadınların kullandıkları başa çıkma tarzlarının damgalanma ve umutsuzluk durumları ile ilişkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'nda Aralık 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'na 01.12.2017 – 01.12.2018 tarihleri arasında başvuru yapan tüm infertil kadınlar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemi evrenden olasılıksız örnekleme yöntemi (gelişigüzel) ile seçilen aşağıda belirtilen araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan infertil kadınlar oluşturdu.

Dahil edilme kriterleri;

- 01.12.2017 – 01.12.2018 tarihleri arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'na başvuru yapan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
- 18 yaşın üzerinde olup hiç çocuk sahibi olmayan,
- Kronik bir hastalığı bulunmayan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan,
- Verilecek ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip kadınlar.

Dahil edilmeme kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- 18 yaş altında olan,
- Çocuğu olan,
- Kronik hastalığı bulunan,
- Psikiyatrik hastalığı bulunan,
- Verilecek ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmayan kadınlar.

Örneklem büyüklüğü, araştırmanın yapıldığı infertilite kliniğine son bir yıl içinde (Temmuz 2016- Temmuz 2017) tedavi amaçlı başvuran toplam kadın sayısı (1003) dikkate alınarak, etki genişliğine ($w=0,12$) ve tek kuyruklu hipotez yöntemine göre hesaplanmıştır. Etki genişliklerine göre 1 serbestlik derecesinde $\alpha=0.05$ ve $\beta = 0.20$ ile G-Power testi kullanılarak en asgari değere göre örnekleme alınacak infertil kadın sayısı 278 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aşamasında 24 infertil kadın çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri;

■ Bağımlı Değişkenler:

- İnfertilite Damgalanma Ölçeği puan ortalamaları
- Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları
- Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

■ Bağımsız Değişkenler:

- Yaş, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evlilik yaşı ve süresi, evlenme şekli, akraba evliliği durumu, aile tipi, infertilite süresi, infertilite nedeni, infertilite tedavi süresi, infertilite tedavi durumu, gebe kalma durumu, ailede infertil kişi varlığı, infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma tek aşamada gerçekleştirilmiş olup izlem yapılmamıştır. Araştırmaya dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine göre infertil kadınlar değerlendirilerek araştırmaya uygun olan infertil kadınlara araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden infertil kadınlar Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (EK1) imzaladı. Daha sonrasında Kişisel Bilgi Formu (EK 2), İnfertilite Damgalanma Ölçeği (EK 3), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK 4), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 5) doldurtuldu. Veriler gözlem altında ve yüzyüze görüşme şeklinde her bir infertil kadın için ortalama 15- 20 dk süre ile toplandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aşamasında, infertil kadınların sosyodemografik özelliklerini ve infertilite öyküsünü sorgulamak amacıyla, ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen 21 soruluk Kişisel Bilgi Formu (EK 2), infertilite tanısı ve tedavisi alan infertil kadınlarda algılanan tüm damgalanmaları belirlemek amacıyla Bin Fu ve ark.ları (2015) tarafından geliştirilen, İnfertilite Damgalanma Ölçeği (EK 3), umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve ark.ları (1974) tarafından geliştirilen Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK 4) ve stres durumunda kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla Carver ve ark.ları (1989) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 5) kullanıldı. İnfertilite Damgalanma Ölçeği için Çapık'tan, Beck Umutsuzluk Ölçeği için Durak'tan, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği için Beşiroğlu'ndan ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi formu ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir formdur. İnfertil kadınların; yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öyküsünü kapsayan 21 sorudan oluşmaktadır (EK 2).

3.6.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği- Infertility Stigma Scale (İDÖ)

İnfertilite tanısı ve tedavisi ile başa çıkmakta olan kadınlar için algılanan tüm damgalanmaların ve benlik istismarının bir ölçütü olarak Bin Fu ve ark.ları tarafından 2015'de geliştirilen İnfertilite Stigma Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2016 yılında Çapık ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır.

5'li likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum=1, Kısmen Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Kısmen Katılıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5) derecelendirilmektedir. Ölçeğin dört alt boyutu vardır.

Özdeğer Kaybı: 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Sosyal Geri Çekilme: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 8, 9, 10, 11, 12.

Toplumsal Damgalanma: 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Ailesel Damgalanma: 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 22, 23, 24, 25, 26, 27.

Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135'dir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kadınlar tarafından hissedilen damgalanmanın arttığını göstermektedir (Fu ve ark. 2015; Çapık ve ark. 2016) (EK 3).

3.6.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği - Beck Hopelessness Scale (BUÖ)

Beck ve ark. tarafından 1974'te bireyin geleceğe dair olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ilk olarak Seber tarafından 1991'de yapılmıştır. Durak 1994'te ölçek üzerinde çalışarak, ölçeğin geçerliğine, güvenirliğine ve faktör yapısına yönelik daha ayrıntılı bilgi sunmuştur. Durak ölçeği 15-65 yaş arasında 373 kişiye uygulamış ve örneklemin tümü için Alpha güvenirlik katsayısını 0.85 olarak bulmuştur. Ölçek 20 maddeden oluşmakta olup sorular doğru-yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçeği oluşturan sorular duygusal, motivasyonel, bilişsel boyutları kapsamaktadır. Gelecek ile ilgili duygular, motivasyon kaybı, gelecek ile ilgili beklentiler olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. 1., 6., 13., 15., 19. maddeler gelecek ile ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20. maddeler motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18. maddeler ise gelecek ile ilgili beklentileri ifade etmektedir. 1-3-5-6-8-10-13-15-19. önermelere yanlış yanıtı için, 2-4-7-9-11-14-16-17-18-20. önermelere doğru yanıtı için 1 puan verilmektedir. Toplam puan 0 ile 20 arasında değişmektedir. Elde edilen "aritmetik toplam" "umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmiştir. BUÖ'nün kesim puanı yoktur, alınan puanlar yükseldikçe bireyin umutsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu kabul edilmektedir (Beck ve ark. 1974; Seber ve ark. 1993; Durak ve Palabıyıkoglu, 1994) (EK 4).

3.6.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği-COPE Inventory (BÇTDÖ)

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından stres yaratan durumlar karşısında kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla 1989 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2005 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 60 soru dört seçenek üzerinden cevaplandırılır. Bu seçenekler 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım dan oluşmaktadır. Ölçek 60 soru 15 alt boyuttan oluşmaktadır. COPE'un alt ölçeklerinin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermekte olup dörder sorudan oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun birey tarafından daha çok kullanıldığı hakkında bilgi verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5.Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, İnkâr, Davranışsal olarak boş verme, Zihinsel boş verme, Madde kullanımı alt ölçekleri ile değerlendirilmektedir. BÇTDÖ sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır (Tanrıöver 2012). Cronbach $\alpha=0.79$ olarak bulunmuştur. Alt ölçek puanları toplam puanla pozitif yönde bağıntı göstermiştir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989; Ağargün ve ark. 2005) (Ek 4)

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20,00 versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, median (ortanca), standart sapma kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirliğini belirlemek için Cronbach alpha testi kullanılmıştır. Cronbach alpha güvenirlik katsayı 0,40'dan küçük olması ölçeğin güvenilir olmadığını, 0,40-0,59 arası düşük güvenirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Yılmaz 2012). Normal dağılmayan verilerin analizinde iki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi , 3 veya daha fazla olan grup ortalamalarının

karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan iki değişken arasında ilişki Spearman korelasyon testi ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı 0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,89 yüksek, 0,90-1,00 çok yüksek ilişki şeklinde değerlendirilmektedir (Erdoğan ve ark.2015).

Tablo 3-1: İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ güvenilirlik katsayıları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
İnfertilite Damgalanma Ölçeği	0,91	27
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0,87	20
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	0,72	60

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı'nda tek merkezli olarak ve örneklem dahil edilme kriterlerine uygun infertil kadınların katılımı ile gerçekleştirilmesi nedeniyle sonuçlar yalnızca bu örneklem üzerine genellebilir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gerekli resmi izin ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan infertil kadınlara, araştırmacı kimliği, araştırma konusu ve amacı, verilen bilgilerinin gizliliğin sağlanacağı, bilgilerin nasıl kullanılacağı, konusunda bilgi verilerek ve araştırmayı kabul ettiklerine dair Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK 1) imzalatılıp sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Ayrıca araştırmada araştırmada kullanılmak üzere İnfertilite Damgalanma Ölçeği için Çapık'tan, Beck Umutsuzluk Ölçeği için Durak'tan, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği için Beşiroğlu'ndan ölçek kullanım izni alınmıştır.

4. BULGULAR

İnfertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört bölümde ele alınmıştır.

1. İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulgular,
2. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular,
- 3.İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. İDÖ ve BUÖ ile BÇTDÖ puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

4.1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: İnfertil kadınların yaş, yaşadığı yer, eğitim, çalışma ve gelir durumuna ilişkin bulgular (n=278)

Tanıtıcı Özellikler	X±SD	Min-Max
Yaş	30,46±5,20	19-43
Eşin yaşı	33,50±5,50	23-54
Eğitim yılı	9,85±4,47	0-16
	N	%
Yaş		
30 yaş ve altı	144	51,8
30 yaş üzeri	134	48,2
Eşin yaşı		
30 yaş ve altı	94	33,8
30 yaş üzeri	184	66,2
Yaşadığı yer		
Şehir	265	95,3
Kırsal bölge	13	4,7
Eğitim yılı		
8 yıl ve altı	140	50,4
8 yıl üzeri	138	49,6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	4	1,4
İlkokul	77	27,7
Ortaokul	60	21,6
Lise	68	24,5
Üniversite ve üzeri	69	24,8
Eşin eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	6	2,2
İlkokul	71	25,5
Ortaokul	55	19,8
Lise	91	32,7
Üniversite ve üzeri	55	19,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	95	34,2
Çalışmıyor	183	65,8
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	269	96,8
Çalışmıyor	9	3,2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	57	20,5
Gelir gidere denk	185	66,5
Gelir giderden fazla	36	12,9

Tablo 4-1’de görüldüğü gibi infertil kadınların 19-43 yaş grubunda ve ortalama $30,46 \pm 5,20$ yaşında olduğu, eşlerin ise 23-54 yaş grubunda ve ortalama $33,50 \pm 5,50$ yaşında olduğu belirlendi. Kadınların yaşlarına bakıldığında %31,4’ünün 30 yaş ve altında, % 48,2’ünün 30 yaş üzeri olduğu, eşlerin ise %33,8 ’inin 30 yaş ve altında, % 66,2’sinin 30 yaş üzeri olduğu saptandı.

Tedavi katılan kadınların %95,3 ’ünün şehir merkezi veya ilçede, %4,7’sinin kırsal bölgede yaşadığı belirlendi.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %1,4’ünün okuryazar olmadığı, %27,7’sinin ilkokul, %21,6’sının ortaokul, %24,5’nin lise, %24,8’inin üniversite mezunu olduğu, ortalama eğitim yılının $9,85 \pm 4,47$ (min=0, max=16) olduğu belirlendi. Ortalama eğitim yılı 8 yıl ve altında olanların oranı %50,4, 8 yıl üzeri olanların oranı %49,6 olarak bulundu. Eşlerin eğitim düzeyine bakıldığında ise %2,2’sinin okuryazar olmadığı, %25,5’inin ilkokul, %19,8’inin ortaokul, %32,7’sinin lise, %19,8’inin üniversite mezunu olduğu bulundu.

İnfertil kadınların çalışma ve gelir durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; kadınların %34,2’sinin, eşlerin ise %96,8’inin bir işte çalıştığı belirlendi. Kadınların %20,5’inin ekonomik durumunun “gelir-giderden az”, %66,5’ inin “gelir-gider denk”, %12,9’unun “gelir-giderden fazla” olduğu, %94,2’sinin sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: İnfertil kadınların evlilik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulgular (n=278)

Tanıttıcı Özellikler	X±SD	Min- Max
Evlilik yaşı	24,64±5,15	15-42
Evlilik süresi	5,87±3,88	1-25
İnfertilite süresi	5,02±3,73	1-25
İnfertilite tedavi süresi	2,66±3,00	0-25
	n	%
Evlenme şekli		
Görücü usulü	95	34,2
Severek	183	65,8
Evlilik yaşı		
25 yaş altı	153	55
25 yaş ve üzeri	125	45
Evlilik süresi		
5 yıldan az	130	46,8
5 yıl ve üzeri	148	53,2
Akraba evliliği		
Evet	24	8,6
Hayır	254	91,4
Aile tipi		
Geniş aile	54	19,4
Çekirdek aile	224	80,6
İnfertilite süresi		
5 yıldan az	161	57,9
5 yıl ve üzeri	117	42,1
İnfertilite nedeni		
Kadın Faktör	95	34,2
Erkek Faktör	53	19,1
Kadın+ Erkek Faktör	13	4,7
Nedeni belli değil	117	42,1
İnfertilite tedavi süresi		
3 yıldan az	203	73,0
3 yıl ve üzeri	75	27,0
İnfertilite tedavi durumu		
IUI	72	25,9
IVF	70	25,2
Medikal tedavi	45	16,2
Tedaviye yeni başvuru	91	32,7
Gebe kalma durumu		
Evet	80	28,8
Hayır	198	71,2
Ailede infertil kişi varlığı		
Var	47	16,9
Yok	231	83,1
İnfertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu		
Evet	101	36,3
Hayır	177	63,7

İnfertil kadınların evlilik durumlarına ilişkin özelliklerine bakıldığında evlilik yaşının 15-42 yaş aralığında ve ortalama $24,64 \pm 5,15$ olduğu, evlenme şekline bakıldığında %65,8'inin sevak, %34,2'sinin görücü usulü evlendiği, %8,6 'sının eşi ile akraba olduğu saptandı. Ayrıca kadınların ortalama evlilik süresinin $5,87 \pm 3,88$ (min=1, max=25) yıl olduğu, %46,8'inin evlilik süresinin 5 yıldan az, %53,2'sinin 5 yıl ve üzerinde olduğu belirlendi. Katılımcıların aile tipi incelendiğinde %19,4 'sinin geniş aile, %80,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulundu.

İnfertil kadınların infertilite özelliklerine ilişkin bulgularına bakıldığında; kadınların ortalama infertilite süresinin $5,02 \pm 3,73$ (min=1, max=25) yıl olduğu, %28,8' in daha önce gebe kaldığı ve bu gebeliklerin %96,25'inin düşük, %3,75'inin ise ektopik gebelik ile sonuçlandığı belirlendi.

Tedaviye başvuran kadınların infertilite nedenleri incelendiğinde katılımcıların %34,2'sinin kadın faktör, %19,1'inin erkek faktör, %4,7'sinin kadın ve erkek faktör, %32,7'sinin nedeni belli olmayan infertilite olgusu olduğu saptandı.

Kadınların infertilite tedavi sürelerine bakıldığında ortalama tedavi süresinin $2,66 \pm 3,00$ (min=0, max=25) yıl olduğu, %73'ünün tedavi süresinin 3 yıldan az, %37'sinin 3 yıl ve üzerinde olduğu belirlendi. Geçmişte alınan tedaviler incelendiğinde kadınların %25,9'unun IUI, %25,2'sinin IVF, %16,2 'sının ise medikal tedavi (klomifen sitrat veya gonadotropik ilaç tedavisi) aldığı, %32,7'sinin daha önce herhangi bir tedavi almadığı saptandı.

