

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**BİLİM DALI**

**İNFERTİL KADINLARDA DAMGALANMA VE**  
**İNFERTİLİTE İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gizem ERBEKTAŞ**

**İstanbul**  
**Eylül-2022**

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**BİLİM DALI**

**İNFERTİL KADINLARDA DAMGALANMA VE İNFERTİLİTE**  
**İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gizem ERBEKTAŞ**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN**

**İstanbul**

**Eylül-2022**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Tülay YILMAZ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi** [*An examination Stigma in Infertile Women and on Methods of Coping with Infertility*]” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

**Gizem ERBEKTAŞ**

## ÖN SÖZ

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürüttüğüm tez çalışmamda bana yardımcı olan, bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, her zaman benimle ilgilenen, bana katkı ve desteklerini esirgemeyen, çok kıymetli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Öğr. Üyesi Ferda ÖZBAŞARAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim süresince gelişimime verdiği katkı ve destekleri için Sayın Hocam Doç. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN OUYABA'ya,

Eğitim süresince bizleri destekleyen Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarıma,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi yetkililerine ve hemşire arkadaşlarıma,

Yüksek Lisans Tezimin verilerinin toplanması sürecinde gönüllü katılmayı kabul eden, deneyimlerini tüm içtenlikleriyle benimle paylaşan kadınlara,

Yüksek lisans eğitimi sürecinde beni destekleyen, beni büyütüp yetiştiren, tüm yaşamım boyunca ve meslek hayatımda desteklerini arkamda hissettiğim ve bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen canım ailem; annem Azime ERBEKTAŞ, babam Mehmet ERBEKTAŞ ve canım kardeşim Görkem ERBEKTAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

**Gizem ERBEKTAŞ**

**İstanbul- 2022**

**ÖZET**

**İNFERTİL KADINLARDA DAMGALANMA VE İNFERTİLİTE  
İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ**

**Gizem ERBEKTAŞ**

Yüksek Lisans; Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Eylül, 2022- 159 Sayfa

Araştırmanın amacı, infertilite polikliniği ve tüp bebek merkezine başvuran infertil kadınlarda damgalanma ve infertilite ile başa çıkma yöntemlerini belirlemektir. Araştırma nicel, analitik, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak tanımlayıcı araştırma tasarımında yapılmıştır. Araştırma örneklemini İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi tüp bebek merkezine başvuran primer infertil kadınlar (n= 228) oluşturmaktadır ve araştırmanın gücü 0,95 olarak hesaplanmıştır. Veriler, Çapık ve ark. tarafından (2019) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan İnfertilite Damgalama (Stigma) Ölçeği (ISS), Karaca ve ark. (2018) tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği ve literatür taranarak elde edilen veriler doğrultusunda hazırlanan Hasta Bilgi Anket Formu ile toplanmıştır. Veri analizleri SPSS 25.0 for Windows versiyonu programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada frekans/sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kolmogorov-Smirnov normallik analizi, çarpıklık-basıklık analizleri, ANOVA (Varyans Analizi), post-hoc testlerinden LSD analizinden ve Korelasyon/Regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. İnfertil kadınların yaş ortalaması  $32,17 \pm 4,88$ 'dir. Çalışmada primer infertil kadınların damgalanma ölçeği (ISS) toplam puan ortalaması  $47,67 \pm 24,81$  olarak tespit edildi. Bu çalışmanın bir sonucu olarak, infertil kadınlar hafif düzeyde damgalanma yaşadılar. Araştırmada kadınların en çok etkilendikleri ISS (infertilty stigma scale) alt ölçeği "toplumsal damgalanma ve özdeğer kaybı" olup, toplumsal damgalanma puan ortalaması  $15,68 \pm 9$  olarak hesaplanmıştır. Ayrıca İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği puan ortalaması  $145,87 \pm 31,83$ 'tür ve katılımcıların baş etme düzeylerinin ise genel olarak ortalama düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği alt boyutları sırasıyla Umut  $5,43 \pm 2,94$ ; Eş İlişkileri  $5,93 \pm 3,04$ ; Kendine Yatırım Yapma  $6,64 \pm 3,13$ ; Kabul  $9,74 \pm 4,04$ ; Sosyal Destek

Arama 11,21±4,23 ve Spiritüel Baş Etme Yolları puan ortalaması 13,67±6,37'dir. Kendi ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olma durumlarına göre damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir. Çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle anlamlı bir farklılık gösterdiği ( $p=0,001$ ,  $p=0,001<0,05$ ) görülmektedir. Yaş gruplarının damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığın olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu, olumsuz veya kararsız olmalarının, damgalanma ve baş etme düzeylerinin üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeyleri arasında 0,201'lik bir katsayı ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeylerindeki bir birimlik değişimin, kadınların baş etme düzeyleri üzerinde 0,139'luk bir düşüşe sebep olacağı söylenebilir. Hemşirelerin, bakım görevinin yanı sıra psikolojik danışmanlık rolünü üstlenerek eğitim planlaması gerekmektedir. Bu çalışma sonucunda; farklı kültürlerde infertil kadınların damgalanma ve infertilite ile baş etme biçimlerini ortaya koyan nitel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Başa Çıkma, Başetme, Damga, İnfertilite, Stigma.

## **ABSTRACT**

### **AN EXAMINATION STIGMA IN INFERTILITE WOMEN AND ON METHODS OF COPING WITH INFERTILITY**

**Gizem ERBEKTAŞ**

Master; Women's Health and Gynecology Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

September, 2022 –159 Pages

The aim of the study is to determine the methods of coping with stigma and infertility in infertile women who applied to the infertility polyclinic and IVF center. The research was conducted in a descriptive research design as quantitative, analytical, correlational and cross-sectional. The sample of the study consisted of primary infertile women (n 228) who applied to the IVF center of Istanbul Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, and the power of the study was calculated as 0.95. Data, Capik et al. The Infertility Stigma Scale (ISS), whose Turkish validity and reliability study was conducted by (2019), Karaca et al. (2018) Coping Scale for Infertile Women for which Turkish validity and reliability study was conducted, and the Patient Information Questionnaire, which was prepared in line with the data obtained by scanning the literature. Data analyzes were performed using SPSS 25.0 for Windows version program. Frequency/number, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov Smirnov normality analysis, skewness-kurtosis analysis, ANOVA (Analysis of Variance). post-hoc tests, LSD analysis and Correlation/Regression analysis were used. The average age of infertile women is 32,174.88. In the study, the mean score of the stigma scale (ISS) of primary infertile women was found to be 47.67±24.81. As a result of this study, infertile women experienced mild stigma. In the study, the ISS (infertility stigma scale) subscale that women were most affected by was "social stigma and loss of self-worth", and the mean score of social stigma was calculated as 15.68±9. In addition, the average score of the Coping Scale for Infertile Women is 145,87±431.83 and the coping levels of the participants are generally above the average level. The sub-dimensions of the Coping Scale for Infertile Women were Hope 5.43±2.94, respectively; Co-relations 5,934±3.04; Investing in Self 6.64±3.13;

Adoption  $9,741 \pm 4.04$ ; Seeking Social Support is  $11.21 \pm 4.23$  and Spiritual Coping Ways mean score is  $13,674 \pm 6.37$ .

Statistically, it can be said with 95% confidence that there is a significant difference in stigmatization levels according to being infertile in their own family or spouse's family. It is seen that there is a statistically significant difference ( $p=0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $0.05$ ) on the levels of stigma and coping with the situations of feeling under pressure due to not being able to have a child, with a 95% reliability. It can be said with statistically 95% confidence that there is a significant difference on the stigma levels of age groups ( $p<0.05$ ). It can be said with 95% confidence that the positive, negative or indecisive feelings of infertile women about the treatment process create a statistically significant difference on their stigmatization and five-pointing levels ( $p<0.05$ ). A coefficient of 0.201 between infertile women's stigma and coping levels. It can be said that there is a weak negative relationship with and that this relationship is statistically significant at the 95% confidence level ( $p=0.002-0.05$ ). In this context, it can be said that a one-unit change in the stigma levels of infertile women will cause a 0.139 decrease in women's coping levels. Nurses need to plan education by taking on the role of psychological counseling in addition to their care duty. As a result of this study; It is recommended to plan qualitative studies that reveal the way infertile women in different cultures cope with stigma and infertility.

**Keywords:** Coping, Handle, Infertility, Stigma, Stigmatization

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI .....</b>	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....</b>	<b>ii</b>
<b>ÖN SÖZ.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>xiii</b>
<b>GRAFİKLER LİSTESİ.....</b>	<b>xv</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>xvi</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>xvii</b>

## BİRİNCİ BÖLÜM

<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları .....	3
1.2.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	3
1.2.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri .....	4

## İKİNCİ BÖLÜM

<b>GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. İnfertilite Tanımı .....	5
2.2. İnfertilitenin Tarihçesi.....	6
2.3. İnfertilitenin Kültürel Yönü .....	8

2.4. İnfertilite İnsidansı .....	9
2.5. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler .....	11
2.5.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri .....	11
2.5.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri .....	12
2.5.3. Açıklanamayan infertilite.....	12
2.5.4. İnfertilitenin Emosyonel Nedenleri.....	12
2.6. Fertilite Üzerine Etkili Olabilecek Yaşam Tarzı Faktörleri.....	13
2.7. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Yönetimi .....	13
2.8. İnfertilite Tedavi Yöntemleri/Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT).....	14
2.8.1. Medikal Tedavi (Ovulasyon İndüksiyonu) .....	15
2.8.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI) .....	15
2.8.3. İn Vitro Fertilizasyon (IVF)- Embriyo Transferi (ET) .....	16
2.8.4. İntrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI).....	16
2.9. İnfertilite Krizinin Evreleri .....	17
2.10. Fertilitenin Korunmasında Hemşirenin Rolü .....	18
2.11. Damgalanma (Stigma) ile İlgili Kavramlar.....	19
2.11.1. Damgalanmanın tanımı ve tarihçesi.....	19
2.11.2. Damgalanma türleri.....	20
2.11.3. Damgalanmanın Sonuçları .....	22
2.11.4. Damgalanmanın İnfertilite Üzerine Etkisi .....	23
2.12. Başa Çıkma Stratejileri .....	27
2.12.1. İnfertilite ve Baş Etme .....	29
2.13. Damgalanma ve başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki.....	31
2.14. İnfertil çiftlerde damgalanma ve infertilite ile başa çıkma konusunda hemşirelik yaklaşımları .....	32

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	34
3.3.1. Dahil edilme kriterleri .....	36
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları .....	36
3.4.1.Hasta Bilgi Formu:.....	36
3.4.2. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği: .....	37
3.4.3. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği: .....	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	38
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi .....	38
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	39
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	39

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>ARAŞTIRMANIN BULGULARI .....</b>	<b>40</b>
4.1. İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	40
4.2. İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	45
4.3. İnfertil Kadınların Damgalanma Ölçeğinin ve Baş Etme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Toplam Puanları .....	53
4.4. İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerinin Normalliklerinin Sınanması .....	55
4.5. Damgalanma ve Baş Etme Ölçekleri için Cronbach's Alpha Değerleri Değerleri.....	57
4.6. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerinin Ortalamalarının Sınanması (T-test, ANOVA).....	58

4.7. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeyi ile Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin ve Etkinin Sınanması .....	67
---	----

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>69</b>
5.1. İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler.....	69
5.2. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi .....	76
5.2.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişiklerinin İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Puan Ortalamalarına Etkisinin İncelenmesi .....	78
5.3. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	80
5.3.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişiklerinin İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamalarına Etkisinin İncelenmesi.....	83
5.4. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	84
5.5. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişikleri ile İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanlarının Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	85

## **ALTINCI BÖLÜM**

<b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>87</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>91</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>114</b>
Ek 1: Hasta Bilgi Formu.....	108
Ek 2 : İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği.....	112
Ek 3: Çocuk Sahibi Olamayan (İnfertil) Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği.....	115
Ek-4. Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Protokolü .....	120
Ek 5: İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması Yapan Araştırmacıdan Alınan İzin Yazısı.....	121

Ek 6: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması Yapan Araştırmacıdan Alınan İzin Yazısı .....	132
Ek 7: Etik Kurul İzni .....	133
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>140</b>



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.5.: Kadına Ait İnfertilite Nedenleri .....	10
Tablo 2.6.: Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri .....	11
Tablo 2.7: İnfertilite Krizinin Evreleri .....	16
Tablo 2.8.: Stresle Başa Çıkma Stratejileri .....	27
Tablo 4.1.: İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 4.2.: İnfertil Kadınlara Ait Diğer Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	42
Tablo 4.3.: İnfertil Kadınların Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	44
Tablo 4.4: İnfertil Kadınların Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	47
Tablo 4.5.: İnfertil kadınların damgalanma ölçeğinin altı boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular .....	51
Tablo 4.6.: İnfertil kadınların baş etme ölçeğinin altı boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular .....	52
Tablo 4.7.: Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Normalliklerinin Sınanması .....	53
Tablo 4.8.: Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Normalliklerinin Sınanması .....	54
Tablo 4.9.: Damgalanma Ölçeği için Cronbach's Alpha Değerleri .....	54
Tablo 4.10.: Baş Etme Ölçeği için Cronbach's Alpha Değerleri .....	55
Tablo 4.11.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (T-test) .....	56
Tablo 4.12.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (T-test) .....	57

Tablo 4.13.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (ANOVA) .....	58
Tablo 4.14.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (ANOVA) .....	60
Tablo 4.15.: LSD Analizine İlişkin Bulgular (Damgalanma).....	62
Tablo 4.16.: LSD Analizine İlişkin Bulgular (Baş Etme) .....	63
Tablo 4.17.: İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayısı ve Kurulan Regresyon Modeline İlişkin Bulgular .....	64
Tablo 4.18.: Kurulan Regresyon Modelinin Katsayıları ve Katsayılarının Anlamlılığının Sınanması .....	64

## GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.7: Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerine İlişkin Dağılım Grafiği ve Kurulan Regresyon Denkleminin Eğim Grafiği .....65



## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.6: Fertilité Üzerine Etkili Olabilecek Yaşam Tarzı Faktörleri .....12
- Şekil 2.7: İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Yönetimi .....13



## KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ASRM:** Amerikan Üreme Tıbbı Derneği [*American Society for Reproductive Medicine-ASRM*]

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü [*World Health Organization–WHO*]

**ET:** Embriyo Transferi

**GİFT:** Gamet İntrafallopian transfer

**HCG:** Human Chorionic Gonadotropin

**ICD:** Uluslararası Hastalık Sınıflandırması [*International Classification of Disease-ICD*]

**ICSI:** Intrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu

**ISS:** İnfertilite Damgalanma Ölçeği [*Infertility Stigma Scale-ISS*]

**IUI:** Aşılama [*Intrauterin inseminasyon-IUI*]

**IVF:** Tüp Bebek [*İn vitro fertilizasyon-IVF*]

**MESA:** Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu

**Oİ:** Medikal Tedavi [*Ovulasyon İndüksiyonu*]

**OPU:** Yumurta toplama işlemi

**PZD:** Parsiyel Zona Diseksiyonu

**SPSS:** Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Paket Program [*Statistic Packets For Social Sciences -SPSS*]

**SS:** Standart Sapma

**SUZI:** Subzonal Sperm İnjeksiyonu

**TESA:** Testiküler Sperm Aspirasyonu

**TET:** Tubal Embriyo Transfer

**TNSA:** Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

**YÜT:** Yardımcı Üreme Teknikleri

**ZİFT:** Zigot İntrafallopian transfer



# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, insan hayatını tehdit eden bir hastalık olarak görülmesi de çiftleri, aileyi, toplumu etkileyen çok önemli sosyal bir problemdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Dünya sağlık örgütü infertiliteyi; çiftlerin düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 ay veya daha fazla zaman diliminde başarılı bir gebeliğin sağlanamaması durumu olarak tanımlamaktadır. Primer (birincil) infertilite “daha önce hiç gebeliğin oluşmaması”, sekonder (ikincil) infertilite “daha önce gebelik olduğu halde, yeni bir gebelik oluşmaması” şeklinde ifade edilmektedir. Dünyadaki çiftlere bakıldığında 80 milyon çift infertildir ve ortalama (18-45 yaş) %10- 15 çift infertiliteden etkilenmiştir (Zegers ve ark. 2009; WHO, 2012). Kesin veri bulunamamakla beraber Türkiye’de bulunan infertil çiftlerin 1,5-2 milyon olduğu varsayılmaktadır. Bakıldığında infertil çiftlerin %55-75’i primer infertil, %25-40’ı sekonder infertil olarak görülmektedir. Kadınlardaki infertilite oranlarının artma nedenleri; kariyer planları, artmış evlilik yaşı, artmış çocuk doğurma yaşı, yüksek eğitim düzeyi, aile planlanmasındaki gelişmeler, gebelik kontrolü ve gecikmiş doğum sayısı gibi nedenlerdir (Moghadam ve ark., 2013).

İnfertilite nedenleri 4 ana başlık altında şekillenebilir. Kadın kaynaklı infertilite (%40), erkek kaynaklı infertilite (%40), hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite (%10) ve açıklanamayan (sebebi belli olmayan) infertilite (%10) (Zegers ve ark., 2009; Moghadam ve ark., 2013).

İnfertilitenin esas nedeni fiziksel bir sorun olarak karşımıza çıksa da biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik ve ekonomik yönleri de bulunmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Özçelik ve ark., 2007).

Özellikle açıklanamayan infertiliteler, bilinmeyen tedavi süreci, pek çok kez denenen ve olumsuz sonuçlanan aynı zamanda da yüksek maliyetli tedaviler, toplumsal baskı gibi sebepler psikolojik problemlerin infertil bireyler üzerindeki etkisinin daha fazla olduğunun göstergesidir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Ünal ve ark., 2010).

Pek çok insan çalışarak, çaba sarfederek istediklerini başarabilir. İnfertil çiftlerde durum daha farklıdır. Çiftler çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendiklerinde kontrolün kendi elinde olmadığını anlarlar ve ümitsizliğe kapılırlar. Bu durum beraberinde çiftlerin birbirini suçlaması ve tedaviye karşı çıkma gibi nedenleri beraberinde getirir (Demirci, 2001).

Yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olamama her iki bireyi de etkilemektedir. Fakat kadınların erkeklere oranla “daha çok stres ve sosyal baskı hissettiği, anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha fazla olduğu” tespit edilmektedir (Karlidere ve ark., 2007; İslimye Taşkın ve ark., 2016). Bu durumun başlıca nedenleri arasında; infertilite nedeni erkeğe ait olsa bile, kadınların psikolojik olarak sıkıntı ve utanç veren çok fazla tıbbi işlemler yaptırması gelmektedir ve toplumsal baskıya kadınlar daha fazla maruz kalmaktadır. Tüm bu sonuçlara dayanarak kadınlar erkeklere oranla daha fazla stres, yalnızlık ve izolasyon yaşarlar (Demirci, 2001; Ünal ve ark., 2010; Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

Bunun yanı sıra yapılan araştırmalar gösteriyor ki; İnfertil kadınlar infertil olmayanlara kıyasla kendi değerlerinde azalma, yetersizlik hissi, suçluluk ve intihara meyil gibi psikopatolojik belirtiler ortaya koymuştur (Lee SH ve ark., 2010).

Doğurganlık probleminin bulunması ve bu durumun yönetimi bireylerde çeşitli türlerde damgalanma görülmesine sebep olmaktadır (Sternke ve Abrahamson, 2015).

Örneğin İnfertilite sürecinde maruz kalınan toplumsal baskı kadınlarda sosyal bir damgalanmaya neden olmuştur. Bu duruma ek olarak toplumsal baskı olmasa bile kadınların kendilerini içsel olarak damgalanmış hissettikleri belirlenmiştir (Şen ve Sevil, 2016) İnfertilite nedeni kadından kaynaklı ise; çocuk sahibi olamama durumu genellikle üreme ve soyunu devam ettirmede güçlük ve utanç verici bir yetersizlik algısı yaratır. Bu durum ise sosyal damgalanmayı doğurur (Remennick, 2000). Bireylerdeki damgalanma karşımıza depresyon, olumsuz ruh hali, özgüven düşüklüğü, kaygı, sosyal olarak izole olma hali, kişisel yeterlilikde azalma ve stres ile baş etmede güçlüğü neden olma şeklinde çıkmaktadır (Çapık ve ark., 2019) İnfertil kadınlar aileleri ve eşleri tarafından ihmal edilebilmekte, hor görülmekte ve istismar edilebilmektedir (Oladeji ve OlaOlorun, 2018).

Doğurganlık problemi yaşayan kadınlar infertilite problemlerini genellikle içselleştirmekte ve infertil olduğu vurgulanan ortamlardan kaçınmayı tercih etmektedirler (Donkor ve ark., 2009).

Remennick'in (2000) yaptığı çalışmada; infertil kadınların aile hayatı, ebeveyn olma ve bir bebek dünyaya getirme gibi konuları konuşmaktan kaçındıkları ve doğurganlık sorunlarının dile getirilmesinden rahatsız oldukları için doğru veya yalan söyledikleri vurgulanmıştır (Remennick, 2000).

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları**

Literatürde infertil kadınlarda damgalanma ile ilgili yapılmış kısıtlı sayıda araştırma olup, infertil kadınlarda damgalanma ve infertilite ile baş etme yöntemleri ile alakalı yapılmış herhangi bir araştırmaya ulaşılammıştır. Bu araştırma, infertilite polikliniği ve tüp bebek merkezine başvuran infertil kadınlarda damgalanma ve infertilite ile başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- 1) İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- 2) İnfertil kadınların damgalanma düzeyleri nedir?
- 3) İnfertil kadınların baş etme düzeyleri nedir?
- 4) İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 5) İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre baş etme düzeylerini arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 6) İnfertil kadınlarda damgalanma düzeyi, baş etme düzeyini etkiler mi?

### **1.2.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri;**

İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği puan ortalamaları ve infertilite damgalanma (Stigma) ölçeği puan ortalamaları araştırmamızın bağımlı değişkenleridir.

### **1.2.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri;**

İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine ait, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, maddi durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği bilgileri, aile tipi vb. gibi bilgileri araştırmamızın bağımsız değişkenleridir.



## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. İnfertilite Tanımı

Fertilite, insan vücudunun fizyolojik özellikleri arasında yer alır ve insan yaşamı üzerinde çok boyutlu etkiye sahip olabilir (Goli ve ark., 2012). Doğurganlık yeteneği ve soyun sürdürülebilmesi bütün canlılar için doğuştan gelen içgüdülerdendir (Hocaoglu, 2019). Fertilite terim anlamı doğurganlık olarak karşımıza çıkmaktadır. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Türkiye'deki doğurganlık hızını kadın başına 2.3 çocuk olarak açıklamıştır (TNSA, 2018).

Yürütülen çeşitli çalışmalarda ve klinik uygulama, epidemiyolojik araştırma ve sosyodemografik araştırmalarda infertiliteye ait ise birden fazla tanımlamanın mevcut olduğu görülmektedir. Tedaviye gecikmeden başlanan klinik ortamlarda infertilite, korunma olmaksızın bir sene boyunca düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen gebe kalamama hali olarak tanımlanmaktadır (Vindsay ve Vitrikas, 2015; Karaca ve Ünsal, 2015; Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008; Taşçı ve ark., 2008; Monga ve ark., 2004; Pepe ve Byrne, 1991).

En yaygın İnfertilite tanımlamasını Dünya sağlık örgütü yapmıştır. DSÖ'ye göre infertilite: çiftlerin düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 ay veya daha fazla zaman diliminde başarılı bir gebeliğin sağlanamaması ile sonuçlanan erkek ve kadın üreme sisteminin bir hastalığı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2018; Szamatowicz ve Szamatowicz, 2020).

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) ise infertiliteyi; “kadın veya erkekte gebe kalmayı önleyen veya doğuma kadar gebeliğin devamını engelleyen üreme sistemi hastalığının (vücut fonksiyonun durdurulması; sistem, organ hastalığı) bir sonucu” olarak tanımlamaktadır (ASRM, 2019).

Bununla birlikte, demograflar infertiliteyi, cinsel olarak aktif, gebelik önleyici olmayan bir kadında canlı doğum olmaması olarak tanımlamaktadır (Baylis, 2012) ve bu yaklaşım sözlük algısının yanı sıra halkın algısıyla daha uyumludur, çünkü çiftler anlayıştan ziyade canlı doğum ister.

Güncel kaynaklarda yer verilen tanımlamaya göre ise infertilite; “kadın yaşının 35’in altında olduğu çiftlerde bir yıl boyunca, kadın yaşının 35’in üzerinde olduğu çiftlerde ise altı ay boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememedir” olarak tanımlanmaktadır (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflandığı sistem (ICD)’e göre; primer ve sekonder olarak kodlanmaktadır. ICD11’de primer (birincil) infertilite öncesinde gebelik varlığının olmaması şeklinde kabul görürken, sekonder (ikincil) infertilite öncesinde ölü ya da canlı doğum ile sonlanan en az bir gebelik oluşmasına rağmen, yeni gebelik oluşmaması olarak kabul görmüştür (Zegers Hochschild ve ark., 2017).

## **2.2. İnfertilitenin Tarihçesi**

Tarihin ilk zamanlarından itibaren var olan infertiliteğin önemli bir sağlık problemi olduğu düşünülmektedir. Antik inanışlara göre doğurgan olmak Tanrı’nın topluma armağanı, doğurganlığın kaybı ise cezalandırma yöntemi olarak algılanmaktadır. Aileler günahlardan arınma ve problemi çözmek kutsal bölgelere ziyarette bulunup dua etmekteydiler. Çoğu toplum infertil olma konusunda kadını sorumlu tutmaktadır. Bu durumun sonucunda kadın toplumda verimsiz ve yetersiz olarak yorumlanmaktadır. Kadınlar, toplumların din ve kültürel özelliklerine göre farklı yaptırımlara maruz kalmakta hatta; bazı topluluklarda erkeklere eşlerini asarak öldürme hakkı dahi tanınmıştır. Birleşik Krallık’a bakıldığında erkekler infertil eşlerini boşama hakkına sahipti (Batool ve Visser, 2016; Katole ve Saoji, 2019).

Kızılderiilerde ise infertilite cezalandırılması gereken bir sorun olarak görülmekte ve erkekler, infertil olan eşini sandalyeye bağlayıp etraflarında ateş yakarlardı.

Sibiryaya Yupiklerinin üreme çağına gelen kadınları ise yüzlerine çeşitli dövmeler yaparak infertiliteden korunacaklarına inanırlardı (Sarkar ve Gupta, 2016).

Antik Mısırlılara göre ölümün ve hayatın son bulmasının tanrıçası olarak bilinen Neftis (Nephtys), çocuk sahibi olunmamasının soyun bitmesi ve yok oluş anlamına gelmesi nedeniyle “infertil kadın kraliçesi” olarak da bilinirdi (H.C.B Denber,1978).

M.Ö. 1900’lü yıllara gelindiğinde ise Mısırlılar infertil olmanın ceza değil de tanı konulup tedavi edilebilen bir sağlık problemi olduğunu kabullenmiştir. İnfertiliteyi

üreme organlarıyla sindirim sisteminin ilişkisindeki bozulmadan kaynaklandığı düşünüldüğü, şişkinlik, hazım problemi, bulantı/kusma gibi yan etkilerine odaklanılmış, bu yan etkilerin üzerinden tanı konulmaya başlanmıştır. Ancak bilinen bir tedavi yöntemi yoktur (Katole ve Saoji, 2019).

Antik Yunan inancına göre ise ‘‘tıbbın babası’’ olarak kabul gören Hipokrat (MÖ 460-380)’ın infertiliteye yaklaşımı dikkat çekmektedir. Hipokrat’a göre erkek beyninde oluşan semenin sırasıyla spinal korda, böbreklere, böbreklerden testisler ile üriner yoldan farklı bir yolla penise ulaşmaktadır ve bu ulaşımına venler ve kordlar aracılık etmektedir. Ejakülasyon sonrası ise erkeği güçsüz bıraktığını düşünmektedir. Hipokrat infertilite sebepleri olarak; serviksin yerleşiminde bozulma, kısmen ya da tamamen tıkalılık durumu, menstrual siklustaki kanın uterusun atılmasında problem olması, menometroraji veya amenoreye sebep olabilecek bir problemin varlığı olarak varsaymıştır. Tedavi girişimi planlamasında ise, vajen girişini açma amacıyla kırmızı nitreyle bal, reçine ve kimyon karışımının vajen girişine dökülmesi gerektiğini belirlemiştir. Hipokrat, infertilite tanısı koymak için kadınların kalın örtü ile sarıldıktan sonra, alttan tütsülenmesini daha sonra bu tütsünün esansının burun deliği ve ağızdan çıktığı görülüyorsa kadının doğurganlığında herhangi bir problem olmadığını saptamıştır. Bir diğer yöntemi ise kadının vajenine yatmadan soyulmuş bir sarımsak yerleştirilmesidir. Sabah kadının nefesi sarımsak kokuyorsa doğurganlığı devam ediyor anlamına gelmektedir (Luk ve Loke, 2019).

Freud’un yaklaşımı ise, çocukluk çağındaki cinsel fantezi, baskılanmış dürtüsel düşünceler o çağda bedenle alakalı fanteziler oluşturarak bilişsel olmayan bir süreçte yol açar ve bu durum sonucu erişkin yaşta anneliğe karşı istemsiz bir direnç gelişir, annelik reddedilir (Benyamini ve ark., 2017).

Nijerya’ya bakıldığında infertil olmanın ana etmeni olarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar görülmektedir. Genelde infertilitenin sorumlusu kadınlar olarak görülür ve erkekler eşini boşayabilir veya birden fazla evlilik yapabilirler (Araoye, 2003).

İbrani filozoflar M.S. 3. Yüzyılda yapay dölleneyle alakalı fikirleri ilk öne sürenler olsa da bilimsel çalışmaların 18. yüzyılda başladığı bilinmektedir. İlk kez vitro fertilizasyon (IVF) 1878 senesinde tavşan ve kobay farelerinde denenmiş ve sonuç başarısız olmuştur. Tarihte ilk başarılı, sağlıklı ve canlı doğum ile sonlanan IVF tedavisi Edwards ve Steptoe tarafından 1978 senesinde gerçekleştirilmiş ve Louise

Brown adında bir bebek dünyaya gözlerini açmıştır. Daha sonra infertilite tedavisinde IVF sıklıkla kullanılan bir yöntem olmuştur (Howe ve ark., 2020).

### 2.3. İnfertilitenin Kültürel Yönü

Kültür, var olan rahatsızlıkların algılanmasını ve bu rahatsızlıklarla mücadele şeklini belirler. Toplum içindeki bireyler, kültürleri ile doğru orantılı olarak hastalıklarına anlam yüklemektedirler (Bayraktar E., 2018)

Tüm kültürlere ve toplumlara bakıldığında infertilite bireyleri etkisi altına alan, sağlık ile ilgili büyük bir problem olarak görülmektedir (Oti-Boadi ve Asante, 2017). Doğurgan olmanın sosyokültürel olarak büyük öneme sahip olması toplumların üreme konusuna yüklediği büyük anlam ile ilişkilidir. Literatüre bakıldığında birçok kültürde “çocuksuz olmanın” istenilmeyen bir sosyal rol olduğu ve infertil olmanın “beklenmeyen bir yaşam geçişi” olduğu ifade edilmektedir (Patel ve ark., 2018). Doğurganlığın varlığı, toplumun genelinde evliliği ve aile yapısını belirleyici niteliktedir. Toplum baskısı sonucunda aile olabilmeyenlerin şartının çocuk sahibi olmak olduğu ileri sürülmektedir (Özkan ve ark., 2020).

İnfertilite deneyimlerine bakıldığında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük bir fark bulunmaktadır. İnfertilite tanısı almak gelişmiş ülkelerde isteğe bağlı olarak kabul görürken; kadınlar çocuk sahibi olmamayı hak olarak görmekte ve “çocuksuz” olarak kabullenilmektedir. İnfertilite etki bakımından topluluklar arası veya aynı toplulukta bile değişkenlik gösterebilir (Batool ve Visser, 2016). Dünya geneline bakıldığında çocuk sahibi olmak anneye statü ve değer kazandırır (Çağlar ve Satılmış, 2019).

Hindistan’da, çocuk sahibi olmak sağlıklı bir evliliğin göstergesidir (Katole ve Saoji, 2019). Çiftler genel olarak fizyolojik etkenler, aile ve toplumun baskısı ile, tapınak ziyaretleri, tantrik ayinler izlemek, takı takmak, farklı ritüellere dahil olmak ve astrologlara inanış gibi geleneksel inançlara yönelirler (Sarkar ve Gupta, 2016).

Çin kültüründe, aile soyu erkekler sayesinde devamlılık gösterir. Çin toplumundaki erkekler baba olduklarında erkekliklerinden emin olurlar. Çindeki geleneksel yaklaşım çocuklu bir aile kurmanın standart olduğu yönündedir (Luk ve Loke, 2019).

Diğer taraftan Ürdün’e bakıldığında çocuk sahibi olmak kadınlık görevi olarak görülür ve anne olmak kadın için ayrıcalık ve statü nedenidir (Daibes ve ark., 2018).

İran’da ise doğurganlık dinen ve sosyokültürel olarak ayrıca önem taşımaktadır. İranlılar çocuk sahibi olmayı ilahi nimet gibi görüyorken infertiliteyi nahoş olarak anlamlandırmaktadır (Hasanpoor ve ark., 2019).

Yahudi-İsrail kültürü ebeveynlik konusuna fazlasıyla anlam yüklemektedir ve toplumdaki ebeveynler bilinçli olarak çocuk istemediklerinde bu durum kabul edilemez ve inanılmaz olarak görülmektedir (Benyamini ve ark., 2017).

Sahra altı Afrika’da ise kadınların infertil olması sosyal olarak daha fazla soruna yol açarken erkek ve kadın damgalanmaktadır (Howe ve ark., 2020).

Sahra altı Afrika’da infertil kadınlar, eşi ve kayınpederinin uyguladığı aile içi şiddete maruz kalmakta ve anne olamadıkları için kadınlık kimliklerini kaybetme hissi yaşamaktadırlar (Howe ve ark., 2020).

Evlilik ve bir çocuğa sahip olmak ayrı düşünülemez bundan dolayı infertilite varlığında evlilik sonlanır düşüncesi nedeniyle ‘‘çocuksuz ev, tütmeyen ocağa benzetilir’’. Çocuk sahibi olamamanın aşağılayıcı görülmesi gibi bir algı söz konusudur (Kılıç ve ark., 2011).

Türk kültürünün infertiliteye bakışı ise çocuk sahibi olamayan kadın verimsiz, eksik ya da kusurlu olarak algılanmaktadır (Bayraktar, 2018).

