



**T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNFERİL KADINLARDA STİGMA ALGISİNİN  
EMOSYONEL SORUNLARA ETKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Dilek BİNGÖL**

**Çorum 2021**



# **İNFERTİL KADINLARDA STİGMA ALGISİNİN EMOSYONEL SORUNLARA ETKİSİ**

**Dilek BİNGÖL**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN**

**Çorum 2021**

## KABUL VE ONAY

HİTÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 180310009 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Dilek BİNGÖL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

**Savunma Tarihi : 05.07.2021**

**Tez Danışmanı:** **Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN** .....

Hitit Üniversitesi

İmza

**Jüri Üyesi:** **Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU** .....

Yozgat Bozok Üniversitesi

İmza

**Jüri Üyesi:** **Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel KOÇAK** .....

Hitit Üniversitesi

İmza

## ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

**İmza**

**05.07.2021**  
**Dilek BİNGÖL**

## ÖN SÖZ

Çalışmam süresi boyunca; emeğini hiç esirgemeyen, birlikte çalışırken göstericiliği ve samimiyetiyle yanımda hep kocaman bir destek olarak hissettiğim, bu yolculuğa çıkmamdaki en büyük güç ve ışık kaynağım olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN'a,

Lisansüstü eğitim döneminde eğitim hayatıma ve kariyerime yönelik tüm katkı ve danışmanlıkları için önemli katkılarından dolayı değerli jüri üyelerim Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU ve Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel KOÇAK'a,

Çalışmam sırasında bana her zaman destek olan, varlığı ile güç aldığım yol arkadaşım, değerli dostum Arş. Gör. Ahu Pınar TURAN'a ve tez aşamamda, verilerin değerlendirilmesi sürecinde desteklerinden dolayı sevgili hocam Arş. Gör. Ebru TURGAL'a,

Ardıma dönüp baktığımda bu yolculukta bana cesaret veren, her daim yanımda olan, desteklerini esirgemeyen sevgili ailem ve dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYANNAMESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖN SÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR VE SEMBOLLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÇİZELGELER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>x</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Çalışmanın Amacı .....	4
1.2 Problemler .....	4
1.3 Hipotezler .....	4
1.4 Sınırlılıklar .....	4
1.5 Sayıtlar .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1 İnfertilitenin Tanımı .....	6
2.2 İnfertilitenin Epidemiyolojisi .....	7
2.3 İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler .....	8
2.4 İnfertilitenin Etiyolojisi .....	10
2.4.1 Kadın ve erkek kaynaklı infertilite.....	11
2.4.2 Açıklanamayan (İdiyopatik) infertilite.....	11
2.5 İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi .....	11
2.5.1 Erkek infertilitesinin değerlendirilmesi.....	12
2.5.2 Kadın infertilitesinin değerlendirilmesi .....	13
2.6 İnfertilitenin Tedavisi/Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) .....	15
2.6.1 İntrauterin inseminasyon (IUI).....	16
2.6.2 İn-vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET) .....	17
2.6.3 Gamet intrafallopian transfer (GIFT).....	18
2.6.4 İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (mikromanipulasyon) (ICSI).....	18
2.7 İnfertil Kadınlarda Sık Karşılaşılan Emosyonel ve Cinsel Sorunlar.....	18
2.7.1 Stres.....	20
2.7.2 Anksiyete .....	21
2.7.3 Depresyon .....	22
2.7.4 Umutsuzluk .....	22
2.7.5 Cinsel sorunlar .....	23
2.8 İnfertil Kadınlarda Stigma (Damgalanma) ve Emosyonel Sorunlara Etkisi ...	24
2.8.1 İnfertil kadınlarda stigma (damgalanma) .....	24
2.8.2 İnfertil kadınlarda stigmanın emosyonel sorunlara etkisi .....	25
2.9 İnfertil Kadınlarda Emosyonel Sorunlara Yönelik Temel Hemşirelik Yaklaşımı .....	26
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	<b>31</b>
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.4 Veri Toplama Araçları .....	33
3.4.1 Kişisel Bilgi Formu (KBF) .....	33
3.4.2 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (İDÖ).....	34
3.4.3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	34
3.4.4 Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ) .....	35
3.5 Veri Toplama Yöntemi .....	36
3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	36
3.7 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri .....	36
3.8 Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri .....	37
3.9 Çalışma Takvim Çizelgesi .....	37
3.10 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	37
3.11 Araştırmanın Etik İlkeleri .....	38
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>75</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>78</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>88</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>101</b>



## KISALTMALAR VE SEMBOLLER

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACOG:** Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji

**AMH:** Anti Müllerien Hormon

**ASRM:** Amerikan Üreme Tıbbı Derneği

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CİB:** Cinsel İşlev Bozukluğu

**DM:** Diabetes Mellitus

**DSAÖ:** Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**E2:** Östrodiol

**ESHRE:** Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği

**ET:** Embriyo Transferi

**FSH:** Folikül Stimulan Hormon

**GIFT:** Gamet Intra Fallopian Transfer

**hCG:** Human Chorionic Hormon

**HSG:** Histerosalpingografi

**HT:** Hipertansiyon

**ICSI:** İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

**IUI:** İntra Uterin İnseminasyon

**IVF:** In Vitro Fertilizasyon

**İDÖ:** İnfertilite Damgalanma Ölçeği

**KBF:** Kişisel Bilgi Formu

**LH:** Luteinizan Hormon

**MESA:** Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu

**PZD:** Parsiyel Zona Diseksiyonu

**RCN:** Kraliyet Hemşirelik Koleji

**SUZİ:** Subzonal Sperm Enjeksiyonu

**TESA:** Testiküler Sperm Aspirasyonu

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**USG:** Ultrasonografi

**ÜYTM:** Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi

**YÜT:** Yardımcı Üreme Teknikleri

**1-β:** Testin Gücü

**α:** Anlam Düzeyi

**k:** Ölçekteki Madde Sayısı

**$\rho_k$ :**  $H_0$  Hipotezi ile Belirlenen Cronbach Alfa Katsayısı

**$\tilde{\rho}_k$ :**  $H_1$  Hipotezi ile Belirlenen Cronbach Alfa Katsayısı

**r:** Spearman Rho Korelasyon Analizi

## ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Çizelge 2.1:</b> Kadın ve erkek kaynaklı infertilite nedenleri.....	11
<b>Çizelge 2.2:</b> İnfertilite krizinde çiftlerin gösterdiği emosyonel tepkiler.....	19
<b>Çizelge 2.3:</b> Stigma (damgalanma) ile ilgili kavramlar.....	24
<b>Çizelge 3.1:</b> Çalışma takvimi.....	37
<b>Çizelge4.1:</b> İnfertil çiftlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı.....	40
<b>Çizelge 4.2:</b> İnfertil kadınların evlilik öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı.....	41
<b>Çizelge 4.3:</b> İnfertil kadınların infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı.....	42
<b>Çizelge 4.4:</b> İnfertil kadınların İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı.....	43
<b>Çizelge 4.5:</b> İnfertil kadınların BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı.....	43
<b>Çizelge 4.6:</b> İnfertil kadınların BDÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı.....	43
<b>Çizelge 4.7:</b> İnfertil kadınların DAÖ ve SAÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı.....	44
<b>Çizelge 4.8:</b> İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları.....	44
<b>Çizelge 4.9:</b> İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları.....	47
<b>Çizelge4.10:</b> İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı.....	50
<b>Çizelge 4.11:</b> İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları.....	53
<b>Çizelge 4.12:</b> İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları.....	55
<b>Çizelge 4.13:</b> İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları.....	58
<b>Çizelge 4.14:</b> İDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımı .....	60

# İNFERİTİL KADINLARDA STİGMA ALGISININ EMOSYONEL SORUNLARA ETKİSİ

## ÖZET

BİNGÖL, Dilek. İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2021.

Bu çalışma infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma, Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (ÜYTM)'nde, Ekim 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 120 primer infertil kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu (KBF)", "İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)", "Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)", "Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)" uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, T, Kruskal Wallis ve Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda, İDÖ ölçeği puan ortalamasına göre infertil kadınların orta düzeyde damgalanma ( $47,34 \pm 21,91$ ) hissettikleri belirlenmiştir. İnfertil kadınların İDÖ alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde ise toplumsal damgalanma ( $14,78 \pm 8,24$ ) ve sosyal geri çekilme ( $13,28 \pm 5,84$ ) alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların %67,5'inin minimal depresyon, %56,7'sinin orta derecede durumluk anksiyete ve %71,7'sinin orta derecede sürekli anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. İnfertil kadınların İDÖ toplam puan ortalaması ve İDÖ alt boyut puan ortalamaları ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Sonuç olarak, çalışmamızda infertil kadınlarda stigma algısı ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin güçlü derecede pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** İnfertil kadın, stigma algısı, depresyon, anksiyete

# THE EFFECT OF STIGMA PERCEPTION ON EMOTIONAL PROBLEMS IN INFERTILE WOMEN

## SUMMARY

BİNGÖL, Dilek. The Effect of Stigma Perception on Emotional Problems in Infertile Women, (Master Thesis), Çorum, 2021.

This study was conducted in a descriptive cross-sectional type in order to determine the effect of stigma perception on emotional problems in infertile women. The research consisted of 120 primary infertile women selected by random sampling method, one of the improbable sampling methods, between October 2019 and December 2019 at Çorum Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital Assisted Reproductive Therapy Center (ARTC). "Personal Information Form (PIF)", "Infertility Stigma Scale (ISS)", "Beck Depression Scale (BDI)" and "State and Trait Anxiety Scale (SCAS)" was applied. In the evaluation of the data, Mann Whitney U, T, Kruskal Wallis and Spearman's rho correlation test was used.

In our study, it was determined that infertile women felt moderately stigmatized ( $47,34 \pm 21,91$ ) according to the mean score of the ISS scale. When the distribution of infertile women's sub-dimension mean scores was analysed, it was found that the mean scores of social stigma ( $14,78 \pm 8,24$ ) and social withdrawal ( $13,28 \pm 5,84$ ) sub-dimensions were higher. It was determined that 67,5% of the women experienced minimal depression, 56,7% moderate state anxiety and 71,7% moderate trait anxiety. The difference between infertile women's ISS total score and ISS sub-dimension means scores and BDI, SAI and TAI scores was found to be statistically significant ( $p < 0,05$ ).

In conclusion, in our study it was found that the relationship between the perception of stigma in infertile women and the mean scores of BDI, SAI, and TAI were strongly positive ( $p < 0,05$ ).

**Key Words:** Infertile woman, stigma perception, depression, anxiety

## 1. GİRİŞ

İnfertilite, en az bir yıllık süre boyunca çiftin korunmasız ve düzenli (haftada 2-3 kez) cinsel ilişki varlığına rağmen gebeliğin oluşmaması şeklinde tanımlanmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2015; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014, Taşkın, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2017), infertilitenin üreme çağındaki (15-49 yaş) çiftlerde görülme sıklığını %15 olarak bildirilirken, yaklaşık olarak 50-80 milyon çiftin bu durumdan etkilendiği tahmin edilmektedir (Bodur, Çoşar ve Erdem, 2013; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Ülkemizde ise infertilite sıklığının %10-20 arasında olduğu, tahminen 1,5-2 milyon çiftin bu sorunla karşılaştığı bildirilmektedir. Kadınların yüksek eğitim düzeyi, kariyer planları, artmış evlilik ve çocuk doğurma yaşı, gebelik kontrolü, gecikmiş doğum sayısı ve aile planlanmasındaki gelişmeler gibi nedenlerden dolayı infertilite oranlarının giderek arttığı da belirtilmektedir (Hotun-Şahin ve Bilgiç, 2015; Karaca ve Ünsal, 2015; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Taşkın, Usta, Cüce, Adalı ve Arslan, 2016; Tural ve Çelik, 2018). İnfertilitenin nedenleri çoğu zaman belirsiz olsada yaklaşık olarak %40'ını kadın faktörü, %40'ını erkek faktörü ve %20'sini ise açıklanamayan olgular oluşturmaktadır (Beji, 2015; Taşkın ve diğ. 2016).

İnfertilite, çiftlerin yaşam kalitesinde belirgin düzeyde bir azalmaya sebep olduğu için psikososyal sorunlara yol açabilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Çiftlerin ruh sağlığını, evlilik ilişkilerini, sosyal yaşamlarını, cinsel yaşamlarını, benlik saygılarını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yönde etkileyen tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları da beraberinde getiren karmaşık bir kriz dönemidir (Koçak ve Duman, 2016; Seymenler ve Siyez, 2018; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Zeren ve Gürsoy, 2019). Sosyolojik açıdan bakıldığında, toplumların çocuğun doğumuna yönelik büyük bir değer atfettiği bilinmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). Çocuk sahibi olmak, neredeyse her toplumda evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından, çiftler için de çocuk sahibi olmak psikolojik, biyolojik, kültürel ve sosyal bir gereksinim olarak görülmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Konuyla ilgili çalışmalar, infertil çiftlerin kendilerine infertiliteyi ve çocuk sahibi olmamayı hatırlattığı için aile buluşmaları ve ritüellerinde stres yaşadıklarından dolayı kendilerini izole ettikleri,

sosyalleşmekten kaçındıklarını göstermektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). Çocuksuzluk çoğunlukla soyunu ve üremeyi devam ettirme rolünü yerine getirmede utanç verici bir yetersizlik olarak algılanarak sosyal bir damgalanma yaratmaktadır (Şen ve Sevil, 2016). Çocuk sahibi olamama çiftlerin her ikisini etkilemekle birlikte, infertilite nedeni erkek kaynaklı olsa bile kadınların erkeklerden daha fazla sorumluluk ve suçluluk duygusu yüklenip, karmaşık girişimsel tanı-tedavi yöntemlerine, toplumsal baskı ve damgalanmayla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Tural ve Çelik, 2018). Damgalanma, toplumda yabancılaşmış ve izole edilmiş, hakaret edilen ve anlaşılmayan, başkalarının davranışları hakkında olumsuz algılara sahip olan kısır bir kadın olarak tanımlanmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2015; Koçyiğit, 2012). Toplumların infertil kadınlar üzerindeki bu olumsuz tutum ve ön yargıları geçmişte olduğu gibi günümüzde de damgalayıcı ve cezalandırıcı bir faktör olmaktadır (Uğur, 2014; Uyar, 2015). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, infertil kadınların eksik, anormal ve işe yaramaz olarak tanımlandığını, istismar edildiğini, aynı zamanda aşağılanmış, hakaret edilmiş, uğursuz ve erkek olarak nitelendirildiğini göstermiştir (Moghadam, Salsali, Ardabily, Vaismoradi ve Ramezanzadeh, 2013; Oladeji ve OlaOlorun, 2018; Tabong ve Adongo, 2013). Türk toplumu gibi geleneksel toplumlarda da annelik, hala kadının statüsünün merkezi olarak görüldüğü için çocuğu olmayan kadınlar yetersiz, işe yaramaz olarak görülmekte ve kısır oldukları için sık sık suçlanmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2015; Koçyiğit, 2012; Yılmaz ve Kavak, 2019). Konu ile ilgili çalışmalar, Türk kültüründe hamilelik ve ebeveynliğin diğer batı kültürlerinden daha önemli yere sahip olduğunu, ayrıca bu konudaki yetersizlik bu kültürlerde yaşayan kadınların olumsuz benlik algısı, damgalanma, tecrit edilme ve aşağılanma, sosyal yabancılaşma ve anlaşılmasına sebep olduğunu göstermektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018; Ergin ve diğ. 2018; Karaca ve Ünsal, 2015; Koçyiğit, 2012; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Şen ve Sevil, 2016). İnfertilite tedavisi alan 90 kadın ile yapılan bir çalışmada, olguların %51,1'inin çocuk sahibi olamamanın kendi üzerlerinde baskı hissi yarattığını ve hissedilen bu baskı kaynağının %23,3'ü kendilerinden kaynaklı, %10'unun ise eşinin ailesinden kaynaklı olduğu bildirilmiştir (Uğur, 2014). 118 primer infertil kadınlar ile yapılan başka bir nitel çalışmada, çocuk sahibi olamayan infertil kadınların, sosyal baskı ve damgalanma gibi psikososyal sorunlarla daha sık karşılaştıkları saptanmıştır (Karaca ve Ünsal, 2015).

Literatür incelendiğinde, çiftlerin bir ebeveyn olarak temel sosyal rollerinden birini oynayamamasından dolayı infertilite sosyal bir sorun olmakta ve toplumun bu gibi olumsuz tutum ve ön yargıların infertil çiftler üzerinde emosyonel sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Ergin ve diğ. 2018; Karaca ve Ünsal, 2015; Koçak ve Duman, 2016; Seymenler ve Siyez, 2018; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Zeren ve Gürsoy, 2019). Yaşanan bu emosyonel sorunların infertiliteye neden olmakla birlikte bazende sonucu olarak birbirini etkileyen bir kısır döngü olduğu görülmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Tural ve Çelik, 2018). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda infertil çiftlerin başta stres, kaygı bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon olmak üzere umutsuzluk, yalnızlık, sosyal izolasyon, evlilik uyum sorunları ile cinsel işlev bozukluğu gibi birçok psikolojik ve sosyal problemler yaşadıkları bildirilmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018; Anokye, Acheampong, Mprah, Ope ve Barivure, 2017; Asadi ve Hüssein, 2015; Duman ve Koçak, 2016; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Maroufizadeh, Karimi, Vesali ve Omani Samani 2015; Namdar, Naghizadeh, Zamani, Yaghmaei ve Sameni, 2017; Taşkın ve diğ. 2016). Literatür incelendiğinde, dünyada ve Türkiye’de yapılan birçok farklı çalışma sonuçlarında, cinsiyet ile infertiliteden etkilenmenin araştırıldığı çalışmalarda, kadınların erkeklere göre daha fazla stres ve sosyal baskı hissettikleri, bunun sonucunda anksiyete ve depresyon görülme oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Kaplan, 2018; Omani-Samani, Maroufizadeh, Almasi-Hashiani ve Amini, 2018; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Tural ve Çelik, 2018; Yazdi, Sharbaf, Kareshki ve Amirian, 2020). İnfertilite tedavisi alan çiftler ile yapılan bir çalışmada, kadınların eşlerine oranla benlik saygılarının daha düşük olduğu, ayrıca anksiyete ve depresyon sorununu daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir (El Kissi ve diğ. 2013). Omani-Samani ve diğ. (2018) infertil kadınların erkeklerden 2,71 kat daha fazla depresyondan sorunu yaşadığını bildirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada, infertil kadınların %58'inin orta şiddetli, %70'inin ise çeşitli düzeylerde anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Yusuf, 2016).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde infertilitenin psikososyal yönüne yönelik pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Ancak özellikle ülkemiz gibi geleneksel toplumlarda infertil kadınlarda stigmanın emosyonel sorunlara etkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Ergin ve diğ. 2018; Kaya ve Oskay, 2019; Şen ve Sevil, 2016; Yılmaz ve Kavak, 2019). Bu durum çalışmamızın planlanmasında belirleyici unsur oluşturmuştur.



## **1.1 Çalışmanın Amacı**

Bu araştırma infertilite nedeniyle Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (ÜYTM)'ne başvuran infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin tespit edilmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yürütülmüştür.

## **1.2 Problemler**

İnfertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin olabileceği düşüncesinden yola çıkarak araştırmada cevapları aranan sorular;

1. İnfertil kadınların yaşadıkları stigma (damgalanma) düzeyi nedir?
2. İnfertil kadınların yaşadıkları emosyonel sorunların düzeyi nedir?
3. Bireysel faktörler infertil kadınlarda stigma algısı ve emosyonel sorunların düzeyini etkiler mi?
4. Obstetrik özellikler infertil kadınlarda stigma algısı ve emosyonel sorunların düzeyini etkiler mi?
5. İnfertil kadınların yaşadıkları stigma algısı emosyonel sorunlar ile ilişkili midir?

## **1.3 Hipotezler**

1. İnfertilite kadınlarda stigma algısı yaratabilir.
2. İnfertilite kadınlarda emosyonel sorunlara neden olabilir.
3. İnfertil kadınlarda stigma algısı emosyonel sorunları arttırıcı yönde etkisi olabilir.

## **1.4 Sınırlılıklar**

1. Ekim 2019–Aralık 2019 tarihleri arasında Çorum il merkezinde yaşayan ve Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM'ye başvuran,
  - Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
  - 18 yaş üzeri olan,
  - Hiç çocuk sahibi olmayan,

- İnfertilite tedavisi öncesinde psikiyatrik, kronik ve sistemik bir hastalık öyküsü olmayan (Depresyon, Anksiyete, Diabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), Kalp Hastalıkları, Kanser vb.),
  - İnfertilite tanısı alan 120 primer infertil kadın ile sınırlıdır.
2. Araştırma kapsamında değerlendirilen stigma algısı ve emosyonel sorunlara ilişkin veriler İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
  3. Araştırma kapsamında elde edilen veriler katılımcıların yöneltilen sorulara verdiği cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.

## **1.5 Sayıtlar**

1. Araştırmamızda veri toplamada uygulanacak anketlerle gönüllü katılımcı olan infertil kadınların içten ve doğru şekilde yanıtlayacakları varsayılmaktadır.
2. Literatür taranarak oluşturulan anket formundaki sosyodemografik sorular ve kullanılacak ölçekler ile infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisini ortaya çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 İnfertilitenin Tanımı

Üreme sağlığı, üreme sisteminin yapı ve fonksiyonlarına ilişkin sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bütünüyle fiziksel, mental ve sosyal tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle infertilite, tanı ve tedavisinin dikkate değer bir şekilde ele alınması ve araştırılması gereken bir hastalık süreci olarak kabul edilmektedir (Amanak, Karaöz ve Sevil, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), infertiliteyi dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olarak görürken fertilitiyi de üreme sağlığının kilit noktası olarak kabul etmektedir (DSÖ, 2019). İnfertilite, doğurganlık çağındaki (15-49 yaş arası) çocuk sahibi olmak isteyen çiftin en az bir yıllık süre içerisinde düzenli (haftada 2-3 kez) ve korumasız koitus varlığına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2015; Kavlak, 2015; Taşkın, 2016). Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM, 2015)'ne göre, infertiliteyi 35 yaş ve altı kadınlar için bir yıl veya daha uzun süre kontraseptif önlem olmadan düzenli cinsel ilişki yaşanmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmediği bir hastalık olarak tanımlarken, 35 yaş ve üstü kadınlar için ise kontrasepsiyon olmaksızın 6 ay sonunda gebeliğin oluşmaması halinde tıbbi öykü ve muayene sonuçlarına göre infertilite tanısının konulması gerektiğini belirtmektedir. İnfertilite problemi bulunmayan bir çiftte korunmasız cinsel ilişki varlığında gebelik oluşma olasılıklarına bakıldığında ise bir ay içinde %20-30, üç ay içinde %50, altı ay içinde %75, 12 ay içinde %85 olup bu olasılığın iki yıl içinde %90'a kadar yükseldiği bildirilmektedir (Sezgin ve Hocoğlu, 2014; Taşkın, 2016 s. 559; Zhou ve diğ. 2017).

Primer infertilite: En az bir yıl süreyle doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişki varlığına rağmen geçmişte gebeliğin hiç elde edilememesidir (Demirci ve Potur, 2017 s.13,14; Sezgin ve Hocoğlu, 2014; Taşkın, 2016 s. 559).

Sekonder İnfertilite: Çiftin öncesinde canlı veya cansız doğumla sonuçlanmış en az bir gebelik öyküsü bulunan, ancak son bir yıl içinde kontraseptif önlem almaksızın düzenli ilişki varlığına rağmen gebeliğin tekrar gerçekleşmemesidir

(Demirci ve Potur, 2017 s.13,14; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Taşkın, 2016 s. 559). Ayrıca dñnya genelinde en yaygın gñrñlen kadın infertilitesi olarak bildirilmektedir (Vander- Borght ve Wyns, 2018).

**Fertilite:** Bir yıldan daha kısa süre içinde gebeliğin oluşması ve canlı doğumla sonuçlanması olarak tanımlanır.

**Subfertilite:** Çiftlerden birinin ya da her ikisinin fertilite sorununa bağlı olarak çocuk sahibi olamamalarıdır.

**Fekundabilite:** Menstrñel siklus dñngñsñnñn bir periyodunda gebelik oluşma olasılığıdır (Kavlak, 2015; Vander- Borght ve Wyns, 2018).

**Volunter infertilite:** Çiftlerin kendi isteklerine bağlı olarak çocuk sahibi olmama (istemli infertilite) durumudur.

**Rñlatif İnfertilite:** Çiftlerin çeşitli nedenlerle dñzenli ilişki yaşayamaması sonucu gelişen infertilitedir.

**Sterilite:** Erkeklerde testislerin, kadınlarda rahim veya yumurtalıklardan en az birinin bulunmaması halinde geri dñnñřñ olmayan infertilitedir (Hotun-şahin ve Bilgiç, 2015).

## **2.2 İnfertilitenin Epidemiyolojisi**

Gñnñmñzde ilk evlenme yaşının artmasıyla birlikte infertilite tñm dñnyada yaygın bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Duman ve Koçak, 2016). Dñnya Sağlık Örgñtñ (2017) tarafından, ùreme çağındaki çiftlerin %15'inin infertiliteden etkilendiği bildirilmektedir. İnfertilitenin gelişmiş ùlkelerde 12 aylık prevalansı %3,5-16,7 arasında olup, bu oranın daha az gelişmiş ùlkelerde %6,9-9,3 arasında değiştiği belirtilmektedir. Dñnya ùzerinde 72 milyon infertil kadın olduğu ve infertilite tedavisine bu kadınların sadece 40,5 milyonu başvurmaktadır (Yassa, 2016). İnfertilite prevalansının Amerika'da %15, Japonya'da ise %14 olduğu bildirilmektedir (Oltuluoğlu, Gñnay ve Aylaz, 2014). Ulusal sağlık araştırmalarının sistematik analiz sonuçlarına gñre, 2010 yılında dñnya genelinde kadınların %2'sinde primer infertilite, %10,5'inde ise sekonder infertilite gñrñldñđñ belirtilmiştir (Hodin, 2017). İnfertilite prevalansı ve sebepleri bñlgeden bñlgeye değişebilen bir sorundur. Konuyla ilgili yapılımiş bir dñnya doğurganlık araştırmasına gñre 40-49 yaş grubundaki çocuğu

olmayan kadınların oranı, Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2), ve Suriye (%2,9)'de en düşüktür. Ancak özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda (Örn: Zaire'de, Mbalo'da 45-49 yaş grubundaki kadınların %65'i) infertilite oranlarının çok daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Ülkemizde ise infertilite prevalansının %10-20 arasında olduğu ve yaklaşık olarak 1,5-2 milyon kişinin bu sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Amanak ve diğ. 2014; Karaca ve Ünsal, 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) veri sonuçlarına göre; doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınlarda infertilite oranı %4 iken en az bir doğum yapmış kadınlarda infertilite oranı 2013 yılında %11,2; 2018 yılında %12 olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle dünyada ortalama her 10 kadından birinin, Türkiye'de ise her 6 kadından birinin bu sorunla karşılaştığı söylenebilmektedir (Zeren ve Gürsoy, 2019).

### **2.3 İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler**

Fertiliteyi olumsuz etkileyen temel faktörler arasında cinsel ilişki sıklığı (haftada en az dört kez cinsel ilişki), çiftlerin yaşı ve doğru zamanlama yer almaktadır. Kadın ve erkekte üremeyi etkileyen diğer faktörler; bireylerin kilosu, kullanılan ilaçlar, alkol, sigara, kafein ve uyuşturucu kullanımı, psikolojik sorunlar, kimyasallar, maruz kalınan toksinler, radyasyon, geçirilmiş pelvik ameliyatlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak sıralanmaktadır (Kavlak, 2015; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

#### **2.3.1 Zamanlama ve cinsel ilişki sıklığı**

Ovulasyon dönemindeki üç günde gebelik şansı oldukça yüksektir. Gebelik oluşması için haftada en az dört kez düzenli cinsel ilişki önerilmektedir (Kavlak, 2015; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Spermatozoidler 7 gün canlı kalabildiği için, 2-3 gün aralıklı yapılan cinsel ilişkide doğal konsepsiyonun şansı en yüksek düzeyde olduğu söylenmektedir (Dinçer, Şanlı ve Beji, 2015).