Katılımcıların %16,9'unun ailesinde infertil birey bulunduğu saptandı. Ailedeki infertil bireylerin %5,8'inin kız veya erkek kardeş, %3,4'ünün eşin kardeşi, %7,7 sinin diğer aile yakınları (amca, hala, teyze) oldukları belirlendi. İnfertil kadınların %36,3'ünün infertilitenin sosyal çevre ile ilişkilerini etkilediğini ifade ettikleri saptandı (Tablo 4-2).

4.2. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-3: İnfertil kadınların İDÖ puanlarına ilişkin bulgular

İnfertilite Damgalanma Ölçeği Alt Boyutu	X ± SD	Min-Max
Özdeğer kaybı	10,49±6,21	7-34
Sosyal geri çekilme	13,14±5,71	5- 25
Toplumsal damgalanma	15,93±7,49	9- 42
Ailesel damgalanma	7,75±3,53	6- 25
İDÖ toplam puanı	47,54 ±18.60	27- 123

Katılımcıların İDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; İDÖ toplam puanı 47,54 ±18.60 (min=27, max=123), özdeğer kaybı alt boyutu 10,49±6,21 (min=7, max=34), sosyal geri çekilme alt boyutu 13,14±5,71 (min=5, max=25), toplumsal damgalanma alt boyutu 15,93±7,49 (min=9, max=42), ailesel damgalanma alt boyutu 7,75±3,53 (min=6, max=25) puan olarak bulundu.

İDÖ yanıtlarına bakıldığında katılımcıların %48,2'sinin sosyal geri çekilme alt boyutu “Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.” maddesine, ve %33,8'inin “Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.”, maddesine, %29,5'inin toplumsal damgalanma alt boyutundan “Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum.”, maddesine “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtı verdiği saptandı. Kadınların %45'inin toplumsal damgalanma alt boyutunun “Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.” maddesine “Kesinlikle Katılmıyorum” yanıtı verdiği belirlendi (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: İnfertil kadınların BUÖ puanlarına ilişkin bulgular

Beck Umutsuzluk Ölçeği Alt Boyutu	X ± SD	Min- Max
Gelecek ile ilgili duygular	0,54±0,88	0-4
Motivasyon kaybı	1,07±1,27	0-6
Gelecek ile ilgili beklentiler	1,83±1,18	0-5
BUÖ toplam puanı	3,81 ±2,87	0-15

Tablo 4-4'te Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında çalışmaya katılan kadınların BUÖ toplam puan ortalaması 3,81 ±2,87 olduğu ve ölçeğe verilen değerlerin min-max 0-15 puan aralığında olduğu belirlendi. Gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutunun en yüksek puan ortalamasına (1,83±1,18) sahip olduğu bulundu.

Tablo 4-5: İnfertil kadınların BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	X ± SD	Min- Max.
Sorun Odaklı Başa Çıkma		
Yararlı sosyal destek kullanımı	11,43±3,40	4- 16
Aktif başa çıkma	10,60±3,01	4- 16
Geri durma	7,29±2,37	4- 14
Diğer meşguliyetleri bastırma	8,13±2,74	4- 16
Plan yapma	10,49±3,06	4- 16
Toplam puan	37,47±8,42	18-58
Duygusal Odaklı Başa Çıkma		
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12,74 ±2,55	4- 16
Dini olarak başa çıkma	14,67±1,80	8- 16
Şakaya vurma	7,46±3,54	4- 16
Duygusal sosyal destek kullanımı	11,51±2,87	4- 16
Kabullenme	9,01±2,57	4- 16
Toplam puan	47,95±6,28	32-61
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma		
Zihinsel boş verme	9,91 ±2,33	5- 16
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11,91 ±2,96	4- 16
İnkâr	6,16±2,60	4- 16
Davranışsal olarak boş verme	5,40±1,91	4- 15
Madde kullanımı	4,24±0,83	4- 10
Toplam puan	37,63±6,18	21-55

BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt boyut puanlarına (37,47±8,42 (min=18, max=58)) bakıldığında; yararlı sosyal destek kullanımı 11,43±3,40, aktif başa çıkma 10,60±3,01, geri durma 7,29±2,37, diğer meşguliyetleri bastırma 8,13±2,74, plan yapma 10,49±3,06 puan olduğu bulundu.

Duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu puanları (47,95±6,28 (min:32, max:61)) incelendiğinde; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme 12,74 ±2,55, dini olarak başa çıkma 14,67±1,80, şakaya vurma 7,46±3,54, duygusal sosyal destek kullanımı 11,51±2,87, kabullenme 9,01±2,57 puan olduğu belirlendi.

İşlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu puanlarına (37,63±6,18 (min:21, max:55)) bakıldığında ise; zihinsel boş verme 9,91 ±2,33, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma 11,91 ±2,96, inkâr 6,16±2,60, davranışsal olarak boş verme 5,40±1,91, madde kullanımı 4,24±0,8 puan olduğu saptandı (Tablo 4-5).

4.3. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özellikleri ile İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-6: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri İDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tanıttıcı Özellikler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ
Yaş					
30 yaş ve altı	10,50±5,97	13,77±5,91	16,20±7,29	7,70±3,63	48,25±1,80
30 yaş üzeri	10,47±6,21	12,47±5,42	15,65±7,73	7,81±3,44	46,79±1,92
Test	Z _{MWU} : -,080	Z _{MWU} : -1,750	Z _{MWU} : -1,087	Z _{MWU} : -,832	Z _{MWU} : -1,220
p değeri	0,937	0,080	0,277	0,405	0,223
Eğitim yılı					
8 yıl ve altı	11,13±6,67	17,30±8,36	17,30±8,36	7,97±3,70	50,60±20,28
8 yıl üzeri	9,84±5,66	14,55±6,23	14,55±6,23	7,53±3,35	44,44±16,23
Test	Z _{MWU} : -1,772	Z _{MWU} : -2,217	Z _{MWU} : -2,198	Z _{MWU} : -,881	Z _{MWU} : -2,616
p değeri	0,076	0,027*	0,028*	0,378	0,009*
Yaşadığı yer					
Şehir	10,25±5,83	13,12±5,67	15,79±7,34	7,79±3,58	47,20±18,21
Kırsal bölge	15,30±10,83	13,46±6,62	18,84±10,09	7,0±2,90	54,61±25,21
Test	Z _{MWU} : -1,562	Z _{MWU} : -,135	Z _{MWU} : -1,076	Z _{MWU} : -,822	Z _{MWU} : -,933
p değeri	0,118	0,893	0,282	0,411	0,351
Çalışma durumu					
Çalışıyor	10,58±6,22	12,55±5,78	15,37±7,67	7,63±3,41	46,15±18,03
Çalışmıyor	10,44±6,22	13,44±5,66	16,22±7,41	7,81±3,60	48,26±18,60
Test	Z _{MWU} : -,774	Z _{MWU} : -1,358	Z _{MWU} : -1,549	Z _{MWU} : -,578	Z _{MWU} : -1,118
p değeri	0,439	0,174	0,121	0,563	0,264
Gelir durumu					
Gelir giderden az	11,40± 6,72	13,38±5,95	16,36±7,98	8,92±4,61	50,78±21,36
Gelir gidere denk	9,97±5,70	12,95±5,59	15,83±7,46	7,44±3,26	46,32±17,64
Gelir giderden fazla	11,69±7,61	13,75±6,02	8,92±4,61	7,74±2,46	48,69±18,61
Test	X ² _{KW} : 3,782	X ² _{KW} : ,600	X ² _{KW} : ,185	X ² _{KW} : 1,361	X ² _{KW} : -1,36
p değeri	0,151	0,741	0,912	0,256	0,506
Aile tipi					
Geniş aile	11,46±6,72	14,18±6,15	17,94±8,83	8,01±4,07	51,16±21,97
Çekirdek aile	10,25±6,07	12,89±5,58	15,45±7,07	7,69±3,39	46,50±17,61
Test	Z _{MWU} : - 1,613	Z _{MWU} : -1,440	Z _{MWU} : -1,698	Z _{MWU} : -,363	Z _{MWU} : -1,409
p değeri	0,107	0,150	0,090	0,717	0,159
Evlenme şekli					
Görücü usulü	11,72±7,35	14,26±6,13	18,28±8,86	8,36±4,07	52,74±21,47
Severek	9,85±5,44	12,56±5,41	14,72±6,37	7,43±3,18	44,84±16,34
Test	Z _{MWU} : - 1,235	Z _{MWU} : -2,255	Z _{MWU} : -3,034	Z _{MWU} : -2,204	Z _{MWU} : -2,917
p değeri	0,217	0,024*	0,002*	0,027*	0,004*

Z_{MWU}: Mann-Whitney U X²_{KW}: Kruskal Wallis *p<0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4-6 (Devam): İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri İDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tanıtıcı Özellikler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ
Evlilik süresi					
5 yıldan az	9,89±5,66	12,47±5,83	15,17±7,36	7,64±3,59	45,19±18,02
5 yıl ve üzeri	11,02±6,60	13,72±5,55	16,60±7,58	7,85±3,48	49,61±18,92
Test	$Z_{MWU}:-2,007$	$Z_{MWU}:-1,963$	$Z_{MWU}:-1,913$	$Z_{MWU}:-1,156$	$Z_{MWU}:-2,319$
p değeri	0,045*	0,050*	0,056	0,248	0,020*
Akraba evliliği					
Evet	11,08±6,80	14,37±6,26	16,41±7,82	8,50±5,09	52,04±24,09
Hayır	10,43±6,16	13,02±5,65	15,89±7,48	7,68±3,35	47,12±18,00
Test	$Z_{MWU}:-,914$	$Z_{MWU}:-1,034$	$Z_{MWU}:-,163$	$Z_{MWU}:-,393$	$Z_{MWU}:-,687$
p değeri	0,361	0,301	0,870	0,695	0,492
Gebe kalma durumu					
Evet	12,05±7,52	13,65±5,90	16,82±7,98	7,85±3,74	50,37±20,03
Hayır	9,86±5,50	12,93±5,63	15,58±7,28	7,71±3,45	46,40±17,92
Test	$Z_{MWU}:-2,589$	$Z_{MWU}:-,836$	$Z_{MWU}:-1,512$	$Z_{MWU}:,079$	$Z_{MWU}:-,1,480$
p değeri	0,010*	0,403	0,131	0,937	0,139
İnfertilite nedeni					
Kadın Faktör	9,49±5,27	12,75±7,44	15,15±7,44	8,18±4,16	49,96±18,30
Erkek Faktör	11,67±7,33	13,82±5,62	17,26±7,83	7,21±2,56	45,77±18,73
Kadın + Erkek F.	10,0±4,02	14,15±5,85	17,23±8,95	9,53±4,66	50,92±19,85
Nedeni belli değil	10,04±5,71	12,65±5,81	15,07±6,98	7,80±3,71	46,00±18,63
Test	$X^2_{KW}:7,000$	$X^2_{KW}:3,441$	$X^2_{KW}:5,199$	$X^2_{KW}:6,018$	$X^2_{KW}:4,860$
p değeri	0,072	0,329	0,158	0,111	0,182
Ailede infertil kişi varlığı					
Var	10,04±5,94	14,87±5,15	17,87±6,68	7,95±3,12	50,95±14,27
Yok	10,58±6,27	12,79±5,76	15,54±7,60	7,71±3,61	46,85±19,32
Test	$Z_{MWU}:-,078$	$Z_{MWU}:-2,435$	$Z_{MWU}:-2,865$	$Z_{MWU}:-1,354$	$Z_{MWU}:-2,683$
p değeri	0,938	0,015*	0,004*	0,176	0,007*
İnfertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu					
Evet	12,54±6,96	15,78±5,55	19,14±8,04	9,51±4,75	57,18±20,49
Hayır	9,32±5,42	11,63±5,24	14,10±6,51	6,75±2,00	42,04±14,91
Test	$Z_{MWU}:-5,120$	$Z_{MWU}:-5,730$	$Z_{MWU}:-5,630$	$Z_{MWU}:-7,025$	$Z_{MWU}:-6,748$
p değeri	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

Z_{MWU} : Mann-Whitney U X^2_{KW} :Kruskal Wallis * $p<0,05$ düzeyinde anlamlı

İDÖ Özdeğer alt boyutu ile evlilik süresi ($p=0,045$), gebe kalma durumu ($p=0,010$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark saptandı. Bu puanın evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda ($11,02\pm6,60$), daha önce gebe kalanlarda ($12,05\pm7,52$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($12,54\pm6,96$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

İDÖ Sosyal Geri Çekilme alt boyutu ile eğitim yılı ($p=0,027$), evlenme şekli ($p=0,024$), evlilik süresi ($p=0,050$), ailede infertil kişi varlığı ($p=0,015$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark bulundu. Bu puanın eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($17,30\pm8,36$), görücü usulü evlenenlerde ($14,26\pm6,13$), evlilik süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda ($13,72\pm5,55$), ailesinde infertil kişi bulunanlarda ($14,87\pm5,15$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($15,78\pm5,55$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

İDÖ Toplumsal Damgalanma alt boyutu ile eğitim yılı ($p=0,028$), evlenme şekli ($p=0,002$), ailede infertil kişi varlığı ($p=0,004$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark saptandı. Bu puanın eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($17,30\pm8,36$), görücü usulü evlenenlerde ($18,28\pm8,86$), ailesinde infertil kişi bulunanlarda ($17,87\pm6,68$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($19,14\pm8,04$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

İDÖ Ailesel Damgalanma alt boyutu ile evlenme şekli ($p=0,027$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark saptandı. Görücü usulü evlenenlerde ($8,36\pm4,07$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($9,51\pm4,75$) bu puanın anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