Nitekim infertil kadınlar toplum tarafından statüsü kaybına uğramaktadır ve kadınlar toplum tarafından hakarete ve alaycı davranışa maruz kalmaktadır. Ülkenin geleneksel kesimleri bu kadınları hor görmekte, aşağılamakta ve ezmektedirler. Bu geleneksel kesimin diğer bir yaklaşımı ise kadınların evliliğinde saygı görmesi, eşinin gözüne girmesi ve soylarının sürmesi için doğurganlık şarttır (Topdemir Koçyiğit O., 2012). İnfertil bireyler, gelişmiş topluluklarda kabul görülseler de üzerlerindeki baskı hissi sürmektedir (Kılıç ve ark., 2011).

#### **2.4. İnfertilite İnsidansı**

İnfertilite, ülke genelinde üreme dönemindeki milyonlarca bireyi etkisi altına almaktadır. Bu durum infertil olan bireylerin aile ve çevresindeki insanları da etkilemektedir (Mascarenhas vd., 2012; Boivin ve vd., 2007; Rustein vd., 2004).

Dünyada genelinde infertil olan bireylerin sayısı kesin olarak bilinmemesine rağmen yapılan çalışmalar sonucunda gelişmekte olan ülkelerdeki infertilite tanısı alan

kadınların 186 milyondan fazla olduğu öne sürülmektedir (Borghet ve Wyns, 2018: 2; İnhorn ve ark., 2015). Dünya çapında üreme çağındaki kadınların %12,5'inin, erkeklerin %10'unun, çiftlerin ise %8-12'sinin infertiliteden muzdarip olduğu varsayılmaktadır (Wasilewski ve ark., 2020; Yassa ve ark.,2019).

Dünya Sağlık Örgütü infertil olan bireylerin sayısının %15 olduğunu bildirmektedir. Fakat bu oran ülkelere göre değişiklik göstermektedir (Mantzouki ve ark., 2019; Ribeiro ve ark., 2019; Anokye vd., 2017). Sahra altı Afrika, Güney Asya, Kuzey, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya'da infertilite görülme sıklığının %30lara ulaştığı rapor edilmiştir (WHO, 2010; Broghet MV. ve Wyns C., 2018; Mascarenhas ve ark., 2012).

Öztekin ve arkadaşlarının 2019 yılında Türkiye'de yapmış olduğu bir çalışmaya göre infertilite görülme sıklığı %8,1 olarak raporlanmıştır (Öztekin ve ark, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporlarına göre; 15-49 yaş arası evli olup çocuğu olmayan kadın oranı 2013 senesinde %9,4 iken, 2018 senesinde bu oran %7,1 idi. Yine TNSA'ya göre, Türkiye'de üreme çağıının sonuna gelmiş ve çocuğu olmayan evli kadınların oranı 2013 senesinde %4,1, 2018 senesinde ise %3,6 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2013; TNSA, 2018). Türkiye'de infertilite insidansı ile ilgili net bir veri bulunmamakla beraber (Yılmaz ve Oskay, 2016), infertilite görülme oranı %10-15 arasında olduğu ve bu sıklığın günümüzde giderek arttığı tahmin edilmektedir (Çelik ve Kırca, 2018).

İnfertilite sorununun %70'i kadınlardan kaynaklanan problemler nedeniyle oluşmaktadır (Benjamin ve ark., 2020). Kadın kaynaklı infertilite oranlarının artışı; kariyer planlamaları, ileri evlilik yaşı, eğitim seviyesindeki artış, aile planlanmasındaki güncellikler, gebelik kontrolü gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Moghadam ve ark. 2013).

İnfertilite türlerine baktığımızda sekonder infertilite dünya genelinde kadın infertilitesinin en yaygın görülen şekli olarak gözlenmektedir (Nachtigall, 2006; Rutstein, 2004). Sekonder infertilite, sosyokültürel seviyenin düşük, doğum sonrası bakımın yetersiz ve güvenilir olmayan yerlerde yapılan kürtaj oranlarının yüksek olduğu kesimlerde yaygın olarak görülmektedir (Inhorn ve Patrizio, 2015).

## 2.5. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertiliteye sebep olan faktörler farklı kültürler ve toplumsal oluşumlarda değişkenlik gösterse de temelde kadına ait, erkeğe ait, her ikisine ait ve nedeni açıklanamayan infertilite olarak karşımıza çıkmaktadır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). İnfertilite nedenlerinden %25- 40'ı kadına ait, %40-55'i erkeğe ve %10-15'i ise nedeni açıklanamayan infertilite olarak bildirilmektedir (Gökler ve ark., 2014; Kan ve ark., 2014; Satar ve Gençdal, 2013).

### 2.5.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri

Kadınlarda infertilite sebeplerini; overlere ilişkin faktörler (%30-40), uterusu ilişkin faktörler (%2-5), tubal ve peritoneal faktörler (%17), servikse ilişkin faktörler (% 5-10) ve vulva ve vajene ait faktörler (%1-2)" oluşturmaktadır (Demirci ve Potur 2017).

**Tablo 2.5.: Kadına Ait İnfertilite Nedenleri**

Konjenital gelişimsel faktörler	Overlere ilişkin faktörler	Tubal ve peritoneal faktörler	Uterusa ilişkin faktörler	Servikse ilişkin faktörler	Vulva ve vajene ait faktörler
Anormal dış genital yapıların yokluğu	Ovülasyon bozukluğu Over Tümörleri Hipofiz-Over arasındaki hormonal düzensizlikler Erken menapoz	Tubaların olmaması veya tıkanıklığın varlığı Tubalardaki hasarlar, tubal kıvrımlar Tubadaki fibrial kısımların olmaması Tubalardaki in feksiyon veya yapışıklıklar Tubalardaki hareketlerin normal dışı görülmesi	Endometriyozis Endometriyozis Endometrial ve miyometrial tümörler	Servikal oste sertlik Normal dışı servikal mukus (ovulasyon zamanında pH değişikliği gibi)	Vulva/vajen anatomisinde bozukluğun olması (septum, perfore hymen, vajinadaki agenezisler vb)

**Kaynak:** Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; ACOG, 2019; Terzioğlu F., 2016; Şahin NH., 2012

### 2.5.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri

Erkek infertilitesini idiyopatik infertilite %30, kriptorşidizm %8,4, varikosel %14,8, hipogonadizm (klinefelter's sendromu, kallmann sendromu vb.) % 10,1, malign hastalıklar %7,8, ereksiyon/ ejakülasyon sorunları %2,4, genel ve sistemik hastalıklar %2,2 oranında oluşturmaktadır (Demirci ve Potur, 2017).

**Tablo 2.6.: Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri**

Testis ve Genital Organ Anomalileri	Sperm Anomalileri ve Fonksiyon Bozuklukları
Kriptorşidizm	Yetersiz sperm üretimi
Hipoplazik testis	Sperm hareketindeki problemler
Testiküler atrofi	Testesteron düzeyinde düşme, kapsamaktadır
Varikosel	Ejakülasyon ile ilgili problemler,
Vasdeferans ve epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı	Seminal sıvı yapısına ilişkin etkenler

**Kaynak:** Broght ve Wyns, 2018; ACOG, 2019; Terzioğlu F., 2016; Şahin NH., 2012

### 2.5.3. Açıklanamayan İnfertilite

İnfertil olan çiftlerin tanısı için başvuru alan tüm tetkik sonuçlarında anormal bir bulguya rastlanmaması ve fekonabilite bozukluğunun nedeninin anlaşılmadığı durumlardır (Colins ve Crosignani, 1992).

### 2.5.4. İnfertilitenin Emosyonel Nedenleri

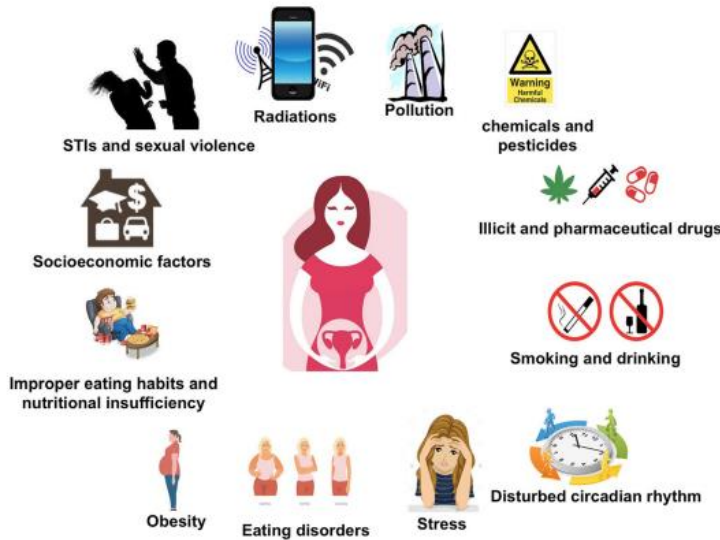
Kadınlarda; Gebeliğe karşı negatif inanışlar, kişilerin gebeliğe bağlı vücut şeklinin bozulacağı endişesi ya da doğum esnasında bebek veya kendisinin hayatını kaybedeceğine dair korkular yaşanabilmektedir (Terzioğlu F., 2016).

Bu tarz psikolojik nedenlerde kadınlar yaşadığı duyguları ifade edebilmeli ve çiftler arası ilişkide şefkatli bir bağ sağlanması önerilmektedir. Bu yaklaşımın gebelik oluşmasında destekleyici olduğu varsayılmaktadır (Hocaoğlu, 2019).

Erkeklerde ise; ereksiyon ve ejakülasyonda görülen başarılı olamama hali, infertilitenin emosyonel bir durumdan kaynaklandığını ifade etmektedir (Terzioğlu F., 2016).

## 2.6. Fertilite Üzerine Etkili Olabilecek Yaşam Tarzı Faktörleri

İleri yaş, sigara veya madde kullanımı, alkol tüketimi, obezite, kafein tüketimindeki artış, toksinlere maruziyet, yetersiz beslenme gibi çevresel ve mesleki zararlı ajanlar, stres, cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı gibi pek çok etken fertilitede azalmaya ve infertiliteye sebebiyet vermektedir (Altamimi ve ark., 2019; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Gökler ve ark., 2014).

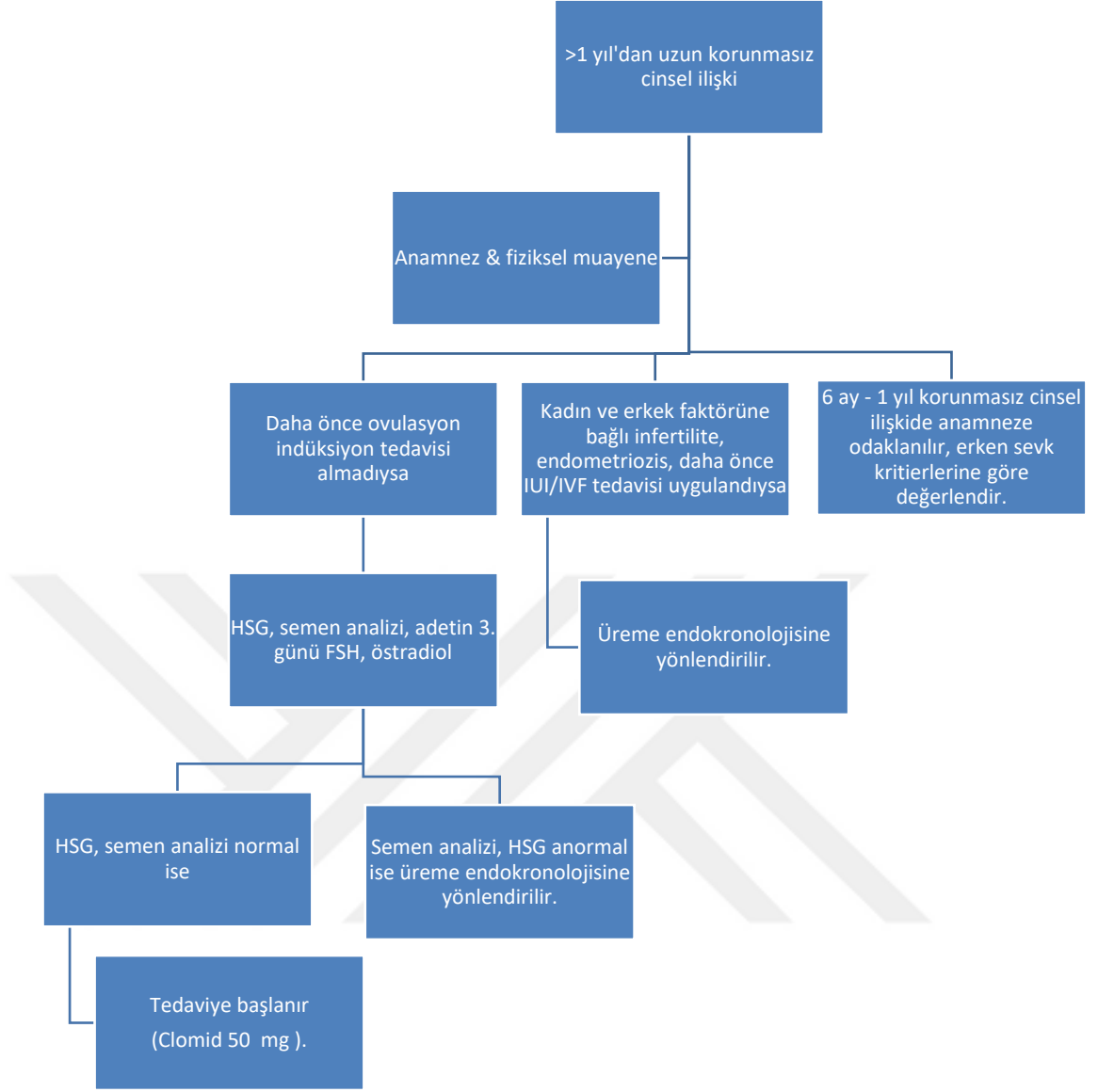


## Şekil 2.6: Fertilite Üzerine Etkili Olabilecek Yaşam Tarzı Faktörleri

**Kaynak:** Bala, Singh, Rajender & Singh, 2021

## 2.7. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Yönetimi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı ve bu sürecin nasıl yönetildiğine dair açıklamalar aşağıdaki Şekil 2.7'de sunulmuştur.



**Şekil 2.7: İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Yönetimi**

**Kaynak:** Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017

IUI: İntrauterin inseminasyon, IVF: İn vitro fertilizasyon

## 2.8. İnfertilite Tedavi Yöntemleri/Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

İnfertilite tedavisinin geniş bir bölümünü oluşturan yardımcı üreme teknikleri oositin doğrudan yumurtalıklardan alınması ve intrauterin inseminasyon yöntemlerini içermektedir.

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

- İntrauterin inseminasyon (IUI)

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

Bunlara ek olarak yardımcı üreme teknikleri içerisinde olmayan ve genellikle sperm oluşumu saptamak veya fertilizasyonu sağlamak amaçlı kullanılan “Zona Delinmesi (Assisted Hatching), Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA), Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA), Subzonal Sperm İnjeksiyonu (SUZI), Parsiyel Zona Diseksiyonu (PZD)” gibi yöntemler mevcuttur (Karanisaoğlu ve Yazıcı, 2009).

### **2.8.1. Medikal Tedavi (Ovulasyon İndüksiyonu)**

Ovulasyon bozukluğu (anovulasyon/oligo-ovulasyon) olan kadınlarda öncelikli tedavi yaklaşımı medikal tedavi olup, bu amaçla ovulasyon indüksiyonu yapılmaktadır. Ovulasyon indüksiyonunda yaygın olarak kullanılan ilaç klomifen sitrattır (Roy ve ark., 1963). Anti östrojenik etki göstererek hipofizden gonadotropin salınımı baskılamaktadır (Wilkes and Murdoch., 2012). Menstrual siklusun 2-5. günlerinde uygulanmaya başlanmaktadır. Genellikle 50mg/gün dozunda başlanmakta ve 5 gün verilmektedir. Son ilaçtan 5-12. gün sonrasında ovulasyon gerçekleşebilmektedir. Ovulasyon indüksiyonu ile transvaginal ultrason eşliğinde folikül büyüklüğü takip edilmektedir. Eğer ovulasyon gerçekleşmezse bir sonraki ay için doz artırılabilir (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018).

### **2.8.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI)**

IUI koital problemi olan çiftlerde (seksüel disfonksiyon, vaginismus vb.), servikal faktör, erkek faktörlü infertilite (oligospermi, astenospermi, retrograd ejakülasyon vb.) ve açıklanamayan infertilite olgularında birinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. IUI doğal siklus ile veya ovulasyon indüksiyonu ile folikül büyüklüğü 18 mm ye ulaştığında Human Chorionic Gonadotropin (HCG) enjeksiyonu ile ovulasyon gerçekleştirilmektedir. Ovulasyon sonrası 34-36 saat sonra, erkekten alınan uygun kalite ve sayıdaki sperm 0.5 cc insulin enjektörüne çekilerek uterin kaviyete bırakılmaktadır. IVF işlemine göre basit, daha düşük maliyetli ve daha az invazivdir (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018). IUI ovulasyon indüksiyonu ile uygulandığında

gebelik oranları artmaktadır (Guzick ve ark., 1999). IUI yapılırken kadının yaşı ve ne zamandır infertil olduğuna dikkat edilerek en fazla 5-6 kez uygulanması önerilmektedir (Dinelli ve ark. 2014; Çavuşoğlu, 2017; Şahin ve ark. 2017).

### **2.8.3. İn Vitro Fertilizasyon (IVF)- Embriyo Transferi (ET)**

1978 senesinde İn vitro Fertilizasyon (IVF) için Robert Edward ve Patrick Stpteo öncülüğünde laboratuvarında insan embriyosu geliştirilmiş ve başarılı olmuşlardır. İn vitro fertilizasyon tubal faktörlerde, servikal mukus anomalilerinde, erkek kaynaklı veya açıklanamayan infertiliterde, kadın/erkek immünolojik infertilite gibi durumlarda kullanılmaktadır. IVF işlemi bir kadının yumurtlama sürecini izleyerek, overlerden oosit toplanması ve laboratuvar ortamında hazırlanan sperm ile döleyerek oluşan embriyonun uterusu yerşeltirilmesi işlemidir. İn vitro fertilizasyonda başarı oranı %50-70'tir (Davidson ve ark., 2008; Çavuşoğlu, 2017).

Tüp bebek tedavisi (IVF) 2 şekilde gerçekleştirilmektedir. Bunlar doğal siklus ve ovulasyon indüksiyonudur. Ovulasyon indüksiyonu başarı şansını artırmaktadır. Ovulasyon indüksiyonu yönteminde amaç kaliteli ve çok sayıda oosit elde edilmesidir. Bu yonteme döngünün 2-3. gününde başlanmaktadır ve 12-13. güne kadar devam edilmektedir. Folikül gelişimi ultrason ve hormon testleriyle izlenmektedir. Oositlerin büyüklüğü 16-20 mm olduğu zaman ovulasyon için hCG enjeksiyonu kullanılmaktadır. İğne aspirasyonu yöntemiyle hCG enjeksiyonunun 34-36 saat sonrasında ultrason ile yumurta toplama işlemi (OPU) yapılmaktadır. İşlem yapılırken erkekten mastürbasyon yoluyla sperm alındıktan sonra spermler sayı, motilite ve morfolojik olarak değerlendirilir. Sonrasında fertilizasyon için hazır hale getirilir. Oosit kültürü ve sperm hazırlandıktan sonra işlemler şu şekilde devam etmektedir. Her oosit için 50-100 bin hareketli sperm aynı tüpe konulur ve döllenme beklenir. Embriyonal gelişimin 2-3. veya 5. gününde transservikal yol kullanılarak ultrason yardımıyla katater ile fundusun 1 cm aşağısına bırakılır. Böylelikle embriyo transferi gerçekleşmektedir. Transferden 4-6 gün sonra implantasyon olmaktadır (Davidson ve ark., 2008; Çavuşoğlu, 2017).

### **2.8.4. İntrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu (ICSI))**

Erkek kaynaklı infertilite ve açıklanamayan infertiliterde İntrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI) tercih sebebidir. ICSI sperm sayısında düşüklük, morfolojideki

anormallikler ve sperm motilitesinde azalma gibi erkek kaynaklı infertilite tedavisinde gebe kalma oranını yükseltmek amaçlı tek bir spermin oosit sitoplazması içine enjeksiyonu işlemidir. Tüp bebek tedavisiyle birlikte kullanılmaktadır (Carell ve Peterson 2010).

## 2.9. İnfertilite Krizinin Evreleri

İnfertilite süreci bir kriz dönemi olarak ifade edilmektedir ve bu krizin evreleri Tablo 2.7'da verilmiştir.

**Tablo 2.7: İnfertilite Krizinin Evreleri**

Evreler	Açıklamalar
Şok, inanma ve inkar	Çiftler infertiliteye karşı hazırlıksızdır ve tanının ilk koyulduğu anda şok yaşar. Her menstrasyon döneminde stres ve ümitsizlik yaşarlar, cinsel ilişkinin sıklığının yetersiz olduğunu ve ilk aylarda gebe kalmamanın normal olduğunu savunarak inkar etmeye başlamaktadırlar.
Anksiyete	İnfertilite tedavisi alan bireyler özellikle kadınlar bedenlerine yapılacak tedavileri saldırı olarak görmektedir. Bu durumdan dolayı eşleri ile ilişkilerinin bozulacağını düşünmektedirler. İnfertilitede geçirilen süre ve tedavisinin uzun olması, tedavi sonrasında hayal kırıklığı yaşanması çiftlerin anksiyetelerini arttırmaktadır.
Kontrol kaybı	İnfertilite tanı ve tedavisi sırasında yapılan tetkikler ve girişimler, çiftlerin özel hayatlarının izlenip kontrol edildiği hissi yaşamalarına neden olur. İnfertilite tedavisinin başarısız olması çiftin biyolojik olarak çocuk sahibi olamayacakları inancına neden olur ve bunun sonucunda da kontrolü kaybederler.

**Tablo 2.7: İnfertilite Krizinin Evreleri (Devamı)**

Yalnızlık ve yabancılaşma	Kontrol kaybı çiftlerde yalnızlık ve yabancılaşma duygularının yoğun yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu evrede çiftler çocuk sahibi olacak ya da olan arkadaşları ile paylaşacak ortak bir nokta kalmadığına inanmakta ve kendini onların yanında eksik ve yetersiz hissetmektedirler. Bunun sonucunda arkadaş çevresinden uzaklaşarak yalnız kalmayı ve yabancılaşmayı tercih etmektedirler.
Suçluluk ve öfke	İnfertil birey eşinin kendisinden dolayı çocuk sahibi olamadığını düşünerek kendisini suçlamaya başlamaktadır. Çiftler infertilitenin nedenini, geçmişte yaptıkları bir hatanın cezası olarak görmekte ve kendilerini ya da eşlerini suçlayarak öfke duymaktadırlar. Çocuk sahibi olmayı erteleyen çiftler de infertilite sorunu yaşanmasından dolayı çocuk sahibi olmayı erteleyen eşe karşı öfke duymaktadır.
Depresyon ve yas	Çiftlerin yaşadığı suçluluk ve öfke sonrasında yerini umutsuzluğa bırakmakta ve çiftlerin bitkin düşmesine neden olmaktadır. Her ay mensturasyon döneminde üzüntü ve kayıp yaşamaktadırlar. Bu kayıp duygusu ile beraber yas ve depresyon başlamaktadır. Aynı zamanda ideal olan aile ortamı ve mutluluğun kaybedildiği de düşünülmektedir.
Gerçekliği kabul etme/ uyumluluk	Çiftler yavaş yavaş problemi doğru olarak kabul etmeye ve durum ile ilgili duygularını açıklamaya başlar.
Çözümleme	Bu durumu kabul eden çiftlerde çözümlenmeyle ilgili süreç aktifleşmektedir. Bu çözümlenme kimi zaman evlat edinme, kimi zaman boşanma, kimi zaman da menopoza kadar normal olarak gebe kalma çabalarının devam etmesiyle sonuçlanır.

**Kaynak:** Demirci ve Kızılkaya Beji 155

## 2.10. Fertilitenin Korunmasında Hemşirenin Rolü

Fertilite üzerinde olumsuz etkiler oluşturan davranışsal ve çevresel faktörler değiştirilebilir veya önlenelidir. Hemşireler kişilere hayatın her aşamasında "bakım verme, danışmanlık yapma, eğitim verme" rolleriyle problem çözme ve destek olma konularında önemli bir konumdadırlar (Taşkın, 2011). Hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine rehberlik ederek ve riskli davranışları değiştirmeye yönelik danışmanlık sağlayarak, kişilerin gelecekteki doğurganlık

yetilerinin bozulmasının önüne geçebilirler. İnfertilite hemşireleri, doğurganlık sorunu ile baş eden veya yardımcı üreme tekniklerinden faydalanan, yüksek maliyetli ve uzun süreli bir tedavi ile evlat sahibi olmak amaçlı başvuran çiftlerden anamnez alma esnasında yaşam tarzı davranışlarını ayrıntılı olarak sorgulamalıdır. İnfertilite hemşiresi, kişilerin doğurganlığını etkileyen yaşam biçimleri ile ilgili çiftlere danışmanlık vermeli ve konuyla alakalı güncel literatürü takip etmelidir (Güngör ve Beji, 2019). Özellikle nedeni belli olmayan infertilite ve erkek kaynaklı infertilitede çiftler için zaman sorunu yok ise, risk oluşturan yaşam tarzı davranışları sorgulandıktan sonra bunları değiştirecek tedavi planlamaları oluşturulmalı ve sağlıklı yaşam davranışları için kişilere özel bireysel bakım planları ile danışmanlık verilmelidir (Demirci ve Potur, 2014; Amanak ve ark., 2014). Bunlara ek olarak hemşireler eğitici rolünü aktif kullanarak çiftlere teknolojinin fertilitate konusundaki olumsuz etkileri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve genetiği değiştirilmiş organizmalar gibi konularda eğitimler planlamalıdır (Amanak ve ark., 2014).

## **2.11. Damgalanma (Stigma) ile İlgili Kavramlar**

### **2.11.1. Damgalanmanın tanımı ve tarihçesi**

Fertilite kavramı, günlük hayatta karşımıza çıkan önemli bir unsurdur (Hocaoğlu 2019). Belirli topluluklarda çocuğu olan insanlar statü sahibi olarak görülmektedir. Bundan dolayı çocuk sahibi olamayan bireyler toplum tarafından etiketlenerek baskıya uğramaktadır (Anokye ve ark., 2017). Fertilitenin olmaması durumunda ise kişilerde benlik saygısında azalma, evlilik hayatı ve cinsel hayatta problemlerin oluşması ve gelecek kaygısının ortaya çıkması gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır (Hocaoğlu 2019).

Gamerior ve arkadaşları ise infertiliteyi, bireylerin günlük yaşantısında psikososyal ve psikoseksüel olarak birden fazla problemin oluşmasına sebebiyet veren bir sağlık sorunu olarak tanımlamıştır (Gameior vd., 2014; Luk & Loke, 2015).

Damgalanma geçmişten beri var olan, fakat son zamanlarda daha çok öneme sahip olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Kadıoğlu ve Hotun Şahin; 2015).

Stigma(damgalanma), başkalarının utanç verici bir durum veya onları diğerlerinden ayıran bir özellik nedeniyle ayrımcı duygu, düşünce ve davranışlarını ifade eder

(Avcil, Bulut, & Hızlı Sayar, 2016). Stigmaya sebep olacak faktörler zamana ve topluluklara göre değişmektedir (Atıla Demir, 2021).

Stigmatizasyon aslında bireyin öz kimliği için tehdit barındıran bir unsurdur (Southall ve ark.; 2017). Kişileri sosyal anlamda ötekileştiren, fiziksel ya da psikososyal açıdan küçümseyen bir eksiklik şeklinde ifade edilmiş (Wang ve ark., 2017), bunların dışında da toplumda kabul görmeyen anlamına gelen bir “işaret” olarak kabul görmüştür (Sevim K., 2018).

Damga (stigma), bireylerin bir başkasının değer kaybına yol açma eğilimini barındıran ana unsurdur (Paananen ve ark., 2020). Stigma, sadece fiziksel bir lekelemeyi değil, sosyal olarak da kabul görmemeyi bildiren bir kavramdır ve bu kavrama tıbben bakıldığında günümüze gelene kadar tüm zaman dilimlerinde karşımıza çıktığı görülmektedir (Barış Yİ., 2010; Oran ve Şenuzun, 2008).

Stigma kavramı üzerinde bir fikir birliği olmamasına rağmen, öncülük eden Erving Goffman (1963) damgalama üzerine klasikleşen kitabı “Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine” isimli eseri ile literatüre ortak bir tanımlama kazandırmıştır. Goffman’a göre damgalanma: “İtibarsızlaştırıcı etkisi çok fazla olan bir niteliktir.” Bu ifade normal ve tam bir bireyden daha kusurlu, işaretlenmiş ve ötekileştirilmiş ifadelerini barındırmaktadır. Bunun sonucunda damgalanan birey örselenmiş bir kimlikle hayatını idame ettirmektedir (Goffman, 1963).

### **2.11.2. Damgalanma türleri**

Damga tanımlamasında birden fazla tanımlamalar ve sınıflandırmalar mevcuttur. Bu sınıflandırmalara öncülük eden Goffman’ın tanımıdır. Goffman damgalanmayı üç kategoride sınıflandırmıştır:

- 1) Hissedilen (algılanan) damgalanma
  - Vücudun çeşitli fiziksel bozuklukları,
- 2) İşselleştirilmiş (öz) damgalanma
  - Zayıf olacak şekilde bireysel karakter bozuklukları, baskıyı hak eden veya anormal tutkular, ahlaksız ve sapkın olarak sınıflandırılan kişilik bozuklukları; bunlar, zihinsel bozukluklar, bağımlılık, hapis cezası, alkolizm, işsizlik, eşcinsellik, suisit girişimi ve değişken siyasi tutumlar,
- 3) Toplumsal (sosyal) damgalanma

- Din, millet ve ırk gibi etnik damgalanmalar; bunlar, ailenin tüm fertlerine transfer edilebilir. (Goffman, 1963).

Stigmanın ilk türü Hissedilen damgalanma; algılanan damgalanma şeklinde de ifade edilmektedir. Damgalanan bireyin damgalanmaya dair hissettiği duygulardır. Davranışlarını gizleme isteği, utanç duyma ve korku benzeri emosyonel durumları hissetmesidir (Brohan vd., 2010).

Stigmanın 2. Türü İçselleştirilmiş(öz) damgalanma (selfstigmatization); kişinin sağlık problemlerinden dolayı, toplum tarafından oluşturulan negatif yargıları benimsemesi ve değersiz hissetme, utanma benzeri duygular yaşayarak kendisini toplumdaki izole etmesi olarak tanımlanmaktadır (Özaslan Çalışkan, 2017). Etiketlenmenin içselleştirilmesi ile bireyde utanma duygusu ortaya çıkmaktadır. Bunların sonucunda damgalanan kişiler benlik saygısında azalma, toplumdaki soyutlanma hissi, yaşamdaki amaçlarından uzaklaşma ve çekingenlik hissederler bunlara bağlı olarak tedaviye uyumsuzluk ve yardım arama davranışından kaçınma davranışları oluşmaktadır (Kamışlı ve ark 2016; Büyükgöze Kavas ve ark., 2014).

Stigmanın 3.türü olan toplumsal (sosyal) damga ise; damgalanan bireye karşı toplum tarafından oluşturulan bir bariyerdir. Damgalanan kişi, toplumun alt grubunda ve eşit olmayan bir kategoride görülerek temel hizmetleri alırken bile eşit olmayan bir yaklaşım ile karşı karşıya kalmaktadır. Örnek olarak, çocuğu olmayan bir kadın yaşadığı etiketlenme ve ötekileştirilme sonucu tedavisine veya kontrollerine gidememektedir. Buna paralel olarak, infertilitenin bilinmesinden doğan negatif toplum baskısından kurtulmak amaçlı profesyonel yardım alma konusunda bile çekingen davranmaktadır (Çam ve ark., 2007).

Sosyal yapıda bir kişinin bu üç stigma türünden sadece birini değil aynı zamanda hepsini de tecrübe etme potansiyeli vardır. Bu tiplerden yola çıkarak birden fazla damgalama türü oluşmuştur. Bu tiplerin genel olarak stigmatı tanımlamak için yetersiz kalacağına dair belirgin eleştiriler yapılmıştır. Örneğin; Hinshaw'a göre, kadınlar geçmişten günümüze kadar ayrımcılığa uğramış ve damgalanmıştır, ancak kadın cinsiyetine dayanan damgalanma Goffman'ın yaptığı stigma tiplemesi de dahil olmakla birlikte birden fazla yazarın da göz ardı ettiği bir olay olarak karşımıza çıkmaktadır (Hinshaw, 2007).

Toplumsal damga ile karşılaşan bireyler çevredeki bireylerden ‘farklı’ olarak tanımlanabilir (Southall ve ark., 2017).

Stigma alanındaki kabul edilen başka bir sınıflandırma da Link ve Phelan tarafından öne sürülen sınıflandırmadır. Link ve Phelan ise Goffman'ın tanımlamasını genişleterek dört maddede stigma kavramını ele almıştır;

- 1) Bireyler farklı olanı işaretler ve dışlar,
- 2) Baskın olan kültür, işaretlenen insanları istenmeyen karakterlerle bağdaştırır.,
- 3) Etiketli kişi gruptan dışlanır ve “biz” yerine “onlar” şeklinde kabul görmesini sağlar,
- 4) Damga farklı olanın etiketlenmesine, kalıpsan düşüncelerin ön plana çıkmasına, ötekileştirme ve ayrımcılık oluşumuna sebebiyet veren sosyal, ekonomik ve politik olaydır (Link ve Phelan, 2001).

Link ve Phelan diğer tanımlamalarda bahsedilmeyen bir bileşenden bahsetmiştir. Damgalanan veya etiketlenen birey “statü kaybı ve ayrımcılığa uğrayan” bir bireydir. Bu ifade diğer stigma tanımlarında yer verilmeyen bir ifade olmuştur. Bireyler işaretlendiğinde, ayrı tutulduğunda veya olmadığı biri gibi lanse edildiğinde genel olarak kendilerini reddedilen, değersizleşmiş ve dışlanan olarak görmektedir. Bu durum ise etiketlenen bireylerin statülerinin yok olmasına ve ayrımcılığa uğramasına sebep olmaktadır (Link ve Phelan, 2001).

Temelde damgala (n)manın alt boyutu olarak iki etmen vardır. İlk olarak, farklı olan bireyi işaretlemek ardından bireyi değersizleştirerek itibar kabına yol açılmasıdır (Arboleda-Flôrez, 2002).

