



T.C.
DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜŐÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**İNFERİLİTE TEDAVİŐİ GÖREN KADINLARDA
İNFERİLİTE FAKTÖRÜNE GÖRE DAMGALANMA,
TRAVMA VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**
Doktora Tezi

Tezi Hazırlayan
HANIM ÖZLEM KÖLAN YARAŞ

İstanbul, 2023



T.C.
DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA
İNFERTİLİTE FAKTÖRÜNE GÖRE DAMGALANMA,
TRAVMA VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**
Doktora Tezi

Tezi Hazırlayan
HANIM ÖZLEM KÖLAN YARAŞ
20192003061
0009-0006-0139-0073

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Serhat YÜKSEL

İstanbul, 2023

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilite faktörüne göre damgalanma, travma ve baş etme yöntemleri” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.18.07.2023

Hanım Özlem KÖLAN YARAŞ



**DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV
TUTANAĞI**

Doküman No	FR.1.46
Yürürlük Tarihi	1.11.2017
Revizyon Tarihi	4.12.2020
Revizyon No	2
Sayfa	1 / 1

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Tarih:

Anabilim Dalı : Psikoloji
Öğrencinin Adı Soyadı : Hanım Özlem KÖLAN YARAŞ
Öğrenci No : 20192003061
Tez Danışmanının Adı Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Serhat YÜKSEL
İkinci Tez Danışmanının Adı Soyadı :
Tezin Başlığı : Infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilite faktörüne göre damgalanma, travma ve baş etme yöntemleri

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 44.Maddesi uyarınca yapılan değerlendirmeler sonunda;

☒ tezin kabul edilmesine

☐ tezde düzeltme verilmesine

☐ tezin reddedilmesine

oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir. Gereği için arz olunur.

Danışman Üye

Üye

Üye

Üye

Üye

Anabilim Dalı Başkanı Onayı:

Doğuş Üniversitesi ("Üniversite") olarak kişisel verilerinizin güvenliği hakkında azami hassasiyet göstermekteyiz. Üniversite olarak, Üniversite ile ilişkili tüm şahıslara ait her türlü kişisel verinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK")'na uygun olarak işlenmesine ve gizliliğinin sağlanmasına büyük önem vermekteyiz. Anayasa m.20/3 ile tanınan "kişisel verilerinizin korunmasını isteme" hakkınızın bilincinde olarak, KVKK kapsamında tanımlı "Veri Sorumlusu" sıfatıyla, kişisel verilerinizi mevzuata uygun şekilde işlemekteyiz. Daha geniş açıklama için Doğuş Üniversitesi <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

As Doğuş University ("University"), we show maximum sensitivity about the security of your personal data. As a university, we attach great importance to the processing and confidentiality of all personal data of all individuals associated with the University in accordance with the Law No. 6698 on Protection of Personal Data ("KVKK"). Being aware of your right to "ask for the protection of your personal data" recognized by the constitution article 20/3, as "Data Controller" defined within the scope of KVKK, we process your personal data in accordance with the legislation. For a broader explanation you can visit <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

hakkımızda: about us kişisel-verilerin-korunmasi: protection of personal data

Adı ve Soyadı : Hanım Özlem KÖLAN YARAŞ
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Serhat YÜKSEL
Türü ve Tarihi : Doktora Tezi, 2023
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : İnfertilite, infertilite faktör, damgalanma, travmatik stres, baş etme

ÖZET

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA FAKTÖRÜNE GÖRE DAMGALANMA, TRAVMA VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Araştırma infertilite tedavi sürecine dahil olan kadınların infertilite faktörüne göre ayrılmış üç grupta (kadın faktör [KF], erkek faktör [EF], hem kadın hem erkek faktör [KEF]) damgalanma, travmatik stres ve baş etme yöntemlerinin birbirleriyle anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin anlaşılması için planlandı.

Betimsel nitelikte ve nedensel karşılaştırma araştırması olan bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Veriler hem yüz yüze hem de çevrimiçi olarak elde edilmiştir. Yüz yüze elde edilen veriler Egemen Koyuncu Kadın Hastalıkları, Doğum ve Tüp Bebek Muayenehanesi'nden toplanmıştır. Aynı zamanda, sosyal medya üzerinden bu araştırmaya özel bir hesap oluşturularak veri toplama formları ve ölçekler katılımcılara çevrimiçi olarak ulaştırılmıştır. Örneklem 21.02.2022 ile 02.05.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın örneklemine 135 kadın katılmıştır. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ), Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ İES-R), İnfertil Kadınlarda Baş etme Ölçeği (İKBÖ) kullanılmıştır.

İDÖ toplam puanları açısından KEF grubun, KF ve EF gruplardaki kadınlardan daha yüksek düzeyde damgalanma hissettiği ortaya çıkmıştır. OEÖ (İES-R) toplam puanları açısından KF grup EF ve KEF gruptan anlamlı olarak düşük puan almıştır. İKBÖ puanlarının KF grubunda, düşüncelerle aşırı meşguliyet ve sosyal geri çekilme baş etme stillerinde EF ve KEF gruplarından anlamlı fark ile daha yüksek puan almıştır. İDÖ toplam puanı ile OEÖ (İES-R) toplam puanları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur.

Name and Surname : Hanım Özlem KÖLAN YARAŞ
Supervisor : Assist. Prof. Serhat YÜKSEL
Degree and Date : PhD Thesis, 2023
Major : Clinical Psychology
Key Words : Infertility, infertility factor, stigmatization, traumatic stress, coping mechanisms

ABSTRACT

STIGMA, TRAUMA, AND COPING METHODS IN WOMEN WHO TREATED INFERTILITY ACCORDING TO THE FACTOR

The present study was planned to determine the significant difference of stigmatization, traumatic stress and coping mechanisms between the three infertility factor groups (female factor [FF], male factor [MF], female and male factor [FMF]) of women who are involving infertility treatment.

In this study, which is a descriptive and causal comparison research, the relational survey model was used. Data were obtained both face-to-face and online. Face-to-face data was collected from Egemen Koyuncu Woman Diseases, Obstetric and IVF Clinic. At the same time, a special account was created for this research via social media, and data collection forms and scales were delivered to the participants online. The sample was collected between 21.02.2022 and 02.05.2023. 135 women participated in the sample of the study. Personal Information Form, Infertility Stigma Scale (ISS), Impact of Events Scale- Revised (IES-R), and Infertile Women's Coping Scale (IWCS) were used to collect data.

In terms of ISS total scores, it was revealed that the FMF group felt stigmatized at a higher level than the women in the FF and MF groups. In terms of total IES-R scores, the FF group got significantly lower scores than the MF and FMF groups. In the FF group, the IWCS scores were significantly higher than the MF and FMF groups in coping styles with excessive preoccupation with thoughts and social withdrawal. A significant positive correlation was found between the ISS total score and the IES-R total scores.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET

ABSTRACT.....	1
TABLolar LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

İNFERTİLİTE, TRAVMA, DAMGALANMA VE BAŞA ÇIKMA

1.1. İnfertilite.....	3
1.1.1. İnfertilitenin Tanımı	3
1.1.2. İnfertilitenin Epidemiyolojisi.....	4
1.1.3. İnfertilite Etiyolojisi.....	5
1.1.4. İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler	5
1.1.4.1. Yaş	5
1.1.4.2. Koitus Sıklığı ve Zamanı	6
1.1.4.3. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	6
1.1.4.4. Vücut Ağırlığı	7
1.1.4.5. Çevresel Etmenler	7
1.1.4.6. Cinsel Taciz/ Tecavüz Öyküsü	7
1.1.4.7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....	8
1.1.4.8. Psikolojik Nedenler.....	8
1.1.5 Kaynağına Bağlı İnfertilite	8
1.1.5.1 Kadına Bağlı İnfertilite	8
1.1.5.2. Erkeğe Bağlı İnfertilite.....	9
1.1.5.3. Hem Erkeğe Hem de Kadına Bağlı İnfertilite.....	9
1.1.5.4. Açıklanamayan İnfertilite.....	9
1.1.6. İnfertilitede Çiftlerin Değerlendirilmesi	10
1.1.7. İnfertilite Tedavisi	11
1.1.8. İnfertilite Tedavisinin Komplikasyonları	13
1.1.9. İnfertilitenin Sosyolojik ve Kültürel Yönü	13
1.1.10. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri	15

1.1.11. İnfertilite ve Ruh Sağlığı İlişkisi	16
1.1.12. İnfertilite ve Evlilik İlişkisi	17
1.1.13. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri	17
1.1.14. İnfertilite ve Sosyal İlişkiler	18
1.2. Travmatik Bir Deneyim Olarak İnfertilite Tedavisi	18
1.2.1. Travmanın Tanımı ve Sıklığı	19
1.2.2. Travma Sonrasında Verilen Tepkiler	20
1.2.2.1. Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Tanı Kriterleri	21
1.2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Tanı Kriterleri ..	21
1.2.2.3. Uyum Bozuklukları ve Tanı Kriterleri	23
1.3. İnfertilite ve Travma	23
1.3.1. İnfertilite Tanısının Kaygı ve Depresyon ile İlişkisi	24
1.3.2. İnfertilite Tedavisinin Stresle İlişkisi	24
1.3.3. İnfertilite ile İlişkili Travmalarda Tedavi Yükünü Etkileyen Faktörler	28
1.3.3.1. Yaş	28
1.3.3.2. Gelir	29
1.3.3.3. Yaşanan Yer	29
1.3.3.4. Çocuk, düşük, kürtaj	29
1.3.3.5. İnfertilite Aile Öyküsü	29
1.3.3.6. İnfertilite Tedavisi Yılı ve Evlilik Süresi	30
1.3.3.7. Cinsiyet	30
1.3.3.8. Damgalanma	31
1.4. İnfertilte ve Damgalanma	32
1.4.1. Damgalanmanın Tanımı	33
1.4.2. Damgalanmanın Tarihçesi ve İşlevleri	34
1.4.3. Damgalanma ile İlgili Kavramlar	35
1.4.4. Damgalanmanın Türleri	36
1.4.5. Damgalanmanın Nedenleri	37
1.4.6. Damgalanmanın Sonuçları	39
1.4.7. Damgalanmanın İnfertilite Üzerine Etkisi	40

1.4.8. İnfertilitede Damgalanma ile Psikolojik Etkilenme Arasındaki İlişki	42
1.4.9. Damgalanma Yükünü Arttıran Faktörler	43
1.4.9.1. Yaşanan Yer	43
1.4.9.2. Cinsiyet	44
1.4.9.3. Eğitim Durumu	44
1.4.9.4. Çalışma Durumu	44
1.4.9.5. Gelir	44
1.4.9.6. Sosyal Güvence	45
1.4.9.7. Aile Tipi	45
1.4.9.8. Çocuk, düşük, kürtaj	45
1.4.9.9. İnfertilite Aile Geçmişi	45
1.4.9.10. İnfertilite Tedavisi Yılı ve Evlilik Süresi	46
1.5. Baş Etme Kavramı	46
1.5.1. Lazarus ve Folkman'ın Transaksiyonel Baş Etme Modeli	46
1.5.6. Baş Etme Yöntemleri	47
1.5.7. İnfertilite ve Baş Etme Yöntemleri	48
1.5.8. İnfertilite ile Baş Etme Üzerine Yapılan Çalışmalar	49
1.5.8.1. Demografik Faktörlerin Etkisi	49
1.5.8.2. İnfertil Olma Durumuna Göre Baş Etme	50
1.5.8.3. İnfertilite Nedenine Göre Baş Etme	50
1.5.8.4. Damgalanma ile Baş Etme	51
1.5.8.5. İnfertilite Stresi ile Baş Etme	51
1.5.8.6. İnfertilite Fenomeni ve Baş Etme	52

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	53
2.2. Araştırmanın Örneklemi	53
2.3. Veri Toplama Araçları	54
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	54
2.3.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)	55

2.3.3. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R).....	55
2.3.4. İnfertil Kadınlar için Baş Etme Ölçeği	55
2.4. Verilerin Toplanması.....	56
2.5. Veri Analizi Teknikleri.....	56
2.6. Araştırmanın Hipotezleri	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

BULGULAR	58
-----------------------	-----------

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması	80
4.3. İnfertil Kadınlarda Olayların Etkisi Puanlarına İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması	83
4.4. İnfertil Kadınlarda Baş Etme Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması	85
4.5. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeyleri ve Olayların Etkisi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Elde Edilen Bulguların Tartışılması	86
4.6. İnfertil Kadınlarda İnfertilite Baş Etme Düzeyleri ile İnfertilite Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	88
4.7. İnfertil Kadınlarda İnfertilite Baş Etme Düzeyleri ile Olayların Etkisi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	89
4.8. Gelecek Araştırmalar ve Uygulamalara Yönelik Öneriler	93
SONUÇ	95
KAYNAKÇA	96
EKLER	127
Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	127
Ek-2: Kişisel Bilgi Formu.....	129
Ek-3: Olayların Etkisi Ölçeği	131
Ek-4: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği	133
EK-5: İnfertilite Damgalanma Ölçeği	136

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı Ve Evlilik Süresi İle İlgili Bulguları	58
Tablo 2. Katılımcıların Kategorik Sosyodemografik Bulguları.....	58
Tablo 3. Katılımcıların Sosyoekonomik Verilerinin Dağılımı	59
Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin Dağılımı	60
Tablo 5. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin Dağılımı	60
Tablo 6. Katılımcıların İnfertilite Verilerinin Dağılımı.....	61
Tablo 7. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Öncesi Tedavi Verilerinin Dağılımı	61
Tablo 8. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Öncesi Tedavi Verilerinin Dağılımı	62
Tablo 9. Katılımcıların Mevcut Ruhsal Tedavi Dağılımı.....	62
Tablo 10. Katılımcıların Psikometrik Ölçüm Verilerinin Dağılımı	63
Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 12. Katılımcıların Sosyoekonomik Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 13. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 14. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 15. Katılımcıların Geçmiş İnfertilite Tedavisi Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 16. Katılımcıların Mevcut Ruhsal Tedavilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 17. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı Ve Evlilik Süreleri Değişkenlerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 18. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	71
Tablo 19. Katılımcıların İnfertilite Damgalanma Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 20. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 21. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği İle İnfertilite Damgalanma Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları	75
Tablo 22. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği İle İnfertilite Damgalanma Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları	75
Tablo 23. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği İle Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları	77

KISALTMALAR

ACOG:	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
ASB:	Akut Stres Bozukluğu
ASRM:	The American Society for Reproductive Medicine (Amerikan Üreme Tıbbı Derneği)
DSM:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı)
DÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EF:	Erkek Faktörlü
HIV:	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency)
HPA:	Hipotalamik- Hipofiz- Yumurtalık
ICD:	The International Classification of Diseases
İDÖ:	İnfertilite Damgalanma Ölçeği
IES-R:	Olayların Etkisi Ölçeği (Impact of Event Scale- Revised)
IVF:	In- Vitro Fertilizasyon
İKBÖ:	İnfertil Kadınlar için Başetme Ölçeği
KEF:	Hem Kadın Hem Erkek Faktörlü
KF:	Kadın Faktörlü
LGBTİ+:	Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, Intersex +
OEÖ:	Olaylardan Etkilenme Ölçeği
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO:	World Health Organisation
YÜT:	Yardımcı Üreme Tedavileri

GİRİŞ

Çiftler arasındaki infertilite veya çocuksuzluk kavramı ve deneyimi, insan ırkı kadar eskidir ve küresel bir sağlık sorunudur (Inhorn, 2003). İnfertilite, 12 ay ve daha fazla süre boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birleşmeye rağmen gebe kalamama durumudur (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ; WHO]. Birçok çalışma göstermektedir ki dünya çapında çiftlerin % 8 – 12'si infertiliteyi deneyimlemektedir (Kumar ve Singh, 2015). Günümüzde birçok kültürde hala yaygın olmaya devam eden görüşlerden biri gebeliğin ve anneliğin bir kadın için çok önemli olduğu ve hatta onun kimliğinin bir parçası olduğudur. Bu sebeple üreme sorunlarına dair tanı alan kişi eş dahi olsa kadınlar infertilitenin psikososyal yükünü taşımakta, bu kimliği üstlenmekte ve eşlerine göre daha çok psikolojik sıkıntı yaşamaktadırlar (Cousineau ve Domar, 2007; Benyamini, Gozlan ve Weissman, 2017).

Goffman'a (1963) göre damgalanma (stigmatizasyon), damgalanan kişinin içinde bulunduğu durum sebebiyle ona daha az değer verilmesi, daha az istenen biri ve hatta insan gibi algılanmaması durumuna verilen addır. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda damgalanmanın etkisini araştıran bir çalışma göstermiştir ki kadınların %64'ü kendisini damgalanmış hissetmektedir. Aynı çalışmada infertiliteye bağlı stresin artmasının da algılanan damgalanmanın yüksek oluşuyla ilişkili olduğu görülmüştür (Donkor & Sandall, 2007). Türkiye'de yapılan çalışmalar da yüksek damgalanma puanının artan depresyon ve umutsuzluk deneyimleriyle ve ayrıca düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Yılmaz & Kavak, 2019; Kaya, 2018; Shirolu, 2020).

Briere ve Scott (2014) travmayı tanımlarken “kişinin içsel kaynaklarının kısa süre için de olsa baş etmekte yetersiz kaldığı ve uzun süreli psikolojik belirtiler üreten aşırı ölçüde üzücü olay” ifadelerini kullanmıştır. İnfertilitenin travmatik etkileri üzerine Nijerya'da yapılan bir çalışmada, bu etkilerin ilişkili olduğu sorunlar ele alınmıştır. Bu sorunlardan biri katılımcıların eşleri, arkadaşları, kayınvalideleri ve anneleri tarafından hamile kalmak için baskı altında oldukları yönündedir (Umezulike & Efetie, 2004). Sosyal çevrenin etkisini gösteren bu çalışma damgalanma ve travmatik yaşantı arasındaki ilişkinin anlamlı olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların damgalanma ile baş etme tarzlarından en çok dini başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişmeyi kullandıkları görülmektedir (Kaya, 2018). Çin’de yapılan bir çalışma ise kadınların damgalanma ile başa çıkmada aktif-kaçınma ve anlam-tabanlı başa çıkma yollarını seçtikleri yönündedir (Jing ve diğerleri, 2021).

Bu çalışmanın odaklandığı bir diğer konu ise, infertilite tedavisi gören kadınların, infertilitenin kendisinden, eşinden ve her ikisinden kaynaklandığı durumlara göre üç gruba ayrılarak sonuçların buna göre analiz edilmesidir. Bir çalışmada kadın kaynaklı infertilite tedavisi alan kadınların umutsuzluk puanının erkek kaynaklı infertilite tedavisi alan kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür (Kaya & Oskay, 2020). Diğer bir çalışmada ise hem erkeğe hem de kadına ait faktörlerin rol oynadığı durumlarda infertil kadınlardaki anksiyete puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (Taşkın, Usta, Cüce, Adalı ve Arslan, 2016). Bu sonuçlar ışığında infertilite tedavisi gören kadınlarda damgalanmanın ve buna bağlı travmatik etkilerin, infertilite sebebinin kime ait olduğuna bağlı olduğu ön görülmekte ve bunun birçok zorlu deneyimin yordayıcısı olduğu düşünülmektedir.

Özetle, bu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınlarda, infertilite tanısının kime ait olduğuna bağlı olarak, damgalanma düzeyinin ve damgalanmanın travmatik etkilerle ve baş etme yöntemleriyle olan ilişkisi incelenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

İNFERTİLİTE, TRAVMA, DAMGALANMA VE BAŞA ÇIKMA

1.1 İnfertilite

Üreme, insanların en temel biyolojik dürtülerinden biri olup, insan neslinin devamı için gereklidir. Ebeveyn olmaya karar vermiş çiftlerin çocuk sahibi olabilmesi için hamileliğin çeşitli aşamalarının başarıyla tamamlanmış olması gerekmektedir. Bunlar; yumurta ve spermin buluşması, döllenme, döllenmiş olan yumurtanın rahime yerleşmesi ve orada tutunması gibi süreçleri içerir (Kuroda, 2018). Ancak giderek yaygınlaşan, içinde psikolojik ve sosyolojik açıdan bireysel, ilişkisel ve toplumsal birçok önemli etkiyi barındıran infertilite, çocuk sahibi olabilme veya üreme sürecinin beklenen şekilde gerçekleşmemesidir.

1.1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, 12 ay ve daha fazla süre boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birleşmeye rağmen gebe kalamama durumudur (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ; WHO], 2018). “The American Collage of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG) (2018) ise bu tanımda belirtilmiş olan 12 ay sürecinin 35 yaşından küçük kadınlar için değerlendirmeye alırken, 35 yaşından büyük kadınlar için ise gebe kalma süresinin 6 ay ve sonrası olacak şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

İnfertilite üreyebilmenin zıttı anlamına gelse de sterilite (kısırlık) ile aynı durumu yansıtmamaktadır. Sterilite, tıbbi yöntemlerin kullanımında gebe kalmanın mümkün olmadığı bir durum veya üreme yeteneğinin olmaması anlamına geliyorken infertilite, üreme yeteneğinin azaldığı veya gerekli tedavi yöntemlerinin kullanılmasıyla gebeliğin mümkün olabildiği bir durumdur (Aksöz, 2020). Steril olma, üremenin gerçekleşmiyor olmasıyla infertil olmayı kapsasa da her infertil çift steril değildir (Bayer, Alper ve Penzias, 2018). Ayrıca infertilite ve bir çiftin ‘çocuk sahibi olmak istememeleri’ de birbirinden farklı kavramlardır. İnfertilite, istenmesine rağmen çocuk sahibi olamama olarak değerlendirilirken, ‘çocuk sahibi olmak istememek’ ise çiftlerin bilinçli tercihleri doğrultusunda verdikleri bir karardır (Letherby, 2012).

İnfertilitenin sadece biyolojik bir durum değil aynı zamanda sosyo-kültürel ve psikolojik bir olgu olmasından dolayı bu ayırımın iyi yapılması önemlidir.

İnfertilite iki alt kategoriye ayrılarak değerlendirilebilir; primer infertilite ve sekonder infertilite. Primer infertilite, daha önce hiç başarılı bir gebeliğin gerçekleşmemiş olması veya canlı doğumun olmaması ve infertilite tanısının koşullarının sağlanıyor olması olarak tanımlanırken, sekonder infertilite, daha önce en az bir tane başarılı gebeliğin gerçekleşmiş olması ancak yeni bir gebeliğin belirli süre ve koşullar altında meydana gelmemesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020).

1.1.2. İnfertilitenin Epidemiyolojisi

Yapılan çalışmalara göre dünya genelinde infertilite yaşayan çift sayısının yaklaşık 50 milyon olduğu ifade edilmektedir (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel ve Stevens, 2012). Alanyazında yapılmış bir gözden geçirme çalışmasına göre, gelişmiş ülkelerde infertilite yaygınlığı %3,5-%16,7 arasında değişiyorken, bu oran gelişmekte olan ülkelere %6,9-%9,3; dünya genelinde ise yaklaşık olarak %9 oranındadır (Boivin, Bunting, Collins ve Nygren, 2007). Rutstein ve Shah (2004) yaptıkları çalışmada Çin hariç gelişmekte olan ülkelere, 2002 yılında hiç evlenmemiş olan 25-49 yaş aralığındaki 186 milyon kadının primer veya sekonder infertil olduğunu belirtmişlerdir.

Bu dağılıma ek olarak yapılan bir başka çalışmada ise infertilite oranlarının Güney Asya, Sahra Altı Afrika, Güney Afrika/Ortadoğu, Orta/Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde yüksek olduğu ortaya konmuştur (Mascarenhas ve diğerleri, 2012). Yine aynı çalışmada, kadın partnerler üzerinden toplanan veriler doğrultusunda, primer infertilite oranlarının Kuzey Afrika ve Ortadoğu ülkelerinde yüksek yaygınlık (>%3) gösteriyorken, sekonder infertilite oranlarının bu ülkelere daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Orta/Kuzey Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde ise tam tersi oranlar görülmektedir.

Genel olarak, gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek infertilite oranları gerekli tedavi yöntemlerine ulaşmadaki zorluk veya cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi için gerekli olan ilaçlara ulaşamaması ile açıklanmaktadır (Bayer ve diğerleri 2018).

1.1.3. İnfertilite Etiyolojisi

İnfertilite hem biyolojik hem de psikolojik temelli, farklı nedenlerden kaynaklanan bir rahatsızlıktır. Dünya genelinde infertilite dağılımındaki değişiklikler, infertilitenin sadece biyolojik nedenlerden değil, daha farklı sebeplerden de olabileceğinin bir göstergesi olabilir. İnfertilite sadece biyolojik ve anatomik nedenlerle değil ayrıca fizyolojik, psikolojik ve birçok sosyo-kültürel etmenin etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Gebeliği etkileyen tıbbi, psikolojik ve çevresel bazı etmenlerin varlığı infertilite riskini etkilemektedir (Rossi, Abusief ve Missmer, 2014).

WHO (2020), infertilitenin erkek ve kadın üreme sistemlerinde meydana gelen işlev bozukluklarından kaynaklanan bir rahatsızlık olduğunu vurgulasa da bazen infertilitenin nedeninin açıklanamayabileceğini de bildirmiştir. Alan yazında yapılmış ve infertilitenin kaynağının incelendiği çalışmalarda, infertilite kaynağının %50 kadın, %20-30 erkek ve geri kalan %20-30'unun da hem erkek hem de kadın faktörlü veya bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (Agarwal, Mulgund, Hamada ve Chyatte, 2015; Olive, Sekar ve Susila, 2014).

1.1.4. İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler

İnfertiliteyi etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler yaş, koitus sıklığı ve zamanı, sigara, alkol ve madde kullanımı, vücut ağırlığı, çevresel etmenler, cinsel taciz veya tecavüz öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve psikolojik nedenler olarak açıklanabilir (Bayer ve diğerleri, 2018; Ulusal Aile Planlama Rehberi, 2005; Petraglia, Serour ve Chapron, 2013; Sharma, Biedenharn, Fedor ve Agarwal, 2013)

1.1.4.1. Yaş

İnfertiliteyi etkileyen en önemli etmenlerin başında yaş değişkeni gelmektedir. 35 yaş ve sonrası için kadın yaşının ilerlemesi infertilite riskini oldukça artırmaktadır. Bayer ve diğerleri (2018), infertilitenin 15-29 yaş aralığındaki kadınlarda %7,3, 30-34 yaş arası kadınlarda %9,1, 35-39 yaş arası kadınlarda %25 ve 40-44 yaş arası kadınlarda %30 oranında ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu durum özellikle

kadınlardaki yumurta sayısının yaşla birlikte azalması ve ayrıca yumurta kalitesindeki azalma ile açıklanabilmektedir. Erkek yaşının artması da infertilite riskini artıran faktörlerdendir (Denson, 2006). Üreme yetisi kadınlarda olduğu gibi belirli bir andan sonra durmasa da 40'lı yaşların başından itibaren erkeklerin de üreme becerisinde azalmalar olduğu gözlemlenmektedir (Kühnert ve Nieschlag, 2004).

1.1.4.2. Koitus Sıklığı ve Zamanı

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'nde (2005); cinsel ilişkide bulunma sıklığının gebe kalma ihtimalini artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca, gebe kalabilme olasılığının ovulasyon döneminde ve art arda cinsel ilişkide arttığı bildirilmiştir.

1.1.4.3. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Sigara içinde barındırdığı kimyasal maddelerle birlikte üreme sağlığını tehdit eden bir nevi zehir olarak tanımlanabilir. Ayrıca alan yazında kadınların üreme verimliliğinin artırılması için sigarayı bırakmalarını tavsiye eden birçok çalışma bulunmaktadır (Bayer ve diğerleri, 2018; ASRM, 2018). Buna ek olarak, bir çalışmada düşük ve yüksek nikotin bağımlılığının kadınlarda infertilite riskini artırdığı ortaya konulmuştur (Sarokhoni ve diğerleri, 2017). Erkeklerde ise sigara içmenin semen kalitesini düşürdüğü ortaya konmuştur ve özellikle semen kalitesi sınırda gözlemlenen erkeklerin sigarayı bırakması tavsiye edilmektedir (Künzle, Mueller, Hänggi, Birkhäuser, Drescher ve Bersinger, 2003).

Alkol tüketiminin de hem kadın hem erkek infertilitesinde rol oynadığı düşünülse de henüz bu durum tam olarak netlik kazanmamıştır. Alan yazındaki bir derleme çalışmasında, kronik alkol tüketimi ile semen kalitesi düşüklüğü arasında bir ilişkinin varlığına dikkat çekilmiştir. (Finelli, Mottola ve Agarwal, 2021). Eggert, Theobalde ve Engfeldt (2004) tarafından yapılmış bir başka çalışmada ise kadınlarda yüksek alkol tüketiminin infertilite riskini artırabileceği ortaya konmuştur.

1.1.4.4. Vücut Ağırlığı

İnfertilite riskini etkileyen bir diğer faktör vücut ağırlığıdır. Sadece aşırı kilolu olmak değil aynı zamanda aşırı zayıf olmanın da üreme sistemi üzerinde etkileri mevcuttur. Obezite ve infertilite ilişkisi hala incelenen bir konu olsa da yumurtlama ve menstruasyon döngüsündeki düzensizlik, bu durumu yaşayan kadınlarda daha fazla gözlemlenmektedir (Dağ ve Dilbaz, 2015). Ayrıca vücut kitle endeksi 19'dan düşük olan kadınlarda bu durumun yumurtlamayı etkileyebileceği ve böylelikle infertilite için risk faktörü olabileceği ifade edilmektedir (Bayer ve diğerleri, 2018). Erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, vücut kitle indeksindeki artışın infertilite riskinin artışı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Nguyen, Wilcox, Skjaerven ve Baird, 2007).

1.1.4.5. Çevresel Etmenler

Değişen ve gelişen dünya ile birlikte iş ortamı, besin alımı, teknolojik aletlerin kullanımıyla radyasyona fazla maruz kalınması gibi durumlar insan üreme sistemini etkiler hale gelmiştir. Çalışma ortamına bağlı olarak karşılaşılan kimyasalların birçoğunun üreme sağlığı açısından zehir etkisi gösterebileceği bilinmektedir (Bayer ve diğerleri, 2018). Bilir'in (2002) belirttiği üzere; ağır metal, sıcaklık, kurşun, civa gibi elementler erkek üreme sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, organik kimyasalların, dioksinler, ftalatlar ve çözücülerin hormonal bozukluklar ve semen kalitesinde azalmaya sebep olarak infertiliteye neden olduğu bilinmektedir (Sharma ve diğerleri, 2013).

1.1.4.6. Cinsel Taciz/ Tecavüz Öyküsü

Deyhoul, Mohamaddoost ve Hosseini (2017) tarafından yapılmış bir derleme çalışmasında infertil olan kadınların, infertil olmayanlara kıyasla geçmişlerinde üç kat daha fazla cinsel istismara maruz kalmış olabilecekleri ortaya konmuştur.

1.1.4.7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

HIV de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların infertilite oranını artırdığı ancak bu hastalıklar karşısında yeterli tedavinin zamanında yapılmasının ve üreme için gelişmiş düzeyde yardımcı tedavi yöntemlerine ulaşmanın bu oranın azalmasına olanak sağlayabileceği belirtilmektedir (Rutstein ve Shah, 2007).

1.1.4.8. Psikolojik Nedenler

Psikolojik stres, insan sağlığını önemli ölçüde etkileyen ve infertilite üzerinde önemli etkisi bulunan bir durumdur. Özellikle kadın üreme, sinir ve hormon sistemini etkileyip işlev düzeylerini düşürmektedir (Petraglia ve diğerleri, 2013). Örneğin, kronik psikolojik stres yaşayan kadınların menstural döngülerinin kronik psikolojik stres yaşamayanlara göre daha düzensiz olduğu bilinmektedir (Palm-Fischbacher ve Ehlert, 2014). Alanyazında yapılmış bir meta analiz çalışmasında, erkeklerde iş, sosyal hayat ve sosyal destek kaynaklı stresin semen kalitesi ile ilişkili olduğu ve böylece infertiliteye sebep olabileceği ifade edilmektedir (Li, Lin, Li ve Cao, 2011).

1.1.5 Kaynağına Bağlı İnfertilite

İnfertilite çeşitli nedenlerde ortaya çıkabileceği kadına bağlı, erkeğe bağlı, hem erkek hem de kadına bağlı faktörlere dayalı veya nedeni henüz açıklanamamış nedenlerden dolayı ortaya çıkabilmektedir (Bayer ve diğerler, 2018).

1.1.5.1 Kadına Bağlı İnfertilite

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'nde (2005) belirtildiği üzere gebeliğin doğal yollarla başlayıp devam edebilmesi için belirli şartların var olması gerekmektedir. Kadınlar için bu şartlar, aylık menstural düzenin devamlılığı ve yumurtlama, cinsel organların spermin girişi ve hareketi için uygun olması, spermin rahat hareket edebilmesi için fallop tüplerinin açık olması, rahmin ve fetüsün büyüüp gebeliğin devam edilmesi için gerekli hormonların salgılanması, yeterli oksijen ve besinin fetüse ulaşması gerekmektedir. Bunlara ek olarak, kadın infertilitesini etkileyen en önemli etmenlerin başında yaş gelmektedir. Kadınlarda en çok görülen ve infertiliteye neden olan faktörler arasında %25 oranıyla en yüksek sıklıkta gözlenen

klirik tablo ovulatuaz bozukluklardır (Mert, 2020). Overlere bağlı olarak ortaya çeşitli ovulasyon bozuklarının ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Bunlar; tümörler, ovülasyon için gerekli olan hormonlardaki bozukluklar, erken yaşıta menoz, travmalar, tubal faktörlere, bağlı olarak tıkanıklar, kanallardaki yapışıklık, tubal hareketlerdeki anomalilikler, endometriozis, poliplerdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Mert, 2020).

1.1.5.2. Erkeğe Bağlı İnfertilite

Erkeklerde fertilitenin olabilmesi için verimli ve döllemeyi gerçekleştirebilecek düzeyde sperm üretiminin olması, spermin hareketinin sağlanması için duktal sistemin ve kanalların açık olması yanında ereksiyon ve ejakülasyonun olabilmesi gerekmektedir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005). Erkeğe bağlı infertilite nedenleri; erkek üreme organları anomalileri ve sperm yokluğu, üretiminin azlığı, kalitesindeki yetersizlik, şeklindeki bozukluk ve hareketindeki problemlerle genel anlamda sperm fonksiyonundaki yetersizlikler olarak sıralanabilir (WHO, 2020; Kumar ve Singh, 2015).

1.1.5.3. Hem Erkeğe Hem de Kadına Bağlı İnfertilite

İnfertilite nedeni sadece erkeğe veya sadece kadına bağlı olarak değil çiftin her ikisine bağlı nedenlerle ortaya çıkabilir. Bayer ve diğerleri, (2018), infertil olan çiftlerde infertilite nedenlerinin neredeyse %30'unun hem erkek hem de kadın faktörden kaynaklandığını bildirmiştir. Bundan dolayı, infertilite tanısı için eşlerin ikisinin de ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

1.1.5.4. Açıklanamayan İnfertilite

En az bir yıl süre ile düzenli cinsel ilişkiye girilmesine rağmen gebe kalınamaması ve semen analizi, yumurtlama düzeninin kontrol edilmesi, tubal faaliyetlerin gözlemlenmesi, rahim boşluğunun incelenmesi gibi gerekli tıbbi testler yapılmasına rağmen infertilite ile ilişkili tıbbi bir kaynağın bulunamaması durumu açıklanamayan infertilite olarak tanımlanmaktadır (Hatasaka, 2011).