İDÖ toplam puanı ile eğitim yılı ($p=0,009$), evlenme şekli ($p=0,004$), evlilik süresi ($p=0,020$), ailede infertil kişi varlığı ($p=0,007$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark bulundu. İDÖ toplam puanının eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($50,60\pm20,28$), görücü usulü evlenenlerde ($52,74\pm21,47$), evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda ($49,61\pm18,92$), ailesinde infertil kişi bulunan kadınlarda ($50,95\pm14,27$), infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($57,18\pm20,49$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BUÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tanıttıcı Özellikler	Gelecek ile ilgili duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile ilgili Beklentiler	BUÖ
Yaş				
30 yaş ve altı	0,51±0,86	0,98±1,14	1,77±1,16	3,59±2,61
30 yaş üzeri	0,58±0,91	1,16±1,40	1,90±1,20	4,05±3,12
Test	Z _{MWU} : -,914	Z _{MWU} : -,687	Z _{MWU} : -,860	Z _{MWU} : -,1948
p değeri	0,492	0,522	0,390	0,36
Evlilik süresi				
5 yıldan az	0,49±0,84	1,00±1,21	1,64±1,13	3,42±2,85
5 yıl ve üzeri	0,59±0,91	1,12±1,33	2,00±1,19	4,16± 2,85
Test	Z _{MWU} : -1,127	Z _{MWU} : -,726	Z _{MWU} : -2,553	Z _{MWU} : -2,920
p değeri	0,260	0,468	0,011*	0,003*
Eğitim yılı				
8 yıl ve altı	0,62±0,91	1,28±1,42	2,07±1,18	4,40±3,08
8 yıl üzeri	0,46±0,84	0,85±1,07	1,60±1,13	3,21± 2,51
Test	Z _{MWU} : -1,851	Z _{MWU} : -2,606	Z _{MWU} : -3,201	Z _{MWU} : -3,802
p değeri	0,064	0,009*	0,001*	0,000*
Çalışma durumu				
Çalışıyor	0,35±0,66	0,96±1,07	1,76±1,13	3,41±2,30
Çalışmıyor	0,64±0,96	1,12±1,36	1,87±1,20	4,02±3,11
Test	Z _{MWU} : -2,395	Z _{MWU} : -,378	Z _{MWU} : -623	Z _{MWU} : -1,239
p değeri	0,017*	0,706	0,533	0,215
Gelir durumu				
Gelir giderden az	0,49±0,80	1,29±1,20	2,10±1,14	4,24±2,81
Gelir gidere denk	0,54±0,87	1,02±1,28	1,75±1,17	3,69±2,86
Gelir giderden fazla	0,63±1,04	0,94±1,30	1,83±1,25	3,75± 3,05
Test	X ² _{KW} :0,197	X ² _{KW} :5,214	X ² _{KW} :4,258	X ² _{KW} : 2,639
p değeri	0,906	0,074	0,119	0,267
Aile tipi				
Geniş aile	0,57±0,83	1,09±1,27	2,12±1,18	4,27±3,08
Çekirdek aile	0,54±0,89	1,06±1,27	1,76±1,71	3,70±2,81
Test	Z _{MWU} : -,686	Z _{MWU} : -,022	Z _{MWU} : -1,871	Z _{MWU} : -1,498
p değeri	0,493	0,983	0,061	0,134
Evlenme şekli				
Görücü usulü	0,60±0,86	1,24±1,42	2,05±1,29	4,35±3,23
Severek	0,51±0,89	0,98±1,18	1,72±1,105	3,53±2,63
Test	Z _{MWU} : -1,208	Z _{MWU} : -1,277	Z _{MWU} : -2,002	Z _{MWU} : -1,955
p değeri	0,227	0,202	0,045*	0,051
Akraba evliliği				
Evet	0,58±0,92	1,29±1,33	1,95±1,12	4,37±2,55
Hayır	0,54±0,88	1,05±1,27	1,82±1,18	3,76±2,90
Test	Z _{MWU} : -,215	Z _{MWU} : -1,041	Z _{MWU} : -,545	Z _{MWU} : -2,007
p değeri	0,830	0,298	0,586	0,045*
İnfertilite süresi				
5 yıldan az	0,50±0,84	1,01±1,27	1,70±1,15	3,49±2,81
5 yıl ve üzeri	0,60±0,93	1,15±1,27	2,02±1,19	4,25±2,91
Test	Z _{MWU} : -,862	Z _{MWU} : -1,281	Z _{MWU} : -2,100	Z _{MWU} : -2,843
p değeri	0,389	0,200	0,036*	0,004*

Z_{MWU}: Mann-Whitney U X²_{KW}:Kruskal Wallis *p<0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4-7 (Devam): İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BUÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tanıttıcı Özellikler	Gelecek ile ilgili duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile ilgili Beklentiler	BUÖ
Gebe kalma durumu				
Evet	0,65±0,96	1,31±1,41	1,97±1,22	4,36±3,15
Hayır	0,50±0,84	0,97±1,20	1,78±1,16	3,59± 2,73
Test	$Z_{MWU}:-1,150$	$Z_{MWU}:-1,951$	$Z_{MWU}:-1,155$	$Z_{MWU}:-2,007$
p değeri	0,250	0,051	0,248	0,043*
İnfertilite nedeni				
Kadın Faktör	0,33±0,73	0,67±0,84	1,58±1,15	4,58±3,20
Erkek Faktör	0,71±0,94	1,30±1,46	2,10±1,21	2,90±2,37
Kadın+ Erkek Faktör	0,53±0,66	1,30±1,37	2,53±1,19	5±2,94
Nedeni belli değil	0,50±0,90	1,03±1,22	1,65±1,09	3,47± 2,61
Test	$X^2_{KW}:9,619$	$X^2_{KW}:6,965$	$X^2_{KW}:12,350$	$X^2_{KW}: 17,61$
p değeri	0,022*	0,073	0,006*	0,001*
Ailede infertil kişi varlığı				
Var	0,61±0,84	1,31±1,43	2,02±1,37	4,27±3,18
Yok	0,53±0,89	1,02±1,23	1,80±1,13	3,72±2,80
Test	$Z_{MWU}:-1,022$	$Z_{MWU}:-1,382$	$Z_{MWU}:-,693$	$Z_{MWU}:-,996$
p değeri	0,307	0,167	0,488	0,334
İnfertilite tedavi süresi				
3 yıldan az	0,57±0,90	1,03±1,24	1,85±1,20	3,80±2,90
3 yıl üzeri	0,48±0,84	1,17±1,34	1,80±1,11	3,84±2,81
Test	$Z_{MWU}:-,878$	$Z_{MWU}:-,818$	$Z_{MWU}:-,201$	$Z_{MWU}:-,287$
p değeri	0,380	0,413	0,841	0,774
İnfertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu				
Evet	0,78±1,03	1,33±1,48	2,28±1,31	4,94±3,32
Hayır	0,41±0,75	0,92±1,11	1,58±,01	3,17±2,36
Test	$Z_{MWU}:-3,230$	$Z_{MWU}:-2,249$	$Z_{MWU}:-4,249$	$Z_{MWU}:-4,702$
p değeri	0,001*	0,024*	0,000*	0,000*

Z_{MWU} : Mann-Whitney U X^2_{KW} :Kruskal Wallis * $p<0,05$ düzeyinde anlamlı

BUÖ Gelecekle ilgili Duygular alt boyut puanı ile çalışma durumu ($p=0,017$), infertilite nedeni ($p=0,022$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkiyi etkileme durumu ($p=0,001$) arasında anlamlı fark bulundu. Herhangi bir işte çalışmayanlarda ($0,64±0,96$), erkek faktör infertilitesi olanlarda ($0,71±0,94$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($0,78±1,03$) Gelecekle ilgili Duygular alt boyut puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

BUÖ Motivasyon Kaybı alt boyut puanı ile eğitim yılı ($p=0,009$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkiyi etkileme durumu ($p=0,024$) arasında anlamlı fark bulundu. Eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($1,28\pm1,42$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($1,33\pm1,48$) Motivasyon Kaybı alt boyut puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

BUÖ Gelecekle ilgili Beklentiler alt boyutu ile evlilik süresi ($p=0,011$), eğitim yılı ($p=0,001$), evlenme şekli ($p=0,045$), infertilite süresi ($p=0,036$) infertilite nedeni ($p=0,006$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark saptandı. Evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda ($2,00\pm1,19$), eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($2,07\pm1,18$), görücü usulü evlenenlerde ($2,05\pm1,29$), infertilite süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda ($2,02\pm1,19$), hem kadın hem erkek faktör infertilitesi bulunanlarda ($2,53\pm1,19$), infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($2,28\pm1,31$) Gelecekle ilgili Beklentiler alt boyut puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7).

İnfertil kadınların demografik özellikleri ile BUÖ puanları karşılaştırıldığında; BUÖ toplam puanı ile evlilik süresi ($p=0,003$), eğitim yılı ($p=0,000$), akraba evliliği ($p=0,045$), infertilite süresi ($p=0,004$), gebe kalma durumu ($p=0,043$), infertilite nedeni ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkiyi etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark saptandı. Evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda ($4,16\pm 2,85$), eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda ($4,40\pm3,08$), akraba evliliği bulunanlarda ($4,37\pm2,55$), infertilite süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda ($4,25\pm2,91$), daha önce gebe kalanlarda ($4,36\pm3,15$), hem kadın hem erkek faktör infertilitesi olanlarda ($5\pm2,94$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda ($4,94\pm3,32$) BUÖ toplam puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Yaş, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, evlenme şekli, ailede infertil kişi varlığı, infertilite tedavi süresi ile BUÖ toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tanıttıcı Özellikler	Sorun Odaklı Başa Çıkma	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma
Yaş			
30 yaş ve altı	36,09±8,60	47,90±6,53	37,72±5,96
30 yaş üzeri	38,95±7,99	48,0±6,02	37,53±6,44
Test	Z _{MWU} :-2,674	Z _{MWU} :-,022	Z _{MWU} :-,206
p değeri	0,008*	0,983	0,837
Eğitim yılı			
8 yıl ve altı	34,83±8,11	47,20±6,05	37,23±,07
8 yıl üzeri	40,15±7,89	48,71±6,44	38,04±6,29
Test	Z _{MWU} :-5,251	Z _{MWU} :-2,064	Z _{MWU} :-1,047
P değeri	0,000*	0,039*	0,295
Gelir durumu			
Gelir giderden az	38,73±8,58	47,73±7,21	39,33±6,30
Gelir gidere denk	37,20±8,40	48,09±5,91	37,28±5,99
Gelir giderden fazla	36,88±8,26	47,55±6,69	36,77±6,67
Test	X ² _{KW} :2,229	X ² _{KW} :.056	X ² _{KW} 5,869
P değeri	0,328	0,972	0,053
Aile tipi			
Geniş aile	33,88±7,88	47,31±6,07	37,55±6,59
Çekirdek aile	38,33±8,33	48,10±6,33	37,65±6,10
Test	Z _{MWU} :-3,441	Z _{MWU} :-,796	Z _{MWU} :-,740
P değeri	0,001*	0,426	0,459
Evlenme şekli			
Görücü usulü	34,23±7,95	47,45±6,42	38,0±6,13
Severek	39,15±8,18	48,21±6,21	37,44±6,22
Test	Z _{MWU} :-4,639	Z _{MWU} :-,840	Z _{MWU} :-,725
P değeri	0,000*	0,401	0,469
Gebe kalma durumu			
Evet	37,40±8,69	47,81±6,05	38,80±6,42
Hayır	37,50±8,33	48,01±6,39	37,16±6,04
Test	Z _{MWU} :-,096	Z _{MWU} :-,283	Z _{MWU} :-1,797
P değeri	0,923	0,777	0,072
İnfertilite nedeni			
Kadın Faktör	38,30±7,51	48,86±6,29	36,73±5,61
Erkek Faktör	35,23±8,39	47,50±6,06	36,94±5,73
Kadın + Erkek Faktör	33,84±9,69	48,15±6,58	38,0±6,41
Nedeni belli değil	39,32±8,23	48,15±6,40	38,56±6,69
Test	X ² _{KW} :15,267	X ² _{KW} :3,653	X ² _{KW} :5,900
P değeri	0,002*	0,301	0,117
İnfertilite tedavi süresi			
3 yıldan az	37,57±8,54	47,96±6,43	37,29±6,20
3 yıl ve üzeri	37,20±8,13	47,92±5,89	38,57±6,08
Test	Z _{MWU} :-,416	Z _{MWU} :-,241	Z _{MWU} :-1,455
P değeri	0,677	0,809	0,146
İnfertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu			
Evet	35,04±7,75	46,58±6,47	37,77±6,42
Hayır	38,85±8,49	48,73±6,05	37,55±6,06
Test	Z _{MWU} :-3,417	Z _{MWU} :-2,712	Z _{MWU} :-,562
P değeri	0,001*	0,007*	0,574

Z_{MWU}: Mann-Whitney U X²_{KW}:Kruskal Wallis *p<0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4-8’de infertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özellikleri ile BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Sorun odaklı başa çıkma puanı ile yaş ($p=0,008$), eğitim yılı ($p=0,000$), evlenme şekli ($p=0,000$), infertilite nedeni ($p=0,002$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,001$) arasında anlamlı fark bulundu. Sorun odaklı başa çıkma puanının 30 yaş ve üzerinde olanlarda ($38,95\pm7,99$), eğitim yılı 8 yıl ve üzerinde olanlarda ($40,15\pm7,89$), severek evlenenlerde ($39,15\pm8,18$), infertilite nedeni belli olmayanlarda ($39,32\pm8,23$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkilerini etkilemediğini ifade eden ($38,85\pm8,49$) kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı. Gelir durumu, aile tipi, gebe kalma durumu, infertilite tedavi süresi ile sorun odaklı başa çıkma puanı arasında anlamlı fark saptanmadı.

Duygusal odaklı başa çıkma puanı ile eğitim yılı ($p=0,039$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,007$) arasında anlamlı fark bulundu. Duygusal odaklı başa çıkma puanının eğitim yılı 8 yıl ve üzerinde olanlarda ($48,71\pm6,44$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkilerini etkilemediğini ifade eden ($48,73\pm6,05$) kadınlarda daha yüksek olduğu saptandı. Yaş, gelir durumu, aile tipi, evlenme şekli, gebe kalma durumu, infertilite nedeni, infertilite tedavi süresi ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

İşlevsel olmayan başa çıkma puanı ile yaş, eğitim yılı, gelir durumu, aile tipi, evlenme şekli, gebe kalma durumu, infertilite nedeni, infertilite tedavi süresi ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4-8).

4.4. İDÖ ve BUÖ ile BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu bölümde İDÖ ve alt boyutları ile BUÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin ve BÇTDÖ alt boyutları ile BUÖ ve İDÖ puanları arasındaki ilişkinin incelendiği iki tabloya yer verildi.