### **2.11.3. Damgalanmanın Sonuçları**

Damgalanma bireyde, ruhsal sebeplerle içe kapanıklığa, toplumdan izole olmaya ve davranışlarda kaçınmalara sebep olmaktadır. Toplumsal ilişkilerde bozulmaya, arkadaşlık kurmada ve sürdürmede güçlüklerle sebebiyet vermektedir. Buna bağlı olarak kişiler daha az sosyal destek alırlar ve iyileşme süreci negatif yönde etkilenir, hastalığı kabullenmekte güçlük oluşur ve tedavi gerçekleştirilemez veya aksatılır (Büyükgöze Kavas ve ark., 2014; Doğanavşargil Baysal,2013).

Goffman damgalanan kişiler için şu sözleri sarfetmiştir; “Damgalı kişinin özel durumu şudur; Toplum ona büyük grubun bir üyesi olduğunu söyler. Bu da onun

normal bir insan olduğu anlamına gelir ama aynı zamanda toplum, damgalı bireye onun bazı açılardan “farklı ” olduğunu ve bu farklılığını reddetmesinin boşuna olacağını da söyler” (Goffman, 2014).

Damgalanmış bireyler, zaman geçtikçe içe kapanık davranışlar sergileyebilir ve bu durum yalnızlık hissine neden olabilir. Yaşadıkları toplumun bir üyesi olmadığı fikrine kapılabilirler. Kaygı bozukluğu, çaresiz kalma, umutsuzluk ve karamsar düşünelere sahip olabilirler. Bütün bu etkenler psikolojik rahatsızlıkların zeminini oluşturabilir. Birey başına gelen bu durumu hak ettiği fikrine kapılıp, öfke problemi yaşar, kendi veya çevresindeki insanlara zarar verebilecek davranışlarda bulunabilir (Türk Psikiyatri Derneği, 2020).

Bireyde oluşan stigmatizasyon korkusu, günlük yaşamındaki doyumunu etkileyen karmaşık, psikolojik ve sosyal bir olaydır (Sevim K., 2018). Stigmatizasyon sonucu bireylerde, sosyal destek seviyelerinde azalma, kendilerini dış dünyadan izole etme, sağlık problemlerini gizleme isteği, tedaviye uyumda azalma, hatta tedavi reddi gibi problemler görülebilir (Oran ve Şenuzun, 2008; Kadıoğlu ve Hotun Şahin, 2015). Damgalanmış birey ile aile ve çevresindeki bireyler de stigmaya maruz kalabilir (Kadıoğlu ve Hotun Şahin, 2015).

#### **2.11.4. Damgalanmanın İnfertilite Üzerine Etkisi**

İnfertilitenin insanların hayat kalitesine, benliğine, kimliğine, yaşantısına ve iş hayatına etki ettiği görülmektedir (Sathiyarayanan vd., 2014). İnfertilite sebebi ile infertil kadın ve/ya da erkekler; toplumdan soyutlanmaya, damgalanmaya, sözel/ fiziksel istismara maruz kaldıkları ayrıca büyük ölçüde umutsuz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Anokye ve ark., 2017).

İnfertilite kadını ve erkeği eşit olarak etkilese de kadınlar toplum tarafından daha fazla suçlanmaktadır (Hasapoor ve ark, 2019). Bu duruma bağlı olarak kadınlarda suçluluk duygusu ve özgüven eksiklikleri meydana gelmektedir ve infertil kadınlar, erkeklere oranla daha fazla stres yaşar ve çocuklarının olmaması sebebiyle damgalanırlar (Fu ve ark., 2015). İnfertilite damgasına bakıldığında gelişmekte olan ülkelerde görüldüğu kadar gelişmiş ülkelerde de görülrüğu tespit edilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015; Greil ve ark, 2010).

Damgalanan infertil bireyler, sosyal destekten mahrumiyet ve depresyon, anksiyete ve stres (Carter ve ark., 2011; Slade ve ark., 2007), suçluluk duyma (Donkor ve ark., 2007) ve kişilerarası ilişkilerde problem yaşamaktadır (Hasapoor ve ark., 2019). Bunların yanı sıra psikolojik problemlere, kişinin kendisine olan saygısında azalmaya ve kendisini damgalamasına sebep olabilir (Sternke ve ark., 2015).

Toplumsal cinsiyet algısı ve kültürel değerler sebebiyle infertilite damgalanmaya, ayrımcılığa ve kararsız evliliklere neden olmakta, bunun sonucunda ise kadınlar zihinsel olarak baskı altında hissetmektedirler (Ying ve ark.,2015).

Damga birden fazla olumsuzluk ile bağlantısı olan negatif psikolojik bir tutumdur. İnfertil olmanın ve buna bağlı çocuk sahibi olamamanın yarattığı stigma, toplumun kabul gördüğü doğrulardan sapmaya neden olur ve genel olarak kişiler hem infertiliteyi hem de damgalanmayı yönetmede suçluluk duyarlar (Jansen ve Onge, 2015). Bu bağlamda damgalanma, infertil kadınlarda benlik saygısında ve öz yeterlilikte azalmaya neden olmaktadır (Remenick, 2000) ve sosyal statüde azalma ile yakından bağlantılıdır (Fu ve ark., 2015). Bu sebeple tıbbi bakım veren profesyonelleri infertil bireylerin psikolojisini belirlemede ve ele almada önem teşkil etmektedir (Zhang ve ark., 2021).

Yapılan çalışmalarda, infertilite tedavisi gören kadınların çok fazla aile ve toplum damgası yaşadığı ve buna bağlı yaşam kalitesinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır (Jing ve ark., 2020; Ergin ve ark., 2018; Öztürk ve ark., 2021).

Yapılan diğer çalışmalarda ise, infertil olan kadınların;

Kaygı bozukluğu(anksiyete),

Depresyon eğiliminde artış,

Stres,

Toplumdan soyutlanma,

Damgalanma,

Seksüel problemler ve

İntihara yönelim gibi psikosesksüel ve psikososyal problemler ile karşı karşıya kaldığı vurgulanmıştır (Kjaer vd.; 2011; Lakatos vd., 2017; Maroufizadeh vd., 2017; Sis Çelik ve Kırca, 2018; Ozturk vd., 2019).

Anokye ve arkadaşları infertilitenin sosyal dışlanmaya neden olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir (Anokye vd., 2017).

Kişiler etiketlenmenin yol açtığı problemlerden kaynaklı kendisinin veya yakın çevresinin bazı “eksikliklerini” toplumdaki gizlemeye çabalamaktadır (Göksu ve Karakaya, 2009).

Özmen ve Erdem’in 2018’de yapmış olduğu çalışmaya göre; damgalanmadan, erkeklere oranla kadınların daha çok etkilendiği görülmüştür ve stigmatizasyon sonucunda:

“Temel insan haklarının” ihlali,

Kişilerin ötekileştiriliyor olması,

Topluluk tarafından dışlandıklarından dolayı izole bir hayata devam ettikleri,

Destek görmemeleri sebebi ile hastalıklarının yanında bir de topluluk tarafından işaretlenmelerine karşı mücadele etmeleri gibi sorunlar ön plana çıkmıştır (Özmen ve Erdem, 2018).

Öztürk ve arkadaşları, infertil kadınların gelişmiş bir ülkede damgalanma ve yüksek düzeyde stres yaşadıklarını vurgulamaktadır. Aynı zamanda duygusal veya fiziksel şiddete de maruz kalıyorlar, ancak şaşırtıcı bir şekilde infertil kadınların şiddet bildirme olasılığı doğurgan kadınlara göre daha az olduğu saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2021). Beklenmeyen annelik rolündeki kayıplar, toplum damgası ve tedavi süreci infertil kadınların kendilerini yetersiz, eksilmiş ve çaresiz hissetmesine ve umutlarında zamanla azalmaya sebep olmaktadır (Çetişli ve ark., 2018; Patel ve ark., 2018).

Alosaimi ve ark. (2017) infertil erkek ve kadınlarda infertillığe ilişkin psikososyal baskıların kadınlarda (%47,3) erkeklere (%39,7) göre çok daha fazla olduğunu saptamıştır (Alosaimi ve ark., 2017).

Ayrıca geleneksel topluluklarda kadınların aile ve toplumdaki rolü, doğurgan olmak ve çocuğuna bakmak ile eş değer görülmektedir. İnfertilitenin %40’ının erkeklerle, %40’ı kadınlarla ve %20’si bilinmeyen sebeplerle veya hem kadın hem erkekle alakalı olmasına rağmen, bazı topluluklarda çocuk doğurmadaki başarısızlık neredeyse her zaman yalnızca “kadına” atfedilir ve kadınlar genel olarak infertilitenin sebebi onlardan kaynaklı olmasa dahi infertil olmakla suçlanır (Akarsu & Beji, 2019; Naab vd., 2013).

Türkiye gibi geleneksel topluluklarda çocuk doğurmak toplumda ve ailede sosyal statü sahibi olmak ile eş değerdir. Buna ek olarak bu topluluklarda doğurmak ve annelik kadının asıl rolü olarak kabul görmektedir (Daibes ve ark., 2018; Karaca ve Ünsal, 2015). Türkiye'nin kırsal kesimlerindeki kadınlar çocuk sahibi olamadıklarında damgalanmakta ve kötü söylemlere maruz kalmaktadır (Keskin ve Gümüş, 2014).

Ürdün'de yaşayan infertil kadınlar da kırık kanatlı, yarı kadın, eksilmiş, kurumuş dal ve ölü ağaç gibi söylemlere maruz kalmaktadır (Daibes ve ark., 2018).

İnfertil bireylerin genelini gelişmeye çalışan ülkelerde yaşamakta olduğu ve bu topluluklarda çocuğunun olması, özellikle de erkek evlat dünyaya getirmenin çoğu zaman kadınlar için toplumsal statülerindeki artışın birincil yolu olduğu tespit edilmiştir (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019).

Çoğu ülkede çocuk sahibi olamama; bireysel, sosyal ve ailesel problemlere, evlilik düzeninin bozulmasına sebep olur ve toplumsal dışlanmanın bir sebebidir. Kadınların bir kısmı infertil olduklarını toplumdan dışlanacakları düşüncesi ile gizleme ihtiyacı duymaktadır (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015).

Çocuk sahibi olamayan kadını ailesi ve komşuları dışlamakta, hor görmekte, bireye “eksik”, “yarım kadın”, “infertil”, “uğursuz”, “kuru dal”, “meyvesiz ağaç” benzeri söylemlerde bulunmaktadır (Daibes vd., 2018). Hemen her toplulukda infertil kadınlar infertilite olmaları kaynaklı sorumlu tutulmakta ve sosyal destek görememekle beraber, geleneksel toplumlardaki kadınların çocuk sahibi olamamayı sırtlandıkları görülmektedir (Daibes vd., 2018).

İnfertiliteye ek olarak; yapılan testler, uygulanan yardımcı üreme teknikleri ve bu test ve tekniklerin erkeklere oranla kadınlarda daha fazla uygulanması da kadınlarda ekstra emosyonel strese ve infertil olduklarından dolayı sorumluluğu kendilerinde hissetmelerine sebep olmaktadır (Hasanpoor-Azghdy vd., 2015).

Üreme ile ilgili yetersiz oluş genellikle sosyal bir işaretlenme (etkilenme, damgalanma, stigma, küçük düşme), suçluluk duyma gibi durumlara neden olurken aynı zamanda utanç veren bir sorun haline dönüşmektedir (Jafarzadeh-Kenarsari vd., 2015). Anlaşıldığı gibi infertilite, kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak negatif bir şekilde etkisi altına alan çok merkezli sağlıksal bir problemdir (Naab vd., 2019).

## 2.12. Başa Çıkma Stratejileri

Baş çıkmayı Weiten; “stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelerek ihtiyaçları azaltma veya kabul etmek için gösterilen çaba” şeklinde ifade etmiştir (Weiten ve ark., 2012).

Folkman ve Lazarus ise baş etmeyi, kişinin kendisi üzerinde stres olarak algıladığı iç veya dış kaynaklı sorunların çözümü için gösterdiği duygusal, davranışsal ve bilişsel çabaların geneli olarak tanımlamıştır. Baş etme bireyin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesine ve kötü hissettirebilecek durumlardan kaçınmasına odaklanır (Lykeridou ve ark. 2011; Compas ve diğerleri, 2001 ; Lazarus, 1993 ; Lazarus, 1998 ; Lazarus ve Folkman, 1984).

Stres veren olay veya etkenlerin negatif etkisini en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak amacıyla farklı baş etme yöntemleri kullanmak evrensel bir yaklaşımdır. “Başa çıkma”, kişinin stresör olarak algıladığı etmenlere karşı direnç göstermesi ve bu olaylara karşı dayanma amaçlı sergilediği bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaların tamamı olarak ifade edilebilir. Stres oluşturan durumların üstesinden gelebilmek amacıyla geliştirilen baş etme yöntemleri yaş, cinsiyet, kültür gibi birden fazla etkene göre değişiklik göstermektedir ve bireye özgüdür (Folkman, 1984; Benyamini ve ark.,2008; Baltaş ve Baltaş, 2005).

Kadınlar erkeklere göre daha fazla stres yaşamakta ve daha fazla başa çıkma yöntemi kullanmaktadır (Yılmaz ve Oskay, 2016).

Problem ve duygusal odaklı stratejiler, birçok çalışmada öne çıkan iki ana başa çıkma stratejisi olarak görülmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Lykeridou ve ark. 2011).

Problem odaklı başa çıkma stratejileri ise planlama, direkt harekete geçme, yardım arama ve başka aktivitelerden soyutlanma şeklinde gruplandırılmıştır (Carver ve ark., 1989).

Duygusal odaklı başa çıkma stratejileri reddetme, yaşananları pozitif olarak yeniden yorumlama ve sosyal desteğe sahip olmak amacıyla araştırma yapmak şeklinde üç grupta sınıflandırılmıştır.

Farklı çalışmalarda ise uyumsal ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinden bahsedilmektedir. Bu çalışmalarda, problem odaklı baş etme, uyumsal başa çıkma

stratejisi olarak kabul görürken; kaçınmacı baş etme, uyumsuz başa çıkma stratejisi olarak kabul görmektedir (Rodino ve ark., 2018).

Carver ve diğerleri (1989), 13 farklı başa çıkma ölçeğinde incelemelerde bulunarak, başa çıkma stratejileri konusunda 13 başlık ele almıştır. Bu başlıklar Tablo 2.8’de sunulmuştur.

**Tablo 2.8: Stresle Başa Çıkma Stratejileri**

Aktif başa çıkma	Konsantre olma ve problemden kurtulma
Planlama	Strateji ve aktif plan geliştirme
Önleyici aktivitelerden uzaklaşma	Probleme odaklanma
Aracı olacak sosyal destek arama	Benzer sorunları deneyimlemiş kişileri bulma
Duygusal sebeplerle sosyal destek arama	Sempati ve duygu paylaşımı
Pozitif şekilde tekrar yorumlama	Farklı açıdan olayları değerlendirme
Kabul etme	Gerçeklerle yüzleşerek, onunla birlikte yaşama
Dini değerlere dönüş	Tanrı’dan yardım isteme ve fazla dua etme
Reddetme	Olmamış gibi davranma, olduğuna inanmama
Davranışsal ayrışma	Amaçlardan vazgeçme
Ruhsal ayrışma	Az düşünmek için fazla uyuma ve hüyyalara dalma
Alkol ve madde ile ayrışma	Daha az düşünebilmek için madde kullanma
Kısıtlamalar	Doğru zamanda, acele etmeden kendini sınırlama

**Kaynak:** Carver, Scheier, ve Weintraub, 1989.

Zurlo ve arkadaşları (2020)’nin çalışmasında, sosyal destek arama, başa çıkmadan kaçınma ve durumluk kaygı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Zurlo ve

ark., 2020). Bu bulgular Peterson ve arkadaşlarının sonuçlarını desteklemektedir (Peterson ve ark., 2006).

Başka bir çalışmada ise, pasif başa çıkmanın -duygu odaklı- stres için olumlu bir yöntem olduğu, aktif başa çıkmanın -problem odaklı- ise stres için olumsuz bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Broeck ve ark., 2010).

Yazdani ve arkadaşları ise, pasif ve aktif başa çıkma yöntemleriyle ilgili olarak, çiftler arasında anlamlı bir fark olmadığı fakat kadınların erkeklere oranla öz kontrollerinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlara ek olarak, infertilite kaygısının aktif yönelimli baş etme tarzını direkt etkilediği görülmüştür (Yazdani ve ark., 2016).

Schmidt ve arkadaşları, infertilite baskısıyla karşılaşan kadınların başa çıkma yöntemini dört grupta sınıflandırmıştır: aktif-kaçınma (gebe kadınlarla temas kurmama, duygularını ifade etmeme), aktif-yüzleşme (tavsiye istemek), pasif-kaçınma(mucize beklemek, çözüm olarak sadece beklemek), ve anlam temelli başa çıkma(evliliğin ya da bireysel gelişimin iyileştirilmesi ile deneyim arasında bağ kurma) ((Onyedibe ve ark., 2019; Schmidt ve ark., 2005).

Aktif başa çıkma yöntemleri (tıbbi tavsiye arayışı, yardım arayışı vb.), damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkisine fayda sağlayabilir (Xu, 2016; Ried ve ark., 2013), kaçınma başa çıkma yöntemleri ise kendisini değersiz görme ve sosyal geri çekilmeyle ilişkilidir (Rodino ve ark., 2018).

### **2.12.1. İnfertilite ve Baş Etme**

İnfertil çiftler için tedavi süreci çok özeldir ve aynı zamanda evlilik için evlat sahibi olmanın önemi büyük olduğu için çiftin ilişkisi için büyük bir tehdit durumudur. İnfertilite tanısı konulduktan sonra bireylerde utanç duyma, kızgınlık, üzüntü ve kontrol kaybı yaşanabilmekte ve tedavi süreci ile gelen psikolojik, fiziksel ve maddi sorunlar oluşabilmektedir. (Pasch ve Sullivan 2017). Bu da stres oluşturan, baş etmesi zor bir krizdir (Akyüz ve ark., 2014).

İnfertilite sürecinden geçen kadınlar etkili olan ya da olamayan birden fazla baş çıkma yöntemi kullandıkları görülmektedir. Gebe ya da anne olan kadınlarla karşılaşmalarını engellemeye çalışmakta ayrıca infertilite süreciyle ilgili konularda konuşup üzülme istemedikleri için sosyal hayatlarını kısıtladıkları bildirilmiştir (Şen ve Sevil, 2016).

İnfertil olan çiftlerde kadınların erkeklere göre daha fazla stres yaşadığı ve erkeklere oranla daha fazla başa çıkma stratejileri kullandıkları bildirilmektedir. Bunların yanında kullanılan başa çıkma tarzları da farklılık göstermektedir. Kadınlar en fazla dilek, umut ve kaçış, yakın çevreyle iletişim, sorunu paylaşabilecekleri gruplara dahil olma, konuşma, destek arayışı, problemle alakalı eğitimlere ilgi, sorumluluk sahibi olma gibi stratejileri kullanmayı tercih etmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Erkekler ise problemlerini daha az dile getirmektedir. Bunların yanı sıra kendini savunmak amaçlı kadınlar infertil olma durumuna olumsuz tepki verirken; erkekler unutmaya ve inkâr etmeyi tercih etmektedirler (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

İnfertilite stresi ile baş etme yöntemleri üzerine birden fazla ölçek bulunmaktadır ve ölçeklerin başa çıkma tarzları birbirinden farklı kategorize edilmiştir. (Lazarus ve Folkman, 1984).

Karaca ve Ünsal (2015) ise yaptıkları çalışmada infertil kadınların infertilite ile başa çıkmak amacıyla; eş veya doğurganlık sorunu olan diğer kadınlarla problemlerini paylaşma, manevi baş etme tarzlarına yönelim, toplumdan soyutlanma gibi başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını gözlemlemiştir (Karaca ve Ünsal, 2015).

Peterson ve ark. (2006) infertilite stresi ile baş etme yöntemlerini; meydan okuyarak baş etme, uzaklaşma, otokontrol, sosyal destek arayışı, sorumluluk alma, kaçınma, planlı sorun çözme ve olumlu tekrar değerlendirme olarak sekiz alt boyutta ele almıştır (Peterson ve ark., 2006).

Schmidt ve ark (2005a) ise; aktif-kaçınma (hamile kadınlar ve çocuklu bireylerden kaçma), pasif-kaçınma (mucize için ümit etmek), aktif- mücadele etme (tavsiye dinleme, duygularını ifade etme), anlam bulma temelli (dua etmek) başa çıkma yöntemleri şeklinde bir sınıflama yapmıştır (Schmidt ve ark., 2005a).

Bunlara ek olarak infertilite ile başa çıkmada gevşeme egzersizleri, yoga, meditasyon, maneviyat ve hayal kurma şeklindeki stratejiler de kullanılmaktadır (Özcan ve Beji, 2016).

Aflakseir ve Zarei (2013) çalışmasında en fazla pasif-kaçınma baş etme yönteminin kullanıldığı, sırasıyla anlam bulma temelli, aktif- mücadele etme, aktif-kaçınma başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığını belirtmiştir (Aflakseir ve Zarei, 2013).

Musa ve ark. (2014) ise, duygusal odaklı başa çıkma ve stres seviyesi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu saptamıştır (Musa ve ark., 2014).

Karaca ve Ünsal (2015b)'ın doğurganlık sorunu olan kadınlarla yürüttüğü çalışmada infertilite stresi ile başa çıkmada sosyal geri çekilme, manevi baş etme ve umut etme, yaşamı yeniden yapılandırma ve geleneksel yöntemleri benimsemenin öne çıktığı görülmektedir. Genellikle duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığı bildirilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015b).

İnfertil bireylerin damgalanmasında, yalnızlık, umutsuzluk benzeri negatif duygular sosyal destekteki eksiklikle alakalıdır bundan dolayı sosyal destek önem arz eden bir başa çıkma tarzı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal destek kadınların fiziksel ve ruhsal olarak iyilik halinin oluşmasını sağlayan, sevgi, güven ve ait olma duygularını öne çıkaran değerli bir başa çıkma şeklidir. Stresörü ortadan kaldırmasa da anksiyete seviyesini en aza indirgeyerek başa etmede ve problemlere karşı çözüm odaklı olunması konusunda çiftlere destek olmaktadır (Erdem ve Apay 2014).

İnfertil kadınlarda, yüksek oranda duygu odaklı yöntemler kullananların stres seviyelerinde artma ve infertiliteye uyum sağlama konusunda zorlandığı gösterilmiştir. Bunlara ek olarak kaçınmacı baş etme yöntemi kullananlar (inkar)ın stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Schmidt ve ark., 2005).

Çin'in Zhejiang kentindeki infertil kadınlar genellikle sosyal geri çekilme şeklinde kendini gösteren orta/yüksek düzeyde stigmaya uğrarlar. Bu nedenle, bireylerin düşüncelerini değiştirmek ve negatif deneyimleriyle başa çıkmalarına yardım etmek amacıyla destekleyici psikolojik müdahaleler ve halk eğitimi planlanmalıdır (Zhang ve ark., 2021).

İnfertilite problemiyle uğraşan diğer bir topluluk olan Ganalı kadınlar ile yapılan bir çalışmada, dinden yararlanmak, bazı sorunlardan kaçmak, eş desteği almak ya da ekonomik olarak bağımsızlık gibi farklı baş etme yöntemleri kullandıkları görülmüştür (Donkor ve Sandall, 2009).

### **2.13. Damgalanma ve başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki**

İnfertil kadınlar damgalanma gibi negatif duygularla başa çıkmak için kullandıkları baş etme yöntemlerinin kendileri için ne kadar önemli olduğu konusuna dikkat çekmektedir (Tabong ve Adongo, 2013), yanıt (Çakar ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda kadınlar geniş toplum tarafından damgalanmadıkları takdirde infertilite ile baş edebileceklerini söylemişlerdir (Kok ve ark., 2013; Dhont N., 2011).

Kabullenme ve reddetme stigmaya karşı geliştirilen baş etme stratejilerindedir. Ancak damgalanmanın saklanması mı, söylenmesinin mi stigmaya karşı baş etmede etkili olduğu tartışma konusudur. Damgalanma varlığı hissediliyorsa içselleştirilmiş damga dışında toplumsal damgalanmadan da söz edilebilir (Thornicroft, 2014).

İstenilen gibi sonlanmayan tedaviler sonrasında infertil birey toplum tarafından damgalanma, cinsel olarak başarıda eksiklik ve yetersiz olma hissi yaşamaktadır. Tüm bu nedenlerin de etkisiyle infertilite tanısı alan çiftler ne şekilde baş edeceklerini bilmedikleri birtakım problem ile karşı karşıya kalmaktadır (Navid ve ark., 2018).

Nitekim damgalanmış bireylerin baş etme yöntemleri, damgayı bastırmak için yeterli olabilir veya olmayabilir. Damgalama tehditleri bireyin ayrımcılık hissetmesine veya sürekli olarak damgalanmaya karşı hazır beklemesine neden olmaktadır. Bu belirsizlik hali ise bireyde yorucu ve kötü bir deneyim olarak akılda kalmaktadır (Thornicroft, 2014).

Kendini damgalama ile ilgili olan çalışmalara bakıldığında, olumsuz inanışlarla mücadele etme, öz saygıyı artırma, eğitim alma, psikolojik destek almanın desteklenmesi ve sürdürülmesi ve stigmatı protesto etmenin bireyin kendisini damgalamayı azaltmada etkin yöntemler olduğu öne sürülmüştür (Sevim K.,2018). Stigmaya karşı geliştirilen yaklaşımlar kişiyi yetkin kılar ve süreklilik gösteren güçsüzlük duygusuyla başa çıkmayı kolaylaştırır. Bu nedenle baş etme yöntemleri bireylerin pozitif bakmasını sağlayıp yaşantılarını anlamlı kılmaktadır. Böylelikle bireyler sosyal yeteneklerini değiştirip, toplum ile yaşama konusuna hazır hale gelebilir (Büyükgöze Kavas ve ark., 2014).

#### **2.14. İnfertil çiftlerde damgalanma ve infertilite ile başa çıkma konusunda hemşirelik yaklaşımları**

Stigmatizasyonun önüne geçebilmek için toplumun bilinçlenmesi şarttır (Kadioğlu ve Şahin, 2015). Doğurganlık sorunu ile karşı karşıya olan kadınlar hissettikleri emosyonel problemler, hayal kırıklıkları ve ilişkilerindeki problemler ile baş etmek için destek ihtiyacı arayışındadır. Tam da bu aşamada infertilite hemşiresinin rolü büyük önem taşımaktadır (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015; Hart, 2002).

İnfertil kadınların yaşadığı öfke, nefret ve stres gibi durumlarda hemşirelerin sağladığı danışmanlık, infertilite ile baş eden çiftler arasındaki ilişkiyi güçlendirmekte ve infertil kadınların bireysel farkındalığını artırmaktadır (Terzioğlu, 2001). Hemşirelerin kadınlara yakınlığı ve toplumdaki tüm sağlık kurumlarında görev almaları sebebiyle kadınlar sağlık problemlerini hemşire-ebe ile daha çok paylaşmaktadır (Kadıoğlu ve Şahin, 2015). Aynı zamanda infertil kadınlarla empati kurarak bu sürece pozitif etki sağlamaktadırlar. Hemşireler, fertilitenin sağlanamadığı bu süreçte kişiye karşı sakin ve cesaret veren bir yaklaşım sergileyerek; psikolojik baskıyla baş etmesi için sade ve anlaşılır bir dil ile süreci anlamasına, stres ile başa çıkmasına, stres etkisindeyken olumsuz kararlar vermesinin önüne geçilmesine destek olmaktadır. Yapılan çalışmalar da tedavi sürecinde her gün bilgi ve destek alan doğurganlık sorunu olan çiftlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük ve yaşam memnuniyetlerinin ve gebe kalma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Terzioğlu, 2001).

Boivin (2003)'in yaptığı çalışmada ise; infertil kişilere sağlanan psikososyal desteğin, kadınların evlilik ve sosyal yaşantılarındaki negatiflikleri azalttığı bildirilmiştir (Boivin, 2003).

Kadınların doğurganlık problemleriyle başa çıkabilmesi ve tedavi sürecinde başarıya ulaşmasında sağlık bakım profesyonelleri olan hemşirelerin rolü çok büyüktür. İnfertilite hemşireleri, kişilerin psikososyal ihtiyaçlarını belirleme konusunda ve gereklilik halinde bireye özgü psikososyal müdahalelerde bulunarak destek ve danışmanlık sağlamakta etkin rol oynamaktadırlar (Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın tipi, araştırma yeri ve zamanı, araştırma evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi ve veri toplama araçları, verilerin çözümleme teknikleri, araştırma etiği, sınırlılıkları ile ilgili ayrıntılı bilgiler sunulmuştur.

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma infertilite polikliniğine ve tüp bebek merkezine başvuran kadınların damgalanma ve infertilite ile başa çıkma yöntemlerini belirlemek amacıyla nicel, analitik, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak tanımlayıcı araştırma tasarımı yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma örneklemini, etik kurul izni alındıktan sonra İstanbul'da hizmet vermekte olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi tüp bebek merkezine başvuru yapan primer infertil kadınlar oluşturmaktadır. Hastane, kadın sağlığı ve hastalıkları tanı ve tedavisinde önemli merkezlerden biridir. Araştırmanın verileri Mayıs 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında toplanması planlanmış olup tüm Dünya'yı etkisi altına alan Covid 19 pandemisi sebebiyle bir süre kliniklerin kapatılması sonrası yeterli hasta sayısına ulaşmak amacıyla Nisan 2022 tarihine kadar veriler toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin infertilite kliniği ve tüp bebek mekezine başvuran tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır. Bu amaçla Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında infertilite polikliniğine ve tüp bebek merkezine tedavi için başvuran kadınlar sayılmıştır, tekrar eden kayıtlar çıkarıldıktan sonra 900 kadının infertilite tedavisi amacıyla polikliniğe başvurduğu tespit edilmiştir.

$$N t^2 p q$$

$$n : \text{-----}$$

$$d^2 ( N-1) + t^2 p q$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (8000)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,1)

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0,9 )

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05)

$\alpha = 0.05$  İçin Örneklem Büyüklükleri

Evren Büyük- lüğü	+ 0.03 örnekleme hatası (d)			+ 0.05 örnekleme hatası (d)			+ 0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
750	441			254			85		
800	457			260			86		
850	473			265			86		
900	488			269			87		
950	503			274			87		
1000	516			278			88		

$$n = \frac{9000 \times (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9}{(0,05)^2 \times (9000-1) + (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9} = 269$$

Yüzde 95 güven aralığı ve  $\pm$  %5 sapma ile örnekleme alınacak en az kişi sayısı 269 olarak hesaplanmıştır. Toplamda 300 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Örnekleme alınacak infertil bireylerin seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya istekli olan hastalarla, örneklem sayısının tamamına ulaşınca kadar veri toplama işlemi sürdürülmüştür.

### **3.3.1. Dahil edilme kriterleri**

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Bireylerin primer infertil olması
- Kanser olmayan
- Okuryazar olunması
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olması
- İletişim probleminin olmaması (işitme, dil, anlama vb.)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Psikiyatrik tanı almamış olması

### **3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu (Ek 1), İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (Ek 2) ve İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği (Ek 3) ile elde edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yoluyla hastaların tedavi ve bakımlarını aksatmayacak şekilde toplanmıştır.

#### **3.4.1.Hasta Bilgi Formu:**

Tanımlayıcı veri formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür (Eteman Kaya D., 2019) incelenerek oluşturulmuş sosyodemografik özellikler, infertilite şekli, infertilite tedavi yöntemleri, toplumun infertiliteye bakış açısı vb. 38 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği:

FU B. ve ark. tarafından (2015) geliştirilmiş. Çapık ve ark. tarafından (2019) Türkçe Geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek infertilite tedavisi alan kadınlara uygulanmaktadır. Totalde 27 maddesi bulunan ölçek, 5'li likert tipine (Kesinlikle katılmıyorum=1, Kısmen Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Kısmen Katılıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5) göre sınıflandırılmaktadır. Ölçek dört alt boyuttan (*Özdeğer Kaybı, Sosyal Geri Çekilme, Toplumsal Damgalanma, Ailesel Damgalanma*) oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak ifade edilmiştir.

Ölçeğe dair toplam alınacak en düşük puan 27, en yüksek puan 135 olarak bulunmuştur. Ölçeğe bakıldığında ters kodlanılan madde bildirilmemiştir. Ölçekten alınan puanların artış göstermesi kadınların hissettiği damganın artışı ile doğru orantılıdır.

### 3.4.3. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği:

Karaca ve ark. (2018) tarafından Türkçe Geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan bu ölçek, kadınların çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları sorunlarda kullandıkları başa çıkma stratejilerini içeren maddelerden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert (Tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) tarzında kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 50 madde ve 10 alt ölçekten/faktörden (Düşüncelerle ilgili aşırı meşguliyet, Spirituel Baş etme, İnkâr, Sosyal Geri Çekilme, Negatif Benlik Algısı, Umut, Sosyal destek Arama, Kabul, Kendine Yatırım yapma, Eş ilişkileri) oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak ifade edilmiştir.

Ölçeğe dair toplam alınacak en düşük puan 50, en yüksek puan 250 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 25 ve 29. Maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir.

İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği ve infertilite damgalanma ölçeğinin cronbach alfa katsayısı

Ölçekler	Cronbach Katsayısı
İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği	.93
İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği	.91

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

#### Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği puan ortalamaları ve infertilite damgalanma (Stigma) ölçeği puan ortalamaları araştırmamızın bağımlı değişkenleridir.

#### Araştırmanın bağımsız değişkenleri;

İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine ait, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, maddi durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği bilgileri, aile tipi vb. gibi bilgileri araştırmamızın bağımsız değişkenleridir.

### 3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmada yapılan analizler SPSS 25.0 for Windows versiyonu programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada sosyodemografik özelliklerin tanımlanması amacıyla frekans/sayı, yüzde istatistikleri, baş etme ve damgalanma ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutlarının tanımlanması amacıyla da frekans/sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov normallik analizi, çarpıklık-basıklık analizleri ve merkezi limit teoreminden yararlanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre, baş etme ve damgalanma düzeyleri üzerinde farklılığın sınanması amacıyla 2 grup ortalaması için t testi, 2'den fazla grup ortalaması için ise ANOVA (Varyans Analizi) uygulanmıştır. ANOVA analizinde hangi gruplar arasında farklılığın olduğunun sınanması için Post-hoc testlerinden LSD analizi uygulanmıştır. Ayrıca baş etme ve damgalanma değişkenleri arasındaki ilişki için Korelasyon, damgalanma düzeyinin baş etme düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla da Regresyon Analizinden yararlanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmaya; sekonder infertil kadınlar, kronik rahatsızlığı bulunan, kanser teşhisi olan, psikiyatrik tanısı bulunan kadınlar dahil edilmemiştir.