Açıklanamayan infertilite, üreme sisteminde henüz tespit edilmemiş bir sorunun var olması veya çiftin doğurganlığı normal olmasına rağmen döllenmenin tamamen şansa dayalı bir şekilde gerçekleşmiyor olmasıyla ortaya çıkabilir (Ray, Shah, Gudi ve Homburg, 2012).

1.1.6. İnfertilitede Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertilitenin değerlendirilmesi; infertilite kaynağının, uygun tedavi yöntemlerinin ve gerekli tedavinin bulunması ve bu açıdan infertilite tanısı almış çifte destekleyici kaynakların sağlanması açısından çok büyük önem taşımaktadır. İnfertilitenin değerlendirilmesi için her bir partnerden oldukça ayrıntılı bir anamnez alınması, fiziki muayene ve gerekli biyolojik analizlerin yapılması gerekmektedir (ACOG, 2019; Jain ve Singh, 2022).

Anamnez alırken şu anki problemin tanımlanması, süresi ve daha önce bu probleme dair bir tedavinin alınıp alınmadığıyla birlikte, menstural düzenin kontrol edilmesi, bütün tıbbi sorunlarla birlikte (ameliyat, yaralanma, travma vb.), yaş, ilaç kullanımı, alerjiler, radyasyon maruziyeti, koitus sıklığı, ailedeki geçmiş doğum öyküleri ve çiftin geçmiş gebelik öyküsü gibi genel bilgilerle birlikte alkol, madde kullanımına dair bilgiler ayrıntılı şekilde toplanmalıdır (Bayer ve diğerleri, 2018; ACOG, 2019).

Anamnezin alınmasından sonra her iki partner için de fiziksel muayene yapılması gerekmektedir. Kadın için fiziksel muayene sırasında kadın vücut kitle endeksinin incelenmesi, tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi, meme muayenesinin yapılması, vajina ve rahim incelemeleriyle birlikte pelvik kasların gerginliğinin kontrol edilmesi, rahmin şekil ve pozisyonunun uygunluğunun muayene edilmesi beklenmektedir (ACOG, 2019).

Erkek infertilitesinin değerlendirilmesi için yapılacak olan fiziksel muayenede ise öncelikle sekonder cinsiyet özelliklerinin incelenmesi, penisin incelenmesi, testislerin büyüklüğü ve ağırlığı, epididimisin doluluğu ve gerginliği, sperm kanalı ile rektal incelemenin yapılması gerekmektedir (Agarwal, Gupta ve Sharma, 2016).

Anamnez ve fiziksel muayene ile birlikte biyolojik testlerin yapılması da gerekmektedir. ASRM (2012)'ye göre kadınlara yapılacak olan bu testler, fallop tüplerinin açık olup olmadığının kontrolü için röntgen çekimi, rahim ve yumurtalıklarda olabilecek anomalilikleri incelemek için transvajinal ultrasonografi, yumurtalık rezervlerinin analizi, kan testleri ile TSH, LH ve prolaktin hormonlarının düzeylerinin incelenmesi, vajinanın ultrason ile incelenmesi ve gerekli görülürse histeroskopi ve laporoskopi gibi cerrahi müdahaleleri içerebilir.

Erkek infertilitenin incelenmesinde en önemli ölçüm semen analizidir (Patel, Leong ve Ramasamy, 2018). Hormonal testlerin yapılarak Testesteron, LH ve prolaktin hormonlarının incelenmesi, idrar analizi, transrektal ultrason ve testis torbası ultrasonu ve genetik olarak kromozomal inceleme yapılabilir (ASRM, 2015).

1.1.7. İnfertilite Tedavisi

İnfertilite kaynağının belirlenmesinden sonra çift için en uygun infertilite tedavisinin belirlenmesi gerekmektedir. Doğal yollarla gebe kalmanın mümkün olmamasıyla birlikte çeşitli medikal tedavi yöntemleri kullanılarak gebeliğin oluşması ve başarılı bir şekilde sonuçlanması için çalışılır. Öncelikli olarak infertiliteye neden olabilecek çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması tavsiye edilir. Tıbbi bir engel varsa gerekli cerrahi müdahaleler planlanır. Bu müdahaleler sonrasında gebeliğin gerçekleşmesi için ek olarak yardımcı üreme tekniklerinden faydalanılır.

Kontrollü ovülasyon overlerden kaynaklı işlev bozukluklarında over yetmezliği, kronik anovülasyon ve hipotalomus kaynaklı anovülasyon söz konusu olabilir. Bahsedilen bu durumların tedavisinde overler uyarılarak birden fazla folikül oluşumu hedeflenmektedir (Bayer ve diğerleri, 2018). Hem oral hem de parenteral olarak alınan ilaçlar yardımıyla bu uyarım gerçekleştirilebilir, birden fazla folikül üretimi olabilir ve bu durum çoklu gebeliklere zemin hazırlayabilir (Okyay, 2021). Bayer ve diğerleri, (2018) kontrollü ovülasyon tedavisine menstrual kanama sonrasında 5 gün kullanılacak ve başlangıç dozu 50 mg olacak şekilde başladığını belirtmiştir. Menstrual döngünün 32 günden az olması koşuluyla tedaviye aynı doz ile 3 döngü boyunca devam edilmekte, ancak ovülasyon olmadığı veya döngünün 32

günden fazla olması durumunda doz artırımı yapılarak tedavi süreci doktor kontrolünde ilerletilmektedir.

İntrauterin İnseminasyonu. İnfertilite tedavisinde en sık kullanılan ve en az maliyetli yardımcı üreme tekniklerinin başında gelmektedir (Vargas-Tominaga, ve diğerleri 2020). Bu yöntemde biriktirilmiş en iyi sperm örnekleri üst uterus boşluğundan bırakılarak kadın üreme kanalında herhangi doğal bir engele takılmadan ilerlemesi ve döllenmenin gerçekleşmesi hedeflenmektedir (Allahbadia, 2017).

Servikal faktör, ağır vajinismus, erkek kaynaklı hafif infertilite ve ejakülasyon probleminde ve en çok da açıklanamayan infertilite tedavisinde kullanılmakta olup, doğurganlığı artırıcı ilaçlar sayesinde folikül gelişiminin artırılmasıyla başarı şansı yükselmektedir (Bayer ve diğerleri, 2018).

İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Tedavisi. İn-vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi son yıllardaki en etkili infertilite tedavisi olmasının yanı sıra en yoğun ve maliyetli tedavi yöntemlerindendir (ASRM, 2020). IVF yönteminde rahmin dışında ve laboratuvar şartları altında kadından alınan birden fazla olgun yumurta ve erkek spermleri ile döllenme gerçekleştirilir. Döllenme sonrasındaki 3 ila 5 gün içinde oluşan embriyo uterusu yerleştirilir (Anwar ve Anwar, 2016). Bayer ve diğerleri, (2018) tarafından belirtildiği üzere IVF dört aşamadan oluşmaktadır ve bunlar; over hiperstimulasyonu, oosit toplama, oosit tohumlama ve embriyo transferidir.

Intraastoplazmik Sperm enjeksiyonu. Özellikle şiddetli erkek infertilitesinin tedavisinde, semen kalitesinde problem, sperm azlığı veya daha önce başarısız olmuş ve birkaç defa uygulanmış IVF döngüsünden sonra uygulanan etkili bir tedavi yöntemidir (Pinheiro, Lambert, Bénard, Mauffette ve Miron 1999; Anwar ve Anwar, 2016). İntraastoplazmik sperm enjeksiyonunda sağlıklı bir sperm hücresi olgun bir yumurta hücresine doğrudan enjekte edilmektedir (Anwar ve Anwar, 2016).

Tohumlama işleminin mikroskobik bir ortamda gerçekleştirilmesinin ardından döllenmenin gerçekleşip gerçekleşmediği kontrol edilir. Başarı oranı normal bir tohumlamaya kıyasla %60-70 oranında olan döllenme sonrasında embriyo bölünmesi incelenir ve 3-5 gün içinde embriyo transferi gerçekleştirilir (Bayer ve diğerleri, 2018).

1.1.8. İnfertilite Tedavisinin Komplikasyonları

İnfertilite tedavisi için yardımcı üreme teknikleri kullanılmasında bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Özellikle çoklu embriyo transferleriyle birlikte çoklu gebelik sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmekte ancak tekli gebeliklerde de gebelik sürecine ve doğuma dair problemlerin oluşmasına sebebiyet verebilmektedir (Chen ve Heilbronn, 2017). Özellikle çoklu gebeliklerde kromozomal problemler, düşük doğum ağırlığı ve anne ölümü gibi sonuçlar görülebilir (Akın ve Şahin, 2020).

İnfertilite tedavilerinde gerçekleşen bir diğer komplikasyon ise “Ovarian Hipersitümülasyon Sendromu”dur. Bu durum tedavi sırasında kullanılan ve overlerin uyarılmasına yardımcı olan ilaçların kullanımına bağlı olarak, hastalarda aşırı hassasiyetin gelişmesi durumudur (Öz, Turhan, Ün ve Bacanakgil, 2019). Buna ek olarak, özellikle IVF tedavisi sırasında oosit toplanması ve embriyo transferi sırasında enfeksiyon, kanama, sinir hasarları, mesane ve üreterin zarar görmesi, pelvik kramplar gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (Özgör ve Baştu, 2017).

Chen ve Heilborn’un (2017) belirttiği üzere yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı sonrasında yaşla birlikte metabolik problemlerde artış veya bu tekniklerin kullanılmasıyla çocuklarda plasental bozukluklar veya DNA ile ilgili problemlerin ortaya çıkabileceği düşünülse de bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

1.1.9. İnfertilitenin Sosyolojik ve Kültürel Yönü

Hastalıkların sadece medikal yöntemler ve ölçümlerle anlaşılması yeterli değildir. Aksine hastalıklar ancak uzamanlar ve tanı almış kişiler ve toplumdaki diğer bireylerle birlikte belirlenen sosyal bağlamlar çerçevesinde ele alınıp açıklanabilir (Greil, McQuillan ve Slauson-Blevins, 2011). Üremenin toplumun devamı için gerekli olan bir durum olmasıyla birlikte, çocuk sahibi olmaya verilen anlam farklı toplumlarda ve farklı zaman aralıklarında değişiklik göstermektedir (van Balen ve Bos, 2014). İnfertilite birçok kültürde önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı kültürlerde infertilite nedeni sadece kadına yüklenmekte, bir cinsel hastalık olduğu düşünülmekte veya tedavi edilemeyeceğine dair yanlış inanışlar varlığını sürdürmektedir (Apay ve Kızılkaya, 2011).

Kültürden kültüre farklılık gösteren infertilite algısından dolayı topluluklarda çocuk sahibi olmak sosyal ve ekonomik nedenlerle farklılık göstermektedir. Batı kültüründe gönüllü olarak çocuk sahibi olmamak çiftlerin kendi isteklerine bağlı olarak değerlendiriliyorken, daha geleneksel ve ara kültürlerde bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Van Balen ve Bos, 2004). Çünkü bu kültürlerde psikolojik, kültürel ve sosyal bir ihtiyaç olarak aile birliğinin tamamlanması için bir çiftin olması yeterli değildir, aynı zamanda bir çocuğun da olması beklenmektedir (Yücesoy, Yıldırım ve Şahin, 2021).

Bazı toplumlarda çocuk sahibi olmak o toplum içinde belirli bir konum ve statü kazanmak anlamına gelmektedir (Çağlar ve Satılmış, 2019). Bununla birlikte çocuk sahibi olmak belirli toplumlarda var olan cinsiyet rollerine yüklenen anlam çerçevesinde daha iyi anlaşılabilir (Koçyiğit, 2012). İçinde bulunulan kültürün kadın ve erkeğe yüklediği beklentiler toplumsal cinsiyet rollerini belirlemektedir (Bayraktar, 2018). Bu açıdan ele alındığında, ebeveyn olmak talep edilen sosyal bir rol olmadığı sürece bireylerin kendilerini ‘infertil’ olarak tanımlaması beklenmemektedir (Greil ve diğerleri, 2011). Ancak infertilitenin hem erkek hem de kadın faktörlü olduğu biliniyor olmasına rağmen, çoğu toplulukta bu durum kadın ve anne kelimelerinin eş anlamlı kullanılmasıyla birlikte kadın rahminin verimliliği ile ilişkilendirilmekte ve bütün sorumluluk kadına yüklenmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

Geleneksel toplumlarda kadına yüklenen roller fedakârlık, bağlılık, zayıflık, duygusallık ve annelik gibi özelliklerle ifade edildiğinden kadının rolü de doğurganlık üzerinden tanımlanmaktadır (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008). Van Balen ve Bos (2004), bazı topluluklarda kadınların çocuk istememe hakkı olmadığını ve çocukları olmadıkları zaman toplum tarafından saygıya değer bulunmayacaklarını ifade etmiştir. Batool ve De Visser (2016) tarafından yapılan, İngiliz ve Pakistanlı kadınların infertilite deneyimlerini inceleyen bir kültürlerarası çalışma göstermiştir ki, iki ülkedeki kadınların da infertiliteye dair birçok benzer deneyimi vardır. Ancak infertilite İngiliz kadınlar tarafından bireysel bir zorluk olarak deneyimleniyorken, Pakistan’da infertilite daha çok infertil çifti ve onların ailesini etkileyerek sürece daha kalabalık bir grubun dahil olmasıyla sosyal bir zorluk olarak ortaya çıkmaktadır.

İnfertilitenin kültür içinde ele alınmasında dini öğretiler de önemli bir yere sahiptir. İslamiyet ve Hristiyanlık gibi tek tanrılı dinlerde neyin kabul edilebilir veya edilemez olduğu net çizgilerle ayrılıyorken, İslami kültürün infertilite üzerinde daha büyük bir etkisi olduğu gözlemlenmektedir (van Balen ve Bos, 2004). Buna ek olarak, infertiliteye yüklenen anlamda erkek egemen topluluklardaki erkek baskınlığı ve kadının annelik rolüne yüklenilen anlam açısından farklılıklar gözlemlenmektedir (Greil ve diğerleri, 2011). Örneğin Nijerya’da genellikle infertilitenin sorumluluğu kadınlara yüklenmekte ve buna çözüm olarak erkekler ya çok eşliliği seçmekte ya da eşlerinden boşanmaktadırlar (Palha ve Lourenço, 2011). Aynı şekilde Bangladeş toplumunda da çocuk ailenin ışığı olarak görülmekte ve çocuğun olmaması yaşamda herhangi bir anlamın kalmadığını ifade etmektedir. İnfertil bir kadın bu konuda kendini başarısız bir eş olarak görmekte ve toplumun baskısıyla intihara teşebbüse kadar giden bir süreç söz konusu olmaktadır (Papreen ve diğerleri 2000).

Çin toplumunda da çocuk sahibi olmaya birçok anlam yüklenmektedir. Ailenin devamı için çiftin bir çocuğunun olmaması neredeyse bir suç olarak kabul edilmekte ve çocuğun olması bir zorunluluk olarak görülmekle birlikte, ilerleyen yaşlarda bakım almak için bir garanti, ailenin bereketini artıran bir durum olarak algılanmakta ve erkek çocuğun olmasına daha fazla önem verilmektedir. Bekar kalmak, çocuk sahibi olmak istememek hoş karşılanmamakta ve bu duruma karşı sosyal baskı uygulanmaktadır (Lee ve Kuo, 2000).

Türkçede ise infertilite kavramı verimsizlik ve kusurluluk anlamına gelecek şekilde ‘kısırlık’ olarak kullanılmaktadır (Bayraktar, 2018). Onat ve Kızılkaya (2012) Türkiye’deki kadınlar için çocuk sahibi olmanın sosyal statüde yükselme olarak algılandığını ve bu kadınların daha fazla saygı gördüklerini belirtmişlerdir. İnfertilite oldukça yaygın bir durum olmasına rağmen hem infertil çift hem de aile açısından kötü bir ün veya utanç duygusu ortaya çıkarması gibi kültürel faktörlerden dolayı çoğu zaman gizlenmektedir (Husain ve İmran, 2021).

1.1.10. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri

İnfertilite bir çift problemi olmasına karşın çoğu toplumda infertilite kaynağının kadın olduğuna dair inanç, sosyal alanda cinsiyet eşitsizliğini daha da

artırmakta, infertil çift içinde özellikle kadın daha fazla şiddete ve sosyal damgalanmaya maruz kalmakta ve birçok psikolojik sorunla yüz yüze gelmektedir (WHO, 2020). Bundan dolayı infertilitenin değerlendirilmesinde psiko-sosyal etkilerin muhakkak ele alınması gerekmektedir.

1.1.11. İnfertilite ve Ruh Sağlığı İlişkisi

İnfertilite bir kriz olarak ortaya çıkarak kişinin kendi değerini tanımlamasını ve hayatta anlamlı bir varlık sürdürdüğüne dair inancını etkileyebilir (Bayer ve diğerleri, 2018). Çocuk sahibi olmamanın hem kadın hem de erkek ruh sağlığı üzerinde etkisi ve psikolojik anlamı vardır. Kadınlarda çocuk sahibi olamamak, işlevsel olarak bozuk olmak, annelik doyumunu yaşayamamak, bedenin isteği yerine getirmemesiyle beraber kontrol kaybı, sosyal rolleri yerine getirememe korkusu ve yalnız kalma korkusu gibi anlamlara geliyorken; erkekler için eşini gebe bırakamamakta da işlev yetersizliği, sosyal olarak soyunu devam ettirememe, yalnız kalma, sosyal rollerinin eksik kalması gibi anlamlara gelerek yoğun bir psikolojik stres yaşanmasına zemin hazırlayabilir (Yanıkkerem ve diğerleri, 2008). İnfertilite süreci çiftlerde kontrolü kaybetme duygusunu ortaya çıkarmakta ve özellikle uzun tedavi süreçleri hem çok yorucu hem de korkutucu olmaktadır (Bayer ve diğerleri, 2018).

Kadınlar ve erkekler infertiliteye karşı farklı başa çıkma biçimleri ortaya koyabilirler. Bir kadın için anneliğe yüklediği anlamlar ne kadar derinleşirse, infertilite tanı ve tedavi sürecinin o kadar stresli olmasına, yetersizlik ve çaresizlik duygularının o kadar yükselmesine ve depresyon riskinin de orantısız olarak artmasına zemin hazırlamaktadır (Bayer ve diğerleri, 2018).

Sezgin ve Hocaoglu (2014), infertilitenin sadece medikal yollarla değerlendirilemeyeceğini, bireylerin ruhsal durumu üzerinde doğrudan etkisi bulunan bu sürecin psikolojik ve sosyal bir çerçeve içinde ele alınması gerektiğini ve gerekli görüldüğü takdirde alınacak psikolojik yardımın oldukça elzem olduğunu belirtmiştir. Chen, Chang, Tsai ve Juang (2004) tarafından infertilite tedavisi gören kadınlarla yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan kadınların % 23.2'sinde kaygı bozukluğu, %17'sinde depresyon, %9.8'inde ise distimik bozukluk gözlenmiştir.

1.1.12. İnfertilite ve Evlilik İlişkisi

Alan yazında infertilite ve evlilik ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde bir taraftan çiftlerde stres seviyesinde artış gözlemleniyorken, diğer çalışmalarda ise çiftlerdeki uyum düzeyinin bu süreç sırasında yükseldiği gözlenmiştir (Luk ve Loke, 2015). Drosdzol ve Skrzypulec (2009) Polonyo’da yaptıkları çalışmada, kadın infertilisinde fertil olanlara kıyasla daha iyi bir partner ilişkisinin varlığı ortaya konmuştur. Amiri, Sadeqi, Hoseinpoor ve Khosravi (2016) tarafından yapılmış bir başka araştırmada ise infertil kadınlar ile fertil kadınların evlilik memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öte yandan, infertiliteden dolayı çocuk sahibi olamayan çiftlerde boşanma ve başka birisinden çocuk sahibi olma isteğiyle yeniden evlenmeler olabilmektedir (Frame, 2008). Yıldızhan ve diğerleri (2009) tarafından Van’da aile içi şiddet üzerine yapılmış bir çalışmada katılımcıların %33.6’sının infertilite sebebiyle şiddete maruz kaldıkları ortaya konmuştur.

İnfertilitenin aile içi sistem üzerindeki bir diğer etkisi de ekonomik nedenlerdir. İnfertilite tedavisinin ekonomik olarak pahalı ve uzun bir süreç olması aile için zorlayıcı olabilmektedir (Yanikkerem ve diğerleri, 2008). Ekonomik güvensizliklere bağlı olarak boşanmalar ve ayrılmalar görülebilmektedir (Yücesoy ve diğerleri, 2021).

1.1.13. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri

Apay, Kılıç ve Kızılkaya (2011) tarafından belirtildiği gibi yapılan birçok çalışma infertilitenin çiftlerin evlilik ve cinsel yaşamları üzerinde etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. İnfertilitenin çiftlerin cinsel yaşamları üzerinde bir baskı haline gelmesi, cinsel birleşmenin daha çok bir görev olarak algılanması, çiftlerin cinsel yaşamındaki yakınlık, sıcaklık ve zevk alma durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bayer ve diğerleri, 2018).

Luk ve Loke (2019) tarafından Hong Kong’da yapılan çalışmada infertilite tedavisi uygulanan çiftlerde infertiliteye bağlı olarak ilişki ve cinselliğe yönelik endişelerin varlığı ortaya konmuştur. Sonuçlara göre kadınların daha büyük bir oranı, partnerlerinin doğurganlık sorununa dair kendilerini anlamadıklarını ve ilişkiden

uzaklaştıklarına dair endişelerini ifade etmiştir. Yine aynı çalışma, genel olarak cinsel doyum alamama ve infertiliteye bağlı ilişkisel endişeler arasında pozitif bir ilişki ortaya koymuştur.

Damgalanma korkusu taşıyan kadınlar, bunun önüne geçebilmek için cinsel birleşmeden kaçınma davranışı gösterebilirler ve bu da ilişkiyi etkileyen bir faktör haline gelebilir (Dyer, Abrahams, Hoffman ve van der Spuy, 2002)

1.1.14. İnfertilite ve Sosyal İlişkiler

Sosyal damgalanma infertilitede karşılaşılan ve çiftleri en fazla etkileyen konulardan biridir. Damgalanma yoluyla infertil çift sosyal çevreden uzaklaşıp izole olabilir ve kendi öz değerlerini sorguladıkları bir noktaya gelebilir (Fırat ve Şahin, 2022).

İran’da infertil kadınlarla yapılmış bir çalışmada, kadının ailesinden sınırlı bir sosyal destek alabildiği, erkeğin ailesi tarafından daha istenmeyen davranışlarla karşılaştığı, öte yandan Avustralya gibi ülkelerdeki infertil kadınların deneyimlerinde ise yakın arkadaşların ve meslektaşların duygusal destek açısından önemli olduğu görülmektedir (Hasanpoor-Azghady, Simbar, Vedadhir, Azin ve Amiri-Farahani, 2019; Ried ve Alfred, 2013).

Yağmur ve Oltuoğlu (2012) tarafından yapılmış bir başka çalışmada ise infertilite tedavisi gören kadınlardaki umutsuzluk seviyesinin algılanan sosyal destekle negatif ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Erkeklerin ise duygusal destek ihtiyacını daha çok partnerlerinden talep ettikleri ve infertilite tedavisi sırasında gereken bilgisel desteği de sözel olarak değil yazılı olarak almak istedikleri bildirilmiştir (Fisher ve Hammarberg, 2012).

1.2. Travmatik Bir Deneyim Olarak İnfertilite Tedavisi

Yukarıda belirtilen infertilite tanısı ve tedavisi sürecinde kişilerin deneyimlediği bazı olaylar kişilerin yoğun bir stres altına girmesine ve çeşitli travmatik deneyimler yaşamalarına neden olmaktadır. İnfertilite sürecinde yaşanan deneyimleri anlamak için öncelikle travma kavramını anlamak önemlidir.

1.2.1. Travmanın Tanımı ve Sıklığı

“Travma” sözcüğünün çıkış noktası Eski Yunanca’ya dayanmaktadır. 20.yy. ortasına kadar sadece fiziksel olayların sonuçlarını tanımlamak için kullanılan bu sözcük, dıştan gelen mekanik bir tepkiyle oluşan, derinin, dokunun ya da organın bütünlüğünün bozulduğu yaralanmalar olarak açıklanmıştır (Bilgiç, 2011). 20.yy. itibariyle dünya savaşı niteliğindeki büyük savaşların söz konusu olması büyük kitleleri etkileyen sonuçlar doğurarak travmatik olayların sadece fiziksel zarara değil, psikolojik sonuçlara da yol açabileceğini fark ettirmiştir. Ancak travmanın psikiyatri literatürüne girmesi ancak İkinci Dünya Savaşı sonrasında gerçekleşmiş ve bundan sonra da sürekli değişim içerisinde olan bir tanım olmaya devam etmiştir (Çolak, Kokurcan, ve Özsan, 2010).

1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan tanı sınıflandırması DSM-3 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın üçüncü baskısı) ile birlikte “travma” zorlu yaşam olayları için de kullanılmaya başlanmıştır.

DSM-3-R’de TSSB’ye yol açabilecek travmalar “*olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirli bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay*” şeklinde tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 1994). ICD-10’da da DSM-3-R’ye çok benzer şekilde travma; “kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte”, “hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek” gibi nitelemelerle tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 1993). Ancak bu tanımlar da birçok profesyonel tarafından doğru bir tanım olmadığı konusunda eleştirilmiştir. Bu eleştirilerden en öne çıkanı hayat olaylarını nesnel olarak tanımlamanın olanaksızlığı üzerinedir. Algılamada etkili olan kültürel, toplumsal ve ruhsal etkenler gibi farklı faktörler, olayların bireyler tarafından farklı işlenmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle “herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek” bir olayın evrensel şekilde genel geçer bir tanımının yapılması imkânsız idi. Travmanın ruhsal sonuçları, travmatik olayın şiddetinden etkilenebileceği gibi travmayı değerlendiren kişinin öznel yargısından da etkilenebilirdi. Bu nedenle DSM-4’te travma tanımı yapılırken kişinin öznel yaşantısına da vurgu yapılmıştır (APA, 1995). 2013’te ise DSM-5’in yayınlanmasıyla birlikte travma en güncel haliyle; *‘doğrudan yaşanan ya da doğrudan tanıklık edilen*

ya da aile bireyi ya da yakın arkadaşın başına gelen ya da mesleki olarak deneyimlenen gerçek göz korkutucu bir biçimde ölümle ya da ağır yaralanmayla karşı karşıya gelmiş ya da cinsel saldırıya uğramış olma' şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2010).

Psikolojik travmanın tanımı tanı ölçütleriyle sınırlı değildir. Travmayı daha geniş tanımlar ile açıklayan diğer kaynaklara göre bir travmanın kişinin kendisine fiziksel veya somut bir zarar vermesi gerekmez. Umulmadık ve güçlü bir şekilde gelişen ve kişinin karşı tepki verme yetisini kısıtlayan olaylar travmatik olaylar olarak adlandırılabilir. Bir olay kişinin dünya algısı ile çelişiyorsa ve kişinin baş etme becerisini aşıyorsa travmatik bir yaşantı olabilir (Horowitz, 1989).

Psikolojik travmalarda, travmatik olaya karşı kişinin kendi güçsüzlüğüyle karşı karşıya kalması söz konusudur. Travmanın şiddetli bir olay olması, kişinin diğer yaşam olaylarında kullandığı baş etme sistemlerini felce uğratar; kişi bağlantı kurma ve anlamlandırma işlevlerini yerine getiremeyerek olaya uyum sağlayamaz (Bilgiç, 2011).

Travmatik olayların temelinde, yaşamı ve fiziksel bütünlüğü tehdit etme olduğu gibi, kişinin dünyadaki yeri ve kendisi hakkındaki değerleri de sarsılır. Bu tehdit unsurları hissedildiğinde kişinin kendini güvende hissetmesi ve dünyayı güvenli bir yer olarak algılaması zorlaşır. Aynı zamanda dünyayı adil bir yer olarak görme ve diğer insanların iyiliğine dair inançları sarsılabilir. Kişi, gündelik yaşamının çok dışında kalan travmatik olayı yerleşmiş bilişsel şemalarına oturtmakta zorlandığı için bu olayları anlamlandırmakta zorluklar yaşayabilir (Aker, 2000 ve Sungur, 1999). Travmatik olaylar sırasında ve sonrasında meydana gelen çaresizlik, utanç, suçluluk duygusu, öfke, korku, kimlik sorunları, depresif duygulanım ve benlik saygısında düşüş travmanın yaygın görülen duygusal etkileri arasındadır (Öztürk, 2003).

1.2.2. Travma Sonrasında Verilen Tepkiler

Travma sadece durumsal bir olgu değildir, olay yaşandıktan sonra da uzun süre devam edebilen ve zaman içinde gelişen sosyo-psikolojik bir süreçtir. Travmanın tipi, şiddeti, nasıl yaşandığı, maruz kalan kişinin bireysel, toplumsal ve biyolojik özellikleri ve bunlar gibi birçok etkene bağlı olarak maruz kalınan travmatik deneyimlere karşı

farklı tepkiler oluşur (Bilgiç, 2011). Böylece travma birbirinden farklı özellikler gösteren türlere ayrılabilir, farklı psikolojik bozuklukların gelişmesine sebep olabilir. Travma sonrası ortaya çıkan Akut Stres Bozukluğu (ASB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Uyum Bozukluğu olarak isimlendirilen hastalıklar sıkça görülmektedir (İzci ve Ünveren, 2017).

1.2.2.1. Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Tanı Kriterleri

Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu, örseleyici olay veya olayları yaşayarak, başkalarının başına gelen travmatik olaylara şahitlik ederek, öğrenerek veya örseleyici olayların detaylarıyla yineleyici bir şekilde veya şiddetli bir düzeyde karşı karşıya kalarak oluşabilir. Travmatik olaya maruz kalan kişi istenç dışı düşüncelerini kontrol etmekte zorluk çekebilir, olumlu duyguları yaşamak konusunda sıkıntı yaşayabilir, dissosiyasyon ve kaçınma belirtileri gösterebilir ve uykuya dalmakta zorlanma, her an tetikte olma gibi uyarılma belirtileri yaşayabilir. Bu belirtiler kişinin işlevselliğinin düşmesine sebep olurken, belirtilerin örseleyici olaydan sonra üç gün ile bir ay arasında sürmüş olması gerekir (APA, 2013).

ASB prevalansı %20 civarında bildirilse de bu oran travmatik olayın niteliğine ve süresine bağlı olarak değişim göstermektedir. Kişi doğrudan travmaya maruz kaldığı olayların sonrasında ASB belirtilerini %20 ile %50 arasında değişen bir oranda gösterir. ASB, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranlarda karşılaşılan bir bozukluktur (Kazancı, 2020).

1.2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Tanı Kriterleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, DSM-5 tarafından; “*Gerçek bir tehdit veya tehdit edici tehlike içeren bir olayı yaşamış, tanık olmuş veya karşılaşmış kişilerde ortaya çıkan bir aydan uzun süren, aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşantılama, kaçınma, dış dünyaya ilginin azalması, gibi belirtilerle seyreden, bir rahatsızlık*” olarak tanımlamıştır (APA, 2010). TSSB, bireylerin somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerinin ciddi travmalara verdiği tepkilerle oluşur (Perkonigg, Kessler, Storz ve Wittchen, 2001). ASB ile neredeyse aynı belirti ve bulguları kapsar ancak bu

semptomların kronikleşmiş hali olarak nitelendirilebilir. Bu nedenle de bulgular belirgin bir şekilde fark edilir bulunurken kişinin işlevselliğinin bozulmasına ve sosyal yaşamında sıkıntılar deneyimlemesine sebep olabilirler.

DSM-5'e göre travmatik bir olay sebebiyle TSSB geliştiren bir kişinin yaşadığı bulgular temelde 4 grupta toplanmıştır. Bunlar; istem dışı travmatik olayları tekrar tekrar yaşantılama, olayla ilgili uyarılardan uzak durma, travma sonrası olumsuz ruh hali, bilişsel değişimler ve aşırı uyarılmışlık ve tepkisellik belirtileri olmak üzere birbirinden ayrılmışlardır (APA, 2010). Bunların dışında, TSSB ile devam eden travmatik olayların yaygın özellikleri arasında acı verici ve şiddetli etkilerin, çaresizliğin, çevresel destek eksikliğinin ve bazı beklenmeyen özelliklerin olduğu savunulmaktadır (Öztürk ve Şar, 2008).

Bunun yanında, hastalığın gelişimi üzerinde durulan konular arasında travmaya yatkınlığın, travmatik olayın ciddiyeti ve süresinin son derece etkili olduğu vurgulanmıştır. Travma süresinin uzamasıyla da travma semptomlarının kronikleştiği ve TSSB'nin ortaya çıkmasına neden olduğu savunulmaktadır. Prognozun iyi olacağının başlıca göstergeleri ise belirtilerin aniden başlayıp kısa süreli olması, psikiyatrik veya madde kullanımı ile ilgili bir bozukluğun olmaması, toplumsal desteğin iyi olması ve premorbid işlevsellik olarak sıralanmaktadır. Çevrelerinden sosyal destek hissedebilen kişiler TSSB yaşamaya daha az yatkın görülürken, bu desteğin özellikle hastalığı ağır şekilde geçirmeyi de engelleyebildiği görülmektedir. Sosyal sorunları olan bireylerde ise hastalık daha kolay ortaya çıkabilmektedir (Akcan, 2018).

Yapılan araştırmalarda insanların yaşamları boyunca en az bir defa travmatik bir olay yaşamasının yaygınlığı ortalama %64-90 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu kişilerin yalnızca %10'una yakın bir oranında TSSB geliştiği görülmüştür (Breslau ve diğerleri, 1998). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar yaşam boyu TSSB görülmesinin yaygınlığını ise %1,4-11,2 aralığında tespit etmiştir (Atwoli, Stein, Koenen ve McLaughlin, 2015). Hayat boyu görülme sıklığında kadınlar ile erkekler arasında dramatik bir farkın olduğu görülmektedir; kadınlarda bu oran %10,3 iken erkeklerde %2,8 olarak bulunmuştur. Yaşam dönemleri açısından ele alındığında ise TSSB'ye karşı

en savunmasız dönemin ergenlik dönemi olduğu bildirilmiştir (Cuffe ve diğerleri, 1998).

1.2.2.3. Uyum Bozuklukları ve Tanı Kriterleri

Uyum bozukluğu, tanımlanabilir bir strese karşı verilen, stresörün başlangıcından itibaren 3 ay içinde görülmeye başlayan duygusal veya davranışsal bulgular olarak tanımlanır (APA, 2000). Kişi burada stresli olay yaşandıktan sonra beklenebilecek olandan daha belirgin bir tepki göstermektedir. Ancak bu tepki, yaygın anksiyete bozukluğu veya major depresyon gibi tanısı koyulabilen ruhsal bozukluklara göre daha düşük şiddette yaşanır. Buna rağmen, uyum bozukluğuna sahip olan kişiler sosyal ve mesleki hayatlarında ciddi bozulmalar yaşarlar. Uyum bozuklukları tanısının konulabilmesi için belirtilerin stres etkeninin veya sonuçlarının bitmesinden sonraki 6 ay içerisinde sonlanması gerekmektedir (Coşkun, 2016; APA, 2013).