Tablo 4-9: İDÖ ve alt boyutları ile BUÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

	Gelecek ile ilgili duygular		Motivasyon Kaybı		Gelecek ile ilgili beklentiler		BUÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Özdeğer Kaybı	,166(**)	,005	,338(*)	,003	,394(*)	,000	,338(*)	,000
Sosyal Geri Çekilme	,266(*)	,000	,299(*)	,015	,316(*)	,000	,299(*)	,000
Toplumsal Damgalanma	,282(*)	,000	,317(*)	,005	,280(*)	,000	,317(*)	,000
Ailesel Damgalanma	,205(*)	,001	,291(*)	,000	,261(*)	,000	,291(*)	,000
İDÖ	,261(*)	,000	,333(*)	,005	,357(*)	,000	,333(*)	,000

*Spearman's rho *p<0,001 düzeyinde anlamlı *p<0,05 düzeyinde anlamlı*

Tablo 4-9'da İnfertilite Damgalanma Ölçeği ele alındığında; Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanı ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. İnfertilite damgalanma ölçeği puanı arttıkça Beck umutsuzluk ölçeği puanı da artmaktadır. Beck umutsuzluk ölçeği gelecek ile ilgili duygular ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu ile $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, pozitif yönde, motivasyon kaybı alt boyutunda ise $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde çok zayıf derecede pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ele alındığında; infertilite damgalanma ölçeği toplam puanı ve özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutları ile $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4-10: BÇDTÖ alt boyutları ile BUÖ ve İDÖ arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

	İDÖ		BUÖ	
	r	p	R	p
Sorun Odaklı Başa Çıkma	-,320	,000	-,229	,000
Yararlı sosyal destek kullanımı	-,133(**)	,027	-,252(*)	,000
Aktif başa çıkma	-,278(*)	,000	-,313(*)	,000
Geri durma	-,119(**)	,048	-,140(**)	,020
Diğer meşguliyetleri bastırma	-,242(*)	,000	-,258(*)	,000
Plan yapma	-,243(*)	,000	-,262(*)	,000
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	-,145	,016*	-,318	,000
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-,264(*)	,000	-,370(*)	,000
Dini olarak başa çıkma	-,038	,524	-,143(**)	,017
Şakaya vurma	-,131(**)	,028	-,091	,132
Duygusal sosyal destek kullanımı	-,034	,568	-,166(**)	,006
Kabullenme	-,062	,299	-,091	,338
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	-,145	,016*	,058	,338
Zihinsel boş verme	,084	,164	,082	,174
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	,213(*)	,000	,091	,129
İnkar	-,089	,139	-,054	,372
Davranışsal olarak boş verme	,019	,747	,064	,290
Madde kullanımı	,012	,842	,063	,293

*Spearman's rho *p<0,001 düzeyinde anlamlı *p<0,05 düzeyinde anlamlı*

BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt boyutu ile İDÖ toplam puanı arasında $p<0,001$ düzeyinde anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde, duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, çok zayıf derecede, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. BÇTDÖ pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ve aktif başa çıkma alt boyutları ile İDÖ toplam puanı arasında $p<0,001$ düzeyinde anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Yararlı sosyal destek kullanımı, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, şakaya vurma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma alt boyutlarıyla $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, çok zayıf düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu ile BUÖ toplam puanı arasında $p<0,001$ düzeyinde anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde, sorun odaklı başa alt boyutu ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, çok zayıf derecede, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Beck umutsuzluk ölçeği ile işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmadı. BÇTDÖ pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma alt boyutları ile BUÖ toplam puanı arasında $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlendi. BÇTDÖ geri durma ve duygusal sosyal destek kullanımı alt boyutları ile BUÖ toplam puanı arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, çok zayıf derecede, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4-10).

5. TARTIŞMA

İnfertilite yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına karşın kadını fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal olmak üzere pek çok yönden etkileyen bir yaşam krizi olduğu belirtilmektedir. Toplumun aile kurumun temel ögesi olarak kabul ettiği çocuk sahibi olma beklentisini karşılayamayan kadın sıklıkla sosyal baskı ve damgalanmaya maruz kalmakta, stres, anksiyete, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk gibi olumsuz duygular yaşamaktadır. İnfertil kadınların bu olumsuz duygularla başa çıkmada etkin baş etme yöntemlerini kullanması oldukça önemlidir (Yanikkerem ve ark. 2008; Şen ve Sevil 2016; Yılmaz ve Oskay 2014; Seymenler ve Siyez 2018).

Bu çalışma infertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular beş başlık altında literatürde yer alan çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

1. İnfertil kadınların sosyo-demografik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. İDO ile sosyo-demografik ve infertilite özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. BUÖ ile sosyo-demografik ve infertilite özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
4. BÇTDÖ ile sosyo-demografik ve infertilite özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
5. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ arasındaki ilişkiye ilişkin bulguların tartışılması

5.1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadın yaşının fertilite açısından önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada infertil kadınların yaş ortalaması $30,46 \pm 5,20$ (min=19, max=43), eşlerin yaş ortalaması ise $33,50 \pm 5,50$ (min=22, max=54) olarak belirlendi (Tablo 4-1). Kavlak ve Saruhan (2002)'ın 150 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $29,61 \pm 5,45$ olarak bulunmuştur. Güleç ve ark. (2011)'nın 120 infertil çift ile yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $30,7 \pm 5,6$, erkeklerinki ise $34,8 \pm 6,4$ olarak belirlenmiştir. Peterson ve ark. (2014)'nın 1049 infertil erkek ve 1131 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $31,9 \pm 3,6$, erkeklerin yaş ortalaması $34,3 \pm 5,1$ olduğu saptanmıştır. Şen ve ark.(2014)'nın çalışmasında kadınların %44,8'inin 30-34 yaş aralığında, erkeklerin %39,6'sının 35-39 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Taşkın ve ark. (2016)'nın çalışmasında kadınların yaş ortalaması $29,53 \pm 5,21$ olarak bulunmuştur. Samani ve ark.(2017)'nin 180 infertil çift ile yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $29,39 \pm 5,09$ ve erkeklerin yaş ortalaması $32,94 \pm 4,74$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada infertil çiftlerin yaş ortalaması daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Bu çalışmada kadınların eğitim durumları incelendiğinde %1,4'ünün okuryazar olmadığı, %27,7'sinin ilkokul, %21,6'sının ortaokul, %24,5'nin lise, %24,8'inin üniversite mezunu olduğu, ortalama eğitim yılının $9,85 \pm 4,47$ olduğu belirlendi (Tablo 4-1) . TNSA 2013 verilerine göre üreme çağındaki kadınların %12'sinin eğitimi yok/ilkokul bitirmemiş, %34,6'sının ilkokul, %22,3'sinin ortaokul ve %31,1'inin lise ve üzeri mezun olduğu saptanmıştır. Safarinejad (2008)'nin 285 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %5'inin okur-yazar olmadığı, %38'inin ilköğretim-ortaöğretim, %32'sinin lise ve %25'inin üniversite olduğu belirlenmiştir. Şen ve ark.(2014)'nin yaptığı çalışmada kadınların %4,4'ünün okuryazar değil-okuryazar olduğu, %45,5'inin ilkokul-ortaokul, %28,4'ünün lise, %21,6'sının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Karaca ve Ünsal (2015a)'ın 118 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %49,1'inin ilkokul, %13,6'sının ortaokul, %22,9'nun lise, %14,4'ünün üniversite ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Taşkın ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada kadınların %1,7'sinin okuryazar olmadığı, %1,1'inin okuryazar olduğu, %45,4'ünün ilkokul-ortaokul, %27'sinin lise, %24,7'sinin üniversite mezunu olduğu

saptanmıştır. Aydın ve ark. (2015)'nin 88 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %22,7'si ilkokul, %15,9'u ortaokul, %30,7'si lise, % 30,7'si üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları ve daha önce infertil kadınlarla yapılmış çalışmaların sonucu infertil kadınların okur-yazar olmayanlarının oranının düşük olması, ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olanların oranlarının birbirine yakın olması açısından benzerdir. TNSA 2013 verilerine göre bu çalışmada okuryazar olmayanların oranının düşük olması ve lise ve üniversite mezunu olan kadınların oranının daha yüksek olması, çalışmanın kentsel bir bölgede yapılmış olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kadınların çalışma, gelir ve sosyal güvence durumları incelendiğinde; kadınların %34,2'sinin, eşlerin ise %96,8'inin bir işte çalıştığı, kadınların %20,5'inin ekonomik durumunun gelir-giderden az, %66,5'inin gelir-giderden fazla olduğu, %12,9'unun gelir-giderden fazla olduğu, %94,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu saptandı (Tablo 4-1). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %31'i çalışmaktadır. Yılmaz (2012) çalışmasında kadınların %25,7'sinin çalıştığı belirlenmiştir. Teskereci ve Öncel (2013)'in yaptığı çalışmada kadınların gelir düzeyi %31,5'inin "gelir giderden az" olduğu, %40'ının "gelir gider eşit" olduğu, %28,5'inin "gelir giderden fazla" olduğu, %41'inin bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları ile TNSA 2013 verileri kadınların çalışma oranı açısından benzerdir. Teskereci ve Öncel çalışma sonucu ile bu çalışma sonuçları kadınların gelir durumlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada ortalama evlilik yaşının $24,64 \pm 5,15$ (min=15, max=42) olduğu ve ortalama evlilik süresinin $5,87 \pm 3,88$ (min=1, max=25) yıl olduğu belirlendi (Tablo 4-2). TNSA 2013 verilerine göre ilk evlenme yaşı 21 olarak bulunmuştur. Güleç ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada ortalama evlilik yaşı $24,25 \pm 5,52$, Taşkın ve ark. (2016)'nin çalışmasında $23,21 \pm 4,34$ olarak bulunmuştur. Erbil ve ark. (2010)'da yaptığı çalışmada ortalama evlilik süresi $9,89 \pm 5,81$, Güngör ve ark.(2015)'nin çalışmasında $5,94 \pm 4,05$ yıl olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucu Güleç ve ark., Taşkın ve ark. çalışma sonuçları ile ortalama evlilik yaşı, Güngör ve ark.'ın çalışma sonucu ile ortalama evlilik süresi açısından uyumludur. TNSA verilerine göre çalışmamızda ortalama evlilik yaşı daha yüksek bulundu. Bu durumun çalışmanın kentsel bölgede yapılmış olması ve çalışmamıza katılan infertil kadınların çalışma oranının yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada ortalama infertilite süresi $5,02 \pm 3,73$ (min=1, max=25) yıl olarak bulunmuştur (Tablo 4-2). Wu ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların %55,4'ünün infertilite süresi 6 yıl ve altı, %44,6'sının infertilite süresi 6 yıl üzerinde bulunmuştur. Güngör ve ark.(2015) çalışmasında ortalama infertilite süresi $4,21 \pm 2,63$, Aydın ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada $2,9 \pm 1,1$, Peterson ve ark. (2014) 1049 infertil erkek ve 1131 infertil kadınla yaptığı çalışmada $4,2 \pm 2,3$ yıl olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ile Wu ve ark., Peterson ve ark. çalışma sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada kadınların infertilite nedenleri incelendiğinde katılımcıların %34,2'sinin kadın faktör, %19,1'inin erkek faktör, %4,7'sinin kadın ve erkek faktör, %32,7'sinin nedeni belli olmayan infertilite olgusu olduğu belirlendi (Tablo 4-2). Lykeridou ve ark. (2009)'nin 400 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadın faktör infertilite %25, erkek faktör infertilite %37, kadın ve erkek faktör infertilite %22, açıklanamayan infertilite %16 oranında bulunmuştur. Teskereci ve Öncel (2013)'in 200 infertil çift ile yaptığı çalışmada %47,5'inin kadın faktör, %22,5'inin erkek faktör, %8'inin kadın ve erkek faktör olduğu, %22'sinin nedeninin belli olmadığı belirtilmiştir. Karaca ve Ünsal (2015a)'ın 118 primer infertil kadınla yaptığı çalışmada %33,1'inin kadın faktör, %22'sinin erkek faktör, %8,5'inin kadın ve erkek faktör, %36,4'ünün açıklanamayan infertilite olgusu olduğu bulunmuştur. Altıntop ve Keskin (2018) 315 infertil kişi ile yaptığı çalışmada infertilite kaynağı olarak %26,7'sinin kadın faktör, %25,1'inin erkek faktör, %13,5'inin hem kadın hem erkek faktör, %34,7'sinin açıklanamayan infertilite olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada infertilite nedenleri Karaca ve Ünsal(2015a)'ın çalışmasıyla benzer olup infertilite sorununda kadın faktörün önemli bir sıklığa sahip olduğu yönündedir.

Bu çalışmada kadınların infertilite tedavi süresinin $2,66 \pm 3,00$ (min=0, max=25) yıl olduğu, sıklıkla IUI ve IVF tedavisi aldığı, %32,7'sinin tedaviye yeni başladığı saptandı (Tablo 4-2). Algül (2013), Altıntop ve Kesgin (2018) yaptığı çalışma sonuçları da tedavi süresi ve tedavi tipi açısından benzer olup bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. İnfertilite tedavisindeki gelişmelerle birlikte tedaviye erken başlama, IVF tedavisinin başarılı sonuçları, tedaviye başvurma sürelerini kısaltmıştır. Bu nedenle güncel çalışmalarda tedaviye yeni başvuran sayısının çokluğu dikkat çekicidir.

5.2. İDÖ İle Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Pronatalist toplumlarda annelik kadınlığın temel rollerinden biri olarak görülmektedir. Bu beklentiyi karşılayamayan infertil kadınlar damgalanmaya maruz kalmakta, kadında değersizlik, eksiklik, utanç duyguların yaşanmasına neden olarak sosyal izolasyona yol açmaktadır (Jansen ve Onge 2015; Daibes ve ark. 2017).

Bu çalışmada kadınların damgalanma düzeylerini belirlemede infertil kadınlara yönelik hazırlanmış infertilite damgalanma ölçeğinin kullanılmasının, literatürde yapılmış nitel çalışmalar ve genel stigma ölçekleri ile yapılan nicel çalışmalara göre daha spesifik veriler sunduğu söyleyebiliriz. İnfertilite damgalanma ölçeği özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma ve ailesel damgalanma olmak üzere kadının deneyimlediği damgalanmayı dört boyutta ele almaktadır (Fu ve ark. 2015; Çapık ve ark. 2016). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların yaşadıkları toplumsal damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma boyutları üzerinde odaklanıldığı, damgalanmanın tüm boyutlarının ele alınmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada infertil kadınların İDÖ toplam puan ortalaması $47,54 \pm 18,60$ (min:27, max:123) olarak bulundu ve infertil kadınların damgalanma durumlarının orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4-3).

Donkor ve Sandall (2007)'ın 615 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %23'ünün orta düzeyde %41'inin ciddi düzeyde damgalandığı belirtilmiştir. Missmer ve ark. (2011)'nın 1,350 infertil kadınla yaptığı çalışmada kadınların %49'unun damgalanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir. Sophia ve Punitha (2017)'nin 60 infertil kadın ve erkekle yaptığı çalışmada katılımcıların %62'sinin toplumsal damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır. Ergin ve ark. (2018)'nin 380 infertil kadın ve 218 infertil erkek eş ile yaptığı çalışmada katılımcıların %38'inde sosyal dışlanma algısının bulunduğu saptanmıştır. Avila (2016)'nin 1,151 kadınla yaptığı çalışmasında toplumda infertil kadınlara karşı damgalanma düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yeshua-Katz (2017)'nin iki İsrailli çocuksuz kadınlara destek forumundaki 600 yorum analizi ve 24 kadınla yapılan derinleme görüşme sonucunda İsrail toplumunda çocuk sahibi olmanın çok önemli olduğu ve infertil kadınların yüksek düzeyde damgalandığı saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ve infertil kadınlarda damgalanmaya yönelik yapılan nitel ve nicel çalışma sonuçları infertil kadınların farklı düzeylerde ve yüzdelerde

damgalanmaya maruz kaldıklarını göstermektedir. Bu çalışma sonuçları Avila, Yeshua-Katz çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında damgalanma düzeyinin daha düşük düzeyde olduğu göze çarpmaktadır (Tablo 4-3). Bu durum çalışmaya katılan infertil kadınların ortalama evlilik ve tedavi süresinin az olması, büyük bir çoğunluğun çekirdek aile yapısına sahip olması ve kadınların oldukça büyük bir bölümünün istanbul gibi bir metropolde yaşıyor olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada infertil kadınlarda İDÖ toplam puanının eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda, görücü usulü evlenenlerde, evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda, ailesinde infertil kişi olanlarda ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkilerini etkilediğini ifade eden kadınlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-6).