Bir diğer sınırlılık ise araştırma verileri toplanırken, dünyada ve ülkemizde etkisini gösteren Covid-19 pandemisi nedeniyle kliniklerin belirli bir süre kapatılması, sonrasında başvuran hasta sayısının azalmasına bağlı olarak hesaplanan en az 269 kişiden oluşan örneklemden 228 kişiye ulaşılmış olmasıdır. Hesaplanan örneklem sayısına ulaşamaması bir sınırlılık oluşturmuştur. Ancak araştırma verilerinden elde edilen araştırmanın gücü %80 ve üzerinde olması bu sınırlılığın etkisini azaltmıştır (actual power: 0.9501).

Çalışmanın sonuçları, örneklem grubunun küçüklüğü sebebiyle yalnızca araştırma kapsamında bulunan kadınlara genellenebilir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmanın yürütülmesi amacıyla İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Ek 7, Ek 8, Ek 9, Ek 10 ve Ek 11) ve çalışmanın yürütüldüğü merkez olan Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nden (Ek 12) gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmada kullanmak için İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek 5 ve Ek 6). Örneklem kapsamına alınan her bir hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alınmıştır. Katılımcılar, bilgi gizliliği konusunda ve bilgilerinin farklı herhangi bir mecrada kullanılmayacağı konusu ile ilgili bilgilendirilmiş ve araştırmadan istediği vakit geri çekilme hakkının olduğu açıklanmıştır. Katılımcıların, araştırmaya gönüllülük esası ile katılımı sağlanmıştır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **ARAŞTIRMANIN BULGULARI**

Bu bölümde araştırma verilerine ait bulgulara yer verilmektedir. Çalışmada sırasıyla olarak sosyodemografik özelliklere göre infertil kadınların; frekans ve yüzdeleri, damgalanma ve başa çıkma düzeylerine ilişkin bulgular, sosyodemografik özellikler bazında ortalama ve standart sapma değerleri ile damgalanma ve baş etme düzeylerine ilişkin normallik testleri ile sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin sınanmasına ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Araştırmanın amacına yönelik araştırma problemleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

#### **Araştırma soruları**

- 1) İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- 2) İnfertil kadınların damgalanma düzeyleri nedir?
- 3) İnfertil kadınların baş etme düzeyleri nedir?
- 4) İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 5) İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre baş etme düzeylerini arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 6) İnfertil kadınlarda damgalanma düzeyi, baş etme düzeyini etkiler mi?

#### **4.1. İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular**

İnfertil kadınlara ilişkin sosyodemografik özelliklerin frekans ve yüzdeleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.: İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=228)**

İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler (n=228)		Ortalama	SS*
Yaş ortalaması		32.17	4.88
Sosyodemografik Özellikler	Değişken Grupları	f	%
Yaş	29 ve altı	70	30.7
	30-35	96	42.1
	36 ve üstü	62	27.2
Eğitim Düzeyi	İlkokul	33	14.5
	Ortaokul	44	19.3
	Lise	75	32.9
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	76	33.3
Eş Eğitim Düzeyi	İlkokul	39	17.1
	Ortaokul	52	22.8
	Lise	81	35.5
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	56	24.6
Çalışma Durumu	Evet	89	39.0
	Hayır	139	61.0
Eş Çalışma Durumu	Evet	220	96.5
	Hayır	8	3.5
Meslek	İşçi	56	24.6
	Memur	28	12.3
	Serbest meslek	24	10.5
	Ev hanımı	120	52.6
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	57	25.0
	Gelir gidere denk	145	63.6
	Gelir giderden fazla	26	11.4
Yaşanılan Yer	İl	147	64.5
	İlçe	77	33.8
	Köy	4	1.7
Aile Tipi	Çekirdek aile	186	81.6
	Geniş aile	42	18.4
Evlilik Süresi	2 yıldan az	28	12.3
	3-5 yıl	80	35.1
	5 yıl ve üzeri	120	52.6
Çocuk Sahibi Olamama Süresi	2 yıldan az	40	17.5
	3-5 yıl	90	39.5
	5 yıl ve üzeri	98	43.0
İnfertilite Tedavisi Görme Süresi	2 yıldan az	122	53.5
	3-5 yıl	63	27.6
	5 yıl ve üzeri	43	18.9

**Tablo 4.1.: İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (Devamı) (n=228)**

Ailesinde veya Eşinin Ailesinde İnfertil Olma Durumu	Var	42	18.4
	Yok	186	81.6
İnfertilitenin Kaynağı	Kadın	149	65.4
	Her ikisine de	27	11.8
	Açıklanamayan	52	22.8
Tedaviye Yönelik Desteklenme Durumu	Eş	138	60.5
	Aile	88	38.6
	Arkadaş	2	0.9
Çocuk Sahibi Olamama Nedeniyle Baskı Altında Olma Durumu	Kendimden	36	15.8
	Eşimden	5	2.2
	Kendi ailemden	8	3.5
	Eşimin ailesinden	22	9.6
	Arkadaşlarımdan	7	3.1
	Diğer	7	3.1
	Baskı altında hissetmiyorum	143	62.7
	Eş ile Olan İlişkiden Memnun Olma Düzeyi	Çok memnunum	213
	Biraz memnunum	13	5.7
	Memnun değilim	2	0.9
Tedavi Süreci ile İlgili Duyguların Değerlendirilmesi	Olumlu	136	59.6
	Olumsuz	15	6.6
	Emin değilim	77	33.8

SS\*: Standart Sapma

Tablo 4.1.'e göre, infertil kadınların %30,7'si 29 ve altı, %42,1'i 30-35 arası, %27,2'sinin ise 36 ve üstü yaşa sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %33,8'inin ilkokul-ortaokul, %32,9'unun lise mezunu, %33,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmekle beraber, %39'unun çalıştığı, eşlerinin de %75,4'ünün ilkokul-ortaokul-lise mezunu, %24,6'sının ise üniversite mezunu ve %96,5'inin çalıştığı gözlemlenmektedir. Katılımcıların %24,6'sının işçi, %12,3'ünün memur, %10,5'inin serbest meslek, %52,6'sının ev hanımı olduğu, buna ek olarak çoğunun gelir düzeyinin (%63,6) gelirleri ile giderlerinin birbirine denk olduğu görülmektedir. Yaşanılan yer açısından %64,5'inin il, %35,6'sının ilçe ve köyde yaşadığı, aile tipi açısından da %81,6'sının çekirdek aile, %18,4'ünün geniş ailede yaşadığı görülmektedir. Araştırmaya dahil olan infertil kadınların, %17,5'inin 2 yıldan az, %39,5'inin 3-5 yıl ve %43'ünün 5 yıl ve daha uzun süre çocuk sahibi olamadıkları, %53,5'inin 2 yıldan az, %27,6'sının 3-5 yıl ve %18,9'unun ise 5 yıl ve daha uzun süredir infertilite tedavisi gördükleri gözlemlenmektedir. Ek olarak çocuk sahibi olamayan bireylerin genelde 5

yıl ve üzerinde evlilik süresine sahip kadınlar olduğu görülmektedir. İnfertil kadınların ailelerinde veya eşlerinin ailelerinde %18,4'ünde infertil olma durumu gözlemlenirken, %81,6'sında ise infertil olma durumu gözlemlenmemiştir. İnfertilitenin %65,4'ünde kadından, %11,8'inin hem kadından hem de erkekten, %22,8'inin ise açıklanamayan bir nedenden kaynaklı olduğu görülmektedir. İnfertil kadınların infertil tedaviye yönelik desteklerinin %60,5'i eşleri tarafından sağlanırken, %39,5'inin ise aile ve arkadaş tarafından sağlandığı görülmektedir. Katılımcıların çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları incelendiğinde, %15,8'inin kendilerinden, %2,2'sinin eşlerinden, %13,1'inin kendi ailesinden veya eşinin ailesinden, %6,2'sinin ise arkadaşları veya diğer kişiler tarafından olduğu gözlemlenirken, %62,7'sinin ise baskı altında hissetmediği gözlemlenmiştir. İnfertil kadınların %93,4'ünün eşleriyle olan ilişkilerinden memnun olduğu da söylenebilir. Ayrıca tedavi süreci ile ilgili duygularının değerlendirilmesi açısından bakıldığında %59,6'sının olumlu, %6,6'sının olumsuz, %33,8'inin ise ne hissettiğinden tam olarak emin olmadığı şeklinde görüş belirtmişlerdir. Araştırmaya daha fazla yorum gücü katması açısından, infertil kadınlara ilişkin diğer sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular ise Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.: İnfertil Kadınlara Ait Diğer Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=228)**

Sosyodemografik Özellikler	Değişken Grupları	f	%
Sosyal Güvence Durumu	Var	205	89.9
	Yok	23	10.1
Tedavi Masraflarının Karşılama Durumu	Kendisi	45	19.8
	Sosyal güvencesi	86	37.7
	Bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence	89	39.0
	Ailesi veya yakınları	8	3.5
Sigara Kullanımı	Evet	48	21.1
	Hayır	180	78.9
Alkol Tüketimi	Evet	4	1.8
	Hayır	224	98.2
Tedavi Sürecine Destek Durumu	Yok	14	6.1
	Yetersiz	34	14.9
	Yeterli	180	78.9
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni ile Baskı Hissi	Evet	84	36.8
	Hayır	144	63.2

**Tablo 4.2.: İnfertil Kadınlara Ait Diğer Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (Devamı) (n=228)**

Çocuğun Olmaması Nedeniyle Eş ile Olan İlişkinin Negatif Etkilenme Durumu	Evet	35	15.3
	Hayır	193	84.7
Çocuğun Olmadığını Yakın Çevreden Saklama İhtiyacı	Evet	39	17.1
	Hayır	189	82.9
Çocuğun Olmaması Sebebiyle Aileden Dışlanma Düşüncesi	Evet	14	6.1
	Hayır	214	93.9
Çocuğun Olmaması Nedeniyle Sosyal İlişkilerin Olumsuz Etkilenmesi	Evet	39	17.1
	Hayır	189	82.9
Çocuğun Olmaması Sebebiyle Eşin Ayrılık Düşüncesi	Evet	2	0.9
	Hayır	226	99.1
Çocuğun Olmaması Sebebiyle Eşin Başka Biriyle Evlenme Düşüncesi	Evet	4	1.8
	Hayır	224	98.2
Evlat Edinme Düşüncesi	Evet	72	32.0
	Hayır	155	68.0
Tedavi Özgeçmişi	Daha önce hiç tedavi almamış	75	32.9
	Hormon tedavisi	13	5.7
	Aşılama	46	20.2
	Hormon tedavisi+aşılama	21	9.2
	Hormon tedavisi+aşılama+IVF (tüp bebek)	68	29.8
	Diğer	5	2.2
Şu anki tedavi aşaması	Hormon tedavisi	20	8.8
	Aşılama	24	10.5
	IVF (tüp bebek)	170	74.6
	Diğer	14	6.1
İnfertilite Tedavisi Konusunda Bilgi Alma Durumu	Evet	135	59.2
	Hayır	93	40.8
İnfertilite Tedavisi Konusunda Yeterli Bilgi Sahibi Olup Olmama Durumu	Evet	149	65.3
	Hayır	79	34.6
Yumurta Bağışı veya Sperm Bağışı Düşüncesi	İstiyorum	11	4.8
	Olabilir	26	11.4
	İstemem	191	83.8

İnfertil kadınların diğer sosyodemografik özelliklerine ilişkin verdiği sorulara yanıtları incelendiğinde, %89,9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %10,1'inin sosyal güvencesi olmadığı, tedavi masraflarını %19,8'si kendisi, %37,7'sinin sosyal güvencesi, %39'unun bir kısmını kendisi bir kısmını sosyal güvencesi, %3,5'inin ailesi veya yakınları karşıladığı görülmektedir. Katılımcıların %78,9'unun sigara kullanmazken,

%21,1'inin sigara kullandığı, %1,8'inin de alkol kullanırken, %98,2'sinin ise alkol kullanmadığı söylenebilir. İnfertil kadınlar tedavi süreçlerinde gördükleri (eş, aile, arkadaş, diğer) desteklerini %78,9'u yeterli bulurken, %14,9'u yetersiz bulmaktadır ve %6,1'inin ise herhangi bir destek görmediği görülmektedir. İnfertil kadınların; çocuk sahibi olamamaları nedeniyle %36,8'i baskı altında hissettiği, %63,2'sinin ise baskı altında hissetmediği, çocuğunun olmaması eşleriyle olan ilişkilerini %15,3'ünde olumsuz etkilerken, %84,7'sinde olumsuz etkilemediği, çocuğunun olmadığını %17,1'i yakın çevresinden saklama ihtiyacı hissederken, %82,9'unun bu ihtiyacı hissetmediği, çocuğunun olmaması yüzünden %6,1'i ailesinden dışlanmış hissederken, %93,9'unun bu şekilde hissetmediği, çocuğunun olmaması %17,1'inin sosyal ilişkilerini olumsuz etkilerken, %82,9'unun olumsuz etkilemediği, çocuğu olmadığı için %0,9'unun eşi ayrılmayı düşünürken, %99,1'inin ayrılmayı düşünmediği, çocuğu olmadığı için %1,8'inin eşi başka biriyle evlenmeyi düşünürken, %98,2'sinin böyle düşüncesinin olmadığı ve %32'sinin evlat edinmeyi düşünürken, %68'inin ise evlat edinmeyi düşünmediği söylenebilir. Ankete dahil olan infertil kadınların infertilite için %32,9'unun hiç tedavi almadığı, %5,7'sinin hormon tedavisi aldığı, %20,2'sinin aşılama tedavisi aldığı, %9,2'sinin hem hormon hem aşılama tedavisi aldığı, %29,8'inin hem hormon hem aşılama hem de tüp bebek tedavisi aldığı, %2,2'sinin ise diğer tedavi yöntemlerinden faydalandığı söylenebilirken, %8,8'inin hormon tedavisi, %10,5'inin aşılama tedavisi, %74,6'sının tüp bebek tedavisi, %6,1'inin ise diğer tedavi yöntemleri aşamalarında olduğu söylenebilir. Araştırma kapsamına dahil olan kadınların %59,2'sinin infertilite tedavisi hakkında bilgi aldığı görülürken, %40,8'inin ise herhangi bir bilgi almadığı görülmekle beraber, halen görmekte olduğu infertilite tedavisi hakkında %65,3'ü yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, %34,6'sı ise yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir. İnfertil kadınların yumurta bağıışı veya eşlerinin sperm bağıışı konusunda düşüncelerine ilişkin cevaplar incelendiğinde ise; %4,8'inin istediği, %11,4'ünün olabileceği ve %83,8'inin de istemediği görülmektedir. Ayrıca ankete dahil olan infertil kadınların hepsinin infertilite şekilleri primer (hiç gebelik yaşamamış) infertil olduğu söylenebilir.

#### **4.2. İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular**

İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeylerine ilişkin bulgular tablo 4.3 ve 4.4'de sunulmuştur.

**Tablo 4.3.: İnfertil Kadınların Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular (n=228)**

Faktörler ve Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama ( $\bar{x}$ )	Standart Sapma
<b>Özdeğer Kaybı</b>							
1. Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum	f 145 % 63.6	22 9.6	21 9.2	21 9.2	19 8.3	1.89	1.36
2. Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.	f 171 % 75.0	24 10.5	10 4.4	6 2.6	17 7.5	1.57	1.18
3. Kendimi aileme yükümü gibi hissediyorum.	f 186 % 81.6	7 3.1	5 2.2	8 3.5	22 9.6	1.57	1.29
4. Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum.	f 162 % 71.1	11 4.8	16 7.0	19 8.3	20 8.8	1.79	1.37
5. Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum.	f 179 % 78.5	15 6.6	5 2.2	11 4.8	18 7.9	1.57	1.24
6. Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum	f 181 % 79.4	9 3.9	9 3.9	12 5.3	17 7.5	1.57	1.24
7. Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.	f 174 % 76.3	7 3.1	8 3.5	19 8.3	20 8.8	1.70	1.36
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>							
8. Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.	f 48 % 21.1	41 18.0	17 7.5	61 26.8	61 26.8	3.20	1.53
9. Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.	f 112 % 49.1	24 10.5	16 7.0	38 16.7	38 16.7	2.41	1.60
10. Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum.	f 168 % 73.7	17 7.5	12 5.3	18 7.9	13 5.7	1.64	1.22
11. Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum.	f 139 % 61.0	26 11.4	13 5.7	30 13.2	20 8.8	1.97	1.41
12. Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum.	f 150 % 65.8	17 7.5	11 4.8	29 12.7	21 9.2	1.92	1.43
<b>Toplumsal Damgalanma</b>							
13. Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.	f 109 % 47.8	36 15.8	18 7.9	31 13.6	34 14.9	2.32	1.53
14. Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.	f 179 % 78.5	14 6.1	8 3.5	8 3.5	19 8.3	1.57	1.24
15. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.	f 183 % 80.3	15 6.6	7 3.1	6 2.6	17 7.5	1.50	1.17

**Tablo 4.3.: İnfertil Kadınların Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular (Devamı) (n=228)**

16. İnsanlar gebe kalamadığımı f öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.	%	184	12	1	16	15	1,54	1,21
17. İnsanlar gebe kalamadığımı f öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.	%	190	8	5	7	18	1,49	1,20
18. Kendimi diğer insanların gözünde f yarım kadın gibi hissediyorum.	%	181	8	8	12	19	1,60	1,28
19. Gebe kalamadığım için insanların f arkamdan konuştuklarını hissediyorum	%	122	25	26	31	24	2,17	1,46
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki f insanların beni küçümsediğini hissediyorum.	%	166	15	11	18	18	1,71	1,31
21. Gebe kalamadığım için insanların f bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.	%	151	26	13	24	14	1,79	1,29
<b>Ailesel Damgalanma</b>								
22. Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı f mahvetti.	%	180	11	6	15	16	1,58	1,24
23. Eşimle ilişkimin bozulacağından f endişeleniyorum.	%	176	16	4	15	17	1,60	1,25
24. Eşimin benden boşanacağından f korkuyorum.	%	190	8	9	2	19	1,47	1,18
25. Ailemin beni eskisi kadar f önemsemediğini hissediyorum.	%	190	12	1	6	19	1,47	1,19
26. Ailem, özellikle kaynanam, sürekli f bana sorun yaratmaya çalışıyor.	%	174	15	10	7	22	1,63	1,29
27. İnsanlar durumumu öğrenirlerse, f yeniden evlenebilme durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.	%	195	9	5	2	17	1,41	1,11

İnfertil kadınların damgalanma düzeylerine ilişkin detaylı bulgular Tablo 4.3.'de verilmiştir. Tabloya göre sorulara verilen yanıtların düşük düzeye sahip ortalamaları incelendiğinde; “Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum” 1,89, “Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum” 1,57, “Kendimi aileme yükümü gibi hissediyorum” 1,57, “Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum” 1,79, “Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum” 1,57, “Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum” 1,57, “Bazen

kendimi işe yaramaz hissediyorum” 1,70, “Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum” 1,64, “Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum” 1,97, “Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum” 1,92, “Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum” 1,57, “İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum” 1,50, “İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum” 1,54, “İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum” 1,49, “Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum” 1,60, “Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsediğini hissediyorum” 1,71, “Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum” 1,79, “Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı mahvetti” 1,58, “Eşimle ilişkimin bozulacağından endişeleniyorum” 1,60, “Eşimin benden boşanacağından korkuyorum” 1,47, “Ailemin beni eskisi kadar önemsemediğini hissediyorum” 1,47, “Ailem, özellikle kaynanam, sürekli bana sorun yaratmaya çalışıyor” 1,63, “İnsanlar durumumu öğrenirlerse, yeniden evlenebilme durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum” 1,41 olduğu görülmektedir. Verilen yanıtların düşük orta düzeye sahip ortalamalar incelendiğinde, “Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum” 2,41, “Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur” 2,32 ve “Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum” 2,17 olduğu görülmektedir. Katılımcıların “Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım” maddesine verdiği yanıtların ortalamasının 3,20 ile orda düzede olduğu görülmektedir. Özet olarak bu ortalamalar bağlamında; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 ve 27 numaraları maddelere düşük düzeyde, 9, 13 ve 19 numaralı maddelere düşük-orta düzeyde, 8 numaralı maddeye ise orta düzeyde görüş belirtmişlerdir. İnfertil kadınların genel damgalanma düzeyinin ortalaması 1,76 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda, infertil kadınların genel olarak damgalanma düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Faktörler bazında bakıldığında, özdeğer kaybı ortalaması 1,67, sosyal geri çekilme ortalaması 2,23, toplumsal damgalanma ortalaması 1,74, ailesel damgalanma ortalaması 1,53 olarak hesaplanmıştır. Sosyal geri çekilme faktörünün ortalamasının diğer faktörlerin ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.4.: İnfertil Kadınların Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular (n=228)**

Faktörler ve Maddeler	Tamamen Katılıyor	Kısmen Katılıyor	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Ortalama ( $\bar{x}$ )	Standart Sapma
<b>Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet</b>							
1. Düşüncelerimden dolayı yalnız kalmak istediğim oluyor.	51 % 22.4	62 27.2	15 6.6	19 8.3	81 35.5	3.07	1.64
2. Çocukla ilgili düşüncelerimin takıntı boyutuna geldiğini düşünüyorum.	24 % 10.5	37 16.2	28 12.3	17 7.5	122 53.5	3.77	1.49
3. Çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerim zihnimi sürekli meşgul ediyor.	47 % 20.6	57 25.0	20 8.8	26 11.4	78 34.2	3.14	1.60
4. Düşüncelerimden dolayı uykusuzluk, iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar yaşıyorum.	29 % 12.7	43 18.9	14 6.1	23 10.1	119 52.2	3.70	1.55
5. Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum.	44 % 19.3	48 21.1	15 6.6	23 10.1	98 43.0	3.36	1.64
6. Kendimi dünyada tek başıma kalmış gibi hissediyorum.	33 % 14.5	22 9.6	11 4.8	26 11.4	136 59.6	3.92	1.53
7. Artık direnme ve mücadele gücüm kalmadı.	33 % 14.5	24 10.5	19 8.3	17 7.5	135 59.2	3.86	1.55
<b>Spirituel Baş etme</b>							
21. Eskiye göre daha fazla dua ediyorum.	142 % 62.3	32 14.0	10 4.4	13 5.7	31 13.6	1.94	1.46
25. Çocuk sahibi olmadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım.	163 % 71.5	25 11.0	15 6.6	9 3.9	16 7.0	1.64	1.20
26. Bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükafatlandıracağına inanıyorum.	127 % 55.7	28 12.3	19 8.3	13 5.7	41 18.0	2.18	1.57
27. Çocuk sahibi olamamamı kadere bağlıyorum.	97 % 42.5	37 16.2	24 10.5	19 8.3	51 22.4	2.52	1.62
30. Dini inancıma sığınmayıp çalışıyorum.	148 % 64.9	25 11.0	15 6.6	18 7.9	22 9.6	1.86	1.37
39. Çocuk sahibi olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanıyorum.	122 % 53.5	44 19.3	21 9.2	22 9.6	19 8.3	2.00	1.33
44. Bu sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum.	179 % 78.5	18 7.9	7 3.1	8 3.5	16 7.0	1.53	1.17
<b>İnkâr</b>							
15. Kendime 'bu olanlar benim başıma gelmiş olamaz' diyorum.	25 % 11.0	14 6.1	14 6.1	13 5.7	162 71.1	4.20	1.41
22. Gerçekten böyle bir olay yokmuş gibi davranıyorum.	56 % 24.6	24 10.5	30 13.2	33 14.5	85 37.3	3.29	1.63
23. Başka insanların sorunumun bilmelerini istemiyorum.	60 % 26.3	31 13.6	22 9.6	35 15.4	80 35.1	3.19	1.65

**Tablo 4.4.: İnfertil Kadınların Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular (Devamı)**  
(n=228)

28. Bu sorunun hakkında konuşmayı tercih ediyorum.	f	77	40	46	26	39	2.61	1.48
	%	33.8	17.5	20.2	11.4	17.1		
29. Bu sorunumu etrafımdaki neredeyse herkesle paylaşıyorum.	f	67	33	28	44	56	2.95	1.58
	%	29.4	14.5	12.3	19.3	24.6		
40. Aile ve arkadaşlarımın bu soruna müdahale etmelerini istemiyorum.	f	82	36	33	22	55	2.70	1.61
	%	36.0	15.8	14.5	9.6	24.1		
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>								
9. İnsanların çocuk ile ilgili sorular sorabilecekleri ortamlardan uzak duruyorum.	f	40	24	23	25	116	3.67	1.59
	%	17.5	10.5	10.1	11.0	50.9		
11. Akrabalarımın daha az görüşmeyi tercih ediyorum.	f	35	23	8	26	136	3.90	1.55
	%	15.4	10.1	3.5	11.4	59.6		
13. Çocuğu olan ya da bebek bekleyen kadınlar ile görüşmekten kaçınıyorum.	f	24	16	11	16	161	4.20	1.40
	%	10.5	7.0	4.8	7.0	70.6		
16. Bebek görme/ bebek mevlüdü gibi sosyal aktivitelerden kaçınıyorum.	f	26	14	11	11	166	4.21	1.42
	%	11.4	6.1	4.8	4.8	72.8		
19. Çocuk sahibi olan diğer çiftler görünce onlara karşı öfke duyuyorum.	f	17	10	9	11	181	4.44	1.22
	%	7.5	4.4	3.9	4.8	79.4		
35. Çocukları sevmekten kaçınıyorum.	f	23	12	15	31	147	4.17	1.34
	%	10.1	5.3	6.6	13.6	64.5		
<b>Negatif Benlik Algısı</b>								
8. Kendimi zayıf, eksik hissediyorum.	f	32	16	16	20	144	4.00	1.50
	%	14.0	7.0	7.0	8.8	63.2		
10. Bana acıyacakları endişesi ile başkalarının yanında duygularımı dışavuramıyorum (ağlayamıyorum vb.).	f	39	21	13	24	131	3.82	1.59
	%	17.1	9.2	5.7	10.5	57.5		
12. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum.	f	19	20	11	19	159	4.22	1.34
	%	8.3	8.8	4.8	8.3	69.7		
14. Kendi bedenimi kusurlu görüyorum ve kendimi suçluyorum.	f	21	13	13	15	166	4.28	1.33
	%	9.2	5.7	5.7	6.6	72.8		
17. Çocuk sahibi olamadığımız için eşime haksızlık ettiğimi düşünüyorum.	f	26	20	15	18	149	4.07	1.45
	%	11.4	8.8	6.6	7.9	65.4		
18. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum.	f	19	6	7	11	185	4.48	1.21
	%	8.3	2.6	3.1	4.8	81.1		
<b>Umut</b>								
31. Çocukla ilgili hayaller kuruyorum.	f	132	51	10	13	22	1.87	1.31
	%	57.9	22.4	4.4	5.7	9.6		
36. Çocuk sahibi olma konusunda planlar yapıyorum.	f	123	42	15	19	29	2.07	1.44
	%	53.9	18.4	6.6	8.3	12.7		
49. Çocuk sahibi olacağım ile ilgili umutluyum.	f	169	28	16	8	7	1.49	0.99
	%	74.1	12.3	7.0	3.5	3.1		

**Tablo 4.4.: İnfertil Kadınların Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular (Devamı)**

Sosyal Destek Arama							
20. Duygusal paylaşımlarımı sadece benimle aynı sorunu yaşayan kişilerle yapıyorum.	f	47	24	16	18	123	
	%	20.6	10.5	7.0	7.9	53.9	3.64 1.66
24. Benim durumumda olan ya da dahaf önce bu deneyimi yaşamış kadınlarla vakit geçirmeye çalışıyorum.	f	48	49	25	25	81	
	%	21.1	21.5	11.0	11.0	35.5	3.18 1.60
38. Benzer tecrübeleri yaşamış olan insanlara ne yaptıklarını soruyorum.	f	115	58	22	10	23	
	%	50.4	25.4	9.6	4.4	10.1	1.98 1.30
41. Saygı duyduğum/ güvendiğim bir akraba ya da arkadaştan bu konuyla ilgili tavsiyeler istiyorum.	f	92	51	27	17	41	
	%	40.4	22.4	11.8	7.5	18.0	2.40 1.51
Kabul							
32. Tedavinin başarısızlık ihtimaline karşı sonraki adımları düşünüyorum.	f	140	34	23	11	20	
	%	61.4	14.9	10.1	4.8	8.8	1.85 1.30
34. Bu sorun ile ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapıyorum (kitap, internet, bilgilendirme içerikli)	f	133	44	19	17	15	
	%	58.3	19.3	8.3	7.5	6.6	1.85 1.24
37. Çocuğumun olmaması veya tedavi ile olmaması fikrine alıştım.	f	67	47	36	24	54	
	%	29.4	20.6	15.8	10.5	23.7	2.79 1.55
46. Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.	f	161	26	21	7	13	
	%	70.6	11.4	9.2	3.1	5.7	1.62 1.14
50. Bu durumun olumlu taraflarını düşünmeye çalışıyorum.	f	162	28	10	14	14	
	%	71.1	12.3	4.4	6.1	6.1	1.64 1.20
Kendine Yatırım Yapma							
42. Sakinleştiren aktiviteleri (masaj, kitap okuma, müzik dinleme gibi) daha çok yapıyorum.	f	105	51	27	18	27	
	%	46.1	22.4	11.8	7.9	11.8	2.17 1.39
45. Kendimi çeşitli yönlerden geliştirmeye önem veriyorum (kurs, hobi, atölye)	f	138	36	23	11	20	
	%	60.5	15.8	10.1	4.8	8.8	1.86 1.29
48. Dış görünüşüme eskisinden dahaf çok dikkat ediyorum.	f	67	57	35	35	34	
	%	29.4	25.0	15.4	15.4	14.9	2.61 1.43
33. Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum.	f	146	24	16	22	20	
	%	64.0	10.5	7.0	9.6	8.8	1.89 1.37
43. Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum.	f	126	30	28	23	21	
	%	55.3	13.2	12.3	10.1	9.2	2.05 1.38
47. Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum.	f	122	38	33	18	17	
	%	53.5	16.7	14.5	7.9	7.5	1.99 1.29
Eş İlişkileri							
33. Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum.	f	146	24	16	22	20	
	%	64.0	10.5	7.0	9.6	8.8	1.89 1.37
43. Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum.	f	126	30	28	23	21	
	%	55.3	13.2	12.3	10.1	9.2	2.02 1.38
47. Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum.	f	122	38	33	18	17	
	%	53.5	16.7	14.5	7.9	7.5	1.99 1.29

İnfertil kadınların baş etme düzeylerine ilişkin detaylı bulgular Tablo 4.4.'de verilmiştir. Buna göre sorulan maddelere verilen yanıtların ortalamaları incelendiğinde, “Düşüncelerimden dolayı yalnız kalma isteğim oluyor” 3,07, “Çocukla ilgili düşüncelerimin takıntı boyutuna geldiğini düşünüyorum” 3,77, “Çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerim zihnimi sürekli meşgul ediyor” 3,14, “Düşüncelerimden dolayı uykusuzluk, iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar yaşıyorum” 3,7, “Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum” 3,36, “Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum” 3,92, “Artık direnme ve mücadele gücüm kalmadı” 3,86, “Eskiye göre daha fazla dua ediyorum” 1,94, “Çocuk sahibi olamadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım” 1,64, ”Bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükafatlandıracağına inanıyorum” 2,18, “Çocuk sahibi olamamamı kadere bağlıyorum” 2,52, “Dini inancıma sığınmaya çalışıyorum” 1,86, “Çocuk sahibi olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanıyorum” 2,00, “Bu sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum” 1,53, “Kendime 'bu olanlar benim başıma gelmiş olamaz' diyorum” 4,2, “Gerçekten böyle bir olay yokmuş gibi davranıyorum” 3,29, “Başka insanların sorununu bilmelerini istemiyorum” 3,19, “Bu sorunun hakkında konuşmayı tercih ediyorum” 2,61, “Bu sorunumu etrafımdaki neredeyse herkesle paylaşıyorum” 2,95, “Aile ve arkadaşlarımdan bu sorunuma müdahale etmelerini istemiyorum” 2,7, “İnsanların çocuk ile ilgili soru sorabilecekleri ortamlardan uzak duruyorum” 3,67, “Akrabalarımın daha az görüşmeyi tercih ediyorum” 3,9, “Çocuğu olan ya da bebek bekleyen kadınlar ile görüşmekten kaçınıyorum” 4,2, “Bebek görme/ bebek mevlüdü gibi sosyal aktivitelerden kaçınıyorum” 4,21, “Çocuk sahibi olan diğer çiftler görünce onlara karşı öfke duyuyorum” 4,44, “Çocukları sevmekten kaçınıyorum” 4,17, “Kendimi zayıf, eksik hissediyorum” 4,00, “Bana acıyacakları endişesi ile başkalarının yanında duygularımı dışa vuramıyorum (ağlayamıyorum vb.)” 3,82, “Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum” 4,22, “Kendi bedenimi kusurlu görüyorum ve kendimi suçluyorum” 4,28, “Çocuk sahibi olamadığımız için eşime haksızlık ettiğimi düşünüyorum” 4,07, “Eşimin beni suçladığını düşünüyorum” 4,48, “Çocukla ilgili hayaller kuruyorum” 1,87, “Çocuk sahibi olma konusunda planlar yapıyorum” 2,07, “Çocuk sahibi olacağım ile ilgili umutluyum” 1,49, “Duygusal paylaşımlarımı sadece benimle aynı sorunu yaşayan kişilerle yapıyorum” 3,64, “Benim durumumda olan ya da daha önce bu deneyimi yaşamış kadınlarla vakit geçirmeye çalışıyorum” 3,18, “Benzer tecrübeleri yaşamış

olan insanlara ne yaptıklarını soruyorum” 1,98, “Saygı duyduğum/ güvendiğim bir akraba ya da arkadaştan bu konuyla ilgili tavsiyeler istiyorum” 2,4, “Tedavinin başarısızlık ihtimaline karşı sonraki adımları düşünüyorum” 1,85, “Bu sorun ile ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapıyorum (kitap, internet, bilgilendirme içerikli)” 1,85, “Çocuğumun olmaması veya tedavi ile olmaması fikrine alıştım” 2,79, “Bu durumla yaşamayı öğreniyorum” 1,62, “Bu durumun olumlu taraflarını düşünmeye çalışıyorum” 1,64, “Sakinleştiren aktiviteleri (masaj, kitap okuma, müzik dinleme gibi) daha çok yapıyorum” 2,17, “Kendimi çeşitli yönlerden geliştirmeye önem veriyorum (kurs, hobi, atölye)” 1,86, “Dış görünüşüme eskisinden daha çok dikkat ediyorum” 2,61, “Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum” 1,89, “Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum” 2,05, “Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum” 1,99, “Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasında dahil etmeye çalışıyorum” 1,89, “Yaşanan sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum” 2,02 ve “Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum” 1,99 olduğu incelenmiştir. Genel olarak infertil kadınların baş etme düzeyleri hakkında orta düzeyde bir tutum sergiledikleri görülmektedir.