Yapılan bir çalışma, infertil kişilerin, infertil olmayanlara göre daha yüksek oranda uyum bozuklukları yaşadığını göstermektedir (Sbaragli ve diğerleri, 2008). Aynı zamanda infertilite tedavisi gören kadınların tedaviden sonra uyum bozukluklarına bağlı hastaneye yatma risklerinin arttığı da gözlemlenmektedir (Yli-Kuha ve diğerleri, 2010).

1.3. İnfertilite ve Travma

Çocuk sahibi olmak birçok kaynak tarafından psikolojik ve biyolojik bir ihtiyaç olarak kabul görmektedir (Oğuz, 2004). Bu alanda yapılan sayısız çalışma, kadın erkek fark etmeksizin çocuk sahibi olmak isteyip olamayan ve infertilite tanısı alan bireylerin bu durumdan önemli ölçüde olumsuz etkilendiklerini ortaya koymaktadır. Bu durumun nedenleri arasında ise içsel ve dışsal birçok faktörün rolü vardır.

Genetik devamlılık, kendini doğurgan bir birey olarak algılama, başarılı bir hamilelik dönemi, çocuk yetiştirme deneyimleri veya bir gün torun sahibi olabileceğine dair umutların kaybı kadınlarda yüksek bir stres seviyesi ve psikolojik bozukluklara yol açabilmektedir (Karaca, Yavuzcan ve Batmaz, 2019).

1.3.1. İnfertilite Tanısının Kaygı ve Depresyon ile İlişkisi

İnfertilitenin insanlar üzerinde korku, stres, utanç, düşük öz benlik saygısı, dengesiz duygudurum ve en çok da depresyon gibi birtakım olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir (Kim, Moon ve Kim, 2020). Özellikle kadınların hamilelikle ilgili birçok stresli olaya maruz kalması ve genel olarak bu strese verdikleri kaygı ve üzüntü gibi duygusal tepkilerin yanı sıra ortaya çıkan fizyolojik tepkiler de depresyon ile ilişkilidir (Horsch ve diğerleri, 2016). Depresyonla ilgili olarak ortaya çıkan psikolojik ve fizyolojik etkiler, kadınların erken infertilite tedavisini bırakıp hamile kalma şanslarının azalmasına sebep olmaktadır (Kim ve diğerleri, 2020).

Bir kadının deneyimleyebileceği en ciddi yaşam olayları arasında, kadının içsel kaynaklarını önemli ölçüde zorlayan üreme sorunları yer almaktadır (Amir, Horesh ve Lin-Stein, 1999). Sıradan başa çıkma mekanizmalarının üreme sorunları ve kısırlık karşısında aşırı zorlanarak yetersiz kalması travma alanında yapılan birçok çalışmada yinelenmiştir. (Forrest ve Gilbert, 1992; Greil, 1991). İstem dışı çocuksuzluk yaşayan kadınların kaygı ve depresyon, karmaşık yas ve diğer birçok sağlık problemini daha sık yaşadıkları bulunmuştur (Lechner, Bolman ve Dalen, 2007).

İnfertilitenin kadınlar için anlamını araştıran bir çalışmada, kadınların %77'si çocuk sahibi olmayı hayatlarındaki en önemli şey olarak nitelendirmiştir. Yine %35,3'lük önemli bir bölümü yaşamlarına çocuksuz devam edemeyeceklerini belirtmiştir (Kırca, 2011).

1.3.2. İnfertilite Tedavisinin Stresle İlişkisi

Yaşam beklentisine dahil olmayan, önemli değişikliklere sebep olan ve hayatın planlandığı akışında gitmesini engelleyen tıbbi teşhisler 'hayatı tehdit etme' niteliği taşıyan teşhisler olmadıkları için travma çalışmalarında üzerinde daha az durulmuş ve sonuçları daha az araştırılmış konulardır (Bradow, 2011). Buna karşın, yine Bradow'un aynı çalışmasında belirtildiği üzere infertilite ile mücadele eden insanların çocuk sahibi olma ihtimallerinin hiçbir garantisi olmayan tıbbi müdahalelere bağlı olduğunu ve bu tedavilerin işe yaramaması durumunda biyolojik çocuk sahibi olamayacaklarını anlamaları travmatik olabilir.

Hayatı tehdit eden durumlarla infertilitenin bir karşılaştırmasını yapan çalışmalar, infertilite problemi yaşayan kişilerin bildirdiği psikolojik semptomların, kanser ve “İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü” (HIV) enfeksiyonu gibi diğer tıbbi hastalıklardan mustarip olanlara benzer olduğunu bulmuştur (Domar, Zuttermeister ve Friedman, 1993)

Araştırmalara göre infertilite yaşayan kadınların %50’si bu durumun yaşamı tehdit eden ölümcül bir hastalığa duyulan bir strese eş değer olup hayatlarındaki en stresli deneyim olduğunu düşünmektedir (Karaca ve diğerleri, 2019). Benzer bir şekilde, Freeman, Boxer, Rickels, Tureck ve Mastroianni (1985) tarafından yapılan araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların yarısından fazlasının çocuk sahibi olamamayı yaşamlarındaki en üzücü olay olarak nitelendirdiklerini göstermektedir.

Buna paralel olarak infertilite, ebeveyn olamama riskine karşı kronik bir stresör olarak kavramsallaştırılmaktadır (Galst, 2018). Bu nedenle infertilitenin, infertilite tedavisine başlayan bireyler için akut stres kaynağı haline geldiği belirtilmektedir. Böylece stres hem tedaviye hem de tanıya tepki olarak iki hat şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, infertil kadınların gösterdiği anksiyete ve depresyon belirtileri arttığında, hamilelikle ilgili negatif fizyolojik belirtilerinin de arttığı gözlenmiştir (Horsch ve diğerleri, 2016). Bu çalışmanın da belirttiği üzere infertilite tanısı almış ve tedavi gören kadınların, tedavi süresince yaşadıkları olumsuz fizyolojik deneyimler ve stresli olaylar bu kişilerin anksiyete ve depresyon semptomlarını artırmaktadır.

Özellikle sonucu başarısız infertilite tedavilerinin kişiler üzerinde 20 yıl kadar süren etkileri olduğu bulunmuştur. Düşük benlik saygısı, psikolojik sıkıntı, kontrol kaybı, sosyal izolasyon başarısız bir tedaviden sonra görülen ortak tepkilerdir (Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad, & Lalos 2007). Bu yönleriyle infertilite tedavileri, infertilitenin kendisinden daha yüksek düzeyde bir sıkıntı ile ilişkilendirilebilir (Greil ve diğerleri, 2011)

İnfertilite tedavisi sırasında kadınlarda düşük (abortus) deneyimi sık gözlenen durumlardandır. Tedavinin bir parçası haline gelebilen bu durumun, düşüğü deneyimleyen kişi üzerindeki etkileri yadsınamayacak kadar travmatize edici olabilir. Araştırmalar da bu görüşü destekleyerek; kayıp, yas ve travma duygularının embriyo

kaybı yaşayan kadınlarda gözlendiğini ortaya koymuştur. Düşük yapmak, fiziksel olduğu kadar duygusal bir kayıptır da. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda karşılaşılan yüksek riskli gebelikler ve gebelik kaybı gibi durumlar da dahil olmak üzere, üreme sorunları gösteren kadınlarda TSSB'nun birçok önemli belirtisi görülmektedir (Bartlik, Greene, Graf, Sharma ve Melnick, 1997; Bowles ve diğerleri, 2006; Turton, Hughes, Evans, ve Fainman, 2001). İnfertilite ve infertilite tedavisi kendi içinde birçok kayıp barındırdığından, bu sürecin kişinin psikolojik iyilik halini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Kayıplarla birlikte kişiler özgüvenlerini yitirerek hiçbir zaman çocuk sahibi olamama ihtimalinin yasını ağır şekilde yaşamaktadırlar. Üreme travması olarak adlandırılan bu travmaların kadının kendine dair algısını değiştiren önemli bir stres kaynağı olduğu, perinatal kaybın ve infertilitenin psikolojik maliyetinin yüksek olabileceği bulgusu birçok araştırmacı tarafından yinelenmiştir. Bu kadınlar, suçluluk duygusunu çok ağır yaşayabilmekte, kişisel sorumluluklarını hatalı şekilde konumlandırabilmektedirler. Zihinde uyumsuz ve işlenmemiş bir şekilde depolanan travmatik deneyimler kişide birçok sıkıntıya neden olmaktadır (Bartlik ve diğerleri, 1997; Bowles ve diğerleri, 2006; Turton ve diğerleri, 2001).

İnfertilite tedavisi süresince takip edilen ve başarısız olunan her siklustan sonra çiftlerin umutsuzluk, hayal kırıklığı, öfke ve kızgınlık duyguları yaşadıkları görülmektedir. Bu yüzden her siklustan sonra çiftler daha fazla psikolojik sıkıntı yaşamakta ve sosyal olarak izole olabilmektedir. Bu yönüyle infertilite tedavisi ile, travmatik stresin şiddetini ölçmede kullanılan “Olayların Etkisi Ölçeği” (IES-R)’de bulunan “Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.” maddesinin güçlendiği görülmektedir. Kadınlar her ay menstruasyonun başlamasıyla başarısızlığı tekrar tekrar yaşar ve kayıp hissi tetiklenir. Çiftin çocuk sahibi olamayacaklarına dair düşünceleri güçlenir ve acılı süreç yoğunlaşır (Kırca, 2011).

Yardımcı Üreme Tedavileri (YÜT), infertilite tedavisinde son umut olarak görülmektedir. YÜT’ün duygusal olarak stresli, yapılan işlemlerin fiziksel olarak acı verici (enjeksiyonlar, yumurta toplanması, embriyo transferi gibi) ve pahalı olması, çiftlerin fiziksel, ruhsal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Kırca, 2011). Yaşanan bu sıkıntılı dönemden sonra, denemelerin başarısız olması da ayrı bir stres faktörü olarak değerlendirilmektedir. Başarısız tedavilerin deneyimlenmesi; çiftlerin fiziksel ve ruhsal sorunlarını daha da arttırmaktadır. Ayrıca Kırca, yine aynı

çalışmasında infertilite tedavi süresinin uzamasının ve tedavi başarısızlıklarının sayısının artmasının çiftlerin umudunun tükenmesine neden olacağını belirtmektedir.

İnfertilitenin temel semptomu istenildiği halde çocuk sahibi olunamaması olsa da tanı ve tedavi süreci psikolojik belirtilerle de yordanabilmektedir. İnfertilitenin psikolojik bir travma haline gelmesinde fizyolojik ve psikolojik birçok neden rol oynar (Duymaz, 2020). Klonoff ve Natarajan'a (2004) göre bu durumun en önemli nedenlerinden birisi infertilite tedavi içerisinde yapılan laparoskopik cerrahi, hormon enjeksiyonları gibi müdahalelerin yıpratıcılığı ve yine bu müdahalelerin başarısız olma ihtimalleridir.

İnfertilite tedavisi birçok kadın tarafından psikolojik iyi oluşu azaltan travmatik bir olay olarak deneyimlenebilir (Schmidt, Christensen ve Holstein, 2005; Milad, Klock, Moses, ve Chatterton, 1998). Benzer şekilde Dunkel-Schetter ve Lobel (1991)'e göre infertiliteyle ve tedavisiyle baş etmek, birçok çift ve birey için duygusal stresi ortaya çıkaran ve kronikleştiren bir yükür.

Aleksitimi ve düşünce baskılama, stresli durumlarda meydana gelen iki farklı baş etme sistemidir. İnfertilite tedavisi gören kadınlarla aleksitimi ve düşünce baskılamanın arttığını gösteren bir araştırmada, tedaviyi deneyimleyen kadınların ciddi bir stres altında olduğu ortaya konmuştur. Böylece infertilite tedavisinin bir travma deneyimi olabileceği hipotezi güçlendirilmiştir (Burbridge, 2012). Buna ek olarak, travma deneyimiyle birlikte artan psikolojik sıkıntılar HPA işlevini etkilediğinden dolayı hormon düzeylerinde anormallikler görülebilir, böylece hormonlardaki değişimler de travma deneyiminin bir göstergesi olabilirler. Bunu destekleyen şekilde, travma semptomları gösteren kişilerde E2 seviyesi arasında doğrusal bir ilişki görülmüştür. Burbridge'in bir travma deneyimi olarak infertilite tedavisinin hormonlar üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, infertilite tedavisi uygulanan kişilerin E2 hormon düzeylerinde anormallikler tespit edilmiştir. Araştırmada infertilite tedavisi gören kadınlarda normalin dışındaki E2 seviyeleri ortaya konarak infertilite tedavisinin travmatik bir deneyim olduğu tezi güçlendirilmiştir.

Buna benzer birtakım çalışmalar, çocuk sahibi olmak üzere başvuru merkezlerdeki infertil bireylerin infertilite tedavilerinden psikolojik anlamda olumsuz

etkilendiklerini göstermiştir. Olumsuz etkilenen bireyler stres, haksızlığa uğrama duyguları ve kontrol kaybı gibi duyguların yanında çocuğu olan kişilere, tedavi ekibine, eşlerine ve kendilerine karşı yoğun öfke hissedebilmektedirler (Duymaz, 2020).

İnfertilite ile gerçek anlamda yüzleşmek, çiftin dünyasındaki düzen algısı için alt üst edici olabilir. Bunun yanında, tanı sürecinden sonraki tedavi süreci para, emek ve zamana mal olduğu için de çiftler üzerindeki yoruculuk, yıpratıcılık ve psikolojik etkilenme daha fazla olmaktadır (Kaplan, 2018).

1.3.3. İnfertilite ile İlişkili Travmalarda Tedavi Yükünü Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalar özellikle yaş, gelir, yaşanılan yer, daha önce çocuk sahibi olup olmamak, düşük veya kürtaj geçmişinin olup olmaması, kişilerin aile geçmişinde infertilite tanısı almış başka kişilerin varlığı, infertilite tedavi süresi ve evlilik yılı süresi ve cinsiyetin infertilite ile ilişkili travmalarda tedavi yükünü etkileyen faktörlerden olduğunu göstermektedir (Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Teklemicheal, Kassa, E. M., & Weldetensaye, 2022; Lei, You, Luo ve Ren 2021)

1.3.3.1. Yaş

Yaş değişkenin infertilite kaynaklı stres ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Teklemicheal ve diğerleri (2022) tarafından yapılmış bir çalışma 35 yaşından büyük kadınların infertilite kaynaklı stresi daha fazla deneyimlediklerini ortaya koyarken, yine Ünal, Kargın ve Akyüz (2010) ve Sharma ve Subedi, Rai ve Upreti (2015) yaş arttıkça yaşanılan infertilite stres seviyesinin arttığını göstermişlerdir. Ancak bu bulguların yanı sıra yaş ve infertiliteden etkilenme arasında herhangi anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Jaber ve diğerleri, 2022).

1.3.3.2. Gelir

Yapılan çalışmalar belirtilen gelirleri giderlerinden daha düşük olan infertil kadınların infertilite kaynaklı daha fazla düzeyde stres yaşadıklarını göstermektedir (Tural ve Çelik, 2019; Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Yılmaz, Yazıcı ve Benli, 2020).

1.3.3.3. Yaşanan Yer

İnfertilite kaynaklı yaşanan problemler üzerine yapılan bir çalışma, şehirde yaşayan kadın ve erkeklerin yaşamayanlara göre daha az düzeyde infertilite kaynaklı problem yaşadığını, kırsal alanda yaşayanların ise infertiliteye bağlı daha fazla olumsuz deneyim ve stres yaşadıklarını bunun sebebinin ise yeterli bilgilere ve tıbbi kaynaklara kısıtlı ulaşım imkanının olabileceği belirtilmektedir (Lei ve diğerleri 2021).

1.3.3.4. Çocuk, düşük, kürtaj

Donkor ve Sandal (2007) infertil olan kadınların mevcut bir çocuğunun olup olmamasının stresi belirlemede diğer birçok sosyodemografik özelliklere göre daha az önemli olduğu bulunmuştur. Ancak bazı çalışmalar ise yaşayan bir çocuğu olmayan veya gebeliği başarılı bir şekilde sonlanmayan kadınların daha fazla infertilite kaynaklı stres yaşadığını göstermektedir (Teklemicheal ve diğerleri, 2022; Schwerdtfeger ve Shreffler, 2009). Buna ek olarak, Cogendez ve diğerleri (2023) tarafından yapılmış çalışmada daha önce kürtaj geçmişi olan infertil kadınlarda daha yüksek oranda TSSB gözlemlendiği saptanmıştır. Ayrıca yine Adib- Rad, Basirat, Faramarzi, Mostafazadeh ve Bijani (2019) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise daha önce kürtaj geçmişi olan infertil kadınların daha yüksek düzeyde duygusal sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur.

1.3.3.5. İnfertilite Aile Öyküsü

Yapılan bir çalışma aile öyküsünde veya akrabalarında infertilite tanısı olmayan kişilerin psikolojik stress puanlarının ciddi düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (Jaber ve diğerleri, 2022). Küçükkaya ve Kılıç (2022) ise bir önceki

çalışmada belirtilenin aksine kendisinin veya eşinin ailesinde infertile tanısı almış bir kişi bulunan kadınların bulunmayanlara göre daha yüksek düzeyde infertilite kaynaklı damgalanmaya maruz kaldığını ve daha fazla sosyal baskıya maruz kaldıkları belirtilmiştir.

1.3.3.6. İnfertilite Tedavisi Yılı ve Evlilik Süresi

İnfertilite süresi ve infertil kişilerin yaşadıkları stres arasında oldukça ciddi bir ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır. Patel ve diğerleri (2016) yaptıkları çalışmada beş yıldan uzun süredir evli olan ve yine beş yıldan uzun süredir infertiliteden mustarip olan kişilerin daha yüksek düzeyde infertilite kaynaklı stres yaşadıklarını göstermiştir. Teklemicheal ve diğerleri (2022) ise 4-6 yıl arasında infertilite yaşayan kadınların daha yüksek düzeyde stres yaşadıklarını vurgulamakta, Dong ve diğerleri (2021) ise 715 kişiden oluşan örneklemelerini infertilite sürelerine göre dört gruba ayırarak, gruplar arasında karşılaştırma yapmış ve özellikle sekiz yıldan daha fazla süredir infertilite yaşayan kişilerin daha sık cinsel işlev bozukluğu ve yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadıklarını, Wiweko, Anggraheni, Elvira ve Lubis (2017) ise yine evlilik süresi temel alındığında infertilite süresinin artmasının stres için önemli derecede bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Kamışlı, Terzioğlu ve Bozdağ (2021) ise kadınların çocuk sahibi olmak için korunmasız cinsel birleşme deneyimleri arttıkça depresyon sonuçlarının arttığı bulunmuştur. Sharma ve diğerlerinin 2015’de yaptığı çalışmaya göre de araştırmaya katılan infertil kadınların yarısının çok yüksek stres seviyesine eşlik eden bulgu bu kadınların çoğunun 1-3 yıldan daha uzun süredir tedavi görüyor olmalarıdır. Yapılan bir diğer çalışmada da özellikle iki yıldan daha uzun süredir infertil olan kişilerin depresyon ve uyum bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik rahatsızlık yaşamaları ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (Sbaragli ve diğerleri, 2008).

1.3.3.7. Cinsiyet

İnfertilitenin yol açtığı tepkilerin cinsiyetlere göre birtakım farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir. Kadınların erkeklere göre daha şiddetli duygusal tepkiler verdiği, yüksek bir stres yaşadığı, kendilerini suçlu hissettiği, depresif semptomlar

gösterdiği, sorunu kişiselleştirdiği ve yüksek kaygı yaşadığı görülmektedir (Galst, 2018). Verilen tepkilere ek olarak kadın ve erkekler farklı baş etme biçimleri kullanmaktadır. Stresle başa çıkarken kaçınma stilini kullanan bireylerde yüksek stres, durumsal kaygı, tedavisel ve kişisel kontrolün az olmasının söz konusu olduğu yine Galst tarafından belirtilmiştir. Yılmaz ve Oskay'ın (2017) Türkiye'de yaptığı çalışmaya göre yaklaşık 1.5-2 milyon çift infertilite sorunu yaşamakta ve kadınlar aktif kaçınma, aktif yüzleşme veya pasif kaçınma biçimini erkeklere göre daha sık kullanmaktadır. Bunun sebeplerinden biri, kadınların beden imgesi ve kadınlık algısının infertil olmaktan daha çok etkilemesi olarak öne çıkmıştır.

1.3.3.8. Damgalanma

Stresin kültür ile olan ilişkisini ele aldığımızda, kadınların yaşadıkları stresin altında anne olma şansının kaybedilmesi, anlamlılığın yitimi, kadınlık algısının zarar görmesi, annelik deneyiminin yaşanamaması, kişisel kimliklerinin zedelenmesi ve benlik saygılarının zayıflaması görülmektedir (Karaca ve diğerleri, 2019). Özellikle kadınların sosyal çevrenin beklentisini karşılayamaması ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin inançlar da bu stresi arttırmaktadır (Kalcı, Karaş ve Polat, 2020). Çocuk doğurmak, kadınlara atanan cinsiyet rollerinin başında gelmekte, geleneksel rollere ilişkin inançları yüksek olan kadınlarda izolasyon ve stres seviyesini daha da fazla arttırmaktadır (Ehsan, Yazdkhasti, Rahimzadeh, Ataee ve Esmaelzadeh-Saeieh 2019).

Toplumun, ailenin ve arkadaşların beklentileri ve tepkileri, bireylerin infertiliteye verdikleri yanıtlar üzerinde son derece belirleyicidir. Bu nedenle, iç tepkiler yanında dış tepkileri de dikkate almak, infertilitenin psikolojik sonuçlarını araştırırken gereklidir. Yakın aile bireyleri de dahil olmak üzere kişinin bir parçası olduğu kültürel topluluklar, infertilite tanısının alınmasından sonra bireyin üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilirler. Dünya üzerinde yerleşik birçok kültürde neslin devamına, çocuklara ve çocuk yetiştirmeye çok büyük önem ve anlam atfedilir. Bu toplumlardaki kültürel beklentiler, infertilite yaşayan bireylerde ve çiftlerde başlı başına önemli ölçüde stres oluşturur (Bradow, 2011). Buna paralel olarak yine çocuk ve ailenin önemini vurgulayan dinlerin benimsendiği toplumlar ve bu inanışları

benimseyen bireyler, önem atfedilen aile kavramını gerçekleştirmedeki başarısızlık durumunda toplumdan olumsuz bir yanıt alabilirler (Ridenour, Yorgason ve Peterson, 2008). İnfertilite tedavisi sırasında veya başarısız bir tedavi süreci sonrasında özellikle bebek sahibi ya da hamile olan kişilerle karşılaşmak travma tepkilerinin tetiklenmesine sebep olabilir. Bunun gibi diğer sosyal etkileşimler ve bu etkileşimlerde karşılaşılan yorumlar sıkıntı ve semptomları tetikleyebilir (Edelmann, Connolly ve Robson, 1989). Bu nedenle bireylerin bebekleri olan kişilerle görüşmek gibi kendilerine infertilite problemlerini daha çok hatırlatan durumlardan kaçındıkları görülmektedir. Yine bu durumun “Olayların Etkisi Ölçeği”ndeki (IES-R) “Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.” maddesine denk düştüğü söylenebilir (Kırca, 2011).

Bu sıkıntılar infertilite yaşayan tüm bireylerde geçerli olurken kadınlarda daha da yoğun yaşanabilmektedir. Birçok kadının çocuk sahibi olamayacağı ihtimalini öğrenmesiyle birlikte yaşamlarının anlamını kaybetme tehlikesiyle baş başa kalması söz konusu olabilir. Kültürel normların dayattığı anne olma beklentisiyle birlikte çok büyük bir stres hissetmenin yanında kadının kendini algılayışı da etkilenebilmektedir. Kadınlığa yönelik benlik algısı bozulurken cinsiyet kimliği zarar görmekte ve benlik saygısı azalmaktadır (Karaca ve diğerleri, 2019). Bu nedenle de her ne kadar tüm infertilite vakalarının yaklaşık yarısında erkek faktörleri vakayı etkiliyor olsalar da kadınların infertilitenin psikolojik ve sosyokültürel yüklerini taşıması daha olası bir durumdur (Ardabli, Moghadam, Salsali, Ramezanzadeh ve Nedjat 2011).

Bu yüzden genellikle çocuk sahibi olamamaktan sorumlu tutulan kadınlar tedavinin yükünü ve tedaviyle ilişkili olan sıkıntı ve rahatsızlıkları üstlenmektedirler (Berg, Wilson ve Weingartner, 1991; Hammarberg ve Kirkman, 2013). Sosyal hayatta infertilite ile erkeklere oranla daha çok damgalanan kadınlara yapılan bu davranışlar zorbalık ve psikolojik istismar olarak nitelendirilebilmektedir (Slade, O'Neill, Simpson ve Lashen, 2007).

1.4. İnfertilite ve Damgalanma

Eski çağlardan beri neredeyse her kültürde üreme kavramı, birçok değer atfedilen önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır ve dolayısıyla üreme

konusundaki yetersizlik, bu yetersizliği yaşıyan kişiler için birçok kültürde sosyal bir damgalanmaya sebep olmaktadır (Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy, 2008). Damgalanma, infertilitenin en rahatsız edici sonuçlarından birisidir ve damgalanan infertil kadınlar, topluma yabancılaşmak, tecrit edilmek, olumsuz davranışlara maruz kalmak gibi durumları deneyimleyebilmekte ve bunlar damgalanan kişide olumsuz bir benlik algısına yol açabilmektedir (Gonzalez, 2000). İnfertilite ve damgalanma ilişkisini derinlemesine anlayabilmek için öncelikle damgalanmayı ayrıntılı bir şekilde ele almak önemli olacaktır.

1.4.1. Damgalanmanın Tanımı

Damgalanmanın en bilinen tanımı Goffman tarafından 1963 yılında yapılmıştır. Bu tanıma göre damgalanma, “derinden itibarsızlaştırıcı bir nitelik” olarak açıklanmaktadır ve damgalanma, damgalanan kişiyi bütün ve olağan bir kişiden kusurlu, önemsiz bir kişiye indirgemektedir (Goffman, 1963).

Damgalanma ve ayrımcılık, sosyal yapılar düzeyinde haksız politikalar, uygulamalar ve yasalar yoluyla gerçekleştirilebileceği gibi kişilerarası ilişkiler yoluyla birey düzeyinde de gerçekleştirilebilir (Stuart, 2008). Damgalanma ya da etiketleme, bir kişinin nasıl bir insan olduğunu açıklamak için kullanılan bir tanım olarak karşımıza çıkabilir ve bazen çeşitli kurumlarca onaylanmış, “resmi” bir etiket olabileceği gibi günlük etkileşimlerde kullanılan, resmi bir şekilde onaylanmamış “gayri resmi” etiketlemeler de olabilir (Link ve Phelan, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre damgalanma, ayrımcılığın ve dışlanmanın önemli bir nedeni olarak görülmektedir ve bireylerin benlik saygısı ve ilişkilerinde bozulmaya yol açmanın yanı sıra, insan haklarının kötüye kullanılmasına katkıda bulunan, ruh sağlığının iyileştirilmesine yönelik etkili tedavi ve bakımın alınmasını engelleyen bir faktördür (WHO, 2013).

İnfertilitenin bir damga olarak algılanması, kadının öz benliğine yönelik olumsuz algılarıyla da ortaya çıkabilir. Bu olumsuz algılamalar ise genellikle başkalarının olumsuz ve küçümseyici yorumları, empatik olmayan, acımasız yaklaşımlardan beslenir ve kendini toplumdan dışlanmış veya izole edilmiş hissetmekle sonuçlanabilir (Gonzalez, 2000).

Gonzalez ‘in (2000) çalışmasından elde edilen bulgulara göre infertilite; infertil bir kadının, üreme işlevini ve ebeveynlik rolünü kaybetmenin yasını tutması ve kendiyile ilişkilendirilen, önceden belirlenmiş bir toplumsal normun yerine getirilememesi, değer verilen toplumsal ritüellerden dışlanma ve soy bağlarından yoksun bırakılmadan kaynaklanan damgalanma ve güçsüzlüğü telafi etmek için mücadele etmek şeklinde dönüşümsel bir deneyim olarak yaşanmaktadır.

Damgalanmanın durumdan duruma nasıl değişiklik gösterdiğini anlamak için boyutlarının kavramsallaştırılması önemlidir ve damgalanma ile ilişkili olarak altı boyut tanımlanmıştır (akt. Turner ve Brown, 2010): gizlenebilirlik (damgalanmaya yol açabilecek özelliğin ne kadar belirgin olduğu), gidişat (damgalanmaya yol açabilecek özelliğin ne kadar tersine çevrilebilir/geri döndürülebilir olduğu), bozuculuk düzeyi (özelliğin kişiler arası etkileşimlerde bozulmaya yol açıp açmadığı ve bu bozuculuğun düzeyi), estetik (dış görünümde meydana gelebilecek olumsuz değişimler ve bu değişimlerin düzeyi), köken (özelliğin ortaya çıkış şekli) ve risk (başkalarında korku veya tehdide yol açıyor olma durumu).

1.4.2. Damgalanmanın Tarihçesi ve İşlevleri

Damgalanma ve etiketlemeye olan ilgi, Goffman’ın 1963’te yapmış olduğu bir çalışma sonrasında artışa geçmiştir ve damgalanmanın ruh sağlığı üzerindeki etkisi ve önemi de 60’lı ve 70’li yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte net bir şekilde ortaya çıkmıştır (Link ve Phelan, 2012). Goffman’ın çalışmasını takip eden yıllarda psikologlar damgalanmanın bilişsel boyutları ve mikro düzeyde sosyal etkileşimi nasıl şekillendirdiği üzerine çalışmalar yürütmüşlerdir ve bu çalışmaların çoğu akıl hastalığı, bağımlılık gibi karakterle ilişkili olduğuna inanılan damgalara veya eşcinsellik gibi sapkınlık olduğuna inanılan damgalara odaklanmıştır (Clair, 2018). Damgalanmanın evrimsel kökenlerini araştıran çalışmalar, Clair tarafında da belirtildiği gibi hastalık yayabilecek, toplum düzenini değiştirebilecek ve toplumu tehdit edebilecek bireylerin dışlanmasının sosyo-biyolojik işlevlere hizmet edebileceğini öne sürmektedir.

Bunun yanı sıra, damgalanan bireylerde damgalanmanın etkileri ve başa çıkma yöntemleri üzerine birçok çalışma da 1960’lardan bu yana yürütülmektedir. Link ve

Phelan (2001), Goffman'ın çalışmalarından yola çıkarak damgalanmanın toplumdaki gücü ve işleyişine dair sosyolojik bir yaklaşım ortaya koymuşlardır. Damgalanma tanımına güç ve ayrımcılığı dahil ederek, damgalanmanın sosyolojik sorularla, sosyal inşa ve sosyal eşitsizlik ile nasıl ilişkili olabileceğini ortaya koymaya yönelik bir yaklaşım geliştirmişlerdir ve damgalanmaya yönelik günümüze kadar uzanan sosyolojik yaklaşımlar, damgalanmanın farklı türlerinin yanı sıra orta ve makro düzeydeki nedenleri, sonuçları ve bunlara verilen tepkileri de göz önünde bulundurmuşlardır (Clair, 2018).

1.4.3. Damgalanma ile İlgili Kavramlar

Link ve Phelan'ın (2001) kavramsallaştırmasına göre, bazı kavramların varlığı damgalanmayı ortaya çıkarmaktadır. Bu kavramlar, aşağıda verilmiştir (Link ve Phelan, 2001; Kadioğlu ve Şahin, 2015);

1. *Farklılıkları Ayırt Etme ve Etiketleme*: Damgalanmanın ilk basamağıdır, sosyal olarak uygun görülmeyen farklılıklar ayırt edilir. Dışarıdan belirgin şekilde görülebilen farklılıklarda bu ayırım daha keskin olabilmektedir. İnsanlar bu farklılıkları ayırt ettiğinde aynı zamanda onları etiketler.

2. *Farklılıkları Stereotiplerle İlişkilendirme*: Baskın kültürel kalıplar, etiketlenen kişileri istenmeyen karakter özellikleriyle, basmakalıp inanışlarla ilişkilendirir. Örneğin, psikiyatrik bir rahatsızlık sebebiyle hastanede yatan bir kişi “tehlikeli” olarak algılanabilir.

3. *“Biz”i “Onlar”dan Ayırmak*: Etiketlenen kişiler “biz” ve “onlar” şeklinde ayrıştırılır ve kategorileştirilir. Örneğin, çoğunluktan farklı cinsel yönelime sahip olan kişiler “onlar” şeklinde ayrıştırılabilir.

4. *Duygusal Tepkiler*: Damgalayan kişi damgalanana karşı korku, öfke, acıma gibi birtakım duygular besleyebilmektedir ve bu durum, damgalanan tarafından fark edildiğinde incinmesine, yabancılaşmasına ve hatta öfke duygusuna sebep olabilir ve damgalanan kişinin davranışlarında da değişikliğe yol açabilir.

5. *Statü Kaybı ve Ayrımcılık*: Damgalanan kişiler toplum içerisinde statü kaybı ve ayrımcılığa maruz kalabilirler, birtakım haklardan mahrum bırakılabilirler ve bu da kişiler arası eşitsizliğe yol açar.

6. *Damgalanmanın Güce Bağımlılığı*: Link ve Phelan'ın (2001) kavramsallaştırmasının benzersiz bir özelliği, damgalanmanın sosyal, ekonomik ve siyasi güçle tamamen ilişkili görülmesidir.

1.4.4. Damgalanmanın Türleri

Goffman (1963), damgalanmanın görünebilirliğine göre damgalanmayı iki türe ayırmıştır. Bunlardan ilki görünen damga, ikincisi ise gizlenebilen damgadır. Görünebilir damgada kişiler damgalanmaya yol açan özelliklerini toplumdan gizleyemez ve dışarıdan görülebilir haldedir, özellikle fiziksel özellikler sebebiyle ortaya çıkan damgalanmalar bu sınıflamaya dahildir. Gizlenebilen damgada ise damgalanmaya sebep olabilecek özellik gizlenebilir haldedir, eşcinsellik, infertilite, cinsel işlev bozuklukları gibi durumlar buna örnek verilebilir.

Literatürdeki bir başka çalışmaya göre ise damgalanma, aşağıdaki şekilde sekiz türe ayrılmaktadır (Sheehan, Nieweglowski ve Corrigan, 2016);

1. *Kamusal Damgalanma*: Azınlık gruba dair ön yargıyı ve damgalanmanın kamuoyu tarafından onaylanmasını içerir. Damgalanmanın kökeni damgalanan kişi veya kişilere yönelik toplumda yer alan bilişsel temsillere dayanmaktadır (Bos, 2013).