Donkor ve Sandall (2007)'nin 615 kadınla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi, kadının mesleği, yaşadığı yer ve çocuk varlığı ile algılanan damgalanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça damgalanma düzeyinin azaldığı, yüksek meslek kategorisinde (profesyonel/teknik/yönetmel/büro) olanlarda, şehirde yaşayanlarda, daha önce çocuk sahibi olanlarda damgalanma düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Nahar ve Geest (2014) 20 infertil kadınla yaptığı nitel çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan ve kentsel bölgede yaşayan kadınların daha az damgalanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır. Coşkun ve Caymaz (2013)'ın psikiyatri hastanesine başvuran 200 hasta ile yaptığı çalışmada üniversite eğitimi olanların ortaöğretim mezunlarına göre damgalanma puanı daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları ve damgalanma ile ilgili yapılan çalışma sonuçları eğitim düzeyi arttıkça damgalanmanın azaldığı konusunda uyumludur.

Bu çalışmada evlenme şeklinin damgalanma düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlendi (Tablo 4-6). Görücü usulü evlilikte severek evlenenlere göre evlilik uyumunun daha düşük olması, görücü usulü evliliğin aile veya yakın bireyler tarafından sağlanması nedeniyle çiftin sorunlarının gizli kalmayıp aile ve yakın çevrenin sorunlara kolaylıkla dahil olmasının damgalanma düzeyini arttırdığı düşünülmektedir (Kublay ve Oktan 2015).

Bu çalışmada evlilik süresinin damgalanma düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu belirlendi (Tablo 4-6). Toplumun evlilikle beraber çiftten çocuk sahibi olmalarına ilişkin beklentilerin artması ve bu beklentinin evlilik süresi arttıkça daha büyük bir sorun haline gelmesiyle açıklanabilir.

Bu çalışmada ailede infertil olan başka kimsenin olup olmadığı konusunda diğer çalışmalarda sorulmamış bir sorunun aslında damgalanma ile ilgili önemli bir veri olduğu bulundu (Tablo 4-6). Ailesinde infertil birey bulunan kadınların daha yüksek damgalanma düzeyine sahip olması, yakın çevre tarafından kadının infertil olma olasılığını daha kolay düşündürmesi ve kadının infertil bireyin yaşadıklarına tanık olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada infertil kadınlarda damgalanmayı etkileyen bir faktör olarak infertilitenin sosyal çevresi ilişkileri etkilediğini ifade edenlerin infertilite damgalanma puanı daha yüksek bulundu (Tablo 4-6). Daibes ve ark. (2017)'nin 14 infertil kadınla yaptığı nitel çalışmada, infertilitenin kadınların günlük yaşamında akraba ve ataerkil baskılara neden olduğu, bu baskıların infertil kadınların kendilerine yönelik olumsuz algılarına neden olduğu saptanmıştır. Şen ve Sevil (2016)'in 18 infertil kadınla yaptığı nitel çalışmada infertilite nedeniyle yapılan baskının sosyal damgalanmaya neden olduğu, kadınların kendilerini içsel olarak damgalanmış hissettikleri saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ile Daibes ve ark., Şen ve Sevil çalışma sonuçları infertil kadınların günlük yaşamda ailesel ve toplumsal olarak olumsuz yargılamalara ve söylemlere maruz kaldıklarını, damgalanmanın toplumsal damgalanma ile sınırlı kalmayıp ailesel ve içselleştirilmiş damgalanmaya da neden olduğunu göstermektedir.

5.3. BUÖ İle Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Fertiliteden kadının sorumlu tutulması, aile ve toplum tarafından yapılan sosyal baskı, evliliğin bozulacağı endişesi, infertilite tedavi sürecinin uzun olması ve sonucunun belirsiz olması gibi düşünceler kadının umutsuzluk yaşamasına neden olmaktadır. Umut düzeyinin yüksek olması infertilite sorunu ile baş etmesi açısından oldukça önemlidir (Yağmur ve Oltuoğlu 2012; Lulé ve ark 2018). İnfertil kadınları psikolojik açıdan değerlendiren çalışmalar genellikle stres, anksiyete ve depresyon üzerinde yoğunlaşmış, literatür de infertil kadınlarda umutsuzluk ile ilişkili sınırlı çalışmaya rastlanmıştır.

Bu çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında çalışmaya katılan kadınların BUÖ toplam puan ortalamasının $3,81 \pm 2,87$ olduğu bulundu (Tablo 4-4). Erbil ve ark. (2010)'nın 47 infertil kadın ve 28 infertil erkek ile yaptığı çalışmada BUÖ puanı 6.87 ± 3.84 olarak bulunmuştur. Kargın ve Ünal (2011)'in

609 infertil birey ile yaptığı çalışmada kadınların BUÖ puanı 5.6 ± 4.2 olarak bulunmuştur. Yağmur ve Oltuoğlu (2012)'nin çalışmasında BUÖ puanı 6.97 ± 3.64 olarak belirlenmiştir. Keskin ve Gümüş (2014)'ün 146 infertil kadınla yaptığı çalışmasında BUÖ puanı 7.52 ± 3.82 olarak bulunmuştur. Bu çalışma ve Erbil ve ark., Kargın ve Ünal, Yağmur ve Oltuoğlu, Keskin ve Gümüş çalışma sonuçlarına göre infertil kadınların hafif düzeyde umutsuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada BUÖ puanlarının düşük olması, kadınların infertilite tedavisine umutla başlaması, 30 yaş altı kadın sayısının az olması ve ortalama tedavi sürelerinin düşük olması ile açıklanabilir (Tablo 4-1, Tablo 4-2).

Kadının doğurganlığı açısından yaş önemli bir değişken olup, yaş arttıkça fertilite yeteneği azalmaktadır. Kargın ve Ünal (2011)'in çalışmasında umutsuzluk düzeyleri ile yaş arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Yağmur ve Oltuoğlu (2012), Keskin ve Gümüş (2014)'ün çalışmasında BUÖ toplam puanı ile yaş arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları ve Yağmur ve Oltuoğlu, Keskin ve Gümüş'ün çalışma sonuçlarıyla benzer olup yaşın umutsuzluk düzeyini etkilemediğini göstermektedir.

Bu çalışmada evlilik süresi 5 yıl ve üzerinde olanlarda, eğitim yılı 8 yıl ve altında olanlarda, akraba evliliği yapmış olanlarda, infertilite süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda, daha önce gebe kalanlarda, hem kadın hem erkek faktör infertilitesi olanlarda ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda BUÖ toplam puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

İnfertil kadınların yaşadıkları psikolojik sorunlar pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadının sahip olduğu eğitim düzeyi sağlık davranışları, infertilite sorununu algılama ve sorunu yaşama düzeyi açısından önemlidir (Özkan ve Baysal). İnfertilite tedavi aşamasında sosyoekonomik faktörler olan kadının gelir durumu, sosyal güvence varlığı, çalışma durumu birbiriyle ilişkili olarak, kadını psikolojik yönden etkileyerek umutsuzluğa neden olabilmektedir (Yağmur ve Oltuoğlu 2012).

Kargın ve Ünal (2011)'in, Yağmur ve Oltuoğlu (2012)'nin çalışmasında ilkökul mezunu olan kadınların BUÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Keskin ve Gümüş (2014)'ün çalışmasında BUÖ toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları ve Kargın ve Ünal, Yağmur ve Oltuoğlu çalışma sonuçları eğitim düzeyinin umutsuzluk düzeyini etkileyen önemli bir

faktör olduğunu göstermektedir. Yukarı adı geçen çalışmalarla benzer olarak infertil kadınlarda eğitim durumu arttıkça umutsuzluk düzeyinin azalması; kadının yaşanan probleme uyum sağlaması, süreç hakkında daha fazla doğru bilgiye ulaşabilmesi ve bu zorlu sürece daha mantıklı yaklaşımları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada gelir durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer ile BUÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Kargın ve Ünal (2011)'ın çalışmasında ekonomik durumu kötü olan kadınların ekonomik durumu orta ve iyi olan kadınlara göre BUÖ toplam puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Keskin ve Gümüş (2014)'ün çalışmasında gelir durumu düşük olanların BUÖ toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalardan farklı olan bu sonucun çalışmamızın bir eğitim araştırma hastanesinde yapılması, tedavi maliyetinin daha düşük olması ve katılımcıların tamamına yakının sosyal güvenceye sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yağmur ve Oltuoğlu (2012)'nin çalışmasında BUÖ ile gebe kalma durumu arasında anlamlı fark olduğu, daha önce gebe kalanlarda BUÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yağmur ve Oltuoğlu'nun çalışma sonuçlarıyla benzer olan sonuçlarımız gebe kalma durumunun umutsuzluk düzeyini etkilediği yönündedir. Gebe kalma durumunun umutsuzluk düzeyini artırmasında, kadınların gebelikleri her zaman çocuk sahibi olmakla özdeşleştirmesi, yaşanan gebelik kaybının ve bir sonraki gebeliğe yönelik tekrar aynı kaybı yaşayacağı düşüncesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

Keskin ve Gümüş (2014)'ün çalışmasında BUÖ puanı ile tedavi süresi arasında anlamlı fark olduğu, tedavi süresi 6 yıl ve üzeri olan kadınlarda BUÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada tedavi süresinin umutsuzluk düzeyini etkilemediği bulundu. Bu durumun bu çalışmadaki infertil kadınların ortalama tedavi süresinin Keskin ve Gümüş'ün tedavi süresine göre daha az olması ve tedaviye yeni başlayan kadınların oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışmada akraba evliliği olanlarda, hem kadın hem erkek faktör infertilitesi olanlarda ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkisini etkilediğini ifade eden kadınlarda umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7). Akraba evliliği olan kadınların infertilite sorunlarının hem kendi hem eş ailesi tarafından konu edilmesinin, kadında umutsuzluk gibi olumsuz duygulara neden olabileceğini düşündürmektedir. İnfertilite nedeninin umutsuzluk düzeyini etkilemesi, kadın veya

erkeğin infertil olmasının tek taraflı sorun olarak daha kolay çözülebileceği, hem kadın hem erkeğin infertil olmasının ise çocuk sahibi olmayı daha fazla zorlaştıracığı düşüncesi ile açıklanabilir. İnfertil kadının sosyal çevresi tarafından olumsuz yargılamalara ve sosyal baskıya maruz kalmasının kadının umutsuzluk yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

5.4. BÇTDÖ ile Sosyo-Demografik ve İnfertilite Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilite sorunu yaşayan kadın beraberinde birçok psikolojik sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Toplumun beklentileri ve sosyal baskı, tanı sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar, YÜT tedavisinin ne zaman başlayıp nasıl sonuçlanacağı, bu süreçte cinselliğin bir görev bilinciyle yapılması, eşler arası evlilik sorunları yaşama, tanı ve tedavi sürecinin ekonomik yükü gibi pek çok faktör kadının stres ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. (Murray and Mickney 2006; Pasch ve ark. 2017). Bu süreçte kadının kullandığı baş etme yollarının belirlenmesi oldukça önemlidir.

Bu çalışmada kullanılan BÇTDÖ ölçeğinde infertil kadınların sırasıyla duygusal odaklı başa çıkma ($47,95 \pm 6,28$), işlevsel olmayan başa çıkma ($37,63 \pm 6,18$), sorun odaklı başa çıkma ($37,47 \pm 8,42$) yöntemlerini kullandıkları belirlendi. BÇTDÖ alt boyutlarına bakıldığında en çok kullanılan başa çıkma yollarının, dini olarak başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, duygusal sosyal destek kullanımı ve yararlı sosyal destek kullanımı olduğu saptandı. (Tablo 4-5).

Karaca ve Ünsal (2015b)'ın yaptığı nitel çalışmada ve Altıntop ve Kesgin (2018) çalışmasında kadınların infertil stresi ile baş etme de duygusal odaklı başa çıkma yollarını kullandıkları saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ile Karaca ve Ünsal, Altıntop ve Kesgin çalışma sonuçları infertil kadınların sıklıkla duygusal odaklı baş etme yollarını kullandıkları yönündedir.

Yapılan çalışmalarda baş etme yollarının sınıflandırılmasının farklı olması nedeniyle başa çıkma alt boyutlarının spesifik olarak tartışılmasının daha doğru olacağı düşünülmektedir. Schmidt ve ark. (2005), Peterson ve ark. (2008) ve Yılmaz (2012)'ın yaptığı çalışmalarda kadınların sırasıyla en fazla aktif-mücadele etme, anlamlandırma temelli, pasif yok sayma ve aktif yok sayma başa çıkma yöntemlerini kullandığı

saptanmıştır. Bu çalışma sonucu ile infertil kadınlarda baş etme yollarını belirleyen diğer çalışma sonuçları aktif mücadele etmenin BÇTDÖ ölçeğinde karşılığı olarak soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma ve yararlı sosyal destek kullanımı baş etme yolunun sıkça kullanılması açısından benzerdir.

Stresle başa çıkmada ya da stresli duruma uyum sağlamada başvurulanan diğer bir kaynak ise kişinin inanç sistemidir. Bu sistem stres varlığında olaya veya duruma zihinsel ve davranışsal olarak uyum sağlamayı ve pratik çözümler üretmeyi içermektedir. (Kavas 2013). Diğer kullanılan baş etme ölçeklerinde de stresli durumun üstesinden gelmek için dinin belirleyici olarak; teselli sunma, umut aşılama, anlam sunma, kontrol duygusu kazandırma gibi rolleri üzerine odaklanılmıştır (Ayten ve Ark. 2012; Roudsari ve ark. 2014; Aflakseir ve Mahdiyar 2015)

Peterson ve ark. (2006) 'nın ve Wu ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada infertil kadınların baş etme yollarından pozitif yeniden anlamlandırma başa çıkma stratejisini de sıkça kullandıkları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları Peterson ve ark., Wu ve ark. çalışma sonuçları ile uyumludur. Bu çalışma da pozitif yeniden yorumlama ve gelişme başa çıkma yolu ile dini başa çıkma yolunun en yaygın kullanılan iki strateji olmasında, dinin yaşanan sıkıntıların insanı olgunlaştıracığı ve tecrübe kazandıracağı, yaşanan olumlu ve olumsuz olaylara iyi açıdan bakılması gerektiği öğretisi ile ilişkili olduğu açıklanabilir (Kula, 2002).