Burada, katılımcıların baş etme düzeyleri puanları düştükçe, kişinin o baş etme tarzını kullandığı bilinmektedir. Bu bağlamda, infertil kadınların, umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma, kabul, sosyal destek arama ve spiritüel baş etme yollarını kullanarak infertilite ile baş etmeye çalıştıkları söylenebilir.

### 4.3. İnfertil Kadınların Damgalanma Ölçeğinin ve Baş Etme Ölçeğinin Alt Boyutları ve Toplam Puanları

İnfertil kadınların damgalanma ölçeğinin ve baş etme ölçeğinin *alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular* tablo 4.5. ve 4.6.’de sunulmuştur.

**Tablo 4.5.: İnfertil kadınların damgalanma ölçeğinin alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular (n=228)**

Damgalanma Boyutları	Alt n	Ortalama	Std. Sapma	En Az	En Çok
Özdeğer Kaybı	228	11.66	7.79	7	35
Sosyal Geri Çekilme	228	11.15	5.24	5	25

**Tablo 4.5.: İnfertil kadınların damgalanma ölçeğinin alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular (Devamı)**

Toplumsal Damgalanma	228	15.68	9.00	9	45
Ailesel Damgalanma	228	9.17	6.38	6	30
Damgalanma Genel	228	47.67	24.81	27	135

Tablo 4.5’de, 228 infertil kadın için damgalanma ölçeğinin alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre özdeğer kaybı alt boyutunun toplam puanları 7 ile 35 arasında olup ortalaması 11,66, sosyal geri çekilme alt boyutunun toplam puanları 5 ile 25 arasında olup ortalaması 11,15, toplumsal damgalanma alt boyutunun toplam puanları 9 ile 45 arasında olup ortalaması 15,68 ve ailesel damgalanma alt boyutunun toplam puanları 6 ile 30 arasında olup ortalaması 9,17 olduğu görülmüştür. Ayrıca damgalanma ölçeğinin genel toplam puanı 27 ile 135 arasında olup, ortalaması da 47,67 olduğu görülmektedir. Buradan da kadınların damgalanma düzeylerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.6.: İnfertil kadınların baş etme ölçeğinin alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular (n=228)**

Baş Etme Alt Boyutları	n	Ortalama	Std. Sapma	En Az	En Çok
Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet	228	24.83	8.70	7	35
Spirituel Baş Etme	228	13.67	6.37	7	35
İnkâr	228	18.94	4.46	6	30
Sosyal Geri Çekilme	228	24.60	6.55	6	30
Negatif Benlik Algısı	228	24.87	6.99	6	30
Umut	228	5.43	2.94	3	15
Sosyal Destek Arama	228	11.21	4.23	4	20
Kabul	228	9.74	4.04	5	25
Kendine Yatırım Yapma	228	6.64	3.13	3	15
Eş İlişkileri	228	5.93	3.04	3	15
Baş Etme Genel	228	145.87	31.83	65	242

228 infertil kadın için baş etme ölçeğinin alt boyutlarından aldığı toplam puanlara ilişkin bulgular ise Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre düşüncelerle aşırı meşguliyet alt boyutunun toplam puanları 7 ile 35 arasında olup ortalaması 24,83, spiritüel baş etme alt boyutunun toplam puanları 7 ile 35 arasında olup ortalaması 13,67, inkar alt boyutunun toplam puanları 6 ile 30 arasında olup ortalaması 18,94, sosyal geri çekilme alt boyutunun toplam puanları 6 ile 30 arasında olup ortalaması 24,60, negatif benlik algısı alt boyutunun toplam puanları 6 ile 30 arasında olup ortalaması 24,87, umut alt boyutunun toplam puanları 3 ile 15 arasında olup ortalaması 5,43, sosyal destek arama alt boyutunun toplam puanları 4 ile 20 arasında olup ortalaması 11,21, kabul alt boyutunun toplam puanları 5 ile 25 arasında olup ortalaması 9,74, kendine yatırım yapma alt boyutunun toplam puanları 3 ile 15 arasında olup ortalaması 6,64 ve eş ilişkileri alt boyutunun toplam puanları ise 3 ile 15 arasında olup ortalaması 5,95 olduğu görülmektedir. Ayrıca baş etme ölçeğinin genel toplam puanı 65 ile 242 arasında olup, ortalaması da  $145,87 \pm 31,83$  olduğu görülmektedir. Katılımcıların baş etme düzeylerinin ise genel olarak ortalama düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir.

#### 4.4. İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerinin Normalliklerinin Sınanması

İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeylerine ilişkin bulgular ve normalliklerinin sınanması Tablo 4.7. ve Tablo 4.8.’de gösterilmiş ve sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 4.7: Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Normalliklerinin Sınanması**

Ölçek	Ortalama ( $\bar{x}$ )	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	Kolmogorov-Smirnov Test İstatistiği / <i>p</i> - değeri
Damgalanma	1.76	0.92	1.78	2.64	0.205 / <b>0.000*</b>

\*  $p < 0,05$

Damgalanma düzeylerine ilişkin ortalama, standart sapma, çarpıklık-basıklık katsayıları ve veri setinin normalliğinin sınanması için kullanılan Kolmogorov-Smirnov test istatistiği bulguları Tablo 4.7.’de verilmiştir. Buna göre, infertil

kadınların damgalanma düzeylerinin 1,76 olduğu görülmektedir. Burada infertil kadınların genel olarak damgalanma düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Veri setinin normalliği için yapılan Kolmogorov-Smirnov testine bakıldığında, verilerin normal dağılmadığı ( $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir. Çarpıklık-Basıklık katsayısının +2,0 ile -2,0 arasında olması durumunda veri setinin normal dağıldığı söylenebilir (George and Mallery, 2010). Bu bağlamda damgalanma düzeyinin normal dağılıma uymadığı söylenebilir (çarpıklık 1,78, basıklık 2,64). Ancak, örneklem çapı sonsuza giderken merkezi limit teoremine göre " $\sigma^2/\sqrt{n}$ " ifadesi sıfıra gitmektedir. Burada örneklem çapının sonsuza gitmesi, örneklemin yeterince büyük olması anlamına gelmektedir. Anakütle nasıl dağılırsa dağılsın, örneklem sayısının 30 ve 30'dan büyük olduğu durumlarda, dağılım normal dağılıma yakınsamaktadır (Toscano et al., 2001; Çil, 2008; Armutlulu, 2008). Bu bilgiler doğrultusunda sosyodemografik özelliklerin damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerindeki farkların sınanması için parametrik testlerden yararlanılmıştır.

**Tablo 4.8: Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Normalliklerinin Sınanması**

Ölçek	Ortalama ( $\bar{x}$ )	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	Kolmogorov-Smirnov Test İstatistiği / p- değeri
Baş Etme	2.91	0.64	0.01	0.08	0.067 / <b>0.014*</b>

\*  $p < 0,05$

Baş etme düzeylerine ilişkin ortalama, standart sapma, çarpıklık-basıklık katsayıları ve veri setinin normalliğinin sınanması için kullanılan Kolmogorov-Smirnov test istatistiği bulguları Tablo 4.8.'de verilmiştir. Buna göre, infertil kadınların baş etme düzeylerinin sırasıyla 2,91 olduğu görülmektedir. Burada infertil kadınların genel olarak baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Veri setinin normalliği için yapılan Kolmogorov-Smirnov testine bakıldığında, verilerin normal dağılmadığı ( $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir. Çarpıklık-Basıklık katsayısının +2,0 ile -2,0 arasında olması durumunda veri setinin normal dağıldığı söylenebilir (George and Mallery, 2010). Bu bağlamda, baş etme düzeyinin normal dağılıma uyduğu söylenebilir (çarpıklık 0,01, basıklık 0,08).

#### 4.5. Damgalanma ve Baş Etme Ölçekleri için Cronbach's Alpha Değerleri

İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeylerinin maddelere verdikleri cevapların güvenilirliğine ilişkin Cronbach's Alpha değerleri Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.: Damgalanma Ölçeği için Cronbach's Alpha Değerleri**

Ölçek/Faktörler	Maddeler	Cronbach's Alpha
Damgalanma		0.960
Özdeğer Kaybı	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	0.942
Sosyal Geri Çekilme	8, 9, 10, 11, 12	0.776
Toplumsal Damgalanma	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	0.913
Ailesel Damgalanma	22, 23, 24, 25, 26, 27	0.940

İnfertil kadınların damgalanma düzeyini ölçen maddelere verdikleri cevapların güvenilirlikleri faktörler bazında incelendiğinde, öz değer kaybı 0,942, sosyal geri çekilme 0,776, toplumsal damgalanma 0,913, ailesel damgalanma 0,940 olarak hesaplanmakla beraber, damgalanma ölçeğinin genel güvenilirliği 0,960 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4.10.: Baş Etme Ölçeği için Cronbach's Alpha Değerleri**

Ölçek/Faktörler	Maddeler	Cronbach's Alpha
Baş Etme		0.916
Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	0.901
Spirituel Baş Etme	21, 25, 26, 27, 30, 39, 44	0.697
İnkâr	15, 22, 23, 28, 29, 40	0.319
Sosyal Geri Çekilme	9, 11, 13, 16, 19, 35	0.859
Negatif Benlik Algısı	8, 10, 12, 14, 17, 18	0.907
Umut	31, 36, 49	0.674
Sosyal Destek Arama	20, 24, 38, 41	0.639
Kabul	32, 34, 37, 46, 50	0.610

**Tablo 4.10.: Baş Etme Ölçeği için Cronbach's Alpha Değerleri (Devamı)**

Kendine Yatırım Yapma	42, 45, 48	0.633
Eş İlişkileri	33, 43, 47	0.614

Baş etme düzeyini ölçen maddelere verdikleri cevapların güvenilirlikleri faktörler bazında incelendiğinde ise, düşüncelerle aşırı meşguliyet 0,901, spiritüel baş etme 0,697, inkâr 0,319, sosyal geri çekilme 0,859, negatif benlik algısı 0,907, umut 0,674, sosyal destek arama 0,639, kabul 0,610, kendine yatırım yapma 0,633, eş ilişkileri 0,614 ve baş etme ölçeğinin genel güvenilirliği 0,916 olarak hesaplanmıştır. Burada inkâr alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,319 olmasına rağmen, genel olarak baş etme ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,916 olduğundan boyutun çıkarılmasına gerek görülmemiştir.

#### 4.6. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerinin Ortalamalarının Sınanması (T-test, ANOVA)

İnfertil kadınların aile tiplerinin ve ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olma durumlarına göre damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak farklılığın sınanması amacıyla uygulanan bağımsız örneklem için t testi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.11.-4.12.'de verilmiştir. Uygulanan t-testi ve ANOVA, araştırmanın amacına uygun bir biçimde olması açısından, Tablo 4.11./ 4.12. ve Tablo 4.13./ 4.14.'de sosyodemografik özelliklerine göre ortalamadan farklılıkları sınanmıştır.

**Tablo 4.11.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (T-test)**

	Damgalanma	
	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile (n=186)	1.76	0.890
Geniş Aile (n=42)	1.80	1.050
p- değeri	0.794	

**Tablo 4.11.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (Devamı) (T-test)**

<b>Ailesinde veya Eşinin Ailesinde İnfertil Olma Durumu</b>		
Var (n=42)	2.11	1.123
Yok (n=186)	1.69	0.850
<i>p</i> - değeri	<b>0.006*</b>	
<b>Çocuk Sahibi Olamama Nedeni ile Baskı Altında Hissetme Durumu</b>		
Evet (n=84)	2.11	0.84
Hayır (n=144)	1.56	0.90
<i>p</i> - değeri	<b>0.001*</b>	
<b>İnfertilite Tedavisi Konusunda Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet (n=135)	1.80	0.92
Hayır (n=93)	1.72	0.91
<i>p</i> - değeri	0.509	
<b>Halen Görmekte Oldukları Tedavi Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu</b>		
Evet (n=149)	1.73	0.91
Hayır (n=79)	1.85	0.94
<i>p</i> - değeri	0.384	

\*  $p < 0,05$

Tabloya 4.11'e göre, infertil kadınların ailesinden veya eşinin ailesinde infertil olma durumuna ( $p=0,006; <0,05$ ) ve çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında hissetme durumuna ( $p=0,001; <0,05$ ) göre damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu söylenebilirken, diğer sosyodemografik özelliklere göre anlamlı bir farklılık olmadığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde söylenebilir. Buna göre, ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olan bireylerin damgalanma düzeyleri (2,11), olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu (1,69) ve çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında hissedenlerin damgalanma düzeyleri (2,11), baskı altında hissetmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu (1,56) görülmektedir.

**Tablo 4.12.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (T-test)**

	Baş Etme	
	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile (n=186)	2.92	0.630
Geniş Aile (n=42)	2.92	0.671
<i>p</i> - değeri	0.976	
<b>Ailesinde veya Eşinin Ailesinde İnfertil Olma Durumu</b>		
Var (n=42)	2.85	0.682
Yok (n=186)	2.93	0.627
<i>p</i> - değeri	0.462	
<b>Çocuk Sahibi Olamama Nedeni ile Baskı Altında Hissetme Durumu</b>		
Evet (n=84)	2.68	0.60
Hayır (n=144)	3.06	0.62
<i>p</i> - değeri	<b>0.001*</b>	
<b>İnfertilite Tedavisi Konusunda Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet (n=135)	2.89	0.64
Hayır (n=93)	2.96	0.63
<i>p</i> - değeri	0.372	
<b>Halen Görmekte Oldukları Tedavi Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumu</b>		
Evet (n=149)	2.91	0.60
Hayır (n=79)	2.92	0.70
<i>p</i> - değeri	0.900	

\*  $p < 0,05$

Tabloya göre, infertil kadınların çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında hissetme durumuna ( $p=0,001<0,05$ ) göre baş etme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu söylenebilirken, diğer sosyodemografik özelliklere göre anlamlı bir farklılık olmadığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde söylenebilir. Buna göre, çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında hissedenlerin baş etme düzeyleri (2,68), baskı altında hissetmeyen bireylere göre daha düşük olduğu (3,06) görülmektedir.

İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak farklılığın sınanması amacıyla uygulanan ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılması için kullanılan ANOVA sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.13 ve 4.14.'de verilmiştir.

**Tablo 4.13.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (ANOVA)**

		Damgalanma		
		n	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
<b>Yaş</b>	29 ve altı	70	1.99	1.111
	30-35	96	1.67	0.748
	36 ve üstü	62	1.65	0.890
<i>p- değeri</i>		<b>0.046*</b>		
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	33	1.55	0.658
	Ortaokul	44	1.86	1.098
	Lise	75	1.87	1.031
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	76	1.70	0.769
<i>p- değeri</i>		0.295		
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	39	1.48	0.49
	Ortaokul	52	1.73	0.939
	Lise	81	1.89	1.011
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	56	1.81	0.963
<i>p- değeri</i>		0.132		

**Tablo 4.13.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (Devamı) (ANOVA)**

<b>Meslek</b>	İşçi	56	1.63	0.797
	Memur	28	1.76	0.869
	Serbest meslek	24	2.17	1.291
	Ev hanımı	120	1.75	0.884
<i>p- değeri</i>			0.108	
<b>Gelir Düzeyi</b>	Gelir giderden az	57	1.65	0.758
	Gelir gidere denk	145	1.79	0.952
	Gelir giderden fazla	26	1.89	1.050
<i>p- değeri</i>			0.463	
<b>Evlilik Süresi</b>	2 yıldan az	28	1.56	0.782
	3-5 yıl	80	1.88	1.053
	5 yıl ve üzeri	120	1.74	0.846
<i>p- değeri</i>			0.238	
<b>Çocuk Sahibi Olamama Süresi</b>	2 yıldan az	40	1.63	0.897
	3-5 yıl	90	1.78	0.978
	5 yıl ve üzeri	98	1.81	0.876
<i>p- değeri</i>			0.587	
<b>İnfertilite Tedavisi Görme Süresi</b>	2 yıldan az	122	1.75	0.958
	3-5 yıl	63	1.72	0.845
	5 yıl ve üzeri	43	1.88	0.922
<i>p- değeri</i>			0.651	
<b>İnfertilitenin Kaynağı</b>	Kadın	149	1.77	0.912
	Her ikisine de	27	1.87	1.099
	Açıklanamayan	52	1.70	0.849
<i>p- değeri</i>			0.735	
<b>Tedavi Süreci ile İlgili Duyguların Değerlendirilmesi</b>	Olumlu	136	1.60	0.796
	Olumsuz	15	2.40	1.005
	Emin değilim	77	1.93	1.028
<i>p- değeri</i>			<b>0.001*</b>	

\*  $p < 0,05$

İnfertil kadınların eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir düzeyleri, evlilik süreleri, çocuk sahibi olamama süreleri, infertilite tedavisi görme süreleri ve infertilitenin kaynaklarına göre damgalanma düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı söylenebilir ( $p>0,05$ ). Ayrıca yaş gruplarının da damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığın olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). Burada, 29 ve altı yaşa sahip kadınların damgalanma düzeyi ortalamasının (1,99), 30-35 yaşları arası ve 36 yaşının üzerindeki kadınların damgalanma düzeyi ortalamalarına (1,67 ve 1,65) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, infertil kadınların yaşları arttıkça damgalanma düzeylerinin düştüğü söylenebilir. İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu, olumsuz veya kararsız olmalarının, damgalanma düzeylerinin üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). Tedavi sürecinde olumsuz olarak görüş belirten kadınların damgalanma düzeyi ortalaması (2,40), olumlu ve kararsız görüş belirten kadınların ortalamalarına (1,60 ve 1,93) göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Bu bağlamda, tedavi sürecine olumsuz yaklaşan kadınların damgalanma düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.14.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (ANOVA)**

		Baş etme		
		n	Ortalama $\bar{x}$	Standart Sapma
<b>Yaş</b>	29 ve altı	70	2.86	0.586
	30-35	96	2.98	0.583
	36 ve üstü	62	2.86	0.761
<i>p- değeri</i>		0.434		

**Tablo 4.14.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (Devamı) (ANOVA)**

<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	33	2.85	0.805
	Ortaokul	44	2.89	0.729
	Lise	75	2.92	0.601
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	76	2.95	0.534
<i>p- değeri</i>			0.884	
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	39	3.02	0.800
	Ortaokul	52	2.93	0.676
	Lise	81	2.84	0.541
	Üniversite (Lisans, Yüksek Lisans)	56	2.94	0.601
<i>p- değeri</i>			0.477	
<b>Meslek</b>	İşçi	56	3.01	0.560
	Memur	28	2.89	0.517
	Serbest meslek	24	2.87	0.607
	Ev hanımı	120	2.88	0.699
<i>p- değeri</i>			0.516	
<b>Gelir Düzeyi</b>	Gelir giderden az	57	2.80	0.622
	Gelir gidere denk	145	2.94	0.637
	Gelir giderden fazla	26	3.05	0.648
<i>p- değeri</i>			0.194	
<b>Evlilik Süresi</b>	2 yıldan az	28	3.04	0.538
	3-5 yıl	80	2.98	0.500
	5 yıl ve üzeri	120	2.85	0.729
<i>p- değeri</i>			0.205	
<b>Çocuk Sahibi Olamama Süresi</b>	2 yıldan az	40	3.02	0.554
	3-5 yıl	90	2.96	0.513
	5 yıl ve üzeri	98	2.84	0.756

**Tablo 4.14.: İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine göre Baş Etme Düzeyleri Üzerindeki Farkın Anlamlılığının Sınanmasına İlişkin Bulgular (Devamı) (ANOVA)**

<i>p- değeri</i>			0.233	
<b>İnfertilite Tedavisi Görme Süresi</b>	2 yıldan az	122	3.00	0.561
	3-5 yıl	63	2.82	0.629
	5 yıl ve üzeri	43	2.82	0.811
<i>p- değeri</i>			0.108	
<b>İnfertilitenin Kaynağı</b>	Kadın	149	2.89	0.623
	Her ikisine de	27	2.89	0.832
	Açıklanamayan	52	3.01	0.560
<i>p- değeri</i>			0.512	
<b>Tedavi Süreci ile İlgili Duyguların Değerlendirilmesi</b>	Olumlu	136	2.97	0.597
	Olumsuz	15	2.48	0.636
	Emin değilim	77	2.91	0.679
<i>p- değeri</i>			<b>0.019*</b>	

\*  $p < 0,05$

İnfertil kadınların eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir düzeyleri, evlilik süreleri, çocuk sahibi olamama süreleri, infertilite tedavisi görme süreleri ve infertilitenin kaynaklarına göre baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı söylenebilir ( $p > 0,05$ ). Ayrıca yaş gruplarının da baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı olmadığı söylenebilmektedir ( $p > 0,05$ ). İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu, olumsuz veya kararsız olmalarının baş etme düzeylerinin üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p < 0,05$ ). Tedavi sürecinde olumlu ve kararsız görüş belirten kadınların baş etme düzeyi ortalamaları (2,97 ve 2,91), olumsuz görüş belirten kadınların ortalamasına (2,48) göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, tedavi sürecine olumsuz yaklaşan kadınların baş etme düzeylerinin de diğerlerine göre daha düşük olduğu söylenebilir. Gruplar arası ortalama farklarının hangi gruplar arasında olduğunun sınanması için kullanılan Post-Hoc testlerinden LSD kullanılarak uygulanan analizin bulguları Tablo 4.15.-4.16.'da verilmiştir.

**Tablo 4.15.: LSD Analizine İlişkin Bulgular (Damgalanma)**

Değişkenler	Damgalanma		
	(I) Grup	(J) Grup	<i>p- değeri</i>
Tedavi Süreci ile İlgili Duyguların Değerlendirilmesi	Olumlu	Olumsuz	<b>0.001*</b>
		Emin Değilim	<b>0.011*</b>
	Olumsuz	Emin Değilim	0.064
Yaş	29 ve altı	30-35	<b>0.028*</b>
		36 ve üstü	<b>0.033*</b>
	30-35	36 ve üstü	0.865

\*  $p < 0,05$

LSD analizinin bulgularına göre, damgalanma düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumsuz ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,064 < 0,05$ ), tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumlu ile kararsız görüş belirten bireyler ortalamalarının birbirlerinden istatistiksel olarak farklı olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,001$ ,  $p=0,011 < 0,05$ ). Ayrıca, 30-35 ile 36 ve üstü yaşa sahip kadınların damgalanma ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,865 > 0,05$ ), 29 ve altı ile 30-35 arası, 29 ve altı ile 36 ve üstü yaşlarda olan kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,028$ ,  $p=0,033 < 0,05$ ).

**Tablo 4.16.: LSD Analizine İlişkin Bulgular (Baş etme)**

Değişkenler	Baş Etme		
	(I) Grup	(J) Grup	<i>p- değeri</i>
Tedavi Süreci ile İlgili Duyguların Değerlendirilmesi	Olumlu	Olumsuz	<b>0.005*</b>
		Emin Değilim	0.480
	Olumsuz	Emin Değilim	<b>0.018*</b>

\*  $p < 0,05$

İnfertil kadınların baş etme düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumsuz ile kararsız görüş belirtenlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ( $p=0,005$ ,  $p=0,018<0,05$ ), olumlu ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,480>0,05$ ).

#### 4.7. İnfertil Kadınlarda Damgalanma Düzeyi ile Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin ve Etkinin Sınanması

**Tablo 4.17.: İnfertil Kadınların Damgalanma ve Baş Etme Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayısı ve Kurulan Regresyon Modeline İlişkin Bulgular**

Pearson Korelasyon Katsayısı / $p$ -değeri	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Regresyon Modelinin İstatistiği	F	Regresyon Modelinin $p$ -değeri
-0.201 / 0.002*	0.201	0.040	0.036	9.478		0.002*

\*  $p<0,05$

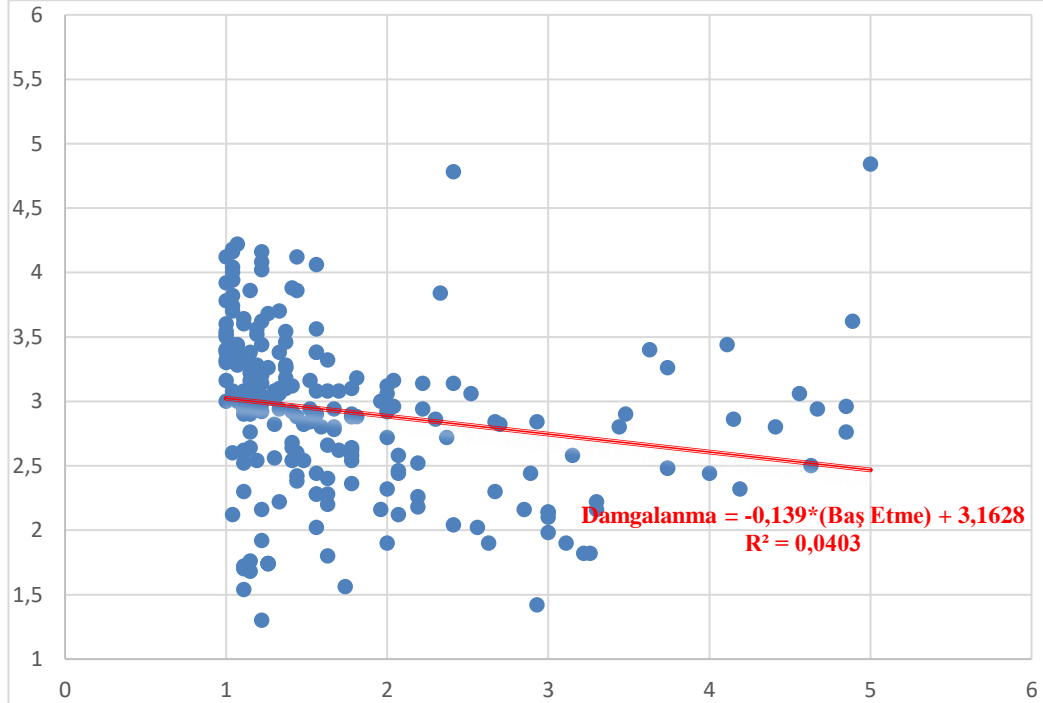
Tablo 4.17'ye göre, infertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeyleri arasında 0,201'lik bir katsayı ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeyi arttıkça, baş etme düzeylerinde düşüş olacağı, damgalanma düzeyi azaldıkça da baş etme düzeylerinde artış olacağı söylenebilir. Ayrıca infertil kadınların damgalanma düzeylerinin, baş etme düzeyleri üzerinde etkisinin sınanmasına yönelik kurulan regresyon modelinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güven düzeyinde söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Regresyon modeli için hesaplanan R<sup>2</sup> değeri 0,040 ve düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri 0,036 olarak hesaplanmıştır. Regresyon modelinin katsayıları ve katsayılarının anlamlılığına ilişkin bulgular Tablo 4.18'de verilmiştir.

**Tablo 4.18: Kurulan Regresyon Modelinin Katsayıları ve Katsayılarının Anlamlılığının Sınanması**

	$\beta$	Standart Hata	t	p- değeri
Sabit	3.163	0.090	35.218	<b>0.000*</b>
Damgalanma	-0.139	0.045	-3.079	<b>0.002*</b>

\*  $p < 0,05$

Kurulan regresyon modelinde infertil kadınların baş etme düzeyleri açıklanan değişken, damgalanma düzeyleri ise açıklayıcı değişken olarak belirlenmiştir. Regresyon modelinin sabit katsayısı 3,163, eğim katsayısı (baş etme düzeyi) -0,139 olarak hesaplanmıştır. Katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güven düzeyinde söylenebilir ( $p=0,000$ ,  $p=0,002 < 0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeylerindeki bir birimlik değişimin, kadınların baş etme düzeyleri üzerinde 0,139'luk bir düşüşe sebep olacağı söylenebilir. Ayrıca damgalanma ve baş etme düzeylerine ilişkin dağılım grafiği ve kurulan regresyon denkleminin eğim grafiği Şekil 4.7'de verilmiştir.



**Şekil 4.7: Damgalanma ve Baş Etme Düzeylerine İlişkin Dağılım Grafiği ve Kurulan Regresyon Denkleminin Eğim Grafiği**

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma verilerinden elde edilen bulgular, infertil kadınlara ait sosyodemografik özellikleri, İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları, sosyodemografik değişkenlerin etkisi ve ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili bulgular ilgili literatürle tartışılmıştır.

#### 5.1. İnfertil Kadınlara Ait Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan infertil kadınların yaş ortalamaları  $32,17 \pm 4,88$ ' dir. Şen ve ark. (2014)'nın çalışmasında kadınların %44,8'inin 30-34 yaş aralığında olduğu görülmüştür (Şen ve ark., 2014). Samani ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada infertil kadınların yaş ortalaması  $29,39 \pm 5,09$  olarak belirtilmiştir (Samani ve ark., 2017). Taşkın ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması  $29,53 \pm 5,21$  olarak bulunmuştur (Taşkın ve ark., 2016). Güleç ve ark. (2011)'nin çalışmasında kadınların yaş ortalaması  $30,7 \pm 5,6$  olarak tespit edilmiştir (Güleç ve ark., 2011). Amanak ve arkadaşları (2014)'nin ise yaptığı çalışmada çalışmamızı destekler nitelikte olmak üzere, fertilitate hızının kadınlarda 30 yaşından sonra düşme eğiliminde olduğu, yaş ile fertilitate hızı arasında ters orantı olduğunu öne sürmüştür (Amanak ve ark., 2014).

Bu çalışmada katılımcıların %33,8'inin ilkokul-ortaokul, %32,9'unun lise mezunu, %33,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmüştür. TNSA 2018 verilerine göre üreme çağındaki kadınların %9'unun eğitimi yok/ilkokul bitirmemiş, %29'unun ilkokul, %20'sinin ortaokul ve %41'inin lise ve üzeri mezun olduğu saptanmıştır.

Bayar ve ark. (2014)'nin çalışmasında infertil kadınların lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olma oranları %37 ila %83 arasında değişmektedir (Bayar ve ark., 2014). Aarts ve ark. (2011) ise yapmış oldukları çalışmalarında kadınların %42'sinin yüksek eğitim seviyesine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (Aarts ve ark., 2011). Taşkın ve ark. (2016)'nin çalışmasında kadınların %1,7'sinin okuryazar olmadığı, %1,1'inin okuryazar olduğu, %45,4'ünün ilkokul-ortaokul, %27'sinin lise, %24,7'sinin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Aydın ve ark. (2015)'nin yapmış

olduğu çalışmada kadınların %22,7'si ilkokul, %15,9'u ortaokul, %30,7'si lise, %30,7'si üniversite mezunu olarak bulunmuştur.

TNSA 2018 verilerine göre; bu çalışmada ilkokul-ortaokul mezunu oranının düşük olması ve lise-niversite mezunu olan kadınların oranın daha yüksek olması, çalışmanın kentsel bir bölgede yapılmış olduğunu dşndrebilir.

Çalışmada eşlerin %75,4'ünün ilkokul-ortaokul-lise mezunu, %24,6'sının ise niversite mezunu ve %96,5'inin çalıştığı gözlemlenmektedir. Yaşanılan yer açısından %64,5'inin il, %35,6'sının ile ve köyde yaşadığı, aile tipi açısından da %81,6'sının çekirdek aile, %18,4'ünün geniş ailede yaşadığı görülmektedir. Hasanpoor-Azghdy ve ark. (2015)'nin yürüttüğü sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve kırsalda ikamet eden kadınlarda sosyal stigma oranı fazla görülmüştür (Hasanpoor-Azghdy & ark., 2015).

Bu çalışmada kadınların çalışma, gelir ve sosyal güvence durumları incelendiğinde;

Çalışmada kadınların %24,6'sının işçi, %12,3'ünün memur, %10,5'inin serbest meslek, %52,6'sının ev hanımı olduğu görülmüştür. TNSA 2018 verilerine bakıldığında kadınların %28'i çalışmaktadır.

Bu alışma sonuçları ile TNSA 2018 verileri karşılaştırıldığında kadınların çalışma oranı daha yüksek bulunmaktadır. Bu da çalışmanın kentte yapıldığının ve eğitim seviyesinin yüksek olduğunu ifade edebilir.

Benzer şekilde Oğuz (2004)'un İstanbul'da infertilite tanısı alan kadınlar ile yürüttüğü çalışmada katılımcıların %55,3'ünün ev hanımı, %44,7'sinin meslek sahibi olduğu görülmüştür (Oğuz, 2004). Yılmaz (2012) alışmasında kadınların %25,7'sinin çalıştığı belirlenmiştir.

Tanı konmuş kadınların; %25'inin gelirinin giderden az olduğu, %63,6'sının gelirinin giderine eşit olduğu, %11,4'ünün gelirinin giderden fazla olduğu görülmüştür.

Teskereci ve ncel (2013)'in çalışmasında kadınların gelir düzeylerine bakıldığında; %31,5'inin gelirinin giderden az olduğu, %40'ının gelirinin giderine eşit olduğu, %28,5'inin gelirinin giderden fazla olduğu, %41'inin bir işte çalıştığı bildirilmiştir (Teskereci ve ncel, 2013). Teskereci ve ncel'in çalışma sonucu ile bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir ve kadınların gelir durumlarının orta düzeyde olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürdeki çalışmalar da gösteriyor ki infertilite tedavisindeki maddi yük çiftleri olumsuz etkilemiştir. Tashbulatova'nın (2007) yürüttüğü çalışmada infertil kadınların yarısından fazlasının gelir düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Tashbulatova, 2007). Hammarberg ve ark.'nın infertil kadınlarla yürüttüğü çalışmada, katılımcıların %56'sı tedavi kaynaklı maddi güçlük çektiğini ifade etmişlerdir (Hammarberg ve ark., 2001).

Literatür incelendiğinde; gelir durumunun orta düzeyde olduğunu belirtenlerin oranı %25-%92 arasında değişkenlik göstermiştir (Drosdzol ve ark., 2008; Teskereci, 2013). İnfertilite tedavisinde gelir durumu, tedavi için gereken harcamalar açısından yüksek önem teşkil etmektedir.