2. *Öz/İçselleştirilmiş Damgalanma*: Azınlık gruptaki kişi, toplumda oluşan önyargı ve kamusal klişeleri içselleştirir ve bunları kendi yaşamına uyarlar. Kamusal damgalanma bireyi üç şekilde etkiler; a) damgalanmaya sebep olabilecek bir özelliği bulunan kişinin olumsuz davranışları ile ortaya çıkan sergilenen damgalanma, b) damgalanmaya sebep olabilecek bir kondisyonu bulunan kişinin damgalanma beklentisi şeklinde ortaya çıkan hissedilmiş damgalanma, c) damgalanmaya sebep olabilecek bir kondisyonu bulunan kişinin deneyimlediği öz değerinde azalma ve buna eşlik eden psikolojik sıkıntı şeklinde ortaya çıkan içselleştirilmiş damgalanma (Bos, 2013).

3. *Etiketten Kaçınma*: Örneğin bir hastalık sebebiyle damgalanan bir kişi, teşhisini paylaşmaktan ve çeşitli aktivitelere katılım göstermekten kaçınır (Sheehan ve diğerleri, 2016).

4. *Yapısal Damgalanma*: Belirli bir grubun imkanlarının kasıtsız şekilde kamu veya özel sektör politikaları aracılığıyla kısıtlanması yapısal damgalanmaya örnektir (Sheehan ve diğerleri, 2016). Damgalanmaya teşvik eden toplumsal yapılar, kültürler arası ve tarihsel olarak farklılıklar göstermektedir (Bos, 2013).

5. *Nezaket Damgalanması*: Damgalanan birey veya grupla yakın temasta olan kişiler tarafından (sağlık çalışanları, aile, arkadaşlar) deneyimlenen damgalanmayı içerir. Nezaket damgalanmasına benzer şekilde 2002 yılında Sartorius'un (akt. Özmen ve Erdem, 2018) öne sürdüğü iyotrojenik damgalanma türü de bir hastalık tanısıyla birlikte hastalığın kendisinin damga haline geldiği durumları içermektedir.

6. *Güç Damgalanması*: Damgalayıcıların, damgalananların kontrolü, sömürüsü veya dışlanması yoluyla ellerinde bulunan sosyal gücü korudukları damgalanma çeşididir (Sheehan ve diğerleri, 2016).

7. *Otomatik Damgalanma*: Damgalayıcının duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili bilinçli bir farkındalığı olmadan otomatik şekilde ortaya çıkan damgalanma türüdür (Sheehan ve diğerleri, 2016).

8. *Çift veya Çoklu Damgalanma*: Birden fazla gruba üyelik ile (örn. LGBTİ+, yoksul, obez vs.) ortaya çıkan damgalanma türüdür (Sheehan ve diğerleri, 2016).

Damgalanmanın bağlamı ele alındığında; psikolojik bağlamda beden, zihin, bilişsel şema; sosyal ve kültürel bağlamda bireysel algı ve tutumlar, kişilerarası ilişkiler ve sosyolojik bağlamda ise politikalar/kanunlar, mahalleler, işyerleri, devletler, yapılandırılmış veya doğal ortamlarda damgalanma ortaya çıkabilmektedir (Clair, 2018).

1.4.5. Damgalanmanın Nedenleri

Damgalanmanın tanımı ve çeşitlerine dair alanyazında birçok araştırmaya yer verilirken, insanların başkalarını neden damgaladığına dair araştırmalara nadiren rastlanmaktadır. Phelan, Link ve Dovidio (2008), insanları bir başkasını

damgalanmaya iten faktörlere dair kavramsal bir şema sunmuşlardır. Buna göre damgalanma üç temel amaca hizmet etmektedir; 1) sömürü, egemenlik kurmak veya insanları baskı altında tutmak, 2) insanları sosyal normlar içerisinde tutmak, 3) hastalıklardan kaçınmak veya insanları uzak tutmak (Phelan ve diğerleri, 2008).

Diğer yandan, toplumun kültürel yapısı, örf ve adetleri, dini yapısı ve özellikleri, toplumsal ön yargılar gibi durumlar da damgalanmanın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler arasındadır (Kadıoğlu ve Şahin, 2015). Goffman (1986); damgalanmanın kişinin güçlü ve farklı olmak istediğinde karşısındakini ötekileştirmeye yarayan bir araç olduğunu ve günlük dile yerleşmiş damgalayıcı söylemlerin bilinç düzeyinde damgalanmaya dönüşerek dışarıya yansıtıldığını öne sürmektedir. Örneğin, ülkemizde infertil bireyler için halk arasında sıkça kullanılan “kısır” sözcüğü, Türk Dil Kurumu’na göre “verimsizlik”, “akamet” gibi anlamlara gelmektedir.

Damgalanmanın nedenleri psikojenik, toplumsal/kültürel ve teknolojik nedenler olarak üç başlık altında da incelenmiştir. Psikojenik nedenlerden biri, bilinç düzeyinde olmasa da damgalayan kişinin damgalanan kişideki kondisyona sahip olmamaktan duyduğu hazdır (Özmen ve Erdem, 2018). Diğer yandan, damgalanmanın temelini bilişsel ayırma ve duygusal reaksiyonlar oluşturmaktadır (Bilge ve Çam, 2010). Örneğin, psikiyatrik rahatsızlıklara sahip kişilere karşı ortaya çıkan damgalanmanın sebeplerinden birisi de bu kişilerin tehlikeli olduğu ön yargısı ve sonucunda ortaya çıkan korku ve öfkedir.

Toplumsal nedenlere açısından ele alındığında, özellikle Batı kültüründe ortaya çıkan ve tüm dünyaya yayılan bireyselleşme akımı ve buna bağlı olarak kişiler arası rekabet unsurlarının artması da damgalanmaya yol açabilecek faktörler arasında gösterilebilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018). Damgalanma ve ayırıştırma; toplumsal ön yargılar, tutum ve değerler açısından kültürden kültüre çok belirgin değişiklik göstermektedir ve bu sebeple bu fenomenleri kavramsal bir çerçeveye oturtmak karmaşık bir hal almaktadır (Parker ve Aggleton, 2003).

Son olarak, damgalanmanın teknolojik nedenlerini ele aldığımızda ise damgalanmaya açık durumlara dair yanlış bilgilerin medyada hızla yayılabilmesi, sosyal medyada karşılaşılabilen yargılayıcı tutumlar ve zorbalık gibi durumlar ve

medyanın gücüyle zarar verici içeriklerin oldukça geniş kitlelere hızlıca ulaşabilmesi gibi durumlar da damgalanmaya zemin hazırlayan faktörler arasında görülmektedir (Özmen ve Erdem, 2018).

1.4.6. Damgalanmanın Sonuçları

Yapılan bir çalışmaya göre, infertil kadınların çocuk sahibi olamamakla ilgili olarak sıklıkla damgalandıkları ve bu damgalanmayla baş edebilmek için sosyal geri çekilme davranışını sıkça gösterdikleri ortaya konmuştur (Jansen ve Onge, 2015). İnfertil kadınlar aile ve çocuk ile ilgili konuşmalara katılmaktan özellikle kaçınabilmekte ve rahatsız edici yorumlardan kaçınmak için infertilite durumlarını saklamakta veya bu konuyla ilgili doğruları gizlemeye yatkın olabilmektedirler (Remennick, 2000).

İnfertilite ile mücadele ve infertilitenin sonuçları üzerine birçok çalışma olsa da infertilitede damgalanmaya bağlı olarak ilişkilerde ortaya çıkan güç ayrılıklarına alanyazında yeterince değinilmediği görülmektedir. Ancak kişilerarası ilişkilerdeki damgalanmanın gücü, toplumsal damgalanmayı da sürdürücü etkiye sahiptir (Jansen ve Onge, 2015).

Damgalanmanın gücü; damgalanan kişide stres, yalnızlaşma, içe çekilme, depresyon ve hatta öz kıyım düşüncelerine kadar birçok olumsuz duruma yol açabilmekte ve kişinin hem psikolojik sağlığı hem de tedavi süreci ciddi zararlar görebilmektedir (Kadıoğlu ve Şahin, 2015). Özellikle yapısal damgalanma kişinin belirli hak, özgürlük ve hizmetlerden yoksun kalmasına yol açarak hayat kalitesini düşürebilmektedir (Paterson, Backmund, Hirsch, Yim 2007; Sheehan ve diğerleri, 2016).

Clair (2018), damgalanmanın sonuçlarını psikoloji, sosyal ve kültürel psikoloji ve sosyoloji bağlamında üç kategoriye ayırmıştır;

1. *Psikolojik (mikro düzey) sonuçlar:* Psikolojik/psikiyatrik hastalık, stres, fiziksel rahatsızlıklar.

2. *Sosyal ve Kültürel (orta düzey) sonuçlar:* Benlik saygısı, kimlik algısı, kişilerarası ve öz değerinde azalma.

3. *Sosyolojik (makro düzey) sonuçlar:* Gruplar arası eşitsizlik, dışlanma, ekonomik ve sosyal eşitsizlik.

Damgalanmanın yalnızca damgalanan kişiyi değil o kişinin yakın çevresini de etkileyebileceğini söylemek mümkündür; kişinin yakınları için damgalanan kişiden utanma, aileyi toplumdan izole etme, başkaları tarafından olumsuz yorumlara maruz kalmak gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018).

1.4.7. Damgalanmanın İnfertilite Üzerine Etkisi

İnfertilite durumunda, çocuk sahibi olamayan kadın ve erkek farklı şekillerde damgalanmaya maruz kalabilir. Her iki cinsiyet için de ortak olan damgalanma, kişilerin sahip oldukları cinsiyetin gerekliliklerini karşılayamamaları şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012). Diğer yandan, özellikle bazı kültürlerde annelik hala kadının birincil görevi olarak görüldüğü için, çocuk sahibi olamama durumundan öncelikle kadın sorumlu tutulmakta ve bu yükü daha çok kadın yüklenmektedir (Peterson, Newton ve Rosen, 2003; Karaca ve Ünsal, 2012). Ülkemizde halk arasında kullanılan “çocuksuz kadın, meyvesiz ağca benzer” deyiimi, anneliğin kadının hayatında merkezi bir rol olarak görüldüğünü gösterir niteliktedir (Yılmaz ve Kavak, 2018). Benzer şekilde, örneğin Ürdün’de infertil kadınları tanımlamak için “kanatları kırık”, “yarım kadın”, “tamamlanmamış”, “kuru dal” gibi sözler kullanılmaktadır (Daibes, Safadi, Athamneh, Anees ve Constantino, 2018). Diğer yandan, infertilitenin erkek faktörlü olduğu durumlarda da kadın çoğunlukla bunu saklamak, kamufle etmekle yükümlü görülmektedir ve yine ciddi bir yük yüklenmektedir (Koçyiğit, 2012).

Van ilinde 2009 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, 122 infertil kadından 41’inin infertilite sebebiyle eşleri veya eşlerinin aile bireyleri tarafından şiddete maruz kaldıkları ortaya konmuştur. Şiddet gören kadınların %78’inin eşlerinden ilk kez infertilite tanısı aldıktan sonra şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Yıldızhan, ve diğerleri, 2009). Farklı ülkelerde de infertil kadınların toplumsal faaliyetlerden dışlanmak, şiddete maruz kalmak, eşleri tarafından terk edilmek gibi birçok olumsuz durumla karşı karşıya kaldıklarını ortaya koyan çalışmalar vardır (Fido ve Zahit, 2004; Weinger, 2009).

Afrika’da 104 kadın ve erkek ile infertiliteye bağılı damgalanmanın ortaya çıkışı ve etkisi üzerine yapılan çalışmada katılımcılardan biri infertil kadınlara dair şu sözleri söylemiştir: “İnfertil bir kadın kendisini her zaman tetikte hissedecektir. Örneğın insanların güldüğünü gördüğünde, onların kendisine güldüklerini düşünecektir.” (Bornstein, Gipson, Failing, Banda ve Norris, 2020). Bu çalışma, Afrika toplumunda infertil bir kadın olarak damgalanmaya maruz kalmanın etkileri ve infertil kadınların toplum tarafından nasıl görüldüğünü anlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

İnfertilite ve damgalanma ile ilgili olarak karşımıza çıkan bir diğerk kavram ise toplumsal cinsiyet rolleridir. Kadının annelik rolüyle bağdaştırıldığı toplumsal cinsiyet rollerini benimseyen kadınlar, infertiliteyi bir damga olarak algılamaya ve olası bir infertilite deneyimi yaşadıklarında daha fazla stres yaşamaya meyilli olabilmektedirler (Karaca ve Ünsal, 2012). Ayrıca, eğitim düzeyi yüksek ve şehirde yaşayan kadınlar, eğitim düzeyi düşük ve kırsal kesimde yaşayan kadınlara göre infertilite sebebiyle damgalanmaya daha az maruz kalmaktadırlar (Karaca ve Ünsal, 2012; Link ve Phelan, 2012; Nahar ve Geest, 2014).

İnfertilitede damgalanma bağlamında cinsiyet üzerine yapılan araştırmalara göre; a) infertil kadınlarda algılanan damgalanma düzeyi infertil erkeklere göre daha yüksektir; b) kadınlarda damgalanma ve infertilite durumunu dile getirme arasında bir ilişki görülmezken erkeklerde damgalanma arttıkça infertiliteyi paylaşmanın azaldığı görülmektedir; c) hem erkeklerde hem de kadınlarda damgalanma algısı ile düşük sosyal destek düzeyi ilişkili görülmektedir (Slade ve diğerkleri, 2007).

Ülkemizde infertil kadınlarla yürütölmüş bir çalışmaya göre, infertil kadınların %71’i bir ailede çocuğın gerekli olduğunu; bu kadınların yarısından fazlası ise (%54) çocuk sahibi olamamanın en büyük zorluğının sosyal baskıya maruz kalmak olduğunu belirtmiştir (Koçyiğit, 2012). Çalışmaya göre sosyal baskı ve damgalanmanın büyük ölçüde kadınların hemcinsleri tarafından da gerçekleştirildiğini söylemek mümkündür. Yine aynı çalışmanın sonuçlarına göre infertil kadınlar aldatılma, kuma getirilme, terk edilme, suçluluk, dışlanma gibi olumsuz durumlarla da karşı karşıya kalabilmektedir.

Diğer yandan, infertilite sebebiyle ortaya çıkan toplum düzeyindeki damgalanma, yalnızca infertil bireyleri değil, infertil olmayan bireylerde de infertil gözükmek için doğum kontrol yöntemlerini kullanmayı veya çocuk sahibi olmanın zamanlamasını da etkileyebilmektedir (Bornstein ve diğerleri, 2020). Başka bir deyişle, “kısır” olduklarının düşünülmesinden endişelenen kişiler normalde planladıklarından daha erken çocuk sahibi olmaya itilebilmektedirler.

1.4.8. İnfertilitede Damgalanma ile Psikolojik Etkilenme Arasındaki İlişki

Damgalanma, ayrımcılık ve daha genel bir ifadeyle kişinin kimliğini tehdit eden durumlar önemli stres kaynaklarıdır ve bu stres tepkisi yalnızca anlık bir tepki olarak kalmayıp, kişinin sağlığı, fiziksel tepkileri ve sosyal işlevselliği üzerinde de uzun vadede oldukça etkili olabilmektedir (Miller ve Kaiser, 2001; Major ve O'Brien, 2005).

Bir durumla baş ederken, değerlendirme iki temel bilişsel süreçten geçmektedir; öncelikle tehlikenin varlığı sorgulanır ve tehlike türüne göre kategorize edilir (örn. kayıp, hasar, zarar vs) ve ardından bu durumla baş etme kaynakları sorgulanır (Berjot ve Gillet, 2011). İnfertilite sebebiyle damgalanmaya maruz kalan kadınların bu durumla baş edebilmek için başvurdukları birtakım baş etme stratejileri vardır ve bu stratejiler, kişilerin inanç sistemleri, dünya görüşleri ve içinde bulundukları durumu algılayış biçimlerine göre değişiklik göstermektedir (Ofosu-Budu ve Hänninen, 2021).

İnfertilite durumu tek başına, özellikle kadınlar ama aynı zamanda da çiftler üzerinde psikolojik olarak zayıflatıcı bir etkiye sahip olabilmektedir ve damgalanma, infertil bireylerin stresli ve rahatsız hissetmelerine sebep olarak infertilite durumunu daha da kötüleştirebilmekte ve tedavi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Ofosu-Budu ve Hänninen, 2021). Damgalanan bireyler, özel veya farklı olarak diğerlerinden farklı bir topluluk olarak algılanabilir ve bu durum ortaya çıktığında insanlar toplumun normlarına göre birbirleriyle karşılaştırılır. Örneğin, Ofosu- Budu ve Hänninen’a göre infertil kadınlar toplumun onlardan beklediği annelik statüsüne ulaşamadıkları için çocuk doğuran kadınlardan farklı olarak algılanır.

Link ve Phelan'a göre (2013) damgalanma ilk olarak, bir statü kaybını ve statü hiyerarşisinde aşağı doğru bir yer değiştirmeyi içerir ve ikincil olarak yapısal ayrımcılık ortaya çıkar. Damgalanmayla gelen statü kaybı ve sosyal yapının zayıflaması, damgalanan kişide utanç, çaresizlik, aşağılanma gibi olumsuz duyguların açığa çıkmasına sebep olabilir (Yang vd., 2006). İnsanların damgalanmayla başa çıkabilmek için başvurdukları işlevsel olmayan baş etme stratejileri istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Link ve Phelan, 2001). Örneğin, infertilitenin yol açtığı damgalanmayla baş edebilmek için sosyal geri çekilmeye başvuran kişide bu baş etme stratejisi ileride depresyon, sosyal kaygı gibi daha büyük sorunlara yol açabilir (Jansen ve Onge, 2015).

1.4.9. Damgalanma Yükünü Arttıran Faktörler

İnfertilite ve damgalanma yükünü arttıran çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler yaşanan yer, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir, sosyal güvence yani sağlık sigortasının olup olmaması, aile tipi (çekirdek aile, geniş aile gibi), çocuk sahibi olmak veya düşük, kürtaj geçmişinin olup olmaması, kişilerin aile geçmişinde infertilite tanısı almış başka kişilerin varlığı ve infertilite tedavi süresi ile evlilik yılı süresidir (Küçük ve Koruk, 2022; Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Zhang ve diğerleri, 2021)

1.4.9.1. Yaşanan Yer

Kırsal kesimlerde yaşayan kadınlar çocuk sahibi olmaya yönelik daha yüksek düzeyde sosyal baskıya maruz kalmakta, çocuk sahibi olup olmamaya yönelik daha fazla değersizleştirmeye maruz kalarak damgalanmakta ve daha fazla suçluluk, dışlanma ve sosyal olarak içe çekilmeyi deneyimlemektedir (Nahar ve Richters, 2011).

Yapılan bir çalışmada kırsal kesimde yaşayan infertil kişilerin daha fazla damgalanmaya maruz kaldıklarını göstermektedir (Küçük ve Koruk, 2022). Jing ve diğerleri (2021) ise kentte ikamet eden kadınların düşük damgalanmaya maruz kaldığını göstermişlerdir.

1.4.9.2. Cinsiyet

Slade ve diğlerleri (2007) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla damgalanma hissini deneyimledikleri sonucuna ulaşmıştır.

1.4.9.3. Eğitim Durumu

Eğitimi durumunun damgalanmayı etkileyen bir faktör olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Jing ve diğlerleri (2021) eğitim seviyesi yüksek kadınların daha az damgalanmaya maruz kaldığını göstermişlerdir. Zhang ve diğlerleri (2021) yaptıkları çalışmada yüksek lisans düzeyinde eğitim seviyesi olan kadınların en az damgalanmaya maruz kaldıkları sonucuna ulaşmıştır. Kadınların eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte daha fazla iş imkanına ulaşabiliyor olması, hem toplumsal cinsiyet rollerine karşı kendi kimliklerini oluşturmalarına hem de stres yaratan durumlara karşı öz düzenleme becerilerinin artmasına olanak sağlayarak damgalanmayı ve olumsuz etkilerini azaltacaktır (Xie ve diğlerleri, 2022).

1.4.9.4. Çalışma Durumu

İnfertil kadınlarda çalışma durumlarının sosyal destek algılarını etkilediği ve çalışmayan kadınların çalışanlara kıyasla daha fazla infertilite kaynaklı damgalanma algıladıkları görülmektedir. (Öztürk, Aba ve Sık, 2021). Ek olarak yapılan bir çalışma eğitim durumu ve çalışma halinden bağımsız olarak çeşitli yetkinliklere ulaşmış kadınların damgalanmanın psikolojik sonuçları ile daha dengeli bir şekilde başa çıkabildiklerini göstermektedir (Taebi, Kariman, Montazeri ve Alavi Majd, 2021). Jing ve diğlerleri (2021) da yaptıkları çalışmada meslek sahibi kadınların daha az damgalanma deneyimlediklerini ifade etmişlerdir.

1.4.9.5. Gelir

Küçük ve Koruk, (2022) düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan infertil kadınların daha fazla düzeyde damgalanma deneyimlediklerini göstermişlerdir. Yüksek düzey sosyo-ekonomik seviyeye sahip olan kadınların daha iyi öz yeterlilik ve

öz düzenleme becerilerine sahip olduğu bundan dolayı toplumsal damgalanmaları daha az içselleştirip, psikolojik olarak daha az etkilenecekleri düşünülmektedir (Lin, Wang, Wei, Hong ve Hsu 2022). Bir başka çalışmada da sosyoekonomik durumu iyi olan infertil kadınların damgalanma düzeylerinin daha düşük olduğuna işaret edilmiştir (Jing ve diğerleri, 2021).

1.4.9.6. Sosyal Güvence

Küçükkaya ve Kılıç'ın (2022) çalışmasında, sosyal güvencesi olmayan kadınların olanlara göre daha fazla sosyal damgalanmaya maruz kaldıklarını gösterilmiştir.

1.4.9.7. Aile Tipi

Ebeveynleriyle beraber yaşayan infertil kadınların daha fazla kaygı deneyimledikleri ve bunun sebebinin çocuk sahibi olmaya dair daha fazla baskı ve damgalanmaya maruz kalma olduğuna düşünülmektedir (Yokota ve diğerleri 2022). Bir başka çalışmada ise geniş aile içinde bulunan infertil kişilerin daha fazla damgalanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır (Küçük ve Koruk, 2022).

1.4.9.8. Çocuk, düşük, kürtaj

Hem kadınlar hem de erkekler bir çocuğa sahip olsalar bile sekonder infertilite de yine damgalanmaya maruz kalabilmektedir (Bornstein ve diğerleri, 2020).

1.4.9.9. İnfertilite Aile Geçmişi

Küçükkaya ve Kılıç'ın (2022) çalışmalarında kendisinin veya eşinin ailesinde infertile tanısı almış bir kişi bulunan kadınların bulunmayanlara göre daha fazla infertilite kaynaklı damgalanmaya maruz kaldığını ve daha fazla sosyal baskıya maruz kaldıkları belirtilmiştir.

1.4.9.10. İnfertilite Tedavisi Yılı ve Evlilik Süresi

Toplumun evli çiftlerden çocuk sahibi olmalarını beklemeleri, infertilitede evlilik süresinin artması ile daha büyük bir problem haline gelmekte, infertilite süresinin uzamasıyla birlikte kadınların deneyimlediği toplumsal damgalanmanın boyutu artmaktadır (Küçük ve Koruk, 2022). Yapılan bir çalışma evlilik süresinin uzun olması ve damgalanmanın travma gibi ciddi psikolojik durumlara neden olabileceğini göstermektedir (Roberts, Renati, Solomon ve Montgomery 2020). Bir başka çalışmada da daha uzun süre infertilite tedavisi gören kadınların anlamlı olarak daha yüksek düzeyde damgalanma yaşadığı saptanmıştır (Jing ve diğerleri, 2020).

1.5. Baş Etme Kavramı

Eski Yunan dilinde bulunan ‘kolahos’ kelimesinden türeyerek oluşturulmuş ‘baş etme/başa çıkma’; çarpmak, karşı karşıya gelmek, karşılamak gibi anlamlara gelen bir kavramdır (Etemen, 2018). Folkman (1984), bireyin çevresel veya içsel kaynaklı stresörlere verdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin bütünü “baş etme/başa çıkma” olarak tanımlamaktadır. Olumsuz bir durum ile baş etme yöntemleri, bireylerin kendi öğrenme ve deneyim süreçlerinden etkilenmektedir. Her birey kendine özgü nitelikte bir baş etme yöntemi geliştirmektedir (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara, 2005).

1.5.1. Lazarus ve Folkman’ın Transaksiyonel Baş Etme Modeli

Richard Lazarus, kardiyovasküler sistem üzerinde oluşan olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ve bağışıklık fonksiyonunu artırmak üzerine yazdığı ‘*Psychological Stress and the Coping Process (Psikolojik Stres ve Baş Etme Süreci)*’ (Lazarus, 1966) adlı kitabında, baş etme üzerine oluşturduğu modelle, ilgili alanın araştırma gündemlerini ve bulgularını geniş ölçüde etkilemiştir.

Model, stresin yarattığı olumsuz durumlarla baş etme durumunu aşağıda özetlenen şekilde bazı süreç ve kaynaklarla ilişkilendirerek açıklamaktadır. Stresle baş etme bütüncül bir süreç olarak ele alındığında stres kaynağıyla karşılaşılmasından

itibaren birey birincil ve ikincil değerlendirme sürecinden geçmektedir (Lazarus, 1966).

Birincil değerlendirme sürecinde stres anlamlandırılmaya çalışılır. En başta ortaya çıkan zarar veya kayıp ile karşı karşıya kalınır. Bu bir organın kaybı ya da benlik saygısının kaybı olabilir. Bu kayıp sonrasında tehlikenin ne olduğu ile ilgili bir değerlendirme yapılır ve bu durum karşısında ortaya çıkan olumsuz duygular ile birlikte stres durumu anlam kazanır. Stres durumunda bireylerin yaşanan durumun üstesinden gelme, bu durum ile baş etmeye dair beklentileri oluşur ve olumlu duygulara sahip olurlar.

İkincil değerlendirme süreci ise mevcut yaşanan stresli durum karşısında bireyin bu konuda neler yapabileceğini, elinde nasıl kaynaklar olduğunu değerlendirmesini içermektedir. Bu süreçte kişi başkalarına veya kendine yönelik suçlamalara veya güvene sahip olabilir, başa çıkma potansiyelini değerlendirir ve geleceğe ilişkin beklentiler gündeme gelir (Lazarus, 1993). Bu süreçte değerlendirilen kaynaklar bireyin sağlığı ve enerjisi gibi *fiziksel kaynaklar*; destek ve sosyal ilişkiler gibi *sosyal kaynaklar*; ümit etme, benlik saygısı, problem çözme becerisi gibi *psikolojik kaynaklar* ve para, zaman gibi *materyale dayalı* kaynaklardır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu iki değerlendirme süreci sonrasında bireyler, baş etme yöntemleri bulmaya ve ilgili baş etme davranışını uygulamaya başlarlar.

1.5.6. Baş Etme Yöntemleri

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre iki farklı baş etme yöntemi vardır. Bunlar problem-odaklı baş etme ve duygu-odaklı baş etme yöntemleridir.

Problem odaklı baş etme. Birey tarafından olumsuz etki yaratan durumun kontrol edilebileceği düşünülür ve karşılaşılan sorunun çözümüne yönelik stratejiler geliştirilir. Bu yönde kullanılan bilişsel stratejiler arasında sorun ve çözümü hakkında bilgi toplama ve bunları analiz etme bulunmaktadır. (Özbay, 1993).

Duygu-odaklı baş etme. Problem-odaklı baş etme yöntemlerinde stresin kontrol edilebileceği düşünülürken, bu tür baş etmede olumsuz durumun kontrol edilemeyeceği ve bu sebeple de kabullenilmesi gerektiğine karar verilir. Durumun

kendisinden ziyade olumsuz duygular kontrol altına alınıp olumlu tarafına odaklanılmaya çalışılır. Durumu kabullenme, sosyal destek arayışı, sıkıntılı durumdan uzaklaşma, inkâr, kaçma-kaçınma, kuruntulu düşünme ve kendini kontrol etme davranışı bu baş etme yöntemlerinden bazılarıdır (Lazarus ve Folkman, 1984).

1.5.7. İnfertilite ve Baş Etme Yöntemleri

İnfertilite ve üreme desteği için yapılan tanı ve tedavi uygulamaları, infertiliteyi baş etmede zorlanılacak bir durum haline getirmektedir. Alanyazında birçok araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların stres, anksiyete, hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk gibi deneyimleri sıkça yaşadıklarını göstermektedir (Dilek ve Kızılkaya, 2012). Bu gibi durumlar bireyin hem fiziksel hem sosyal hem de psikolojik olarak işlevselliğini bozmakta ve bu nedenle infertilite tedavisi gören bireyler tarafından farklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır (Yılmaz ve Oskay, 2015).

İnfertilite ile baş etme birçok kaynakta farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalardan biri baş etme yöntemlerini etkin ve etkin olmayan olarak ikiye ayırmaktadır. *Etkin baş etme yöntemleri*; bedene, duygu ve düşüncelere ve duruma göre baş etme yöntemleri olarak üç bölümde incelenmektedir. Bedene yönelik baş etme yöntemleri meditasyon, egzersiz, dengeli beslenme, nefes egzersizleri gibi yöntemleri kapsamaktadır. Duygu ve düşüncelere yönelik baş etme, kendini ve deneyimlerini açıkça ifade edebilme, duygu ve düşüncelerini başkalarıyla paylaşabilme, ortaya çıkabilecek sonuçlar üzerine olumlu bir bakış açısına sahip olma olarak sıralanabilir. Duruma yönelik baş etme ise durumu kabullenme, spiritüel ya da sosyal destek ile ilgili kaynakları kullanma ile ilgilidir (Karadakovan, 2017; Yung 2004). İnfertilitenin yarattığı olumsuz ruhsal etkilerle baş etmede bireylerin etkili olduğu kadar etkin olmayan baş etme yöntemlerini kullandığı da bilinmektedir. *Etkin olmayan baş etme yöntemleri* arasında içe kapanma, madde bağımlılığı, aşırı tepki gösterme ve aşırı yemek yeme bulunmaktadır (Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez, 2011).

İnfertilite stresi ile baş etme yöntemlerini inceleyen Schmidt ve diğerleri (2005) ise baş etme yöntemlerini dört alt boyut şeklinde sınıflandırmıştır. Bu alt boyutlar: aktif-yok sayma, aktif-mücadele etme, pasif-yok sayma ve anlam bulma

temelli başa çıkmadır. *Aktif-yok sayma yöntemi*, gebelik veya çocuk sahibi olma ile ilgili konular konuşulan ortamdan uzaklaşma, gebelerle veya çocuklarla bir arada olmaktan kaçınma, bu konuyla ilgili duygularını başkalarıyla paylaşmama ve bu konuları düşünmeme gibi davranışları içermektedir. *Aktif-mücadele etme yöntemi* ise infertilite ve çocuk sahibi olma ile ilgili bilgi edinme, uygulanan test ve tedavilerin kendisine etkisine dair paylaşımında bulunma, duygularını ifade etme ve başkalarının ilgi göstermesine izin verme olarak sıralanabilir. *Pasif-yok sayma yöntemi*, bireyin beklemekten başka çaresi olmayacağını düşünmesi, hayal kurması ve mucize olacağını beklemesi ile ilintilidir. *Anlam bulma temelli başa çıkma* ise daha çok infertilite ile ilgili yaşanan zorluğun bir anlamı olduğuna dair bir inanç ile ilgilidir. Bu sebeple birey, infertilite ile ilgili olumlu düşünceler içerisinde olur, ilişkide olduğu partneriyle ilişkilerinin değerine yönelik daha olumlu bir düşüncede olur, kendisini geliştirmeye ve hayatta farklı hedefler bulmaya odaklanır.

1.5.8. İnfertilite ile Baş Etme Üzerine Yapılan Çalışmalar

İnfertilite ile baş etme ve baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiyi incelemek adına alanyazında birçok çalışma yapılmıştır. Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, gelir durumu gibi), infertilite kaynağı ve infertilite ile ilişkili yaşanan stres ve damgalanma gibi zorlayıcı süreçlerle baş etmeyi anlamak önemlidir.

1.5.8.1. Demografik Faktörlerin Etkisi

İnfertilite ve infertilitenin zorlayıcı getirileriyle baş etme; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik faktörlerden etkilenebilmektedir. İnfertilite ve tedavisinin getirdiği olumsuz durumlarla baş etmede çiftler farklı stratejiler geliştirebilmektedir. Yurtdışında infertilite tedavisi gören çiftlerle yapılan eski bir çalışma, kadınların daha çok sosyal destek, kendini suçlama, gerginliği azaltma, problem çözmeye odaklanma gibi baş etme yöntemlerini kullandığını gösterirken, erkeklerin daha çok kontrol kaybı ve inkâr içeren stratejiler kullandığını bildirmiştir (Chiappone, 1986). Lechner ve diğerleri (2007) ise aktif yok sayma stratejisini kadınların erkeklere oranla daha fazla kullandığını ortaya koymuştur.

Türkiye’de yapılan bir çalışma genç erkeklerin pasif yok sayma stratejisini daha çok kullandığını göstermiştir. (Şahin, 2012). Türkiye’de infertilite tedavisi

uygulanan kadınlarla yapılan bir çalışma, daha genç yaştaki kadınların stresle baş etme konusunda daha iyimser bir yaklaşıma sahip olduklarını göstermektedir. Bu kişiler, zihinsel boş verme ve pozitif yeniden yorumlama gibi baş etme yollarını daha sık kullanmaktadır. Bu durum önlerinde daha uzun bir süre olmasıyla ilişkilendirilmektedir.

Aynı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kadınların boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım gibi baş etme yollarına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum stresi kontrol etme becerisi, kendini ifade etme becerisi, hayata bakış açısı ve kariyer planları ile ilişkilendirilmiştir (Etemen ve Gürkan, 2020). Çelik (2020)' in yaptığı çalışmada, gelir düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı görülmüştür. Çalışmada düşük umutsuzluk düzeyi, daha yüksek problem çözme becerisi ile ilişkili bulunmuştur.

1.5.8.2. İnfertil Olma Durumuna Göre Baş Etme

Spirituel başa çıkma stratejilerinin son yıllarda farklı dinlere mensup infertil kadınlar tarafından sıklıkla kullanıldığı görülmüştür (Romeiro, Caldeira, Brady, Timmins ve Hall, 2017). Türkiye’de infertil olan ve olmayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, infertil olan kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre dini başa çıkma yöntemlerini daha fazla düzeyde kullandıkları saptanmıştır (Güleç, Yalçın ve Yenilmez, 2019). Yurtdışında yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda spirituel destek arayışının daha düşük düzeyde kaygı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (Chernoff ve Balsom ve Gordon, 2020). Bu yöntemlerin infertil kadınların genel iyilik halleri üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Roudsari, Allan ve Smith, 2014).

1.5.8.3. İnfertilite Nedenine Göre Baş Etme

Birçok faktör gibi infertilite nedeninin de baş etme yöntemleri üzerinde bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, kadın katılımcılar arasında infertilite nedeni ile baş etme yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulamıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre infertilite nedeninin kadına ait olduğu durumlarda kadınlar aktif yok sayma başa çıkma yöntemini kullanmaktadır (Şahin, 2012). Yapılan diğer bir çalışmada, infertilite sebebinin kime ait olduğu ve baş etme

yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arasında baş etme yöntemleri konusunda anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karpat ve Erensoy, 2020).