#### **2.3.2 Yaş**

Fertilite açısından kadının yaşı önemli bir değişken olup, yaş arttıkça fertilite yeteneğinin azaldığı bilinmektedir (Amanak ve diğ. 2014; Bose ve Roy, 2017; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2015) tarafından ülkemizde en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubu aralığında olduğu belirtilmiştir.

Doğurganlığın kadın ve erkekte en yüksek olduğu dönem 24-25 yaş aralığı olup, doğurganlık hızında ki azalma kadınlarda 30 yaşında, erkeklerde ise 40 yaşından sonra başlamaktadır. Ancak erkeklerin fertilitite yeteneği ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Kadının yaşlanmasına bağlı olarak infertilite görülme oranının arttığı görülmektedir. İnfertilitenin kadınlarda yaşa bağlı olarak görülme sıklığı yaklaşık %13 oranında olup, infertilite prevalansı 25-29 yaş sınıfında yaklaşık %5,5, 30-34 yaş sınıfında %9,4 ve 35-39 yaş sınıfında ise %19,7 olarak saptanmıştır (Amanak ve diğ. 2014; Taşkın, 2016). Farklı yaş grupları (27-31 yaş, 32-36 yaş, 37-41 yaş) ile yapılan bir çalışmada, klinik gebelik ve doğum oranları tüm yaş gruplarında farklı olmakla birlikte, önemli farklılıklar gözlenmemiştir (Choi ve diğ. 2016).

### **2.3.3 Vücut ağırlığı**

Aşırı şişman veya zayıf olma durumu overlerin fonksiyonlarında değişim yaratarak hormonal dengenin bozulmasına ve infertiliteye neden olabilmektedir (Demir ve Beji, 2015). Hastaların yaşam tarzı faktörlerinin ve yeme alışkanlıklarının embriyo gelişimi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, bölünme aşamasındaki embriyoya; tahıl, sebze ve balık tüketiminin pozitif yönde etkisi olduğu, blastosist aşamasındaki embriyoya; zayıflama diyeti uygulaması, kırmızı et tüketiminin negatif, meyve ve balık tüketiminin ise pozitif yönde etkisi olduğu bulunmuştur. Kırmızı et tüketimi ve BKİ'nın aşılama ve gebelik oluşumunda da negatif etkisinin olduğu belirlenmiştir (Braga ve diğ. 2015). Prospektif yapılan bir başka çalışmada, 21-45 yaşları arası kadınlarda obezitenin infertilite (% 82,7) ve düzensiz regli periyod (%70) riskini artırdığı bulunmuştur (Cardozo ve diğ. 2012).

### **2.3.4 İlaç kullanımı**

Nonsteroid antienflamatuar ilaçların ovulasyonu engellediği, immunosupresif ve antienflamatuar ilaçların konsepsiyonu etkilediği, astım ilaçları, tiroid replasman hormonu, antidepresan ve trankilizan kullanan kadınlarda anovulatuvar infertilite

riskinin yüksek olduğu, sitotoksik ilaçlarla yapılan kemoterapötik tedavi rejimlerinin de overyal yetmezliğe neden olduğu belirtilmiştir (Dinçer ve diğ. 2015).

### **2.3.5 Psikolojik nedenler**

İnfertil kadınların çoğu gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağına, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceğine veya iyi bir anne olamamaya bağlı olan korkular yaşarken, erkeklerde ise ereksiyonda ve ejakülasyonda görülen başarısızlıklar psikolojik infertilitenin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Stres durumunda kadında menstrüel düzensizlikler, anovulatuvar siklusler, erkeklerde sperm problemleri oluşabilmektedir. Bunun sonucunda, stres infertiliteye infertilite de strese sebep olabilmektedir (Beji, 2009).

### **2.3.6 Alkol, sigara, kafein kullanımı**

Sigara kadınlarda, doğurganlığın azalmasına, adet anormalliklerinin artışına ve spontan menopoza yaşının azalmasına, erkeklerde ise üreme sürecini kapsayan her sistemi olumsuz etkilemektedir (Demir ve Beji, 2015; Mostafa, 2010). Alkol, embriyo üzerinde toksik bir etkiye sahip olduğu için teratojen madde olarak kabul edilmektedir. Aşırı alkol tüketiminin kadınlarda fertilitenin azalması, erkeklerde sperm sayısının azalması ve cinsel disfonksiyonda artış ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Hoffman, 2009; Kavlak, 2015). Kafein kullanımının fekundabilitenin (gebelik oluşma olasılığı) azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, günlük 250 mg'dan fazla tüketilen kafein miktarının kadın fertilitenin azalmasına ve gebe kalma süresinin uzamasına neden olduğu tespit edilmiştir (Hoffman, 2009).

## **2.4 İnfertilitenin Etiyolojisi**

İnfertilitenin nedenleri çoğu zaman belirsiz olsa da üç ana başlık altında toplanmaktadır (Beji, 2015; Taşkın ve diğ. 2016).

- Kadın Faktöründen Kaynaklı İnfertilite (%40)
- Erkek Faktöründen Kaynaklı İnfertilite (%40)
- Açıklanamayan (İdiyopatik) İnfertilite (%20)

#### 2.4.1 Kadın ve erkek kaynaklı infertilite

Kadına ait infertilite nedenleri arasında; overlere ilişkin faktörler (%30-40), servikse ilişkin faktörler (% 5-10), tubal ve peritoneal faktörler (% 17), uterusu ilişkin faktörler (% 2-5) ve vulva ve vajene ait faktörler (%1-2) bulunmaktadır (Demirci ve Potur, 2017).

Erkeğe ait infertilite nedenleri ise; genital sistem enfeksiyonları, konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklar, endokrin bozukluklara bağlı olarak spermilerin üretimi, skrotal ısı artımı, sayısı ve taşınmasındaki problemler oluşturmaktadır (Beji, 2015; Taşkın, 2016). Erkek ve kadında infertiliteye sebep olan diğer etkenler Çizelge 2.1’de verilmiştir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

**Çizelge 2.1:** Kadın ve erkek kaynaklı infertilite nedenleri.

Kadına Ait Nedenler	Erkek Ait Nedenler
1) Vulva ve vajene ait faktörler	1) Erkek genital organ anomalileri
2) Overlere bağlı faktörler	2) Sperm anomalileri ve fonksiyon bozukluğuna neden olan faktörler
3) Tubalara ait faktörler	3) Diğer Faktörler: endokrin bozukluklar, genetik bozukluklar, psikolojik bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, toksik maddelere (kurşun, civa) maruz kalma, skrotumun yüksek ısıya maruz kalması (sıcak küvet banyoları ya da saunalar), kabakulağa bağlı orşit, yetersiz beslenme
4) Uterin faktörler	
5) Servikal faktörler	
6) Diğer faktörler: kronik hastalıklar (diyabet, tiroid vb.), cinsel yolla bulaşan hastalıklar, fazla veya düşük kilo, sigara, alkol ve madde kullanımı, çok fazla düşük yapmış olma, stres	

#### 2.4.2 Açıklanamayan (idiyopatik) infertilite

Açıklanamayan infertilite, herhangi bir kontrasepsiyon yöntem kullanmaksızın 12 ay boyunca düzenli cinsel ilişki varlığına rağmen gebeliğin elde edilememesi durumunda; ovülasyon, tubal açıklık ve sperm analizi gibi standart klinik muayene ve tetkiklerin yapılması sonucu herhangi bir patolojik bulguya rastlanmaması şeklinde tanımlanmaktadır (Mutlu, Baştu ve Öktem, 2013; Taşkın, 2016). Açıklanamayan infertilite sıklığının %22-28 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kan, Alkılıç, Yüce ve Berker, 2014).

#### 2.5 İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertilite tanımında olduğu gibi 35 yaş altında bir yıl, 35 yaş üstünde altı ay boyunca doğum kontrol yöntemi olmaksızın düzenli cinsel ilişki varlığına rağmen,



gebelik oluşmaması durumunda infertilitenin sebepleri araştırılmaya başlanır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye neden olan faktörleri her yönüyle araştırmak, hastalığın süreci hakkında doğru bilgiyi sağlamak, infertilitenin bireyler üzerindeki duygusal etkisini incelemek ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi planını belirlemek, araştırmalar esnasında gerekli eğitim, danışmanlık ve desteği sağlamak ilk değerlendirme açısından önemlidir. İnfertil bir çift değerlendirilirken çiftlerin her ikisi birlikte değerlendirilir ve ilk adım anamnez ve fizik muayeneden oluşmaktadır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Yıldız-Eryılmaz, Ekşi ve Günüşen-Ertuğrul, 2009).

Kadına ait testler; ovulasyon testleri, ultrasonografi, postkoidal testler, endometrial biyopsi, laparaskopi, histereskopi, histerosalpingografi ve endokrin testlerini içerir. Erkeğe ait testler arasında ise; semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler ve testiküler biyopsi testleri bulunmaktadır (Zeren, 2016).

## **2.5.1 Erkek infertilitesinin değerlendirilmesi**

### **2.5.1.1 Anamnez**

Kullanılan ilaçlar, geçirilmiş veya mevcut hastalıkları, doğum anomalileri, alkol ve sigara kullanımı, aile hikayesi, mesleği, testiküler enfeksiyon, infertilite süresi, travma öyküsü, geçirilmiş operasyon öyküsü, doğum kontrol yöntemi kullanılıp kullanılmadığı, koitus sıklığı sorgulanmalıdır (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji [ACOG], 2012).

### **2.5.1.2 Fiziksel muayene**

Testis ve inguinokrotal anatomi incelenmeli, varikosel, epididimis, vas deferens varlığı değerlendirilmelidir (Zeren, 2016).

### **2.5.1.3 Labaratuvar incelemesi**

Cinsel işlev bozukluğu, sperm konsantrasyonunun 5-10 milyon/ml'nin altında olması ve endokrinopatiji düşündürecek belirtiler mevcut ise (kılınma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu vb.) yapılmaktadır. Eğer incelemede FSH ve testosteron seviyelerine ait bir sorun saptanırsa testosteron tekrarı, prolaktin ve LH ölçümleri yapılmaktadır (Ender-Yumru ve Öndeş, 2011; Zeren, 2016).

#### **2.5.1.4 Semen analizi (Spermiyogram)**

Erkek infertilitesinin laboratuvar değerlendirilmesinde kullanılan en önemli testtir. Fiziksel bir girişimi bulunmayan ve uygulanması kolay olan bu test; sperm morfolojisi, sperm motilitesi, semen volümü, semen konsantrasyonu hakkında bilgi vermektedir (Taşkın, 2016; Yıldız-Eryılmaz ve diğ. 2009). Semen analizi 4-6 hafta ara ile en az 2 kez olacak şekilde yapılmakta olup, semen örneği ise en az iki en fazla yedi günlük cinsel perhiz sonrası alınmalı ve en geç 1 saat içinde değerlendirilmelidir. Eğer semen örneği laboratuvar dışında alınmış ise 1 saat içinde vücut ısısında laboratuvara getirilmelidir (Ender-Yumru ve Öndeş, 2011; Zeren, 2016).

Bazı semen değişkenleri için kullanılan terminolojisi şu şekildedir:

- Normozoospermi: Referans değerlere göre normal tanımlanmış ejakülat.
- Oligozoospermi: Referans değerden daha düşük sperm konsantrasyonu.
- Astenozoospermi: Hareketlilik için referans değerden daha düşük değerler.
- Teratozoospermi: Morfoloji için referans değerden daha düşük değerler.
- Oligoastenoteratozoospermi: Konsantrasyon, hareketlilik ve morfolojinin referans aralığından farklı olduğu durumlar.
- Azoospermi: Ejakülatta spermatozoa'nın olmaması.
- Aspermi: Dışarıya ejakulat çıkmaması veya seminal sıvının hiç olmaması.
- Nekrospermi: Tüm spermatozoidlerin ölü olmasıdır (Zeren, 2016).

#### **2.5.2 Kadın infertilitesinin değerlendirilmesi**

##### **2.5.2.1 Anamnez**

İnfertilite süresi, cinsel öyküsü, koitus sıklığı, daha önce gebelik gerçekleşme durumu, menstrual öykü, kullanılan ilaçlar, mevcut veya geçirilmiş hastalık, geçirilmiş operasyonlar, pelvik veya abdominal ağrı, sigara ve alkol kullanımı, önceden PAP smear yaptırma durumu, ailede erken menopoza öyküsü, infertilite öyküsü ve anomalili doğum öyküsü sorgulanmalıdır (Aşçı ve diğ. 2013).

##### **2.5.2.2 Fizik muayene**

Genel muayenede, BKİ hesaplanmalı, sekonder seks karakterlerinin varlığı, artmış androjen hakimiyeti, metabolik hastalıklar, tiroid disfonksiyonu, olup olmadığı değerlendirilmektedir. Jinekolojik muayenede ise, vajina (septum, imperfore hymen

açısından), serviks (akıntı, konjenital servikal patolojiler açısından) ve pelvik patolojiler (myom, polip, over kisti vb.) ayrıntılı olarak incelenmektedir (Aşçı ve diğ. 2013; Davidson, London ve Ladewig, 2008 s. 254,251; Kaydırak, Beji ve Zengin, 2017 s. 63,69).

### **2.5.2.3 Labotaruvar incelemesi**

Folikül stimulan hormon (FSH) (mestruasyonun 3. günü), östrodiol (E2) ve Luteinizan hormon (LH) düzeyi ölçülmektedir. Menstrual siklusun 21. gününde prolaktin, progesteron, anti müllerien hormon düzeyine (AMH) bakılmaktadır (Davidson ve diğ. 2008 s. 254,251; Kaydırak ve diğ. 2017 s. 63,69).

### **2.5.2.4 Ultrasonografi (USG)**

Bütün jinekolojik hastaların değerlendirilmesinde olduğu gibi infertil hastaların değerlendirilip ve tanılanmasında da ultrasonografi (USG) önemli bir araçtır. Transabdominal USG'ye göre endometriyumun ve uterin kavitenin değerlendirilmesinde, transvaginal USG'nin vakaların %70'inde daha fazla bilgi verdiği bildirilmektedir (Zeren, 2016).

### **2.5.2.5 Histerosalpingografi (HSG)**

Tubal ve pelvik patolojilerin değerlendirilmesi için, menstrual siklusun 6-11'nci günleri arası, servikal kanaldan girilerek uterus içerisine radyoopak bir maddenin yavaş olarak enjekte edilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Histerosalpingografi (HSG) ile uterin anomaliler ve intrauterin lezyonlar, intramural lezyonlar ve/veya intramural oklüzyonlar, distal tubal oklüzyon ve bu olgularda gebelik açısından prognostik önemi olan intratübül mukozal katlantılar değerlendirilmektedir. Proksimal ve distal tubal tıkanıklık olup olmadığını net bir şekilde göstermektedir. Ayrıca endometrial polipler, septum varlığı, fibroidler ve diğer anomaliler gibi uterusun yapısal patolojileri hakkında da bilgi vermektedir (Yıldız-Eryılmaz ve diğ. 2009; Zeren, 2016).

### **2.5.2.6 Laparoscopi**

Histerosalpingografi (HSG)'de saptanan anormal bulguların belirlenmesi için uygulanmaktadır. Servikal kanaldan metilen mavisi veya indigo karmen gibi bir maddesi verilerek, fimbrial geçişine bakılıp tubal açıklık değerlendirilmektedir. İşlem

sırasında tüm pelvik organlar, subseröz ve intramural myomlar, peritubal ve periovarian adhezyonlar ve endometriozis varlığının olup olmadığı tespit edilmektedir (Zeren, 2016).

## 2.6 İnfertilitenin Tedavisi/Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

İnfertilite tedavisi planlanırken öncelikli olarak nedenlerine odaklanılır ve çiftlere en uygun tedavi yöntemleri seçilmektedir. İnfertiliteye sebep olan belli bir anatomik veya fizyolojik problemin ortadan kaldırılmasında kullanılmaktadır. Eğer infertilite ovulasyon sorununa bağlı oluşmuşsa tedavide ovulasyonun tekrardan sağlanması üzerinde durulur ve ilaç (hormonal) tedavisine başlanmaktadır. Uterus ve tüp anomalileri ile ilişkili sorunların özel cerrahi tekniklerle tedavi edilmesi önerilmektedir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı oluşan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltilebilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Tedavi gören eşlerin %85-90'ı tıbbi ve cerrahi müdahale ile tedavi edilebilmekte ve çiftlere çocuk sahibi olma imkanı sağlanmaktadır. Eşlerin diğer %10-15'lik kısmına ise YÜT kullanılmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Beji, 2015).

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT), spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Kadının yaşı, infertilite nedeni, önceki tedavi sayısı, semenin kalitesi, ilaçlara verilen ovarian cevap, iptal edilen siklus sayısı, fertilize oosit sayısı, uterin reseptivite, aspire edilen oosit sayısı, transfer edilen oosit sayısı YÜT'ün başarısını etkileyen en önemli faktörleri oluşturmaktadır (Çetin ve Turan-Çetin, 2014).

Bu yöntemde programa alınan ve ovulasyon indüksiyonuna başlanan kadınların %10'nundan hiç oosit elde edilemeyebilir ya da oosit elde edilse bile %25 oranında fertilize olmama olasılığı mevcuttur. Kadınların %75-85'ine embriyo transferi yapılabilir. Eve çocuk götürme oranı %30-35; gebelik ise yöntemin uygulandığı merkeze bağlı olmakla birlikte %35-45 oranındadır. Kadına eğer bir embriyo transferi yapılırsa gebelik şansı %8, iki embriyo transferi ile %18, üç embriyo transferi ile %25, dört embriyo transferi ile bu oran %30'lara kadar çıkmaktadır. Ayrıca 35 yaşına kadar %25 olan gebelik şansı 40-44 yaşında azalma göstererek %8'lere daha sonra da %2'lere kadar düşmektedir (Taşkın, 2016).

İnfertilite tedavisinde yüksek başarı oranlarından dolayı YÜT uygulama alanı yaygın olan yöntemdir. Geçmişte ve günümüzde yaygın olarak kullanılan yardımcı üreme teknikleri aşağıda sıralanmaktadır:

- İntra Uterin İnseminasyon (IUI)
- İn-Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)
- Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)
- İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (mikromaniplasyon) (ICSI) (Beji, 2015; Taşkın, 2016).

Ayrıca YÜT olmayan, çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan Assisted Hatching (Zona Delinmesi), MESA (Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu), TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu), SUZİ (Subzonal Sperm Enjeksiyonu), PZD (Parsiyel Zona Diseksiyonu) gibi teknikler de bulunmaktadır (Zeren, 2016).

### **2.6.1 İntrauterin inseminasyon (IUI)**

İntrauterin inseminasyon (IUI), koidal problemi olan çiftlerde (seksüel disfonksiyon, vaginismus vb.), servikal faktör ve açıklanamayan ya da hafif erkek subfertilitesine sahip çiftler için en yaygın kullanılan doğurganlık artırıcı birinci basamak tedavilerden biridir. Ayrıca diğer YÜT'e göre ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Şahin, Göker, Akdoğan ve Tavmergen, 2017; Tjon-Kon-Fat ve diğ. 2016). Halk arasında "aşılama" olarak bilinen bu yöntem, ovulasyon zamanında laboratuvar ortamından geçirilip hazırlanan spermlerin kateter aracılığıyla uterus içerisine enjekte edilmesi işlemidir. Servikse yerleştirildiğinde, servikal inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde ise peritoneal inseminasyon; uterus kavitesine yerleştirildiğinde, intrauterin inseminasyon denir. En yaygın kullanılanı ise intrauterin inseminasyon şeklindedir (Zeren, 2016).

Bu yöntem, normal ilişkiye oranla gebelik şansını %5-20 artırır. Gebe kalma oranı uygulama sayısı arttıkça biraz daha artmaktadır. Başarı oranı %10-25 olmakla birlikte bu oran kadının yaşına ve infertilite nedenine bağlı olarak değişmektedir. Tedavide, 5-6 kez yapılan uygulama sonucunda gebelik oluşmamışsa tedavi başarısız sayılır ve farklı tedavi yöntemine geçilmektedir. Ayrıca infertilite ve evlilik süresi

uzun ise ICSI ya da IVF yöntemlerinin uygulanması tavsiye edilmektedir (Taşkın, 2016; Zeren, 2016).

### **2.6.2 İn-vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET)**

Günümüzde YÜT arasında en yaygın teknik olarak kullanılan IVF'in dünyada ilk başarılı olgusu 1978 yılında İngiltere'de, 1980'de Avustralya'da, 1981'de ABD'de, 1982'de Fransa ve İsveç'de, 1988'de ise Türkiye'de gerçekleşmiştir (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009). İngiltere'de 1978 yılında Prof. Steptoe ve Prof. Edwards tarafından ilk kez başarılı bir şekilde geliştirilmiş ve IVF sonucu doğan Louise Brown adlı bebek dünyaya gelmiştir. Ülkemizde ilk YÜT merkezi 1984 yılında ön çalışmalardan sonra 1987 yılında İzmir'de daha sonra ise 1990 yılında Ankara'da açılmıştır. İlk IVF-ET ile gerçekleştirilen gebelik sonucu 18 Nisan 1989'da ilk bebek dünyaya gelmiştir (Taşkın, 2016).

Oositlerin overlerden toplanıp, laboratuvar ortamında bir tüp içinde spermler ile bir araya getirilerek ekstrakorporal olarak fertilize edilip, oluşan embriyonun uterus içerisine transservikal olarak yerleştirilme işlemidir. Embriyo transferi (ET), genellikle yumurta toplama işleminden 48 saat sonra yapılmaktadır. Fertilizasyon sonrası gelişen embriyoların ikinci, üçüncü veya beşinci günlerde bir katater yardımıyla uterin kavite içerisine transferleri sağlanmaktadır. Transfer edildikten 12 gün sonra kanda Beta-Hcg değerine bakılarak gebeliğin oluşup oluşmadığına bakılmaktadır. In-vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi için fertilizasyon başarı oranları %35 civarındadır. In-vitro fertilizasyon (IVF) ile gerçekleştirilen gebeliklerin %4-5'inde ektopik gebelik, %30'unda ise çoğul gebelik yaşanabilmektedir (Çayır ve Gürsoy, 2018; Çetin ve Turan-Çetin, 2014; Taşkın, 2016; Zeren, 2016).

Endikasyonları arasında; fallop tüplerinin yapışık, tıkalı ve cerrahi olarak çıkarılmış olması ya da doğuştan olmaması, anovulasyon, tubal hastalıklar, endometriyozis, karın içi yapışıklıklar (enfeksiyon, ameliyat, periton faktörü), açıklanamayan infertilite, erkek faktör infertilitesi, uterin malformasyonlar, 3 kez başarısız IUI geçirmiş kadınlar, immünolojik faktörler, preimplantasyon genetik tanı isteyen çiftler, IUI ve GIFT uygulanmış başarısız olan olgular, sperm tahlilinde hiç sperm hücresi bulunmaması durumu (mikroenjeksiyon tedavisi gereklidir) bulunmaktadır (Taşkın, 2016; Zeren, 2016).

### **2.6.3 Gamet intrafallopian transfer (GIFT)**

Gamet intrafallopian transfer (GIFT) yöntemi, laparaskopi aracılığı ile ovulasyon indüksiyonu sonrası alınan oositlerin katater aracılığıyla spermiler ile birlikte fallop tüpü içine direk olarak transfer edilme işlemidir. Fertilizasyonun normal ortamda gerçekleşmesinden dolayı IVF yöntemine göre daha avantajlıdır. Başarı oranı %30-40 arasında olup, açıklanmayan infertilite, servikal mukus düşmanlığı ve hafif derecede erkek infertilitesi gibi durumlarda uygulanabilmektedir (Beji, 2015; Taşkın, 2016).

### **2.6.4 İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (mikromaniplasyon) (ICSI)**

Mikromaniplasyon yöntemi, ciddi sperm disfonksiyon bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır. Oositlerin toplanmasının ve çevresindeki granüloza hücrelerinin mekanik ve enzimatik olarak temizlenmesinden sonra bir oositin içine tek bir spermin enjekte edilerek birleştirilme işlemidir. Toplam 100 oosit içerisine bir tane spermatozoid enjekte edilerek ICSI işlemi uygulanırsa bunların %70'inin fertilizasyon şansı olmaktadır. Bu teknikle embriyolar uterusu transfer edildiklerinde gebelik başarı oranı normal IVF-ET yöntemi ile benzer olmaktadır (Korkmaz, 2017; Taşkın, 2016).

## **2.7 İnfertil Kadınlarda Sık Karşılaşılan Emosyonel ve Cinsel Sorunlar**

İnfertilitenin psikolojik etkilerini inceleyen ilk teorilerden Freudyen psikanalitik bakış açısında, bireylerin bilinçaltı savunma mekanizmalarının ve çözülmemiş çatışmalarının infertiliteye neden olabileceği veya katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). İnfertilite, çiftlerin ruh sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit eden bir sorun olmakla birlikte, bireylerin ailesini ve sosyal çevresini de etkileyebilen, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, bir stres faktörü ve yaşam krizi olmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Seymenler ve Siyez, 2018). Ayrıca infertil çiftler tedavi sürecinde, olumsuz gebelik test sonuçları ve yeni tedavilerde başarısızlık ve yorgunluk gibi birçok beklenmedik durumla daha karşılaştıkları için yeni krizler ile karşılaşmaktadırlar. Beklenmeyen durumlar karşısında bireylerin tepkileri birbirinden farklılık gösterebilmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015). İnfertilitenin travmatik bir yaşantı olabileceği için sadece bireysel olarak ele alınmaması, bireyin, çiftin ve sosyal

çevrenin bağlamında ele alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018).

Kadınlar için çocuksuzluk psikolojik olarak; doğuramama (kadınlık işlevlerinde yetersizlik), sosyal roldeki eksiklik (anne, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyükanne), kontrol kaybı (bedenin isteklere uymaması), psikolojik eksiklik (annelik güdüsündeki eksiklik), kendini toplumdun dışlama, yalnız kalma isteği (duygusal olarak evlat desteği alamama), sosyal güvencenin olmayışı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması) ve benlik saygısında azalma anlamına gelmektedir. Erkek için anlamı ise, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsündeki eksiklik), sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, dede), yalnız kalma (yaşlılıkta), çalışma hayatında destek eksikliği, soyunun devam edemeyecek olması ve sosyal güvence olmayışı olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Yanıkkerem, Kavlak ve Sevil, 2008). İlerisoy (2015)'un infertilite tedavisi gören kadınlar ile yaptığı çalışmada, doğal yolla hamile kalamayacaklarını öğrendiklerinde kadınlar hissettikleri duyguları, hayal kırıklığından öfkeye kadar uzanan, özellikle şok, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve yas şeklinde ifade etmektedir. İnfertilite krizine yönelik infertil çiftlerin gösterdiği bu emosyonel tepkiler Çizelge 2.2'te gösterilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Sezgin ve Hocoğlu, 2014).

**Çizelge 2.2: İnfertilite krizinde çiftlerin gösterdiği emosyonel tepkiler.**

<b>Şok/İnanmama evresi</b>	Çiftler, çocuk sahibi olamayacaklarını ilk öğrendiklerinde bu üzücü gerçek karşısında şok yaşar ve inanamaz.
<b>Yadsıma (inkar) evresi</b>	Çiftler her ay menstrüasyon dönemi ile ortaya çıkan hayal kırıklığını; yorgunluk, stres ve yeterince sık cinsel birliktelik yaşamamak gibi bahaneler ile ilk aylarda gebelik oluşmamasının normal olması gibi düşüncelere bağlayarak bastırmaya çalışır.
<b>Anksiyete evresi</b>	İnfertil bireyler yoğun anksiyete ile eşleri tarafından yetersiz ve eksik biri olarak görülmekten, onun sevgisini kaybetmekten ve terkedilmekten korkarlar. Çiftler, dişiliğinde veya erkekliğinde azalma duygusuyla özgüven kaybı yaşarlar.
<b>Öfke evresi</b>	İnfertil çiftler çocuk sahibi olmadıkları için hem kendilerine hem de eşlerine karşı öfke hissetmektedir. İnfertil çift bu evrede haksızlığa uğradığını düşünür ve bu durumun neden kendi başlarına geldiğini düşünürler.