Domar ve ark. (2005)'nın infertil kadınlarla yaptığı çalışmasında yüksek maneviyat ve dindarlık ile stres arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. Roudsari ve ark. (2011)'nin 30 infertil kadınla yaptığı çalışma da katılımcıların %42'sinin infertilite ile baş etmede inanç ve dini uygulamaları kullandıkları saptanmıştır. Karaca ve Ünsal (2015b)'ın yaptığı nitel çalışmada kadınların sosyal baskı ve stigmaya maruz kaldığı ve bu stresle baş etmek için en çok manevi baş etmeyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Sharma ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada, infertilite stresi ile baş etme de % 50'sinin en çok dini baş etme stratejilerini kullandığı saptanmıştır. Aflakseir ve Mahdiyar (2016)'ın İran'da 72 infertil kadınla yaptığı çalışma da en fazla pratik dini baş etme yönteminin kullanıldığı bildirilmiştir. Bu çalışma sonuçları ile Domar ve ark., Roudsari ve ark., Karaca ve Ünsal, Sharma ve ark., Aflakseir ve Mahdiyar çalışma sonuçları infertil kadınların duygusal baş etme yöntemlerinden en fazla dini/ manevi baş etme yolunu kullanmaları yönüyle benzerdir. Ülkemizde insanların dini inançları gereği

yaşanan her sorunun ve çözümün Yaratıcıdan geldiği, yaşanan sorunun çözülmesi için sıkça dua edilmesi ve sabredilmesi, umudun her zaman korunması gerektiğini düşünceleri infertilite sorusunda kadınların sıkça kullandığı Yaratıcıya sığınma ve dua etmeyi beraberinde getirdiği düşünülmektedir.

Baş etme açısından bir diğer önemli konu ise sosyal destektir. Stres verici bir olayda kişilerin profesyonel destekten önce eş, arkadaş, aile vb. sosyal desteğe başvurdıkları bilinmektedir. Sosyal desteğin stresle başa çıkmada bir tampon görevi görerek maddi, duygusal ve zihinsel desteği sağladığı belirtilmektedir (Ardahan 2006).

Peterson ve ark. (2006) 'nın ve Sharma ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada, infertilite stresi ile baş etme sosyal destek arama stratejilerinin yoğun olarak kullandığı saptanmıştır. Bu çalışmada da duygusal ve yararlı sosyal destek kullanımı başa çıkma yöntemi kullanımının yüksek olduğu sonucunun Peterson ve ark., Sharma ve ark. çalışma sonuçları ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonuçlar infertil kadının eş, aile, arkadaş ve sosyal çevreden alacağı sosyal destek ile stresle daha etkin baş edilebileceğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada 30 yaş üzeri kadınlarda, eğitim yılı 8 yıl üzerinde olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, severek evlenenlerde, infertilite nedeni belli olmayanlarda, infertilitenin sosyal çevreyle ilişkileri etkilediğini ifade eden kadınlarda sorun odaklı başa çıkma puanının daha yüksek olduğu, eğitim yılı 8 yıl üzerinde ve infertilitenin sosyal çevreyle ilişkileri etkilediğini ifade eden kadınlarda duygusal odaklı başa çıkma puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-8).

Bu çalışmada 30 yaş üzeri kadınlar tarafından sorun odaklı başa çıkma yollarının daha fazla kullanıldığı görülmektedir (Tablo 4-8). Bu sonucun yaşla beraber yaşam tecrübesinin artması, infertilite sorununun olumlu ve olumsuz sonuçlarına daha kolay uyum sağlamaları ve yaşanan sorunlara yönelik daha aktif başa çıkma yollarının kullanılması ile açıklanabilir.

Dağ ve ark. (2015)'nin çalışmasında infertil okuryazar olmayan kadınlarda, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın (duygulara yönelik/pasif) daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Altıntop ve Kesgin (2018)'in 194 kadın ve 121 erkek ile yaptığı çalışmada problem odaklı başa çıkma ile eğitim durumu pozitif anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları ile Dağ ve ark., Altıntop ve Kesgin çalışma

sonuçları eğitim durumunun kullanılan baş etme yollarını etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmada eğitim yılı 8 yıl ve üzerinde olanların hem sorun odaklı hem duygusal odaklı başa çıkma yollarını daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Bu çalışma sonuçları çekirdek aile yapısına sahip kadınların ve severek evlenen kadınların sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini sıkça kullandıklarını göstermektedir (Tablo 4-8). Çekirdek aile yapısına sahip ve severek evlenen kadınların çevresel baskılara ve damgalanmaya daha az maruz kaldıklarından sorun odaklı başa çıkma yollarını kullanmaya daha fazla eğilimli oldukları söylenebilir.

Nedeni belli olmayan infertilite olgusu kadının kadın veya erkek infertilitesinin nedene yönelik tedavilerle giderilerek çocuk sahibi olacağı, kadının ve erkeğin hiçbir sorun olmadığı halde çocuk sahibi olamamaları kadınların sorun odaklı başa çıkma yollarını daha fazla kullanmalarına neden olabilir.

İnfertil kadınların infertilite durumlarından dolayı sosyal çevre ile ilişkilerinin etkilenmesi infertilitenin psikolojik yükünü artıracığından kadının hem sorun odaklı hem duygusal odaklı başa çıkma yollarını daha aktif şekilde kullanacağını göstermektedir.

5.5. İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilitenin neden olduğu zihinsel baskılar ve tedavi sürecinin yarattığı stres ile baş etme de uygun başa çıkma stratejilerin kullanılması önemlidir. Kullanılacak bu stratejiler, kişisel beceriler, bireyin yaşadığı psikolojik süreç ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Yazdani ve ark. 2015).

Bu çalışmada İDÖ toplam puanı ile BUÖ toplam puanı arasında zayıf derecede pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-9). Literatürde infertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamaktadır. Sözen ve ark. (2013)'nın erişkin yaşta cinsel istismara uğrayan 44 kadınla yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve umutsuzluk arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Avila (2016)'ın çalışmasında fertilite stresi ile damgalanma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışma sonucu ile Sözen ve ark., çalışma sonuçları damgalanma arttıkça umutsuzluğunda arttığı, Avilla sonucunun ise damgalanmanın yaşanan diğer olumsuz duygularla pozitif ilişki olduğu yönündedir.

Bu çalışmada İDÖ toplam puanı ile BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt boyutu ile zayıf derecede, negatif yönde, duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu ile çok zayıf derecede, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-10). Bu çalışma sonucuna göre damgalanma düzeyi yüksek olan kadınlarda hem sorun odaklı hem duygusal odaklı başa çıkma yollarının kullanımının azaldığı görülmektedir. Peterson ve ark. (2006)'nın çalışmasında sosyal stres ile planlı problem çözme baş etme stratejisi ve pozitif yeniden değerlendirme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma sonucu ve Peterson ve ark.'ın çalışma sonucu ile uyumludur.

Bu çalışmada BUÖ toplam puanı ile BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu ile zayıf derecede, negatif yönde, sorun odaklı başa alt boyutu ile çok zayıf derecede negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-10). Rashidi ve ark. (2011) 201 infertil kadınla yaptığı çalışmada infertilite stresi ve ile duygusal odaklı başa çıkma yöntemi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışma sonucumuz ve Rashidi ve ark. çalışma sonuçları umutsuzluk düzeyi arttıkça duygusal baş etme yolları kullanımının azaldığını göstermektedir.

Peterson ve ark. (2006)'nın çalışmasında infertilite stresi ile planlı problem çözme ve sosyal destek arama arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dağ ve ark. (2015)'nin çalışmasında infertilite stresi ile sosyal destek arama ve iyimser baş etme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Altıntop ve Kesgin (2018)'in çalışmasında infertil kadınların sürekli anksiyete puanı ile problem çözme odaklı ve destek arama başa çıkma arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ile Peterson ve ark., Dağ ve ark., Altıntop ve Kesgin çalışma sonuçları umutsuzluk ile sorun odaklı başa çıkma ve sosyal destek kullanımı başa çıkma yöntemleri arasında negatif düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu yönündedir. İnfertil kadınların yaşadıkları sorunları ve duyguları paylaşabilmek ve infertilitenin zorlu sürecinde tek başına olmadıklarını bilmek adına sosyal destek aradıkları ve bu sosyal destek ile kadınların umutsuzluk gibi olumsuz duyguları daha az deneyimleyecekleri düşünülmektedir.

Sonuç olarak İDÖ, BUÖ ve BÇTDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında damgalanma arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı, baş etme tutumları arttıkça

umutsuzluk düzeyinin azaldığı ve infertil kadınların damgalanmadan daha az etkilendikleri bulunmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre;

- İnfertil kadınların 19-43 yaş grubunda ortalama $30,46 \pm 5,20$ yaşında, eşlerin 23-54 yaş grubunda ortalama $33,50 \pm 5,50$ yaşında oldukları, kadınların ortalama evlilik yaşının $24,64 \pm 5,15$ olduğu,
- İnfertil kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %1,4'ünün okuryazar olmadığı, %27,7'sinin ilkokul, %21,6'sının ortaokul, %24,5'nin lise, %24,8'inin üniversite mezunu olduğu, ortalama eğitim yılının $9,85 \pm 4,47$ (min=0, max=16) yıl olduğu,
- Kadınların çalışma ve gelir durumları incelendiğinde %34,2'sinin çalıştığı, 20,5'inin ekonomik durumunun gelir-giderden az, %66,5'inin gelir-gider denk, %12,9'unun gelir-giderden fazla olduğu, %94,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu,
- Kadınların evlilik öykülerine bakıldığında ortalama evlilik süresinin $5,87 \pm 3,88$ yıl olduğu, %65,8'inin severek evlendiği, %8,6'nın akraba evliliği yaptığı, %80,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu,
- Kadınların infertilite öyküleri incelendiğinde, ortalama infertilite süresinin $5,02 \pm 3,73$ (min=1, max=25) yıl olduğu, %28,8'inin daha önce gebe kaldığı, infertilite nedenlerine bakıldığında %34,2'sinin kadın faktör, %19,1'inin erkek faktör, %4,7'sinin kadın ve erkek faktör, %32,7'sinin nedeni belli olmayan infertilite olgusu olduğu, ortalama tedavi süresinin $2,66 \pm 3,00$ (min=0, max=25) yıl olduğu,
- Kadınların İDÖ toplam puan ortalamasının $47,54 \pm 18,60$, özdeğer kaybı alt boyut puanının $10,49 \pm 6,21$, sosyal geri çekilme alt boyut puanının $13,14 \pm 5,71$, toplumsal damgalanma alt boyut puanının $15,93 \pm 7,49$, ailesel damgalanma alt boyut puanının $7,75 \pm 3,53$ puan olduğu,
- Kadınların BUÖ toplam puan ortalamasının $3,81 \pm 2,87$, gelecek ile ilgili duygular alt boyut puanının $0,54 \pm 0,88$, motivasyon kaybı alt boyut puanının

1,07±1,27, gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puanının 1,83±1,18 puan olduğu,

- Kadınların BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma puanı 37,47±8,42, duygusal odaklı başa çıkma alt boyut puanının 47,95±6,28, işlevsel olmayan başa çıkma alt boyut puanının 37,63±6,18 puan olduğu,
- Kadınların en fazla dini olarak başa çıkma 14,67±1,80, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme 12,74 ±2,55, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma 11,91 ±2,96 yöntemlerini , en az madde kullanımı 4,24±0,83, davranışsal olarak boş verme 5,40±1,91, inkar 6,16±2,60 yöntemlerinin kullanıldığı,
- İDÖ toplam puanı ile eğitim yılı, evlenme şekli ($p=0,004$), ailede infertil kişi varlığı ($p=0,007$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkiyi etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark olduğu,
- BUÖ toplam puanı ile evlilik süresi ($p=0,003$), eğitim yılı ($p=0,000$), akraba evliliği ($p=0,045$), infertilite süresi ($p=0,004$), gebe kalma durumu ($p=0,043$), infertilite nedeni ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkiyi etkileme durumu ($p=0,000$) arasında anlamlı fark olduğu,
- BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma puanı ile yaş ($p=0,008$), eğitim yılı ($p=0,000$), evlenme şekli ($p=0,000$), infertilite nedeni ($p=0,002$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,001$) arasında anlamlı fark olduğu,
- Duygusal odaklı başa çıkma puanı ile eğitim yılı ($p=0,039$) ve infertilitenin sosyal çevre ile ilişkileri etkileme durumu ($p=0,007$) arasında anlamlı fark olduğu,
- İDÖ ile BUÖ toplam puanı arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu,
- İDÖ ile BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt boyutu arasında $p<0,001$ düzeyinde anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde, duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, çok zayıf derecede, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,
- BUÖ ile BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu ile $p<0,001$ düzeyinde anlamlılık düzeyinde zayıf derecede, negatif yönde, sorun odaklı başa çıkma alt boyutu

ile $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde, çok zayıf derecede, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Bu elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İnfertil kadınların ilk değerlendirilme aşamalarında damgalanma, umutsuzluk ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi,
- İnfertil çiftlere hizmet sunan sağlık profesyonellerinden çiftle en fazla iletişimde olan hemşireler tarafından çifti psikososyal açıdan desteklenmesi adına terapötik danışmanlık hizmeti verilmesi,
- İnfertil kadınların maruz kaldıkları damgalanmaya karşı toplumun yapılacak eğitimlerle bilgilendirilmesi, buna yönelik medyanın kullanılması ve farkındalığın arttırılmaya çalışılması,
- İnfertil kadınların yaşadıkları umutsuzluk duygusunun sorgulanması, tanı, teşhis ve tedavi sürecinin her aşamasında kadını bilgilendirmesi, bu sürecin olumlu ve olumsuz yönlerinin açık bir şekilde ifade edilmesi, mevcut tedavi yöntemleri ve evlat edinme gibi yasal prosedürler hakkında bilgi verilmesi,
- İnfertil kadının damgalanma ve umutsuzluk gibi olumsuz duygularla baş etme de kullandığı mevcut başa çıkma yollarının belirlenmesi ve etkin başa çıkma yollarının kullanılması açısından infertil kadının desteklenmesi,
- İnfertil kadınların yaşadıkları psikososyal sorunlarla baş etmeleri adına destek grupların kurulması ve kadınların bu destek grubuna katılımlarının desteklenmesi,
- İnfertilite biriminde çalışan sağlık profesyonellerinin kadınların yaşadıkları bu sorunlara daha duyarlı olması bakımından çalışma sonuçları hakkında bilgilendirilmesi,
- Damgalanmanın infertil kadınlar üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilmek, kendi duygu ve düşüncelerini içeren özgün veri elde etmek, toplumun damgalanmaya yönelik kültürel özelliklerini ortaya koyan nitel çalışmaların planlanması,
- İnfertil kadınlarda damgalanmaya yönelik çalışmaların hem kentsel hem kırsal bölgeyi içine alan bir örneklem grubuyla planlanması,

- İnfertilite sorunu nedeniyle erkeklerin damgalanma düzeyini inceleyen çalışmaların planlanması önerilir.



KAYNAKLAR

- Açikel, G.Y. (2013). Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalanmanın değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aflakseir, A., Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202.
- Aflakseir, A., Mahdiyar, M. (2016). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in Shiraz. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(2), 117.
- Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H. (2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 221-6.
- Algül, Ö. (2013) İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, Aydın.
- Al-Turki, H.A. (2015). Prevalence of primary and secondary infertility from tertiary center in eastern Saudi Arabia. *Middle East Fertility Society Journal*, 20(4), 237-240.
- Altıntop, K., Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(55), 754-768.
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 345-350.
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W.K., Ope, J.O., Barivure, T.N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC research notes*, 10(1), 690.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(2), 68-75.
- Arslan, H., Ergin, A.B., Potur, D.C., Bilgin, N.Ç. (2008). Evaluation of the relationship between sexual dysfunction and quality of life in infertile couples. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 18(6), 364-371.