1.5.8.4. Damgalanma ile Baş Etme

Türkiye’de 2022’de yapılan bir çalışmaya göre infertiliteye bağlı algılanan damgalanma seviyesi arttıkça infertilite stresiyle baş etme de o kadar zorlaşmaktadır ve aslında infertil kadınlar damgalanma ile baş edebiliyor iken damgalanma seviyeleri arttıkça işlevsel baş etmeleri de ortadan kalkmaktadır (Küçük ve Koruk, 2022). Yine Türkiye’de infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların damgalanma ve umutsuzluk ile baş etmede en çok kullandığı yöntemlerin, duygu-odaklı baş etme yöntemlerinden dini başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme olduğu bulunmuştur. Umutsuzluk ve damgalanmanın arttığı durumlarda ise baş etme yöntemlerinin daha az düzeyde kullanıldığı görülmüştür (Kaya, 2018). İnfertilite tedavisinde embriyo transferinde olan bireylerde, damgalanma ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada, aktif-kaçınma başa çıkma stratejisinin damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki en önemli aracı faktör olduğu bulunmuştur. Anlam tabanlı başa çıkma stratejisinin de damgalanma ve yaşam kalitesi arasında olumlu bir aracılık rolü olduğu saptanmıştır (Jing ve diğerleri, 2021).

1.5.8.5. İnfertilite Stresi ile Baş Etme

Sharma ve diğerlerinin 2015 yılında yaptığı çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların %40’ı çok yüksek stres seviyesinde iken %35’i yüksek stres seviyesine sahip bulunmuştur. Bu gruptaki kadınlarda en yoğun olarak inanç temelli baş etme ve duygu odaklı baş etme stilleri gözlenmiş ve bu baş etme stillerini tedavilerinin gerginlik yaratan süreçlerinde daha yoğun kullandıkları anlaşılmıştır.

Bir başka çalışmada da aktif kaçınma stilineki baş etmeler yüksek infertilite stresi ile ilişkilendirilirken, anlam temelli baş etme stilleri de düşük infertilite stresi ile ilişkilendirilmiştir (Aflakseir ve Zarei, 2013) Türkiye’deki bir araştırmada, infertilite stresi ile sorun odaklı baş etme mekanizmaları (aktif baş etme, planlama ve kaçınma)

arasında pozitif ilişki bulunmuştur. İnfertilite stresinin ve damgalanmanın çok yüksek olmasının işlevsiz baş etmeleri arttırdığı ortaya konmuştur (Küçük ve Koruk, 2022).

1.5.8.6. İnfertilite Fenomeni ve Baş Etme

İnfertilite hem kadın hem çiftler için başlı başına travmatik bir deneyimken, aynı zamanda infertilitenin ve infertilite nedeninin kadına ait olmasının aile içi şiddeti artırdığı da yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Akyüz, Seven, Şahiner ve Bilal, 2013; Yıldızhan ve diğerleri, 2009). Türkiye’de infertil kadınların uğradığı aile içi şiddet ve bu durumla baş etme yöntemlerini araştıran bir çalışmada, baş etmeyi ölçmek adına bu tez çalışmasında da kullanılan İnfertil Kadınlar için Baş Etme Ölçeği (İKBÖ) kullanılmıştır (Çalışkan & Süzer, 2021). Yapılan bu çalışmanın bulguları, araştırmaya katılan bireylerin en çok sosyal destek arama, spirituel baş etme, kabul, umut ve eş ilişkilerini baş etme yöntemi olarak kullandıklarını göstermektedir. İKBÖ yeni geliştirilen bir ölçek olduğundan, infertil kadınlara özgü baş etme ile ilgili tek çalışma sözü edilen çalışmadır. Kültürel özelliklere duyarlı bir ölçme aracı ihtiyacına yönelik geliştirilen bu ölçek Türkiyeli infertil kadınların bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini ölçmek adına duyarlı ve kabul görmüş bir araçtır (Karaca ve diğerleri, 2018). Hem kültüre özgü hem de soruna odaklı olması nedeniyle alanyazında boşluğu doldururken bu tez çalışmasının sonuçlarının geçerlik ve güvenilirliğini artıracığı da düşünülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Betimsel nitelikte olan bu nedensel karşılaştırma araştırması olan bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin olup olmadığı veya değişimin ne derecede olduğu gibi sorulara cevap vermeyi amaçlayan bir modeldir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012).

Bu araştırmada değişkenler arasında hem korelasyon türü hem de karşılaştırma türü ilişki incelenmektedir. Örneklem grubunu oluşturan bireylerin damgalanma düzeyleri ve olaylardan etkilenme düzeyleri, damgalanma düzeyleri ve baş etme yöntemleri ve ayrıca baş etme yöntemleri ve olaylardan etkilenme düzeyleri arasındaki ilişki incelenirken korelatif bir çalışma yapılmıştır. Karşılaştırma türü ilişkisel model ise örneklemi infertilite nedenine göre (kadın / erkek / kadın ve erkek faktörlü) 3 gruba ayırarak bu gruplar arasında damgalanma düzeyinin ve olaylardan etkilenme düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla kullanılmıştır.

2.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemi kendisi, eşi veya hem kendisi hem eşi infertilite tanısı almış ve infertilite tedavisi altında olan 19-49 yaş aralığındaki 135 kadın katılımcı oluşturmaktadır.

Veriler hem yüz yüze hem de çevrimiçi olarak elde edilmiştir. Yüz yüze elde edilen veriler, İstanbul Anadolu Yakası'nda bulunan Egemen Koyuncu Kadın Hastalıkları, Doğum ve Tüp Bebek muayenehanesine başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadın katılımcılardan toplanmıştır. Aynı zamanda, sosyal medya üzerinden bu araştırmaya özel bir hesap oluşturularak veri toplama formları ve ölçekler katılımcılara çevrimiçi olarak ulaştırılmaya çalışılmıştır. Örneklem 21.02.2022 ile 02.05.2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Örneklem infertilite nedenine göre gruplandırıldığında, katılımcı sayıları şu şekildedir:

Kadın faktörlü infertilite tedavisi gören katılımcı sayısı: 45

Erkek faktörlü infertilite tedavisi gören katılımcı sayısı: 45

Hem erkek hem kadın faktörlü infertilite tedavisi gören katılımcı sayısı: 45

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri ise şu şekildedir:

- a) Bilinen psikiyatrik bir hastalığa sahip olma,
- b) Kronik bir rahatsızlığın bulunması,
- c) Çocuk sahibi olma,
- d) Ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmama

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcılarla ilgili çeşitli demografik bilgileri toplamak amacıyla *Kişisel Bilgi Formu*, katılımcıların damgalanma düzeylerini belirlemek için *İnfertilite Damgalanma Ölçeği* (Çapık, Aksoy, Yılmaz ve Yılmaz, 2019), olaylardan etkilenme düzeylerini incelemek için *Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)* (Çorapçıoğlu, Yargıç, Geyran ve Kocabaşoğlu, 2006) ve baş etme yöntemlerini saptamak için ise infertil kadınlar için özelleştirilerek hazırlanmış *İnfertil Kadınlarda Baş Etme Ölçeği* (Karaca ve diğerleri, 2018) kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Formda bulunan sorular yaş, yaşanan yer, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, evlilik süresi gibi hem katılımcıya hem eşlerine ait demografik bilgileri öğrenme amacıyla; infertilite tanı ve tedavi sürecine dair infertilite tanısının kime ait olduğu, kaç yıldır infertil olduğu ve hangi tedavilerin uygulandığı gibi bilgileri öğrenmek amacıyla sorulmuştur.

2.3.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)

Fu ve diğerleri (2015) tarafından infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilite ile ilgili damgalanma düzeyini ölçmek için geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını Çapık ve diğerleri (2019) yapmıştır. Ölçeğin Çin uyruklu kadınlarla yapılan orijinal versiyonunun güvenirliği 0.91, iç tutarlılık katsayısı 0.94'tür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenirliği 0.95, iç tutarlılığı ise 0.93'tür.

Ölçek 5'li Likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum = 1, Kısmen Katılmıyorum = 2, Kararsızım = 3, Kısmen Katılıyorum = 4, Kesinlikle katılıyorum = 5) derecelendirilen 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin “özdeğer kaybı (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. maddeler)”, “sosyal geri çekilme (8, 9, 10, 11, 12. maddeler)”, “toplumsal damgalanma (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler)” ve “ailesel damgalanma (22, 23, 24, 25, 26, 27. maddeler)” olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 135'tir. Ölçekte alınan puanın artması hissedilen damgalanmanın arttığını göstermektedir. Ters kodlanan bir madde bulunmamaktadır.

2.3.3. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)

Travmatik denilebilecek olgularla ilgili olan ve ölçeğin uygulandığı sırada bu olayın kişi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla geliştirilen bir ölçme aracıdır. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı çeşitli gruplar için 0.87 ve 0.94 arasında bulunmuştur. Tüm gruplar için bulunan iç tutarlılık kat sayısı 0.94'tür.

Ölçülecek olgu ile ilgili son 7 gündeki belirtiler 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçek 22 sorudan oluşmakta olup 3 alt boyuta sahiptir. Bunlar, “yeniden yaşama (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. maddeler)”, “kaçınma (5, 7, 8 11, 12, 13, 17, 22. maddeler)” ve “aşırı uyarılmadır (4, 10, 15, 18, 19, 21. maddeler)”.

2.3.4. İnfertil Kadınlar için Baş Etme Ölçeği

Karaca ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilen ölçek, kadınların çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları problemlerde kullandıkları baş etme stratejilerini kapsayan

maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.880'dir. Ölçekteki toplam madde sayısı 50 ve faktör sayısı 10 olup, faktörlerin iç tutarlılık katsayısı 0.72'dir. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliliğinin güçlü seviyede olduğu vurgulanmaktadır.

Ölçek alt boyutları şu şekildedir: düşünceler ile aşırı meşguliyet, spiritüel baş etme, inkâr, sosyal geri çekilme, negatif benlik algısı, umut, sosyal destek arama, kabul, kendine yatırım yapma ve eş ilişkileri. Ölçek 5'li Likert (Tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) tipinde derecelendirilmektedir. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir. Ölçeğin 25. ve 29. maddeleri ters kodlanmaktadır.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülmesi için 21.02.2022 tarih ve E-42435178-050.06.04-20461 sayılı kararla Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli olan izinler alınmıştır. Araştırmada belirlenen ölçeklerin kullanılması için yetkili kişilerden izinler alınmıştır. Daha sonra, uygulamanın yapıldığı hastane ve muayenehanelerin ilgili bölümlerine başvuran hastalara ulaşılmıştır. Ayrıca, araştırmanın duyurusu ve çevrimiçi formlar sosyal medya üzerinden yayınlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılara ilk olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Bu formda araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler, katılımcılardan alınan bilgilerin gizli tutulacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri gibi bilgiler yer almaktadır. Onam formunu onaylayan katılımcılar ölçekleri doldurmuştur. Çevrimiçi ve basılı olarak oluşturulan formlar gizli bir dosyada tutulmuştur. Toplanan verilerin girişleri analiz edilmek üzere bilgisayar ortamında yapılmıştır.

2.5. Veri Analizi Teknikleri

Verilerin istatistiksel analizinde Windows uyumlu SPSS 22 paket programı ve JAMOVİ kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik ve psikometrik ölçüm verileri uygun veri setine usulüne göre kaydedildikten sonra tanımlayıcı analiz

yöntemleri uygulandı. Sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma ve kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde ifade edildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında öncelikle parametrik testler için gerekli varsayımları karşılayıp karşılamadığı incelendi. Parametrik varsayımları karşılayanlar için One-Way ANOVA Testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunanlarda, farklılığın sebebinin anlaşılabilmesi için Levene'S testi yapılarak varyansların homojen dağılması durumunda Post-hoc Tukey çoklu karşılaştırma testi ve varyansların homojen dağılmaması durumunda Games-Howell testi kullanıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için parametrik testler için varsayımları karşılamaları durumunda Pearson korelasyon analizi ve karşılamaması durumunda ise Spearman korelasyon analizi yapıldı. Tüm istatistiksel analizlerde $p \leq 0.05$, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2.6. Araştırmanın Hipotezleri

H1: İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ) toplam puanı KF grupta ve KEF grupta, EF gruptan yüksektir.

H2: KEF grubun Olaylardan Etkilenme Ölçeği (OEÖ [İES-R]) KF ve EF gruptan daha yüksektir.

H3: İnfertilite Damgalanma Ölçeği'nin (İDÖ) toplam puanı ile Olaylardan Etkilenme Ölçeği'nin (OEÖ [İES-R]) toplam puanı pozitif yönde ilişkilidir.

H4: KF, KEF ve EF grupların hepsinde İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ) toplam puanları ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği'nin (İKBÖ) düşüncelerle aşırı meşguliyet, sosyal geri çekilme ve negatif benlik algısı alt ölçek puanları arasında negatif yönlü ilişkiler vardır.

H5: KF, KEF ve EF grupların hepsinde Olaylardan Etkilenme Ölçeği'ndeki (OEÖ İES-R) toplam puanları ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği'nin (İKBÖ) spiritüel baş etme, inkar, umut, sosyal destek arama, kabul, kendine yatırım yapma ve eş ilişkileri alt ölçekleri arasında pozitif yönlü ilişkiler vardır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Buna göre ort±SS değerleri şu şekildedir. Katılımcıların yaş ortalaması 32,14±5,38 ve eşlerinin yaş ortalaması 35,11±5,37 yıldır. Evlilik süreleri ise 5,37±4,27 yıl olarak bulundu.

Tablo 1. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı Ve Evlilik Süresi İle İlgili Bulguları

	Ortalama±SS	Min-Maks
Yaş (yıl; ort.±SS)	32,14±5,38	23-49
Eş Yaşı (yıl; ort.±SS)	35,11±5,37	25-53
Evlilik Süresi (yıl; ort.±SS)	5,37±4,27	0,16-23

Ort±SS: Ortalama±standart sapma, min-maks: minimum-maksimum

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Buna göre n (%): frekans değerleri ve yüzdeleri şu şekildedir. Yaşadıkları yer dağılımı %51,9 (n=70) il merkezi, %45,9 (n=62) ilçe ve %2,2 (n=3) köy şeklindeydi. Katılımcıların %14,9 (n=20) ilköğretim, %22,2 (n=30) lise ve %62,9 (n=85) üniversite mezunu iken katılımcıların eşleri %24 (n=17,8) ilköğretim, %27,4 (n=37) lise ve %54,8 (n=74) üniversite mezunu olduğu bulundu.

Tablo 2. Katılımcıların Kategorik Sosyodemografik Bulguları

	Frekans	Yüzde
Yaşadığınız yer (n;%)		
İl merkezi	70	51,9
İlçe	62	45,9
Köy	3	2,2
Eğitim durumu (n;%)		
İlköğretim	20	14,9
Lise	30	22,2
Üniversite	85	62,9
Eş Eğitim durumu (n;%)		
İlköğretim	24	17,8
Lise	37	27,4
Üniversite	74	54,8

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur. Buna göre n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların %45,2’si (n=61) çalışırken eşlerinin %96,3’ü (n=130) çalışıyordu. Katılımcıların gelir durumları dağılımı %15,6 (n=21) gelir giderden az, %60,0 (n=81) gelir gider denk ve %24,4 (n=33) gelir giderden fazla şeklindeydi. Katılımcıların %94,1’inin (n=127) sosyal güvencesi varken %5,9’inin (n=8) yoktu. Katılımcıların %44,4’ü geniş bir ailede ve %5,6’sı (n=75) çekirdek ailede büyümüş.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyoekonomik Verilerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Çalışma durumu (n;%)		
Çalışıyor	61	45,2
Çalışmıyor	74	54,8
Eş Çalışma durumu (n;%)		
Çalışıyor	130	96,3
Çalışmıyor	5	3,7
Gelir durumu (n;%)		
Gelir giderden az	21	15,6
Gelir gider denk	81	60,0
Gelir giderden fazla	33	24,4
Sosyal güvence (n;%)		
Yok	8	5,9
Var	127	94,1
Büyüdüğü aile tipi (n;%)		
Geniş aile	60	44,4
Çekirdek aile	75	55,6

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların tıbbi özgeçmiş verilerinin dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur. Buna göre n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların %17,1’inde (n=23) düşük yapma öyküsü olup, %17,1’i (n=23) kürtaj olmuştur. Katılımcıların ailelerinde çocuk sahibi olmama durumu %27,4 (n=37) olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Geçmiş düşük yapma (n;%)		
Hayır	112	82,9
Evet	23	17,1
Geçmiş kürtaj olma (n;%)		
Hayır	112	82,9
Evet	23	17,1
Ailede çocuk sahibi olmayan birey (n;%)		
Yok	98	72,6
Var	37	27,4

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların tıbbi özgeçmiş verilerinin dağılımı Tablo 5’de sunulmuştur. Buna göre ort±SS değerleri şu şekildedir. Katılımcıların ortalama düşük sayısı 1,43±0,78 ve ortalama düşük sayısı 1,08±0,40 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çocuk olmama süresinin 4,82±4,15 yıl olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin Dağılımı

	Ortalama±SS	Min-Maks
Geçmiş düşük sayısı (n;ort.±SS)	1,43±0,78	0-3
Geçmiş kürtaj sayısı (n;ort.±SS)	1,08±0,40	0-2
Çocuk olmama süresi (yıl;ort.±SS)	4,82±4,15	0,25-23

Ort±SS: Ortalama±standart sapma, min-maks: minimum-maksimum

Katılımcıların infertilite verilerinin dağılımı Tablo 6’da sunulmuştur. Buna göre n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların %26,7’sinin (n=36) ailesinde infertilite tedavisi alanlar vardı. Katılımcıların %34,8’i (n=47) 1 yıldan daha kısa süre, %25,2’si (n=34) 1-2 yıl, %26,7’si (n=36) 3-5 yıl ve %13,3’ü (n=18) 6 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi almaktaydı. Mevcut infertilite tedavisi %18,5 (n=25) ilaç tedavisi, %5,9 (n=8) aşılama, %71,9 (n=97) tüp bebek ve %3,7 (n=5) havuzlama şeklinde dağılım göstermekte idi.

Tablo 6. Katılımcıların İnfertilite Verilerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Ailede infertilite tedavisi alan birey (n;%)		
Yok	99	73,3
Var	36	26,7
İnfertilite tedavisi süresi (n;%)		
1 yıldan az	47	34,8
1-2 yıl	34	25,2
3-5 yıl	36	26,7
6 yıldan fazla	18	13,3
Mevcut infertilite tedavisi		
İlaç tedavisi	25	18,5
Aşılama	8	5,9
Tüp bebek	97	71,9
Havuzlama	5	3,7

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların infertilite tedavisi öncesi tedavi verilerinin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Buna göre ort $\pm$ SS değerleri şu şekildedir. Katılımcıların ortalama ilaç tedavisi sayısı 0,97 $\pm$ 1,76 ve ortalama aşılama tedavisi sayısı 0,45 $\pm$ 0,92 idi. Katılımcıların ortalama tüp bebek tedavisi sayısı 0,98 $\pm$ 1,69 ve ortalama havuzlama tedavisi sayısı 0,52 $\pm$ 1,63 idi.

Tablo 7. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Öncesi Tedavi Verilerinin Dağılımı

	Ortalama $\pm$ SS	Min-Maks
İnfertilite tedavisi öncesi ilaç tedavisi sayısı (n;ort. $\pm$ SS)	0,97 $\pm$ 1,76	0-10
İnfertilite tedavisi öncesi aşılama tedavisi sayısı (n;ort. $\pm$ SS)	0,45 $\pm$ 0,92	0-4
İnfertilite tedavisi öncesi tüp bebek tedavisi sayısı (n;ort. $\pm$ SS)	0,98 $\pm$ 1,69	0-8
İnfertilite tedavisi öncesi havuzlama tedavisi sayısı (n;ort. $\pm$ SS)	0,52 $\pm$ 1,63	0-16

Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ standart sapma, min-maks: minimum-maksimum

Katılımcıların infertilite tedavisi öncesi tedavi verilerinin dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur. Buna göre n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların %42,2’si (n=57) ilaç tedavisi ve %23,7’si (n=32) aşılama tedavisi almışlardı. Katılımcıların %39,3’ü (n=53) tüp bebek tedavisi almışlardı ve %25,9’u (n=35) havuzlama tedavisi almışlardı.

Tablo 8. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Öncesi Tedavi Verilerinin Dağılımı

	Frekans	Yüzde
İnfertilite tedavisi öncesi ilaç tedavisi (n;%)		
Hayır	78	57,8
Evet	57	42,2
İnfertilite tedavisi öncesi aşılama tedavisi (n;%)		
Hayır	103	76,3
Evet	32	23,7
İnfertilite tedavisi öncesi tüp bebek tedavisi (n;%)		
Hayır	82	60,7
Evet	53	39,3
İnfertilite tedavisi öncesi havuzlama tedavisi		
Hayır	100	74,1
Evet	35	25,9

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların mevcut ruhsal tedavi dağılımları Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların %5,9’u (n=8) ruhsal tedavi almakta idi.

Tablo 9. Katılımcıların Mevcut Ruhsal Tedavi Dağılımı

	Frekans	Yüzde
Mevcut ruhsal tedavi		
Hayır	127	94,1
Evet	8	5,9

n (%): frekans ve yüzde

Katılımcıların psikometrik ölçümlerinin dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre İKBÖ alt ölçeklerinin ort±SS değerleri şu şekildedir; Düşünceler ile aşırı meşguliyet 22,43±9,05, spiritüel baş etme 14,47±6,55, inkar 17,61±4,56, sosyal geri çekilme 21,61±6,50, negatif benlik algısı 22,65±6,42, kabul 10,24±3,67, kendine yatırım yapma 7,45±2,79 ve eş ilişkileri 5,60±2,84.

Katılımcıların İDÖ alt ölçeklerinin ort±SS değerleri şu şekildedir; özdeğer kaybı 14,45±8,42, sosyal geri çekilme 13,87±6,48, toplumsal damgalanma 18,42±10,50, ailesel damgalanma 10,54±6,30 ve toplam 57,28±28,05 şeklinde idi.

Katılımcıların OEÖ (İES-R) alt ölçeklerinin ort±SS değerleri şu şekildedir; yeniden yaşantılama 12,45±8,83, kaçınma 12,53±6,71, aşırı uyarılmışlık 7,52±6,26 ve toplam 32,51±19,71 şeklinde idi.

Tablo 10. Katılımcıların Psikometrik Ölçüm Verilerinin Dağılımı

	Ortalama±SS	Min-Maks
İnfertilite Baş etme Ölçeği		
Düşünceler ile aşırı meşguliyet	22,43±9,05	7-35
Spiritüel baş etme	14,47±6,55	7-31
İnkâr	17,61±4,56	7-28
Sosyal geri çekilme	21,61±6,50	6-30
Negatif benlik algısı	22,65±6,42	6-30
Umut	4,78±2,17	3-15
Sosyal destek arama	10,43±4,30	4-20
Kabul	10,24±3,67	5-25
Kendine yatırım yapma	7,45±2,79	3-15
Eş ilişkileri	5,60±2,84	3-15
İnfertilite Damgalanma Ölçeği		
Özdeğer kaybı	14,45±8,42	7-35
Sosyal geri çekilme	13,87±6,48	5-25
Toplumsal Damgalanma	18,42±10,50	9-45
Ailesel damgalanma	10,54±6,30	6-30
Toplam	57,28±28,05	27-131
Olayların Etkisi Ölçeği		
Yeniden Yaşantılama	12,45±8,83	0-32
Kaçınma	12,53±6,71	0-26
Aşırı Uyarılmışlık	7,52±6,26	0-24
Toplam	32,51±19,71	0-77

Ort±SS: Ortalama±standart sapma, min-maks: minimum-maksimum

Katılımcıların sosyodemografik verilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların yaşadıkları yer dağılımında, KF grubun %25,7’si (n=18), EF grubun %38,6’sı (n=27) ve KEF grubun %35,7’si (n=25) ilde ikamet ederken, KF grubun %43,6’sı (n=27), EF grubun %25,8’i (n=16) ve KEF grubun %30,6’sı (n=19) ilçede ikamet ediyor ve KF grubun (n=0), EF grubun %66,7’si (n=2) ve KEF grubun %33,3’ü (n=1) köyde ikamet ediyordu. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımlarında, KF grubun %45,0’ı (n=9), EF grubun %35,0’ı (n=7) ve KEF grubun %20,0’ı (n=4) ilköğretim mezunu iken, KF grubun %36,7’si (n=11), EF grubun %33,3’ü (n=10) ve KEF grubun %30,0’ı (n=9) lise mezunu ve KF grubun %29,4’ü (n=25), EF grubun %32,9’u (n=28) ve KEF grubun %37,7’si (n=32) üniversite mezunuydu. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu dağılımlarında, KF grubun %45,8’i (n=11), EF grubun %37,5’i (n=9) ve KEF grubun %16,7’si (n=4) ilköğretim mezunu iken, KF grubun %40,6’sı (n=15), EF grubun %27,0’ı (n=10) ve KEF grubun %32,4’ü (n=12) lise mezunu ve KF grubun %25,7’si (n=19), EF grubun %35,1’i (n=26) ve KEF grubun %39,2’si (n=29) üniversite mezunuydu.

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör n (%)	Erkek Faktör n (%)	Kadın+Erkek Faktör n (%)
Yaşadığınız yer			
İl	18 (%25,7)	27 (%38,6)	25 (%35,7)
İlçe	27 (%43,6)	16 (%25,8)	19 (%30,6)
Köy	0	2 (%66,7)	1 (%33,3)
Eğitim Durumu			
İlköğretim	9 (%45,0)	7 (%35,0)	4 (%20,0)
Lise	11 (%36,7)	10 (%33,3)	9 (%30,0)
Üniversite	25 (%29,4)	28 (%32,9)	32 (%37,7)
Eş Eğitim Durumu			
İlköğretim	11 (%45,8)	9 (%37,5)	4 (%16,7)
Lise	15 (%40,6)	10 (%27,0)	12 (%32,4)
Üniversite	19 (%25,7)	26 (%35,1)	29 (%39,2)

Katılımcıların sosyoekonomik verilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların çalışma durumu dağılımında, KF grubun %32,7’si (n=20), EF grubun %39,3’ü (n=24) ve KEF grubun %27,8’i (n=17) çalışıyor iken KF grubun %33,7’si (n=25), EF grubun %28,3’ü (n=21) ve KEF grubun %37,8’i (n=28) çalışmıyordu. Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu dağılımlarında, KF grubun %33,1’i (n=43), EF grubun %33,8’i (n=44) ve KEF grubun %33,1’i (n=43) çalışıyor iken, KF grubun %40,0’ı (n=2), EF grubun %20,0’ı (n=1) ve KEF grubun %40,0’ı (n=2) çalışmıyordu. Katılımcıların gelir durumu dağılımında, KF grubun %33,3’ünün (n=7), EF grubun %33,3’ünün (n=7) ve KEF grubun %33,3’ünün (n=7) geliri giderinden az iken KF grubun %33,3’ünün (n=27), EF grubun %34,6’sının (n=28) ve KEF grubun %32,1’inin (n=26) geliri giderine denk ve KF grubun %33,3’ünün (n=11), EF grubun %10,3’ünün (n=10) ve KEF grubun %36,4’ünün (n=12) geliri giderinden fazlaydı. Katılımcıların büyüdüğü aile tipi dağılımında, KF grubun %45,0’ı (n=27), EF grubun %30,0’ı (n=18) ve KEF grubun %25,0’ı (n=15) geniş ailede büyümüş iken KF grubun %24,0’ı (n=18), EF grubun %36,0’ı (n=27) ve KEF grubun %40,0’ı (n=30) çekirdek ailede büyümüştü. Katılımcıların sosyal güvence dağılımında, KF grubun %50,0’ının (n=4), EF grubun %37,5’inin (n=3) ve KEF grubun %12,5’inin (n=1) sosyal güvencesi yok iken KF grubun %32,3’ünün (n=41), EF grubun %33,1’inin (n=42) ve KEF grubun %34,7’sinin (n=44) sosyal güvencesi yoktu.

Tablo 12. Katılımcıların Sosyoekonomik Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör n (%)	Erkek Faktör n (%)	Kadın+Erkek Faktör n (%)
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	20 (%32,7)	24 (%39,3)	17 (%27,8)
Çalışmıyor	25 (%33,7)	21 (%28,3)	28 (%37,8)
Eş Çalışma Durumu			
Çalışıyor	43 (%33,1)	44 (%33,8)	43 (%33,1)
Çalışmıyor	2 (%40,0)	1 (%20,0)	2 (%40,0)
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	7 (%33,3)	7 (%33,3)	7 (%33,3)
Gelir gidere denk	27 (%33,3)	28 (%34,6)	26 (%32,1)
Gelir giderden fazla	11 (%33,3)	10 (%10,3)	12 (%36,4)
Büyüdüğü aile tipi			
Geniş aile	27 (%45,0)	18 (%30,0)	15 (%25,0)
Çekirdek aile	18 (%24,0)	27 (%36,0)	30 (%40,0)
Sosyal Güvence			
Yok	4 (%50,0)	3 (%37,5)	1 (%12,5)
Var	41 (%32,3)	42 (%33,1)	44 (%34,7)

Katılımcıların tıbbi özgeçmiş verilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 13’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların düşük yapma öyküsü dağılımında, KF grubun %52,2’sinin (n=12), EF grubun %21,7’sinin (n=5) ve KEF grubun %26,1’inin (n=6) düşük yapma öyküsü vardı. Katılımcıların kürtaj olma öyküsü dağılımında, KF grubun %39,1’inin (n=9), EF grubun %26,1’inin (n=6) ve KEF grubun %34,8’inin (n=8) kürtaj olma öyküsü vardı. Katılımcıların aile öyküsünde çocuk sahibi olamama durumu dağılımında, KF grubun %29,7’sinin (n=11), EF grubun %32,4’ünün (n=12) ve KEF grubun %37,9’unun (n=14) aile öyküsünde çocuk sahibi olamama durumu vardı. Katılımcıların aile öyküsünde infertilite tedavisi olma durumu dağılımında, KF grubun %33,3’ünün (n=12), EF grubun %25,0’ının (n=9) ve KEF grubun %41,7’unun (n=15) aile öyküsünde infertilite tedavisi olma durumu vardı.

Tablo 13. Katılımcıların Tıbbi Özgeçmiş Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör n (%)	Erkek Faktör n (%)	Kadın+Erkek Faktör n (%)
Düşük yapma öyküsü			
Hayır	33 (%29,5)	40 (%35,7)	39 (%34,8)
Evet	12 (%52,2)	5 (%21,7)	6 (%26,1)
Kürtaj olma öyküsü			
Hayır	36 (%32,1)	39 (%34,8)	37 (%33,1)
Evet	9 (%39,1)	6 (%26,1)	8 (%34,8)
Aile öyküsü-çocuk sahibi olmayan			
Yok	34 (%34,7)	33 (%33,7)	31 (%31,6)
Var	11 (%29,7)	12 (%32,4)	14 (%37,9)
Aile öyküsü-infertilite tedavisi olan			
Yok	33 (%33,3)	36 (%36,4)	30 (%30,3)
Var	12 (%33,3)	9 (%25,0)	15 (%41,7)

Katılımcıların infertilite tedavisi verilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 14’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların infertilite tedavi süresi dağılımında, KF grubun %44,7’si (n=21), EF grubun %29,8’i (n=14) ve KEF grubun %25,5’i (n=12) bir yıldan az tedavi görüyor iken, KF grubun %26,5’i (n=9), EF grubun %32,3’ü (n=11) ve KEF grubun %41,2’si (n=14) bir ila iki yıl arası tedavi görüyor, KF grubun %25,0’ı (n=9), EF grubun %33,3’ü (n=12) ve KEF grubun %41,7’si (n=15) üç ila beş yıl arası tedavi görüyor ve KF grubun %33,3’ü (n=6), EF grubun %44,4’ü (n=8) ve KEF grubun %22,3’ü (n=4) altı yıldan fazla tedavi görüyordu. . Katılımcıların infertilite mevcut tedavi dağılımında, KF grubun %16,0’ı (n=4), EF grubun %40,0’ı (n=10) ve KEF grubun %44,0’ı (n=11) ilaç tedavisi görüyor iken, KF grubun %37,5’i (n=3), EF grubun %12,5’i (n=1) ve KEF grubun %50,0’ı (n=4) aşılama tedavisi görüyor, KF grubun %39,2’si (n=38), EF grubun %33,0’ı (n=32) ve KEF grubun %27,9’ü (n=27) IVF tedavisi görüyor ve KF grubun %0,0’ı (n=0), EF grubun %40,0’ı (n=2) ve KEF grubun %60,0’ı (n=3) havuzlama tedavisi görüyordu.

Tablo 14. Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör n (%)	Erkek Faktör n (%)	Kadın+Erkek Faktör n (%)
Kaç yıldır infertilite tedavisi			
1 yıldan az	21 (%44,7)	14 (%29,8)	12 (%25,5)
1-2 yıl	9 (%26,5)	11 (%32,3)	14 (%41,2)
3-5 yıl	9 (%25,0)	12 (%33,3)	15 (%41,7)
6 yıldan fazla	6 (%33,3)	8 (%44,4)	4 (%22,3)
Mevcut tedavisi			
İlaç	4 (%16,0)	10 (%40,0)	11 (%44,0)
Aşıllama	3 (%37,5)	1 (%12,5)	4 (%50,0)
IVF	38 (%39,2)	32 (%33,0)	27 (%27,9)
Havuzlama	0	2 (%40,0)	3 (%60,0)

Katılımcıların geçmiş infertilite tedavisi verilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 15’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların geçmiş infertilite tedavisi dağılımında, KF grubun %26,3’ü (n=15), EF grubun %33,3’ü (n=19) ve KEF grubun %43,4’ü (n=23) ilaç tedavisi görmüş iken, KF grubun %34,4’ü (n=11), EF grubun %31,2’si (n=10) ve KEF grubun %34,4’ü (n=11) aşıllama tedavisi görmüş, KF grubun %14,3’ü (n=5), EF grubun %34,3’ü (n=12) ve KEF grubun %51,4’ü (n=18) havuzlama tedavisi görmüş ve KF grubun %18,9’u (n=10), EF grubun %39,6’sı (n=21) ve KEF grubun %41,5’i (n=22) IVF tedavisi görmüştü.