## **Çizelge 2.2 (devam): İnfertilite krizinde çiftlerin gösterdiği emosyonel tepkiler.**

<b>Kontrol kaybı evresi</b>	İnfertil bireyler ayrıntılarıyla cinselliklerinin sorgulanması ve tetkiklerin karmaşık ve girişimsel işlemler olması karşısında özel yaşantılarının ihlal edildiğini düşünürler.
<b>Suçluluk evresi</b>	İnfertil olan eş, kültürden gelen ebeveynlik rolünü eşinin kendisi yüzünden engellendiğini düşünerek kendini suçlar. Bireyler, erken yaşta evlenmedikleri veya doğum kontrol yöntemi kullanmayı tercih ettikleri için kendilerini veya eşlerini suçlamaktadır.
<b>Yalnızlık/Yabancılaşma evresi</b>	Ümit ve hayal kırıklıklarının arka arkaya yaşanması bireyler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyerek çiftlerin birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olur. Çevre tarafından; 'kusurlu' görüleceği düşüncesi ve diğer bireylerin kendi çocukları ile ilgili sohbetlerinden rahatsızlık duyacakları veya onlara karşı kıskançlık hissedecekleri endişesiyle çift çevreden uzaklaşır.
<b>Depresyon/Yas evresi</b>	İnfertil çiftte, tedavi girişimleri olumsuz sonuçlandıkça ve çocuk sahibi olamam süresi uzadıkça yaşanan yas süreci yerini depresyon duygusuna bırakmaktadır.
<b>Kabullenme/Çözülme evresi</b>	Biyolojik yollarla çocuk sahibi olamayacağını anlayan çiftler, bu evrede ya alternatif tedavi seçenekleri ararlar yada çocuksuz evliliği sürdürme, boşanıp yeniden evlenme, evlat edinme gibi zor kararlara yönelirler.

İnfertiliteden kaynaklı (fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve sosyal vb.) birçok yönden etkilenen çiftler stres, anksiyete, depresyon, evlilik ilişkilerinde bozulma, düşük benlik saygısı gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar (Samani, Vesali, Navid, Vakiliniya ve Mohammadi, 2017). İnfertilite nedeni kime ait olursa olsun infertil kadınlar bu kimliği üstlenerek infertiliteyi yaşamlarının merkezlerine alıp kendilerini erkeklere kıyasla daha huzursuz ve stresli hissetmektedirler (Benyamini, Gozlan ve Weissman, 2017). El Kissi ve diğ. (2013)'nin infertilite tedavisi uygulanan çiftler ile yaptıkları çalışmasında, kadınların eşlerine oranla benlik saygılarının daha düşük olduğu, anksiyete ve depresyon sorununu daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir. İnfertil kadınların, depresif belirtiler göstermeye erkeklerden daha yatkın olduklarından dolayı infertilite tedavisi gören çiftlere yönelik verilecek bakım yaklaşımı depresif belirtilerin erken tanınması ve kadınlara bu yönde daha destekleyici bir bakım verilmesi gerekmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015).

### **2.7.1 Stres**

Stres, kişinin dış ortamdan gelen tehditlere karşı kendini korumak amacıyla verdiği tepkiye denir. Stresin mi infertiliteye, infertilitenin mi strese yol açtığı henüz

açıklanamamış olsada infertilite ile artmış stres arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015). Yaşanan yoğun stres kadınlarda; ovulasyonu baskılayarak, progesteron seviyesinin düşmesine, uterus ve fallop tüplerinin fonksiyonunda ve implantasyonda bozulmaya yol açarak üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (Koçak ve Duman, 2016). Psikolojik olarak ise, infertilite tedavisi boyunca kadınlar erkeklerden daha çok sorumluluk duygusu yaşayarak, stres ve suçluluk hissetmektedirler (Kaplan, 2018). Turner ve diğ. (2013)'nin yaptıkları çalışmada, IVF tedavisinin ovulasyon sitümülasyon öncesi, oosit toplama öncesi ve embriyo transferi sonrası bu üç aşamadaki stres düzeyleri incelenmiş, tüm aşamalarda stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Oosit alımından önceki gün (tedavi öncesi) stres ve anksiyete düzeyleri düşük olan kadınlarda başarılı gebelik sonuçları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Karaca ve Ünsal (2015)'in 118 primer infertil kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların infertil olmaya bağlı stres yaşadıkları ve kadınların infertilite süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, problemini çevresiyle paylaşma durumu ve infertilitenin kadın kaynaklı olmasının stres oluşumu üzerinde etkili olduğunu saptanmıştır. Çelik ve Kırca (2018)'nin primer infertil kadınların stres düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, infertil kadınların sosyal alanda orta düzeyde, kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları belirtilmiştir. İnfertil çiftlerde strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri tedavi sonuçlarının olumlu olmasına, gebelik oranlarının artmasına infertilite stresi ile başa çıkma becerisinin artmasına ve psikolojik semptomların azalmasına yardımcı olmaktadır. Bu sürecin yönetilmesinde infertilite hemşireleri etkin rol almaktadırlar (Yılmaz ve Oskay, 2015). İnfertil çiftlerde yaşanan stres ile baş edilememesi durumunda; anksiyete, depresyon gibi diğer psikolojik sorunların ortaya çıktığı görülmektedir (Mamuk ve Beji, 2015).

### **2.7.2 Anksiyete**

İnfertil bireylerde, psikolojik açıdan yaşanan en büyük güçlüğün anksiyete, tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan infertil çiftelerde ise depresyon problemi olduğu belirtilmiştir (Sezgin ve Hocoğlu, 2014). Kahyaoglu-Süt ve Balkanlı-Kaplan (2015)'nin infertil kadınların yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, infertilitenin kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerini artırdığı ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Başka bir çalışmada, infertil kadınların %58'inin orta şiddetli, %70'inin

ise çeşitli düzeylerde anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (Yusuf, 2016). 20-23 yıl önceki IVF ile tedavi edilen kadınlarda algılanan ruh sağlığını değerlendirmek ve bunları referans grubu ile karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, tedavi gören kadınların referans grubuna kıyasla artmış depresyon semptomları, obsesif-zorlama ve somatizasyon riski altında olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınlarda depresyon ve anksiyete riskinin arttığı tespit edilmiştir (Vikström, Josefsson, Bladh ve Sydsjö, 2015).

### **2.7.3 Depresyon**

İnfertilite depresif belirtilerin ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olarak düşünülmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015). Maroufizadeh ve diğ. (2015)'nin önceki başarısız infertilite tedavi sayısı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, başarısız tedavi sonuçlarının depresyon ve anksiyete düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir. Ekinci ve diğ. (2017)'nin 140 infertil kadınla yaptığı çalışmada, evlilik süresi, ekonomik koşullar ve sosyal destek durumlarının, infertil bireylerde anksiyete, depresyon ve yalnızlığı etkilediği, infertil kadınlarda genel popülasyona göre depresyon düzeyinin daha düşük olduğu, anksiyete düzeyinin ise benzer olduğu bulunmuştur. Asadi ve Hüssein (2015)'nin 251 infertil kadın ile yaptıkları çalışmada, depresyon görülme oranının %68,9 olduğu ve bu oranın ev kadınlarında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Joelsson ve diğ. (2017)'nin YÜT'den sonra gebe kalan kadınların, doğal yollarla gebe kalan kadınlara kıyasla anksiyete ve depresif belirtiler yaşamaları açısından fark olmadığı belirtilmiştir. Samani ve diğ. (2017)'nin infertil çift grupları arasında umut, depresyon, anksiyete ve stresi değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada, kadınların depresyon yaşama oranının eşlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Oladeji ve OlaOlorun (2018) çalışmalarında, infertil kadınlarda depresyon sıklığı %52,7 olarak tespit edilmişlerdir.

### **2.7.4 Umutsuzluk**

İnfertil çiftlerin, tedavinin tamamen başarılı sonuçlanacağına odaklanıp ve umutlanmaları, tedavinin olumsuz sonuçlanması durumunda daha ciddi bir krizin oluşmasına ve psikolojik sorunların daha çok şiddetlenmesine neden olmaktadır (Keskin ve Gümüş, 2014; Yanikkerem ve diğ. 2008). İnfertil kadınlar yaşadıkları bu zorlu sürecin sürekliliğine ve artık çocuk sahibi olamayacaklarına inanarak yaşadıkları

bu umutsuzluk durumları depresyona dönüşebilmektedir (Keskin ve Gümüş, 2014). Cetişli, Ören ve Kaba (2018)'nin 84 infertil çift ile yaptıkları çalışmalarında, infertil çiftlerin umutsuzluk düzeyleri arttıkça çiftler arasındaki evlilik uyumunun da azaldığı tespit edilmiştir. Yılmaz, Beji ve Serdaroğlu (2016)'nin 106 infertil kadınlarla tanımlayıcı tipte yaptıkları çalışma sonucuna göre, kadınların kendilerini umutsuz hissettikleri ve depresif semptomların şiddetini umutsuzluk hissinin artırdığı belirtilmiştir.

### **2.7.5 Cinsel sorunlar**

İnfertilitenin dönemsel bir kriz olarak algılanması çiftlerin evlilik uyumlarının bozulmasına ve ilişkilerinde psikoseksüel sorunlara neden olmaktadır (Duman ve Koçak, 2016). Çiftlerde, cinsel yönden rahatsızlık yaratan infertilite tablosu cinsel birliktelikten kaçınma, hissedilen zevk ve isteğin kaybolmasıyla cinsel işlev bozukluğu sorunlarının yaşanmasına sebep olabilmektedir. İnfertilitenin uzun zaman alan tanı ve tedavi sürecinde eşlerin cinsel birliktelikleri tamamen gebelik elde etmeye yönelik olup, özellikle ovulasyon zamanını belirleyerek bu dönemde cinsel birliktelik yaşamaktadırlar. Ovulasyon dönemi haricindeki zamanlarda cinsel istek, cinsel birlikteliği başlatma gibi eylemler monoton bir hal almakta ve çiftler için cinsellik yalnızca üremek amacıyla yapılan bir eylem haline gelmektedir (Aydın ve Beji, 2013). İnfertil çiftlerde cinsel işlev bozukluğunun (CİB) nedenleri arasında takvime dayalı planlı koitus, cinselliğin amaç haline gelmesi, azalmış benlik saygısı, bozulmuş beden imajı, depresyon, kaygı bozuklukları, anksiyete ve suçluluk duygusu bulunmaktadır. Diğer yandan infertilite tedavisine (progesteron veya progestine tedavisi) bağlı cinsel istekte azalma, ağrılı koitus diğer nedenler olarak sayılabilir (Duman ve Koçak, 2016). Algül ve Aksu (2014)'nin 55 kadın ve 54 erkek ile yaptıkları çalışmasında, infertil kadınların %82'sinin, erkeklerin ise %49,1'inin CİB yaşadığı tespit edilmiştir. In-vitro fertilizasyon (IVF) uygulanan infertil kadınların cinsel deneyimlerinin ve yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini belirlemek için yapılan çalışmada, kadınların cinsel problemler için risk altında oldukları ve cinsel işlev sorunlarının infertilite tedavisi sırasında genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebileceği belirtilmiştir (Smith, Madeira ve Millard, 2015). İnfertil kadınlarda CİB sıklığını değerlendirmeye yönelik yapılan sistematik bir derlemede kadınlarda infertilite ile CİB'deki artışın ilişkili olduğu bulunmuştur (Mendonca, Arruda, Noll, Paulo ve Amaral, 2017).

## 2.8 İnfertil Kadınlarda Stigma (Damgalanma) ve Emosyonel Sorunlara Etkisi

### 2.8.1 İnfertil kadınlarda stigma (damgalanma)

Stigma (damgalama) kavramının öncüsü olarak bilinen Goffman (1963) damgalanmayı, “damgalanan kişiye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan kişilerin daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” şeklinde tanımlamaktadır. Bireyler, birçok yönden damgalamaya maruz kalabilir ve farklı durumlarla ilişkilendirilerek türlerine göre sınıflandırılabilir. Her çeşit damgalanma etiketleme ile başlayıp, ayrımcılık ve dışlanma ile sonlanmaktadır. Damgalanma ile ilgili kavramlar Çizelge 2.3’de verilmiştir (Kadioğlu ve Hotun-Şahin, 2015; Özmen ve Erdem, 2018).

**Çizelge 2.3:** Stigma (damgalanma) ile ilgili kavramlar.

<b>Etiketleme</b>	Damgalamanın birinci aşaması olarak görülmektedir. Toplum, etiketlenen kişiyi gerçek kimlik ve davranışlarından bağımsız olarak kendi istediği gibi karakterize eder ve tutumlarını buna göre sergiler.
<b>Stereotipler</b>	Önyargıların oluşmasına zemin hazırlandığı aşama olup, bir kez oluşan ve bir daha değişmez anlamına gelen, toplumsal grup üyelerinin davranışları ve özellikleri ile ilgili inançları içerir.
<b>Bilişsel Ayırma ve Ön Yargılar</b>	Bir nesne ya da durum konusunda, dış gerçekler hakkında bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, bazı yargılar ve stereotipler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır. Damgalamanın oluşumundaki baş aktörlerdir. Etiketlenmiş kişilerin “biz” ve “onlar” diye ayrılarak kategorize edildiği aşamasıdır.
<b>Duygusal Reaksiyonlar</b>	Damgalanan ve damgalayan arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde kritik bir aşamadır. Kalıpyargılar ve önyargıların bir araya gelmesi ile öfke, korku, acıma, sinirlilik, anksiyete gibi zihinsel ve duygusal tepkiler oluşur. Bunun sonucunda toplumda daha önceki konumunu yitiren bireyler damgalanma ile karşı karşıya kalırlar.
<b>Ayrımcılık</b>	Toplumdaki birey ya da gruplar tarafından damgalanan kişinin, maruz kaldığı damgalanma ve önyargılar sonucunda bir takım hak ve menfaatlerden mahrum bırakılarak, istenmeyen özelliklerle ilişkilendirilip statüsünü kaybetmesidir.
<b>Dışlanma</b>	Damgalanan kişinin toplum tarafından kabul görülmemesi, geri planda tutulması, hor görülmesi, sevilmemesi ya da herhangi bir ortam ve gruba dahil olamamasıdır.
<b>İçselleştirilmiş Damgalanma</b>	Bireylerin, damgalandığını hissetmesi sonucu kendileri hakkındaki toplum tarafından oluşturulan olumsuz kalıplaşmış yargıları kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi negatif duygulara kendini kaptırıp toplumdan geri çekilerek kendi kendini damgalamasıdır.

Damgalanma, infertil bir kadın olarak olumsuz benlik algısına sahip olmak, hakaret edilmek, anlaşılmamak, toplumda yabancılaşmak, tecrit edilmek ve başkalarının davranışlarına karşı olumsuz algıya sahip olmak olarak tanımlanmaktadır.

Birçok kültür, hamileliği ve anne-baba deneyimini yaşamın önemli gelişim basamakları arasında görmekte ve üremedeki yetersizlik çoğunlukla sosyal bir damgalanma yaratmaktadır (Çapık, Aksoy, Yılmaz E ve Yılmaz F, 2019; Şen ve Sevil, 2016).

Güney Nijerya'daki bazı topluluklarda olgun kadınlık dönemine giriş için hamilelik ve doğum yapmak önkoşul olarak görülürken, çocuk sahibi olamayan kadınlara eşleri ve yasalar tarafından “erkek” olarak, erkeklere ise genellikle “kadın” olarak hakaret edilmektedir (Anokye ve diğ. 2017). Gana’da annelik, genellikle kadınların aile ve toplum içindeki statülerini geliştirmelerinin tek yolu olarak görülmektedir. Bazı topluluklarda da çocuksuzluk olarak damgalanmak infertil kadınların sosyal olarak tecrit edilip ihmal edilmesine yol açmaktadır. Mısır, Nijerya, Mozambik ve Gambiya ülkelerinde yapılan araştırmalar, infertil kadınların çoğu zaman sosyal olaylardan ve törenlerden dışlandığını, aşağılanmış ve uğursuz olarak algılandığını göstermektedir (Alhassan, Ziblim ve Muntaka, 2014). Sophia ve Punitha (2017)’nin çalışmasında, infertil kadınların %62’sinin damgalanma yaşadığı ve %73’ü çocuk sahibi olamadıkları durumda eşlerinin bir başkasıyla evlenebileceğini ifade etmektedir. Konuyla ilgili diğer çalışmalarda, kadınların %54’ü çocuk sahibi olmamanın en zor yanının toplumsal baskı olduğunu belirtirken, infertil çiftlerin %49’unun damgalanmaya maruz kaldığı ve yaklaşık yarısının (cinsiyetten bağımsız olarak) infertilite sorununu toplumsal damgalanma korkusuyla gizleme eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Literatürde; ayrıca sosyal dışlanma algısı infertil kadınlarda %43, erkeklerde %29 oranında olup, infertil çiftlerin %15’inin kendilerini toplumdan izole edilmiş ve değersiz olarak hissettikleri belirtilmektedir (Ergin ve diğ. 2018; Missmer, Seifer ve Jain, 2011; Koçyiğit, 2012).

### **2.8.2 İnfertil kadınlarda stigmatın emosyonel sorunlara etkisi**

Toplumun infertiliteye yönelik olumsuz tutum ve önyargıları, infertil bireyler üzerinde rahatsız edici bir etkiye sahiptir. Bazı bölgelerde aile olabilmeyen ve soyun devam edebilmesi için çocuk sahibi olmanın şart olamamanın ise özür olarak algılanması çiftler üzerinde ağır bir travmatik bir etki yaratabilmektedir (Çapık ve diğ. 2019; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). İnfertilite probleminden hemen hemen her toplumda infertil kadınlar sorumlu tutulsada geleneksel kültürlerde yaşayan kadınların infertiliteyi daha büyük bir yük olarak taşıdığı bilinmektedir (Şen ve Sevil, 2016).

Diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de infertilite, sosyal bir damgalanma yaratmakta ve infertil çiftlerde yetersizlik algısının oluşmasına neden olmaktadır. İnfertil çiftlerin damgalanması, toplum içinde statü kaybetmelerine de yol açmaktadır (Yanikkerem ve diğ. 2008). Bu yüzden, infertil çiftler diğer çiftlere kıyasla daha büyük bir psikolojik baskı ve sosyal damgalanma yaşamakta ve çocuk sahibi olamamayı toplumun baskısından dolayı utanç verici ve yetersizlik olarak algılamaktadırlar (Şen ve Sevil, 2016). İnfertilite sorunu erkek kaynaklı olsa bile, doğurganlık sorumluluğu çoğu zaman kadınlara ait kabul edildiğinden, psikiyatrik semptom ve bulgular kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Oltuluoğlu ve diğ. (2014)'nin infertil çiftlerin yaşadıkları duygu durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sosyal baskının günümüzde hala infertil çiftler üzerinde etkin olduğunu ve infertil kadınların anksiyete, depresyon, yalnızlık duygusu gibi sorunları erkeklere kıyasla daha fazla yaşadığı belirtilmektedir.

İnfertil kadınlar için göz ardı edilemeyen damgalanma, infertilite kadar tehdit edici bir durum olabilmektedir. Bu bakımdan infertiliteye ilişkin damgalamanın araştırılması ve gerekli önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Çapık ve diğ. 2019; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

## **2.9 İnfertil Kadınlarda Emosyonel Sorunlara Yönelik Temel Hemşirelik Yaklaşımı**

Kraliyet Hemşirelik Koleji (RCN, 2019), infertilite hemşireliğini infertil çiftin değerlendirilmesi, erken gebelik ve tedavi süreçlerinde çiftlere duyarlı, kanıta dayalı, bütüncül bir yaklaşımla bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanı olarak tanımlamaktadır. İnfertilite hemşireliği, çiftlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerini ön planda tutan, medikal ve cerrahi tedavi sırasında ihtiyaçlara uygun her türlü bakımı içeren, poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan bir süreci kapsamaktadır (Yanikkerem ve diğ. 2008). Jean Purdy isimli hemşirenin 1978'deki IVF başarısını sağlayan ekipte yer alması ile ilk kez infertilite hemşireliği başlamıştır. Türkiye'de, 2014 yılında tüp bebek merkezi sayısının 146'ya ulaştığı ve yaklaşık olarak her yıl 45 bin çiftin YÜT'e başvurduğu bildirilmektedir. Bu merkezlerde 500'den fazla ebe veya hemşirenin çalıştığı tahmin edilmektedir (Güngör ve Beji, 2015; Partovi-Meran ve Beji, 2016).

Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE, 2015), infertilite kliniğinde bulunan sağlık ekibi için rutin infertil bakıma psikososyal bakımın nasıl dahil edileceği konusuna yönelik kanıta dayalı uygulamaları içeren bir rehber yayınlamıştır. İnfertilite tedavi sürecinde emosyonel stres yaşayan bireyler için psikososyal bakım oldukça önemli yere sahiptir. Rehberde ifade edilen psikososyal bakım, infertilite bakımının optimizasyonuna, infertilite ve tedavisinin psikososyal etkilerini yönetmelerine yardımcı olmaktadır. Rehber farklı zaman dilimlerindeki (tedavi öncesi, sırası ve sonrası) hastaların ihtiyacına yönelik planlama yapılarak hazırlanmıştır. İnfertil çiftin ihtiyaçlarını; davranışsal (egzersiz, beslenme, yaşam tarzı vb.), emosyonel (anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi vb.), ilişkisel (çift, aile, arkadaş, iş vb. ilişkisi) ve bilişsel (bilgi, tedaviye ait endişe vb.) gibi ihtiyaçlar oluşturmaktadır (Gameiro ve diğ. 2015).

Bu karmaşık süreçte çiftler birbirlerini içinde buldukları durumdan sorumlu tutabilir ve kendilerini yetersiz hissederek toplumdan izole edebilirler (Hasdemir, Kamalı ve Özçakır, 2015). Bireylerin infertilite sorunu ile başa çıkmalarını; kişilik özellikleri, infertilitenin kişi tarafından algılanış şekli, olayın ortaya çıkış zamanı, probleme yüklenen anlam, bu sürece kişinin hazır olmaması, stresli bir kişiliğe sahip olma, uygun başa çıkma yöntemlerinin bilinmemesi veya uygulanamaması ve sosyal çevreden gördükleri destek etkileyebilmektedir (Kaplan, 2018). Hemşireler, infertilite kliniklerinde multidisipliner bir sağlık ekibi (jinekolog, hemşire, embriyolog, genetik danışman, psikolog, androlog, endokrin uzmanı, laboratuvar teknisyenleri, idari yöneticiler, evlilik ve aile terapistleri) içinde infertil çiftlerin emosyonel durumunu anlayıp buna yönelik bilgi ve destek sağlayabilecek, onlarla en fazla iletişim kurabilecek sağlık personeli olduğu için infertil çiftlere bakım ve danışmanlık verilmesinde kilit role sahiptirler. İnfertil bireylere uygulanan tedavinin başarısını arttırmak ve çiftler aralarındaki ilişkiyi güçlendirmek açısından çiftlere uygun danışmanlık hizmeti verilmesi gereklidir. Ayrıca çiftlerin bu kriz dönemini yönetmesi ve infertilite stresi ile baş etme yöntemlerini kullanmalarını sağlaması, infertil çiftlerde anksiyete ve depresyon görülme sıklığını azaltması, çiftlerin yaşayacağı toplumsal izolasyonun önlenmesi gibi yararları bulunmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Yılmaz ve Oskay, 2015). Çiftler, tedaviye başlarken ortaya çıkan sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olabileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Çünkü, çiftlerin birbirlerini yanlış anlayıp yargılamalarını önleyerek karşılıklı daha



çok destek vermeleri sağlanacaktır (Yılmaz ve Oskay, 2015). YÜT ile tedavi sırasında, gebelik oranlarının iyileştirilmesi ve çiftler için sıkıntıların azaltılmasında psikososyal müdahalelerin etkinliğine ilişkin kanıtları değerlendirmek amacıyla yapılan bir meta-analiz çalışmasında, psikolojik destek alan infertil bireylerde kontrol grubuna göre gebelik oranlarının arttığı ve psikolojik semptomlarda iyileşmeler olduğu tespit edilmiştir (Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgård, Ingerslev ve Zachariae, 2015). Tanıdan itibaren tüm tedavi süresinin bütün aşamalarında çiftlere yardımcı olabilmek için infertilite hemşiresinin girişimleri oldukça önemli olup, bu girişimlerin planlamasını yapıp uygulayabilmesi için mesleki açıdan gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olması gerekir (Güngör ve Beji, 2015; Taşkın, 2016 s. 669). İnfertilite hemşirelerinin ekip içerisinde gelişen ve değişen rollerinin bir gereği olarak; tıbbi bakımdaki rolünün yanı sıra, bilgi verme, araştırmacı rolü, koordinatör-yönetici rolü, hasta hakları savunucusu rolü, eğitici-danışmanlık ve psikolojik destek olma rolleri yer almaktadır (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

**Tıbbi bakımcı rolü:** Hemşireler, holistik bir yaklaşımla bireylerin gereksinimlerine yönelik bakım uygulamalarını kararlaştırır, planlar, uygular ve bakım planının sonucunu değerlendirir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) süresince çiftlere eşlik etmek, hekimle iş birliği yapmak ve yardım etmek, çiftlerden kan alınması, vajinal ultrasonografi taraması, ovum aspirasyonu, embriyo transferi, folikül büyümesinin ultrasonografi ile izlenmesi, değerlendirilmesi ve hcg enjeksiyonu gibi işlemler için hastanın fiziksel ve psikolojik yönden hazırlığının ve işlem sonrasında da izlemlerinin yapılması hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır (Güngör ve Beji, 2015; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009). İngiltere’de bazı YÜT kliniklerinde embriyo transferi hemşireler tarafından yapılmaktadır. İngiltere’de bununla ilgili yapılan birçok çalışmada; hekimlerin ve hemşirelerin embriyo transferinden gebelik elde etme başarıları arasında fark olmadığı bulunmuştur (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

**Bilgi verme:** Hemşireler, infertiliteyle ilgili tedaviler hakkında bireyin/çiftin anlaşılır şekilde bilgi almasını sağlamalıdır. Bu nedenle, infertilite ve infertiliteye yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

**Araştırmacı rolü:** İnfertiliteye yönelik her geçen gün yeni gelişmelerin olması infertilite hemşiresinin bilgilerini sürekli güncellemesini ve gelişmelere ayak uydurmasını sağlayarak güncel bilgileri takip etmeye yönlendirmektedir. İnfertilite

hemşireliğini özel kılan ve bir uzmanlık alanı olarak görülmesini sağlayan en önemli rollerden biri araştırma yapmak ve sonuçlarını uygulamaya yansıtılabilmektir (Beji, Zengin ve Dinç, 2009; Güngör ve Beji, 2015; Kavlak, 2015). Diğer disiplinler gibi hemşireler de infertilite ile ilgili klinik çalışmalara katılmakta ve ASRM gibi kurumlar tarafından desteklenmektedir (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

**Koordinatör-Yönetici rolü:** Hasta bakımı, hizmetlerin koordinasyonu, yönetsel işlemler, hasta ihtiyaçlarının saptanması gibi işlevlerin yanı sıra ekibin diğer üyeleri ile iletişim ve işbirliği yaparak uygulamalarının ve zamanın planlanmasını da takip eder (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009; Kavlak, 2015). Hemşire yönetici rolünde, hem idari hemde klinik işlerin; etkili, uyumlu ve düzenli olarak sürdürülmesini sağlar. İnfertil bireylerin bakımının yönetiminden ve tıbbi prosedürlerin koordinasyonundan infertilite hemşiresi sorumludur. Ekip içindeki bütüncül yaklaşımı sonucunda uygulama protokollerini ve alınan kararları çiftlere doğru şekilde aktarır. Hemşirenin yönetici rolünü iyi sergilemesi yapılan hizmetin kalitesini ve ekip içindeki meslektaşlarının gelişimini etkiler (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009; Beji ve diğ. 2009; Partovi-Meran ve Beji, 2016).

**Savunucu rolü:** Hemşirenin, infertilite tedavi sürecinde hasta ile hekim arasında işbirliği sağladığı ve hasta haklarına uygun tutum ve davranış sergilediği rolüdür. Hastaya yapılacak işlemler, riskleri ve etkileri hakkında bilgilendirme yaparak, tedavisi hakkında bilinçli biçimde karar almasını sağlar ve bu kararı almada bireyi destekleyerek savunuculuğunu üstlenir (Kavlak, 2015; Zeren, 2016).