- Aseffa, F. (2011). Socio-cultural Perceptions of Infertility and their Implications: A Study of Women Experiencing Childlessness in South Gondar, Ethiopia. Yüksek lisans Tezi, Universitas Bergensis.
- Aydın, S., Kurt, N., Mandel, S., Kaplan, M.A., Karaca, N., Dansuk, R. (2015). Female sexual distress in infertile Turkish women. *Turkish Journal of Obstetrics And Gynecol*, 12, 205-10.
- Avilla, B.E. (2016). Importance of motherhood and/or social stigma of infertility: What's driving infertility-related outcomes?. Michigan State University, Doctoral Dissertation, USA.
- Ay, R. (2017). Epilepsi ve damgalanma: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 129-136.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K., Öztürk, E.E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45 -79.
- Baysal, G.Ö.D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Bayraktar, D., Khorshid, L. (2017). Sağlıklı ve hasta bireylerde tüberküloza ilişkin damgalanma düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 129-136.
- Beckmann, C.R.B., Ling, F.W., Barzansky, B.M., Herbert, W.N.P., Laube, D.W., Smith, R.P. (2010). Infertility. İçinde *Obstetric and Gynecology*. (6th edition). China: Lippincott. ss.327-346
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 42, 6, 861.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., Weissman, A. (2017). Normalization as a strategy for maintaining quality of life while coping with infertility in a pronatalist culture. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 871-879.
- Bodur, N.E., Çoşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62.

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Buzlu, S., Yılmaz, S. (2017). İnfertilitede stres yönetimi. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s. 156.
- Carell, D.T., Peterson, C.M. (Ed.)(2010). Assisted reproductive therapy: In Vitro Fertilization. In *Reproductive Endocrinology and Infertility*. Springer.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56, 267-283.
- Chambers, G.M., Sullivan, E.A., Ishihara, O., Chapman, M.G., Adamson, G.D. (2009). The economic impact of assisted reproductive technology: A review of selected developed countries. *Fertility and Sterility*, 91(6), 2281-2294.
- Cousineau, T.M., Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Çakar, F.S., Karataş, Z., Tagay, Ö. (2016). Başa çıkma stilleri, depresyon ve yaşamda anlamın umutsuzluğu yordama düzeyi. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4565-4578.
- Çapık A, Aksoy M, Yılmaz E, Yılmaz F. Validity and Reliability Study of The Infertility Stigma Scale Into Turkish. Poster presentations, 18th ISPOG Congress, 12-14 May 2016, Malaga, Spain.
- Çavuşoğlu, İ. (2017). Yardımcı Üreme Teknikleri. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, ss. 104-112.
- Çoban, T.K., Dinç, A. (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *International Journal of Clinical Research*, 1(2), 46-53.
- Coşkun, S., Güven Caymaz, N. (2013). Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 3(3), 121-128.
- Dağ, H., Yigitoglu, S., Aksakal, B.I., Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1457.

- Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E. (2017). 'Half a woman, half a man; that is how they make me feel': A qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.
- Davidson, M.R., London, M.L., Ladewig, P.A.W. (2008). Special Reproductive concerns: Infertility and Genetics. İçinde *Olds' Maternal- Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan*. 8 th edition, New Jersey s.242-261.
- Demirci N., Potur, D. (2017). İnfertilitede temel kavramlar, etiyolojisi ve risk faktörleri. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s.15-23.
- Dinelli, L., Courbiere, B., Achard, V., Jouve, E., Deveze, C., Gnisci, A., et al. (2014). Prognosis factors of pregnancy after intrauterine insemination with the husband's sperm: Conclusions of an analysis of 2,019 cycles. *Fertility and Sterility*, 101(4), 994-1000.
- Dişsiz, M., Oskay, Ü.Y. (2016). İnfertil çiftlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Of Obstetric-Women's Health And Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 14-20.
- Domar, A.D., Penzias, A., Dusek, J.A., Magna, A., Merarim, D., Nielsen, B., et al. (2005). The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3(2), 45-51.
- Donkor, E.S., Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1683-1694.
- Durak, A., Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.
- Ekinci, F., Tuncel, B., Uzuner, A., Anğın, A. D., Çoşkun, D. M., Sakin, Ö. et al. (2017). An evaluation of the psychosocial status of infertile women. *South. Clin. Ist. Euras*, 28(3), 212-216 .
- Erbil, N., Bostan, Ö., Kahraman, A.N. (2010). İnfertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 20, 4, 228-235.

- Erdem, K., Apay, S.E. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International journal of fertility & sterility*, 8(3), 303.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (2015). Hemşirelikte Araştırma, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss.271.
- Ergin, R.N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 46.
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., et al. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 1, 69-75.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C. et al. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—A Guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485.
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 166-176.
- Güngör, A.N.Ç., Şahin, B., Karaahmet, E., Yüksel, B., Keskin, U., Duru, N. K. (2015). İnfertilite tedavisi için başvuran hastalarda üstbiliş işlevleri ve anksiyete. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(6), 196-199.
- Gokler, M.E., Unsal, A., Arslantas, D. (2014). The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in semi-rural areas in western Turkey. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(2), 155.
- Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Veadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(2), 131.
- Iris, A., Kirmizi, D.A., Taner, C.E. (2013). Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(4), 809-812.

- Isbir, G.G., Ozan, Y.D. (2018). Nursing and midwifery students' experiences with the course of infertility and assisted reproductive techniques: A focus group study from Turkey. *Nurse Education in Practice*, 28, 235-241.
- Jansen, N.A., Saint Onge, J.M. (2015). An internet forum analysis of stigma power perceptions among women seeking fertility treatment in the United States. *Social Science & Medicine*, 147, 184-189.
- Karaca, A., Ünsal, G. (2015a). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2), 126-132.
- Karaca A., Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 29, 80-85.
- Karaca, A., Unsal, G. (2015b). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243-250.
- Karanisoğlu H, Yazıcı S. (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Beji KN (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği* içinde. Acar Basım ve Cilt San Tic AŞ. İstanbul, s. 69.
- Kargın, M., Ünal, S. (2011). İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(1), 54-60.
- Kavas, E. (2013). Dini tutum-stresle başa çıkma ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (37), 143-168.
- Kavlak, O., Saruhan, A. (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(4), 229-232.
- Kaydırak, M.M., Beji, N.K., Zengin, M. (2017). İnfertil Çiftin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, ss. 56-69.
- Kelly, P. (1999). Isolation and stigma: the experience of patients with active tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*, 16(4), 233-241.
- Keskin, G., Gümüş, A.B. (2014). İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 9-16.
- Kılıçdağ, E.B., Bağış, T., Haydardedeoğlu, B., Tarım, E., Aslan, E., Erkanlı, S., Zeyneloğlu, H. (2015). İntrauterin inseminasyon (IUI) sikluslarında gebelik sonuçlarını etkileyebilecek prognostik faktörler. 2(3), 223-228.

- Kılıç, M., Apay S.E., Beji , N.K. (2011). İnfertilite ve kültür. *İ.Ü.F.N. hem. Derg*, 19, 2, 109-115.
- Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178.
- Koçak, D.Y., Duman, N.B. (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 7-13.
- Koçyiğit, O.T. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-37.
- Konkan, R., Erkuş, G.H., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Ülgen, M.C., Sungur, M.Z. (2014). İntihar girişiminde bulunan kişilerde başa çıkma tutumları. *Archives of Neuropsychiatry*, 51(1), 46-51.
- Kublay, D., Oktan, V. (2015). Evlilik uyumu: Değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(44), 25-35.
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1), 48.
- Roudsari, R.L., Allan, H.T., Smith, P.A. (2014). Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Human Fertility*, 17(2), 114-123.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Blood, R.W., Castle, D.J., Hyde, J., Komesaroff, P.A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science Medicine*, 73(9), 1349-1356.
- Link, B.G., Phelan, J. C. (2013). Labeling and stigma. *In Handbook of the sociology of mental health* Springer, Dordrecht, ss. 525-541.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2007). İnfertility, In *Maternity Women's Healthcare* . 9th edition. Mosby Elseiver. China.
- Lulé, D., Ludolph, A.C., Kübler, A. (2018). Psychological morbidity in amyotrophic lateral sclerosis: Depression, anxiety, hopelessness. doi: 10.1093/med/9780198757726.003.0003

- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223-237.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1971-1980.
- Malina, A., Błaszczewicz, A., Owczarz, U. (2016). Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia polska*, 87(7), 527-531.
- Malina, A., Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554-558
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*, 9(12), e1001356.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S.I., Suzuki, T., Kondo, A., Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*, 26(5), 398-404.
- Missmer, S.A., Seifer, D.B, Jain T. (2011). Cultural factors contributing to health care disparities among patients with infertility in Midwestern United States. *Fertil Steril*, 95, 6, 1943–1949.
- Mosalanejad, L., Abdolahifard, K., Jahromi, M.G. (2014). Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 192.
- Murray, S.S., McKinney, E.S. (2006). Infertility. In *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. Saunders Elseiver, America.4. Baskı
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M.B.S., Hayati, M.Y., Midin, M., Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 65-S69.
- Naci, K. (2002). Deprem ve dinî başa çıkma. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(1), 234-255

- Nahar, P., Geest, S. (2014). How women in Bangladesh confront the stigma of childlessness: Agency, resilience, and resistance. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3), 381-398.
- Namdar, A., Naghizadeh, M.M., Zamani, M., Yaghmaei, F., Sameni, M.H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 1, 139.doi.10.1186/s12955-017-0712-y9.
- Oskay, U. Bayram, G.O., Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Beji N.K. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği* içinde. İstanbul, ss.178-179.
- Özcan, H., Beji, N.K. (2016). İnfertilitede tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32, 36-44.
- Pasch, L.A., Sullivan, K.T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.
- Peterson, B.D., Sejbaek, C.S., Pirritano, M., Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human Reproduction*, 29(1), 76-82.
- Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M., Farahani, M.N. (2011). Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family & Reproductive Health*, 5(4), 103.
- Rouchou, B. (2013). Consequences of infertility in developing countries. *Perspectives in public health*, 133(3), 174-179.
- Roudsari, R.L., Allan, H.T. (2011). Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: A multifaith dialogue. *International Journal of Fertility & Sterility*, 5(3), 158-167.
- Safarinejad, M.R. (2008). Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Andrology*, 31(3), 303-314.
- Samani, R.O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B., Mohammadi, M. (2017). Evaluation on Hope and Psychological Symptoms in Infertile Couples Undergoing

Assisted Reproduction Treatment. *International Journal of Fertility & Sterility*, 11(2), 123-129.

Schaller, M.A., Griesinger, G., Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(5), 1137-1145.

Schmidt, L., Christensen, U., Holstein, B. E. (2005a). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4), 1044-1052

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005b). Does infertility cause marital benefit?:An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 244-251.

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139-142.

Sejbaek, C.S., Pinborg, A., Hageman, I., Forman, J.L., Hougaard, C.Ø., Schmidt, L. (2015). Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(10), 1048-1055.

Seymenler, S., Siyez, D.M. (2018). İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 176-187.

Sezgin, H., Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184.

Sharma, C., Subedi, D., Rai, L., Upreti, K. (2015). Stress and coping mechanism of infertile women attending infertility clinic in Kathmandu. *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 2(4), 24-28.

Smith, N.K., Madeira, J., Millard, H.R. (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 985-993.

Sophia, N.S., Punitha P. (2017). A study on childless couples seeking treatment for infertility. *International Journal of Applied Research*, 3(4), 161-162.

Sözen, A., Özgür, T. B., Elçi, Ç., Bakır, P., Efil, H., Özver, İ., ve ark. (2013). Erişkin yaşta cinsel istismara uğramış bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve psikopatoloji arasındaki ilişki. *Journal of Mood Disorders*, 3(2), 64-69.

Şahin, N.H., Bilgiç, D. (2015). İnfertilite. Beji, N.K. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s.141-145). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Şahin, G., Göker, E.N.T., Akdoğan, A., Tavmergen, E. (2017). İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sikluslarında Ovulasyon İndüksiyonu. *TJRMS*, 1(1), 36-41.
- Şen, E., Bulut, S., Şirin, A. (2014). Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Şen, S., Sevil, Ü. (2016). İnferil kadınların damgalanma deneyimleri: Türkiye’de nitel bir çalışma. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 6, 63-82.
- Tanrıöver, M. (2012). Ebeveynlerin Epileptik Nöbet Hakkındaki Bilgi ve Davranışları ile Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara.
- Tashbulatova, D., Aridoğan, İ. A., İzol, V., Seydaoğlu, G., Ürünsak, İ.F., Doran, Ş. (2013). İnferil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 91-97.
- Taşkın, M.İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., Arslan, M. (2016). İnferil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2(3), 79-84
- Teskereci, G., Oncel, S. (2013). Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 476-492.
- Turan, V., Kopuz, A., Ozcan, A., Kocakaya, B., Sahin, C., Solmaz, U. (2014). Sexual dysfunction in infertile Turkish females: Prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 182, 128-131.
- Turchi, P. (2015).Prevalance, Definition and clasification of infertility. Giovanni Beretta, Giorgio Cavallini (Ed.).İn *Clinical management of male infertility*.pp 5-6 Springer, Switzerland.
- Turner, K., Reynolds-May, M.F., Zitek, E.M., Tisdale, R.L., Carlisle, A.B., Westphal, L.M. (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS One*, 8(5), e63743
- Upkong, D., Orji, E. O. (2006). Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 259.
- Ünal, S., Kargın, M., Akyüz, A. (2010). İnferil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5).

- Yağmur, Y., Oltuluoğlu, H. (2012). Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in eastern Turkey. *Public Health Nursing*, 29(2), 99-104.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(4), 112-121.
- Yazdani, F., Kazemi, A., Ureizi-Samani, H. R. (2016). Studying the relationship between the attitude to infertility and coping strategies in couples undergoing assisted reproductive treatments. *Journal of reproduction & infertility*, 17(1), 56.
- Yeshua-Katz, D. (2017): Childless in an IVF-nation: online stigma-coping strategies in support groups for childless Israeli women. *Information, Communication & Society*, DOI: 10.1080/1369118X.2017.1324504
- Yılmaz T. (2012) İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İstanbul.
- Yılmaz, T., Oskay, Ü.Y. (2014). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 100-112.
- Yılmaz, S.D., Beji, N.K., Serdaroğlu, H. (2016). İnfertil kadınlarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2, 3, 46-50.
- Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1340.
- Jungwirth, A., Diemer, T., Dohle, G.R., Kopa, Z., Krausz, C., Tournaye, H. (2016). EAU Guidelines on Male Infertility. *European Association of Urology*.
- Zhou, Z., Zheng, D., Wu, H., Li, R., Xu, S., Kang, Y. et al. (2017). Epidemiology of infertility in China: A population-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(4), 432-441.
- WHO Infertility definitions and terminology Erişim Adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>. Erişim Tarihi: 23.08.2017
- WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen Fifth Edition. (2010). Reference values and semen nomenclature.