Tablo 15. Katılımcıların Geçmiş İnfertilite Tedavisi Verilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

İnfertilite Tedavi Yöntemi Öyküsü	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör(KF) n (%)	Erkek Faktör(EF) n (%)	Kadın+Erkek Faktör(KEF) n (%)
İlaç tedavisi			
Hayır	30 (%38,5)	26 (%33,3)	22 (%28,2)
Evet	15 (%26,3)	19 (%33,3)	23 (%43,4)
Aşılama tedavisi			
Hayır	34 (%33,0)	35 (%34,0)	34 (%33,0)
Evet	11 (%34,4)	10 (%31,2)	11 (34,4)
Havuzlama tedavisi			
Hayır	40 (%40,0)	33 (%33,0)	27 (%27,0)
Evet	5 (%14,3)	12 (%34,3)	18 (%51,4)
IVF tedavisi			
Hayır	35 (%42,7)	24 (%29,3)	23 (%28,0)
Evet	10 (%18,9)	21 (%39,6)	22 (41,5)

Katılımcıların mevcut ruhsal tedavilerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 16’da sunulmuştur. Buna göre katılımcıların n (%): frekans ve yüzde değerleri şu şekildedir. Katılımcıların mevcut ruhsal tedavisi dağılımında, KF grubun %25,0’ının (n=2), EF grubun 50,0’ının (n=4) ve KEF grubun %25,0’ının (n=2) mevcut ruhsal tedavisi vardı.

Tablo 16. Katılımcıların Mevcut Ruhsal Tedavilerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör		
	Kadın Faktör n (%)	Erkek Faktör n (%)	Kadın+Erkek Faktör n (%)
Mevcut ruhsal tedavi			
Hayır	43 (%33,9)	41 (%32,3)	43 (%33,8)
Evet	2 (%25,0)	4 (%50,0)	2 (%25,0)

Katılımcıların yaş, eş yaşı ve evlilik süreleri değişkenlerinin infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 17’te sunulmuştur. Buna göre yaş (p=0,244), eş yaşı (p=0,907) ve evlilik süresi (p=0,158) değişkenlerinin üç grup arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark saptanmadı.

Tablo 17. Katılımcıların Yaş, Eş Yaşı Ve Evlilik Süreleri Değişkenlerinin İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör			F	df	p	Post-hoc
	Kadın Faktör Ort.±SS	Erkek Faktör Ort.±SS	Kadın+Erkek Faktör Ort.±SS				
Yaş	31,51±5,00	31,68±5,70	33,24±5,37	1,434	2:87	0,244	I=II, I=III, II=III
Eş yaşı	35,02±4,79	34,91±6,05	35,40±5,29	0,098	2:87	0,907	I=II, I=III, II=III
Evlilik süresi	4,58±3,35	6,34±5,02	5,19±4,19	1,887	2:85	0,158	I=II, I=III, II=III

F: One-way ANOVA, Post-hoc: Tukey

Katılımcıların İKBÖ puanlarının infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 18’de sunulmuştur. Buna göre üç grup arasında düşünceler ile aşırı meşguliyet [$F_{(2:86)} = 9,596$, $p < 0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF düşünceler ile aşırı meşguliyet puanının EF ($p = 0,010$) ve KEF’den ($p < 0,001$) istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Sosyal geri çekilme [$F_{(2:84)} = 9,862$, $p < 0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF sosyal geri çekilme puanının EF ($p = 0,012$) ve KEF’den ($p < 0,001$) istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Negatif benlik algısı [$F_{(2:86)} = 5,120$, $p = 0,008$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF ($p = 0,004$) ve EF ($p = 0,017$) negatif benlik algısı puanının KEF’den istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Bununla spiritüel baş etme ($p = 0,719$), inkar ($p = 0,117$), umut ($p = 0,212$), sosyal destek arama ($p = 0,072$), kabul ($p = 0,510$), kendine yatırım yapma ($p = 0,408$) ve eş ilişkileri ($p = 0,316$) puanlarının gruplar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 18. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör			F	df	p	Post-hoc
	KadınFaktör (I) Ort.±SS	Erkek Faktör (II) Ort.±SS	Kadın+Erkek Faktör (III) Ort.±SS				
İnfertilite Baş etme Ölçeği							
Düşünceler ile aşırı meşguliyet	26,62±7,25	21,24±8,87	19,42±9,48	9,596	2:86	<0,001	I>II, I>III, II=III
Spiritüel baş etme	15,04±7,80	13,86±6,09	14,51±5,65	0,332	2:86	0,719	I=II, I=III, II=III
İnkâr	18,75±4,78	17,26±4,64	16,82±4,10	2,198	2:87	0,117	I=II, I=III, II=III
Sosyal geri çekilme	24,48±4,65	20,68±7,35	19,66±6,33	9,862	2:84	<0,001	I>II, I>III, II=III
Negatif Benlik algısı	24,31±5,50	23,64±5,40	20,02±7,44	5,120	2:86	0,008	I=II, I>III, II>III
Umut	4,95±2,54	4,37±1,58	5,02±2,26	1,580	2:84	0,212	I=II, I=III, II=III
Sosyal destek arama	11,66±4,47	9,75±3,84	9,88±4,38	2,716	2:87	0,072	I=II, I=III, II=III
Kabul	10,51±3,83	10,48±3,69	9,73±3,49	0,679	2:87	0,510	I=II, I=III, II=III
Kendine yatırım yapma	7,24±2,87	7,20±2,43	7,93±3,03	0,905	2:87	0,408	I=II, I=III, II=III
Eş ilişkileri	6,02±3,36	5,15±2,13	5,64±2,90	1,167	2:84	0,316	I=II, I=III, II=III

F: One-way ANOVA

Katılımcıların İDÖ puanlarının infertilite faktörlerine göre karşılaştırılması Tablo 19’da sunulmuştur. Buna göre üç grup arasında özdeğer kaybı [$F_{(2:86)} = 5,758$, $p=0,004$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KEF özdeğer kaybı puanının EF ($p=0,002$) ve KF ($p=0,012$) istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Sosyal geri çekilme [$F_{(2:86)} = 7,757$, $p<0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF sosyal geri çekilme puanının EF

(p=0,025) ve KEF (p=0,002) istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü. Toplumsal damgalanma [$F_{(2:87)} = 4,946$, $p=0,009$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF toplumsal damgalanma puanının KEF’den istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü (p=0,007). İDÖ toplam [$F_{(2:87)} = 5,825$, $p=0,004$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF İDÖ toplam puanının KEF istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü (p=0,002). Bununla ailesel damgalanma (p=0,169) puanlarının gruplar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 19. Katılımcıların İnfertilite Damgalanma Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör			F	df	p	Post-hoc
	Kadın	Erkek	Kadın+Erkek				
	Faktör(KF)	Faktör(EF)	Faktör(KEF)				
	(I)	(II)	(III)				
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS				
İnfertilite Damgalanma Ölçeği							
Özdeğer kaybı	12,20±7,52	13,11±7,12	18,04±9,39	5,758	2:86	0,004	I=II, I<III, II<III
Sosyal geri çekilme	11,17±5,31	14,64±6,84	15,80±6,42	7,757	2:86	<0,001	I<II, I<III, II=III
Toplumsal damgalanma	15,15±9,59	18,26±10,54	21,84±10,48	4,946	2:87	0,009	I<III, I=II, II=III
Ailesel damgalanma	9,57±6,20	9,97±5,57	12,06±6,91	1,817	2:87	0,169	I=II, I=III, II=III
Toplam	48,11±25,32	56,00±26,74	67,±28,98	5,825	2:87	0,004	I<III, I=II, II=III

F: One-way ANOVA

Katılımcıların OEÖ (İES-R) puanlarının infertilite faktör gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 20’de sunulmuştur. Buna göre üç grup arasında yeniden yaşantılama [$F_{(2:87)} = 9,492$, $p<0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın kadın faktör yeniden yaşantılama

puanının KEF'den istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü ($p<0,001$). Kaçınma [$F_{(2:87)} = 5,315, p=0,007$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF kaçınma puanının KEF'den istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü ($p=0,005$). Aşırı uyarılmışlık [$F_{(2:87)} = 9,028, p<0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın kadın faktör aşırı uyarılmışlık puanının EF ($p=0,045$) ve KEF'den ($p<0,001$) istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü. OEÖ toplam [$F_{(2:86)} = 10,175, p<0,001$] puanları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde anlamlı farkın KF OEÖ toplam puanının EF ($p=0,030$) ve KEF'den ($p<0,001$) istatistiksel olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü.

Tablo 20. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Puanlarının İnfertilite Faktörlerine Göre Karşılaştırılması

	İnfertilite Faktör			F	df	p	Post-hoc
	Kadın Faktör(KF)	Erkek Faktör(EF)	Kadın+Erkek Faktör(KEF)				
	(I) Ort.±SS	(II) Ort.±SS	(III) Ort.±SS				
Olayların Etkisi Ölçeği							
Yeniden yaşantılama	8,57±7,20	12,71±8,41	16,08±9,28	9,492	2:87	<0,001	I<III, I=II, II=III
Kaçınma	10,11±6,42	13,02±6,68	14,46±6,43	5,315	2:87	0,007	I<III, I=II, II=III
Aşırı uyarılmışlık	4,82±5,13	7,84±6,22	9,91±6,39	9,028	2:87	<0,001	I<II I<III II=III
Toplam	23,51±15,83	33,57±19,09	40,46±20,48	10,175	2:86	<0,001	I<II I<III II=III

F: One-way ANOVA

Katılımcıların OEÖ (İES-R) ile İDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyonları Tablo 21'de sunulmuştur. Buna göre yeniden yaşantılama ile İDÖ özdeğer kaybı ($r=0,608, p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=0,676, p<0,001$), toplumsal damgalanma ($r=0,571, p<0,001$), ailesel damgalanma ($r=0,431, p<0,001$) ve İDÖ

toplam ($r=0,649$, $p<0,001$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir. Kaçınma ile İDÖ özdeğer kaybı ($r=0,344$, $p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=0,491$, $p<0,001$), toplumsal damgalanma ($r=0,367$, $p<0,001$), ailesel damgalanma ($r=0,271$, $p=0,001$) ve İDÖ toplam ($r=0,415$, $p<0,001$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir. Aşırı uyarılmışlık ile İDÖ özdeğer kaybı ($r=0,561$, $p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=0,602$, $p<0,001$), toplumsal damgalanma ($r=0,574$, $p<0,001$), ailesel damgalanma ($r=0,408$, $p<0,001$) ve İDÖ toplam ($r=0,614$, $p<0,001$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir. OEÖ toplam ile İDÖ özdeğer kaybı ($r=0,568$, $p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=0,662$, $p<0,001$), toplumsal damgalanma ($r=0,563$, $p<0,001$), ailesel damgalanma ($r=0,415$, $p<0,001$) ve İDÖ toplam ($r=0,628$, $p<0,001$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği İle İnfertilite Damgalanma Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları

İnfertilite Damgalanma Ölçeği						
		Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	Toplam
Olayların Etkisi Ölçeği						
Yeniden yaşantılama	<i>r</i>	0.608	0.676	0.571	0.431	0.649
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Kaçınma	<i>r</i>	0.344	0.491	0.367	0.271	0.415
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	0.001	< .001
Aşırı Uyarılmışlık	<i>r</i>	0.561	0.602	0.574	0.408	0.614
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Toplam	<i>r</i>	0.568	0.662	0.563	0.415	0.628
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Katılımcıların İKBÖ ile İDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyonları Tablo 22’de sunulmuştur. Buna göre İDÖ toplam puanı ile düşünceler ile aşırı meşguliyet ($r=-0,645$, $p<0,001$), inkar ($r=-0,454$, $p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=-0,693$, $p<0,001$), negatif benlik algısı ($r=-0,682$, $p<0,001$), umut ($r=-0,181$, $p=0,036$) ve sosyal destek arama ($r=-0,355$, $p<0,001$) arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği İle İnfertilite Damgalanma Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları

Değişken		İnfertilite Damgalanma Ölçeği				
		Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	Toplam
İnfertilite Baş Etme Ölçeği						
Düşünceler ile aşırı meşguliyet	<i>r</i>	-0.581	-0.674	-0.579	-0.438	-0.645
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Spiritüel baş etme	<i>r</i>	-0.067	-0.261	-0.185	-0.043	-0.159
	<i>p</i>	0.442	0.002	0.032	0.623	0.065

İnkar	<i>r</i>	-0.347	-0.532	-0.410	-0.325	-0.454
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Sosyal geri çekilme	<i>r</i>	-0.618	-0.704	-0.623	-0.495	-0.693
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Negatif benlik algısı	<i>r</i>	-0.623	-0.624	-0.620	-0.528	-0.682
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Umut	<i>r</i>	-0.105	-0.223	-0.189	-0.122	-0.181
	<i>p</i>	0.227	0.009	0.028	0.160	0.036
Sosyal destek arama	<i>r</i>	-0.256	-0.360	-0.378	-0.237	-0.355
	<i>p</i>	0.003	< .001	< .001	0.06	< .001
Kabul	<i>r</i>	-0.056	-0.107	-0.064	-0.050	-0.077
	<i>p</i>	0.522	0.215	0.458	0.565	0.376
Kendine yatırım yapma	<i>r</i>	0.047	-0.073	-0.001	0.043	-0.006
	<i>p</i>	0.588	0.402	0.988	0.620	0.940
Eş ilişkileri	<i>r</i>	0.063	0.015	0.002	0.113	0.0042
	<i>p</i>	0.467	0.861	0.985	0.191	0.633

Katılımcıların İKBÖ ile OEÖ (İES-R) toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyonları Tablo 23’de sunulmuştur. Buna göre OEÖ (İES-R) toplam puanı ile düşünceler ile aşırı meşguliyet ($r=-0,774$, $p<0,001$), spiritüel baş etme ($r=-0,197$, $p=0,022$), inkar ($r=-0,545$, $p<0,001$), sosyal geri çekilme ($r=-0,669$, $p<0,001$), negatif benlik algısı ($r=-0,658$, $p<0,001$), umut ($r=-0,205$, $p=0,017$) ve sosyal destek arama ($r=-0,391$, $p<0,001$) arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların İnfertilite Baş Etme Ölçeği İle Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonları

		Olayların Etkisi Ölçeği			Toplam
		Yeniden yaşantılama	Kaçınma	Aşırı Uyarılmışlık	
İnfertilite Baş Etme Ölçeği					
Düşüncelerle	<i>r</i>	-0.767	-0.566	-0.746	-0.774
aşırı meşguliyet	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001
Spiritüel baş etme	<i>r</i>	-0.181	-0.197	-0.155	-0.197
	<i>p</i>	0.036	0.022	0.073	0.022
İnkâr	<i>r</i>	-0.483	-0.542	-0.451	-0.545
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001
Sosyal geri çekilme	<i>r</i>	-0.709	-0.447	-0.624	-0.669
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001
Negatif benlik algısı	<i>r</i>	-0.695	-0.433	-0.625	-0.658
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001
Umut	<i>r</i>	-0.177	-0.210	-0.171	-0.205
	<i>p</i>	0.040	0.015	0.047	0.017
Sosyal destek arama	<i>r</i>	-0.404	-0.269	-0.370	-0.391
	<i>p</i>	< .001	0.002	< .001	< .001
Kabul	<i>r</i>	-0.099	-0.149	-0.092	-0.124
	<i>p</i>	0.255	0.085	0.290	0.152
Kendine yatırım yapma	<i>r</i>	-0.036	-0.076	-0.069	-0.064
	<i>p</i>	0.675	0.380	0.423	0.469
Eş ilişkileri	<i>r</i>	0.028	-0.074	0.005	-0,011
	<i>p</i>	0.745	0.396	0.951	0.902

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

İnfertilite, zorlayıcı yaşam deneyimiyle beraber kişilerin birçok farklı alanda yaşam kalitesini düşürmektedir (Bakhtiyar ve diğerleri, 2019). Özellikle kadınların bir çocuk sahibi olamaması ile sosyal damgalanmaya ve baskıya maruz kalması ve bununla birlikte birçok psikososyal zorluk yaşamaları söz konusudur (Karaca ve Ünsal, 2015). İnfertil çiftlerde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının fertil olan çiftlere göre daha yüksek olduğu ve infertil çiftlerin %25 ile %60'ında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı gözlenmektedir (De Berardis ve diğerleri, 2014). Bir başka çalışma ise, infertil kadınların %45'inin çeşitli psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerini karşıladıklarını ortaya koymuştur (Patel, Venkata Narasimha Sharma ve Kumar, 2020). İnfertilite tedavisi gören kadınlar ruh sağlığı tanıları ve damgalanma açısından eşit risk faktörlerine sahip değildir (Yılmaz ve Kavak, 2018; Kaya ve Oskay, 2020, Jing ve diğerleri 2020). Bu risk faktörleri incelediğinde; yaş arttıkça (Ogawa, Takamatsu ve Horiguchi, 2011; Teklemicheal ve diğerleri, 2022), infertilite tanı süresi ve infertilite tedavisi süresi uzadıkça (Kaya ve Oskay, 2020; Yokota ve diğerleri, 2022), evlilik yılı (Wiweko ve diğerleri, 2017; Kaya ve Oskay, 2020) ve geçmiş kayıpların sayısı (düşük, kürtaj) arttıkça (Adib- Rad ve diğerleri, 2019; Cogendez ve diğerleri, 2023), eğitim düzeyi düştükçe (Zhang ve diğerleri, 2021; Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Kamışlı ve diğerleri, 2021), çalışma durumu ev hanımıysa (Öztürk, Bloom, Li ve Bullock, 2021; Taebi ve diğerleri, 2021; Donkor ve Sandall, 2007), gelir seviyesi, giderler gelirden daha fazla olacak şekildeyse (Ünal ve diğerleri, 2010 ; Lin ve diğerleri, 2022; Yılmaz ve diğerleri, 2020), kırsal kesim veya şehirde yaşam kıyaslandığında kırsal kesimde yaşıyorsa (Nahar ve van der Geest, 2014, Lei ve diğerleri, 2021), çekirdek veya büyük aile açısından incelendiğinde büyük aileden geliniyorsa (Yokota ve diğerleri 2022; Jaber ve ark, 2022), sosyal güvence yoksa (Yılmaz ve Kavak, 2018); primer infertiliteyse (Raque- Bogdan ve Hoffman, 2015) infertil kadınlarda infertilite kaynaklı psikolojik stres, depresyon ve anksiyete belirtileri gibi ruhsal rahatsızlıklar ve damgalanmanın anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ailede infertil başka bireylerin olup olmaması ve psikolojik

stres ve damgalanma arasındaki ilişki incelendiğinde ise çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır (Küçükaya ve Kılıç, 2022; Jaber ve diğerleri, 2022). Bunun yanı sıra infertilite kaynaklı stres ve damgalanma ile yaş arasında herhangi bir anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Donkor ve Sandall, 2007; Jaber ve diğerleri, 2022).

İnfertilite tanısı kadına, erkeğe ve her ikisine birden ait olabileceği gibi kimden ve neden kaynaklandığı tıbbi olarak henüz anlaşılamadığında açıklanamayan infertilite olarak tanımlanır (Slade ve diğerleri, 2010). Yapılan bu çalışmanın amaçlarından biri infertilite faktörüne bağlı olarak kadınların algıladığı damgalanma, stres ve baş etme stillerini incelemektir. Buna bağlı olarak çalışmada gerekli analizlerin yapılabilmesi için katılımcılar kadın faktörlü infertilite (KF), erkek faktörlü infertilite (EF), hem kadın hem de erkek faktörlü infertilite (KEF) olacak şekilde üç gruba ayrılmıştır. Alanyazın incelendiğinde infertilite üzerine yapılan çalışmalarda çoğunlukla infertilite tedavisi gören kadınlar kendilerinin infertilite tanısı alıp almamış olduğu dikkate alınmaksızın çalışmaya dahil edilmiştir. (Aksu ve Şayan, 2023; Moudi, Piramie, Ghasemi ve Ansari, 2019; Yokota ve diğerleri, 2022) Tıbbi prosedürler dahilinde sadece erkekler infertilite tanısı alsa da kadınlar tedaviye dahil edilebilmektedir (Carson ve Kallen, 2021). Dolayısıyla alanyazında infertil olmayan ancak tedaviye alınan kadınlar için “infertilite tedavisine dahil olan kadınlar” tanımı gerçeği daha uygun şekilde yansıtabilir. Yine alanyazında infertilitenin damgalanma ve travma açısından kaynağına göre tedavi sürecindeki kadınları ayırtmış ve yeterli veri toplanmış benzer bir çalışma ile karşılaşılamamıştır. Faktörüne bakılmaksızın tedavi sürecine katılan kadınlara aynı ölçeklerin verilmesi yanıltıcı sonuçlar doğurabilir. Nitekim gruplara ayırtılmamış olsa da infertilite kaynağına göre kadınların damgalanma, stres ve baş etmelerinin anlamlı farklılıklar gösterdiğine dair bulgular çeşitli çalışmalarda mevcuttur (Xie ve diğerleri, 2023, Saif, Rohail ve Aqeel, 2021; Jing ve diğerleri, 2021).

İnfertilite tanısı daha önce bir çocuk sahibi olma ve olmama durumuna göre, primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır (WHO, 2020). Bu çalışmaya sadece primer infertil olan kadınlar dahil edilmiştir. Yapılan çalışmalarda primer infertil kadınların damgalanma ve stresör faktörlerinin sekonder infertil kadınlara göre çok

daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Aksu ve Şayan, 2023; Raque-Bogdan ve Hoffman, 2015).

İnfertilite tedavisine başlayan kadınlar bu tedavi öncesinde tanıya yönelik birçok tıbbi tetkik sonrası infertiliteye neden olan tıbbi faktörleri hekimlerinden öğrenmektedirler. Ülkemizde ayrıca devlet hastanelerinde ücretsiz tedavi görebilmek için birçok farklı branşın hekiminden rapor alınması ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği bazı kriterlere uygun olunması gereklidir. Bu nedenle pahalı bir tedavi olan tüp bebek tedavisini devlet imkanlarıyla almak isteyen çiftler bu sürecin öncesinde tanıılarını detaylıca öğrenmektedirler. Bizim araştırmamızda gerek çevrimiçi gerek yüz yüze toplanan verilerde infertilite tedavisi sürecine dahil olan kadınlar infertilite nedenlerini işaretlemişlerdir. İnfertilite tanısının kime ya da kimlere ait olduğunun bilinmediği açıklanamayan infertilite tanısı araştırmamıza dahil edilmemiştir. Bir kadın bu tedaviye alınırken infertilite sebebi tıbbi bir nedenle henüz açıklanamıyorsa kadınlar bu durumda kendi iç dünyalarında veya toplumda sıklıkla sorulan infertilite faktörünün kime ait olduğu sorusuna açık bir cevap veremezler. Bu durum ise özellikle damgalanmada kadının yaşadığı psikolojik yükleri ayrıştırmada karıştırıcı olabilir. Öte yandan bu araştırmadan sonra açıklanamayan infertilite tanısının da kadınlar üzerindeki etkisini anlamak gelecek araştırmalar için önemli olacaktır.

4.1. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, katılımcıların damgalanma düzeylerini ölçmek için İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ) kullanıldı. İnfertilite kaynağına göre ayrıştırılmış grupların İDÖ puanları incelendiğinde, toplam puanlar açısından KEF grubundaki kadınların, KF ve EF gruplarındaki kadınlardan daha yüksek düzeyde damgalanma algıladığı ortaya çıkmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 yılında yayınlamış olduğu İnfertilite Bilgilendirme Forumu'nda heteroseksüel ilişkilerde partnerlerden hangisinin infertil olduğuna bakılmaksızın kadının damgalanmasının daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Fırat ve Şahin (2022), 16 araştırma ile yapmış oldukları sistematik derlemede infertiliteyi cinsiyet rolleri bağlamında incelemiştir. Sonuç olarak infertil kadının

‘yarım kadın’ erkeğin ise ‘az erkek’ olarak damgalandığı bulunmuştur ancak erkeklerin infertiliteyi gizleme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durumda partnerlerden her ikisi de infertil olduğunda damgalanmanın kadın üzerinde olmasının kadının iki tarafın da aldığı tanımı topluma karşı sadece kendisinin tanısıymış gibi taşımasından kaynaklanıyor olabileceği ileri sürülebilir.

Bu bulguya ek olarak, 36 infertilite tanısı almış çiftle yapılmış olan bir çalışmada, KF, EF ve KEF infertilitede, kadınların infertilite faktörüne bakmaksızın kendilerini ‘verimsiz’, ‘kusurlu’, ‘bozuk’ gibi sıfatlarla tanımlarken, erkeklerin ‘değersiz’, ‘emaskülen’ gibi sıfatları ancak erkek faktörlü bir infertilite varsa kendileri için kullandıkları sonucuna varılmıştır (Nachtigall, Becker ve Wozny, 1992). Yine aynı çalışma infertilite kaynağına bakılmaksızın kadınların toplumsal olarak aile kurmak ve aile birliğini devam ettirmede kendilerini sorumlu olarak gördüklerini ve çocuk sahibi olamamanın hayat amaçlarını kaybetmelerine neden olduğunu ifade etmektedir.

İDÖ’nün dört alt boyutu incelendiğinde tüm alt boyutlarda KEF infertilitede kadınların damgalanmışlık düzeyinin KF ve EF infertil kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ancak üç alt boyutta bu fark anlamlı bulunmuştur. Bu alt boyutlar öz değer kaybı, sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalanmadır. Araştırmada en yüksek ortalama toplumsal damgalanma alt boyutuna aittir. Benzer şekilde Yılmaz ve Kavak (2020), İDÖ kullanarak Türkiye’de yaşayan infertil kadınların damgalanmışlık düzeylerini ölçmüş ve en yüksek damgalanmayı toplumsal damgalanma alt boyutunda bulmuşlardır. Kaya ve Oskay (2019) da 278 infertil kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada kadınların en fazla toplumsal damgalanmaya maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Bu bulgular yalnızca kadın infertil olduğunda kadının damgalanmışlık düzeyini ölçüyor olsa da yapılan diğer bir araştırmanın sonuçları erkek infertilitesinin yükünü kadının taşıyor olduğunu göstermiştir (Koçyiğit, 2012). Bu sebeple KEF infertil kadınların daha yüksek oranda toplumsal damgalanma hissetmesi beklenen bir sonuçtur. Öz değer kaybı ve sosyal geri çekilme alt boyutları da Yılmaz ve Kavak (2020) ve Kaya ve Oskay (2019)’ın yapmış oldukları araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Çocuğu olmayan ailelerde kadınların ‘eksik kadın’ şeklinde damgalanması öz güvenlerini düşürmekte depresyonu tetiklemektedir (Fırat ve Şahin, 2022; Yılmaz ve Kavak, 2020). Yüz kırk bir kadın üzerinde yapılmış olan bir araştırmada infertil kadınlarda benlik saygısının düşük olduğu bulunmuştur

(Keskin ve Babacan-Gümüş, 2014). Benlik saygısının düşüşünün de öz güveni olumsuz etkileyebileceği ileri sürülebilir. Sosyal geri çekilme alt boyutunun sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla alanyazın incelendiğinde; Hindistan’da 600 katılımcı ile yapılan bir araştırmada erkeklerin infertiliteyi gizleme oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erkekler de kadınlarla benzer şekilde eksik erkek olarak damgalandıklarını belirtmişlerdir (Patel ve diğerleri, 2018). Bu sebeple hem erkek hem kadın infertil olduğuunda durumu gizlemek için sosyal geri çekilme düzeyinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Akarsu ve Kızılkaya (2019), 12 infertil kadın üzerinde nitel bir araştırma yapmış, sonuç olarak kadınların infertil olduklarını bilen kişiler tarafından damgalanmaya maruz kaldıklarını ve kendilerine acındığını belirtmişlerdir. Bu duruma maruz kalmamak için kadınlar infertil olduklarını gizleyerek sosyal hayattan uzaklaşmışlardır.

Araştırmamızda yalnızca ailesel damgalanma alt boyutunda faktörler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Alanyazın incelendiğinde bu sonucun alanyazın ile çeliştiği görölmektedir. Akarsu ve Kızılkaya (2019) ve Zorlu ve Erbaş (2023) yaptıkları nitel araştırmalarda kadınlarda ailesel damgalanmanın en çok eşlerinin aileleri tarafından gerçekleştirildiğini bulmuştur. Ancak bu çalışmalar birer nitel araştırma oldukları için genelleme yapılması mümkün değildir. Amerika’da 786 katılımcı ile yapılmış olan bir çalışmada ise kadınların yarısından fazlasının aileleri tarafından damgalanmaya maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır (Öztürk ve diğerleri 2020). Bir başka çalışmada da Patel ve diğerleri (2018) Hindistan’da 300 infertil kadın ve 300 infertil erkek üzerinde yaptıkları araştırmada kadınların %88’inin ailesi tarafından damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldığını göstermişlerdir. Alanyazınla araştırmamız arasındaki fark kültürel etkilere bağlı gerçekteşmiş olabilir. Ayrıca aile damgalanmasının kadının kendi ailesi veya partnerinin ailesi olarak alt boyutlara ayrılmamış olması araştırmalarda çıkan sonucun farklı olmasına yol açıyor olabilir. Öte yandan nitel bir araştırmada ailesel damgalanma deneyimleri incelendiğinde kadınlar özellikle eşlerinin ailelerinin kendilerini suçladığını dile getirmişlerdir (Akarsu ve Kızılkaya, 2019).

Damgalanmada KEF infertil kadınların en yüksek puanı alması ile ilgili sonuçlarımız bir başka çalışmanın sonuçları ile de desteklenebilir. Nagórka, Bartosiewicz, Obrzut ve Darmochwał-Kolarz (2019) KEF infertilite tanısı almış 61

çift ile yaptıkları çalışmada erkeklerin en yakın akrabaları dahil eşleri dışında kimseyle bu konuyu konuşmak istememe eğilimlerine karşılık kadınların etraflarıyla süreçlerini konuşmayı isteme eğilimleri ortaya çıkmıştır. Bu durumda, kadınların sadece kendileri infertil olduğunda tanı ve tedavileri konusunda daha açık olabilecekleri ve bu sorunla daha işlevsel başa çıkabilecekleri düşünülebilir. Nitekim çalışmamızda EF ve KEF kadınların sadece kendilerinden kaynaklanan infertiliteden daha yüksek düzeyde damgalanma algılaması eşlerinin damgalanma yükünü de aile ve topluma karşı üstlenmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

4.3. İnfertil Kadınlarda Olayların Etkisi Puanlarına İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Olayların Etkisi Ölçeği'nin toplam puanları incelendiğinde EF ve KEF gruplarının puanları KF grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu. Psikolojik stresin infertilite tedavisi süresinde çoğaldığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Patel ve diğerleri, 2020; Volgsten ve diğerleri, 2008). Öte yandan stres faktörünün infertilitenin sadece kadının kendisinden kaynaklandığı grupta daha düşük olması infertilite tedavisi sürecindeki kadınların anlaşılması açısından önemlidir.

Çalışmamızın sonuçları ile alanyazında Ogawa ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışma arasında bir fark göze çarpmaktadır. Sözü edilen araştırmaya göre infertilitenin EF olduğunun bilindiği durumlarda kadınların, bilinmediği durumlara kıyasla daha düşük düzeyde kaygı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada bu sonuç Japonya'nın çocuk dünyaya getirme sorumluluğunu kadınlara atfeden bir toplum olması ve kadınların infertilite kaynağının EF olduğunu bilmelerinin daha az stres yaşamalarına sebep olacağı şeklinde açıklanmıştır.

Ozan ve Duman'ın (2020) araştırmasında KF infertilite tedavisi gören kadınların infertilite stresi EF tedavi gören kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonuçlarına paralel olmayan bu sonuçlar, söz konusu araştırmada kadınların sadece kendilerinin tanı aldığı durumda eşlerinin kuma getirme olasılığı ile tartışılmıştır. Ancak kanıta dayandırılmadığı için iki çalışma arasındaki farkı kültürel ve geleneksel yapı farklarıyla açıklamak uygun olmayacaktır. Diğer yandan iki çalışma arasında sosyodemografik verilerde özellikle kadınların

eğitim seviyeleri arasında belirgin bir fark göze çarpmaktadır. Ozan ve Duman'ın araştırma örneklemindeki kadınların sadece %14.1'i üniversite ve % 13.4'ü lise mezunu iken bizim çalışmamızdaki kadınların %62,9'u üniversite ve %22.2'si lise mezunudur. Eğitim seviyesindeki bu farkın infertilite faktörüne bağlı olarak kadınlardaki travmatik stresi etkilemesi toplumsal cinsiyet rolleri üzerinden açıklanabilir. Kadınların eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte daha fazla iş imkanına ulaşabiliyor olması, hem toplumsal cinsiyet rollerine karşı kendi kimliklerini oluşturmalarına hem de stres yaratan durumlara karşı öz düzenleme becerilerinin artmasına olanak sağlayarak damgalanmayı ve olumsuz etkilerini azaltacaktır (Xie ve diğerleri, 2022).

İnfertilite tedavisinde kadınlar ve erkeklerin tedaviye inançları, tedaviye tekrarlayan şekilde devam etme veya tedavi şansı devam etmesine rağmen tedaviyi bırakma tutumları da farklılık göstermektedir. KEF infertil olan çiftlerle yapılan bir araştırmada erkeklerin tedavinin başarısına kadınlardan daha az inanıyor oldukları ve yardımcı üreme tekniklerinden faydalanmaya kadınlardan daha isteksiz davrandıkları bulunmuştur (Nagórska ve diğerleri, 2019). Aynı çalışmada kadınlar tedaviye kendilerini erkeklerden daha çok adıyor iken aynı zamanda bu problem ile ilgili duygusal olarak erkeklerden daha kaygılı oldukları saptanmıştır. Bu durum, tedavide erkeklerin infertilite faktörüne sahip olduğu durumlarda tedaviye dair umutsuzluk ve tedaviye dirençleri ile ilgili stresleri de kadınların yüklenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Nagórska ve diğerlerinin (2019) sözü edilen çalışmasında tedavinin erkekler açısından en büyük zorluğu utandırıcı testler yapılması ve uzun tedavi süreçleri olarak saptanmışken kadınlar için bu zorluluğun hayatta sadece bir hedefe kilitlenmek zorunda kalmak olduğu bulunmuştur. Erkek infertil bireylerin bu zorluklarla ısrarlı ve kararlı bir şekilde başa çıkmama eğilimleri de kadınların psikolojik streslerini arttırıyor olabilir. Polonya kültürü özelinde erkek infertil bireylerin kadın partnerlerine kıyasla biyolojik çocuk sahibi olamamayı kabullenmeye daha hazır oldukları bulunmuştur (Nagórska ve diğerleri, 2019). Bu durumda çiftin her ikisinin de infertil olduğu ya da sadece erkeğin infertil olduğu gruplarda kadınlar tedaviye dahil olan ancak bu durumdan rahatsız olduğu için tedaviye başlamak ya da devam etmekte daha az istekli olan erkek partnerlerinden olumsuz etkileniyor olabilirler. Aynı zamanda erkeklerin çocuk sahibi olmamaya daha kolay razı olması tekrarlayacak tedavi

süreçlerini ve ekonomik yükleri istememe eğilimlerini arttırabilir. Bu durum ise EF'ün de dahil olduğu infertilite tedavisindeki kadınların stresini sadece KF'ün dahil olduğu tedavi sürecine kıyasla arttırıyor olabilir.