**Eğitici-Danışmanlık rolü:** İnfertil bireylerin değerlendirilme aşamasında hemşirelerin psikolojik destek ve bilgi vermesi oldukça önemlidir. Hemşirelerin bu aşamada hangi testin ne amaçla yapıldığı, nasıl uygulanacağı konusunda vereceği eğitim bireyin stres faktörünü azaltarak tedavi sonucunu olumlu yönde etkiler (Beji ve diğ. 2009). Çiftlerin eğitime katılması ve soru sormalarına izin vererek, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortadan kaldırmak için gerekli görüşmeler yapılmalıdır (Kavlak, 2015).B azı ülkelerde tedavi aşamasına geçmeden önce infertil çiftlerin hemşire ya da psikolog tarafından psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti alması zorunlu tutulmaktadır. Danışmanlık hizmeti verebilmeleri için hemşirelerin YÜT'le ilgili etik konuları, yaşadığı toplumun kültürü, inancı ve yasal düzenlemelerini bilmesi gerekmektedir. Hemşireler infertil çiftlere yardımcı olmak için:

- YÜT'ün ne kadar süredir denendiği,

- Düzenli cinsel ilişki (haftada 2-3 kez) sıklığı,
- Çiftin yaşı,
- Menstrual siklus düzeni, ovulasyon takibinin yapılıp yapılmadığı,
- Çiftin yaşam tarzı (düzenli beslenme, alkol, sigara, kafein tüketimi, egzersiz yapma, stres yaşama durumu vb.) gibi soruları sorabilir (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

**Psikolojik destek olma rolü:** Çiftlerin birbirinden farklı destek ve ihtiyaçları vardır. Hemşire stres, korku, heyecan yaşayan çiftin rahatlamasını ve bu süreci nasıl iyi geçireceğini bulmak konusunda yardımcı olmalıdır (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009). Bu durumda hemşireler, infertil çiftlerin yaşadıkları emosyonel ve psikolojik stres gibi sorunları gidermek için sakin, anlayışlı, aktif ve samimi iletişim kurmaya çalışmalıdır (Kavlak, 2015). İnfertilite hemşireleri danışmanlık kapsamında psikolojik destek sağlamak amacıyla:

- İnfertil bireylerin yaşadıkları duruma karşı tepkilerini değerlendirmek,
- İnfertil bireylerin yaşadığı stres kaynağını (tanı aşaması, tedavinin başarısız olması gibi) ortaya çıkarmak ve yaşadıkları anksiyeteyi azaltmak,
- Tedavi seçeneklerini konuşmak ve tedavi konusunda gerçekçi beklentilere yönlendirmek
- İnfertil bireylerin özgüvenlerini sürdürmelerini desteklemek gibi konulara odaklanılabilir (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

Sonuç olarak, Türkiye’de infertilite hemşirelerinin gelişiminin desteklenmesi için, eğitim gereksinimlerinin karşılanması, rol ve sorumluluklarının yasal düzenlemeler ile netleştirilmesi ve “Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği”ne uygun bir infertilite hemşireliği sertifika programının uygulanması infertilite hemşireliği açısından oldukça önemlidir (Partovi-Meran ve Beji, 2016).

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma, infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, T.C Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM kliniğine başvuru yapmış olan primer infertil kadınlar ile Ekim 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamadan önce Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM’de araştırmanın yapılmasına ilişkin hastaneden gerekli yazılı onay alınmıştır (Ek-2).

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM’ye başvuru yapan tüm primer infertil kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi, belirtilen evrenden ilgili tarihler arasında (Ekim 2019-Aralık 2019) olasılıksız örnekleme yöntemlerinden rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 120 primer infertil kadın oluşturmuştur. Bu araştırma için örneklem büyüklüğü, yanılğı düzeyi 0.05, evreni temsil düzeyi 0.95 esas alınarak yapılan güç analizi sonucunda, elde edilen PASS çıktılarına göre İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği için en az 112, Beck Depresyon Ölçeği için en az 118 ve Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği için en az 113 örneklem seçilmesi gerektiği belirlenmiştir. Ölçekler aynı bireylere uygulanacağından Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM’den seçilmesi gereken örneklem büyüklüğünün en az 118 olmasına karar verilmiş olup, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya

katılmayı kabul eden toplamda 120 primer infertil kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü için aşağıdaki yöntem kullanılmıştır:

Cronbach'ın güvenilirlik katsayısı üzerinden yapılan güç analizi  $H_0 : \rho_k = c_1$  hipotezinin sınanmasına dayanır. Testin gücü  $(1-\beta)$  kullanılarak hesaplanan güvenilirlik katsayısı  $\tilde{\rho}_k$  değeri ile  $\alpha$  önem düzeyinde  $H_0$  hipotezinde belirlenen  $\rho_k$  değeri istatistiksel derecede birbirinden farklı olacak şekilde,  $H_0$  hipotezini kabul etmemizi sağlayan örneklem büyüklüğünün ne olması gerektiğini belirlememizi sağlayan bir formüle dayanmaktadır (Bonett, 2002). Araştırmadan önce örneklem büyüklüğünün ne olması gerektiğine karar verilebilecek bu yöntemde genellikle  $\beta > \alpha$  olduğundan  $\tilde{\rho}_k > \rho_k$  olarak belirlenmesi uygun olmaktadır (Feldt, Woodruff, ve Salih, 1987).

İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeğinin, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı literatürde 0,93 (geçerlik ve güvenilirlik) ve 0,89 değerler olarak bulunmuştur (Çapık ve diğ. 2019; Yılmaz ve Kavak , 2019). Literatürdeki bu güvenilirlik katsayıları dikkate alınarak Cronbach'ın güvenilirlik katsayısı üzerinden güç analizi yapmak amacı ile PASS (Power Analysis & Sample Size Software) programı kullanılmıştır. İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeğinin güvenirliliği üzerinden güç analizi yapmak için parametreler aşağıdaki biçimde belirlenmiştir.

$$\alpha=0,05 \text{ (Anlam düzeyi)}$$

$$1-\beta=0,90 \text{ (Testin Gücü)}$$

$$k=27 \text{ (Ölçekteki madde sayısı)}$$

$$\rho_k = 0,93 \text{ (H}_0 \text{ hipotezi ile belirlenen cronbach Alfa katsayısı)}$$

$$\tilde{\rho}_k = 0,89 \text{ (H}_1 \text{ hipotezi ile belirlenen Cronbach Alfa katsayısı)}$$

Benzer biçimde; Literatür dikkate alınarak (Hisli, 1988) Beck Depresyon Ölçeği için belirlenen parametreler ve PASS programı çıktıları sırası ile verilmiştir.

$$\alpha=0,05 \text{ (Anlam düzeyi)}$$

$$1-\beta=0,90 \text{ (Testin Gücü)}$$

$$k=21 \text{ (Ölçekteki madde sayısı)}$$

$$\rho_k = 0,80 \text{ (H}_0 \text{ hipotezi ile belirlenen cronbach Alfa katsayısı)}$$

$$\tilde{\rho}_k = 0,87 \text{ (H}_1 \text{ hipotezi ile belirlenen Cronbach Alfa katsayısı)}$$

Benzer biçimde; Literatür dikkate alınarak (Aydemir ve Köroğlu, 2006; Totan ve Yavuz, 2009) Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği için için belirlenen parametreler ve PASS programı çıktıları sırası ile verilmiştir.

$$\alpha=0,05 \text{ (Anlam düzeyi)}$$

$$1-\beta=0,90 \text{ (Testin Gücü)}$$

$$k=40 \text{ (Ölçekteki madde sayısı)}$$

$$\rho_k = 0,83 \text{ (H}_0 \text{ hipotezi ile belirlenen cronbach Alfa katsayısı)}$$

$$\tilde{\rho}_k = 0,89 \text{ (H}_1 \text{ hipotezi ile belirlenen Cronbach Alfa katsayısı)}$$

### **3.4 Veri Toplama Araçları**

Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM'nde, Ekim 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında hafta içi 08:30-16:00 saatleri arasında, hastane tarafından ayarlanan ayrı bir odada yüz yüze görüşme yöntemiyle her bir infertil kadın için ortalama 15-20 dk süre ile veriler toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıdaki gibidir:

- Kişisel Bilgi Formu (KBF) (Ek-4)
- İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (İDÖ) (Ek-5)
- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-6)
- Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ) (Ek-7).

#### **3.4.1 Kişisel Bilgi Formu (KBF)**

Uzman görüşleri doğrultusunda literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; İnfertil kadınların; yaş, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öyküsünü içeren 30 soru bulunmaktadır. Kişisel bilgi formu (KBF) araştırmacılar tarafından literatür taranarak ve uzman görüşleri alınarak oluşturulmuştur (Çelik ve Kırca, 2018; Kaya ve Oskay, 2019; Yılmaz ve Kavak, 2019; Zeren, 2016) (Ek-4).

### 3.4.2 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (İDÖ)

Fu ve diğ. (2015) tarafından infertil kadınların damgalanmaya ilişkin algılarını ölçmek için geliştirilen İDÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Çapık ve diğ. (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum=1, Kısmen Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Kısmen Katılıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5) derecelendirilmektedir. Ölçeğin dört alt boyutu vardır.

**Özdeğer Kaybı:** İnfertil kadınların kendi benliklerine özgü inanç ve değerlerini değerlendiren 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7'dir.

**Sosyal Geri Çekilme:** İnfertil kadınların sosyal etkileşimlerden kaynaklı korkularını değerlendiren 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 8, 9, 10, 11, 12'dir.

**Toplumsal Damgalanma:** İnfertil kadınların çevrelerindeki insanlardan kaynaklı bir damgalamayı değerlendiren 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21'dir.

**Ailesel Damgalanma:** İnfertil kadınların aile bireyleri tarafından algılanan bir damgalamayı değerlendiren 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 22, 23, 24, 25, 26, 27'dir.

Ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135'dir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kadınlar tarafından hissedilen damgalanmanın arttığını göstermektedir (Çapık ve diğ. 2019; Fu ve diğ. 2015) (Ek-5).

### 3.4.3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve diğ. (1960) tarafından hazırlanan ölçek, depresyonda görülen negatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeyi sağlar. BDE'nin iki versiyonu mevcuttur. Bir tanesi 1961 yılında geliştirilmiş olan ve Buket Tegin Erkal tarafından 1980 yılında Türkçe'ye uyarlanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), diğeri ise 1978 yılında yapılan iki düzenleme de Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve diğ. tarafından 1988 yılında yapılmış Beck Depresyon Envanteri (BDE)'dir. Bu çalışmada ölçeğin 1988 yılında Türkçe'ye uyarlanan formu kullanılmıştır. Ölçeğin 1978 formu, Nesrin Şahin Hisli tarafından 1988'de Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 21

maddeden oluşmakta ve her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Hastalardan son 1 hafta içerisindeki duygudurumlarına uygun şıkların işaretlenmesi istenmektedir. Bu test 15 yaş üstü tüm hastalar için uygundur. Hastalar en fazla 63 puan almaktadır, klinik depresyonu belirlemek için kesme noktası 17 kabul edilmiştir. Bazı çalışmalar 17 ve üzeri puan alanlara depresyon tanısı konulabileceğini belirtirken, bazı çalışma sonuçlarında da hastalarda tarama amaçlı kullanıldığında 10 puan ve üzeri skora sahip hastalarda hafif depresyon görüleceği belirtilmiştir (Beck, 1961; Hisli, 1988) (Ek-6). Depresyonun puan dağılımı şu şekildedir:

- Minimal depresyon: 0-9 puan
- Hafif düzeyde depresyon: 10-16 puan
- Orta düzeyde depresyon: 17-29 puan
- Şiddetli depresyon: 30-63 puan

#### **3.4.4 Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)**

Spielberger (1970) tarafından anksiyete düzeylerini değerlendirmek için geliştirilen ve 1985’de Türkçe’ye uyarlaması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılan DSAÖ çalışmada kullanılmıştır. İki faktörlü anksiyete kavramına dayanarak geliştirilen ölçek toplam 40 maddeden oluşup iki ayrı bölümü içermektedir. Bunlardan ilk 20 soru “durumluk anksiyete”yi, daha sonraki 20 soru “sürekli anksiyete”yi ölçmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2006) (Ek-7).

Durumluk anksiyete ölçeği, bireyin bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini; sürekli anksiyete ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu olay ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir. Ölçeklerde tersine dönmüş ifadeler vardır ve hesaplamada doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak durumluk anksiyete için 50, sürekli anksiyete için 35 sabit sayıları bu toplamlara eklenerek bireyin kaygı düzeyi ölçülür (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

Durumluk anksiyete ölçeğinde maddelerin puanlaması “Hiç=1, Biraz=2, Çok=3, Tamamıyla=4” şeklindedir. 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. maddeler tersine çevrilerek hesaplanır. Sürekli anksiyete ölçeğinde ise puanlama (Hemen hiçbir zaman=1, Bazen=2, Çok zaman=3, Hemen her zaman=4) şeklinde yapılır. Tersine dönmüş ifadeler 21,26,27,30,33,36,39. maddelerdir (Aydemir ve Köroğlu, 2006).



Anksiyete puan dağılımı şu şekildedir:

- Anksiyete yok: 0-19 puan,
- Hafif anksiyete: 20-39 puan,
- Orta derecede anksiyete: 40-59 puan,
- Ağır anksiyete: 60-79 puan,
- Panik: 80 puan

### **3.5 Veri Toplama Yöntemi**

Veriler hafta içi 5 gün mesai saatleri içinde Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM kliniğinde çalışmaya katılmaya gönüllü ve araştırma kriterlerine uyan primer infertil kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından KBF, İDÖ, BDÖ, DSAÖ formu ile toplanmıştır. Kişilerin sorulara objektif cevap vermelerini sağlayabilmek için ÜYTM kliniğinde bulunan ayrı bir odada her kadın ile birebir ve yalnız görüşülmüştür. Görüşmeler ortalama 15-20 dk sürmüştür.

### **3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırma sonuçları, Çorum il merkezinde yaşayan ve Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM'ye başvuran 18 yaş üzeri infertilite tanısı almış 120 primer infertil kadın ile sınırlıdır.

2. Araştırma kapsamında değerlendirilen stigma algısı ve emosyonel sorunlara ilişkin veriler İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (DSAÖ)'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

3. Araştırma kapsamında elde edilen veriler katılımcıların yöneltilen sorulara verdiği cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.

### **3.7 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri**

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaş altında olan, çocuk sahibi olan, infertilite tedavisi öncesinde psikiyatrik, kronik ve sistemik bir hastalık öyküsü olan (Depresyon, Anksiyete, DM, HT, Kalp Hastalıkları, Kanser vb.), verilecek ölçekleri

anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip olmayan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

### 3.8 Araştırmanın Dadil Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden, 18 yaşın üzerinde olup, hiç çocuk sahibi olmayan, infertilite tedavisi öncesinde psikiyatrik, kronik ve sistemik bir hastalık öyküsü olmayan (Depresyon, Anksiyete, DM, HT, Kalp Hastalıkları, Kanser vb.), verilecek ölçekleri anlayıp kavrayabilme yeteneğine sahip kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

### 3.9 Çalışma Takvim Çizelgesi

Çalışma takvim çizelgesi 3.1’de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.1: Çalışma takvimi**

Çalışmanın Aşamaları	Tarihler
Literatür Tarama	Nisan 2019-Haziran 2020
Veri toplama araçlarının hazırlanması	Haziran 2019-Temmuz 2019
Ön uygulama yapılması	Eylül 2019-Ekim 2019
Verilerin toplanması	Ekim 2019-Aralık 2019
Verilerin değerlendirilmesi	Ocak 2020-Mart 2020
Tez raporunun hazırlanması	Temmuz 2020- Ocak 2021

### 3.10 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmanın verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Science (SPSS) programı 21.0 versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapma ( $X \pm SS$ ) ile gösterilmiştir. Ölçek ortalamalarının farklılığını belirlemede normallik dağılımı için Kolmogorov Smirnov veya Shapiro-Wilk testi yapılmıştır. Gruplar arası parametrik olmayan verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U, parametrik olan verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında T testi, parametrik olmayan 3 ve üzeri grupların

karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki ve daha fazla sürekli değişken arasındaki ilişkiyi tanımlamak için Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95,0 güven aralığında,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde ve  $p<0,01$   $p<0,001$  ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.11 Araştırmanın Etik İlkeleri**

Veriler toplanmadan önce Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 25.04.2019 tarihinde 2019-140 nolu kararla onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÜYTM'nde araştırmanın yapılmasına ilişkin hastaneden gerekli yazılı onay alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya katılan kişilere araştırmanın adı, amacı ve kişiden neler beklendiğini içeren çalışmaya katılımları için yazılı "Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu" alınmıştır (Ek-3). İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeğini kullanmak üzere Çapık'dan yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

#### **4. BULGULAR**

İnfertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında ele alınmıştır.

- 1.** İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine yönelik bulgular,
- 2.** İDÖ, BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına yönelik bulgular,
- 3.** İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre İDÖ, BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımlarına yönelik bulgular,
- 4.** İDÖ puan ortalaması ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular,

#### 4.1 İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Evlilik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Yönelik Bulgular

**Çizelge 4.1:** İnfertil çiftlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı

Tanıtcı özellikler		X±SD	Min-Max
Yaş		27,6±5,42	18-45
Eşin yaşı		31,08±5,42	19-48
		N=120	%
Yaş	18-25 yaş	46	38,3
	26-35 yaş	61	50,8
	35 yaş ↑	13	10,9
Eğitim durumu	İlkokul	15	12,5
	Ortaokul	24	20,0
	Lise	36	30,0
	Üniversite ve ↑	45	37,5
Çalışma durumu	Çalışan	26	21,7
	Çalışmayan	94	78,3
Gelir durumu	Gelir < Gider	16	13,3
	Gelir = Gider	83	69,2
	Gelir > Gider	21	17,5
Sosyal güvence	Var	113	94,2
	Yok	7	5,8
Sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu	Karşılıyor	97	80,8
	Karşılmıyor	23	19,2
Yaşadığı yer	İl	70	58,3
	İlçe	41	34,2
	Köy	9	7,5
Eşin yaşı	18-25 yaş	14	11,7
	26-35 yaş	83	69,2
	35 yaş ↑	23	19,1
Eşin eğitim durumu	İlkokul	12	10,0
	Ortaokul	27	22,5
	Lise	45	37,5
	Üniversite ve ↑	36	30,0

İnfertil çiftlerin bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı Çizelge 4.1’de verilmiştir. Çizelge 4.1’de verilen sonuçlara göre; infertil kadınların 18-45 yaş grubunda ve ortalama 27,6±5,42 yaşında olduğu, eşlerin ise 19-48 yaş grubunda ve ortalama 31,08±5,42 yaşında olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşlarına bakıldığında %50,8’inin 26-35 yaş aralığında olduğu, eşlerin ise %69,2’sinin 26-35 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde kadınların %37,5’inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, eşlerin ise %37’sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Tedaviye katılan infertil kadınların çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence ve yaşadığı yere ilişkin özellikleri incelendiğinde ise; %78,3’ünün çalışmadığı, %69,2’sinin “gelir-gider denk” olduğu, %94,2’sinin sosyal güvenceye sahip olduğu ve bu kişilerin %80,8’inin sosyal güvencesinin tedavi masraflarını karşıladığı ve %58,3’ünün il’de yaşadığı bulunmuştur.

**Çizelge 4.2:** İnfertil kadınların evlilik öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı

Tanıtıcı özellikler		X+SD	Min- Max
Evlilik yaşı		22,84±4,80	15-37
		N=120	%
Evlilik yaşı	15-25 yaş	95	79,2
	26-35 yaş	22	18,3
	35 yaş ↑	3	2,5
Evlilik süresi	1 yıl	10	8,3
	1-5 yıl	78	65,0
	6-10 yıl	21	17,5
	11 yıl ve ↑	11	9,2
Evlilik şekli	Görücü usulü	48	40,0
	Flört ederek	72	60,0
Akraba evliliği	Var	8	6,7
	Yok	112	93,3
Aile biçimi	Geniş aile	21	17,5
	Çekirdek aile	99	82,5
İnfertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu	Etkiliyor	46	38,3
	Etkilemiyor	74	61,7
İlişkileri etkileme şekli (n=46*)	Sık sık tartışma	11	23,9
	Değişken ve tutarsız davranış	5	10,9
	İlgili ve destekleyici tutum	29	63,1
	Suçlayıcı ve baskılayıcı tutum	1	2,1
İnfertilitenin cinselliği etkileme durumu	Etkiliyor	26	21,7
	Etkilemiyor	94	78,3
Cinselliği etkileme şekli (n=26**)	Cinsel isteksizlik	13	33,4
	Disparoni	6	15,4
	Vajinal kuruluk	4	10,2
	Cinsel doyumda azalma	3	7,7
	Prematür ejakülasyon	10	25,6
	Eretil disfonksiyon	3	7,7

\*Eş ile ilişkileri etkilenen kadınlar oluşturmuştur.

\*\* Eş ile cinselliği etkilenen kadınlar oluşturmuştur (birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

İnfertil çiftlerin evlilik öyküsüne ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı Çizelge 4.2’de verilmiştir. Çizelge 4.2’de verilen sonuçlara göre; infertil kadınların ortalama evlilik yaşının 22,84±4,80 (min=15, max=37) olduğu ve katılımcıların %79,2’sinin evlilik yaşının 15-25 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Kadınların evlilik sürelerine bakıldığında %65’inin 1-5 yıl, %17,5’inin 6-10 yıl arasında evli oldukları belirlenmiştir. Çiftlerin evlenme şekline bakıldığında ise %60’ının flört ederek, %40’ının görücü usulü evlendiği ve %6,7’sinin eşi ile akraba olduğu bulunmuştur. Katılımcıların aile biçimi incelendiğinde %17,5’inin geniş aile, %82,5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

İnfertil kadınların eşle olan ilişki algılarına yönelik bulguların dağılımına bakıldığında; %38,3’ünün infertilitenin eş ile olan ilişkisinin etkilendiği ve bu kişilerin %63,1’inin “ilgili ve destekleyici tutum” sergilediği, %23,9’unun “sık sık tartışma” yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %21,7’sinin infertilitenin cinselliklerini etkilediği belirlenmiş olup, bu kişilerin %33,4’ü “cinsel isteksizlik”, %25,6’sı “prematür ejakülasyon” sorunu yaşamaktadır.

**Çizelge 4.3:** İnfertil kadınların infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı

Tanıtıcı özellikler		X±SD	Min- Max
<b>İnfertilite süresi</b>		1,92±0,64	1-3
		<b>N=120</b>	<b>%</b>
<b>İnfertilite kaynağı</b>	Kadın	49	40,8
	Erkek	17	14,2
	Her ikisi	8	6,7
	Nedeni belli değil	46	38,3
<b>İnfertilite nedeni</b> (n=120*)	Sperm azlığı/hareketsizliği	21	15,6
	Tubal tıkanıklık	6	4,5
	Ovulasyon sorunları	40	29,6
	Uterus anomalileri	2	1,5
	Hormonal nedenler	15	11,1
	Diğer	51	37,7
<b>İnfertilite süresi</b>	1 yıldan ↓	29	24,2
	1-5 yıl	71	59,2
	5 yıl ↑	20	16,6
<b>Tedavi alma durumu</b>	Alan	84	70
	Almayan	36	30
<b>Tedavi türü</b> (n=84**)	Hormon tedavisi	12	12,4
	IUI (Aşılama)	36	37,2
	Hormon tedavisi+ IUI	14	14,4
	Hormon tedavisi+IUI+IVF	24	24,7
	IVF	7	7,2
	Diğer	4	4,1
<b>İnfertilite tedavisi görme süresi</b>	1 yıldan ↓	54	45,0
	1-2 yıl	35	29,2
	3-5 yıl	22	18,3
	6-10 yıl	7	5,8
	11 yıl ve ↑	2	1,7

\*İnfertilite nedeni birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Tedavi alan kadınlar oluşturmuştur (birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

İnfertil kadınların infertilite öyküsüne ilişkin bazı özelliklerine göre bulguların dağılımı Çizelge 4.3’de verilmiştir. Çizelge 4.3’de verilen sonuçlara göre; kadınların infertilite süresi ortalaması  $1,92 \pm 0,64$  olup, %59,2’sinin infertilite süresi 1-5 yıl arasındadır. Tedaviye başvuran kadınların infertilite kaynaklarına bakıldığında; katılımcıların %40,8’inin kadın faktör, %14,2’sinin erkek faktör, %6,7’sinin kadın ve erkek faktör, %38,3’ünün nedeni belli olmayan infertilite olgusu olduğu bulunmuştur. Çiftlerin infertilite nedenlerine bakıldığında %37,7’sinin diğer nedenler, %29,6’sının ovulasyon sorunları ve %15,6’sının sperm azlığı/hareketsizliğinden kaynaklandığı görülmektedir. Kadınların, geçmişte aldıkları tedaviler incelendiğinde %37,2’sinin IUI(aşılama), %24,7’sinin hormon tedavisi+IUI+IVF aldığı, %30’unun ise daha önce herhangi bir tedavi almadığı saptanmıştır. Kadınların infertilite tedavisi görme sürelerine bakıldığında; %45’inin tedavi süresinin 1 yıldan az, %29,2’sinin 1-2 yıl, %18,3’ünün 3-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir.

## 4.2 İDÖ, BDÖ, DAÖ ve SAÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

**Çizelge 4.4:** İnfertil kadınların İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı

İnfertilite Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları	X ± SD	Min-Max	Cronbach Alfa
Özdeğer kaybı	11,18±6,18	7-35	0,855
Sosyal geri çekilme	13,28±5,84	5-25	0,764
Toplumsal damgalanma	14,78±8,24	9-45	0,888
Ailesel damgalanma	8,11±4,94	5-25	0,902
<b>İDÖ toplam puanı</b>	<b>47,34±21,91</b>	<b>27-131</b>	<b>0,944</b>

İnfertil kadınların İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı Çizelge 4.4'te verilmiştir. Katılımcıların İDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; İDÖ toplam puanı 47,34±21,91 (min=27, max=131), özdeğer kaybı alt boyutu 11,18±6,18 (min=7, max=35), sosyal geri çekilme alt boyutu 13,28±5,84 (min=5, max=25), toplumsal damgalanma alt boyutu 14,78±8,24 (min=9, max=45), ailesel damgalanma alt boyutu 8,11±4,94 (min=5, max=25) puan olarak bulunmuştur. İDÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0,764-0,902 arasında değişmekte olup, ölçek geneli için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,944 olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.5:** İnfertil kadınların BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı

Ölçekler	X ± SD	Min-Max	Cronbach Alfa
Beck Depresyon Ölçeği	8,28±9,58	0-47	0,910
Durumluk Anksiyete Ölçeği	43,2±6,25	30-59	0,884
Sürekli Anksiyete Ölçeği	52,54±8,78	36-74	0,805

İnfertil kadınların BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımı Çizelge 4.5'te verilmiştir. Katılımcıların BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına bakıldığında; BDÖ toplam puanı 8,28±9,58 (min=0, max=47), DAÖ toplam puanı 43,2±6,25 (min=30, max=59), SAÖ toplam puanı 52,54±8,78 (min=36, max=74) olarak belirlenmiştir. Ölçeklerin geneli için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla BDÖ (0,910), DAÖ (0,884) ve SAÖ (0,805)'tir.

**Çizelge 4.6:** İnfertil kadınların BDÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği	N	%
Minimal depresyon	81	67,5
Hafif depresyon	20	16,7
Orta depresyon	12	10,0
Şiddetli depresyon	7	5,8
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



İnfertil kadınların BDÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Çizelge 4.6'da verilmiştir. İnfertil kadınların BDÖ derecelerine göre sınıflandırılması incelendiğinde; kadınların %67,5'inin (n=81) minimal derecede depresyon, %16,7'sinin (n=20) ise hafif derecede depresyon yaşadığı saptanmıştır.

**Çizelge 4.7:** İnfertil kadınların DAÖ ve SAÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği	N	%
<b>DAÖ</b>		
Hafif Anksiyete	36	30,0
Orta Derecede Anksiyete	68	56,7
Ağır Anksiyete	15	12,5
Panik	1	0,8
<b>SAÖ</b>		
Hafif Anksiyete	14	11,7
Orta Derecede Anksiyete	86	71,7
Ağır Anksiyete	20	16,6
Panik	0	0,0
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

İnfertil kadınların DAÖ ve SAÖ derecelerine göre sınıflandırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Çizelge 4.7'de verilmiştir. İnfertil kadınların DAÖ ve SAÖ derecelerine göre sınıflandırılması incelendiğinde kadınların %56,7'sinin (n=68) orta derecede durumluk anksiyete yaşadığı, sürekli anksiyetede ise bu oranın %71,7 (n=86) olduğu belirlenmiştir.