World Health Organization (WHO), 2017 World Health Organization (WHO) Global prevalence of infertility, infecundity and Childlessness (Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> (2017)

Wu, G., Yin, T., Yang, J., Xu, W., Zou, Y., Wang, Y., Wen, J. (2014). Depression and coping strategies of Chinese women undergoing in-vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 183, 155-158.



FORMLAR

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi' Araştırması için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran infertil kadınları "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Bu araştırma Prof. Dr. Ümran Oskay danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zehra Kaya tarafından yürütülecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeden önce çalışmanın yapılış amacını ve nasıl yürütüleceğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonrasında katılıp katılmayacağınıza dair özgürce kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıda araştırma hakkında bilgi ve katılımcı beyanı başlıklı iki bölüm bulunmaktadır. Bilgilendirme amacıyla hazırlanan bu iki bölümü dikkatlice okuyunuz. Bilgilendirme sonrası varsa sorularınızı açıkça sorabilirsiniz. Belgenin son bölümünde araştırmaya katılmayı kabul ettiğinize dair bir bölüm bulunmaktadır. Kabul ettiğiniz takdirde lütfen bu bölümü imzalayınız.

Bölüm 1: Araştırma Hakkında Bilgi

İnfertilite (kısırlık) toplumun %10-20 'sini etkileyen bir sağlık sorunudur. Çifti hem fiziksel hem psikolojik açıdan etkilemektedir. Bu araştırma psikolojik açıdan daha önce hiç çocuk sahibi olmayan ve infertilite (kısırlık) tedavisine gelen kadınların yaşadıkları olumsuz toplumsal yargılanma, umutsuzluk ve stres durumunda kullandıkları başetme tarzlarını (yollarını) belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu amaçla bilgiler görüşmecisi eşliğinde, araştırmanın konusuna yönelik özel sorulardan oluşan ölçek ve anket sorularıyla toplanacaktır. Bilgi toplama işleminin tek bir görüşme ile yaklaşık 15-20 dakikada tamamlanması planlanmaktadır. Dolduracağınız ölçek ve anketlerde isminiz gizli tutulacaktır. Bu bilgiler sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında kesici/delici/invasiv/kan ile ilgili herhangi bir girişim uygulanmayacaktır. Araştırma amacıyla sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve sizlere ücret ödenmeyecektir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Bölüm 2: Katılımcı Beyanı

Prof. Dr. Ümran Oskay danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zehra Kaya tarafından bu araştırmaya "gönüllü" olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin, gizlilik içinde korunacağı güvencesi verildi. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle

korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir mali sorumluluk altına girmiyorum ve bana da bir ücret ödenmeyecek. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Araştırmacı Zehra Kaya'yı arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırma konusunda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum.

Araştırmacının Adı Soyadı: Zehra Kaya

Kurum Adı ve Açık Adresi: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Abide-i Hürriyet cad. 34381, Şişli, İstanbul

Telefon: 05414684191

Gönüllü Katılımcı Adı ve Soyadı:

Telefon:

İmza

EK 2. Kişisel Bilgi Formu

Sosyo – Demografik Özellikler

1. Yaşınız:....
2. Eşinizin yaşı:...
3. Evlilik yaşı:....
4. Yaşadığınız yer:
 - 1) İl merkezi
 - 2) İlçe
 - 3) Köy
5. Eğitim durumunuz:
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okuryazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Ortaokul
 - 5) Lise
 - 6) Üniversite ve üzeri
6. Eşinizin eğitim durumu:
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okuryazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Ortaokul
 - 5) Lise
 - 6) Üniversite ve üzeri
7. Çalışma durumunuz:
 - 1) Çalışıyorum
 - 2) Çalışmıyorum
8. Eşinizin çalışma durumu:
 - 1) Çalışıyor
 - 2) Çalışmıyor
9. Gelir durumunuz:
 - 1) Gelir giderden az
 - 2) Gelir gidere eşit
 - 3) Gelir giderden fazla
10. Sosyal güvence durumunuz:
 - 1) Var
 - 2) Yok
11. Aile tipiniz:
 - 1) Geniş aile
 - 2) Çekirdek aile

İnfertilite Öyküsü

12. Eşinizle evlenme şekliniz:
 - 1) Görücü usulü
 - 2) Severeke
13. Eşinizle akrabalık durumunuz:
 - 1) Var ise ne.....
 - 2) Yok
14. Evlilik süreniz:..... ay/yıl
15. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? ay/ yıl

16. Hiç hamile kaldınız mı?

- 1) Evet ise sonucu..... 2) Hayır

17. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan tıbbi sorunu biliyor musunuz?

- 1) Evet ise nedeni..... 2) Hayır

18. Ailede çocuk sahibi olamayan var mı?

- 1) Var ise kim..... 2) Yok

19. Şimdiye dek çocuk sahibi olabilmek için hangi tedavileri aldınız?

- 1) Aşılama 2) Tüp Bebek 3) Diğer.....

20. Çocuk sahibi olabilmek için ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?
ay/yıl

21. Çocuk sahibi olamamanız yakınlarınızla olan ilişkilerinizi etkiliyor mu?

- 1) Evet etkiliyor 2) Hayır, etkilemiyor

EK 3. İnfertilite Damgalanma Ölçeği

Yönergeler: Bu liste bir kadının infertilite tedavisi görürken deneyimleyebileceği zihinsel aktiviteleri içerir. Aşağıdaki her ifadeye ne derece katılıp katılmadığınızı öğrenmek istiyoruz. Puanlamanızın infertilite tedavisi hakkındaki gerçek düşüncelerinizi yansıttığından emin olunuz.

Lütfen her maddeyi okuyunuz. Ardından ne kadar katılıp katılmadığınızı göz önünde bulundurarak her madde için puanlama yapınız. Değerlendirme ölçeği 1(Kesinlikle katılmıyorum) den 5(Kesinlikle katılıyorum)a kadardır. Lütfen uygun değeri √ işaretiyle işaretleyiniz. "1"i işaretlemeniz ifadeye hiç katılmadığınızı,"5"i işaretlemeniz ifadeye tamamen katıldığınızı anlamına gelecektir. Ayrıca, "2" kısmen katılmamak; "3" emin olmamak; "4" ise kısmen katılmak anlamına gelmektedir.

Not: "İnfertilite = Gebe kalmada sıkıntı yaşanması" anlamına gelmektedir

Teşekkür ederim..

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Özdeğer Kaybı					
1.Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum.					
2.Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3.Kendimi aileme yükümü gibi hissediyorum.					
4.Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum.					
5.Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum.					
6.Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum.					
7.Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
Sosyal Geri Çekilme					
8.Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.					
9.Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.					
10.Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum.					
11.Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum.					

12.Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum.					
Toplumsal Damgalanma					
13.Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.					
14.Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.					
15.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.					
16. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.					
17.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.					
18.Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum.					
19.Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum.					
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsemediğini hissediyorum.					
21. Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					
Ailesel Damgalanma					
22.Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı mahvetti.					
23.Eşimle ilişkimin bozulacağından endişeleniyorum.					
24. Eşimin benden boşanacağından korkuyorum.					
25.Ailemin beni eskisi kadar önemsemediğini hissediyorum.					
26.Ailem, özellikle kaynanam, sürekli bana sorun yaratmaya çalışıyor.					
27.İnsanlar durumumu öğrenirlerse, yeniden evlenebilme durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.					

EK 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

Sizin için uygun mu?

	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

EK 5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Yarı yarıya böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moraliim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK 6. İnfertilite Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni



MOTAC Staff <aylakanbur@atauni.edu.tr>

Alıcı: bana

Zehra Merhaba,

Sana ölçeği ve kullanım şeklini gönderiyorum. Tezinde başarılar...

Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik bölümü

+

Kimden: "Zehra Kaya" <zehrak3434@gmail.com>

Kime: aylakanbur@atauni.edu.tr

Gönderilenler: 17 Ağustos Perşembe 2017 13:04:06

Konu: İNFERTİLİTE STİGMA ÖLÇEĞİ

...

en

İNFERTİLİTE STİGMA ÖLÇEĞİ

Ölçek, 10 sorudan oluşmaktadır. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. 10 puan en düşük, 50 puan en yüksek puanı gösterir.

Ölçek, 10 sorudan oluşmaktadır. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. 10 puan en düşük, 50 puan en yüksek puanı gösterir.

Soru	1	2	3	4	5
1. İnfertilite, bir insanın doğurabilme yeteneğinin azalmasıdır.					
2. İnfertilite, bir insanın doğurabilme yeteneğinin azalmasıdır.					
3. İnfertilite, bir insanın doğurabilme yeteneğinin azalmasıdır.					
4. İnfertilite, bir insanın doğurabilme yeteneğinin azalmasıdır.					
5. İnfertilite, bir insanın doğurabilme yeteneğinin azalmasıdır.					

W İNFERTİLİTE STİ...

EK 7. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Beck umutsuzluk ölçeği izni Gelen Kutusu x



Zehra Kaya

Sayın Prof. Dr .Ayşegül Durak Batıgün, Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nig...



aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

Alıcı: bana ▼

ölçek ekte, iyi çalışmalar...

xxx



EK 8. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

COPE Gelen Kutusu x



Lütfullah Beşiroğlu <lbesiroglu@gmail.com>

Alıcı: bana, ertekinsevde [v]

Aşağıda alt ölçekler, ekte ölçeğin kendisini bulabilirsiniz. İyi çalışmalar

1. pozitif yeniden yorumlama ve gelişme: 1, 29, 38, 59
2. Zihinsel boş verme: 2, 18, 31, 43
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma: 3, 17, 28, 48
4. Yararlı sosyal destek kullanımı: 4, 14, 30, 45
5. Aktif başa çıkma: 5, 25, 47, 58
6. İnkâr: 6, 27, 40, 57
7. Dini olarak başa çıkma: 7, 18, 48, 60
8. Şakaya vurma: 8, 20, 36, 50
9. Davranışsal olarak boş verme: 9, 24, 37, 51
10. Geri durma: 10, 22, 41, 49
11. Duygusal sosyal destek kullanımı: 11, 23, 34, 52
12. Madde kullanımı: 12, 26, 35, 53
13. Kabullenme: 13, 21, 44, 54
14. Diğer meşguliyetleri bastırma: 15, 33, 42, 55
15. Plan yapma: 19, 32, 39, 56

[v]



EK 9. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Sayı: 54073746/

CERRAHI TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

18.10.2017 tarihinde Anabilim Dalımızda yapılan Akademik Kurul Toplantısında aşağıdaki konular görüşülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.


 Prof. Dr. Anıl YÜKSEL
 Anabilim Dalı Başkanı

- 1- Prof. Dr. Önay Yalçın'ın emekli olması nedeniyle, Dr. Tuğçe Arslanoğlu'nun danışman öğretim üyesi Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan olarak değiştirilmesine
- 2- Anabilim Dalımızda gövrel Öğretim Üyesi Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan'ın "Myömları olan kadınlarda vilaprisan ve standart tedavilerin etkinliğinin karşılaştırılması, randomize çok merkezli çalışma" başlıklı çalışmasının etik kurul tarafından değervlendirilmesine
- 3- Anabilim Dalımızda görevli Op. Dr. Tuğba Saraç Sivrikoz, Op. Dr. Gürcan Türkyılmaz, Op. Dr. Selim Afşar, Op. Dr. Yağmur Minareci, Op. Dr. Özgür Aydın Tosun, Op. Dr. Didar Kurt, Op. Dr. Engin Çelik, Op. Dr. Burçin Karamustafaoğlu Balcı, Op. Dr. Hamdullah Sözen, Dr. Hülya Kandemir, Dr. Tuğçe Arslanoğlu, Dr. Gamze Yılmaz, Dr. Sultan Can, Dr. Emircan Ertürk, Dr. Zeynep Nesibe Işık, Dr. İnci Sema Taş, Dr. İpek Merve Evrücke, Dr. İrem Usta, Dr. Esra Orak, Dr. Turkane Gurbanova, Dr. Müge Ateş, Dr. Atacem Mert Aytekin'in çalışma sürelerinin yenilenmesine
- 4- Sorumlu Araştırmacılığını Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ümran OSKAY'ın üstlendiği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Zehra Kaya'nın yürüteceği "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tutarlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasına ve etik kurul tarafından değervlendirilmesine
- 5- Sorumlu araştırmacılığını Anabilim Dalımızda görevli Öğretim Üyesi Prof. Dr. Necip Erkut ATTAR'ın üstlendiği "Açıklanamayan İnfertilite Hastalarında IVF Tedavisi Öncesi Fizyoterapinin Tedavi Başarısına Etkisi" başlıklı çalışmanın etik kurul tarafından değervlendirilmesine karar verilmiştir.

Adres: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 34093 Çapa Fatih / İSTANBUL Tel: (212) 635 11 50 /31487
Faks: (212) 635 26 75 e-posta: itfkadindogum@gmail.com

Ayrıntılı Bilgi: Lale Altınçekiç

ETİK KURUL KARARI



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 1299

Tarih : 13.11.2017

Konu: Prof. Dr. Ümran OSKAY hk.

Sayın Prof. Dr. Ümran OSKAY
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : Sağlık Bilimler Enstitüsünün 02/11/2017 gün ve 412302 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Arş. Gör. Zehra KAYA' nın yürüteceği 2017/1276 dosya numaralı "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 10/11/2017 tarih ve 18 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İNFERTİL KADINLARDA DAMGALANMA VE UMUTSUZLUK İLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ BELİRLENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%**2**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**2**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**1**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

2

acikerisim.deu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

3

openmed.nic.in

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

Submitted to Gaziantep Aniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%**1**

5

www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

hemsirelik.ege.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

koutab.kocaeli.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

www.j-humansciences.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Zehra	Soyadı	Kaya
Doğ.Yeri	Güçlükonak	Doğ.Tar.	15.11.1993
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	40025163786
Email	zkaya1@istanbul.edu.tr	Tel	05414684191

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yl, İstanbul	2015-2016 Devam Ediyor
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi	2015
Lise	Bursa Hürriyet Anadolu Lisesi	2011

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma görevlisi	İstanbul Üniversitesi	1 yıl 9 ay (2016-Halen)
2.	Araştırma görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi	9 ay (2016-Halen)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	iyi	iyi		YDS: 72,50

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	86,99	85,59	70,70
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Excel	İyi
Power point	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Aslan E., Kaya Z., Yılmaz B., "Görme engelli erkeklerde cinsel işlevlerin değerlendirilmesi - Evaluation of sexual function in visually disabled males", I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İSTANBUL, 23-24 Mart 2018, pp.0260-0260

Kaya Z., Yılmaz B., Oskay U. "Gebelik Kaybı ve Hemşirelik Yaklaşımı", I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İSTANBUL, 23-24 Mart 2018, pp.0045-0045

Kaya Z., Oskay U. “ İnfertil kadınlarda damgalanma: Elalem ne diyor?” I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İSTANBUL, 23-24 Mart 2018,pp.

Yılmaz B., Kaya Z., Güngör İ., "Topluma Açık Alanda Emzirme Konusunda Annelerin ve Toplumun Görüşleri: Bir Sistemik Derleme", 2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 1-3 Aralık 2017, pp.51-51

Özel İlgi Alanları (Hobileri); Edebiyat, yeni yerler keşfetme.