4.4. İnfertil Kadınlarda Baş Etme Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

İnfertil Kadınlarda Baş Etme Ölçeği (İKBÖ) puanları, infertilitenin faktörünün ayrıştığı gruplar açısından incelendiğinde KF grup, düşüncelerle aşırı meşguliyet ve sosyal geri çekilme baş etme stillerinde EF ve KEF gruplarından anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Ölçek değerlemesinde yüksek puanlar o baş etme stillerini daha az sıklıkta kullanma olarak hesaplanmaktadır. Bu durumda KF grubun bu baş etme stillerini diğer iki gruptan daha az sıklıkta kullandığı görülmüştür. Diğer anlamlı farkta ise negatif benlik algısı baş etme stili KEF grupta KF ve EF gruplarından daha sık kullanılıyor olarak görülmektedir. Cousineau ve Domar (2007), Peterson, Newton ve Rosen, (2006) Roth ve Cohen (1986), tarafından da belirtildiği üzere bu üç baş etme stili de infertilite ile ilgili psikolojik sıkıntılarla baş etme açısından daha işlevsiz (olumsuz) baş etme stilleridir. Jafarzadeh, Golzari, Jomehri, Poursamar ve Sahraian, 2015'de İran'da 50 KF ve 50 EF infertil kadın ile yaptığı çalışmada KF kadınların daha duygu odaklı baş etme stillerini ve işlevsiz baş etmeleri kullandığı bulunmuşken, EF kadınların aktif baş etme stillerinden problem odaklı baş etmeyi kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca, bu duruma ilişkin bir diğer görüş ise KF infertilitesi olan kadınların aktif olarak çözüm arama ve tedaviye katılımlarının daha yüksek olabileceğidir, çünkü 'sorun' sadece kendilerine dair tanımlanmıştır. Tedaviye bu biçimdeki katılımın, aşırı meşguliyet ve sosyal geri çekilme gibi başa çıkma mekanizmalarına olan yönelimi potansiyel olarak azaltabileceği düşünülebilir. İnfertilite, nedeni ne olursa olsun, artan stres, anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (Domar ve diğerleri, 1993; Peterson ve diğerleri, 2006). Bu olumsuz duygular etkili bir şekilde yönetilemediğinde, uyumsuz başa çıkma yöntemlerine yol açabilir. Örneğin, KEF infertil kadınlar bir başa çıkma biçimi olarak kaçınmaya ve sosyal izolasyona başvurabilir. Bu, tıbbi randevulardan, sosyal etkileşimlerden veya doğurganlıkla ilgili herhangi bir konuşmadan kaçınmayı ve sosyal geri çekilmeyi

içerebilir (Peterson ve diğerleri, 2006). Sosyal izolasyon, sıkıntıdan geçici bir rahatlama sağlayabilirken, olumsuz duyguların artmasına, anksiyetenin şiddetlenmesine ve gerekli tıbbi tedaviyi aramada potansiyel gecikmeye yol açabilir. Bir diğer uyumsuz başa çıkma mekanizması da aşırı meşguliyet olabilir. Kadınlar tekrar tekrar infertiliteilerinin nedenlerine ve sonuçlarına odaklanabilir ve bu da suçluluk, utanç ve sıkıntı duygularının artmasına neden olabilir (Faramarzi ve diğerleri, 2013; Peterson ve diğerleri, 2006). Bu bağlamda KEF grubundaki kadınların baş etme becerileri diğer gruplara kıyasla daha olumsuz yönde etkileniyor olabilir.

4.5. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeyleri ve Olayların Etkisi Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularında İDÖ ile OEÖ (İES-R) toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif ilişki vardır. Bu bulgular önceki çalışmaları destekler niteliktedir. Damgalanma arttıkça infertil kadınlarda psikolojik stresin artması alan yazında birçok çalışmada gösterilmiştir (Fang ve diğerleri,2021; Patel ve diğerleri,2018, Öztürk ve diğerleri, 2021; Karaca ve diğerleri, 2015, Aksu ve Şayan, 2023). Fang ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışmada, psikolojik stresin damgalanma ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. İnfertil kadınların damgalanmayla beraber, suçluluk, baskı, toplumdan uzaklaşma, cinsel problemler ve yoğun stres yaşadıkları bildirilmiştir (Zorlu ve Erbaş, 2023). Kadınlar infertiliteyi erkeklere kıyasla daha çok bir kayıp olarak görmekte ve bundan dolayı stres seviyelerinde artış yaşamaktadır (El Kissi ve diğerleri, 2013). Buna karşın algılanan sosyal destek arttıkça infertil kadınlarda depresyon düzeyi düşmektedir (Erdem ve Apay, 2014).

Nachtigall ve diğerleri (1992) yaptıkları çalışmada, infertilite kaynağına bakılmaksızın kadınların hepsinin hem infertilite kaynaklı damgalanma deneyimledikleri hem de öz güven kaybı yaşadıkları bulunmuştur. Özellikle geleneksel toplumlarda çocuk sahibi olmak ve ailenin devamlılığını sağlamak kadının görevi olarak görülmekte ve kadınların kişiler arası ilişkilerini daha çok etkilemekte ve kadınların kusurlu hissetmesine neden olmaktadır (Wright ve diğerleri, 1991). El Kisii ve diğerleri (2013), kadınları yaşadıkları bu sosyal baskı açısından inceledikleri çalışmada infertil kadınların partnerlerine kıyasla çok daha fazla psikopatolojik

semptom gösterdiklerini ayrıca kaygı ve depresyon puanlarının da anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Buna ek olarak, araştırmamızın sonuçları Naz ve Batool (2017) tarafından yapılmış nicel araştırma sonuçları ile de desteklenmektedir. Sözü edilen çalışma, çiftlerin ne zaman çocuk sahibi olacaklarına dair merak ve sürekli sorgulamanın infertil kişilerin toplumsal olarak baskı hissetmelerine ve toplumdan soyutlanmasına yol açtığını vurgulamakta, geniş ailelerde yaşayan kişiler için de infertilitenin bireysel bir problemten çok bir aile trajedisi olarak yaşandığı ve bu ailesel baskının kişilerde yoğun strese neden olabileceği ifade edilmektedir.

Araştırmalar, infertilitenin, özellikle çocuk doğurmaya büyük değer verilen toplumlarda veya kültürlerde sıklıkla bir damgalanma kaynağı olabileceğini göstermiştir (Greil ve diğerleri, 2010). Bu damgalanma, infertilite ile uğraşan kadınların yaşadığı psikolojik sıkıntıya önemli ölçüde katkıda bulunabilir (Ying, Wu ve Loke, 2015). Bireyler damgalanma yaşadıklarında kendilerini izole edilmiş, utanmış veya endişeli hissedebilirler. Ayrıca, genellikle damgalanmış kimliklerle ilişkilendirilen gizlilik veya izolasyon da bu sıkıntıyı artırabilir. Kişinin infertilitesini saklama ihtiyacı veya 'ortaya çıkarılma' korkusu, ek bir kronik stres ve duygusal yük kaynağı olabilir (Cha ve Chang ve Suh, 2019). Slade ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmada, kadınların algıladıkları damgalanma ve yaşadıkları deneyimleri dışarı açma arasında anlamlı bir ilişki bulamamış ancak kendini açmayla beraber dışarıdan aldıkları sosyal desteğin deneyimledikleri stres, kaygı ve depresyon gibi semptomların azalmasıyla ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Buradan yola çıkarak kişilerin damgalandıklarını hissettikleri ortamlarda kendilerini daha az açacakları ve dolayısıyla daha az sosyal destek ve daha fazla stres yaşayacakları düşünülebilir. Dahası, damgalanma bireylerin yalnızca duygusal iyi oluşunu değil, davranışlarını da etkileyebilir. Örneğin, infertilite kaynaklı damgalanma, bireylerin gerekli tıbbi tedaviyi veya sosyal desteği aramasını engelleyebilir (Slade ve diğerleri, 2007) ve potansiyel olarak infertilitenin sıkıntılı etkisini sürekli hale getirebilir. Ayrıca, damgalanma ile infertilitenin psikolojik etkisi arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceği söylenebilir. İnfertilite nedeniyle sıkıntı yaşayan kadınlar, sosyal çevrelerinden algılanan damgalanmaya karşı daha hassas olabilirler (Donarelli ve diğerleri, 2012). Belirsiz yorumları veya eylemleri damgalayıcı olarak yorumlamaları

sıkıntılarını daha da artırabilir. Bu durum, infertilite sıkıntısının damgalanma algısını güçlendirdiği ve bunun da sıkıntıyı artırdığı bir kısır döngü yaratabilir.

4.6. İnfertil Kadınlarda İnfertilite Baş Etme Düzeyleri ile İnfertilite Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda damgalanma ile infertilite baş etme stillerinden aşırı meşguliyet, inkar, sosyal geri çekilme, negatif benlik algısı, umut ve sosyal destek arama arasında anlamlı negatif ilişki bulundu. İKBÖ'nin düşük puanlarının o baş etme stiline daha çok kullanıldığını göstermesi sebebiyle bahsi geçen baş etme stilleri damgalanma arttıkça daha çok kullanılan baş etme stilleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

On baş etme stilinden sipiritüel baş etme, kendine yatırım yapma, eş ilişkileri ve kabul ile damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu baş etme stilleri işlevsel ya da bir diğer deyişle pozitif baş etmeler olarak düşünüldüğünde, bu baş etme stilleri ile damgalanma arasında sayısal olarak pozitif, kavramsal olarak negatif ilişki olması beklenebilir. İnfertilite tedavisi gören kadınların bu baş etmeleri damgalanma algılarıyla ilişkilendirmediği görülmektedir. Kaya ve Oskay'ın 2019'da Türk infertil kadınlarda damgalanma algısı ve baş etme mekanizmalarını inceledikleri çalışmalarında ise damgalanma düzeyleri ile en çok duygu odaklı baş etmelerden inanç temelli baş etme stili ilişkili bulunmuştur. Donkor ve Sandall'ın (2009) Gana'lı 615 infertil kadınla yaptıkları çalışmada da en çok inanç temelli baş etme stillerini kullandıkları bulunmuştur. Van Rooij, Bos, Gerrits, Hiadzi ve Donkor (2020) Gana'lı kadın ve erkek infertiliteyle yaptığı çalışmada ise en çok kullanılan baş etme stilleri anlam temelli baş etme ve pasif kaçınma olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada aktif kaçınmanın damgalanma algısı ile yaşam kalitesinde aracı rol oynadığı saptanmış; damgalanma algısı arttıkça aktif kaçınmanın arttığı ve bu durumda da yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Jing ve diğerlerinin çalışmasında (2021) infertil kadınların kullandıkları damgalanma ile en güçlü ilişki gösteren baş etme stiline kaçınma olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda kaçınma baş etme stili ile fertilite yaşam doyumu arasında da negatif ilişki bulunmuştur.

Ek olarak çalışmamızda toplumsal damgalanma ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında en yüksek damgalanmaların görülmüş olması damgalanma ile baş etme

stilleri arasındaki ilişkiyi yorumlama açısından önemlidir. Bu tedavi sürecindeki kadınlar bir yandan çocuk sahibi olup olamayacaklarının belirsizliği ve yaşadıkları stresle baş ederken diğer yandan da toplumdan onlara direk veya dolaylı yansıyan damgalanma ile baş etmeye çalışıyor olabilir. Toplumsal damgalanmaya vesile olabilecek uyarılardan kaçınmayı aynı zamanda bir baş etme stili olarak kullanmaları bu açıdan anlaşılabilir bir olgudur. Çalışmamızda da sosyal geri çekilme baş etme stili ile damgalanmanın yüksek ilişkili çıkması önceki sonuçlarla uyumludur.

Jing ve diğerlerinin (2021) çalışmasında, anlam temelli baş etme stillerinden sipiritüel baş etmenin infertil kadınlarda düşük damgalanma ve daha yüksek yaşam doyumuyla ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer yandan da aktif yüzleşme baş etme stilinin tam tersi yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise spiritüel baş etme ile damgalanma arasında bir ilişki görülmedi ancak aktif yüzleşme baş etme stillerinden aşırı meşguliyet ile damgalanma arasında Jing ve diğerlerinin bulgularına paralel bir ilişki görüldü. Öte yandan Jing ve diğerleri aktif yüzleşme baş etme stilinin yaşam doyumunu olumsuz etkilediğini ve spiritüel baş etme stilinin kontrol odağından uzaklaştırarak infertil kadınların yaşam doyumunun artmasına olanak verdiğini göstermişlerdir.

4.7. İnfertil Kadınlarda İnfertilite Baş Etme Düzeyleri ile Olayların Etkisi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, infertil kadınların baş etme düzeyleri ile olayların etkisi alt boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İKBÖ alt boyutlarından düşüncelerle aşırı meşguliyet, spiritüel baş etme, inkar, sosyal geri çekilme, negatif benlik algısı, umut ve sosyal destek arama alt boyutlarının OEÖ (İES-R)'nin alt boyutlarından yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ile toplam puanı arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak infertilite baş etme yöntemlerinden kabul, kendine yatırım yapma ve eş ilişkileri alt boyutlarının olayların etkisi alt boyutları ile anlamlı ilişkili olmadığı görülmüştür. Ölçeğin yüksek puanları o baş etme stillerini daha az sıklıkta kullandıkları anlamına gelmektedir. Anlamlı ilişki saptanan İKBÖ'nin alt boyutlarının OEÖ (İES-R) ile ilişki düzeyi ele alındığında hem olumlu hem de olumsuz baş etme yöntemlerinin, travmatik

strese tepkiyi değerlendiren alt boyut ve belirtilerle ilişkili olduğu görüldü. Öte yandan, olumlu baş etme yöntemleri olan umut ve sosyal destek arama alt boyutlarının korelasyon değerlerinin, olumsuz infertilite baş etme alt boyutlarına kıyasla daha düşük korelasyon değerine sahip olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuç, infertil kadınlarda hem olumlu hem de olumsuz baş etme yöntemlerinin infertilitenin beraberinde deneyimlenen stresin ortaya çıkarabileceği tepkilerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

 nk r, sosyal izolasyon, olumsuz benlik algısı ve duygularla aşırı meşgul olma gibi olumsuz başa çıkma mekanizmaları travmatik olayların ardından artan sıkıntı ile ilişkilendirilmektedir (Lancastle ve Boivin, 2005). Kaynakların korunması teorisine göre, bu başa çıkma stillerini kullanan bireylerin psikolojik kaynakları tükenebilir ve dolayısıyla psikolojik sıkıntı düzeyleri artabilir (Hobfoll, 1989). Bizim araştırmamızın sonuçları doğrultusunda elde edilen bulgularda da olumsuz başa çıkma stilleri ile olayların etkisi arasındaki ilişkinin daha kuvvetli olduğu, böylece söz konusu yaklaşımla uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

 nfertilite baş etme stilleri arasında yer alan inkâr ve kaçınma, başlangıçta bir savunma mekanizması olarak hizmet etse de, uzun vadede bireyin infertilite sıkıntısını etkili bir şekilde işlemesini ve uyum sağlamasını engelleyebilir (Peterson ve diğerleri, 2006). Benzer şekilde, sosyal izolasyon, bireylerin infertilite stresiyle başa çıkmalarına yardımcı olmada kilit bir faktör olduğu kanıtlanmış olan sosyal desteğin eksikliğine yol açabilir (Benyamin, Leventhal ve Leventhal, 2004). Zorlu ve Erbaş (2021) tarafından yapılan araştırmada, işlevsel olmayan başa çıkma stillerinin infertilite stresi ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, aynı araştırmada, işlevsel olan başa çıkma stilleri puanlarının, işlevsel olmayan başa çıkma stilleri puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada, sosyal destek ve infertilite stresi arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Düşüncelerle aşırı meşguliyet ve negatif benlik algısı, suçluluk, utanç ve yetersizlik duygularını teşvik ederek sıkıntıyı daha da yoğunlaştırabilir (Yali ve Lobel, 1999). Bu durum, olumsuz benlik algısı ve ruminasyonun infertilite teşhisinin ardından daha yüksek düzeyde sıkıntı ile ilişkili olduğunu gösteren bulgularla örtüşmektedir (Martins, Peterson, Almeida ve Costa, 2014).

Ek olarak, spiritüel başa çıkma, umudu sürdürme ve sosyal destek arama gibi olumlu başa çıkma stilleri daha iyi psikolojik uyumla ilişkilendirilmiştir (Domar ve diğerleri, 1993). Bu stiller dayanıklılığa katkıda bulunur, olumlu bir bakış açısının sürdürülmesine yardımcı olur ve durum üzerinde kontrol hissi sağlar (Wilson ve Kopitzke, 2002). Bununla birlikte, OEÖ (İES-R) alt ölçekleri ile korelasyonu, olumsuz başa çıkma mekanizmalarına kıyasla daha az doğrudan olabilir. Bu olumlu stiller kullanıldığında bile, infertilitenin neden olduğu sıkıntıyı tamamen ortadan kaldıramayabilir (Boivin, Griffiths ve Venetis 2011). Ayrıca, olumlu başa çıkma stili olarak değerlendirilen spiritüel başa çıkma stiline ilişkin daha önce yapılan bir araştırmada, Roudsari ve diğerleri (2014), infertil kadınların içinde bulundukları sürece dair dini ve spiritüel başa çıkma stillerini benimsediklerini bildirmiş ve bu durumun olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise, spiritüel başa çıkma stiline OEÖ (İES-R) alt boyutları ile negatif yönlü ve anlamlı, fakat diğer olumsuz başa çıkma boyutlarına kıyasla zayıf düzeyde ilişkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen sonucun, spiritüel başa çıkma stillerinin infertil kadınların içinde bulundukları sıkıntılı durumla baş etmede yeterli bir kaynak olarak kullanılmadığı düşünülebilir. İnfertilite tedavisinde geçirilen toplam zaman arttıkça çeşitli ruhsal bozukluk tanıları ve travmatik stresin arttığı ile ilişkili birçok çalışma vardır (Patel ve ark, 2016; Teklemicheal ve diğerleri 2022; Dong ve diğerleri, 2021). Bu durumda tedavinin nispeten erken aşamalarındaki toplam stresör ve buna bağlı başa çıkma stillerinde farklılıklar doğuyor olabilir. Bizim çalışmamıza dahil olan kadınların sadece 18'inin altı yıldan fazla tedavi görüyor olması söz edilen çalışmanın sonuçlarını destekliyor olabilir. Öte yandan, spiritüel başa çıkmanın her zaman olumlu olmayabileceği ve dini ve spiritüel başa çıkmanın infertil kadınlarda somatizasyon, kaygı ve depresyonla ilişkili olduğunu ileri süren araştırma bulgularının daha önce elde edildiği görülmüştür (Oti-Boadi ve Asante, 2017). Ayrıca spiritüel baş etme stiline çalışmalarda birbirinden farklı değerlendirmelerle ele alındığını vurgulamak önemli olabilir. Bizim çalışmamızda da kullandığımız İKBÖ'nin spiritüel baş etme alt ölçeği itemlerinin çoğu aslında dini (inanç) temelli sorulardan oluşmaktadır. Bu sorulara birkaç örnek şöyledir; “çocuk sahibi olamadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım”, “bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükafatlandıracağına inanıyorum”, “din inancıma sığınmaya çalışıyorum”, “bu

sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum”. Özetle adlandırmaları ‘spiritüel baş etme’ olsa da zaman zaman çalışmalarda din (inanç) temelli baş etme stillerinin araştırılması da alanyazında bu konuya dair çelişkili sonuçlar doğuruyor olabilir. Jafarzade ve diğerleri (2015), KF infertil kadınların baş etme stillerinin duygu odaklı ve daha az işlevsel nitelikte olduğu saptanmıştır. Karaca ve Ünsal (2015) tarafından hem nitel hem nicel yöntemlerle yapılmış bir araştırmada, kadınların infertilite tedavisi ile baş etme sürecinde spiritüel başa çıkma stillerini sıklıkla kullandıklarını ve bunu kimilerinin dini kimilerinin anlam temelli kullandığına işaret etmişlerdir. Ek olarak, olumsuz başa çıkma stillerine daha fazla yöneldikleri ve bu durumun içinde bulundukları sürecin ortaya çıkardığı stres ve psikososyal problemlerle ilişkili olduğu belirtmişlerdir. Sharma ve diğerleri (2014) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, %40 oranında infertil kadının çok yüksek oranda stres yaşadıkları bulunmuştur. Yüksek stres yaşadığını belirten kadınların %54,17’sinin dini başa çıkma yöntemlerini benimsediği ve %40’ının duygusal başa çıkma yöntemlerini benimsediği sonucu elde edilmiştir.

Jing ve diğerleri (2021) tarafından yapılan araştırmada, başa çıkma stillerinin damgalanma ve infertil kadınların yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı etkisi olduğu saptanmış ve pasif-kaçınan, aktif-kaçınan ve aktif-karşı durma başa çıkma stillerinin negatif yönlü aracı etkisi olduğu; anlamlılık temelli başa çıkma yöntemlerinin ise pozitif yönlü aracı rolü olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da saptanan travmatik stres düzeyi ile başa çıkma stilleri arasındaki ilişki ele alındığında, olumsuz başa çıkma stillerinin olumlu baş etme stillerine göre daha yüksek düzeyde negatif ilişkisi olmasının ya da bazı olumlu baş etmelerin ilişkili çıkmamasının uyumlu bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

İran’da yapılan bir diğer araştırmada, infertilite stresi ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Aflakseir ve Zarei (2013) tarafından yapılan araştırmada, aktif kaçınmacı başa çıkma stillerinin infertilite stresini pozitif yönlü; pozitif başa çıkma stillerinin ise infertilite stresini negatif yönlü yordadığı sonucu elde edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, infertilite stresi ile pozitif baş etme stilleri arasında ya anlamlı bir ilişki bulunmamış ya da düşük seviyede bir ilişki bulunmuştur. Bu yönüyle araştırma bulgularının farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıklar alanyazında başka araştırmalarda da göze çarpmaktadır. Örneğin, Lancaster ve Boivin (2005), iyimser olan, ancak sürekli kaygı düzeyi yüksek infertil kadınların baş etme

düzeylerine etki ettiği ve tedavi sürecinde anlamlı etkisi olduğunu ileri sürmüştür. Diğer bir araştırmada da dini ve spiritüel başa çıkma yöntemlerinin, stres düzeyi çok yüksek olan kadınlarda tercih edilen başa çıkma yöntemi olduğu sonucu elde edilmiştir (Sharma ve diğerleri, 2014). Ülkemizde de yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, Yılmaz ve Şahin (2020), infertil bireylerin stres ile başa çıkmada çok çeşitli ve hem olumlu hem olumsuz baş etme stillerini kullandıklarını belirlemiştir. Din ve maneviyata yönelme, sosyal izolasyon, durumu yok sayma ve dikkati başka yöne çekme girişimlerinin en fazla kullanılan yöntemler olduğu sonucuna varılmıştır. Bu yönüyle, araştırma bulgularımızın bazı araştırmalar açısından uyumluluk gösterdiği anlaşılmaktadır.

Özetle, daha önce elde edilen bulgular ve bizim çalışmamızın sonuçları, infertilite stresi ile mücadele eden kadınlara yönelik müdahalelerin yalnızca olumlu başa çıkma stratejilerini teşvik etmeye değil, aynı zamanda olumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımını azaltmaya da odaklanması gerektiğini göstermektedir (Verhaak ve diğerleri, 2007).

4.8. Gelecek Araştırmalar ve Uygulamalara Yönelik Öneriler

Mevcut araştırma, damgalanma, olayların etkisi ve infertilite ile uğraşan kadınlar arasında başa çıkma becerileri arasındaki karmaşık ilişkiyi aydınlatmıştır. Bununla birlikte, bu çalışma daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulan birkaç alanı da ortaya çıkarmıştır.

İlk olarak, gelecekteki araştırmalar, damgalanma ile infertilitenin psikolojik etkisi arasındaki ilişkide başa çıkma becerilerinin potansiyel aracı rolünü keşfetmeyi amaçlamalıdır. Farklı başa çıkma stillerinin damgalanmanın zararlı etkilerini azaltmaya nasıl yardımcı olabileceğini anlamak, infertilite ile mücadele eden kadınlar için terapötik müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik edebilir.

İkinci olarak, farklı infertilite nedenleri (kadın faktörü, erkek faktörü, hem kadın hem erkek, açıklanamayan infertilite) ile başvuran olgularda, damgalanma ile psikolojik sıkıntı arasındaki etkileşimi çözmek için çalışmalara ihtiyaç vardır. Araştırmamız, EF veya KEF infertil kadınların, KF infertiliteye sahip olanlara kıyasla

daha yüksek düzeyde sıkıntı yaşayabileceğini göstermiştir. Bu farklılıkların nedenleri henüz tam olarak anlaşılamamıştır ve yeni araştırmalar gerektirmektedir.

Üçüncü olarak, infertiliteyi çevreleyen deneyimlerin ve algıların çeşitliliği göz önüne alındığında, gelecekteki araştırmaların daha kesişimsel bir yaklaşım benimsemesi çok önemlidir. Özellikle, yaş, sosyoekonomik durum, kültürel geçmiş, eğitim seviyesi veya ilişki durumu gibi diğer demografik değişkenlerin damgalanma, başa çıkma mekanizmaları ve infertilitenin psikolojik etkisi ile nasıl etkileşime girdiğini açıklamayı amaçlayan araştırmalar yapılabilir.

Damgalanma, psikolojik sıkıntı ve başa çıkmanın zaman içindeki seyrini izlemek için daha fazla sayıda boylamsal çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu tür araştırmalar, infertilitenin uzun vadeli psikolojik etkisi ve farklı başa çıkma stratejilerinin etkinliği hakkında değerli bilgiler sağlayabilir. Bu araştırmanın bulgularına dayanarak, infertilite ile mücadele eden kadınlara yönelik psikolojik müdahalelerin damgalanma ile başa çıkma stratejilerini içermesi önemli görünmektedir. Ayrıca, doktorlar, hemşireler veya danışmanlar gibi infertilite tedavisinde yer alan sağlık çalışanlarının, infertilitenin psikolojik yönleri hakkında eğitim almalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu, infertilite ile mücadele eden bireylere yönelik anlayış ve empatilerini geliştirebilir ve damgalanma deneyimini potansiyel olarak azaltabilir.

Son olarak, toplumsal damgalanmayı azaltmak için infertilite konusunda kamu bilincini ve anlayışını artırmaya yönelik çabalar önemli olacaktır. Bu kapsamda medya kampanyaları, okullarda eğitim programları veya sağlık uzmanları ya da infertilite konusunda kişisel deneyime sahip bireyler tarafından bilgilendirici konuşmalar yapılabilir.

SONUÇ

- İDÖ puanları incelendiğinde, toplam puanlar açısından KEF gruptaki kadınların, KF ve EF gruplardaki kadınlardan daha yüksek düzeyde damgalanma hissettiği ortaya çıkmıştır.
- İDÖ'nün dört alt boyutu incelendiğinde tüm alt boyutlarda KEF grubundaki kadınların damgalanmışlık düzeyinin KF ve EF grubundaki kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ancak üç alt boyutta bu fark anlamlı bulunmuştur. Bu alt boyutlar öz değer kaybı, sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalanmadır.
- Olayların Etkisi Ölçeği'nin toplam puanlarına bakıldığında KF grup EF ve KEF gruptan anlamlı olarak düşük puan almıştır.
- İKBÖ puanlarının infertilitenin faktörünün ayrıştığı gruplar açısından incelendiğinde KF grubunda, düşüncelerle aşırı meşguliyet ve sosyal geri çekilme baş etme stillerinde EF ve KEF gruplarından anlamlı fark ile daha yüksek puan almıştır. Ölçeğin yüksek puanlarının o baş etme stillerini daha az kullanma olarak hesaplanmasından ötürü burada KF grubunun bu baş etme stillerini diğer iki gruptan daha az kullandığı görülmüştür.
- Araştırma bulgularında İDÖ ile OEÖ (İES-R) toplam puanları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur.

KAYNAKÇA

- Adib-Rad, H., Basirat, Z., Faramarzi, M., Mostafazadeh, A., & Bijani, A. (2019). Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study. *Turkish Journal of Obstetrics And Gynecology*, 16(3), 151–157. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.88899>
- 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), 202–206.
- Agarwal, A., Gupta, S., & Sharma, R. (2016). *Andrological evaluation of male infertility*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-26797-5>
- Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., & Chyatte, M. R. (2015). A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive Biology And Endocrinology : RB&E*, 13, 37. <https://doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1>
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. (2005). COPE (Basa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma/The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 221.
- Çelik, E., A. (2020). *İnfertilite tedavisi gören kadınların başa çıkma stratejileri, evlilik doyumları ve umutsuzluk düzeylerinin ilişkisi* .(Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Okan Üniversitesi. İstanbul.
- Akcan, G. (2018). Travmanın psikolojik bileşenleri- post travmatik stres bozukluğu. *Turaz Akademi*, 47-53.
- Aker T. (2000). *Temel sağlık hizmetlerinde psikososyal travmaya yaklaşım*. İstanbul: Mutlu Doğan Ofset U. V. Lak Tesisleri.
- Akın, Ö., & Şahin, E. (2020). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 55-75.

- Aksöz, M. (2020). *İnfertilite tedavisi gören çiftlerin toplumsal cinsiyet algıları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkisi*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Samsun.
- Aksu., & Şayan, Ö. (2023). Batı Marmara bölgesindeki bir üniversite hastanesinde infertilite tedavisi gören kadınların damgalanma, stres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (19), 178-193. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1073416>
- Akyüz, A., Seven, M., Şahiner, G., & Bilal, B. (2013). Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 6(4), 286.
- Allahbadia, G. N. (2017). Intrauterine insemination: Fundamentals revisited. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Of India*, 67(6), 385–392. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1060-x>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Gynecology data definitions (version 1.0)*. Erişim adresi: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/publications/revitalize-gyn.pdf>
- American Psychiatric Association. Task Force on Treatments of Psychiatric Disorders. (1989). *Treatments of psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-5 task force*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı*, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Amir, M., Horesh, N., & Lin-Stein, T. (1999). Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), 463–479. <https://doi.org/10.1023/A:1026280017092>

- Amiri, M., Sadeqi, Z., Hoseinpoor, M. H., & Khosravi, A. (2016). Marital satisfaction and its influencing factors in fertile and infertile women. *Journal Of Family & Reproductive Health*, 10(3), 139.
- Anwar, S., & Anwar, A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Womens Health Gynecol*, 5, 2-5.
- Ardabili, H. E., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Ramezanzadeh, F., & Nedjat, S. (2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 112(1), 15–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.07.030>
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Bakhtiyar, K., Beiranvand, R., Ardalan, A., Changae, F., Almasian, M., Badrizadeh, A., Bastami, F., & Ebrahimzadeh, F. (2019). An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Women's Health*, 19(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0805-3>
- Bartlik, B., Greene, K., Graf, M., Sharma, G., & Melnick, H. (1997). Examining PTSD as a complication of infertility. *Medscape Women's Health*, 2(3), 1-1.
- Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2016). Experiences of infertility in British and Pakistani women: A cross-cultural qualitative analysis. *Health Care for Women International*, 37(2), 180–196. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.980890>
- Bayer, S., Alper, M. M., & Penzias, A. S. (2018). *The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practitioners who care for infertile couples*. London: CRC Press.
- Bayraktar, E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27 (3), 234-238.
- Benyamini, Y., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life

- satisfaction. *Social Science & Medicine* (1982), 59(5), 1109–1116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.021>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9656-1>
- Berg, B. J., Wilson, J. F., & Weingartner, P. J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine* (1982), 33(9), 1071–1080. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90012-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90012-2)
- Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and coping with discrimination and stigmatization. *Frontiers in Psychology*, 2, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00033>
- Bhat, A., & Byatt, N. (2016). Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 31. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0663-8>
- Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalanma ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1).
- Bilgiç, S. (2011). *Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması*. (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Bilir, N. Ç. (2002). Çalışma hayatı ve üreme sağlığı. *STED*, 11(3), 86–90.
- 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 (Oxford, England)*, 22(6), 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: Meta-analysis of prospective

- psychosocial studies. *British Medical Journal*, 342, d223.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d223>
- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T. (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2).
- Bornstein, M., Gipson, J. D., Failing, G., Banda V., & Norris, A. (2020). Individual and community-level impact of infertility-related stigma in Malawi. *Social Science & Medicine*, 251, 112910.
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
10.1080/01973533.2012.746147
- Bowles, S. V., Bernard, R. S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R., Perez, T., & Koopman, C. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *The Journal of Family Practice*, 55(11), 969–973.
- Bradow, A. (2011). *Primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: experiential differences between type of infertility and symptom characteristics*. (Doktora Tezi). The Faculty of The School of Psychology Spalding University. Louisville.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626–632. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Briere, N., & İlkeleri, S. C. T. T. (2014). *Belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Burbridge C. B. (2012). *The impact of experienced trauma, alexithymia, and thought suppression on endocrine function in women undergoing infertility treatment*. (Doktora Tezi). University of Connecticut. Connecticut.
- Cha, J., Chang, S., & Suh, E. (2019). Stigma and coping strategies of infertile women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(4), 418-429.

- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 19(10), 2313–2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh414>
- Chen, M., & Heilbronn, L. K. (2017). The health outcomes of human offspring conceived by assisted reproductive technologies (ART). *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 8(4), 388–402. <https://doi.org/10.1017/S2040174417000228>
- Chernoff, A., Balsom, A. A., & Gordon, J. L. (2020). Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 73-83.
- Chiappone, J. (1986). Infertility as a nonevent: Impact, coping and differences between men and women. Transitions, Stress, Life Events. (Doktora Tezi). University of Maryland
- Clair M. (2018). Stigma. Ryan J. M. (Eds.), *Core concepts in sociology* (s. 318–321) içinde. Lisbon, Portugal: Wiley-Blackwell.
- Cogendez, E., Kumru, P., Soysal, S., Ozkaya, E., Devranoglu, B., Tozgir, E., & Sanverdi, I. (2023). Evaluation of psychological distress in infertile women who underwent art cycle during the covid-19 pandemic. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 29(1), 54-62. <https://doi.org/10.21613/GORM.2022.1293>
- Coşkun, M. (2016). *Yeni tanı almış multiple skleroz hastalarında görülen depresif ya da anksiyeteli uyum bozukluğunun bilişsel çarpıtmalar ile ilişkisi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of

- older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 147–154. <https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00006>
- Çağlar, M., & Satılmış, İ. G. (2019). İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistematiik derleme. *Androl Bul*, 21, 170-176. 10.24898/tandro.2019.79836
- Çalışkan, A., & Süzer Ö., F. (2021) İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(4), 297-306. 10.14744/phd.2021.46503
- Çapık, A., Aksoy, M., Yılmaz, E., & Yılmaz, F. (2019). Infertility Stigma Scale: A psychometric study in a Turkish sample. *Perspectives in psychiatric care*, 55(2), 328–335. <https://doi.org/10.1111/ppc.12360>
- Carson, S. A., & Kallen, A. N. (2021). Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*, 326(1), 65–76. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4788>
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları (Vol. 2)*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H., H. (2010). DSM’ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18 (3): 19-25.
- Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P., & Kocabaşoğlu, N. (2006). Olayların etkisi ölçeği. In *IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. Yeni Symposium* (Vol. 44, No. 1, pp. 14-22).
- Dağ, Z. Ö., & Dilbaz, B. (2015). Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(2), 111–117. <https://doi.org/10.5152/jtgga.2015.15232>
- Daibes, M. A., Safadi, R. R., Athamneh, T., Anees, I. F., & Constantino, R. E. (2018). 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*, 20(5), 516–530. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1359672>

- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., Valchera, A., Ortolani, & diğerleri (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *La Clinica Terapeutica*, 165(3), 163–169. <https://doi.org/10.7417/CT.2014.1716>
- Denson, V., L. (2006). Diagnosis and management of infertility. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(6), 380–386. 10.1016/j.nurpra.2006.03.019
- Deyhoul, N., Mohamaddoost, T., & Hosseini, M. (2017). Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 5(1), 24–29. 10.15296/ijwhr.2017.05
- Dilek, N., & Kızılkaya B. N. (2012). Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 24–29.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805–811. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(99\)00493-8](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00493-8)
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 45–52.
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(11), 3215–3225. <https://doi.org/10.1093/humrep/des307>
- Dong, M., Xu, X., Li, Y., Wang, Y., Jin, Z., & Tan, J. (2021). Impact of infertility duration on female sexual health. *Reproductive Biology and Endocrinology: RB&E*, 19(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12958-021-00837-7>
- 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* (1982), 65(8), 1683–1694. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.003>
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 30(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/01674820902830276>
- Durgun O. Y. & Duman, M. (2020). Effect of infertility causes related to gender differences on women's distress levels among patients utilizing a Turkish university hospital, *Journal of Health Research*, 34 (5), 399-407.
- Duymaz, D. F. (2020). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumu üzerine etkisi.* (Uzmanlık Tezi). Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması.* (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını: Ankara.
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Hoffman, M., & van der Spuy, Z. M. (2002). 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 17(6), 1663–1668. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1663>
- Edelmann, R. J., Connolly, K. J., & Robson, J. (1989). The impact of infertility and infertility investigations: Four case illustrations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7(2), 113-119.
- Eggert, J., Theobald, H., & Engfeldt, P. (2004). Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertility and Sterility*, 81(2), 379–383. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.018>
- Ehsan, Z., Yazdkhasti, M., Rahimzadeh, M., Ataee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2019). Effects of group counseling on stress and gender-role attitudes in infertile women: A clinical trial. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(3), 169–177.