#### 4.3 İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Evlilik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre İDÖ, BDÖ, DAÖ ve SAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular

**Çizelge 4.8:** İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tanıttıcı Özellikler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ Toplam
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>Yaş</b>					
18-25 yaş	12,37±6,64	13,91±6,01	16,07±8,17	7,87±4,03	50,21±21,68
26-35 yaş	10,43±6,14	13,43±5,76	14,18±8,05	8,67±5,90	46,70±22,94
35 yaş ↑	10,46±3,86	13,31±5,00	13,08±9,27	6,31±1,10	40,15±16,56
<b>Test p değeri</b>	X <sup>2</sup> :3,965 0,138	X <sup>2</sup> :3,770 0,152	X <sup>2</sup> :6,290 <b>0,043</b>	X <sup>2</sup> :3,963 0,138	X <sup>2</sup> :4,294 0,117

**Çizelge 4.8 (devam):** İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul	12,47±6,90	11,40±6,64	16,53±12,36	8,40±6,37	48,80±29,51
Ortaokul	10,54±4,66	13,79±5,61	14,63±5,10	7,38±3,34	46,33±14,47
Lise	12,22±7,95	14,61±5,78	16,89±9,68	8,67±5,58	52,38±26,09
Üniversite ve ↑	10,24±4,87	12,56±5,63	12,60±6,08	7,96±4,66	43,35±18,21
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :0,974	X <sup>2</sup> :4,188	X <sup>2</sup> :1,813	X <sup>2</sup> :3,189	X <sup>2</sup> :2,037
<b>p değeri</b>	0,615	0,123	0,404	0,203	0,361
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışan	9,58±4,83	11,92±5,35	12,88±6,36	7,42±3,17	41,80±17,15
Çalışmayan	11,62±6,45	13,65±5,93	15,31±8,63	8,30±5,32	48,87±22,89
<b>Test</b>	Z:-1,427	Z:-1,150	Z:-1,738	Z:-0,613	Z:-1,651
<b>p değeri</b>	0,154	0,250	0,082	0,540	0,099
<b>Gelir durumu</b>					
Gelir < Gider	14,44±8,99	15,50±6,31	18,56±11,25	11,25±9,08	59,75±32,44
Gelir = Gider	10,64±4,54	13,13±5,65	14,00±7,07	7,45±3,21	44,91±16,96
Gelir > Gider	12,00±8,34	12,14±6,04	15,00±9,46	8,33±5,58	47,47±27,19
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :2,013	X <sup>2</sup> :2,623	X <sup>2</sup> :2,339	X <sup>2</sup> :0,721	X <sup>2</sup> :3,329
<b>p değeri</b>	0,366	0,269	0,311	0,697	0,189
<b>Sosyal güvence</b>					
Var	10,89±5,84	13,19±5,73	14,55±7,88	7,69±4,14	46,31±20,19
Yok	15,71±9,74	14,71±7,71	18,57±12,90	14,86±10,31	63,85±39,63
<b>Test</b>	Z:-1,444	Z:-0,511	Z:-0,515	Z:-2,066	Z:-0,762
<b>p değeri</b>	0,149	0,609	0,607	<b>0,039</b>	0,446
<b>Sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu</b>					
Karşılıyor	11,04±5,98	13,48±5,78	14,97±8,33	7,80±4,42	47,29±21,10
Karşılmıyor	11,74±7,05	12,39±6,12	14,00±7,94	9,39±6,65	47,52±25,55
<b>Test</b>	Z:-0,136	Z:-0,916	Z:-0,661	Z:-1,327	Z:-0,560
<b>p değeri</b>	0,892	0,360	0,509	0,185	0,575
<b>Yaşadığı yer</b>					
İl	12,06±6,65	14,13±5,85	15,83±8,61	8,60±5,41	50,61±22,82
İlçe	9,80±5,31	11,76±5,43	12,78±6,92	7,61±4,49	41,95±19,84
Köy	10,56±5,24	13,56±6,76	15,78±9,90	6,56±1,66	46,44±20,79
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :6,329	X <sup>2</sup> :4,483	X <sup>2</sup> :7,168	X <sup>2</sup> :5,259	X <sup>2</sup> :9,644
<b>p değeri</b>	<b>0,042</b>	0,106	<b>0,028</b>	0,072	<b>0,008</b>
<b>Eşin yaşı</b>					
18-25 yaş	15,21±8,54	14,79±6,72	19,71±11,11	9,43±6,59	59,14±28,95
26-35 yaş	10,86±6,07	13,46±5,74	14,06±7,39	8,16±5,17	46,53±21,40
35 yaş ↑	9,87±3,63	11,70±5,51	14,39±8,50	7,13±2,05	43,08±16,84
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :5,693	X <sup>2</sup> :2,588	X <sup>2</sup> :7,094	X <sup>2</sup> :1,218	X <sup>2</sup> :5,667
<b>p değeri</b>	0,058	0,274	<b>0,029</b>	0,544	0,059
<b>Eşin eğitim durumu</b>					
İlkokul	13,58±7,26	12,25±7,25	18,75±13,15	9,33±6,99	53,91±31,43
Ortaokul	10,70±5,06	13,74±5,11	14,30±5,10	7,19±3,15	45,92±14,43
Lise	12,02±6,53	14,29±6,13	15,67±8,78	8,71±5,56	50,68±23,92
Üniversite ve ↑	9,67±5,92	12,00±5,39	12,72±6,99	7,64±4,40	42,02±19,68
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :2,898	X <sup>2</sup> :1,245	X <sup>2</sup> :0,117	X <sup>2</sup> :1,937	X <sup>2</sup> :0,014
<b>p değeri</b>	0,235	0,537	0,943	0,380	0,993

Z: Mann-Whitney U X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis

Çizelge 4.8’de infertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre İDÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması ile yaşadığı yer arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli olup ( $p=0,042$ ), bu farkın il ( $12,06\pm 6,65$ ) ve ilçe’de ( $12,06\pm 6,65$ ) yaşayan gruplar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,040$ ). Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ile özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması ile infertil kadınların sosyodemografik özelliklerin (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, yaşadığı yer, eşin yaşı, eşin eğitim durumu) puan ortalaması arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile yaş, yaşadığı yer ve eşin yaşı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,043$ ;  $p=0,028$  ve  $p=0,029$ ). Bu puan farkının, kadınların 18-25 yaş ( $16,07\pm 8,17$ ) ve 35 yaş üstü ( $13,08\pm 9,27$ ) grupları arasında ( $p=0,028$ ), il ( $15,83\pm 8,61$ ) ve ilçe’de ( $12,78\pm 6,92$ ) yaşayan gruplar arasında ( $p=0,026$ ), eşin 18-25 yaş ( $19,71\pm 11,11$ ) ve 26-35 ( $14,06\pm 7,39$ ) yaş grupları arasında ( $p=0,024$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, eşin eğitim durumu ile toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile sosyal güvence varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $p=0,039$ ). Bu puanın sosyal güvencesi olmayanlarda ( $15,71\pm 9,74$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, yaşadığı yer, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ile ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplam puan ortalaması ile yaşadığı yer ( $p=0,008$ ) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup, bu farkın il ( $50,61\pm 22,82$ ) ve ilçe’de ( $41,95\pm 19,84$ ) yaşayan gruplar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,006$ ). Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal

güvence durumu, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ile İDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.9:** İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tanıttıcı Özellikler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ Toplam
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>Evlilik yaşı</b>					
15-25 yaş	11,64±6,62	13,78±5,82	15,03±8,31	8,40±5,20	48,85±22,76
26-35 yaş	9,09±3,66	11,64±5,92	14,50±8,35	7,14±3,85	42,36±18,59
35 yaş ↑	11,67±3,05	9,33±0,57	9±0	6±0	36,00±3,00
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :4,171	X <sup>2</sup> :4,000	X <sup>2</sup> :4,392	X <sup>2</sup> :4,319	X <sup>2</sup> :3,799
<b>p değeri</b>	0,124	0,135	0,111	0,115	0,150
<b>Evlilik süresi</b>					
1 yıl	15,80±9,47	14,20±6,35	17,90±11,14	9,30±7,42	57,20±31,91
1-5 yıl	11,09±6,21	13,00±5,84	14,24±7,94	8,13±5,17	46,46±21,99
6-10 yıl	9,14±3,11	13,48±5,35	13,24±3,94	6,86±2,10	42,71±10,73
11 yıl ve ↑	11,45±5,16	14,00±6,84	18,73±12,02	9,27±4,38	53,45±25,49
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :5,754	X <sup>2</sup> :0,763	X <sup>2</sup> :4,200	X <sup>2</sup> :4,561	X <sup>2</sup> :2,350
<b>p değeri</b>	0,124	0,858	0,241	0,207	0,503
<b>Evlilik şekli</b>					
Görücü usulü	11,50±6,26	13,54±6,36	15,50±8,11	8,06±4,30	48,60±21,30
Flört ederek	10,96±6,15	13,10±5,50	14,31±8,34	8,14±5,34	46,50±22,41
<b>Test</b>	Z:-0,666	Z:-0,140	Z:-1,850	Z:-1,391	Z:-0,914
<b>p değeri</b>	0,506	0,889	0,064	0,164	0,361
<b>Akraba evliliği</b>					
Var	12,25±8,79	14,00±5,39	18,63±11,81	10,13±8,18	55,00±32,49
Yok	11,10±5,99	13,22±5,88	14,51±7,92	7,96±4,65	46,79±21,06
<b>Test</b>	Z:-0,500	Z:-0,432	Z:-1,613	Z:-1,151	Z:-0,921
<b>p değeri</b>	0,617	0,665	0,107	0,250	0,357
<b>Aile biçimi</b>					
Geniş aile	12,33±5,89	14,67±6,46	16,76±8,91	7,38±2,51	51,14±20,28
Çekirdek aile	10,93±6,23	12,98±5,69	14,36±8,07	8,26±5,31	46,53±22,25
<b>Test</b>	Z:-1,872	Z:-1,021	Z:-1,764	Z:-0,303	Z:-1,552
<b>p değeri</b>	0,062	0,307	0,078	0,762	0,121
<b>İnfertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu</b>					
Etkiliyor	12,98±7,19	14,67±6,27	16,80±9,58	9,70±6,13	54,15±25,86
Etkilemiyor	10,05±5,20	12,41±5,41	13,53±7,05	7,12±3,73	43,10±17,96
<b>Test</b>	Z:6,283	Z:3,805	Z:5,268	Z:16,088	Z:6,814
<b>p değeri</b>	<b>0,012</b>	0,051	<b>0,022</b>	<b>0,000</b>	<b>0,009</b>
<b>İlişkileri etkileme şekli</b>					
Sık sık tartışma	14,18±6,21	15,45±6,13	15,00±6,03	10,18±5,54	54,81±19,07
Değişken ve tutarsız davranış	15,80±8,92	17,60±7,57	26,60±13,86	11,00±3,08	71,00±30,58
İlgili ve destekleyici tutum	11,34±6,23	13,55±5,96	14,97±8,02	8,59±5,64	48,44±23,07
Suçlayıcı ve baskılayıcı tutum	33,00±00	24,00±00	41,00±00	30,00±00	128,00±00
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :4,785	X <sup>2</sup> :4,240	X <sup>2</sup> :5,784	X <sup>2</sup> :7,551	X <sup>2</sup> :5,977
<b>p değeri</b>	0,188	0,237	0,123	0,056	0,113

**Çizelge 4.9 (devam): İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları**

<b>İnfertilitenin cinselliği etkileme durumu</b>					
Etkiliyor	12,96±6,88	15,65±5,93	18,69±10,70	9,62±6,60	56,92±26,46
Etkilemiyor	10,68±5,91	12,62±5,67	13,70±7,11	7,69±4,32	44,69±19,82
<b>Test</b>	Z:-1,856	Z:-2,245	Z:-2,493	Z:-2,301	Z:-2,604
<b>p değeri</b>	0,063	<b>0,025</b>	<b>0,013</b>	<b>0,021</b>	<b>0,009</b>
<b>Cinselliği etkileme şekli</b>					
<b>Cinsel isteksizlik</b>					
Var	13,15±7,76	15,92±6,14	16,77±10,20	11,15±8,39	57,00±30,06
Yok	12,77±6,19	15,38±5,95	20,62±11,24	8,08±3,90	56,84±23,56
<b>Test</b>	Z:-0,208	Z:-0,206	Z:-1,206	Z:-0,812	Z:-0,334
<b>p değeri</b>	0,835	0,837	0,224	0,417	0,739
<b>Disparoni</b>					
Var	14,33±11,07	14,33±7,96	19,67±14,01	13,67±11,20	62,00±43,63
Yok	12,55±5,41	16,05±5,37	18,40±9,93	8,40±4,19	55,40±20,25
<b>Test</b>	Z:-0,309	Z:-0,641	Z:-0,368	Z:-0,450	Z:-0,823
<b>p değeri</b>	0,757	0,522	0,713	0,653	0,411
<b>Vajinal kuruluk</b>					
Var	17,50±12,79	17,50±8,34	24,50±15,00	17,00±12,80	76,50±48,32
Yok	12,14±5,33	15,32±5,58	17,64±9,83	8,27±4,02	53,36±20,35
<b>Test</b>	Z:-0,433	Z:-0,748	Z:-0,789	Z:-0,750	Z:-0,640
<b>p değeri</b>	0,665	0,454	0,430	0,453	0,522
<b>Cinsel doyumda azalma</b>					
Var	26,00±6,08	24,00±1,00	38,33±4,61	22,33±10,01	110,66±15,82
Yok	11,26±4,92	14,57±5,40	16,13±8,29	7,96±3,93	49,91±18,11
<b>Test</b>	Z:-2,771	Z:-2,576	Z:-2,550	Z:-2,754	Z:-2,772
<b>p değeri</b>	<b>0,006</b>	<b>0,010</b>	<b>0,011</b>	<b>0,006</b>	<b>0,006</b>
<b>Prematür ejakülasyon</b>					
Var	13,90±6,69	15,40±6,85	20,70±11,62	10,50±6,83	60,50±28,06
Yok	12,38±7,15	15,81±5,51	17,44±10,26	9,06±6,61	54,68±26,09
<b>Test</b>	Z:-0,562	Z:-0,185	Z:-0,718	Z:-1,280	Z:-0,422
<b>p değeri</b>	0,574	0,853	0,473	0,201	0,673
<b>Eretil disfonksiyon</b>					
Var	17,00±5,56	21,67±3,05	26,33±5,85	12,67±11,54	77,66±25,71
Yok	12,43±6,96	14,87±5,79	17,70±10,86	9,22±6,00	54,21±25,87
<b>Test</b>	Z:-1,548	Z:-1,932	Z:-1,740	Z:-0,212	Z:-1,728
<b>p değeri</b>	0,122	0,053	0,082	0,832	0,084

Z: Mann-Whitney U X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis

Çizelge 4.9'da infertil kadınların evlilik öyküsüne göre İDÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması ile infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla p=0,012 ve p=0,006). Bu farkın infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu yaşayan (12,98±7,19) ve cinsel doyumda azalma (26,00±6,08) yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, infertilitenin ilişkileri etkileme şekli, infertilitenin cinselliği etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür

ejakülasyon, erektil disfonksiyon) özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması ile infertilitenin cinselliği etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,025$  ve  $p=0,010$ ). Bu farkın infertilitenin cinselliği etkileme durumu yaşayan ( $15,65\pm 5,93$ ) ve cinsel doyumda azalma ( $24,00\pm 1,00$ ) yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, ilişkileri etkileme şekli, cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon) sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, infertilitenin cinselliği etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,022$ ;  $p=0,013$  ve  $p=0,011$ ). Bu farkın infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu yaşayan ( $16,80\pm 9,58$ ), infertilitenin cinselliği etkileme durumu yaşayan ( $18,69\pm 10,70$ ) ve cinsel doyumda azalma ( $38,33\pm 4,61$ ) yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, infertilitenin ilişkileri etkileme şekli, cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon)) toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, infertilitenin cinselliği etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,021$  ve  $p=0,006$ ). Bu farkın infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu yaşayan ( $9,70\pm 6,13$ ), infertilitenin cinselliği etkileme durumu yaşayan ( $9,62\pm 6,60$ ) ve cinsel doyumda azalma ( $22,33\pm 10,01$ ) yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, infertilitenin ilişkileri etkileme şekli, cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür

ejakülasyon, erektil disfonksiyon) ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplam puan ortalaması ile infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, infertilitenin cinselliği etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,009$ ;  $p=0,009$  ve  $p=0,006$ ). Bu farkın infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu yaşayan ( $54,15\pm 25,86$ ), infertilitenin cinselliği etkileme durumu yaşayan ( $56,92\pm 26,46$ ) ve cinsel doyumda azalma ( $110,86\pm 15,82$ ) yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, infertilitenin ilişkileri etkileme şekli, cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon) İDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.10:** İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tanıttıcı Özellikler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ Toplam
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>İnfertilite kaynağı</b>					
Kadın	12,49±7,10	14,22±5,84	16,41±8,50	8,67±5,43	51,79±23,64
Erkek	8,53±2,69	13,06±5,61	12,24±4,84	7,00±1,90	40,82±11,45
Her ikisi	12,50±6,21	14,88±6,01	16,75±11,82	9,00±6,30	53,12±27,03
Nedeni belli değil	10,52±5,76	12,07±5,82	13,65±8,05	7,76±4,94	44,00±21,40
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :7,435	X <sup>2</sup> :4,202	X <sup>2</sup> :10,020	X <sup>2</sup> :2,388	X <sup>2</sup> :6,719
<b>p değeri</b>	0,059	0,240	<b>0,018</b>	0,496	0,081
<b>İnfertilite nedeni</b>					
<b>Sperm azlığı/hareketsizliği</b>					
Var	9,76±4,57	14,14±5,96	14,05±8,40	7,81±4,16	45,76±19,77
Yok	11,47±6,44	13,09±5,82	14,94±8,23	8,17±5,10	47,67±22,41
<b>Test</b>	Z:-1,331	Z:-0,596	Z:-1,267	Z:-0,012	Z:-0,446
<b>p değeri</b>	0,183	0,551	0,205	0,990	0,656
<b>Tubal tıkanıklık</b>					
Var	12,50±7,03	15,83±8,06	16,33±9,20	9,33±5,75	54,00±27,53
Yok	11,11±6,15	13,14±5,71	14,70±8,21	8,04±4,91	46,99±21,66
<b>Test</b>	Z:-0,591	Z:-0,791	Z:-0,332	Z:-0,340	Z:-0,277
<b>p değeri</b>	0,555	0,429	0,740	0,734	0,782
<b>Ovulasyon sorunları</b>					
Var	12,75±7,53	14,33±5,95	16,33±9,45	8,35±5,51	51,75±25,40
Yok	10,39±5,25	12,75±5,74	14,01±7,49	7,99±4,65	45,13±19,74
<b>Test</b>	Z:-1,869	Z:-1,510	Z:-1,562	Z:-0,187	Z:-1,467
<b>p değeri</b>	0,062	0,131	0,118	0,851	0,144
<b>Uterus anomalileri</b>					
Var	11,50±6,36	17,00±7,07	24,50±16,26	10,00±5,65	63,00±35,35
Yok	11,17±6,20	13,21±5,83	14,62±8,06	8,08±4,94	47,07±21,75
<b>Test</b>	Z:-0,107	Z:-0,956	Z:-1,320	Z:-0,764	Z:-0,800
<b>p değeri</b>	0,915	0,339	0,187	0,445	0,424

**Çizelge 4.10 (devam): İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları**

<b>İnfertilite nedeni</b>					
<b>Hormonal nedenler</b>					
Var	9,73±4,26	11,00±6,00	13,60±5,60	8,40±5,04	42,73±18,01
Yok	11,38±6,39	13,60±5,77	14,95±8,55	8,07±4,94	48,00±22,40
<b>Test</b>	Z:-0,924	Z:-1,905	Z:-0,142	Z:-0,510	Z:-1,009
<b>p değeri</b>	0,356	0,057	0,887	0,610	0,313
<b>Tedavi alma durumu</b>					
Alan	11,38±6,05	13,69±5,64	15,18±8,12	8,51±5,22	48,76±21,67
Almayan	10,69±6,52	12,31±6,25	13,86±8,53	7,17±4,10	44,02±22,40
<b>Test</b>	Z:-1,085	Z:-1,378	Z:-1,589	Z:-1,993	Z:-1,931
<b>p değeri</b>	0,278	0,168	0,112	<b>0,046</b>	0,053
<b>Tedavi türü</b>					
<b>Hormon tedavisi</b>					
Alan	10,00±4,00	12,00±4,59	12,83±3,90	7,58±3,98	42,41±11,41
Almayan	11,61±6,32	13,97±5,77	12,83±3,90	7,58±3,98	49,81±22,82
<b>Test</b>	Z:-0,496	Z:-0,853	Z:-0,539	Z:-0,644	Z:-0,716
<b>p değeri</b>	0,620	0,394	0,590	0,519	0,474
<b>IUI (Aşılama)</b>					
Alan	11,78±6,99	14,47±6,03	16,00±9,71	8,64±6,22	50,88±25,39
Almayan	11,08±5,29	13,10±5,31	14,56±6,74	8,42±4,40	47,16±18,52
<b>Test</b>	Z:-0,323	Z:-1,011	Z:-0,096	Z:-0,699	Z:-0,308
<b>p değeri</b>	0,747	0,312	0,923	0,485	0,758
<b>Hormon tedavisi+ IUI</b>					
Alan	11,14±5,86	14,71±5,38	16,21±4,28	8,86±3,69	50,92±13,63
Almayan	11,43±6,12	13,49±5,70	14,97±8,70	8,44±5,50	48,32±22,59
<b>Test</b>	Z:-0,205	Z:-0,867	Z:-2,205	Z:-1,148	Z:-1,742
<b>P değeri</b>	0,837	0,386	<b>0,027</b>	0,251	0,082
<b>Hormon tedavisi+IUI+IVF</b>					
Alan	10,88±4,63	14,29±5,56	15,04±8,05	8,33±5,00	48,54±20,68
Almayan	11,58±6,55	13,45±5,70	15,23±8,22	8,58±5,35	48,85±22,22
<b>Test</b>	Z:-0,456	Z:-0,710	Z:-0,382	Z:-0,431	Z:-0,193
<b>p değeri</b>	0,648	0,478	0,702	0,666	0,847
<b>IVF</b>					
Alan	8,14±1,86	11,71±3,86	11,00±3,83	7,00±1,29	37,85±7,24
Almayan	11,68±6,21	13,87±5,75	15,56±8,31	8,65±5,42	49,75±22,29
<b>Test</b>	Z:-1,467	Z:-1,056	Z:-1,939	Z:-0,102	Z:-1,522
<b>p değeri</b>	0,142	0,291	0,053	0,919	0,128
<b>İnfertilite süresi</b>					
1 yıldan ↓	13,17±8,77	12,66±6,65	16,59±11,34	9,17±6,76	51,58±30,90
1-5 yıl	10,56±5,16	13,27±5,36	13,49±5,91	7,66±4,32	44,98±17,38
5 yıl ↑	10,45±4,43	14,20±6,39	16,75±9,54	8,15±3,74	49,55±20,77
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :0,763	X <sup>2</sup> :1,110	X <sup>2</sup> :1,843	X <sup>2</sup> :1,391	X <sup>2</sup> :0,764
<b>p değeri</b>	0,683	0,574	0,398	0,499	0,683
<b>İnfertilite tedavisi görme</b>					
<b>Süresi</b>					
1 yıldan ↓	11,63±7,08	12,28±5,84	14,59±8,95	7,94±5,15	46,44±24,29
1-2 yıl	9,91±3,82	13,71±5,59	13,77±6,66	7,06±2,26	44,45±14,20
3-5 yıl	12,41±7,26	14,05±6,40	16,82±9,31	9,91±7,03	53,18±27,09
6-10 yıl	8,57±1,39	15,86±4,56	12,86±3,48	7,00±1,73	44,28±6,26
11 yıl ve ↑	16,50±7,77	15,00±8,48	22,00±12,72	15,00±7,07	68,50±36,06
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :2,876	X <sup>2</sup> :4,433	X <sup>2</sup> :4,016	X <sup>2</sup> :6,793	X <sup>2</sup> :4,137
<b>p değeri</b>	0,579	0,351	0,404	0,147	0,388

Z: Mann-Whitney U X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis



Çizelge 4.10'da infertil kadınların infertilite öykülerine göre İDÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması ile infertilite kaynağı, infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu, tedavi türü, infertilite tedavisi görme süresi arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması ile infertilite kaynağı, infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu, tedavi türü, infertilite tedavisi görme süresi ile arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile infertilite kaynağı ve tedavi türü (hormon tedavisi+ IUI) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,018$ ;  $p=0,027$ ). Bu puanın infertilite kaynağının kadın ( $16,41\pm 8,50$ ) ve nedeni belli olmayan ( $13,65\pm 8,05$ ) grupları arasında ( $p=0,042$ ) ve tedavi türü (hormon tedavisi+ IUI) ( $16,21\pm 4,28$ ) olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. İnfertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu, tedavi türü (hormon tedavisi, IUI, hormon tedavisi+IUI, hormon tedavisi+IUI+IVF, IVF), infertilite tedavisi görme süresi ile toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile tedavi alan ( $8,51\pm 5,22$ ) kadınlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $p=0,046$ ). İnfertilite kaynağı, infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi türü (hormon tedavisi, IUI, hormon tedavisi+IUI, hormon tedavisi+IUI+IVF, IVF), infertilite tedavisi görme süresi ile ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

İnfertilite damgalanma ölçeği (İDÖ) toplam puan ortalaması ile infertilite kaynağı, infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu, tedavi türü, infertilite tedavisi görme süresi arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.11:** İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tanıttıcı Özellikler	BDÖ	DAÖ	SAÖ
	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>Yaş</b>			
18-25 yaş	7,93±8,61	46,28±9,58	50,32±8,19
26-35 yaş	9,16±10,71	47,37±11,23	50,93±10,56
35 yaş ↑	5,38±6,61	44,69±10,33	51,46±11,56
<b>Test p değeri</b>	X <sup>2</sup> :1,166 0,558	X <sup>2</sup> :0,591 0,744	X <sup>2</sup> :0,175 0,916
<b>Eğitim durumu</b>			
İlkokul	9,26±12,98	45,46±13,28	54,26±13,67
Ortaokul	8,70±7,30	46,16±9,22	51,41±6,18
Lise	9,63±9,55	48,66±8,73	51,30±8,13
Üniversite ve ↑	6,64±9,43	45,73±11,44	48,80±10,81
<b>Test p değeri</b>	X <sup>2</sup> :0,909 0,635	X <sup>2</sup> :4,040 0,133	X <sup>2</sup> :1,114 0,573
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışan	5,69±4,85	45,88±9,04	48,50±8,86
Çalışmayan	9,00±10,42	46,88±10,87	51,38±9,95
<b>Test p değeri</b>	Z:-0,716 0,474	Z:-0,185 0,853	Z:-1,240 0,215
<b>Gelir durumu</b>			
Gelir < Gider	14,06±14,16	51,37±12,16	53,43±12,40
Gelir = Gider	7,92±8,39	46,80±10,20	50,87±8,96
Gelir > Gider	5,28±8,32	42,52±8,91	48,23±10,46
<b>Test p değeri</b>	X <sup>2</sup> :8,462 <b>0,015</b>	X <sup>2</sup> :6,414 <b>0,040</b>	X <sup>2</sup> :2,607 0,272
<b>Sosyal güvence</b>			
Var	7,50±7,90	46,04±9,64	50,08±9,19
Yok	20,85±21,36	56,71±17,86	61,57±12,98
<b>Test p değeri</b>	Z:-1,281 0,200	Z:-1,496 0,135	Z:-2,174 <b>0,030</b>
<b>Sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu</b>			
Karşılıyor	7,79±8,21	46,37±9,45	49,73±9,44
Karşılmıyor	11,60±13,67	47,91±14,22	55,08±10,08
<b>Test p değeri</b>	Z:-1,318 0,187	Z:-0,143 0,886	Z:-2,098 <b>0,036</b>
<b>Yaşadığı yer</b>			
İl	9,18±9,63	48,11±10,31	51,17±9,67
İlçe	7,70±10,17	44,90±10,88	51,70±9,89
Köy	3,88±3,75	43,44±8,80	43,22±7,08
<b>Test p değeri</b>	X <sup>2</sup> :2,372 0,305	X <sup>2</sup> :4,293 0,117	X <sup>2</sup> :6,565 <b>0,038</b>