İnfertil kadınlar tedavi süreçlerinde gördükleri (eş, aile, arkadaş, diğer) desteklerini %78,9'u yeterli bulurken, %14,9'u yetersiz bulmaktadır ve %6,1'inin ise herhangi bir destek görmediği görülmektedir. İnfertil kadınların tedaviye yönelik desteklerinin %60,5'i eşleri tarafından sağlanırken, %39,5'inin ise aile ve arkadaş tarafından sağlandığı görülmektedir.

Küçükkaya ve Kılıç'ın çalışmasında kadınların %6,6'sının gördüğü tedavide kendisine destek olan kimsesi yok, kadınların %38,9'unu aldıkları tedavide herkes desteklemekte, tedavide kadınların %25,8'ini kocaları desteklemekte, %28,8'ini ailesi desteklemektedir. Kadınların %75,8'i bu desteği yeterli, %17,7'si ise yetersiz bulmaktadır (Küçükkaya ve Kılıç, 2022).

Literatürde; aile desteğinin infertilite nedenli iletişimi ve sosyal problemleri aza indirdiği, çocuklarının olmadığı bir hayat şeklinin kabullenilmesini kolaylaştırmasının yanı sıra infertilite kaynaklanan stresi minimuma indirdiği ifade edilmektedir (Anokye ve diğerleri, 2017; Jafarzadeh-Kenarsari ve diğerleri, 2015).

Aile desteği konusuna dikkat çeken birçok çalışma verisi, araştırmanın bulgularını destekleyici özelliktedir. Çalışmada, başta ailelerin göstermiş olduğu desteğin daha çok hissedilmesi, Türk toplumunun aile kavramına verdiği önem ile açıklanabilir. Kültürel olarak aile kavramının önemini koruması ile ilişkilendirilebilir.

İran'da infertil kadınlar ile yapılan bir çalışmada, eş desteğinin infertil kadınların hayatında önemli bir yere sahip olduğu ve diğer bireylerin desteğine olan ihtiyacın azaldığı belirtilmiştir (Jafarzadeh-Kenarsari vd., 2015).

Bu veriler gösteriyor ki, infertilite sorunu olan kişilerin olduğu gibi ailelere de süreç içerisinde yeterli bilgilerin sağlanması ve infertil olan bireye destek olma konusunda yol gösterilmesi gerekmektedir.

Kadınların %89,9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %10,1'inin sosyal güvencesi olmadığı, tedavi masraflarını %19,8'si kendisi, %37,7'sinin sosyal güvencesi, %39'unun bir kısmını kendisi bir kısmını sosyal güvencesi, %3,5'inin ailesi veya yakınları karşıladığı görülmektedir. Sternke ve Abrahamson (2015) ABD'de yürüttükleri çalışmalarında infertil bireylerin tedavilerinin sigorta kapsamına alınıp ücretsiz uygulanabilmesi amaçlı, kişilerin "engelli" olarak etiketlenmeleri tedavi erişimini aza indirmektedir. Çocuk sahibi olamamanın yasalar aracılığıyla "engellilik" şeklinde ifade edilmesi, normal olamama hissiyatı ve gebe kalınamaması sebebiyle sosyal damgalanma hissettiklerini ifade etmişlerdir (Sternke ve Abrahamson, 2015).

Çalışmadaki kadınların evlilik sürelerine bakıldığında; %12,3'ü 2 yıldan az, %35,1'i 3-5 yıl ve %52,6'sı 5 yıl ve üzeri olarak dağıldığı görülmüştür. Çoban ve Dinç'in (2013) araştırmasında infertil kadınların evlilik süresi %47,3'ü 5 yıl ve altı yıl, %35,3'ü 6-10 yıl arası, %16'sı 11-19 yıl arası, %1,4'ü 20 yıl ve üstü olduğu ifade edilmiştir (Çoban ve Dinç, 2013). Taşçı ve ark. (2008) çalışmasında kadınların %32,6'sının 5-9 yıl, %22,9'unun 10-14 yıldır evli olduğu evlilik süresi ortalaması 8,35 yıl olarak belirtilmiştir (Taşçı ve ark., 2008).

Çocuk sahibi olamama sürelerine bakıldığında %17,5'inin 2 yıldan az, %35,1'inin 3-5 yıl, %52,6'sının 5 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür. Okuducu ve Yorulmaz'ın (2020) çalışmasında kadınların %52'sinin 3-5 yıl, %29'unun 10 yıl ve üzeri çocuk sahibi olmadıkları saptanmıştır (Okuducu ve Yorulmaz, 2020).

Güngör ve ark. (2015)'nin araştırmasında ortalama infertilite süresi  $4,21 \pm 2,63$ , Aydın ve ark. (2015)'nin yürüttüğü çalışmada  $2,9 \pm 1,1$ , Peterson ve ark. (2014)'nin yürütmüş olduğu çalışmada  $4,2 \pm 2,3$  yıl olduğu bildirilmiştir (Güngör ve ark., 2015; Aydın ve ark., 2015; Peterson ve ark., 2014). Bu çalışma sonuçları ile Güngör ve ark. ve Peterson ve ark. çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

İnfertil kadınların ailelerinde veya eşlerinin ailelerinde %18,4'ünde infertil olma durumu gözlemlenirken, %81,6'sında ise infertil olma durumu gözlemlenmemiştir.

Küçükkaya ve Kılıç (2022) çalışmasında, çalışmamız sonuçlarıyla birebir uyumlu olarak, tıbbi tedavi gören kadınlardan %25,3'ünün kendi ya da eşinin ailesinde infertil birey varken, %74,7'sinin kendi ya da eşinin ailesinde infertil birey bulunmamaktadır (Küçükkaya ve Kılıç, 2022).

Çalışmada infertilitenin %65,4'ünün kadına bağlı nedenler, %11,8'inin her ikisine bağlı nedenler ve %22,8'inin açıklanamayan nedenlerden kaynaklandığı görülmüştür. Teskereci ve Öncel (2013)'in yapmış olduğu çalışmada infertilitenin %47,5'inin kadına bağlı nedenler, %22,5'inin erkeğe bağlı nedenler, %8'inin her ikisine bağlı nedenler, %22'sinin açıklanamayan nedenlerden kaynaklandığı bildirilmiştir (Teskereci ve Öncel, 2013). Kaya ve Oskay'ın yaptığı çalışmada kadınların %34,2'sinin kadın kaynaklı infertilite, %19,1'inin erkek kaynaklı infertilite, %4,7'sinin kadın ve erkek kaynaklı infertilite, %32,7'sinin ise nedeni belli olmayan infertilite olduğu belirtilmiştir (Kaya ve Oskay, 2020). Karaca ve Ünsal (2015a)'ın yürütmüş olduğu araştırmada %33,1'inin kadın kaynaklı infertilite, %22'sinin erkek kaynaklı infertilite, %8,5'inin kadın ve erkek kaynaklı infertilite, %36,4'ünün açıklanamayan infertilite olduğu tespit edilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015a). Bu çalışmada infertilite nedenleri Karaca ve Ünsal (2015a), Teskereci ve Öncel (2013) ve Kaya ve Oskay (2020)'in çalışmasıyla benzer olup infertilite sorununda kadın faktörünün önemli olduğuna dikkat çekilmektedir.

Altıntop ve Keskin (2018) çalışmasında infertilite kaynağı olarak %26,7'sinin kadın faktörü, %25,1'inin erkek faktörü, %13,5'inin hem kadın hem erkek faktörü, %34,7'sinin açıklanamayan infertilite olgusu olduğunu öne sürmüştür (Altıntop ve Keskin, 2018). Lykeridou ve ark. (2009)'nın yürütmüş olduğu araştırmada kadın kaynaklı infertilite %25, erkek kaynaklı infertilite %37, kadın ve erkek kaynaklı infertilite %22, açıklanamayan infertilite %16 oranında bildirilmiştir (Lykeridou ve ark., 2009). Çalışmamız örneklemini primer infertil kadınlar oluşturduğundan dolayı erkek kaynaklı nedenler dışlanmış olup, kadın kaynaklı nedenler literatüre oranla yüksek bulunmuştur. İnfertilite nedeninin bilinmesi kişilerin birbirini suçlamalarına ve suçluluk duymalarına açıklık getirmektedir.

Bu çalışmada kadınların %53,5'inin 2 yıldan az, %27,6'sının 3-5 yıl ve %18,9'unun 5 yıl ve üzeri zamandır infertilite tedavisi gördüğü saptanmıştır. Ankete dahil olan infertil kadınların infertilite için %32,9'unun hiç tedavi almadığı, %5,7'sinin hormon tedavisi aldığı, %20,2'sinin aşılama tedavisi aldığı, %9,2'sinin hem hormon hem

aşılama tedavisi aldığı, %29,8'inin hem hormon hem aşılama hem de tüp bebek tedavisi aldığı, %2,2'sinin ise diğer tedavi yöntemlerinden faydalandığı söylenebilirken, %8,8'inin hormon tedavisi, %10,5'inin aşılama tedavisi, %74,6'sının tüp bebek tedavisi, %6,1'inin ise diğer tedavi yöntemleri aşamalarında olduğu söylenebilir.

Kaya ve Oskay (2020) yaptığı çalışmada kadınların infertilite tedavi süresinin  $2,66 \pm 3,00$  (min=0, max=25) yıl olduğu, sıklıkla IUI ve IVF tedavisi aldığı, %32,7'sinin tedaviye yeni başladığı belirtilmiştir (Kaya ve Oskay, 2020). Kaya ve Oskay (2020)'ın çalışması tedavi süresi ve tedavi tipi açısından benzer olup bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. İnfertilite tedavisindeki gelişmelerle birlikte tedaviye erken başlama, IVF tedavisinin başarılı sonuçları, tedaviye başvurma sürelerini kısaltmıştır. Bu nedenle güncel çalışmalarda tedaviye yeni başvuran sayısının çokluğu dikkat çekicidir.

Araştırma kapsamına dahil olan kadınların %59,2'sinin infertilite tedavisi hakkında bilgi aldığı görülürken, %40,8'inin ise herhangi bir bilgi almadığı görülmekle beraber, halen görmekte olduğu infertilite tedavisi hakkında %65,3'ü yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, %34,6'sı ise yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir.

Katılımcıların çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları incelendiğinde, %15,8'inin kendilerinden, %2,2'sinin eşlerinden, %13,1'inin kendi ailesinden veya eşinin ailesinden, %6,2'sinin ise arkadaşları veya diğer kişiler tarafından olduğu gözlemlenirken, %62,7'sinin ise baskı altında hissetmediği gözlemlenmiştir.

Akarsu ve Beji (2019) Türkiye'de yaptığı çalışmada kadınların genellikle eşlerinin ailesinden gelen suçlamalarla karşı karşıya kaldıkları sonucuna varılmıştır. Kadınların geneli infertil olduklarını bilen bireyler hakkında gizlice konuştuğunu ve bir kısmının ise çocukları olamadığı için kendilerine acıdığını ifade etmişlerdir (Akarsu & Beji, 2019).

Patel ve arkadaşları (2018)'nin Hindistan'da yürütmüş olduğu çalışmada infertilite sebebiyle stres yaşayan kadınlardan %88'inin ailesi tarafından damgalandığı ve ötekileştirildiği görülmektedir (Patel vd., 2018).

Fehintola ve arkadaşlarının Nijerya’da yaptığı bir çalışmada, infertil kadınların %40’ı kayınvalidesi, %25’i eşi, %14’ü ise toplum tarafından baskı altında olduğunu ifade etmiştir (Fehintola ve ark., 2017).

Bu verilere bakıldığında kadınlar infertilite tedavi sürecinde psikososyal olarak yeterli desteği görememektedir.

İnfertil kadınların %93,4’ünün eşleriyle olan ilişkilerinden memnun olduğu da söylenebilir. Ayrıca tedavi süreci ile ilgili duygularının değerlendirilmesi açısından bakıldığında %59,6’sının olumlu, %6,6’sının olumsuz, %33,8’inin ise ne hissettiğinden tam olarak emin olmadığı şeklinde görüş belirtmişlerdir. Yazdani ve ark. (2016)’nın İran’da yaptığı çalışmada doğurganlık sorunu olan kadınların kendisini suçladığı bildirilmiştir (Yazdani ve ark., 2016).

Kadınlar çocuk sahibi olamamaları nedeniyle %36,8’i baskı altında hissettiği, %63,2’sinin ise baskı altında hissetmediği görülmektedir.

Öztürk ve arkadaşları (2021)’nin ABD’de yürüttüğü çalışmada infertil kadınların %50’den çoğu aile ve arkadaş gruplarının kendisini küçük gördüğünü ifade etmiş, %37,8’i bireylerin tedavi ile alakalı verilen kararlar sebebiyle kendisini yargılanmış hissettiğini ifade etmişlerdir (Öztürk ve ark., 2021).

İnfertil kadınların çocuğunun olmadığını %17,1’i yakın çevresinden saklama ihtiyacı hissederken, %82,9’unun bu ihtiyacı hissetmediği görülmüştür. Sormunen ve ark. (2018)’nin İsveç’de yürütmüş olduğu çalışmada kadınların büyük bir kısmının infertiliteyle ilgili problemlerini aile ve yakın arkadaşlarıyla paylaştıkları, ayrıca konu ile alakalı çok fazla konuşmadıkları tespit edilmiştir (Sormunen ve ark., 2018).

İnfertil kadınların; çocuğunun olmaması eşleriyle olan ilişkilerini %15,3’ünde olumsuz etkilerken, %84,7’sinde olumsuz etkilemediği, çocuğunun olmaması %17,1’inin sosyal ilişkilerini olumsuz etkilerken, %82,9’unun olumsuz etkilemediği, çocuğu olmadığı için %0,9’unun eşi ayrılmayı düşünürken, %99,1’inin ayrılmayı düşünmediği, çocuğu olmadığı için %1,8’inin eşi başka biriyle evlenmeyi düşünürken, %98,2’sinin böyle düşüncesinin olmadığı ve %32’sinin evlat edinmeyi düşünürken, %68’inin ise evlat edinmeyi düşünmediği söylenebilir.

Casu ve ark. (2018)’nin Brezilya’da yürüttüğü çalışmada, infertil kadınların evliliklerinde bozulma, akrabaların eleştiriler yaklaşımları ve toplumun damgalaması nedeni ile üzüntü, yalnızlık ve sosyal yoksunluk çektikleri tespit edilmiştir. Baş etme

yöntemi olarak geleneksel/biyomedikal tedaviler, manevi uygulamalar ve kendilerini soyutlamayı tercih etmişlerdir (Casu vd., 2018).

İnfertil kadınların; çocuğunun olmaması yüzünden %6,1'i ailesinden dışlanmış hissederken, %93,9'unun bu şekilde hissetmediği ifade edilmiştir. Çalışma sonucundan farklı olarak Ergin ve arkadaşları (2018)'nin Türkiye'de yaptığı çalışmada infertil kadınların %43'ünde sosyal dışlanma algısının mevcut olduğu görülmüştür ve %19'u ikinci sınıf kişiler olduğunu düşünmektedir (Ergin ve ark., 2018).

Ayrıca çalışma primer infertil kadınlar üzerinde yapıldığından dolayı ankete dahil olan infertil kadınların hepsinin infertilite şekilleri primer (hiç gebelik yaşamamış) infertil olduğu söylenebilir.

## **5.2. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi**

Bu çalışmada kadınların damgalanma seviyelerini belirlemek amacıyla infertil kadınlar için düzenlenmiş olan infertilite damgalanma (stigma) ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeği kullanan çalışmaların, genel stigma ölçeklerinin kullanıldığı diğer çalışmalara göre daha spesifik veriler sunduğunu söyleyebiliriz. İnfertilite damgalanma (stigma) ölçeği özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal stigma ve ailesel stigma olmak üzere kadınların deneyimlediği damgalanmayı dört alt boyutta ele almaktadır (Fu ve ark. 2015; Çapık ve ark. 2016).

Çalışmada primer infertil kadınların damgalanma ölçeğinin toplam puan ortalaması  $47,67 \pm 24,81$  (min:27, max:123) olarak tespit edildi. Bu çalışmanın bir sonucu olarak, infertil kadınlar hafif düzeyde damgalanma yaşadılar. Araştırma bulgularına benzer olarak Hess ve arkadaşları (2018) da infertil kadınların infertilite sebebiyle hafif seviyede stigma yaşadıklarını bildirmişlerdir (Hess ve diğerleri, 2018).

Küçükkaya ve Kılıç (2022)'in aynı ölçeği kullandığı çalışmasında, primer infertil olan kadınların infertilite damgalama ölçeği toplam puanının ortalaması  $52,80 \pm 23,44$  olarak belirtilmiştir. Kadınların orta düzeyde damgalanmaya maruz kaldıkları görülmüştür ve kadınların en çok etkilendikleri alt boyut "toplumsal damgalanma" olup, ortalaması  $17,41 \pm 8,95$ 'tir. Bu bulgular ile çalışmamızı destekler niteliktedir (Küçükkaya ve Kılıç, 2022).

Yılmaz ve Kavak (2019)'ın Türkiye'de yaptığı ve yine aynı ölçeği kullandığı çalışmada, infertil kadınların damgalanma ölçeğinin toplam puan ortalaması

60.79±2.03'tür. infertil kadınların orta seviyede stigma yaşadıkları, en fazla etkilenen alt boyutun toplumsal stigma olduğu görülmektedir ve puan ortalamasına bakıldığında 19,07±0,87 şeklinde bildirilmiştir (Yılmaz ve Kavak, 2019).

Aynı ölçeği kullanan Kaya ve Oskay (2020)'ın yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde infertil kadınların damgalanma ölçeğinin toplam puan ortalaması 47,54 ±18.60 (min:27, max:123) olarak bulunmuştur ve damgalanma düzeylerinin düşük olduğu ve en fazla sosyal stigma maruziyeti bildirilmiştir (Kaya & Oskay, 2020).

Yine aynı ölçeği kullanan Jing ve arkadaşları (2020)'nın Çin'de yürüttüğü çalışmada, infertil kadınların damgalanma ölçeğinin toplam puan ortalaması 62.59±21.58'dir. İnfertil kadınların orta düzeyde damgalanma yaşadıkları görülmüştür.

Avilla (2016), infertil kadınların toplum tarafından yüksek oranda damgalandığını bildirmiştir (Avilla, 2016).

Benzer şekilde Yeshua-Katz (2017), İsrail toplumu için evlat sahibi olmanın öneminin yüksek olduğunu ve infertil olan kadınların yüksek oranda damgalandığını belirtmiştir.

Öztürk ve arkadaşları (2021)'nin ABD'de yürüttüğü çalışmada kadınların yüksek düzeyde damgalanma yaşadıkları bildirilmiştir (Öztürk ve ark., 2021).

Karaca ve Ünsal (2015) Türkiye'de yaptığı çalışmasında infertil kadınlarda görülen sosyal baskının ve stigmanın fazla görüldüğünü bulmuştur. Kadınlar toplum baskısından kaçınmak amaçlı gelenekselleşen üreme yöntemleri dışında manevi yollara da başvurduklarını bildirmiştir (Karaca & Ünsal, 2015).

Jansen ve Onge (2015)'nin ABD'de yürüttüğü araştırmada infertil kadınların damgalanma deneyimi yaşadıkları esnada diğer taraftan da etrafındaki gebe kadınları damgaladıkları tespit edilmiştir. Araştırmada kadınlar çocuk sahibi olamama ve annelik duygusundan mahrumiyet durumunu damgalanma olarak algıladıklarını bildirirken, ahlaksız davranışları olduğuna inandıkları ya da sosyal statüsü düşük olan gebeleri damgaladıkları saptanmıştır. Buna ek olarak infertil kadınların çoğunlukla üreme yetisi olan arkadaş ve aile üyelerini "şişman inekler" gibi söylemler ile damgaladıkları görülmüştür (Jansen & Onge, 2015).

### **5.2.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişiklerinin İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Puan Ortalamalarına Etkisinin İncelenmesi**

Çalışmada yaş gruplarının damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığın olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir. Burada, 29 ve altı yaşa sahip kadınların damgalanma düzeyi ortalamasının, 30-35 yaşları arası ve 36 yaşının üzerindeki kadınların damgalanma düzeyi ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, infertil kadınların yaşları arttıkça damgalanma düzeylerinin düştüğü söylenebilir. Literatüre bakıldığında Ünal ve arkadaşları yaşla birlikte infertilite sıkıntı düzeyinin arttığını belirtmektedir (Ünal ve ark., 2010). Küçükkaya & Kılıç ve Akyüz & arkadaşları infertil kadınların yaşları ve infertiliteden etkilenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. (Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Akyüz ve ark., 2014). Bu farklılığın infertilite bireylerde damgalanmaya katkıda bulunan diğer faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Damgalama ile ilgili çalışmaların sonuçları yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu gibi nedenlerle farklılık göstermektedir ve bu konuda daha nitel çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumunun damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığın olmadığı söylenebilir ancak Küçükkaya ve Kılıç'ın çalışmasında, eğitim seviyesi yüksek olan infertil kadınların, eğitim seviyesi düşük olan kadınlara göre daha az damgalanmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Küçükkaya ve Kılıç, 2022).

Ayrıca eğitim düzeyi yüksek, kentte yaşayan, mesleği olan, sosyoekonomik seviyesi yüksek ya da dini inançları kuvvetli olan kadınların damgalanma düzeyleri daha düşük görülürken uzun süre infertilite tedavisine maruz kalan kadınların daha yüksek seviyede damgalanma hissettikleri tespit edilmiştir (Jing ve ark., 2020).

Tedavi sürecinde olumsuz olarak görüş belirten kadınların damgalanma düzeyi ortalaması, olumlu ve kararsız görüş belirten kadınların ortalamalarına göre daha yüksek olduğu söylenebilmekle beraber, Bu bağlamda, tedavi sürecine olumsuz yaklaşan kadınların damgalanma düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Jing ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ise daha uzun süre infertilite tedavisi gören kadınların damgalanma düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Jing ve ark., 2020).

Çalışmamızda tedavi sürecinde alınan destek ile damgalanma düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kaya ve Oskay (2020)'ın çalışmasında ise, tedavi için

aldıkları desteği yetersiz bulan infertil kadınların, tedavi için aldıkları desteği yeterli bulan infertil kadınlara göre daha fazla damgalanma hissettiklerini göstermektedir. Bu sonuç, tedavi için yeterli desteği alan infertil kadınların daha az damgalanma hissedecekleri şeklinde yorumlanmıştır (Kaya ve Oskay, 2020).

İnfertil kadınların aile tipi gruplarına göre damgalanma düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir. Ancak kendi ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olma durumlarına göre damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir. Dolayısıyla, ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olmayan katılımcıların damgalanma düzeyi, infertil olan katılımcıların damgalanma düzeyine göre daha düşük olduğu söylenebilir. Küçükkaya ve Kılıç (2022) çalışmasında, çalışmamız sonuçlarıyla birebir uyumlu olarak, kendisinde veya eşinin ailesinde infertil birey bulunan kadınların, böyle bir bireyi olmayan kadınlara göre İnfertilite Damgalama Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Küçükkaya ve Kılıç, 2022). Bu durum ailelerinde infertil birey bulunan kadınların daha fazla toplumsal baskı yaşadıklarını göstermektedir.

Çalışmada çekirdek aile tipinin %80 üzeri olmasından dolayı aile tipi gruplarına göre damgalanma düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

Literatürde farklı sonuçlar elde eden çalışmalara bakacak olursak, Kaya ve Oskay'ın (2019) infertil kadınlar ile yürüttüğü araştırmasında geniş aile yapısı bulunan kadınların stigma puan ortalamasının çekirdek aile yapısı bulunan kadınlara oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Kaya ve Oskay, 2019). Bu veriler, geleneksel olarak kalabalık aile tipine sahip olan çiftlerde çocuk beklentilerinin yüksekliğini göstermekte ve Türk toplumlarındaki kültürel yapıyı ortaya koymaktadır.

Çocuk sahibi olamamaları nedeniyle baskı altında hisseden kadınların damgalanma düzeyleri ortalaması, baskı altında hissetmeyen kadınların damgalanma düzeyi ortalamasından daha yüksek olduğu görülürken; Hasanpoor-Azghdy ve arkadaşları (2015)'nin İran'da yapmış olduğu çalışma da bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup infertil kadınların başkaları tarafından suçlandıkları ve aşağılandıkları, ek olarak eşlerinin ailesi tarafından dışlandıkları ifade edilmiştir (Hasanpoor-Azghdy ve ark., 2015).

### 5.3. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

İnfertilitenin sebep olduğu negatif duygular ile başa çıkmak için kadınlar çeşitli başa çıkma mekanizmaları kullanırlar. Bu çalışmada infertil kadınların baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği kullanılmıştır. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği, Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet, Spirituel Baş Etme, İnkâr, Sosyal Geri Çekilme, Negatif Benlik Algısı, Umut, Sosyal Destek Arama, Kabul, Kendine Yatırım Yapma ve Eş İlişkileri olmak üzere on altı boyutta ele alınmaktadır. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir. Burada, katılımcıların baş etme düzeyleri puanları düştükçe, kişinin o baş etme tarzını kullandığı bilinmektedir (Karaca ve ark., 2018). Ayrıca baş etme ölçeğinin genel toplam puanı 65 ile 242 arasında olup, ortalaması da  $145,87 \pm 31,83$  olduğu görülmektedir. Katılımcıların baş etme düzeylerinin ise genel olarak ortalama düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir.

Bu bağlamda infertil kadınların, umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma, kabul, sosyal destek arama ve spiritüel baş etme yollarını kullanarak infertilite ile baş etmeye çalıştıkları söylenebilir.

Zorlu ve Erbaş (2021) yapmış oldukları çalışmada, infertilite problemlerini eşi ile iletişim kurarak, ibadet ederek başa çıkmaya çabalayan kadınların infertilite probleminden daha az seviyelerde etki gördükleri, sosyal çevreden kaçarak başa çıkmaya çabalayan kadınların infertilite probleminden daha çok etkilendiklerini tespit etmiştir (Zorlu ve Erbaş, 2021).

Yapılan çalışmalarda baş etme yollarının sınıflandırılmasının farklı olması nedeniyle başa çıkma alt boyutlarının spesifik olarak tartışılmasının daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Dağ ve ark. (2015)'nin Türkiye'de yapmış olduğu çalışmada İnfertilite ile olumlu başa çıkma stratejisi olarak; çalışmamız ile benzerlik gösteren "sosyal destek arama, kendine güven, durumu kabullenme ve iyimser olma" alt boyutlarını kullanırken, olumsuz baş etme yöntemi olarak "kötümser olma ve kendini çaresiz hissetme" yanıtları öne çıkmaktadır (Dağ ve ark., 2015).

Peterson ve ark. (2006)'nın ve Sharma ve ark. (2018)'nin araştırmasında, infertilite ile başa çıkmak için 'sosyal destek arama' yöntemlerinin en fazla kullanıldığı görülmüştür. Bu çalışmada da 'sosyal destek arama' başa çıkma yönteminin

kullanımının yüksek olduğu sonucunun, Peterson ve ark., Sharma ve ark. araştırma sonuçları ile benzer olduğu ifade edilebilir. Bu sonuçlar infertil kadının eş, aile, arkadaş ve sosyal çevreden alacağı sosyal destek ile infertilite ile başa çıkabileceğinin göstergesidir.

Sosyal destek alma ve duyguların başkaları ile paylaşımı infertilite ile başa çıkmada etkisi olan stratejiler içerisinde olduğu ispatlanmıştır (Kaplan, 2018).

Türkiye’de 2019 yılında primer(birincil) infertil kadınlar ile yürütülen bir araştırmada, kadınların algıladıkları sosyal desteğin artması sonucu infertiliteden negatif etkilenme seviyelerinin azaldığı görülmüştür (Nuri Turhal & Sis Çelik, 2019).

Literatürdeki veriler de, sosyal destek almanın infertiliteden etkilenmeyi azalttığını göstermekte ve çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Jafarza deh ve ark. (2015) İranda yürütülen çalışmasında infertil kadınların en fazla "duygusal odaklı" ve "daha az yararlı başa çıkma stratejileri" kullandıklarını ifade etmişlerdir (Jafarza deh ve ark., 2015).

‘Kendine yatırım yapma’ ve ‘kabul’ infertil kadınların sıklıkla kullandığı baş etme yöntemleri arasındadır. Kaplan (2018)’ın derlemesi bu açıdan çalışmayı destekler niteliktedir. İnfertil bireylerin egzersiz ve gevşeme yöntemleri şeklinde beden için, sosyal destek alma ve yaşanan olayı kabul etmeye çalışmak gibi duruma yönelik ve hissedilenlerin çevreyle paylaşımı gibi duygu ve düşünce odaklı başa çıkma stratejileri kullandıkları ifade edilmiştir (Kaplan E., 2018).

Çalışma bulguları ile uyumluluk gösteren Kaya & Oskay’ın (2019) araştırmasında, infertil kadınların baş etme stratejisi olarak duygu odaklı baş etme yöntemlerini (kabul etme, mizah olarak algılama, dini düşüncelere yönelim) en fazla kullandıkları tespit edilmiştir (Kaya ve Oskay, 2019).

Pedro (2015) Güney Afrikadaki kadınların infertilite ile baş etme yöntemi olarak ‘sosyal geri çekilme’ yi kullandığını ifade etmiştir. Bu baş etme yönteminde genellikle hamile ve çocuğu olan kadınlardan psikolojik ve fiziksel olarak mesafeli davranışlarda buldukları gözlenmiştir. (Pedro, 2015).

Stres durumlarında kullanılan başa çıkma yöntemlerinden biri de bireylerin inanç sistemidir. Bu sistem stres var olduğunda olaya veya duruma zihinsel ve davranışsal olarak uyum sağlamak ve pratik çözümler üretmek için bulunmaktadır. (Kavas 2013).

Çalışmada ‘spirituel baş etme yöntemi’ puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Karaca ve Unsal (2015)’ın Türkiye’deki infertil kadınlarla yürüttüğü araştırmada, kadınların infertiliteden negatif olarak etkilendiği, yaşanan stresle başa çıkmak amaçlı eşleri ile ve başka infertilite sorunu bulunan kadınlar ile problemlerini paylaştıkları ve spiritual yollara başvurdukları bildirilmiştir (Karaca & Unsal, 2015). Bu bağlamda çalışmayı destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Literatürdeki baş etme ölçeklerine bakıldığında de stresli durumun üstesinden gelmek amacıyla dinin; teselli sunma, umut aşılama, anlam sunma, kontrol duygusu kazandırma gibi rolleri üzerine odaklanılmıştır (Ayten ve Ark. 2012; Roudsari ve ark. 2014; Aflakseir ve Mahdiyar 2016).

Bir diğer araştırmada infertil kadınların baş etme yöntemlerine bakıldığında spiritual yöntemlere yönelim ve kendilerini toplumdan soyutlamanın öne çıktığı tespit edilmiştir (Hess vd., 2018).

İran’lı infertil kadınlarla yapılan bir araştırmada infertil kadınların en çok kullandıkları başa çıkma stratejisi olarak ‘dini başa çıkma’ yöntemini kullandıkları görülmüştür. Araştırmada dini başa çıkma stratejilerinin kullanımı ve diğer bireylere yardımda bulunma gibi davranışlara yönelimin infertilite stresiyle baş etmede etkin bir yöntem olacağı sunulmuştur (Aflakseir ve ark., 2016).

Yılmaz ve Şahin’in Türkiye’de yapmış olduğu sistematik derlemede ise çalışma verileri ile tutarlı olarak; infertilite stresi ile baş etmede kullanılan stratejilerin; dini ve manevi duygulara yönelim, sosyal olarak izole olma, problemin yok sayılması ve dikkatin başka yönlere çekilmesi olduğu ifade edilmiştir (Yılmaz & Şahin, 2020).

Yazdani ve ark. (2016)’nın İran’da yaptığı araştırmada, infertiliteye yönelik olumsuz tutum ve kendini suçlamanın, genellikle uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Yazdani ve ark., 2016).

İsmail ve ark. (2017)’nin Mısır’da yürüttüğü çalışmada kadınların %95,6’sının infertil olmaları sebebiyle çoğu olayı görmezden gelmeye çabalama gibi pasif başa çıkma stratejisi kullandıkları görülmüştür. %47,5’inin infertilite haricinde kendisine çeşitli yaşam amaçları belirledikleri, %37’sinin hamile ve çocuğu olan kadınlar ile iletişim kurmaktan kaçındıkları, %15’inin de başka infertil kadınlar ile iletişim kurduklarında kendisini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir (İsmail ve ark., 2017). Çalışmamızdaki

kadınlar, puan ortalaması 6,64 olan ‘‘kendine yatırım yapma’’ alt boyutunu kullanarak İsmail ve ark.’nın çalışma sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışmada ‘sosyal geri çekilme’ alt boyutunun puan ortalaması 24,6’dır. Anokye ve ark. (2017)’nin Afrika’da yapmış olduğu araştırmada infertil kadınların sosyal izolasyon, sözel ya da fiziksel istismar, boşanma, umutsuzluk ve damgalanmaya maruz kaldığı görülmektedir. Kadınların başa çıkmak için en fazla kullandığı yöntem, infertilite hakkında konuşmaktan kaçınma ve infertiliteyi yok saymaya çalışmaktır (Anokye ve ark., 2017). Bu da çalışmamızın sosyal geri çekilme stratejisiyle uyuşmaktadır.

Türkiye’deki primer infertil kadınlarla yürütülen bir araştırmada, kadınların infertilite stresiyle baş etmek ve sosyal çevreden doğan baskıya maruziyetten kaçınmak amacıyla yalnız kalmayı tercih ettiği bildirilmiştir (Sis Çelik ve Kırca, 2018).

Yılmaz ve Oskay (2016)’ın çalışmasında kadınların erkeklere göre aktif-kaçınma, aktif-yüzleşme ve pasif-kaçınma stratejilerini daha çok kullandıkları bildirildi.

### **5.3.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişiklerinin İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamalarına Etkisinin İncelenmesi**

Çocuk sahibi olamamaları nedeniyle baskı altında hisseden kadınların baş etme düzeyleri ortalaması, baskı altında hissetmeyen kadınların baş etme düzeyleri ortalamasına göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Akarsu ve Beji (2019) Türkiye’de yaptığı çalışmada kadınların genellikle eşlerinin ailesinden gelen suçlamalarla karşı karşıya kaldıkları sonucuna varılmıştır. Kadınların geneli infertil olduklarını bilen bireyler hakkında gizlice konuştuğunu ve bir kısmının ise çocukları olmadığını için kendilerine acıdığını ifade etmişlerdir (Akarsu & Beji, 2019).

Çalışmamızda okuryazarlığın infertil kadınlar için baş etme ölçeği üzerinde anlamlı bir farklılığın olmadığı söylenebilirken Dağ ve ark. (2015)’nin çalışmasında infertil okuryazar olmayan kadınlarda, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın (duygulara yönelik/pasif) daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada çalışan ve eğitim düzeyi yüksek infertil kadınların infertilite ile baş etmede aktif yöntemlerin kullanıldığı bulunmuştur (Özkan ve Baysal, 2006).