- Apay, E. S., Kızılkaya B. N., & Kılıç, M.(2011). İnfertilite ve kültür. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19 (2), 109-115.
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 167(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Erdem, K., & Ejder Apay, S. (2014). A sectional study: The relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(3), 303–314.
- Etemen, K. D., (2018), *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Etemen, K. D., Gürkan, F.S. (2020). İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Social Science*, 3(1), 1-18.
- Fang, M., Li, G., Kang, X., Hou, F., Lv, G., Xu, X., Kong, L., & Li, P. (2021). The role of gender and self-esteem as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among infertile couples. *Psychology, Health & Medicine*, 26(10), 1181–1194. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808233>
- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmaelzadeh, S., Jorsarai, G., Mir, M. & Abedi, S. (2013). Is coping strategies predictor of anxiety and depression in couple infertility?. *Health*, 5, 643-649. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.53A085>
- Fırat, B., & Şahin, N. (2022). Toplumsal cinsiyet rolleri kapsamında infertilite ve damgalanma: bir sistematik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5 (1) , 93-103. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.933034>

- Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294–300. <https://doi.org/10.1177/0020764004050334>
- Finelli, R., Mottola, F., & Agarwal, A. (2021). Impact of alcohol consumption on male fertility potential: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 328. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010328>
- Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 14(1), 121–129. <https://doi.org/10.1038/aja.2011.72>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Forrest, L. & Gilbert, M. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42–58.
- Frame, T. R. (2008). *Children on demand: The ethics of defying nature*. Coogee, N.S.W. : UNSW Press.
- Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K., Tureck, R., & Mastroianni, L., Jr (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 43(1), 48–53. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48316-0](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48316-0)
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., Yan, P., Zhu, S., & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>
- Galst, J. P. (2018). The elusive connection between stress and infertility: A research review with clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/int0000081>

- Goffman, E. (2014). Stigma and social identity. T. L. Anderson (Ed.) *Understanding Deviance: Connecting Classical and Contemporary Perspectives* (s. 256-265) içinde. New York ve Londra: Routledge.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Penguin Books.
- Gonzalez L. O. (2000). Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 619–633. <https://doi.org/10.1080/01612840050110317>
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine* (1982), 73(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023>
- Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736-746. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00397.x>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- 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, 166–76.
- Güleç, G., Yalçın, E. G., & Yenilmez, Ç. (2019). İnfertil çiftlerde kaygı, öfke, başa çıkma yöntemleri, yeti yitimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 20(1), 1-8. [10.18229/kocatepetip.532087](https://doi.org/10.18229/kocatepetip.532087)
- Hammarberg, K., & Kirkman, M. (2013). Infertility in resource-constrained settings: moving towards amelioration. *Reproductive Biomedicine Online*, 26(2), 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.11.009>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian

- infertile women: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(3), 178–190.
- Hatasaka, H. (2011). New perspectives for unexplained infertility. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 54(4), 727–733. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182353e54>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Horsch, A., Kang, J. S., Vial, Y., Ehlert, U., Borghini, A., Marques-Vidal, P., Jacobs, I., & Puder, J. J. (2016). Stress exposure and psychological stress responses are related to glucose concentrations during pregnancy. *British Journal of Health Psychology*, 21(3), 712–729. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12197>
- Husain, W., & Imran, M. (2021). Infertility as seen by the infertile couples from a collectivistic culture. *Journal of Community Psychology*, 49(2), 354–360. <https://doi.org/10.1002/jcop.22463>
- Infertility Workup for the Women's Health Specialist: ACOG Committee Opinion, Number 781. (2019). *Obstetrics and Gynecology*, 133(6), e377–e384. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003271>
- Inhorn M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine* (1982), 56(9), 1837–1851. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00208-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00208-3)
- İzci, F., & Ünveren, G. (2017). Cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 6(1), 31–38. [10.5455/JCBPR.236616](https://doi.org/10.5455/JCBPR.236616)
- Jaber, D. J., Basheer, H. A., Albsoul-Younes, A. M., Elsalem, L. M., Hamadneh, J. M., Dweib, M. K., & Ahmedah, H. T. (2022). Prevalence and predictive factors for infertility-related stress among infertile couples: A cross-sectional study from Jordan and the occupied Palestinian territories. *Saudi Medical Journal*, 43(10), 1149–1156. <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.10.20220411>

- Jafarzadeh, F., Golzari, M., Jomehri, F., Poursamar, S. L., & Sahraian, K. (2015). The comparison of coping strategies with stress and marital satisfaction in women on the basis of infertility factor. *Women's Health Bulletin*, 2(2), 1-4. <https://doi.org/10.17795/whb-25227>
- Jain, M., & Singh, M. (2022). Assisted reproductive technology (ART) techniques. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/#__NBK576409_dtl__
- 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* (1982)147, 184–189. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.002>
- Jing, X., Gu, W., Zhang, L., Miao, R., Xu, X., Wang, M., Ramachandran, H. J., & Wang, W. (2021). Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Women's Health*, 21(1), 386-392. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01525-9>
- Kadıoğlu, M. & Hotun ř. N. (2015). Stigmatizasyon (Damgalanma) ve kadın. *Sağlık ve Toplum*, 25(3), 3-9.
- Kamışlı, S., Terzioğlu, C., & Bozdağ, G. (2021). Mental health of infertile women: hopelessness, anxiety and depression levels. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 12(1),43-49. 10.14744/phd.2020.48030
- Kalcı, P., Karaş, H., & Polat, A. (2020). IVF tedavisi gören kadınlarda bağlanma, yılmazlık, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri ile infertiliteye ilişkin global stres düzeyi ve tedavi sonucu arasındaki ilişki. *J Clin Psy.*, 23(4), 446–455.
- Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 20(2), 61-64. 10.24898/tandro.2018.24993
- Karaca, A., & nsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2), 80-85. 10.5505/phd.2012.02486

- Karaca, A., & Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2):126-132. 10.5222/HEAD.2015.126
- Karaca, A., Ünsal, G., Asik, E., Keser, I., Ankaralı, H., & Merih, Y. D. (2018). Development and assessment of a coping scale for infertile women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(3), 13–23. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i3.2>
- Karaca, A., Yavuzcan, A., & Batmaz, S. (2019). The effect of cognitive behavioral group therapy on infertility stress, general health, and negative cognitions: a randomized controlled trial. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 37, 375–394. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00317-3>
- Karadakovan A., & Eti Aslan F. (2017) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Karpat, C., & Erensoy, H. (2020). A pilot study on stress and coping strategies in infertile women under in vitro fertilization treatment. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 14(3), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.02.130>
- Kaya, Z. (2018). *İnfertil kadınlarda damgalanma ve umutsuzluk ile başa çıkma tarzlarının belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kaya, Z., & Oskay, U. (2020). Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 485–496. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1650904>
- Kazancı, E. (2020). *Acil tıp asistanlarında anksiyete düzeyi, umutsuzluk düzeyi ve akut stres bozukluğunun istifa oranlarına etkisi*. (Acil Tıp Uzmanlık Tezi). Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Keskin, G., & Gümüş, A. B. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1). 10.5505/phd.2014.07269

- Kırca, N., (2011). *İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kırca, N., & Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178. <https://doi.org/10.5455/cap.20130511>
- Kim, M., Moon, S. H., & Kim, J. E. (2020). Effects of psychological intervention for Korean infertile women under In Vitro Fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(4), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.05.001>
- Klonoff-Cohen, H. S., & Natarajan, L. (2004). The effect of advancing paternal age on pregnancy and live birth rates in couples undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(2), 507–514. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.01.035>
- Kumar, N., & Singh, A. K. (2015). Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(4), 191–196. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.170370>
- Kuroda, K. (2018). Treatment strategy for unexplained recurrent miscarriage. Kuroda, K., Brosens, J. J., Quenby, S., & Takeda, S. (Ed.) *Treatment strategy for unexplained infertility and recurrent miscarriage* (s. 79-84) içinde. Singapore: Springer.
- Küçük, S. & Koruk, F. (2022) Being an infertile woman in a highly fertile region of Turkey: Stigmatisation and coping experiences. *Electron J Gen Med*. 19(2), 346. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11545>
- Küçükkaya, M. & Kılıç, M. (2022). The effect of stigma on level of infertility-related psychological distress in women with infertility. *African Journal of Reproductive Health*, 26(2), 13-25.
- Kühnert, B. & Nieschlag, E. (2004). Reproductive functions of the ageing male. *Human Reproduction Update*, 10(4), 327–339. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmh030>

- Künzle, R., Mueller, M. D., Hänggi, W., Birkhäuser, M. H., Drescher, H., & Bersinger, N. A. (2003). Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples. *Fertility and Sterility*, 79(2), 287–291. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)04664-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)04664-2)
- Lancastle, D. & Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychology*, 24(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.171>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- 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. <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.909610>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Newyork: McGrawHill Book Company.
- Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress to the Emotions. *Annual Reviews of Psychology*. 44. 1-21.
- Lazarus R., & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Newyork: Springer Press. 142.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- Lee S. H. & Kuo B. J. (2000). Chinese traditional childbearing attitudes and infertile couples in Taiwan. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 54.
- Lei, A., You, H., Luo, B. & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*, 11(1), 24220. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03715-9>

- Letherby, G. (2012). "Infertility" and "involuntary childlessness": Losses, ambivalences and resolutions. Earle, S., Komaromy, C., & Layne, L. (Ed.) *Understanding Reproductive Loss* (s. 9–21) içinde. Farnham: Ashgate.
- Li, Y., Lin, H., Li, Y. & Cao, J. (2011). Association between socio-psycho-behavioral factors and male semen quality: systematic review and meta-analyses. *Fertility and Sterility*, 95(1), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.06.031>
- Lin, Y. T., Wang, A. W., Wei, S., Hong, J. S. & Hsu, W. Y. (2022). The relationship between infertility family stigma, self-stigma and psychological well-being in female first-visit patients at a reproductive medicine center in Taiwan. *Health Psychology Report*, 10(2), 122–128. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.107335>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2012). Labeling and stigma. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 525–541. [10.1007/978-94-007-4276-5_25](https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_25)
- Luk, B. H., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 108–122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>
- Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>

- Mert, S. N. (2020). *İntra uterin inseminasyon yapılacak açıklanamayan infertilite tanılı hastalarda daignostik ofis h/s'nin gebelik sonuçlarına etkisi.* (Uzmanlık Tezi.) Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa.
- Milad, M. P., Klock, S. C., Moses, S., & Chatterton, R. (1998). Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 13(8), 2296–2300. <https://doi.org/10.1093/humrep/13.8.2296>
- Miller, C. T., Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57, 73–92. 10.1111/0022-4537.00202
- Moudi, Z., Piramie, R., Ghasemi, M., & Ansari, H. (2019). Effect of an infertility counseling program on perceived stigma among infertile female candidates for intra-uterine insemination. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(4), 1880-1889. 10.22038/JMRH.2019.40465.1457
- Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57(1), 113–121.
- Nagórska, M., Bartosiewicz, A., Obrzut, B., & Darmochwał-Kolarz, D. (2019). Gender differences in the experience of infertility concerning polish couples: preliminary research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2337. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132337>
- Nahar, P., & Richters, A. (2011). Suffering of childless women in bangladesh: the intersection of social identities of gender and class. *Anthropology & Medicine*, 18(3), 327–338. <https://doi.org/10.1080/13648470.2011.615911>
- Nahar, P., & van der Geest, S. (2014). How women in Bangladesh confront the stigma of childlessness: agency, resilience, and resistance. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3), 381–398. <https://doi.org/10.1111/maq.12094>
- Naz, B., & Batool, S. S. (2017). Infertility related issues and challenges: perspectives of patients, spouses, and infertility experts. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 3-11.

- Nguyen, R. H., Wilcox, A. J., Skjaerven, R., & Baird, D. D. (2007). Men's body mass index and infertility. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 22(9), 2488–2493. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem139>
- Nuri Tural, G. & Sis Çelik, A. (2019). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 91-104. 10.17681/hsp.410980
- Ofosu-Budu, D. & Hänninen, V., (2021). Ways of reducing the stigma of infertility: Views of infertile women and their herbalists. *African Journal of Reproductive Health* 25(2), 110–119. 10.29063/ajrh2021/v25i2.11
- Ogawa, M., Takamatsu, K. & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-5-15>
- Oğuz, D. H. (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri*. (Uzmanlık Tezi, Basılmamış). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Olive, K., Sekar, K. P., & Susila, C. (2014). Level of anxiety among women with infertility problems, at Pondicherry city hospital, Puducherry – A Descriptive study. *International Journal of Comprehensive Nursing*. (1)1, 48-51.
- Onat, G., & Kızılkaya B. N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 165(2), 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033>
- Oti-Boadi, M., & Oppong Asante, K. (2017). Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *BioPsychoSocial Medicine*, 11, s. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0105-9>
- Ozan, Y. D., & Duman, M. (2020). Effect of infertility causes related to gender differences on Women's distress levels among patients utilizing a Turkish university hospital. *Journal of Health Research*, 34(5), 399-407.

- Öz, İ. Ş., Turhan Ç. A., Ün, B. & Bacanakgil, B. H. (2019). Ovarian hipersitümülasyon sendromuna bağlı izole plevral efüzyon gelişen olgu sunumu. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 3 (2), 70-74.
- Özbay, Y. (1993). *An investigation of the relationship between adaptational coping process and self-perceived negative feelings on international students*. (Doktora Tezi). Lubbock, Texas, USA.
- Özgen, F. & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Özgör, B. Y. & Baştu, E. (2017). İn vitro fertilizasyonun embriyo transferi ve oosit pick up kaynaklı komplikasyonları. *Türk Üreme Tıbbi Cerrahisi Dergisi*, 1(2), 112-115. 10.24074/tjrms.2017-55677.
- Özmen, S. & Erdem, R. (2018). Damgalanmanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, A., Aba, Y. A., & Sık, B. A. (2021). The relationship between stigma, perceived social support and depression in infertile Turkish women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), s. 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.009>
- Öztürk, E. (2003). *Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının aile bireylerindeki çocukluk çağı travmaları*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.
- Öztürk, E. & Sar, V. (2008). Somatization as a predictor o suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 662-668. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01865.x>
- Öztürk, R., Bloom, T. L., Li, Y., & Bullock, L. F. C. (2021). Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 205–217. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754373>

- Palha, A. P., & Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 164–183. <https://doi.org/10.1159/000328922>
- Palm-Fischbacher, S., & Ehlert, U. (2014). Dispositional resilience as a moderator of the relationship between chronic stress and irregular menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(2), 42–50. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.912209>
- Papreen, N., Sharma, A., Sabin, K., Begum, L., Ahsan, S. K., & Baqui, A. H. (2000). Living with infertility: Experiences among Urban slum populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 8(15), 33–44. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(00\)90004-1](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(00)90004-1)
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. [10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0)
- Patel, A., Sharma, P. S., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 9(1), 28–34. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.178630>
- Patel, A., Venkata Narasimha Sharma, P. S., & Kumar, P. (2020). Psychiatric disorders in women seeking fertility treatments: a clinical investigation in india. *International Journal of Fertility & Sterility*, 14(1), 68–71. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2020.5759>
- Patel, A. S., Leong, J. Y., & Ramasamy, R. (2017). Prediction of male infertility by the World Health Organization laboratory manual for assessment of semen analysis: A systematic review. *Arab Journal of Urology*, 16(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2017.10.005>
- Paterson, B. L., Backmund, M., Hirsch, G., & Yim, C. (2007). The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *The International Journal on Drug Policy*, 18(5), 364–373. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.004>

- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/a:1020641400589>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85(3), 802–804. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.09.020>
- Petraglia, F., Serour, G. I., & Chapron, C. (2013). The changing prevalence of infertility. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 123 Suppl 2, S4–S8. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.005>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two?. *Social Science & Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Pinheiro, R. C., Lambert, J., Bénard, F., Mauffette, F., & Miron, P. (1999). Effectiveness of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection for severe male infertility. *CMAJ: Canadian Medical Association journal= journal de l'Association medicale canadienne*, 161(11), 1397–1401.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2015). Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 103(3), e18–e25. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.12.103>

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2018). Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 110(4), 611–618. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.016>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2020). Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: a guideline. *Fertility and Sterility*, 113(2), 305–322. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.10.014>
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Raque-Bogdan, T. L., & Hoffman, M. A. (2015). The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 39(4), 484–496. <https://doi.org/10.1177/0361684315576208>
- Ray, A., Shah, A., Gudi, A., & Homburg, R. (2012). Unexplained infertility: an update and review of practice. *Reproductive Biomedicine Online*, 24(6), 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.02.021>
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43(11), 821–841. [10.1023/A:1011084821700](https://doi.org/10.1023/A:1011084821700)
- Ridenour, A.F., Yorgason, J.B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31, 34–51. [10.1007/s10591-008-9077-z](https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z)
- Ried, K., & Alfred, A. (2013). Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Women's Health*, 13, 17. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-17>
- Roberts, L., Renati, S., Solomon, S., & Montgomery, S. (2020). Women and infertility in a pronatalist culture: Mental health in the slums of Mumbai. *International*

Journal of Women's Health, 12, 993–1003.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S273149>

- Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Timmins, F., & Hall, J. (2017). Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3917–3935. <https://doi.org/10.1111/jocn.13813>
- Rossi, B. V., Abusief, M., & Missmer, S. A. (2014). Modifiable risk factors and infertility: what are the connections?. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(4), 220–231. <https://doi.org/10.1177/1559827614558020>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813–819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Rutstein, S. O., & Shah, I.H. (2004) *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. Calverton (Maryland): ORC Macro.
- Saif, J., Rohail, I., & Aqeel, M. (2021). Quality of life, coping strategies, and psychological distress in women with primary and secondary infertility; a mediating model. *Nat. Nurt. J. Psychol*, (1), 8-17.
- Sarokhani, M., Veisani, Y., Mohamadi, A., Delpisheh, A., Sayehmiri, K., Direkvand-Moghadam, A., & Aryanpur, M. (2017). Association between cigarette smoking behavior and infertility in women: a case-control study. *Biomedical Research and Therapy*, 4(10), 1705-1715.
- Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*, 90(6), 2107–2111. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045>
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(4), 1044–1052. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh687>
- Schwerdtfeger, K. L., & Shreffler, K. M. (2009). Trauma of pregnancy loss and infertility for mothers and involuntarily childless women in the contemporary United States. *Journal of Loss & Trauma*, 14(3), 211–227. <https://doi.org/10.1080/15325020802537468>

- Sezgin, H., & Hocaoglu, C. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184.
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11, 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>
- 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. <https://doi.org/10.3126/jucms.v2i4.12039>
- Shirolu, S. O. (2020). *Primer infertil bireylerde içselleştirilmiş stigmatizasyonun benlik saygısı, anksiyete ve depresyon ile olan ilişkisi*. (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2016). Structures and types of stigma. W. Gaebel, W. Rössler ve N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness End of the Story?* (s.43–66) içinde. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 22(8), 2309–2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- Stuart H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(3), 185–188. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x>
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2, 105-108.

- Şahin Y. T. (2012). *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Taeibi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Taşçı, D., E., Bolsoy, N., Kavlak, O., & Yücesoy F (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105- 110.
- Taşkın, M. İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., & Arslan, M. (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *European Journal of Health Sciences*, 2(3), 79-84.
- Türk Dil Kurumu (2015). *Genel açıklamalı sözlük*. Ankara: TDK Yayınları
- Teklemicheal, A. G., Kassa, E. M., & Weldetensaye, E. K. (2022). Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: a cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychology*, 10(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00804-w>
- The Patient Education Website of the American Society for Reproductive Medicine (2012). Diagnostic Testing for Female Infertility. Erişim adresi: ReproductiveFacts.org
- Koçyiğit, T., O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-37.
- Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. Teresa I. Scheid ve TONY N. BROWN (Eds.). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems 2*, (s. 200-212) içinde. New York: Cambridge University Press.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178, 556–560. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556>

- TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). *Ulusal aile planlaması rehberi*. Dördüncü basım. Ankara.
- Umezulike, A. C., & Efetie, E. R. (2004). The psychological trauma of infertility in Nigeria. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 84(2), 178–180. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00316-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00316-3)
- Ünal, S., Kargın, M., & Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 481-486.
- Van Balen, F., & Bos, H. M. W. (2004). Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 245-247. <http://dx.doi.org/10.1080/02646830412331298299>
- Van Rooij, F. B., Bos, H., Gerrits, T., Hiadzi, R. A., & Donkor, E. S. (2021). The relationship between stigmatisation and quality of life in Ghanaian women and men with fertility problems: mediating role of coping strategies. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 12(4), 257–264.
- Vargas-Tominaga, L., Alarcón, F., Vargas, A., Bernal, G., Medina, A., & Polo, Z. (2020). Associated factors to pregnancy in intrauterine insemination. *JBRA Assisted Reproduction*, 24(1), 66–69. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20190060>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Weinger, S. (2009). Infertile Cameroonian women: Social marginalization and coping strategies. *Qualitative Social Work*, 8(1), 45-64. <https://doi.org/10.1177/147332500810042>
- Wilson, J. F., & Kopitzke, E. J. (2002). Stress and infertility. *Current Women's Health Reports*, 2(3), 194–199.

- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 22(2), 598–604. <https://doi.org/10.1093/humrep/del401>
- Wiweko B., Anggraheni U., Elvira S. D., & Lubis H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22(2), 145-8. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.01.005>
- World Health Organization (2018). Sexual and reproductive health- Infertility definitions and terminology. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en>
- World Health Organization (2020). Infertility. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55(1), 100–108.
- Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1093459. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
- Yağmur, Y., & Oltuluoğlu, H. (2012). Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in eastern Turkey. *Public Health Nursing* 29(2), 99–104. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.00976.x>
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 39–52. <https://doi.org/10.3109/01674829909075575>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-121.

- Yıldızhan, R., Adali, E., Kolusarı, A., Kurdoğlu, M., Yıldızhan, B., & Şahin, G. (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104(2), 110-112.
- Yılmaz, B. & Şahin, N. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1), 84-85. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.583933>
- Yılmaz, E., & Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 378–382. <https://doi.org/10.1111/ppc.12319>
- Yılmaz, T., & Oskay, Ü. Y. (2015). Methods to cope with infertility stress and nursing attitudes. *Archives of Health Science and Research*, 2, 100-112. <https://doi.org/10.17681/hsp.20993>
- Yılmaz, T., Oskay, Ü. Y. (2017). The evaluation of methods used to cope with infertility stress of infertile couples in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1595–1604
- Yılmaz, T., Yazıcı, S., & Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 275–281. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708318>
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The experience of Chinese couples undergoing In vitro fertilization treatment: Perception of the treatment process and partner support. *PloS One*, 10(10), e0139691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139691>
- Yli-Kuha, A. N., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E., & Hemminki, E. (2010). Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 25(8), 2018–2023. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq164>
- Yokota, R., Okuhara, T., Okada, H., Goto, E., Sakakibara, K., & Kiuchi, T. (2022). Association between stigma and anxiety, depression, and psychological

- Distress among Japanese women undergoing infertility treatment. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1300. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071300>
- Yung, P. M. B., Fung, M. Y., Chan, T. M. F., & Lau, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 255–261. [10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x](https://doi.org/10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x)
- Yücesoy, H., Yıldırım, F., & Şahin, E. (2021) İnfertilitenin kültürel, ekonomik, psikososyal ve cinsel yönüne güncel bir bakış: Temel hemşirelik yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 23(4), 256-263. <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.97360>
- Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y., & Wang, Y. (2021). The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: a questionnaire-based study. *BMC Women's Health*, 21(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01246-z>
- Zorlu, S. & Erbaş, N. (2021). İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37 (2), 95-105. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.899608>
- Zorlu, S., & Erbaş, N. (2023). Psychosocial problems experienced by infertile women and stigmatization: a qualitative study. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1). <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1087450>

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu bilgilendirilmiş onam formu, infertilite tedavisi sürecinde olan kadınları “İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilite Nedenine Göre Damgalanma, Travma ve Baş Etme Yöntemleri” başlıklı araştırmaya davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Bu araştırma Dr. Nevzat Uçtun Muhtar ve Dr. Serhat Yüksel danışmanlığında Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi H. Özlem Kölan Yaraş tarafından yürütülecektir. Aşağıda araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceğine dair bilgilendirme yazısı bulunmaktadır. Bilgilendirmeyi okuduktan sonra sorularınız olur ise açıkça sorabilirsiniz. Formun son bölümünde araştırmaya katılmayı kabul ettiğinize dair bir bölüm bulunmaktadır. Kabul ettiğiniz takdirde lütfen ilgili bölümü imzalayınız.

1. Araştırma Hakkında Bilgilendirme

Birçok çalışma göstermektedir ki dünya çapında çiftlerin % 8 – 12’si infertiliteyi (kısırlık) deneyimlemektedir. İnfertilite, bireyi hem fiziksel hem de psikolojik açıdan etkileyen bir durumdur. Bu araştırma infertilite tedavisine gelen kadınların toplumsal yargılanma ve buna bağlı etkilere ne ölçüde maruz kaldıklarını ve bunlarla baş etmek için nasıl yollar geliştirdiğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaçla bilgiler, araştırmanın konusuna yönelik özel sorulardan oluşan anket ve ölçek sorularıyla toplanacaktır. Sorulara cevap verme süresinin toplamda 15-20 dakika olması planlanmaktadır. Dolduracağınız ölçek ve anketlerde isminiz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmanıza istinaden sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek veya size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve yazılı onay vermiş dahi olsanız araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz.

Aynı zamanda gerekli görüldüğü takdirde araştırmacı tarafından da araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

2. Katılımcı Beyanı

Dr. Nevzat Uçtun Muhtar ve Dr. Serhat Yüksel danışmanlığında doktora öğrencisi H. Özlem Kölan Yaraş tarafından bu araştırmaya “gönüllü” olarak katılmak üzere davet edildim. Yukarıda yazılmış olan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım.

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Araştırmacının Adı Soyadı: H. Özlem Kölan Yaraş

Kurum Adı ve Açık Adresi: Doğu Üniversitesi / Dudullu Yerleşkesi. Dudullu
Osman Mah. Nato Yolu Cad. 265/ 1 Ümraniye / İstanbul

Gönüllü Katılımcı Adı ve Soyadı:

Telefon:

İmza:

Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

1. **Yaşınız:**
2. **Eşinizin Yaşı:**
3. **Evlilik Süresi:**
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 denk 3) Gelir giderden fazla
10. **Sosyal güvence durumunuz:** 1) Var 2) Yok
11. **Büyüdüğünüz aile tipi:** 1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile
12. **Çocuğunuz var mı?** 1) Var 2) Yok
13. **Hiç düşük yaptınız mı?** 1) Evet (Sayı belirtiniz) 2) Hayır
14. **Hiç kürtaj oldunuz mu?** 1) Evet (Sayı belirtiniz) 2) Hayır
15. **Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?** yıl
16. **İnfertilite tanısı kime ait?**
1) Bana 2) Eşime 3) İkimize 4) Açıklanamayan
17. **Sizin ya da eşinizin ailesinde çocuk sahibi olamayan var mı?**
1) Var ise kimler 2) Yok

18. Kendi ailenizde veya eşinizin ailesinde infertilite tedavisi almış olan var mı?

- 1) Var ise kimler 2) Yok

19. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?

- 1) 1 yıldan az 2) 1-2 yıl 3) 3-5 yıl 4) 6 yıldan fazla

20. Bugüne kadar uygulanan tedaviler:

1) İlaç Tedavisi (Sayısını belirtiniz):

2) Aşıllama (Sayısını belirtiniz):

3) Tüp Bebek (Sayısını belirtiniz):

4) Havuzlama (Yumurtama toplama):.....

21. Şu anda hangi tedaviyi görüyorsunuz?

1) İlaç Tedavisi 2) Aşıllama 3) Tüp Bebek 4) Havuzlama (Yumurta toplama)

22. Şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?

1) Evet (Tanınız nedir?).....(Ne zaman tanı konuldu?).....

2) Hayır

Ek-3: Olayların Etkisi Ölçeği

Yönergeler: Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi okuyun ve sonra son 7 gün boyunca her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye göre belirtin:

_____, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?

	Asla	Biraz	Az Çok	Oldukça	Aşırı
1. Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.	0	1	2	3	4
2. Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.	0	1	2	3	4
3. Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.	0	1	2	3	4
4. Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5. Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına, canımın sıkılmasına izin vermiyorum.	0	1	2	3	4
6. İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4
7. Sanki olayı yaşamamışım ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8. Olayı hatırlatan durum ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
9. Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi film gibi gözümün önünde canlanıyor.	0	1	2	3	4
10. Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartı tepkiler veriyorum.	0	1	2	3	4

11. Olayı düşünmemeye çalışıyorum.	0	1	2	3	4
12. Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunlar üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum.	0	1	2	3	4
13. Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum, kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.	0	1	2	3	4
14. Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.	0	1	2	3	4
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16. Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki sanki dalga dalga üstüme geliyorlar.	0	1	2	3	4
17. Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4
18. Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
19. Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
20. Olayla ilgili rüyalar görüyorum.	0	1	2	3	4
21. Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.	0	1	2	3	4
22. Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4

Ek-4: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Çocuk sahibi olmak için tedavi gören kadınların sorunlarıyla nasıl başa çıktıklarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapıyoruz. Aşağıda çocuk sahibi olamayan kadınların yaşadıkları sorunlar ile baş etme yöntemlerine dair ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmek için uygun kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi “**ÇOCUK SAHİBİ OLAMAMA**” durumunuzu düşünerek yanıtlayınız. Katılımınız ve dikkatiniz için teşekkür ederiz.

NO	İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
		1	2	3	4	5
1	Düşüncelerimden dolayı yalnız kalma isteğim oluyor					
2	Çocukla ilgili düşüncelerimin takıntı boyutuna geldiğini düşünüyorum					
3	Çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerim zihnimi sürekli meşgul ediyor					
4	Düşüncelerimden dolayı uykusuzluk, iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar yaşıyorum					
5	Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum					
6	Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum					
7	Artık direnme ve mücadele gücüm kalmadı					
8	Kendimi zayıf, eksik hissediyorum					
9	İnsanların çocuk ile ilgili soru sorabilecekleri ortamlardan uzak duruyorum					
10	Bana acıyacakları endişesi ile başkalarının yanında duygularımı dışa vuramıyorum(ağlayamıyorum vb.)					
11	Akrabalarım ile daha az görüşmeyi tercih ediyorum					
12	Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum					

13	Çocuğu olan ya da bebek bekleyen kadınlar ile görüşmekten kaçınıyorum					
14	Kendi bedenimi kusurlu görüyorum ve kendimi suçluyorum					
15	Kendime 'bu olanlar benim başıma gelmiş olamaz' diyorum					
16	Bebek görme/ bebek mevlüdü gibi sosyal aktivitelerden kaçınıyorum					
17	Çocuk sahibi olamadığımız için eşime haksızlık ettiğimi düşünüyorum					
18	Eşimin beni suçladığını düşünüyorum					
19	Çocuk sahibi olan diğer çiftler görünce onlara karşı öfke duyuyorum					
20	Duygusal paylaşımlarımı sadece benimle aynı sorunu yaşayan kişilerle yapıyorum					
21	Eskiye göre daha fazla dua ediyorum					
22	Gerçekten böyle bir olay yokmuş gibi davranıyorum					
23	Başka insanların sorunumu bilmelerini istemiyorum					
24	Benim durumumda olan ya da daha önce bu deneyimi yaşamış kadınlarla vakit geçirmeye çalışıyorum					
25	Çocuk sahibi olamadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım					
26	Bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükafatlandıracağına inanıyorum					
27	Çocuk sahibi olamamamı kadere bağlıyorum					
28	Bu sorunum hakkında konuşmayı tercih ediyorum					
29	Bu sorunumu etrafımdaki neredeyse herkesle paylaşıyorum					
30	Dini inancıma sığınmaya çalışıyorum					
31	Çocukla ilgili hayaller kuruyorum					
32	Tedavinin başarısızlık ihtimaline karşı sonraki adımları düşünüyorum					
33	Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum					
34	Bu sorun ile ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapıyorum(kitap, internet, bilgilendirme içerikli)					
35	Çocukları sevmekten kaçınıyorum					
36	Çocuk sahibi olma konusunda planlar yapıyorum					

37	Çocuğumun olmaması veya tedavi ile olmaması fikrine alıştım					
38	Benzer tecrübeleri yaşamış olan insanlara ne yaptıklarını soruyorum					
39	Çocuk sahibi olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanıyorum					
40	Aile ve arkadaşlarımla bu sorunuma müdahale etmelerini istemiyorum					
41	Saygı duyduğum/ güvendiğim bir akraba ya da arkadaştan bu konuyla ilgili tavsiyeler istiyorum					
42	Sakinleştiren aktiviteleri(masaj, kitap okuma, müzik dinleme gibi) daha çok yapıyorum					
43	Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum					
44	Bu sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum					
45	Kendimi çeşitli yönlerden geliştirmeye önem veriyorum(kurs, hobi, atölye)					
46	Bu durumla yaşamayı öğreniyorum					
47	Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum					
48	Dış görünüşüme eskisinden daha çok dikkat ediyorum					
49	Çocuk sahibi olacağım ile ilgili umutluyum					
50	Bu durumun olumlu taraflarını düşünmeye çalışıyorum					

EK-5: 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.

NO	İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
		1	2	3	4	5
1	Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum.					
2	Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3	Kendimi aileme yükmüşüm 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.					
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.					
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 küçümsediğini hissediyorum.					
21	Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					
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.					