**Çizelge 4.11 (devam):** İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

<b>Eşin yaşı</b>			
18-25 yaş	8,71±10,70	48,85±9,46	48,92±10,77
26-35 yaş	8,36±10,03	46,69±10,67	50,90±8,96
35 yaş ↑	7,73±7,23	45,21±10,54	51,34±12,02
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :0,276	X <sup>2</sup> :1,554	X <sup>2</sup> :1,797
<b>p değeri</b>	0,871	0,460	0,407
<b>Eşin eğitim durumu</b>			
İlkokul	10,33±13,35	46,41±14,33	55,91±13,58
Ortaokul	9,07±7,60	49,11±9,99	50,07±6,30
Lise	9,04±10,85	45,77±10,71	51,66±10,26
Üniversite ve ↑	6,05±7,54	46,02±9,17	48,41±9,37
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :1,111	X <sup>2</sup> :2,849	X <sup>2</sup> :2,878
<b>p değeri</b>	0,574	0,241	0,237

Z: Mann-Whitney U X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis

Çizelge 4.11’de infertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puan ortalaması ile gelir durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p=0,015). Bu farkın gelir<gider (14,06±14,16) ve gelir>gider (5,28±8,32) olan gruplar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,012). Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, yaşadığı yer, eşin yaşı ve eşin eğitim durumu ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Durumluk anksiyete ölçeği (DAÖ) puan ortalaması ile gelir durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p=0,040). Bu farkın gelir<gider (51,37±12,16) ve gelir>gider (42,52±8,91) olan gruplar arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,040). Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, yaşadığı yer, eşin yaşı ve eşin eğitim durumu ile DAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Sürekli anksiyete ölçeği (SAÖ) puan ortalaması ile sosyal güvence varlığı, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu ve yaşadığı yer arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla p=0,030; p=0,036 ve p=0,038). Bu farkın sosyal güvencesi olmayan (61,57±12,98), sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılamadığı grupta (55,08±10,08), il (51,17±9,67) ve köy’de

(43,22±7,08) yaşayan gruplar arasında (p=0,043), ilçe (51,70±9,89) ve köy'de (43,22±7,08) yaşayan gruplar arasında (p=0,040) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, eşin yaşı ve eşin eğitim durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

**Çizelge 4.12:** İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tamamlayıcı Özellikler	BDÖ	DAÖ	SAÖ
	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>Evlilik yaşı</b>			
15-25 yaş	8,85±9,88	46,88±10,55	51,63±8,84
26-35 yaş	6,45±8,56	46,31±10,82	47,36±12,71
35 yaş ↑	3,66±2,88	42,33±6,65	48,00±11,13
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :2,888	X <sup>2</sup> :0,549	X <sup>2</sup> :3,607
<b>p değeri</b>	0,236	0,760	0,165
<b>Evlilik süresi</b>			
1 yıl	9,90±10,03	48,00±11,94	50,80±11,75
1-5 yıl	7,46±9,95	46,39±10,93	50,12±9,62
6-10 yıl	8,14±8,76	45,76±6,32	49,00±8,90
11 yıl ve ↑	12,90±7,21	49,09±12,92	58,54±7,85
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :10,418	X <sup>2</sup> :0,672	X <sup>2</sup> :8,479
<b>p değeri</b>	<b>0,015</b>	0,880	<b>0,037</b>
<b>Evlilik şekli</b>			
Görücü usulü	10,33±10,85	46,97±11,58	52,79±9,37
Flört ederek	6,91±8,42	46,45±9,76	49,40±9,84
<b>Test</b>	Z:-1,766	Z:-0,096	Z:-2,072
<b>p değeri</b>	0,077	0,923	<b>0,038</b>
<b>Akraba evliliği</b>			
Var	7,62±9,98	40,25±8,59	49,75±11,11
Yok	8,33±9,59	47,12±10,48	50,83±9,71
<b>Test</b>	Z:-0,206	Z:-1,921	Z:-0,053
<b>p değeri</b>	0,837	0,055	0,958
<b>Aile biçimi</b>			
Geniş aile	7,23±9,40	43,90±8,32	49,00±10,44
Çekirdek aile	8,50±9,64	47,25±10,83	51,13±9,62
<b>Test</b>	Z:-0,662	Z:-1,078	Z:-0,895
<b>p değeri</b>	0,508	0,281	0,371
<b>İnfertilitenin eş ile ilişkileri</b>			
<b>etkileme durumu</b>			
Etkiliyor	11,28±11,67	50,50±11,32	54,26±8,44
Etkilemiyor	6,24±7,40	44,32±9,27	48,31±9,74
<b>Test</b>	Z:-2,911	Z:-2,903	Z:-3,345
<b>p değeri</b>	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>

**Çizelge 4.12 (devam):** İnfertil kadınların evlilik öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

<b>İlişkileri etkileme şekli</b>			
Sık sık tartışma	12,36±12,25	55,45±10,26	52,72±6,54
Değişken ve tutarsız davranış	9,00±3,00	46,80±8,75	51,60±9,26
İlgili ve destekleyici tutum	10,03±10,74	48,24±10,44	54,48±8,04
Suçlayıcı ve baskılayıcı tutum	47,00±00,	80,00±00	78,00±00
<b>Test</b>	$X^2$ :3,552	$X^2$ :7,470	$X^2$ :3,969
<b>p değeri</b>	0,314	0,058	0,265
<b>İnfertilitenin cinselliği etkileme durumu</b>			
Etkiliyor	13,96±14,08	52,88±12,99	53,50±10,36
Etkilemiyor	6,71±7,24	44,94±9,02	50,00±9,50
<b>Test</b>	Z:-0,057	Z:-1,592	Z:-0,171
<b>p değeri</b>	0,955	0,111	0,864
<b>Cinselliği etkileme şekli</b>			
<b>Cinsel isteksizlik</b>			
Var	14,92±17,19	54,92±14,51	55,00±12,21
Yok	13,00±10,75	50,84±11,50	52,00±8,34
<b>Test</b>	Z:-0,334	Z:-0,667	Z:-0,616
<b>p değeri</b>	0,738	0,504	0,538
<b>Disparoni</b>			
Var	16,66±21,72	53,33±20,23	57,66±16,14
Yok	13,15±11,56	52,75±10,70	52,25±8,09
<b>Test</b>	Z:-0,366	Z:-0,457	Z:-0,335
<b>p değeri</b>	0,714	0,648	0,737
<b>Vajinal kuruluk</b>			
Var	23,00±24,91	58,00±24,27	60,50±19,22
Yok	12,31±11,36	51,95±10,54	52,22±7,99
<b>Test</b>	Z:-0,463	Z:-0,213	Z:-0,498
<b>p değeri</b>	0,643	0,831	0,618
<b>Cinsel doyumda azalma</b>			
Var	33,66±18,92	71,33±13,31	66,33±18,50
Yok	11,39±11,53	50,47±11,11	51,82±8,09
<b>Test</b>	Z:-2,213	Z:-2,129	Z:-1,286
<b>p değeri</b>	<b>0,027</b>	<b>0,033</b>	0,198
<b>Prematür ejakülasyon</b>			
Var	17,80±14,22	57,70±12,56	57,00±9,51
Yok	11,56±13,89	49,87±12,72	51,31±10,55
<b>Test</b>	Z:-1,136	Z:-1,583	Z:-1,425
<b>p değeri</b>	0,256	0,113	0,154
<b>Eretil disfonksiyon</b>			
Var	21,00±19,00	54,00±21,63	60,33±13,57
Yok	13,04±13,59	52,73±12,21	52,60±9,90
<b>Test</b>	Z:-0,925	Z:-0,161	Z:-0,844
<b>p değeri</b>	0,355	0,872	0,399

Z: Mann-Whitney U  $X^2$ : Kruskal Wallis

Çizelge 4.12’de infertil kadınların evlilik öyküsüne göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puan ortalaması ile evlilik süresi, infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu, cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,015$ ;  $p=0,004$  ve  $p=0,027$  ). Bu farkın evlilik süresi 1-5 yıl ( $7,46±9,95$ ) ve 11 yıl ve üstü ( $12,90±7,21$ ) olan gruplar arasında ( $p=0,015$ ), infertilitenin eş ile ilişkileri etkilediği ( $11,28±11,67$ )

ve cinsel doyumda azalma (33,66±18,92) gibi sorunlar yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik şekli, akraba evliliği, aile biçimi, ilişkileri etkileme şekli, infertilitenin cinselliği etkileme durumu ve cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon) ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Durumluk anksiyete ölçeği (DAÖ) puan ortalaması ile infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu ve cinselliği etkileme şekli (cinsel doyumda azalma) arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,004$  ve  $p=0,033$ ). Bu farkın infertilitenin eş ile ilişkileri etkilediği (50,50±11,32) ve cinsel doyumda azalma (71,33±13,31) gibi sorunlar yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği ve aile biçimi, ilişkileri etkileme şekli, infertilitenin cinselliği etkileme durumu ve cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon) ile DAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Sürekli anksiyete ölçeği (SAÖ) puan ortalaması ile evlilik süresi, evlilik şekli ve infertilitenin eş ile ilişkileri etkileme durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,037$ ;  $p=0,038$  ve  $p=0,001$ ). Bu farkın 1-5 yıl (50,12±9,62) ve 11 yıl ve üstü (58,54±7,85) olan gruplar arasında ( $p=0,031$ ), 6-10 yıl (49,00±8,90) ve 11 yıl ve üstü (58,54±7,85) olan gruplar arasında ( $p=0,048$ ) ve görücü usulü (52,79±9,37) evlenen grupta ( $p=0,015$ ) ve infertilitenin eş ile ilişkilerini etkilediği (54,26±8,44) kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilik yaşı, akraba evliliği, aile biçimi, ilişkileri etkileme şekli, infertilitenin cinselliği etkileme durumu ve cinselliği etkileme şekli (cinsel isteksizlik, disparoni, vajinal kuruluk, cinsel doyumda azalma, prematür ejakülasyon, erektil disfonksiyon) ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.13:** İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

Tanıttıcı Özellikler	BDÖ	DAÖ	SAÖ
	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>İnfertilite kaynağı</b>			
Kadın	8,26±7,21	47,38±10,25	52,38±8,69
Erkek	4,70±5,35	42,94±8,84	45,35±5,41
Her ikisi	13,25±8,94	50,12±8,33	54,00±9,53
Nedeni belli değil	8,76±12,44	46,67±11,48	50,45±11,44
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :10,920	X <sup>2</sup> :4,185	X <sup>2</sup> :9,730
<b>p değeri</b>	<b>0,012</b>	0,242	<b>0,021</b>
<b>İnfertilite nedeni</b>			
<b>Sperm azlığı/hareketsizliği</b>			
Var	8,23±8,10	45,57±9,81	8,61±8,23
Yok	8,29±9,89	46,89±10,65	51,21±10,03
<b>Test</b>	Z:-0,354	Z:-0,501	Z:-1,514
<b>p değeri</b>	0,724	0,616	0,130
<b>Tubal tıkanıklık</b>			
Var	7,16±6,99	47,83±12,33	48,00±10,88
Yok	8,34±9,71	46,60±10,43	50,90±9,73
<b>Test</b>	Z:-0,127	Z:-0,145	Z:-0,289
<b>p değeri</b>	0,899	0,885	0,772
<b>Ovulasyon sorunları</b>			
Var	8,80±7,15	48,10±8,96	52,87±7,99
Yok	8,02±10,61	45,95±11,14	49,70±10,42
<b>Test</b>	Z:-2,112	Z:-1,579	Z:-1,961
<b>p değeri</b>	<b>0,035</b>	0,114	<b>0,050</b>
<b>Uterus anomalileri</b>			
Var	6,00±00	49,00±4,24	57,50±10,60
Yok	8,32±9,65	46,62±10,55	50,64±9,75
<b>Test</b>	Z:-0,288	Z:-0,697	Z:-1,005
<b>p değeri</b>	0,773	0,486	0,315
<b>Hormonal nedenler</b>			
Var	7,66±8,62	42,53±9,25	49,86±11,40
Yok	8,37±9,73	47,25±10,55	50,88±9,56
<b>Test</b>	Z:-0,016	Z:-1,743	Z:-0,409
<b>p değeri</b>	0,987	0,081	0,683
<b>Tedavi alma durumu</b>			
Alan	9,65±10,34	47,83±10,64	51,36±9,76
Almayan	5,08±6,53	43,94±9,70	49,33±9,73
<b>Test</b>	Z:-2,561	Z:-1,954	Z:-0,911
<b>p değeri</b>	<b>0,010</b>	0,051	0,362
<b>Tedavi türü</b>			
<b>Hormon tedavisi</b>			
Alan	14,58±14,22	47,25±10,06	52,00±8,26
Almayan	8,83±9,43	47,93±10,79	51,26±10,04
<b>Test</b>	Z:-1,109	Z:-0,109	Z:-0,518
<b>p değeri</b>	0,267	0,913	0,604
<b>IUI (Aşılama)</b>			
Alan	9,91±10,46	50,58±10,57	51,83±10,93
Almayan	9,45±10,36	45,77±10,32	51,02±8,90
<b>Test</b>	Z:-0,082	Z:-2,225	Z:-0,172
<b>p değeri</b>	0,935	<b>0,026</b>	0,864
<b>Hormon tedavisi+ IUI</b>			
Alan	8,64±8,18	47,50±9,95	51,28±10,22
Almayan	9,85±10,76	47,90±10,84	51,38±9,75
<b>Test</b>	Z:-0,006	Z:-0,156	Z:-0,228
<b>p değeri</b>	0,995	0,876	0,819

**Çizelge 4.13 (devam):** İnfertil kadınların infertilite öykülerine göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların dağılımları

<b>Tedavi türü</b>			
<b>Hormon tedavisi+IUI+IVF</b>			
Alan	10,58±10,29	47,41±10,62	53,25±10,30
Almayan	9,28±10,43	48,00±10,73	50,61±9,53
<b>Test</b>	Z:-1,127	Z:-0,362	Z:-1,001
<b>p değeri</b>	0,260	0,718	0,317
<b>IVF</b>			
Alan	4,14±4,05	41,57±6,34	45,42±5,12
Almayan	10,15±10,61	48,40±10,79	51,90±9,93
<b>Test</b>	Z:-1,615	Z:-1,612	Z:-1,936
<b>p değeri</b>	0,106	0,107	0,053
<b>İnfertilite süresi</b>			
1 yıldan ↓	7,93±9,00	46,31±11,02	50,41±10,71
1-5 yıl	7,47±10,12	46,61±10,41	49,16±9,36
5 yıl ↑	11,65±7,92	47,35±10,42	59,90±7,41
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :9,201	X <sup>2</sup> :0,355	X <sup>2</sup> :11,448
<b>p değeri</b>	<b>0,010</b>	0,837	<b>0,003</b>
<b>İnfertilite tedavisi görme süresi</b>			
1 yıldan ↓	6,64±8,52	44,46±10,11	49,83±10,25
1-2 yıl	8,14±7,50	46,94±9,16	49,02±7,48
3-5 yıl	12,72±14,36	52,59±11,96	54,54±11,56
6-10 yıl	5,57±2,50	41,00±4,35	51,85±6,76
11 yıl ve ↑	15,50±6,36	56,00±15,55	60,50±10,60
<b>Test</b>	X <sup>2</sup> :8,337	X <sup>2</sup> :12,538	X <sup>2</sup> :6,185
<b>p değeri</b>	0,080	<b>0,014</b>	0,186

Z: Mann-Whitney U X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis

Çizelge 4.13'de İnfertil kadınların infertilite öyküsüne göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde:

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puan ortalaması ile infertilite kaynağı, infertilite nedeni (ovulasyon sorunları), infertilite süresi ve tedavi alan kadınlar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla p=0,012; p=0,035; p=0,010 ve p=0,010). Bu farkın erkek kaynaklı infertilitesi olan (4,70±5,35) ve hem kadın hem erkek kaynaklı infertilitesi olan (13,25±8,94) gruplar arasında (p=0,012), ovulasyon sorunları olan (8,80±7,15), infertilite süresi 1-5 yıl (7,47±10,12) ve 5 yıl üstü olan (11,65±7,92) gruplar arasında (p=0,007) ve tedavi alan (9,65±10,34) kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İnfertilite nedeni (sperm azlığı/hareketsizliği, tubal tıkanıklık, uterus anomalileri, hormonal nedenler), tedavi türü, infertilite tedavi görme süresi ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Durumluk anksiyete ölçeği (DAÖ) puan ortalaması ile tedavi türü (IUI/aşılama) ve infertilite tedavi görme süresi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla p=0,026 ve p=0,014). Bu farkın önceden IUI/aşılama



tedavisi alan (50,58±10,57), tedavi görme süresinin 1 yıldan az (4,70±5,35) ve 3-5 yıl arasında olan (52,59±11,96) gruplar arasında (p=0,029) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İnfertilite kaynağı, infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu, tedavi türü (hormon tedavisi, hormon tedavisi+IUI, hormon tedavisi+IUI+IVF, IVF) ile DAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

Sürekli anksiyete ölçeği (SAÖ) puan ortalaması ile infertilite kaynağı, infertilite nedeni (ovulasyon sorunları) ve infertilite süresi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (sırasıyla p=0,021; p=0,050; p=0,003). Bu farkın kadın kaynaklı infertilitesi (52,38±8,69) ve erkek kaynaklı infertilitesi olan (45,35±5,41) gruplar arasında (p=0,015), ovulasyon sorunları olan (52,87±7,99), infertilite süresi 1-5 yıl (49,16±9,36) ve 5 yıl üstü olan (59,90±7,41) gruplar arasında (p=0,002), infertilite süresi 1 yıldan az (50,41±10,71) ve 5 yıl üstü olan (59,90±7,41) gruplar arasında (p=0,041) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İnfertilite nedeni (sperm azlığı/hareketsizliği, tubal tıkanıklık, uterus anomalileri, hormonal nedenler), tedavi alma durumu, tedavi türü ve infertilite tedavi görme süresi ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (p>0,05).

#### 4.4 İDÖ Puan Ortalaması ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Çizelge 4.14:** İDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının dağılımı

İnfertilite Damgalanma Ölçeği Alt Boyutları		BDÖ	DAÖ	SAÖ
Öz Değer Kaybı	r	0,443**	0,421**	0,404**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Sosyal Geri Çekilme	r	0,435**	0,427**	0,320**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Toplumsal Damgalanma	r	0,466**	0,446**	0,387**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Ailesel Damgalanma	r	0,463**	0,409**	0,355**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
İDÖ toplam	r	0,524**	0,504**	0,408**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

r: Spearman Rho Korelasyon Analizi \*\*p<0,01 düzeyinde anlamlı \*p<0,05 düzeyinde anlamlı

Çizelge 4.14 incelendiğinde, İDÖ toplam puan ortalaması, öz değer kaybı alt boyutu puan ortalaması, sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması, toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel

olarak önemli bulunmuştur. Başka bir deyişle; İDÖ toplam puan ortalaması, öz değer kaybı alt boyutu puan ortalaması, sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması, toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin güçlü derecede pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, İDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları (öz değer kaybı boyutu, sosyal geri çekilme boyutu, toplumsal damgalanma boyutu ve ailesel damgalanma boyutu) arttıkça BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının da arttığı tespit edilmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Bu alıŐma infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında toplanmıŐ olup literatürde yer alan çalışmalar ile karŐılaŐtırılmıŐtır.

1. İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre İD puan ortalamalarının dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması
2. İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre BD, DA ve SA puan ortalamalarının dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması
3. İD puan ortalamasına göre BD, DA ve SA puan ortalamalarının dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması

## 5.1 İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Evlilik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre İDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Pronatalist toplumlarda annelik, kadın olmanın temel rollerinden biri olarak görüldüğü için infertil kadınlar sosyal damgalanmaya maruz kalarak kadında değersizlik, utanç, sosyal dışlanma ve eksiklik duygularının yaşanmasına neden olmaktadır (Daibes, Safadi, Athamneh, Anees ve Constantino, 2017; Ergin ve diğ. 2018; Jansen ve Onge, 2015; Şen ve Sevil, 2016). Toplumların infertil kadınlar üzerindeki bu olumsuz tutum ve ön yargıları geçmişte olduğu gibi günümüzde de damgalayıcı ve cezalandırıcı bir faktör olmaktadır (Uğur, 2014; Uyar, 2015).

Bu çalışmada; **İDÖ toplam** puan ortalaması **47,34±21,91**'dir. Bu bulguya göre çalışma kapsamına alınan infertil kadınların **orta düzeyde damgalanma** hissettikleri söylenebilir. Çalışmada kadınların İDÖ'nün en çok etkilenen alt boyutu olarak **toplumsal damgalanma** bulunmuş olup ortalama değeri **14,78±8,24** olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.4).

Konuyla ilgili farklı popülasyonlarda yapılmış çalışma bulgularımıza benzer nitelikte; infertil kadınlar üzerinde güçlü bir sosyal baskı olduğu, orta ve yüksek düzeyde damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları belirtilen çalışmalar bulunmaktadır (Avila, 2016; Dierickx , Rahbari , Longman , Jaiteh ve Coene, 2018; Ergin ve diğ. 2018; Fang ve diğ. 2020; Karaca ve Ünsal, 2015; Kaya ve Oskay, 2019; Kyei, Manu, Kotoh, Adjei ve Ankomah, 2021; Naab, Lawali ve Donkor, 2019; Nahar ve Geest, 2014; Öztürk, Bloom ve Bullock, 2021; Şen ve Sevil, 2016; Yeshua-Katz; 2017; Zhang ve diğ. 2021). Anokye ve diğ. (2017)'nin yaptıkları çalışmada infertilitenin çiftler üzerindeki sosyal etkilerinin dışlanma, sözlü ve fiziksel taciz, boşanma ve damgalanma olduğu bildirilmektedir. Sophia ve Punitha (2017)'nin çalışmasında, infertil bireylerin %62'sinin toplumsal damgalanma yaşadıkları tespit edilmiştir. Yılmaz ve Kavak (2019)'ın çalışmasında da, araştırma bulgularımıza benzer olarak infertil kadınların orta düzeyde damgalanma hissettiği ve İDÖ'nün en çok etkilenen alt boyut ölçeği olarak toplumsal damgalanma boyutu olduğu bulunmuştur. Akarsu ve Beji (2019)'nin çalışmasında, infertilite sebebinin kadın kaynaklı olup olmadığına bakılmaksızın sorumluluğun çoğunun kadınların üzerinde olduğu ve çocuk sahibi

olmadıkları için toplum tarafından kadınların daha çok damgalanmaya maruz kaldıkları belirtilmektedir.

İnfertil kadınlarda **yaş** arttıkça toplumsal damgalanma riskinin arttığı ve infertilite ile baş etmede aktif yöntemlerin kullanımının azaldığı belirtilmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). Bu durum, yaş arttıkça çocuk sahibi olmaya ilişkin umutsuzluk düzeyinin artması ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada 18-25 yaş aralığındaki infertil kadınlarda İDÖ toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalaması (16,07±8,17) diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.8). Başka bir deyişle kadınlarda yaş aralığı azaldıkça damgalanma düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Literatürde konuyla ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Çalışmamıza paralel olarak; Jing ve diğ. (2020)'nin çalışmasında 20-25 yaş aralığındaki infertil kadınların daha çok damgalanmaya maruz kaldıkları ve yaş aralığı arttıkça kadınların toplumun olumsuz baskısıyla daha iyi başa çıktıkları ve düşük düzeyde damgalanma yaşadıkları bulunmuştur. Tural ve Çelik (2018)'in çalışmasında da 18-25 yaş arasında olan kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha çok etkilendiği belirtilmiştir. Çalışmamızın aksine; Fang ve diğ. (2020), Kaya ve Oskay (2019), Yılmaz ve Kavak (2019) ve Zhang ve diğ. (2021)'nin yaptıkları çalışmalarında infertil kadınlarda yaş ile damgalanma arasında ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıkların; farklı örneklem büyüklüğü, uygulandığı yer ve zamanda çalışılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İnfertilite tedavi sürecinin uzun ve pahalı olması ekonomik sorunları beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada, **sosyal güvencesi** olmayan kadınlarda İDÖ ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması (14,86±10,31) sosyal güvencesi olanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.8). Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte; sosyal güvencesi olmayan (Yılmaz ve Kavak, 2019; Zhang ve diğ. 2021) ve ekonomik statüsü düşük (Dierickx ve diğ. 2018; Jing ve diğ. 2020) infertil kadınlarda damgalanma düzeylerinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Literatüre göre; çalışan, ekonomik durumu iyi, profesyonel kariyer ve iyi eğitim geçmişi olan infertil kadınların evliliklerinde ve toplumda daha güçlü bir konuma sahip olduğu ve sosyal damgalanmaya daha az maruz kaldığı bildirilmektedir (Dierickx ve diğ. 2018; Kaya ve Oskay, 2019; Nahar ve Geest, 2014; Jing ve diğ. 2020; Yılmaz ve Kavak, 2019; Zhang ve diğ. 2021). Bu çalışmada; kadınların **eğitim**

**durumu** ve **çalışma durumu** ile damgalanma arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge 4.8). Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde kadınların eğitim ve çalışma durumunun damgalanmaya etkisine yönelik farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmadan elde ettiğimiz bulgular Fang ve diğ. (2020) ve Naab, Brown ve Heidrich (2013)'in çalışması ile uyumlu olup, kadınlarda damgalanmanın eğitim düzeyi ve gelir durumundan bağımsız olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, **ilde yaşayan** infertil kadınlarda İDÖ özdeğer kaybı, toplumsal damgalanma alt boyutları ve İDÖ toplam puan ortalamalarının (sırasıyla  $12,06\pm 6,65$ ;  $15,83\pm 8,61$ ;  $50,61\pm 22,82$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.8). Çalışmamıza paralel olarak; Dierickx ve diğ. (2018)'nin çalışmasında şehirde yaşayan kadınların üremek için daha güçlü bir sosyal baskı ve damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak; Nahar ve Geest (2014), Yılmaz ve Kavak (2019) ve Jing ve diğ. (2020)'nin infertil kadınlarla yaptıkları çalışmalarda şehirde yaşayan kadınların köyde yaşayan kadınlara göre damgalanmaya daha az maruz kaldıkları bulunmuştur. Çalışmamızda ilde yaşayanlarda damgalanmanın diğer çalışmalara göre anlamlı çıkmasındaki farklılığın ise katılımcıların genelinde ilde yaşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada; infertil kadınlarda **evlilik şekli** ve **evlilik süresinin** damgalanmaya bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge 4.9). Çalışmamıza paralel olarak; kadınlarda damgalanma ile evlilik şekli (Fang ve diğ. 2020; Kaya ve Oskay, 2019) ve evlilik süresi (Fang ve diğ. 2020) arasında bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Konuyla ilgili çalışmamızdan farklı olarak; Kublay ve Oktan (2015)'in çalışmasında görücü usulü evliliklerin aile veya tanıdık kişiler tarafından yapılması nedeniyle severek evlenenlere göre çiftin sorunlarının aile ve yakın çevresinden gizli kalmayıp sorunlara kolaylıkla dahil olmasından kaynaklı evlilik uyumunun daha düşük olduğu ve damgalanma düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Kaya ve Oskay (2019)'in çalışmasında evlilik süresinin arttıkça infertil kadınlarda damgalanma düzeyinde arttığı bildirilmektedir. Bu durum, toplumun evlilikle beraber çiftten çocuk sahibi olmalarına ilişkin beklentilerinin olması ve evlilik süresi arttıkça bu beklentinin de artarak daha büyük bir sorun haline gelmesiyle açıklanabilir.

İnfertil çiftlerde CİB nedenleri arasında takvime dayalı planlı koitus, cinselliğin amaç haline gelmesi, azalmış benlik saygısı, bozulmuş beden imajı, depresyon, anksiyete ve suçluluk duygusu bulunmaktadır (Duman ve Koçak, 2016).