Çalışmada çekirdek aile tipinin %80 üzeri olmasından dolayı aile tipi gruplarına göre baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

İnfertilite stresiyle baş etmede eş desteği önemlidir. Çalışmamızda eş desteğinin baş etme ölçeği üzerinde anlamlı bir farklılığının olmadığı söylenebilir. Chave ve diğerlerinin infertil kişilerde evlilik ilişkisi ve eş desteklerini inceledikleri kesitsel-tanımlayıcı araştırmada ise eş desteğinin yüksek olduğu kadınlarda stres seviyesinin daha düşük seviyelerde olduğu bildirilmiştir (Chaves ve ark., 2018). Altıntop ve Kesgin'in çalışmasında da kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında stresle başa çıkmada pasif başa çıkma yolları kullanımını artmaktadır (Altıntop ve Kesgin, 2018).

Ayrıca çalışmamızda yaş gruplarının da baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı olmadığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada yaş ve evlilik süresinin artması kadınlarda infertilite ile baş etmede aktif yöntemlerin kullanımını azaltmakta, pasif yöntemlerin kullanımını artırmaktadır (Altıntop ve Kesgin, 2018).

Çalışmamızda tedavi sürecinde olumlu olarak görüş belirten kadınların ve kararsız görüş belirten kadınların baş etme düzeyi ortalamaları, olumsuz görüş belirten kadınların ortalamasına göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, tedavi sürecine olumsuz yaklaşan kadınların baş etme düzeylerinin de diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2020'de yaptığı çalışmada, infertilite polikliniği takipli kadınların evlilik süresi, çocuk isteme süresi ve infertilite tedavi süreci arttıkça infertilite stres seviyesinin arttığı görülmüştür (Yılmaz ve ark., 2020).

Bir diğer çalışma ise kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça infertilite ile baş etmede pasif yöntem kullanımının arttığını göstermektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018).

#### **5.4. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

İnfertil kadınların eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir düzeyleri, evlilik süreleri, çocuk sahibi olamama süreleri, infertilite tedavisi görme süreleri ve infertilitenin kaynaklarına göre damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı söylenebilir.

Literatüre göre çalışmanın farklı sonuçları, çalışmanın yapıldığı yerin farklı özellikleri, kişinin algıladığı farklı destek sistemleri, çalışma ortamı ve sosyal baskı gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir.

İnfertil kadınların damgalanma düzeyi arttıkça, baş etme düzeylerinde düşüş olacağı, damgalanma düzeyi azaldıkça da baş etme düzeylerinde artış olacağı söylenebilirken, infertil kadınların damgalanma düzeylerindeki bir birimlik değişimin, kadınların baş etme düzeyleri üzerinde 0,139'luk bir düşüşe sebep olacağı söylenebilir.

LSD analizinin bulgularına göre, damgalanma düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumsuz ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,064<0,05$ ), tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumlu ile kararsız görüş belirten bireyler ortalamalarının birbirlerinden istatistiksel olarak farklı olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,001$ ,  $p=0,011<0,05$ ). İnfertil kadınların baş etme düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumsuz ile kararsız görüş belirtenlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ( $p=0,005$ ,  $p=0,018<0,05$ ), olumlu ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,480>0,05$ ). Ayrıca, 30-35 ile 36 ve üstü yaşa sahip kadınların baş etme düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,865>0,05$ ), 29 ve altı ile 30-35 arası, 29 ve altı ile 36 ve üstü yaşlarda olan kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,028$ ,  $p=0,033<0,05$ ).

##### **5.5. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Değişkenleri ile İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanlarının Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi**

İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeyleri arasında 0,201'lik bir katsayı ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeyi arttıkça, baş etme düzeylerinde düşüş olacağı, damgalanma düzeyi azaldıkça da baş etme düzeylerinde artış olacağı söylenebilir. Ayrıca infertil kadınların damgalanma düzeylerinin, baş etme düzeyleri üzerinde etkisinin sınanmasına yönelik kurulan regresyon modelinin de istatistiksel olarak

anlamli olduğu %95 güven düzeyinde sylenabilir ( $p=0,002<0,05$ ). Regresyon modeli için hesaplanan  $R^2$  değeri 0,040 ve düzeltilmiş  $R^2$  değeri 0,036 olarak hesaplanmıştır. Kurulan regresyon modelinde infertil kadınların baş etme düzeyleri açıklanan değişken, damgalanma düzeyleri ise açıklayıcı değişken olarak belirlenmiştir. Regresyon modelinin sabit katsayısı 3,163, eğim katsayısı (baş etme düzeyi)-0,139 olarak hesaplanmıştır. Katsayıların istatistiksel olarak anlamli olduğu %95 güven düzeyinde sylenabilir ( $p=0,000$ ,  $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeylerindeki bir birimlik değişimin, kadınların baş etme düzeyleri üzerinde 0,139'luk bir düşüşe sebep olacağı söylenebilir.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada kadınların İnfertilite Damgalama (Stigma) Ölçeği (ISS) ve İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ve sosyodemografik değişkenlerin etkisi ve ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki ile ilgili sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- İnfertil kadınların yaş ortalaması  $32,17 \pm 4,88$ 'dir.
- Çalışmada primer infertil kadınların damgalanma ölçeği (ISS) toplam puan ortalaması  $47,67 \pm 24,81$  olarak tespit edildi. Bu çalışmanın bir sonucu olarak, infertil kadınlar hafif düzeyde damgalanma yaşadılar. Araştırmada kadınların ISS (infertility stigma scale) alt boyutları; özdeğer kaybı alt boyutunun toplam puanları 7 ile 35 arasında olup ortalaması 11,66, sosyal geri çekilme alt boyutunun toplam puanları 5 ile 25 arasında olup ortalaması 11,15, toplumsal damgalanma alt boyutunun toplam puanları 9 ile 45 arasında olup ortalaması 15,68 ve ailesel damgalanma alt boyutunun toplam puanları 6 ile 30 arasında olup ortalaması 9,17 olarak hesaplanmıştır.
- İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği puan ortalaması  $145,87 \pm 31,83$ 'tür ve katılımcıların baş etme düzeylerinin ise genel olarak ortalama düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği alt boyutları; umut  $5,43 \pm 2,94$ ; Eş İlişkileri  $5,93 \pm 3,04$ ; Kendine Yatırım Yapma  $6,64 \pm 3,13$ ; Kabul  $9,74 \pm 4,04$ ; Sosyal Destek Arama  $11,21 \pm 4,23$  ve Spiritüel Baş Etme Yolları puan ortalaması  $13,67 \pm 6,37$ 'dir.
- Katılımcıların çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları incelendiğinde, %15,8'inin kendilerinden, %2,2'sinin eşlerinden, %13,1'inin kendi ailesinden veya eşinin ailesinden, %6,2'sinin ise arkadaşları veya diğer kişiler tarafından olduğu gözlemlenirken, %62,7'sinin ise baskı altında hissetmediği gözlemlenmiştir.
- Kendi ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olma durumlarına göre baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık olduğu istatistiksel olarak

%95 güvenirlilikle söylenebilir. Dolayısıyla, ailesinde veya eşinin ailesinde infertil olmayan (1,69) katılımcıların damgalanma düzeyi, infertil olan (2,11) katılımcıların damgalanma düzeyine göre daha düşük olduğu söylenebilir. Çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle anlamlı bir farklılık gösterdiği ( $p=0,001$ ,  $p=0,001<0,05$ ) görülmektedir.

- Çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı altında hissetme durumları damgalanma ve baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle anlamlı farklılık gösterdiği ( $p=0,001$ ,  $p=0,001<0,05$ ) görülmektedir. Çocuk sahibi olamamaları nedeniyle baskı altında hisseden kadınların damgalanma düzeyleri ortalaması (2,11), baskı altında hissetmeyen kadınların damgalanma düzeyi ortalamasından (1,56) daha yüksek olduğu görülürken, baskı altında hisseden kadınların baş etme düzeyleri ortalaması (2,68), baskı altında hissetmeyen kadınların baş etme düzeyleri ortalamasına (3,06) göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.
- Ayrıca yaş gruplarının da baş etme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı olmadığı söylenebilirken ( $p>0,05$ ), damgalanma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığın olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). Burada, 29 ve altı yaşa sahip kadınların damgalanma düzeyi ortalamasının (1,99), 30-35 yaşları arası ve 36 yaşının üzerindeki kadınların damgalanma düzeyi ortalamalarına (1,67 ve 1,65) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, infertil kadınların yaşları arttıkça damgalanma düzeylerinin düştüğü söylenebilir.
- İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu, olumsuz veya kararsız olmalarının, damgalanma ve baş etme düzeylerinin üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p<0,05$ ). Tedavi sürecinde olumsuz olarak görüş belirten kadınların damgalanma düzeyi ortalaması (2,40), olumlu ve kararsız görüş belirten kadınların ortalamalarına (1,60 ve 1,93) göre daha yüksek olduğu söylenebilmekle beraber, olumlu ve kararsız görüş belirten kadınların baş etme düzeyi ortalamaları (2,97 ve 2,91), olumsuz görüş belirten kadınların ortalamasına (2,48) göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, tedavi sürecine olumsuz yaklaşan kadınların damgalanma düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek, tedavi sürecine olumsuz

yaklaşan kadınların baş etme düzeylerinin de diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

- LSD analizinin bulgularına göre, damgalanma düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumsuz ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,064<0,05$ ), tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumlu ile kararsız görüş belirten bireyler ortalamalarının birbirlerinden istatistiksel olarak farklı olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,001$ ,  $p=0,011<0,05$ ). İnfertil kadınların baş etme düzeyleri bakımından, tedavi sürecinde olumlu ile olumsuz ve olumsuz ile kararsız görüş belirtenlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ( $p=0,005$ ,  $p=0,018<0,05$ ), olumlu ile kararsız görüş belirten kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,480>0,05$ ).
- Ayrıca, 30-35 ile 36 ve üstü yaşa sahip kadınların baş etme düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p=0,865>0,05$ ), 29 ve altı ile 30-35 arası, 29 ve altı ile 36 ve üstü yaşlarda olan kadınların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu %95 güvenirlilikle söylenebilir ( $p=0,028$ ,  $p=0,033<0,05$ ).
- İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeyleri arasında 0,201'lik bir katsayı ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeyi arttıkça, baş etme düzeylerinde düşüş olacağı, damgalanma düzeyi azaldıkça da baş etme düzeylerinde artış olacağı söylenebilir. Ayrıca infertil kadınların damgalanma düzeylerinin, baş etme düzeyleri üzerinde etkisinin sınanmasına yönelik kurulan regresyon modelinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güven düzeyinde söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ).
- İnfertil kadınların damgalanma ve baş etme düzeyleri arasında 0,201'lik bir katsayı ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ). Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeyi arttıkça, baş etme düzeylerinde düşüş

olacağı, damgalanma düzeyi azaldıkça da baş etme düzeylerinde artış olacağı söylenebilir.

- Ayrıca infertil kadınların damgalanma düzeylerinin, baş etme düzeyleri üzerinde etkisinin sınanmasına yönelik kurulan regresyon modelinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güven düzeyinde söylenebilir ( $p=0,002<0,05$ ).
- Bu bağlamda infertil kadınların damgalanma düzeylerindeki bir birimlik değişimin, kadınların baş etme düzeyleri üzerinde 0,139'luk bir düşüşe sebep olacağı söylenebilir.

#### ***Araştırma önerileri:***

- Kadınlar daha fazla baş etme yöntemi kullandıkça damgalanma seviyeleri ve bunların infertil kadınlar üzerindeki etkileri azalmıştır. Bu bağlamda hemşirelerin, bakım görevinin yanı sıra psikolojik danışmanlık rolünü üstlenerek eğitim planlaması gerekmektedir.
- Hemşireler, infertilite problemi ile başvuran çiftlere süreç boyunca karşılaştıkları stresi azaltmak ve damgalanmanın önüne geçmek amacıyla psikososyal destek ve rehberlik etmelidir.
- İnfertil kadınların yaşamış olduğu psikososyal problemler ile baş etmeleri amacıyla destek grupları oluşturulmalı ve kadınların bu destek gruplarına katılımı desteklenmelidir.
- Araştırmalar kadınların daha fazla infertilite yükü taşıdığını gösterse de infertil erkekler ile yürütülecek olan çalışmaların artması önerilmekle beraber, araştırmacıların doğurganlık sorunuyla uğraşırken erkeklerin psikososyal yönlerine odaklanmaları önerilmektedir.
- Derinlemesine görüşmeler ile yapılmış kalite tipi çalışmaların planlanması önerilmektedir.
- Bu çalışma sonucunda; farklı kültürlerde infertil kadınların damgalanma ve infertilite ile baş etme biçimlerini ortaya koyan nitel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aarts JW, Van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum Reprod.*, 26(5):1112-8.
- ACOG Committe Opinion. (2019). İnfertility workup for the women's health specialist. *Obstetrics&Gynecology*, 133(6): 377-84.
- Aflakseir, A, Mahdiyar, M. (2016). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in Shiraz, *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(2): 117-122.
- 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.
- Akarsu RH, Beji NK. (2019). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: a qualitative study. *Journal of Religion and Health*: 1- 12. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00884-w>
- Akyüz A, Şahiner G, Seven M, Bakır B. (2014). The Effect of Marital Violence on Infertility Distress among A Sample of Turkish Women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(1): 67-76.
- Alosaimia, F, Bukharib, M, Altuwirq, M. (2017). Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia, *Human Fertility*, 20(1): 55–63.
- Altamimi SI, Snobar RO, Al-Fraihat AA, Albuarki H, Rizk DEE. (2019). Causes of infertility. *Bahrain Medical Bulletin*, 41(2): 93-96.
- Altıntop, K., Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(55): 754-768.
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):345-350.

- American Society for Reproductive Medicine. (Meaning: Infertility). <http://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>. Erişim Tarihi: 12 Aralık 2019.
- Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10: 690. e1-5.
- Araoye, M. O. (2003). Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West African Journal of Medicine*, 22(2): 190-196.
- Arboleda-Flôrez, J. (2002). What causes stigma? *World Psychiatry Association*, 1(1): 25-26.
- Armutlulu, İ.H. (2008). *İşletmelerde Uygulamalı İstatistik*. Alfa, İstanbul.
- Atila Demir, S. (2021). Etiketleme Teorisi Çerçevesinde Sosyal Dışlanma ve Salgın Hastalıklar: Kovid-19 Süreci ve Damgalama. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2): 13-25.
- Avcil, C., Bulut, H., & Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2): 175-202. <https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4>
- Avilla, B. E. (2016). *Importance of motherhood and/or social stigma of infertility: What's driving infertility-related outcomes?* (Doctoral Dissertation). Michigan State University, USA.
- Aydın, S., Kurt, N., Mandel, S., Kaplan, M.A., Karaca, N., Dansuk, R. (2015). Female sexual distress in infertile Turkish women. *Turkish Journal of Obstetrics And Gynecol*, 12: 205-10.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K., Öztürk, E.E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2): 45 -79.
- Baltaş, A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 9. baskı. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2005. (Türkçe)
- Barış, Y.İ. (2010). Dünyada Tüberküloz'un Tarihi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2: 1-4.

- Batool SS, de Visser RO. (2016). Experiences of infertility in British and Pakistani women: a cross-cultural qualitative analysis. *Health Care Women Int*, 37:180–96.
- Bayar U, Basaran M, Atasoy N, et al. (2014). Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc*, 64:138-45.
- Baylis, F. (2012). Infertility. (R. Chadwick, Dü.) *Encyclopedia of Applied Ethics* (2): 712- 720
- Bayraktar E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Derg*, 27: 234–8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/618073>
- Beckmann, C.R.B., Ling, F.W., Barzansky, B.M., Herbert, W.N.P., Laube, D.W., Smith, R.P. (2010). *Infertility*. İçinde *Obstetric and Gynecology*. (6th edition).China: Lippincott. ss.327-346
- Benjamin, J. J., Koshy, T., Kumar, K. M., Maruthy, K. ve Padmavathi, R. (2020). Metaanalysis of association between il-6-174 g/c polymorphism and female infertility related disorders. *Journal of Reproductive Immunology*, 140: 1-6.
- Benyamini Y, Bardarian YG, Gozlan M, Tabiv G, Shiloh S, Kokia E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments, *Psychology and Health*. February, 23(2): 221-241.
- Benyamini Y, Gozlan M, Weissman A. (2017). Normalization as a strategy for maintaining quality of life while coping with infertility in a pronatalist culture. *Int J Behav Med*, 24: 871–9.
- Boivin J, Bunting L, Collins JA, et al. (2007). İnfertilite prevalansı ve tedavi arayışına ilişkin uluslararası tahminler: infertilite tıbbi bakımı için potansiyel ihtiyaç ve talep. *İnsan üremesi (Oxford, İngiltere)*, 22(6): 1506-12. doi: 10.1093/humrep/dem046 [Önce Çevrimiçi Yayınlandı: 2007/03/23]
- Boivin J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57: 2325-2341.
- Borghet, M. V. ve Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62: 2-10.

- Boyraz G. (2013). *Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Ejakülattaki Preoptotik Sperm Oranının İntrauterin İnseminasyon Başarısındaki Etkisinin Araştırılması (tıpta uzmanlık tezi)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. and Thornicroft, G., (2010), “Experiences of Mental Illness Stigma, Prejudice and Discrimination: A Review of Measures”, *BMC Health Services Research*, 10(80): 1-11.
- Burke, P. (2007). *Disadvantage and stigma: a theoretical framework for associated conditions*. P. Burke, J. Parker (Ed.), *Social work and disadvantage: adressing the roots of stigma through association içinde* (s. 11-26). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Büyükgöze Kavas A, Topkaya N, Gençoğlu C. (2014): Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, denetim odağı, kendini damgalama ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *OMÜ Eğt. Fak. Derg*; 33(2):367-377.
- Callister, L. C. (2005). *The pain and the promise of unfilled dreams: infertile couples* Crane D. R., Marshall E. S. (Ed.). *Handbook of Families and Health*. Chapter 6. Sage Publications, Inc., Portland, OR, 96-112.
- Carell, D.T., Peterson, C.M. (Ed.)(2010). *Assisted reproductive therapy: In Vitro Fertilization*. İn *Reproductive Endocrinology and Infertility*.Springer.
- Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertil Steril*. 95(2):711–716. e1.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. ve Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 272.
- Casu, G, Ulivi, G, Zaia, V, Fernandes, M.D.C, Parente, C, Gremigni, P, (2018). Spirituality, infertility related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor partner interdependence mediation model, *Research in Nursing & Health*, 41(2): 156-165

- Coleman, L. M. (1986). *Stigma: an anigma demystified*. S. C. Ainlay, G. Becker, L. M. Coleman (Ed.), *The dilemma of difference: A multidisciplinary view of stigma*, içinde (211- 232). New York: Plenum Press.
- Collins, J.A., Crosignani, P.G. (1992). Unexplained infertility: a review of diagnosis, prognosis, treatment efficacy and management. *Int J Gynecol Obstet.*, 39(4):267- 75. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(92\)90257-J](https://doi.org/10.1016/0020-7292(92)90257-J).
- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, et al. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull.*,127:87–127.
- Çağlar, M., Satılmış, İ.G. (2019). İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistemantik derleme. *Androl Bul*, 21:170–6. [CrossRef]
- Çakar, F. S., Karataş, Z., & Tagay, Ö. (2016). Predicting hopelessness by coping styles, depression and meaning in life. *Journal of Human Sciences*, 13(3): 4565–4578.
- Çam Ç, Özdemir A, Karateke A, Aran T, Bayka B. (2007): İnkontinans vakalarında şikayetlerin süresinin uzamasının kas aktivitelerine etkisi. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*; 38(4):135-137.
- Çam O, Bılge A. (2007). Ruh hastaligina yönelik inanc ve tutumlar/Attitudes, beliefs toward mental illness. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8.3: 215.
- Çapık A, Aksoy M, Yılmaz E, Yılmaz F. (2019). Infertility Stigma Scale: A psychometric study in a Turkish sample. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55: 328-335.
- Çapık A, Aksoy M, Yılmaz E, Yılmaz F. (2016). Validity and Reliability Study of The Infertility Stigma Scale Into Turkish. Poster presentations, 18th ISPOG Congress, 12-14 May 2016, Malaga, Spain.
- Çavuşoğlu, İ. (2017). *Yardımcı Üreme Teknikleri*. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) İnfertilite Hemşireliği El Kitabı içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, ss. 104-112.
- Çelik AS, Kırca N. (2018). Prevalence and risk factors for domestic violence agamine infertilty women in a Turkish setting. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 231: 111-6.

- Çetişli, N. E., Ören, E. D., & Kaba, F. (2018). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem ÜNiversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3): 422–426.
- Chaves, C, Canavarro, M.C, Moura Ramos, M. (2018). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility, *Family Process*: 1-15.
- Çiçek NM., Kahyaoğlu İ. (Ed.) (2018) *Referans: jinekolojik endokrinoloji ve infertilite el kitabı*. Ankara, Modern Tıp Kitabevi.
- Çil, B. (2008). *İstatistik*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Çoban, T. K., & Dinç, A. (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi*, 1(2): 46-53.
- Dag, H, Yigitoglu, S, et al. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6): 1457-1462.
- 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.
- Davidson, M.R., London, M.L., Ladewig, P.A.W. (2008). *Special Reproductive concerns: İnfertility and Genetics*. İçinde Olds’ Maternal- Newborn Nursing & Women’s Health Across the Lifespan. 8 th edition, New Jersey s.242-261.
- Demirci N., Kızılkaya Beji N., (Ed.) (2017) *Referans: İnfertilite hemşireliği el kitabı*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, s. 71
- Demirci, H. (2001). İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. İçinde: Kızılkaya Beji N(editör). *İnfertilite sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemsirelik Yaklaşımı*. 1. Baskı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 103-117.
- Demirci N., Potur, D. (2017). *İnfertilitede temel kavramlar, etiyolojisi ve risk faktörleri*. Nurdan Demirci, Nezihe Kızılkaya Beji (Ed.) İnfertilite Hemşireliği El Kitabı içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s.15-23.

- Demirci, N., Potur, D., C. (2014). Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *F.N. Hem. Derg*, 22(1): 39-45.
- Dhont N. (2011). Clinical, epidemiological and socio-cultural aspects of infertility in resource-poor settings. Evidence from Rwanda. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 3(2): 77-88. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987491/>
- Dinelli, L., Courbiere, B., Achard, V., Jouve, E., Deveze, C., Gnisci, A., et al. (2014). Prognosis factors of pregnancy after intrauterine insemination with the husband's sperm: Conclusions of an analysis of 2,019 cycles. *Fertility and Sterility*, 101(4): 994-1000.
- Doğanavşargil Baysal GÖ. (2013): Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2): 239-251.
- Donkor, E.S., Sandall, J. (2009). Coping strategies of women seeking infertility treatment in southern Ghana. *Afr J Reprod Health*, 13: 81–93.
- Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1683–1694.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. (2008). Quality of life and sexual functioning of polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13: 271-81. <https://doi.org/10.1080/13625180802049187>
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2018). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon (ICD-11) Cenevre: WHO.
- Erdem, K., Apay, S.E. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International journal of fertility & sterility*, 8(3): 303.
- Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol*, 15(1):46–49. doi: 10.4274/tjod.04307.
- Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15: 46-49.

- Eteman Kaya, D. (2019). *İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü)
- Fehintola, A.O., Fehintola, F.O., Ogunlaja, O.A., Awotunde, T.O., Ogunlaja, I.P., Onwudiegwu, U. (2017). Social meaning and consequences of infertility in Ogbomoso, Nigeria. *Sudan J Med Sci*, 12: 63– 77.
- Folkman S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis, *J Pers Soc Psychol*, 46(4):839-52.
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., et al. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1): 69-75.
- Gameiro S, van den Belt Dusebout AW, Bleiker E, Braat D, van Leeuwen FE, Verhaak CM. (2014). Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment. *Human Reproduction*, 29(10): 2238-2246.
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update* (10a ed.) Boston: Pearson
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliff NJ: Prentice Hall.
- Goli M, Ahmedi SM, Goli S. (2012). Irrational perception of parenthood in infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 10(324): 213-220
- Gökler ME, Ünsal A, Arslantaş D. (2014). The prevalence of infertility and loneliness among women aged 18-49 years who are living in Semi-Rural Areas in Western Turkey. *Int J Fertil Steril*, 8(2): 155-62.
- Göksu, T. ve Karakaya, M. (2009). Polisin sapma davranışlarının etiketleme kuramı açısından değerlendirilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 11(4): 27-43.
- Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn*, 32(1):140–162.
- Gupta, R., Kaur, S., Bhagat, B.R., Gupta, S. (2019). Epidemiology of infertility patients with abnormal semen parameters. *Indian J Appl Res*, 9(7): 8-10.

- Guzick DS, Carson SA, Coutifaris C, et al (1999) Efficacy of super ovulation intrauterine insemination in the treatment of infertility. National Cooperat Reproductive Medicine Network. *N Engl J Med*, 340: 177-183
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3): 166-176.
- Güngör, A.N.Ç., Şahin, B., Karaahmet, E., Yüksel, B., Keskin, U., Duru, N. K. (2015). İnfertilite tedavisi için başvuran hastalarda üstbilmiş işlevleri ve anksiyete. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(6): 196-199.
- Güngör, İ., Beji, N. K. (2009). *İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirme ve Hemşirenin Rolü*. Beji, N. K. (Ed.). İnfertilite Hemşireliği. Acar Basım, İstanbul, 163-176
- H. C. B. Denber. (1978). "Psychiatric aspects of infertility," *J. Reprod. Med. Obstet. Gynecol.*, 20(1): 23–29 doi: 10.5455/cap.20131001091415.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- Hammarberg, K., Astbury, J., Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod*, 16(2): 374-83. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.2.374>
- Hart, A.V. (2002). İnfertilite and The Rol Of Psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23: 31-41.
- 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. *J Reprod Infertil*, 20: 178–90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6670265/pdf/JRI-20-178.pdf>
- Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A qualitative study. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(4): 409-420.

- Hess, R.F., Ross, R., Gililand Jr, J.L. (2018). Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: A mixed-methods study. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1): 60-72. Doi: 10.29063/ajrh2018/v22i1.6
- Hinshaw, S.P. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change*. United States of America: Oxford University Press.
- Hocaoglu C. (2019). *The Psychosocial Aspect of Infertility*. Sheriff DS, editor. Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays. London, UK: IntechOpen, s. 65-78.
- Howe, S., Zulu, J.M., Boivin, J., Gerrits, T. (2020). The social and cultural meanings of infertility for men and women in Zambia: legacy, family and divine intervention. *Facts Views Vis Obgyn*, 12: 185–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123694/>
- Höbek Akarsu, R., Kızılkaya Beji, N. (2019). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, Doi:10.1007/s10943-019-00884-w
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf). 20 Nisan 2020.
- Inhorn MC, Patrizio P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4): 411- 426.
- Ismail, N.I.A, Moussa, A. (2017). Coping strategies and quality of life among infertile women in Damanhour City, *Journal of Nursing and Health Science*, 6(2): 31-45.
- İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2:79-84.
- 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): e25227.

- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study. *Int J Fertil Steril*, 9(1): 81-92.
- Jansen NA, Saint Onge JM. (2015). An internet forum analysis of stigma power perceptions among women seeking fertility treatment in the United States. *Social Science & Medicine*, 147: 184–189. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.002.
- Jing X, Gu W, Xu X, Yan C, Jiao P, ZhangLet al. (2020). Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*: 1–7. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1778665>
- Kadioğlu M, Hotun Şahin N. (2015): Stigmatizasyon (damgalama) ve kadın. *Sağlık ve Toplum*; 25(3):3-9.
- Kamışlı S, Dil S, Daştan L, Eni N. (2016) Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 27(4):251- 256.
- Kan Ö, Alkılıç A, Yüce T, Berker B. (2014). Açıklanamayan İnfertilitede Yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3): 506-18.<https://doi.org/10.17827/aktd.93154>.
- Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 20: 61-64. Doi:10.24898/tandro.2018.24993
- Karaca A, Ünsal G, Asik E, Keser I, Ankaralı H, Merih YD. Development and Assessment of a Coping Scale for Infertile Women in Turkey. *Afr J Reprod Health*. 2018 Sep;22(3):13-23. doi: 10.29063/ajrh2018/v22i3.2. PMID: 30381928.
- Karaca, A., Unsal, G. (2015b). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3): 243-250.
- Karaca, A., Ünsal, G. (2015a). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2): 126-132.

- Karanisoğlu H, Yazıcı S. (2009). *Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları*. Beji KN (Ed.). İnfertilite Hemşireliği içinde. Acar Basım ve Cilt San Tic AŞ. İstanbul, s. 69.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçigil, L., Özmenler, K.N., Özşahin, A. (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18:311-322.
- Katole, A, Saoji, A.V. (2019). Prevalence of primary infertility and its associated risk factors in urban population of central India: A community-based cross-sectional study. *Indian J Community Med*, 44:337–41.
- Kavas, E. (2013). Dini tutum-stresle başa çıkma ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (37): 143-168.
- 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. Doi: 10.1080/02646838.2019.1650904
- Keskin, G., & Gümüş, A. B. (2014). Infertility: An examination hopelessness perspective. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1): 9–16.
- Kılıç, M., Ejder Apay, S., Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve kültür. *İÜFN Hem Derg*, 19: 109–15. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95069>
- Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). “İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5 (2): 162-178
- Kjaer, T.K., Jensen, A., Dalton, S.O., Johansen, C., Schmiedel, S., Kjaer, S.K. (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, 26(9): 2401-2407
- Kok, D.E and Christina, B. (2013). Infertility and relationships: the importance of constructions in context. *Families, Relationships and Societies*, 2: 23- 42. <https://doi.org/10.1332/204674313X664680>
- Küçükkaya, M., & Kılıç, M. (2022). İnfertiliteli kadınlarda damgalanmanın infertiliteye bağlı psikolojik sıkıntı düzeyine etkisi. *Afrika Üreme Sağlığı Dergisi* , 26 (2): 13-25.

- Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1): 48
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychom Med*, 55: 234–247.
- Lazarus, R.S. (1998). *Fifty years of research and theory of R.S. Lazarus*. Mahwah, NJ, Erlbaum
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
- Lee, J.W., Hyun, M.K., Ang, L. (2010). Complementary therapy for female infertility: Protocol for an overview of systematic reviews. *BMJ Clin Evid*, 819.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27: 363-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- 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
- Luk, B.H.K., Loke, A.Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *J Reprod Infant Psychol*, 37: 108–22.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3): 223-237.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14): 1971-1980.
- M.C. Inhorn, P. Patrizio. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century, *Hum. Reprod. Update*, 21(4): 411–426.

- Mantzouki, C., Bliatka, D., Iliadou, P. K., Margeli, A., Papassotiriou, I., Mastorakos, G. ve Goulis, D. G. (2019). Serum Bisphenol A concentrations in men with idiopathic infertility. *Food and Chemical Toxicology*, 125: 562-565.
- Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi Hashian A, Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, ve ark. (2017). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: a cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(2): 103-106.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12): e1001356.
- Moghadam AD, Delpisheh A, Khosravi A. (2013). Epidemiology of female infertility; a review of literature, *Biosci, Biotech. Res. Asia*, 10:559-567.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M. ve Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life. *Marital Adjustment and Sexual Function, UROLOGY*, 63: 126-130.
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M.B.S., Hayati, M.Y., Midin, M., Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55: 65-S69.
- Naab, F., Brown, R., Heidrich, S.M. (2013). Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. *J Nurs Scholarsh*, 45(2): 132-140. Doi: 10.1111/jnu.12013 PMID: 23731032
- Naab, F., Lawali, Y., Donkor, E.S. (2019). “My mother in-law forced my husband to divorce me”: experiences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *PLoS ONE*, 14(12): e0225149. Doi: 10.1371/journal.pone.0225149
- Nachtigall, R.D. (2006). International disparities in access to infertility services, *Fertil. Steril.* 85 (4): 871–875.
- Navid, B, Mohammadi, M, et al. (2018). Relationship between quality of life, relationship beliefs and attribution style in infertile couples, *International Journal of Fertility & Sterility*, 12(2): 119-124.

- Neff, D.L. (1994). The social construction of infertility: the case of the matrilineal nayars in South India. *Social Science and Medicine*, 39(4): 475–485.
- Nuri Turhal, 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. Doi: 10.17681/hsp.410980
- Oğuz, D.H. (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri* [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi
- Okuducu, N. Y., & Yorulmaz, H. (2020). İnfertilite Tanısı Konmuş Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 12(1): 13-20.
- Oladeji, S.A., OlaOlorun, A.D. (2018). Depression among infertile women in Ogbomosoland. *South African Family Practice*, 60: 41-45.
- Onyedibe, M.C., Aliche, C.J., Ugwu, L.E. (2019). İstemsiz çocuksuz çiftler arasında benlik saygısı ve psikolojik sıkıntı. *Nijer. J. Psikol. Araş.*, 15: 1–7.
- Oran NT, Şenuzun F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1: 1-16.
- Oti-Boadi, M., Asante, K.O. (2017). Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *Biopsychosoc Med*, 11:20.
- Ozturk S, Sut Kahyaoglu H, Kucuk L. (2019). Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(5): 1355- 1360.
- Özaslan Çalışkan, B.U. (2017). Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. *International Journal of Academic Value Studies*; 3(13): 357-369
- Özcan, H., Beji, N.K. (2016). İnfertilitede tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32: 36-44

- Özkan, H., Üst Taşgın, Z.D., Aydın, A., Kanbur, A. (2020). İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Derg*, 3: 158–65. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1146651>
- Özkan, M., Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33(1): 44–46.
- Özmen S, Erdem R. (2018): Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*; 23(1):185-208.
- Öztekin, Ü., Caniklioğlu, M., Sarı, S., Selmi, V., Gürel, A., Işıkkay, L. (2019). Evaluation of male infertility prevalence with clinical outcomes in middle anatolian region. *Cureus*, 11(7): 2-7
- Öztürk, R., Bloom, T.L., Li, Y., Bullock, L.F.C. (2021). Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. *J Reprod Infant Psychol*, 39(2):205–217. doi: 10.1080/02646838.2020.1754373.
- Paananen, J., Lindholm, C., Stevanovic, M., Weiste, E. (2020). Tensions and Paradoxes of Stigma: Discussing Stigma in Mental Health Rehabilitation. *Int J Environ Res Public Health*, 16: 5943. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459444/>
- Pasch, L.A., Sullivan, K.T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13: 131-135.
- Patel A, Sharma P, Kumar P, Binu VS. (2018). Sociocultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(2): 172–179.
- Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). “In cycles of dreams, despair, and desperation:” Research perspectives on infertility specific distress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(4): 320.
- Pedro, A. (2015). Coping with infertility: An explorative study of South African women’s experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5: 49-59.
- Pepe, M. V. ve Byrne, T. J. (1991). Women's Perceptions of Immediate and Long-Term Effects of Failed Infertility Treatment on Marital and Sexual Satisfaction. *Family Relations*, 40(3): 303-309.

- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9): 2443-2449.
- Peterson, B.D., Sejbaek, C.S., Pirritano, M., Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human Reproduction*, 29(1): 76-82.
- Reidy, D. (1993). "Stigma in social death": *Mental health consumers/survivors talk about stigma in their lives*. Holyoke, MA: Education for Community Initiatives. <http://www.freedom-center.org/pdf/debreidystigma.pdf> Erişim tarihi: 23.11.2017
- Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles*, 43: 821-841.
- Ribeiro, A. R., Luis, C., Fernandes, R. ve Botelho, M. C. (2019). Schistosomiasis and Infertility: What do We Know? *Trends in Parasitology*, 35(12): 964-971.
- 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 Womens Health*, 9:13–17.
- Rodino, I.S., Gignac, G.E., Sanders, K.A. (2018). Stress has a direct and indirect effect on eating pathology in infertile women: avoidant coping style as a mediator. *Reprod Biomed Soc Online*, 3(5): 110–118. doi: 10.1016/j.rbms.2018.03.002.
- 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.
- Roy, S., Greenblatt, R.B., Mahesh, V.B., and Jungck, E.C. (1963). Clomiphene Citrate: Further Observations on its Use in Induction of Ovulation in the Human and on Its Mode of Action. *Fertil Steril*, 14: 575-95.
- S.O. Rutstein, S.I. (2004). Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. DHS Comparative Reports No. 9, World Health Organization, Geneva, Switzerland

- Samani, R.O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B., Mohammadi, M. (2017). Evaluation on Hope and Psychological Symptoms in Infertile Couples Undergoing 89 Assisted Reproduction Treatment. *International Journal of Fertility & Sterility*, 11(2): 123-129.
- Sarkar S, Gupta P. (2016). Socio-demographic correlates of women's infertility and treatment seeking behavior in India. *J Reprod Infertil*, 17:123–32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27141468/>
- Satar DA, Gençdal S. (2013). Sperm Değerlendirmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):532-42.doi: 10.17827/ aktd.29343.
- Sathiyarayanan S, Sundar JS, Madhankumar EK, Praneetha A, Kalaiselvi S, Gopinath PM, ve ark. (2014). A study on significant biochemical changes in the serum of infertile women. *International Journal of Current Research and Academic Review*, 2(2): 96- 115.
- Scheyett, A. (2005). The mark of madness, social work in mental health. *Social Work in Mental Health*, 3(4): 79-97.
- Schmidt, L., Christensen, U., Holstein, B. E. (2005a). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4): 1044-1052
- Schmidt, L.; Holstein, BE; Christensen, U.; Boivin, J. (2005b). Doğurganlık sorunu stresinin belirleyicileri olarak iletişim ve başa çıkma: 12 aylık doğurganlık tedavisinden sonra doğum gerçekleştirmeyen 816 katılımcının kohort çalışması. *20*: 3248–3256.
- Sevim K. (2018): Sosyal çalışma perspektifinden damga ve kadın. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 8(8):469-479.
- Sevim, K. (2020). Sosyal çalışma ve damga. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1): 44-54.
- Sezgin, H., Hocaoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2): 165-184.
- Sis Çelik A, Kırca N. (2018). Primer inferil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2): 104- 114.

- 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. *Hum Reprod*, 22(8): 2309–2317.
- Sormunen, T, Aanesen, A, et al. (2018). Infertility related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility, *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 335- 344.
- Southall K, Tuazon JR, Djokhdem AH, Heuvel EA, Wittich W, Jutai JW. (2017). Assessing the stigma content of urinary incontinence intervention outcome measures. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*; 4:1-13
- St. Hill. P., Lipson, J.G., Meleis, A.I. (2003). *Caring for women cross-culturally*. Philadelphia P.A: F.A.Davis Company.
- Sternke EA, Abrahamson, K. (2015). Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexuality and Disability*, 33(1): 3-17.
- Szamatowicz, M. ve Szamatowicz, J. (2020). Proven and unproven methods for diagnosis and treatment of infertility. *Advances in Medical Sciences*, 65: 93-96.
- Şahin, N.H. (2012). *Aile Planlaması ve İnfertilite*. İçinde: Coşkun A (editör), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul. Koç Üniversitesi Yayınları: 374-380.
- Şahin, G., Göker, E.N.T., Akdoğan, A., Tavmergen, E. (2017). İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sikluslarında Ovulasyon İndüksiyonu. *TJRMS*, 1(1): 36-41.
- Şen, E., Bulut, S., Şirin, A. (2014). Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1): 17-24.
- Şen, S., & Sevil, Ü. (2016). Stigma experiences of infertile women: A qualitative study in Turkey. *JACSD*, 6: 63–82.
- Tabong, P. T. N., & Adongo, P. B. (2013). Infertility and childlessness: A qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1): 72.

- Tashbulatova D. (2007). *İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler* [Tıp Uzmanlık tezi] Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2): 105-110.
- Taşkın, E.O. (2004). Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi*, 12(3): 1-18.
- Taşkın, L. (2011). *Yardımcı Üreme Teknikleri*, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, X. Baskı, sf:547.
- Taşkın, M.İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., Arslan, M. (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2(3): 79-84
- Terzioğlu F. (2001). Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(3):133-141.
- Terzioğlu F. (2016). *İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri*. İçinde: Taşkın L(editör). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi: 559-79.
- Teskereci, G., Oncel, S. (2013). Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6): 476-492.
- Thornicroft, G. (2014). *Toplumun reddettiği: ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık*. (N. Uluhan, T. Doğan, H. Soygür, Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi.
- Topdemir Koçyiğit O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbil Derg*, 1:27–37. <https://dergipark.org.tr/tr/download/articlefile/98105>
- Toscano, M., Toscano, N., Ramsey, P.P., Smidt, R.K. (2001). *Instructor's Solutions Manual [for] Applied Statistics for Engineers and Scientists: Using Microsoft Excel and Minitab* [by] David M. Levine, Patricia P. Ramsey, Robert K. Smidt. Prentice Hall.
- Türk Psikiyatri Derneği. (2020). COVID-19 ve damgalama. <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-Damgalanma COVID.pdf>.

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2022). [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)  
[TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf \(sck.gov.tr\)](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) [Erişim tarihi: 30.04.2022].
- Ünal, S., Kargın, M. and Akyüz, A. (2010). İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler [Factors Affecting Infertile Women Psychologically]. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5):481-486.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Tüp bebek tedavisine başlayan hastalarda psikolojik sıkıntı tahmin edicileri: genel psikolojik özelliklere karşı kısırlığa özgü. *İnsan Üreme*, 25 (6): 1471-1480
- Vindsay, T. J. ve Vitrikas, K. R. (2015). Evaluation and Treatment of Infertility. *American Family Physician*, 91(5): 308-314.
- Wang C, Li J, Wan X, Wang X, Kane RL, Wang K. (2015). Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *Journal of clinical nursing*; 24(7-8): 1112-1121.
- Wasilewski, T., Łukaszewicz-Zajac, M., Wasilewska, J., Mroczko, B. (2020). Biochemistry of infertility. *Clin Chim Acta*, 508:185–190.
- Weiten, W., Hammer, E.Y., Dunn, D.S. (2012). *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu*, Çev. Ed. Ebru İkiz, İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Wilkes, S. and Murdoch, A. (2012). Ovulation induction with clomifene: a primary care perspective. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 38: 48-52.
- World Health Organization. (2010). Mother or nothing the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(12): 877-953.
- Xu F. (2016). *The correlation between stigma and coping modes, stoma-adjustment, quality of life in colorectal cancer patients with permanent stoma*. Hefei: Anhui Medical University
- Yaman, E. ve Güngör, H. (2013). Damgalama (stigma) ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25): 251-270.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4).

- Yassa, M., Arslan, E., Gülbahar, D.S. (2019). Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Med J*, 44(2): 410-41.
- Yazdani, F., Kazemi, A., Fooladi, M.M. ve Samani, H.R.O. (2016). İnfertil İranlı çiftlerde evlilik kalitesi, sosyal destek, sosyal kabul ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiler. *Avrupa Obstetrik & Jinekoloji ve Üreme Biyolojisi Dergisi*, 200: 58-62.
- Yeshua-Katz, D. (2017). Childless in an IVF-nation: Online stigma-coping strategies in support groups for childless israeli women. *Information, Communication & Society*, 21(10): 1436-1452. doi:10.1080/1369118X.2017.1324504
- Yılmaz E, Kavak F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55: 378–382.
- Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *HSP*, 2(1):100-112.
- Yılmaz, T., & Oskay, U.Y. (2016). The copenhagen multi- centre psychosocial infertility (COMPI) fertility problem stress and coping strategy scales: a psychometric validation study in turkish infertile couples. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (2), 452.
- Yılmaz, T., Yazici, S., & Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4): 275-281.
- Yılmaz, B., Şahin, N. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (CBU-SBED)*, 7(1): 84-95.
- 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. doi: 10.1371/journal.pone.0139691.
- Yuan, Y. (2017). *The mediating effects of coping modes between acceptance of disability and quality of life among patients with a permanent colostomy*. Qingdao: Qingdao University.

- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92: 1520-1524.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I.D., Simpson, J.L., van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil Steril*, 108(3): 393-406. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005. Epub 2017 Jul 29. PMID: 28760517.
- 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): 1-7.
- Zorlu, S., & Erbaş, N. (2021) İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları İle Stresle Başa Çıkma Ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2): 95-105.
- Zurlo, M.C.; Cattaneo Della Volta, M.F.; Vallone, F. İnfertiliteye bağlı stres boyutları ve durum-anksiyete arasındaki ilişkilerde başa çıkma stratejilerinin rolünün yeniden incelenmesi: İnfertil çiftlerle yapılan klinik müdahaleler için çıkarımlar. *Ön. Psikol*, 11: 614887.

## EKLER

### Ek 1: Hasta Bilgi Formu

1. Yaşınız.....?
2. Eğitim durumunuz nedir?  
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Diğer
3. Eşinizin eğitim durumu nedir?  
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Diğer
4. Çalışıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
5. Eşiniz çalışıyor mu?  
a) Evet b) Hayır
6. Mesleğiniz nedir?  
a) İşçi b) Memur c) Serbest Meslek d) Ev hanımı
7. Sosyal güvenceniz var mı?  
a) Var b) Yok
8. Gelir durumunuz nasıl?  
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
9. Tedavi masraflarını kim karşılıyor?  
a) Kendisi b) Sosyal güvencesi c) Bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence  
d) Ailesi ve yakınları destek oluyor
10. Yaşadığımız yer?  
a) İl b) İlçe c) Köy
11. Sigara kullanıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
12. Alkol tüketiyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
13. Aile tipiniz nedir?  
a) Çekirdek aile b) Geniş aile

14. Kaç yıldır evlisiniz?  
a) 2 yıldan az b) 3-5 yıl c) 5 yıl ve üzeri
15. Kaç yıldır çocuk sahibi olamıyorsunuz?  
a) 2 yıldan az b) 3-5 yıl c) 5 yıl ve üzeri
16. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?  
a) 2 yıldan az b) 3-5 yıl c) 5 yıl ve üzeri
17. Ailenizde ya da eşinizin ailesinde infertil olan kişiler var mı?  
a) Var b) Yok
18. İnfertilite nedeni kime ait?  
a) Kadın b) Erkek c) Her ikisine de d) Açıklanamayan
19. Gördüğünüz tedaviye yönelik sizi kimler destekliyor?  
a) Eş b) Aile c) Arkadaş d) Komşu
20. Sizce bu destek yeterli mi?  
a) Yok b) Yetersiz c) Yeterli
21. İnfertilite şekli:  
a) Primer infertil(Hiç gebelik yaşamamış) b) Sekonder infertil(Daha önce gebelik yaşamış)
22. Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?  
a) Evet b) Hayır
23. Evet ise en yoğun baskıyı kimden hissettiniz?  
a) Kendimden b) Eşimden c) Kendi ailemden d) Eşimin ailesinden e) Arkadaşlarımdan f) İş yerimden g)Diğer(Açıklayınız).....
24. Çocuğunuzun olmaması eşinizle olan ilişkinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?  
a) Evet b) Hayır
25. Çocuğunuzun olmadığını yakın çevrenizden saklama ihtiyacı duyuyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
26. Çocuğunuzun olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
27. Çocuğunuzun olmaması sosyal ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?  
a) Evet b) Hayır

28. Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)
- a) Anlayışlı
  - b) Tehditkar
  - c) Öfkeli
  - d) Umutsuz
  - e) Tedavi arayışında
  - f) Suçluluk hissi
  - g) Hayal kırıklığı
  - h) Diğer (lütfen belirtiniz).....
29. Çocuğunuz olmadığı için eşiniz sizden ayrılmayı düşünüyor mu?
- a) Evet b) Hayır
30. Çocuğunuz olmadığı için eşiniz başka biriyle evlenmeyi düşünüyor mu?
- a) Evet b) Hayır
31. Eşinizle aranızdaki ilişkiden memnuniyet düzeyiniz nedir?
- a) Çok memnunum b) Biraz memnunum c) Memnun değilim
32. Evlat edinmeyi düşünür müsünüz?
- a) Evet b) Hayır
33. Tedavi özgeçmiş
- a) Daha önce hiç tedavi almamış
  - b) Hormon tedavisi
  - c) Aşılama
  - d) Hormon tedavisi + Aşılama
  - e) Hormon tedavisi + Aşılama + IVF (tüp bebek)
  - f) Diğer .....
34. Şu anda tedavinin hangi aşamasındasınız?
- a) Hormon tedavisi
  - b) Aşılama
  - c) IVF (tüp bebek)
  - d) Diğer .....

35. Tedavi süreci ile ilgili duygularınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Olumlu b) Olumsuz c) Emin değilim

36. İnfertilite tedavisi konusunda herhangi bir bilgi aldınız mı?

- a) Evet (Kimden ..... ) b) Hayır

37. Halen görmekte olduğunuz infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye

sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet 2. Hayır

38. Yumurta bağışısı veya sperm bağışısı düşünür müsünüz?

- a) İstiyorum b) Olabilir c) istemem



## Ek 2 : İnfertilite Damgalanma (Stigma) 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.

Teşekkür ederim.

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

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Özdeğer Kaybı					
1.Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum.					
2.Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3.Kendimi aileme yükümü gibi hissediyorum.					
4.Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum.					

5.Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum.					
6.Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum.					
7.Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
Sosyal Geri Çekilme					
8.Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.					
9.Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.					
10.Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum.					
11.Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum.					
12.Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum.					
Toplumsal Damgalanma					
13.Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.					
14.Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni					

arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.					
15.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.					
16. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.					
17.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.					
18.Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum.					
19.Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum.					
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsediğini hissediyorum.					
21. Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					

Ailesel Damgalanma					
22.Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı mahvetti.					
23.Eşimle ilişkimin bozulacağından endişeleniyorum.					
24. Eşimin benden boşanacağından korkuyorum.					
25.Ailemin beni eskisi kadar önemsemediğini hissediyorum.					
26.Ailem, özellikle kaynanam, sürekli bana sorun yaratmaya çalışıyor.					
27.İnsanlar durumumu öğrenirlerse, yeniden evlenebilme durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.					

### Ek 3: Çocuk Sahibi Olamayan (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.

N O	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	Akrabalarımınla 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					
----	--	--	--	--	--	--

NO	İFADELER  Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
		1	2	3	4	5
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 arkadaşlarımın 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					

NO	İFADELER  Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
		1	2	3	4	5
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-4. Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Protokolü**

Bu araştırma infertilite polikliniği ve tüp bebek merkezine başvuran kadınların damgalanma ve infertilite ile başa çıkmalarını belirlemek amacıyla yapılacaktır. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gizem ERBEKTAŞ tarafından yürütülmektedir. Çalışma bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

Teşekkür ederim.

SORUMLU ARAŞTIRMACI

Gizem ERBEKTAŞ

## Ek 5: İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması Yapan Araştırmacıdan Alınan İzin Yazısı

Ynt: Ölçek izini



AYLA ÇAPIK  
13.11.2019 08:53



Kime: Gizem Erbektaş



İNFERTİLİTE STİGMA ÖLÇEĞİ İZİ...  
25,68 KB

Merhaba Gizem,

Ölçeği tezinde atıfta bulunarak kullanabilirsin. Sana ölçeği ve kullanım ile ilgili bilgileri gönderiyorum. Başarılar...

Dr. Öğretim Üyesi **Ayla ÇAPIK**  
Atatürk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü

**Gönderen:** Gizem Erbektaş

**Gönderildi:** 12 Kasım 2019 Salı 14:38

**Kime:**

**Konu:** Ölçek izini

Merhabalar,

Ben Sabahattin Zaim Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Gizem Erbektaş.

Prof. Dr. Ferda Özbaşaran danışmanlığında yürütülecek olan 'infertil kadınlarda damgalanma ve başa çıkma ilişkileri ' konulu tez çalışmamda Türkiye'de infertil kadınlar için stigma ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

Eğer izniniz olursa, ölçeği benimle paylaşırsanız çok sevinirim.

Sevgiler.

## Ek 6: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması Yapan Araştırmacıdan Alınan İzin Yazısı

Re: Ölçek izini



aysel karaca

13.11.2019 16:40



Kime: Gizem Erbektaş

[Tüm ekleri kaydet](#)



İNFERİLİTE BAŞ ETME ÖLÇEĞİ...  
91,62 KB



infertilite başetme ölçeği...  
25,28 KB

Merhaba,

İnfertil Kadınlar için Başetme Ölçeği, yönergesi, madde cronbach alfa değerlerini ekte gönderiyorum. Ölçek ile ilgili sorularınız için istediğiniz zaman iletişime geçebilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

**Aysel KARACA**

Gizem Erbektaş

, 12 Kas 2019 Sal, 13:35 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar,

Ben Sabahattin Zaim Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Gizem Erbektaş.

Prof. Dr. Ferda Özbaşaran danışmanlığında yürütülecek olan 'infertil kadınlarda damgalanma ve başa çıkma ilişkileri ' konulu tez çalışmamda Türkiye'de infertil kadınlar için başa çıkma ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

Eğer izniniz olursa, ölçeği benimle paylaşırsanız çok sevinirim.

Sevgiler.

## Ek 7: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/12/2019-E.5798



**Sayı** : 20292139-050.01.04  
**Konu** : Etik Kurul Kararları

**Sayın Gizem ERBEKTAŞ**  
Fen Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi

Kurulumuz 30.12.2019 tarihinde toplanarak, "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

**Ek:** Etik Kurul Onay Formu (4 sayfa)

31/12/2019 Raportör

: Zeyneb Funda TEZ

### Mevcut Elektronik İmzalar

**Evrak Doğrulama İzin:** <https://eys.izu.edu.tr/eon/Vision/Doğrulama/KRZ6RC>  
NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanı) - Kurul Başkanı / 31/12/2019 20:04

Adres :Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/İstanbul  
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29  
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr  
Kep : izu@hs01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ  
Unvan : Raportör  
Tel : 2126929606



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. Evrak sorgulaması (VALU)

30.12.2019 tarihli ve 2019/12 sayılı Etik Kurulu kararı ekidir.

 <b>Istanbul Zaim Üniversitesi</b>	<b>İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU</b>																
<b>ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAY FORMU</b>																	
<b>Tarih:</b>	30.12.2019																
<b>Sayı:</b>	2019/12																
<b>Ekler:</b>	EK 1: Başvuru Dilekçesi EK 2: Etik Kurul Başvuru Formu EK 3: Etik Davranış Beyan Formu EK 4: Anket Formları (7 Sayfa)																
<b>Yer:</b>	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü																
<b>İlgi:</b>	Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 27.12.2019 tarihli ve 6949 sayılı yazısı																
<b>Katılımcılar:</b>	<table><tr><td>1. Prof. Dr. Nasuh USLU</td><td>Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı</td></tr><tr><td>2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>4. Prof. Dr. Kadir CANATAN</td><td>Üye/Öğretim Üyesi</td></tr><tr><td>5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU</td><td>Üye/Öğretim Üyesi</td></tr><tr><td>6. Prof. Dr. Ömer ÇAHA</td><td>Üye/Müdür V.</td></tr><tr><td>7. Bilal ŞAMAT</td><td>Üye/Hukuk Müşaviri</td></tr><tr><td>8. Zeynep Funda TEZ</td><td>Raportör</td></tr></table>	1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı	2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.	3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.	4. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi	5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi	6. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.	7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri	8. Zeynep Funda TEZ	Raportör
1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı																
2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.																
3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.																
4. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi																
5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi																
6. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.																
7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri																
8. Zeynep Funda TEZ	Raportör																
Planlanan araştırma önerisi özeti aşağıdaki gibidir.																	
<b>Araştırmanın Niteliği:</b>	Yüksek Lisans Tezi																
<b>Araştırmanın Başlığı:</b>	İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite İle Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi																
<b>Araştırmacılar ve adres bilgisi:</b>	Gizem ERBEKTAŞ, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi, <a href="mailto:gizem.erbektas@gmail.com">gizem.erbektas@gmail.com</a> , 05549076019 Danışman: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, <a href="mailto:ferda.ozbasaran@izu.edu.tr">ferda.ozbasaran@izu.edu.tr</a> , 05052682628																
<b>Araştırmanın Süresi (ay):</b>	7 ay																
<b>Araştırmanın Amacı:</b>	Literatürde infertil kadınlarda damgalanma ile ilgili yapılmış kısıtlı sayıda araştırma olup, infertil kadınlarda damgalanma ve infertilite ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. İnfertilite, insan hayatını tehdit eden bir hastalık olarak görülmesi de çiftleri, aileyi, toplumu etkileyen çok önemli sosyal bir problemdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Dünya sağlık örgütü infertiliteyi; çiftlerin düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 ay veya daha fazla zaman diliminde başarılı bir gebeliğin sağlanamaması durumu olarak tanımlamaktadır. Primer infertilite “daha önce hiç gebeliğin oluşmaması”, sekonder infertilite “daha önce gebelik olduğu halde, yeni bir gebelik oluşmaması” olarak tanımlanır. Dünyadaki çiftlerin ortalama 80 milyonu infertildir ve ortalama (18-45 yaş) %10- 15 çift infertiliteden etkilenmiştir (Zegers ve ark. 2009; WHO, 2012). Kesin veri bulunamamakla beraber Türkiye’deki infertil çiftlerin 1,5-2 milyon olduğu varsayılmaktadır. Bu infertil çiftlerin %55-75’i primer infertil, %25-40’ı sekonder infertildir. Kadınlardaki infertilite oranlarının artma nedenleri; kariyer planları, artmış evlilik yaşı, artmış çocuk doğurma yaşı, yüksek eğitim düzeyi,																

1 / 4

<p>aile planlanmasındaki gelişmeler, gebelik kontrolü, ve gecikmiş doğum sayısı gibi nedenlerdir. (Moghadam ve ark. 2013)</p> <p>İnfertilite nedenleri 4 ana başlık altında şekillenebilir. Kadına ait nedenler(%40), erkeğe ait nedenler(%40), hem kadın hem erkeğe ait nedenler(%10) ve açıklanamayan (nedeni belirlenemeyen) nedenler(%10)(Zegers ve ark. 2009; Moghadam ve ark. 2013 ). İnfertilitenin esas nedeni fiziksel bir sorun olarak karşımıza çıksa da; biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik ve ekonomik yönleri de bulunmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Özçelik ve ark. 2007).</p> <p>Özellikle açıklanamayan infertilitelere, bilinmeyen tedavi süreci, pek çok kez denenen ve olumsuz sonuçlanan aynı zamanda da yüksek maliyetli tedaviler, toplumsal baskı gibi sebepler psikolojik problemlerin infertil bireyler üzerindeki etkisinin daha fazla olduğunun göstergesidir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Ünal ve ark. 2010).</p> <p>Pek çok insan çalışarak, çaba sarfederek istediklerini başarabilir. İnfertil çiftlerde durum daha farklıdır. Çiftler çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendiklerinde kontrolün kendi elinde olmadığını anlarlar ve ümitsizliğe kapılırlar. Bu durum beraberinde çiftlerin birbirini suçlaması ve tedaviye karşı çıkma gibi nedenleri beraberinde getirir(Demirci 2001).</p> <p>Yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olamama her iki bireyi de etkilemektedir. Fakat kadınların erkeklerden “daha fazla stres ve sosyal baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu” görülmektedir (Karlıdere ve ark. 2007; İslimye Taşkın ve ark. 2016). Bu durumun başlıca nedenleri arasında; infertilite nedeni erkeğe ait olsa bile, kadınların psikolojik olarak sıkıntı ve utanç veren çok fazla tıbbi işlemler yaptırması gelmektedir ve toplumsal baskıya kadınlar daha fazla maruz kalmaktadır. Tüm bu sonuçlara dayanarak kadınlar erkeklerle oranla daha fazla stres, yalnızlık ve izolasyon yaşarlar (Demirci 2001; Ünal ve ark. 2010; Sezgin ve Hocaoglu 2014).</p> <p>Bunun yanı sıra yapılan araştırmalar gösteriyor ki; İnfertil kadınlar infertil olmayanlara göre kendini değersiz, yetersiz görme, suçlama ve intihar düşüncesi gibi psikopatolojik belirtiler ortaya koymuştur (Lee SH ve ark 2010; Özkan ve Baysal 2006).</p> <p>Doğurganlık probleminin bulunması ve bu durumun yönetimi bireylerde çeşitli türlerde damgalanma görülmesine sebep olmaktadır (Sternke ve Abrahamson 2015). Örneğin İnfertilite sürecinde maruz kalınan toplumsal baskı kadınlarda sosyal bir damgalanmaya neden olmuştur. Bu duruma ek olarak toplumsal baskı olmasa bile kadınların kendilerini içsel olarak damgalanmış hissettikleri belirlenmiştir (Şen ve Sevil 2016) İnfertilite nedeni kadından kaynaklı ise; çocuk sahibi olamama durumu genellikle üreme ve soyunu devam ettirmede güçlük ve utanç verici bir yetersizlik algısı yaratır. Bu durum ise sosyal damgalanmayı doğurur (Remennick 2000). Bireylerdeki damgalanma karşımıza depresyon, olumsuz ruh hali, özgüven düşüklüğü, kaygı, sosyal izolasyon, düşük kişisel yeterlilik ve stresle başa çıkamamaya neden olma şeklinde çıkmaktadır (Çapık ve ark. 2019) İnfertil kadınlar aileleri ve eşleri tarafından ihmal edilebilmekte, hor görülmekte ve istismar edilebilmektedir (Oladeji ve OlaOlorun 2018).</p> <p>Doğurganlık problemi yaşayan kadınlar infertilite problemlerini genellikle içselleştirmekte ve infertil olduğu vurgulanan ortamlardan kaçınmayı tercih etmektedirler (Donkor ve ark. 2009). Remennick'in(2000) yaptığı çalışmada; infertil kadınların aile hayatı, ebeveyn olma ve bir bebek dünyaya getirme gibi konuları konuşmaktan kaçındıkları ve doğurganlık sorunlarının dile getirilmesinden rahatsız oldukları için doğru veya yalan söyledikleri</p>
---

30.12.2019 tarihli ve 2019/12 sayılı Etik Kurulu kararı ekidir.

	<p>vurgulanmıştır (Remennick 2000).</p> <p>Bu çalışma, infertilite polikliniği ve tüp bebek merkezine başvuran hastaların damgalanma ve infertilite ile başetme yöntemlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.</p> <p>Araştırma soruları,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) İnfertil kadınların damgalanma düzeyleri nasıldır?</li><li>2) İnfertil kadınların başetme düzeyleri nasıldır?</li><li>3) İnfertil kadınların demografik özellikleri damgalanma düzeylerini etkiler mi?</li><li>4) İnfertil kadınların demografik özellikleri başaçıkma düzeylerini etkiler mi?</li><li>5)İnfertil kadınlarda damgalanma başa çıkmayı etkiler mi?</li></ol>
<b>Araştırma Etiği:</b>	<p>Araştırmaya kurum izni alındıktan sonra başlanılacaktır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Araştırmaya kurum izni alındıktan sonra başlanılacaktır. Çalışmanın bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçladığı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, çalışmanın sonuçlarının katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, cevapların tamamen gizli tutulacağı, çalışmaya katılanların kimliklerini açık edici davranışlardan kaçınılacağı ve çalışmaya katılanların katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman katılımlarını sona erdirebilecekleri bilgileri uygulanacak anketlerin başında yer almaktadır</p>
<b>Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları):</b>	<p>1-Hasta Bilgi Formu (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.)</p> <p>2-İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği (Karaca, A., Ünsal, G., Asik, E., Keser, I., Ankarali, H., &amp; Merih, Y. D. (2018). Development and assessment of a coping scale for infertile women in Turkey. <i>African journal of reproductive health</i>, 22(3), 13-23. )</p> <p>3-İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (Çapık, A., Aksoy, M., Yılmaz, E. ve Yılmaz, F. (2019). İnfertilite Damgalama Ölçeği: Türkçe örnekleme psikometrik bir çalışma. <i>Psikiyatrik bakımda perspektifler</i> , 55 (2), 328-335.)</p>
<b>Araştırmaya Katılacak Örneklem Sayısı, Örneklem Nereden ve Nasıl Seçileceği:</b>	<p>Araştırma örneklemini Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi İnfertilite polikliniği ve tüp bebek merkezine başvuran 300 hasta oluşturacaktır. Örneklem 18 yaş ve üzerinde olan, primer infertil, veri toplama araçlarını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olan, okuma- yazma bilen, iletişim problemi olmayan (işitme, dil, anlama vb.), çalışmaya katılmaya gönüllü, psikiyatrik tanı almamış olan kişiler dahil edilecektir.</p>
<b>Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi</b>	<p>Kullanılacak formların yaklaşık 15-20 dakikada doldurmaları düşünülmektedir.</p>
<b>KARAR</b>	<b>ARAŞTIRMA İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.</b>

**Tarih:** 30/12/2019

**Sayı:** 2019/12

**İlgi:** Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 27.12.2019 tarihli ve 6949 sayılı yazısı

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

30.12.2019 tarihli ve 2019/12 sayılı Etik Kurulu kararı ektir.

**Başkan**  
Prof. Dr. Nasuh USLU

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ

**Üye**  
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ

Prof. Dr. Kadir CANATAN

Prof. Dr. Yahya Kemal YÖĞÜRTÇÜ

Prof. Dr. Omer ÇAHA

Av. Bilal ŞAMAT

**Ek.8: T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kurum Onayı**



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
ve TESCİL BİRİMİ  
21/04/2021 20.10 - E-15916306 - 604.01.01 - 3370  
00139046479

Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Gizem ERBEKTAŞ'ın Yüksek  
Lisans Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 19/04/2021 tarihli ve 96317027-604.01.01-01-8440 sayılı yazı.

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire kadrosunda görev yapmakta olup; aynı zamanda Sabahattin Zaim Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan **Gizem ERBEKTAŞ'ın "İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezinin saha çalışmasını, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde yapma talebine istinaden; Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **07.02.2021** tarih ve **2021/05** sayılı kararında hastaneniz tarafından değerlendirilmesi kararı alınmış idi.

Bahse konu çalışma talebi Hastanenizin ilgi sayılı "uygun" görüşlü yazısına istinaden tarafımızca onaylanmıştır. Bu kapsamda, çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun Başhekimliğinizce sağlanması ve araştırma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

Dağıtım:  
Gereği:  
T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam Ve  
Sakura Şehir Hastanesi

Bilgi:  
T.C. Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan  
Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 3623297f-2615-47fc-b1b3-dab093f0df1e Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sk. No:8 / 1 Yenimahalle / Bakırköy

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Telefon: Faks No:

SÜREKLİ İŞÇİ

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: [www.istanbulsaglik.gov.tr](http://www.istanbulsaglik.gov.tr)

Telefon No: (0 212) 638 33 99



# ÖZGEÇMİŞ

## A. EĞİTİM

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezun Olduğu Yıl
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	Eylül, 2022
<b>Lisans</b>	Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2016
<b>Lise</b>	Mustafa Kemal Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2012

### Yüksek Lisans Tezi:

“İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi [*An examination Stigma in Infertile Women and on Methods of Coping with Infertility*]”

### Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

## B. MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Ay/Yıl
Hemşire: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	Ankara Şehir Hastanesi	03.2022- Halen devam ediyor.
Hemşire: Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10.2017- 02.2022
Mesleki Uygulama Öğretmeni	Özel Üstek Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi:	2016- 2017

## C. PROJELER

Gebelikte İnternet Yoluyla Karar Alma Ölçeği'nin Geliştirilmesi (5th International Contemporary Educational Research Congress (*Uluslararası katılımlı*) *Sözel Bildiri Sunumu*) – Temmuz 2019

Gebelerin İnternet Yoluyla Karar Almalarını Etkileyen Faktörler (1. *Uluslararası* ve 2. *Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Sözel Bildiri Sunumu*) – 2016

## D. YAYINLAR

Koyun A., Erbektaş G. (2018). Gebelikte internet yoluyla karar alma ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası hakemli kadın hastalıkları ve anne çocuk sağlığı dergisi*, 12, 25-38.

Koyun, A., & Erbektaş, G. (2016). "The Factors that Affect the Decision-Making of Pregnants via Internet." *Clinical and Experimental Medical Sciences*, Vol. 5, 2017, no. 1, 1 – 8.

Cerrahi hemşirelerin ameliyat öncesi dönem hasta bakımına ilişkin bilgi düzeyleri (14. *Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Poster Bildiri*) – 2015

## **E. KATILDIĞI KONGRE/ SEMPOZYUM / EĞİTİM/ KURSLAR**

Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Kursu- Nisan 2022

4. Temel Yoğun Bakım Hemşireliği E-Kursu – Şubat 2022

1.Uluslararası 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi – Ekim 2021

İnfertilite Hemşireliği Kursu – Kasım 2019

T.C Zeynep Kâmil Jinekoloji-Patoloji Kongresi – Haziran 2019

Araştırma ve Sistemik Derleme Makalesi Yazma Kursu - Şubat 2018

4. Palyatif Sağlık Bakım Hizmetleri Sempozyumu – Ekim 2016

1. Uluslararası ve 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi – Ekim 2016

1.Ebelik ve Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu – Mayıs 2016

15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Uluslararası katılımlı) – Nisan 2016

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet– Mayıs 2015

14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi – Nisan 2015

## **F. SERTİFİKALAR**

Eğitim Hemşireliği Eğitimi Sertifika Programı (*Haziran 2019*)