Bu çalışmada, **eşle cinsel ilişki durumu etkilenen** kadınların etkilenmeyenlere göre İDÖ sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu ile İDÖ toplam puan ortalamalarının (sırasıyla 15,65±5,93; 18,69±10,70; 9,62±6,60; 56,92±26,46) ve **eşle ilişki durumu etkilenen** kadınların etkilenmeyenlere göre İDÖ özdeğer kaybı, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu ile İDÖ toplam puan ortalamalarının (sırasıyla 12,98±7,19; 16,80±9,58; 9,70±6,13; 54,15±25,86) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.9). Konuyla ilgili çalışmamızı destekler nitelikte; Algül ve Aksu (2014)'nin çalışmasında, infertil kadınların %82'sinin, erkeklerin ise %49,1'inin CİB yaşadığı bildirilmiştir. İnfertil kadınlarda CİB sıklığını değerlendirmeye yönelik yapılan sistematik bir derlemede, kadınlarda infertilite ile CİB'deki artışın ilişkili olduğu saptanmıştır (Mendonca ve diğ. 2017). Çalışmamızdan farklı olarak; infertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; çocuğu olmadığı için kendini baskı altında hisseden çiftlerde cinsiyet açısından çift uyumu ve yaşam kalitesi arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir (Zeren, 2016). Araştırma bulgumuz; cinsel ilişki durumu (cinsel isteksizlik-%33,4) ve eş ile ilişkisi her ne kadar (ilgili ve destekleyici tutum-%63,1) yönünde olsada infertil kadınların toplumun kendisine atfettiği annelik, gebe kalma gibi rollerini yerine getirememesi üzerine kadınların toplumsal baskıdan daha çok etkilendiği görülmektedir. Bunun sonucunda da kadınların eşleri ile cinsellik ve iletişim sorunları ortaya çıkabilmektedir.

Doğurganlık, genellikle kadına ait bir sorumluluk olarak algılandığından dolayı infertilite erkek kaynaklı olsa bile psikiyatrik belirtilerin kadınlarda daha çok görüldüğü belirtilmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Bu çalışmada, infertil kadınlarda **infertilite kaynağı** kadın kaynaklı olanlarda her ikisi ya da erkek kaynaklı olanlara göre İDÖ toplumsal damgalanma alt boyut puan ortalamasının (16,41±8,50) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.10). Çalışmamızı destekler nitelikte; Karaca ve Ünsal (2015)'in çalışmasında infertilitenin her iki cinsiyet üzerine duygusal bir etkisinin olduğu, kadınların %50'sinin infertiliteyi yaşamlarındaki en büyük sorun olarak gördüğü ve kendilerini daha fazla baskı altında hissettikleri bildirilmiştir. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal damgalanma ve ailevi davranışlarını inceleyen bir çalışma sonucuna göre çiftlerin %38'inde toplumsal dışlanma algısı

mevcuttu ve kadınlarda (%43) bu durumun daha belirgin olduğu saptanmıştır (Ergin ve diğ. 2018).

İnfertilite ve tedavi süresinin uzaması ile kadınların gebelik umudunun azaldığı ve artan ekonomik yükten kaynaklı infertil olmaya maruz bırakılabildikleri belirtilmektedir (Jing ve diğ. 2020). Bu nedenle uzun süren infertilite ve tedavi süreleri, algılanan damgalanmanın daha yüksek olmasına yol açmaktadır. Bu çalışmada, infertil kadınlarda **infertilite süresi** ve **tedavi görme süresinin** damgalanmaya etkisinin olmadığı ( $p>0,05$ ), ancak öncesinde **tedavi alanlarda** İDÖ ailesel damgalanma alt boyutu ( $8,51\pm 5,22$ ) ve **hormon tedavisi+IUI alanlarda** İDÖ toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamalarının ( $16,21\pm 4,28$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.10). Çalışmamızı destekler nitelikte; Kaya ve Oskay (2019)'ın çalışmasında, infertil kadınlarda tedavi görme süresinin damgalanmaya etkisinin olmadığı bulunmuştur. Li, Yan, Zhu ve Lei (2010)'ın çalışmasında, bir yıldan uzun süredir tedavi gören infertil kadınların damgalanma düzeyinin bir yıldan daha az tedavi görenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak; infertilite süresi (Fang ve diğ. 2020; Kaya ve Oskay, 2019; Jing ve diğ. 2020; Zhang ve diğ. 2021) ve tedavi süresi (Fang ve diğ. 2020; Jing ve diğ. 2020) arttıkça infertil kadınlarda damgalanma düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Dierickx ve diğ. (2018)'nin nitel araştırmasında, infertil kadınlara uygulanan damgalanmanın tedavi süresini ve tedavi uyumlarını önemli ölçüde etkilediği ve kötü yaşam kalitesine yol açtığı belirtilmiştir. Lordăchescu ve diğ. (2021)'nin çalışmasında, tedavi başlangıcında olan infertil kadınların çeşitli tedaviler uygulanmış kadınlara göre duygusal olarak daha çok etkilendikleri belirtilmiştir. Çalışmamızdaki bu farklılığın, katılımcıların infertilite süresi (%83,4) ve tedavi görme sürelerinin (%92,5) beş yıl altında olması, kadınların genç yaş grubunda olması ve yeni tanı almış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2 İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Evlilik ve İnfertilite Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

İnfertilite, çiftler tarafından yaşamlarındaki en zor deneyim ve yaşamı tehdit eden bir sorun olarak belirtilmesine rağmen çiftler dışında; cinsel ve sosyal yaşamı, aile ilişkilerini ve beraberinde yaşam kalitesini etkileyen psikososyal bir sorun



olabilmektedir (Ergin ve diğ. 2018; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Jisha ve Thomas, 2016; Seymenler ve Siyez, 2018; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Zeren ve Gürsoy, 2019).

Bu çalışmada; **BDÖ toplam** puan ortalaması **8,28±9,58**, **DAÖ toplam** puan ortalaması **43,2±6,25**, **SAÖ toplam** puan ortalaması **52,54±8,78**'dir. Bu bulguya göre çalışma kapsamına alınan infertil kadınların **minimal düzeyde depresyon** (%67,5), **orta düzeyde durumluk anksiyete** (%56,7) ve **orta düzeyde sürekli anksiyete** (%71,7) hissettikleri söylenebilir (Çizelge 4.5; Çizelge 4.6; Çizelge 4.7).

Literatüre göre; infertil çiftlerin başta stres, kaygı bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon olmak üzere umutsuzluk, yalnızlık, sosyal izolasyon, evlilik uyum sorunları ile cinsel sorunlar gibi birçok psikolojik ve sosyal problemler yaşadıkları bildirilmiştir (Altıntop ve Kesgin, 2018; Anokye ve diğ. 2017; Asadi ve Hüssein, 2015; Duman ve Koçak, 2016; Gürbüz, Okçu, Gökmen ve Orhon, 2020; Karaca ve diğ. 2016; Kırca ve Pasinliođlu, 2013; Koçak ve Duman, 2016; Maroufizadeh ve diğ. 2015; Mendonca ve diğ. 2017; Namdar ve diğ. 2017; Oladeji ve Olaolorun, 2018; Shahraki, Ghajarzadeh ve Ganjali, 2019; Taşkın ve diğ. 2016; Vikström ve diğ. 2015; Yusuf, 2016). Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, infertil bireylerin %25-60'ının psikolojik belirtiler görüldüğü, anksiyete ve depresyon düzeylerinin fertil bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Berardis ve diğ. 2014; Fallahzadeh, Abadi, Momayyezi, Moghadam ve Keyghobadi, 2019; Lakatos, Sziget, Ujma, Sexty ve Balog, 2017). İnfertilite nedeni kime ait olursa olsun kadınların bu kimliği üstlenip infertiliteyi yaşamlarının merkezlerine alarak kendilerini erkeklere göre daha fazla baskıya maruz kalmış hissetmekte ve daha çok psikolojik rahatsızlık ile karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (Benyamini ve diğ. 2017; El kissi ve diğ. 2013; Kaplan, 2018; Karaca ve Ünsal, 2015). İnfertil kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların çocuksuzluk durumundan duygusal olarak orta derecede etkilendiği bildirilmiştir (Tural ve Çelik, 2018). Maroufizadeh ve diğ. (2018)'nin çalışmasında infertil kadınlarda anksiyete belirtilerinin görülme oranının infertil erkeklerden 2,26 kat, Samani ve diğ. (2018)'nin çalışmasında ise depresyon belirtilerinin görülme oranı 2,71 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Iordăchescu ve diğ. (2021)'nin çalışmasında, infertilite ile anksiyete arasında ilişkinin olduğu ve tedavinin başlangıcında olan infertil kadınların çeşitli tedaviler uygulanmış kadınlara göre duygusal olarak daha çok etkilendikleri tespit edilmiştir. Joelsson ve diğ.

(2017)'nin araştırmasında, infertil kadınlarda anksiyete (%57,6) ve depresif belirtilerin yaygınlığı (%15,7) oranında görülmüş olup, YÜT sonrası gebe kalan infertil kadınlar ile doğal olarak gebe kalan kadınlar arasında anksiyete ve depresif belirtiler açısından hiçbir farklılık olmadığı belirtilmiştir. Literatürdeki araştırma sonuçlarının, çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Çalışmada, **geliri** giderinden düşük olan kadınların BDÖ (14,06±14,16) ve DAÖ (51,37±12,16) puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.11). Literatürde farklı popülasyonlarda yapılmış çalışmamıza paralel; gelir durumu azaldıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Altay, Baltacı, Avcı, ve Aydın, 2018; Altıntop ve Kesgin, 2018; Bozkurt ve Özkan, 2019; Kamışlı, Terzioğlu ve Bozdağ, 2020; Lakatos ve diğ. 2017; Liu, Fu, Chen, He ve Fan, 2021; Tural ve Çelik, 2018). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak; Altuntuğ, Kızılırmak, Başer ve Ege (2012), Asadi ve Hüssein (2015), Ekinci ve diğ. (2017), Karaca ve diğ. (2016) ve Taşkın ve diğ. (2016)'nin çalışmalarında gelir durumunun anksiyete ve depresyon üzerine bir etkisinin olmadığı belirtilmektedir. İnfertilite tedavi sürecinin uzun ve pahalı olmasının çiftler üzerinde ekonomik bir yük oluşturması sebebiyle psikolojik sorunların yaşanabileceği düşünölmektedir.

Çalışmada, **yaşadığı yer** ile SAÖ (51,17±9,67) puan ortalamasının ilişkili olduğu bulunmuş olup, il merkezinde yaşayan kadınların anksiyete düzeyleri diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.11). Literatürde konuyla ilgili farklı çalışma bulgularına rastlanılmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak; Tural ve Çelik (2018)'in çalışmasında tedavinin yapıldığı il merkezinde yaşamayan kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Bozkurt ve Özkan (2019)'ın çalışmasında ise yaşadığı yerin anksiyete ve depresyon üzerine bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Literatüre göre; infertil kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça depresyon (Alhassan ve diğ. 2014; Bozkurt ve Özkan, 2019; Kamışlı ve diğ. 2020) ve anksiyete (Altıntop ve Kesgin, 2018; Kamışlı ve diğ. 2020; Karaca ve diğ. 2016; Liu ve diğ. 2021) belirtilerinin arttığını bildirilmiştir. Bu çalışmada, kadınların **eğitim durumu** ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05; Çizelge 4.11). Çalışmamıza benzer nitelikte; Altay ve diğ. (2018), Altuntuğ ve diğ. (2012), Asadi ve Hüssein (2015), Taşkın ve diğ. (2016) ve Yusuf (2016)'un çalışmalarında eğitim durumunun anksiyete ve depresyon üzerine bir etkisinin

olmadığı belirtilmiştir. Tural ve Çelik (2018)'in çalışmasında ise eğitim durumunun infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyine bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu durumun seçilen örneklem gruplarının farklı özellikte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada, **sosyal güvencesiz ve tedavi masraflarını karşılayamayan** kadınlarda SAÖ (sırasıyla 50,08±9,19; 49,73±9,44) puan ortalaması diğer gruplara kıyasla daha yüksek tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.11). Konuyla ilgili; Altıntop ve Kesgin (2018) ve Altay ve diğ. (2018)'nin çalışmasında sosyal güvence varlığı ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. İnfertilite tedavi sürecinin uzun ve pahalı olmasının çiftler üzerinde ekonomik bir yük oluşturması sebebiyle psikolojik sorunların yaşanabileceği düşünülmektedir.

Literatüre göre; kadınların eğitim düzeyinin artması, kariyer planları, gebelik kontrolü, gecikmiş doğum sayısı ve aile planlanmasındaki gelişmelerden dolayı evlenme yaşı ve doğum yaşının geciktiği bildirilmiştir (Altay ve diğ. 2018; Ekinci ve diğ. 2017; Hotun-Şahin ve Bilgiç, 2015; Karaca ve Ünsal, 2015; Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Taşkın ve diğ. 2016; Tural ve Çelik, 2018). Bu çalışmada, kadınların **evlilik süresi** ile BDÖ, SAÖ (sırasıyla 12,90±7,21; 58,54±7,85) puan ortalamaları ve **evlilik şekli** ile SAÖ (52,79±9,37) puan ortalamasının ilişkili olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.12). Çalışmamızda, evlilik süresi 11 yıl ve üstü olan, görücü usulüyle evlenen kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Altay ve diğ. (2018)'nin çalışmasında bulgularımızı destekler nitelikte; evlilik süresi ve evlilik şeklinin anksiyete üzerine bir etkisinin olduğu belirtilmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar; evlilik süresi ile depresyon (Altuntuğ ve diğ. 2012; Asadi ve Hüssein, 2015; Bozkurt ve Özkan, 2019; Kamışlı ve diğ. 2020; Oladeji ve OlaOlorun, 2018; Yassa, Arslan ve Gülbahar, 2019) ve anksiyete (Altuntuğ ve diğ. 2012; Kamışlı ve diğ. 2020; Yassa ve diğ. 2019) düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Toplumun evlilikle beraber çiftten çocuk sahibi olmalarına ilişkin beklentilerinin evlilik süresi arttıkça daha da artması ve görücü usulü evlenen çiftlerin sorunlarının aile ve yakın çevresinden gizli kalmayıp sorunlara kolaylıkla dahil olmasından kaynaklı psikolojik sorunların yaşanabileceği düşünülmektedir.

Literatüre göre; kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve eleştirel-küçümseyici tepkiler sonucunda yaşam kalitesinin düştüğünü, stresle başa çıkmada pasif başa çıkma yolları kullanımının ve depresyon riskinin arttığı

belirlenmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018; Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Çalışmada, kadınların **infertilitenin eşle ilişkileri etkilenme durumu** ile BDÖ, DAÖ, SAÖ (sırasıyla 11,28±11,67; 50,50±11,38; 54,26±8,44) ve **eşle cinselliğin etkilenme durumu**; cinsel doyumda azalma ile BDÖ, DAÖ (33,66±18,92; 71,33±13,31) puan ortalamalarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.12). Altıntop ve Kesgin (2018)'in çalışmasında infertilite tedavisinin eşler arası iletişimi ve evliliği olumsuz etkilediği, anksiyete ve duygu odaklı başa çıkma yolunun yüksek olduğu belirtilmektedir. Cetişli ve diğ. (2018) ve Bodur ve diğ. (2013)'nin çalışmasında infertil kadınların evlilik uyumunun infertil erkeklere göre daha düşük olduğu ve evlilik uyumu arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı belirtilmiştir. Keskin ve Gümüş (2015)'ün çalışmasında infertil kadınların %7,1'i boşanmaktan korktuğunu belirtmiş ve diğer kadınlara göre daha umutsuzluk içinde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda infertil kadınlar cinsel problemlerini; cinsel isteksizlik, prematür ejakülasyon, disparoni, vajinal kuruluk, cinsel doyumda azalma ve erektil disfonksiyon olarak belirtmişlerdir. Pereira, Nardi ve Silva (2013)'nin çalışmasında katılımcıların %41,3'ünde cinsel disfonksiyon bozukluğu bulunmuş olup, bu kadınların %21,9'unun depresyon ve %36,1'inin anksiyete yaşadığı bildirilmiştir. Smith ve diğ. (2015)'nin çalışmasında en yaygın cinsel sorunların cinsel ilgi ve istek eksikliği (%30), orgazm zorluğu (%15), vajinal kuruluk (%14) ve vajinal darlık (%13) olduğu saptanmış olup, cinsel işlev sorunlarının infertilite tedavisi sırasında genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebileceği belirtilmiştir. Yaşanılan infertilite süreci boyunca eşler arasında iletişim bozukluğu ve cinsel sorunların olabileceği çiftlerin bu sorunları paylaşmaktan, çözüm odaklı olmaktan kaçınabilecekleri düşünülmektedir. Bunun sonucunda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların meydana gelebileceği öngörülmektedir.

Literatüre göre; infertilite nedeninin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bildirilmektedir (Altay ve diğ. 2018; Taşkın ve diğ. 2016). Ülkemiz gibi ataerkil geleneksel toplumlarda infertilite erkek kaynaklı olsa bile bu durum genelde kadın üzerinden gösterilmekte olup kadınların infertiliteden psikolojik açıdan daha çok etkilenmelerine sebep olmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2015). Bu çalışmada, **infertilite kaynağı** ile BDÖ, SAÖ (sırasıyla 13,25±8,94; 52,38±8,69) puan ortalamalarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.13). Çalışmamızda, hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite sorunu yaşayan kadınların erkek kaynaklı infertilite sorunu

yaşayan kadınlara kıyasla depresyon düzeyi yüksek bulunurken, kadın kaynaklı infertilite sorunu yaşayan kadınların erkek kaynaklı infertilite sorunu yaşayan kadınlara göre anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte; infertilite tanısı ile pek çok yönden etkilenen çiftlerin psikolojik yönden anksiyete, stres, depresyon vb. olumsuz duygular yaşadığı belirtilmektedir. İnfertil kadınların, erkeklere göre infertilite nedeni kime ait olursa olsun bu kimliği üstlenip yaşamlarının merkezlerine koyarak kendilerini daha stresli ve huzursuz hissettiği bildirilmektedir (Altay ve diğ. 2018; Benyamini ve diğ. 2017; Karaca ve Ünsal, 2015; Samani ve diğ. 2017). Taşkın ve diğ. (2016)'nin çalışmasında, infertilite kaynağına erkek faktöründe eklenmesinin infertil kadınlarda anksiyetenin daha yüksek olmasına neden olurken depresyona etkisinin olmadığı belirtilmektedir.

Literatüre göre; infertilite süresi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığına dair çalışmamızı destekler nitelikte çalışmalara rastlanılmıştır (Alhassan ve diğ. 2014; Asadi ve Hüssein, 2015; Bozkurt ve Özkan, 2019; Liu ve diğ. 2021; Samani ve diğ. 2018). Çalışmada, kadınların **infertilite süresi** ile BDÖ, SAÖ (sırasıyla 11,65±7,92; 59,90±7,41; 59,90±7,41) puan ortalamalarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.13). Bu bulgulara göre; infertilite süresi bir-beş yıl arası ve beş yıl üstü olan gruplar arasında depresyon düzeyi farklı bulunurken, infertilite süresi bir-beş yıl arası ve beş yıl üstü olan gruplar arasında; infertilite süresi bir yıldan az ve beş yıl üstü olan gruplar arasında anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; infertilite süresi beş yıl üstü olan kadınların beş yıl altı olanlara göre depresyon (Karaca ve diğ. 2016; Maroufizadeh ve diğ. 2018) ve anksiyete (Maroufizadeh ve diğ. 2018) düzeyleri yüksek saptanmıştır. Literatürden farklı olarak; infertilite süresi ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişkinin bulunmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Altay ve diğ. 2018; Oladeji ve Olaolorun, 2018; Terzioğlu ve diğ. 2016). İnfertilite süresini uzamasından kaynaklı hem uygulanan tedavilerin sayısındaki artışlar hemde sosyal çevrenin çocuk üzerine beklentilerinin artması ve baskı yapmasından dolayı kadınların psikolojik olarak olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, kadınların **tedavi süresi** ile DAÖ (52,59±11,96) ve **tedavi alan** kadınlar ile BDÖ (9,65±10,34) ve **tedavi türü** (IUI/Aşılama) alan kadınlar ile DAÖ (50,58±10,57) puan ortalamalarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir (p<0,05; Çizelge 4.13). Bu bulgulara göre; tedavi görme süresi 3-5 yıl arasında olan, öncesinde tedavi

alan ve IUI/Aşılama tedavisi alan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili çalışma bulgularımızı destekler nitelikte çalışmalar mevcuttur. Yassa ve diğ. (2019), Asadi ve Hüssein (2015), Bozkurt ve Özkan (2019), Karaca ve diğ. (2016) ve Taşkın ve diğ. (2016)'nin çalışmalarında tedavi süresi uzun ve tedavi sayısı çok olan infertil kadınlarda depresyon ve ruhsal belirtilerde artış olduğu belirtilmiştir. Kahyaoğlu-Süt ve Kaplan (2015)'in çalışmasında IVF tedavi sayısındaki artışın duygusal olarak kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Altay ve diğ. (2018)'nin çalışmasında daha önce tedavi almamış yada herhangi bir tedavi türünü almış infertil kadınlarda anksiyete görülürken, tedavi süresi ile anksiyete arasında bir ilişki bulunmamıştır. Milazzo ve diğ. (2016)'nin sistematik meta-analiz çalışmasında, herhangi bir YÜT tedavisi başarısızlığından sonra depresyon ve anksiyete belirtilerinde artış olduğu belirtilmiştir. Maroufizadeh ve diğ. (2015), Samani ve diğ. (2018) ve Taşkın ve diğ. (2016)'nin çalışmalarında önceki tedavi geçmişi başarısızlıkla sonuçlanan veya öncesinde tedavi öyküsü olan infertil kadınların hiç tedavi almayanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir. Başarısızlıkla sonuçlanan her tedavinin infertilite ve tedavi süresini uzatacağından dolayı kadınların bu durumdan hem fiziksel hemde psikolojik olarak olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir.

### **5.3 İDÖ Puan Ortalamasına Göre BDÖ, DAÖ ve SAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Birçok genç kadının ebeveyn olma arzusu, toplumun çocuklara yüklediği anlamdan etkilenebilmektedir (Alhassan ve diğ. 2014). Geleneksel toplumlarda, gebe kalamamanın sonucunda yetersiz olarak görülen infertil kadınlar sosyal damgalanmaya maruz kalarak psikolojik sağlık durumları bozulmaktadır (Akarsu ve Beji, 2019; Altıntop ve Kesgin, 2018; Ergin ve diğ. 2018; Karaca ve Ünsal, 2015; Kaya ve Oskay, 2019; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Şen ve Sevil, 2016; Tabong ve Adongo, 2013). İnfertilite, çiftlerin bir ebeveyn olarak temel sosyal rollerinden birini oynayamamasından dolayı sosyal bir sorun olmakta ve toplumun olumsuz tutum ve ön yargıları çiftler üzerinde emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Doğurganlık sorumluluğu çoğu zaman kadınlara ait kabul edildiğinden, psikiyatrik belirtiler kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir (Gürbüz ve diğ. 2020; Karaca ve Ünsal, 2015; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Tural ve Çelik, 2018).

Çalışmada, İDÖ toplam puan ortalaması ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olup ilişkinin güçlü derecede pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ; Çizelge 4.14). Toplumsal damgalanma kadınların ruh sağlığını etkilemekte olup anksiyete, depresyon ve stres gibi emosyonel sorunlara neden olduğu söylenebilir. Ülkemizde infertil kadınların damgalanma yada psikososyal etkilenme düzeylerine ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır (Akarsu ve Beji, 2019; Çelik ve Kırca, 2018; Ergin ve diğ. 2018; Kahyaoglu-Süt ve Kaplan, 2015; Kaplan, 2018; Karaca ve Ünsal, 2015; Kaya ve Oskay, 2019; Şen ve Sevil, 2016; Yassa, 2016; Yılmaz ve diğ. 2016). İnfertil kadınlarda damgalanmanın depresyon düzeylerine etkisini belirlemek için yapılmış bir çalışmaya (Yılmaz ve Kavak, 2019) rastlanmış olup, damgalanmanın hem anksiyete hemde depresyon düzeylerine ilişkin yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Literatürde çalışmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (Anokye ve diğ. 2017; Asadi ve Hüssein, 2015; Jing ve diğ. 2020; Kyei ve diğ. 2021; Naab ve diğ. 2013; Ross ve Hess, 2019; Ying, Wu ve Loke, 2015). Öztürk ve diğ. (2021)'nin tanımlayıcı-kesitsel çalışmasında, infertil kadınların ABD gibi gelişmiş bir ülkede yüksek düzeyde stres ve damgalanma yaşadıkları bulunmuştur. Fang ve diğ. (2020)'nin infertil çiftlerde algılanan damgalanmanın psikolojik sıkıntı ile ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, damgalanma ile psikolojik sıkıntı arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Naab ve diğ. (2019)'nin yaptıkları nitel çalışmasında, infertilite nedeniyle kadınların büyük çoğunluğunun sosyal izolasyona, sosyal damgalanmaya, sosyal baskıya ve evlilik sorunlarına maruz kaldığı ve psikolojik olarak anksiyete, stres ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir. Alhassan ve diğ. (2014)'nin Kanada'ki infertil kadınlar arasında depresyon üzerine yaptıkları bir çalışmada, kadınların bir dizi toplumsal ayrımcılık ve damgalanma ile karşı karşıya kaldığı bu nedenle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar yaşadıkları bulunmuştur. Kaya ve Oskay (2019)'in çalışma sonucunda infertil kadınların hafif düzeyde damgalanma ve umutsuzluk yaşadıkları belirlenmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamızda İDÖ puan ortalaması arttıkça BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamalarının da arttığı tespit edilmiştir. Başka bir deyişle infertil kadınlarda damgalanma ile emosyonel sorunlar arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre; damgalanma düzeyi arttıkça kadınlarda depresyon, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

İnfertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre;

Kadınların %50,8'inin 26-35 yaş grubunda olduğu, eşlerin %69,2'sinin 26-35 yaş grubunda olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında; %37,5'inin üniversite ve üzeri eğitim mezunu olduğu, eşlerinin %37'sinin lise mezunu olduğu, çalışma ve gelir durumları incelendiğinde; %78,3'ünün çalışmadığı, %69,2'sinin ekonomik durumunun gelir-gidere denk, %94,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %80,8'inin sosyal güvencesinin tedavi masraflarını karşıladığı ve %58,3'ünün il'de yaşadığı bulunmuştur.

Kadınların %79,2'sinin evlilik yaşının 15-25 yaş aralığında olduğu, kadınların evlilik öykülerine bakıldığında; %65'inin 1-5 yıldır evli olduğu, %60'ının flört ederek evlendiği, %6,7'sinin akraba evliliği yaptığı, %82,5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, kadınların %38,3'ünün infertilitenin eş ile olan ilişkisinin etkilendiği, %63,1'inin ilgili ve destekleyici tutum sergilediği, %23,9'unun sık sık tartışma yaşadığı, %21,7'sinin infertilitenin cinselliklerinin etkilendiği, %33,4'ünün cinsel isteksizlik, %25,6'sının prematür ejakülasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur.

Kadınların infertilite öyküleri incelendiğinde; %40,8'inin kadın faktör, %14,2'sinin erkek faktör olduğu, infertilite nedenlerine bakıldığında %37,7'sinin diğer nedenlerden, %29,6'sının ovulasyon sorunları ve %15,6'sının sperm azlığı/hareketsizliğinden kaynaklandığı, kadınların %59,2'sinin infertilite süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, tedavi türü ve sürelerine bakıldığında; %30'unun daha önce herhangi bir tedavi almadığı, %37,2'sinin IUI(aşılama), %24,7'sinin hormon tedavisi+IUI+IVF aldığı, %45'inin tedavi süresinin bir yıldan az, %29,2'sinin 1-2 yıl, %18,3'ünün 3-5 yıl arasında olduğu bulunmuştur.



Kadınların, İDÖ toplam puan ortalamasının 47,34±21,91 olduğu, en çok etkilenen alt boyut ölçeği toplumsal damgalanma alt boyutunun puan ortalamasının 14,78±8,24 ve sosyal geri çekilme alt boyutunun puan ortalamasının 13,28±5,84 olduğu, BDÖ toplam puan ortalamasının 8,28±9,58 olduğu ve %67,5'inin minimal derecede depresyon yaşadığı, DAÖ toplam puan ortalamasının 43,2±6,25, SAÖ toplam puan ortalamasının 52,54±8,78 olduğu ve %56,7'sinin orta derecede durumluk anksiyete %71,7'inin orta derecede sürekli anksiyete yaşadığı bulunmuştur.

Kadınların, yaşı ile toplumsal damgalanma boyutu puan ortalamaları, sosyal güvence durumu ile ailesel damgalanma boyutu puan ortalamaları, yaşadığı yer ile İDÖ toplam, öz değer kaybı, toplumsal damgalanma alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların, eğitim ve çalışma durumu ile İDÖ toplam ve alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kadınların, infertilitenin eşle olan ilişki durumu ile İDÖ toplam, öz değer kaybı, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları, eşle olan cinselliğin etkilenme durumları ile İDÖ toplam, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları, cinsel doyumda azalma ile İDÖ toplam, öz değer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları, prematür ejakülasyon ile toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların, evlilik şekli ve evlilik süresi ile İDÖ toplam ve alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kadınların, infertilite kaynağı ile toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları, öncesinde tedavi alanlar ile ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları, hormon tedavisi+IUI alanlar ile toplumsal damgalanma alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların, infertilite süresi ve tedavi görme süresi ile İDÖ toplam ve alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kadınların, gelir durumları ile BDÖ ve DAÖ puan ortalamaları; sosyal güvence durumu ile SAÖ puan ortalamaları, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu ile SAÖ puan ortalamaları, yaşadığı yer ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların, eğitim ve çalışma

durumu ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kadınların, evlilik süresi ile BDÖ ve SAÖ puan ortalamaları, evlilik şekli ile SAÖ puan ortalamaları, infertilitenin eşle olan ilişki durumları ile BDÖ, DAÖ ve SAÖ puan ortalamaları ve cinsel doyumda azalma ile BDÖ, DAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kadınların, infertilite kaynağı ile BDÖ ve SAÖ puan ortalamaları, infertilite nedeni (ovulasyon sorunları) ile BDÖ, SAÖ puan ortalamaları, infertilite süresi ile BDÖ ve SAÖ puan ortalamaları, öncesinde tedavi alanlar ile BDÖ, IUI tedavisi alanlar ile DAÖ puan ortalamaları, tedavi görme süresi ile DAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

IDÖ toplam, öz değer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma, ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalamaları ile BDÖ, DAÖ, SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

## 6.2 Öneriler

Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlara dayanarak infertilite hemşirelerine yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Tedavi amacıyla YÜT'ne başvuran infertil kadınların ilk değerlendirilme aşamalarında damgalanma, depresyon ve anksiyete seviyelerinin belirlenmesi, gerektiği durumlarda kadınların psikiyatr, psikolog, jinekolog, ürolog ve seksolog gibi alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerine yönlendirilmesi,
- İnfertil kadınlarla en fazla iletişim içinde olan hemşireler tarafından, kadınların psikososyal açıdan desteklenmesi ve terapötik danışmanlık hizmeti verilmesi, maruz kaldıkları damgalanmaya karşı toplumun eğitimlerle bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılmasına yönelik medyanın kullanılması,
- İnfertil kadınlar üzerindeki damgalanmanın emosyonel sorunlara etkisini daha iyi anlayabilmek ve özgün veriler elde edebilmek için bundan sonraki konuyla ilgili yapılacak çalışmaların farklı etnik köken, farklı ırk ve farklı din vb. kontrol gruplu, randomize ve hem kentsel hem kırsal bölgeyi içine alan daha büyük örneklerle çalışmaların planlanması,
- İnfertil erkeklerinde damgalanma düzeyi ve emosyonel durumlarını inceleyen çalışmaların planlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- American College of Obstetricians and Gynecologists.** (2012). Treating infertility: Erişim adresi:[<http://www.acog.org/~media/for%20patients/faq137.pdf?dmc=1&ts=2012213t0233482716>].
- Akarsu, R.H. ve Beji, N.K.** (2019). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, 1-12.
- Algül, Ö. ve Aksu, H.** (2014). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(3), 171-178.
- Alhassan, A., Ziblim A.R. ve Muntaka, A.** (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health*, 14, 42.
- Altay, B., Baltacı, N., Avci, İ.A. ve Aydın, N.** (2018). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 69-85.
- Altıntop, İ. ve Kesgin, B.** (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Journal Of International Social Research*, 11(55), 755-768.
- Altuntuğ, K., Kızırmak, A., Başer, M. ve Ege, E.** (2012). İnfertil çiftlerde kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 65-78.
- Amanak, K., Karaöz, B. ve Sevil, Ü.** (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 345-350.
- American Society For Reproductive Medicine Practise Committee.** (2015). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertile Sterile*, 103(6), 44-50.
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W.K., Ope, J.O. ve Barivure, T.N.** (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10(1), 690.
- Asadi, J.N. ve Hüssein, Z.B.** (2015). Depression among infertile women in Basrah, Iraq: prevalence and risk factors. *J Chin Med Assoc*, 78, 673-677.
- Aşçı, R., Çayan, S., Erdemir, F., Orhan, İ., Yaman Ö, Usta, M.F., ... Kadioğlu, A. (Ed.).** (2013). Erkek reproduktif sistem hastalıkları ve tedavisi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Avilla, B.E.** (2016). *Importance of motherhood and/or social stigma of infertility: What's driving infertility-related outcomes* (Doktora tezi). Michigan State University. Michigan.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (Ed.).** (2006). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler (s. 289-293). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Aydın, S. ve Beji, N.K.** (2013). İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (Head)*, 10(2), 8-13.
- Beck, A.T.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Behboodı- Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhari- Ardabili, H., Vaismoradi, M. ve Ramezanzadeh, F.** (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: a qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(1), 41-46.
- Beji, N.K. (Ed.)**. (2015). İnfertilite. Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: İletişim.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. ve Weissman, A.** (2017). Normalization as a strategy for maintaining quality of life while coping with infertility in a pronatalist culture. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 871-879.
- Bodur, N.E., Çoşar, B. ve Erdem, M.** (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62.
- Bonett, D.G.** (2002). Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Statistics in Medicine*, 21(9), 1331-1335
- Bose, S. ve Roy, B.** (2017). Fertility related quality of life in primary infertile couples: a comparative study from Eastern India. *The International Journal of Indian Psychology*, 5(1), 13-19.
- Bozkurt, O. ve Özkan, M.** (2019). İnfertilite ve tedavi süresinin kadınlar üzerinde psikiyatrik etkileri. *Journal of Medical Sciences*, 1(1), 48-55.
- Braga, D.P.A.F., Halpern, G., Setti, A.S, Figueira, R.C.S, Iaconelli Jr, A. ve Borges Jr, E.** (2015). The impact of food intake and social habits on embryo quality and the likelihood of blastocyst formation. *Reproductive Biomedicine Online*, 31(1), 30-38.
- Cardozo, E.R., Neff, L.M., Brocks, M.E., Ekpo, G.E., Dune, T.J., Barnes, R.B. ve Marsh, E.E.** (2012). Infertility patients' knowledge of the effects of obesity on reproductive health outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(6), 509-e1.
- Cetişli, N.E., Ören, E.D.T. ve Kaba, F.** (2018). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 422-426.
- Choi, H.W., Park, Y.S., Lee, S.H., Lim, C.K., Seo, J.T. ve Yang, K.M.** (2016). Effects of maternal age on embryo quality and pregnancy outcomes using testicular sperm with intracytoplasmic sperm injection. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 43(4), 221-227.
- Çapık, A., Aksoy, M., Yılmaz, E. Ve Yılmaz, F.** (2019). Infertility stigma scale: a psychometric study in a turkish sample. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 328-335.
- Çayır, Y. Ve Gürsoy, P.G.** (2018). İnvitro fertilizasyon ve akupunktur. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(3), 420-423.
- Çelik, A.S. ve Kırca, N.** (2018) Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104-114.

- Çetin, C. ve Çetin Turan, M.** (2014). Dünden bugüne yardımla üreme teknikleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(1), 148-155.
- Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F. ve Constantino, R.E.** (2017). ‘Half a woman, half a man; that is how they make me feel’: A qualitative study of rural Jordanian women’s experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20(5), 516-530.
- Davidson, M.R., London, M.L. ve Ladewig, P.A.W. (Ed.).** (2008). Special Reproductive Concerns: Infertility and Genetics. İçinde Olds’ Maternal- Newborn Nursing & Women’s Health Across The Lifespan. New Jersey.
- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., ... Di Giannantonio, M.** (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter*, 165(3), 163-9.
- Demir, S. Kızılkaya Beji, N.** (2015). İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Androloji Bülteni*, 17, 136-139.
- Demirci, N. ve Potur, D.** (2017). İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri. N Demirci ve N Kızılkaya Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşireliği El Kitabı içinde (s.15-23). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Dierickx, S., Rahbari, L., Longman, C., Jaiteh, F. ve Coene, G.** (2018). ‘I am always crying on the inside’: a qualitative study on the implications of infertility on women’s lives in urban Gambia. *Reproductive Health*, 15(1), 1-11.
- Dinçer, Ö.G.Y., Şanlı, U.H.Y. ve Beji, N.K.** (2015). İnfertilite hemşireliğinde kanıta dayalı yaklaşımlar. *Erkek Üreme Sağlığı*, 17(63), 289-295.
- Duman, N.B. ve Koçak, D.Y.** (2016). İnfertilitenin cinsel sağlığa etkileri ve profesyonel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(1), 51-58.
- Ekinci, F., Tuncel, B., Uzunur, A., Anğın, A. D., Çoşkun, D. M., Sakin, Ö., ... Şimşek, E.E.** (2017). An evaluation of the psychosocial status of infertile women. *SCIE*, 28(3), 212-216
- El Kissi, Y., Romdhane, A.B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K.A., Khairi, H. ve Ali, B.B.H.** (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 185-189.
- Ender-Yumru, A. ve Öndeş, B.** (2011). İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon’a doğru hasta seçimi. *JAREM*, 1(2), 57-60.
- Ergin, R.N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K. ve Çalışkan, E.** (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 46.
- Fallahzadeh, H., Abadi, H.Z.M., Momayyezi, M., Moghadam, H.M. ve Keyghobadi, N.** (2019). The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(3), 153.
- Fang, M., Li, G., Kang, X., Hou, F., Lv, G., Xu, X., ... Li, P.** (2020). The role of gender and self-esteem as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among infertile couples. *Psychology, Health & Medicine*, 1-14.

- Feldt, L.S., Woodruff, D.J. ve Salih, F.A.** (1987). Statistical inference for coefficient alpha. *Applied Psychological Measurement*, 11(1), 93-103.
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N.G., Ingerslev, H.J. ve Zachariae, R.** (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), 1-18.
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., ... Lei, J.** (2015). Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 69-75.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., De Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ... Wischmann, T.** (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485.
- Goffman, E. (Ed.).** (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster Inc.
- Güngör, İ. ve Beji, N. K.** (2015). Evolving roles and certification requirements of infertility nurses. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 152-159.
- Gürbüz, T., Okçu, N.T., Gökmen, O. ve Orhon, E.** (2020). The level of anxiety and depression in patients admitted to an infertility clinic. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(3), 240-244.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018).** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
- Hasdemir, P.S., Kamali, M.B. ve Ozcakir, H.T.** (2015). İnfertilite olgularında tedavi başlangıcında sözel ile yazılı bilgilendirmenin etkinlik açısından değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2), 14-17.
- Hisli, N.** (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.
- Hoffman, B.L.** (2009). İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Y Ceylan, G Yıldırım, H Aslan, A Gül ve A Gedikbaşı (Yay. Haz.). Üreme Endokrinolojisi, Kısırlık Ve Menopoz (s. 426-447). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hotun-Şahin, N. Ve Bilgiç, D.** (2015). Gebelik. N Kızılkaya-Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 113-117). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
- Iordăchescu, D.A., Paica, C.I., Boca, A. E., Gică, C., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., ... Gică, N.** (2021). Anxiety, difficulties, and coping of infertile women. in healthcare. *Digital Publishing Institute*. 9(4), 466.
- İlerisoy, M.** (2015). İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 28,143-64.
- Jansen, N.A. ve Saint Onge, J.M.** (2015). An internet forum analysis of stigma power perceptions among women seeking fertility treatment in the United States. *Social Science & Medicine*, 147, 184-189.

- Jing, X., Gu, W., Xu, X., Yan, C., Jiao, P., Zhang, L., ... Wang, W.** (2020). Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-7.
- Jisha, P.R. ve Thomas, I.** (2016). Quality of life and infertility: influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychological Studies*, 61(3), 159-169.
- Joelsson, L.S., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M.K., Stern, J., Berglund, A. ve Skalkidou, A.** (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 45, 212-219.
- Kadioğlu, M. ve Hotun-Şahin, N.** (2015). Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın. *Sağlık ve Toplum*, 25(3), 3-9.
- Kahyaoglu-Sut, H. ve Balkanli-Kaplan, P.** (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing & Health Sciences*, 17(1), 84-89.
- Kamışlı, S., Terzioğlu, C. ve Bozdağ, G.** (2020). İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 43-49.
- Kan, Ö., Alkılıç, A., Yüce, T. ve Berker, B.** (2014). Açıklanamayan infertilitede yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 506-518.
- Kaplan, E.** (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androl Bul*, 20(2), 61-64.
- Karaca, A. ve Ünsal, G.** (2015). İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2), 126-132.
- Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, H., Oregul, F., Yilmaz, R., ... Batmaz, G.** (2016). Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206, 158-163.
- Karanisoğlu, H. ve Yazıcı, S.** (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. N Kızılkaya-Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşireliği (s. 69-88). İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.
- Kavlak, O. (Ed.).** (2015). Kadın Sağlığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaya, Z. ve Oskay, U.** (2019). Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 485-496.
- Kaydırak, M.M., Beji, N.K. ve Zengin, M.** (2017). İnfertil Çiftin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü. N Demirci ve N Kızılkaya Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşireliği El Kitabı (ss. 56-69). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Keskin, G. ve Gümüüş, B.A.** (2014). İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 9-16.
- Kırca, N. Ve Pasinlioğlu, T.** (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar: *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5(2), 162-178.
- Kızılkaya-Beji, N. (Ed.).** (2009). İnfertilite hemşireliği. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.

- Kızılkaya-Beji, N., Zengin, M. ve Dinç, H.** (2009.) İnfertilite Hemşirelerinin Değişen Roller ve Eğitim Gereksinimleri. N Kızılkaya-Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşireliği (s. 255-264). İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.
- Koçak, D.Y. ve Duman, N.B.** (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 7-13.
- Korkmaz, C.** (2017). Mikroenjeksiyon (ICSI) ve Mikromanipülasyon Teknikleri. R Pabuçcu, C Fıçıoğlu, ve B Baysal (Yay. Haz.). Üreme Tıbbı Ve Cerrahisi Derneği Kitabı (s. 267-272). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kublay, D. ve Oktan, V.** (2015). Evlilik uyumu: Değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(44), 25-35.
- Kyei, J.M., Manu, A., Kotoh, A.M., Adjei, C.A. ve Ankomah, A.** (2021). Beliefs about children and the psychosocial implications of infertility on individuals seeking assisted fertilization in Ghana. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 12, 88-95.
- Lakatos, E., Szigeti, J.F., Ujma, P.P., Sexty, R. ve Balog, P.** (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-9.
- Li, H., Yan, C.L., Zhu, S.J. ve Lei, J.** (2010). Humiliation feeling of infertile women and its relevant factors. *Chin Gene Pract*, 13, 1627-9.
- Liu, Y.F., Fu, Z., Chen, S.W., He, X.P. ve Fan, L.Y.** (2021). The Analysis of Anxiety and Depression in Different Stages of in vitro Fertilization-Embryo Transfer in Couples in China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 649-657.
- Mamuk, R. ve Beji, N.K.** (2015). İnfertilite tedavisi sürecinde psikoterapi uygulamaları. *Androloji Bülteni*, 17(62), 200-205.
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S. ve Omani-Samani, R.** (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology&Obstetrics* 130(3), 253-256.
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M., Navid, B., Ezabadi, Z. ve Samani, R.O.** (2018). 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.
- Mendonca, C.R, Arruda, J.T, Noll, M., Paulo, M.D.O. ve do Amaral, W.N.** (2017). Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 153-163.
- Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A. G., Hemphill, S. A., Hiller, J. E. ve Astute Health Study Group.** (2016). Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 11(11), e0165805.
- Missmer, S.A., Seifer, D.B. ve Jain, T.** (2011). Cultural factors contributing to health care disparities among patients with infertility in Midwestern United States. *Fertility and Sterility*, 95(6), 1943-1949.



- Mostafa, T.** (2010). Cigarette smoking and male infertility. *Journal of Advanced Research*, 1(3), 179-186.
- Mutlu, M.F., Baştu, E. ve Öktem, M.** (2013). Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. *Gazi Medical Journal*, 24(1), 29-32.
- Naab, F., Brown, R. ve Heidrich, S.** (2013). Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 132-140.
- Naab, F., Lawali, Y. ve 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.
- Nahar, P. ve Geest, S.** (2014). How women in Bangladesh confront the stigma of childlessness: Agency, resilience, and resistance. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3), 381-398.
- Namdar, A., Naghizadeh, M.M., Zamani, M., Yaghmaei, F. ve Sameni, M.H.** (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-7.
- Oladeji, S.A. ve OlaOlorun, A.D.** (2018). Depression among infertile women in Ogbomosoland. *South African Family Practice*, 60(2), 41-45.
- Oltuluoğlu, H., Günay, U. ve Aylaz, R.** (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 92-98.
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A. ve Amini, P.** (2018). Prevalence of depression and its determinant factors among infertile patients in Iran based on the PHQ-9. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 460-463.
- Omani-Samani, R.O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliya, B. ve Mohammadi, M.** (2017). Evaluation on hope and psychological symptoms in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *International Journal of Fertility & Sterility*, 11(2), 123-129.
- Özmen, S. ve Erdem, R.** (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, R., Bloom, T.L., Li, Y. ve Bullock, L.F.** (2021). Stress, stigma, violence experiences and social support of us infertile women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 205-217.
- Partovi-Meran, H.E. ve Kızılkaya-Beji, N.** (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni*, 18(64), 60-64.
- Pereira, V.M., Nardi, A. E. ve Silva, A.C.** (2013). Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 55-61.
- Ross, R. ve Hess, R.F.** (2019). Social Pressure for Pregnancy Scale: its development, psychometric properties, and potential contributions to infertility and depression research. *Journal of nursing measurement*, 27(1), 5-15.
- Royal College of Nursing.** (2019). An RCN training and education framework for fertility nursing. London. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/library/subject-guides/fertility-nursing>.

- Hodin, S.** (2017). Project coordinator u, women and health initiative, harvard t.h. chan school of public health maternal health task force. the burden of infertility: global prevalence and women's voices from around the world. Erişim adresi: <https://www.mhtf.org/2017/01/18/the-burden-of-infertility-global-prevalence-and-womens-voices-from-around-the-world/>.
- Seymenler, S. ve Siyez, D.M.** (2018). İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 186-197.
- Sezgin, H. ve Hocaoğlu, Ç.** (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184.
- Shahraki, Z., Ghajarzadeh, M. ve Ganjali, M.** (2019). Depression, anxiety, quality of life and sexual dysfunction in Zabol women with infertility. *Maedica*, 14(2), 131-134.
- Smith, N.K., Madeira, J. ve Millard, H.R.** (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 985-993.
- Sophia, N.S. ve Punitha, P.** (2017). A study on childless couples seeking treatment for infertility. *IJAR*, 3(4), 161-162.
- Şahin, G., Göker, E.N.T., Akdoğan, A. ve Tavmergen, E.** (2017). İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sikluslarında Ovulasyon İndüksiyonu. *TJRMS*, 1(1), 36-41.
- Şen, S. ve Sevil, U.** (2016). Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. *JACSD*, 6, 63-82.
- Tabong, P.T.N. ve 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), 1-10.
- Taşkın, L. (Ed.)**. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taşkın, M.İ., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E. ve Arslan, M.** (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2(3), 79-84.
- Terzioglu, F., Turk, R., Yucel, C., Dilbaz, S., Cinar, O. ve Karahalil, B.** (2016). The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African Health Sciences*, 16(2), 441-450.
- Tjon-Kon-Fat, R.I., Bendsorp, A.J., Scholten, I., Repping, S., Van Wely, M., Mol, B.W. J. ve Van Der Veen, F.** (2016). IUI and IVF for unexplained subfertility: where did we go wrong?. *Human Reproduction*, 31(12), 2665-2667.
- Topdemir-Koçyiğit, O.** (2012). Infertility and its socio-cultural impacts. *İnsanbil Derg.* 1(1), 27- 38.
- Totan, T. ve Yavuz, Y.** (2009). "The validity and reliability study of the Turkish version of Westside test anxiety scale", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(17), 95-109.
- Tural, G.N. ve Çelik, A.S.** (2018) Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 91-104.

- Turner, K., Reynolds-May, M.F., Zitek, E.M., Tisdale, R.L., Carlisle, A.B. ve Westphal, L.M.** (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS One*, 8(5), e63743.
- Türkiye İstatistik Kurumu.** (2016). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Ankara, Sayı: 24638. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059).
- Uğur, A.S.** (2014). *İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Uyar, B.** (2015). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi* (Yüksek lisans tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Diyarbakır.
- Vander-Borgh, M. ve Wyns, C.** (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10.
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M. ve Sydsjö, G.** (2015). Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(10), e009426.
- World Health Organization.** (2019). Reproductive health. Erişim adresi: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.
- World Health Organization.** (2017). Mother or nothing the agony of infertility. Erişim adresi: [http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin\\_88\\_12/en/-21k](http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/-21k). 2010 Erişim tarihi: 14.07.2017.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü.** (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-121.
- Yassa, M.** (2016). *Primer ve sekonder infertil çiftlerde anksiyete ve depresyon ölçeklerinin karşılaştırılması* (Uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. İstanbul.
- Yassa, M., Arslan, E. ve Gulbahar, D.S.** (2019). Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 410-415.
- Yazdi, H.Z.G., Sharbaf, H.A., Kareshki, H. ve Amirian, M.** (2020). Infertility and psychological and social health of Iranian infertile women: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry*, 15(1), 67-79.
- 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.
- Yıldız-Eryılmaz, H., Ekşi, Z. ve Günüşen-Ertuğrul, E.** (2009). İnfertilite Tanı Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. N Kızılkaya-Beji (Yay. Haz.). İnfertilite Hemşireliği (s. 49-68). İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.
- Yılmaz, S.D., Beji, N.K. ve Serdaroğlu, H.** (2016). İnfertil kadınlarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 46-50.
- Yılmaz, E. ve Kavak, F.** (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 378-382.

- Ying, L.Y, Wu, L.H. ve Loke, A.Y.** (2015). İnfertilite ile ilgili deneyimlerde ve düzeltmelerde cinsiyet farklılıkları: bir literatür taraması. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 52(10), 1640-1652.
- Yusuf, L.** (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; a case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1340-1343.
- Zeren, F.** (2016). *İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı. Eskişehir.
- Zeren, F. ve Gürsoy, E.** (2019). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. *HEAD*, 16(1), 68-72.
- Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y. ve 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.
- Zhou, Z., Zheng, D., Wu, H., Li, R., Xu, S., Kang, Y., ... Qiao, J.** (2017). Epidemiology of infertility in China: A population- based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(4), 432-441.

## EKLER

### EK 1:Etik kurul onayı



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2019-144

26/04/2019

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.



Başvuru Numarası	2019-78
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Araştırma Başlığı	İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi
Toplantı Tarihi	25/04/2019
Karar Numarası	2019-140

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltilmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

**EK 2:** Türkiye kamu hastaneleri kurumu yazılı izin



T.C.  
ÇORUM VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 23418205/  
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin  
Komisyon Onayı

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünde Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dilek BİNGÖL'ün araştırmacılığını üstleneceği "İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi" isimli çalışmanın, Başkanlığımıza bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran infertil kadınlarla yapılabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkındaki Hitit Üniversitesi Rektörlüğünün 28.05.2019 tarihli yazısı, Ön İzin Formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında; yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi ve Ar-Ge Birimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Komisyon Başkanı  
Dr. İhsan DEMİRBAŞ  
Başkan

Üye V.  
Tuncay GÖKÇE  
Başkan Yardımcısı

Üye  
Kürşat CAYGIN  
Uzman

O L U R  
.../06/2019

Uzm. Dr. Ömer SOBACI  
İl Sağlık Müdürü

## KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

### İnfertil Kadınlarda Stigma Algısının Emosyonel Sorunlara Etkisi

Araştırma Çorum ilinde yaşayan infertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılmanız durumunda Sosyo-demografik Bilgi Formu, İnfertilite Stigma (Damgalanma) Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'ni doldurmanız gerekmektedir. Bu çalışma karşılığı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediğiniz zaman bırakma hakkına sahipsiniz. Çalışmada isminizi yazmanız beklenmemektedir. Elde edilecek bilgiler saklı tutulacaktır. İlgili ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.'

**Ad Soyad:**

**Tarih:**

**İmza:**

## EK 4: Kişisel bilgi formu

### SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan "İNFERTİL KADINLARDA STİGMA ALGISININ EMOSYONEL SORUNLARA ETKİSİ" başlıklı Yüksek Lisans Tezi kapsamında oluşturulmuş olan aşağıdaki anket formunu doldurarak çalışmaya katkıda bulunabilirsiniz. Anket formu üzerine isim yazılmamalıdır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler sadece çalışma yürütücüler tarafından değerlendirilecek ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkı için çok teşekkür ederiz.

**Dilek BİNGÖL**

Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız: .....

2. Eşinizin yaşı: .....

3. Evlilik yaşı: .....

4. Yaşadığınız yer? 1) İl 2) İlçe 3) Köy

5. Eğitim durumunuz?

1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul  
4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite ve üzeri

6. Eşinizin eğitim durumu?

1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul  
4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite ve üzeri

7. Çalışma durumunuz?

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

8. Eşinizin çalışma durumu?

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

9. Gelir durumunuz?

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

10. Sosyal güvence durumunuz? 1) Var 2) Yok

11. Sosyal güvenceniz tedavi masraflarını karşılıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

12. Aile tipiniz? 1) Geniş aile 2) Çekirdek aile

13. Eşinizle evlenme şekliniz? 1) Görücü usulü 2) Flört ederek

14. Eşinizle akrabalık durumunuz?

1) Var (Akrabalık derecesi: .....) 2) Yok

15. Evlilik süreniz?

1) 1 yıl 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri

16. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? ..... ay/ yıl

17. Hiç gebe kaldınız mı? (Bu soruya cevabınız evet ise 18 ve 19. soruları cevaplayınız)

1) Evet 2) Hayır

18. Daha önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ?

1) Düşük 2) Küretaj 3) Doğum 4) Ölü doğum

19. Çocuğunuz var mı? ( Var ise 20. Soruyu cevaplayınız)

1) Var 2) Yok



**20. Kaç çocuğunuz var?**

- 1) 1 2) 2-3 3) 4-5 4) 6 ve üstü

**21. Kısırlık (İnfertilite) nedeni kimden kaynaklanıyor ?**

- 1) Kadın 2) Erkek 3) Her ikisi 4) Nedeni bilinmiyor

**22. Kısırlık (İnfertilite) nedeniniz aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Sperm azlığı/hareketsizliği  
2) Tüplerde tıkanıklık/bozukluk  
3) Polikistik over sendromu (Yumurtlama problemleri)  
4) Rahim kaynaklı bozukluklar  
5) Hormonal nedenler  
6) Diğer

**23. Ailenizde ya da eşinizin ailesinde çocuk sahibi olamayan kişiler var mı?**

- 1) Var (.....) 2) Yok

**24. Çocuk sahibi olabilmek için gördüğünüz tedavi hangisi/hangileridir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Daha önce hiç tedavi almamış 2) Hormon tedavisi 3) Aşılama 4) Hormon tedavisi + Aşılama  
5) Hormon tedavisi + Aşılama + IVF (tüp bebek) 6) Diğer (.....)

**25. Çocuk sahibi olabilmek için ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?**

- 1) 1 yıldan az 2) 1-2 yıl 3) 3-5 yıl 4) 6-10 yıl 5) 11 yıl ve üzeri

**26. Çocuk sahibi olamamanızın eşinizle olan ilişkilerinizi etkilediğini düşünüyor musunuz? (Evet ise 27. soruyu cevaplayınız)**

- 1) Evet, etkiliyor 2) Hayır, etkilemiyor

**27. Nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?**

- 1) Sık sık tartışıyoruz 2) Değişken ve Tutarsız 3) İlgili ve Destekleyici 4) Suçlayıcı ve Baskıcı

**28. Kısırlık (İnfertilite)'in cinselliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz? (Etkilediyse 29. Soruyu cevaplayınız)**

- 1) Evet, etkiliyor 2) Hayır, etkilemiyor

**29. Eğer etkilediyse hangisi/hangileri gelişmiştir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Cinsel isteksizlik 2) Cinsel ilişki sırasında ağrı 3) Vajinal kuruluk 4) Cinsel doyum azalması  
5) Erken boşalma 6) Sertleşme (ereksiyon) sorunu

**30. Kısırlık (İnfertilite) tedavisi sürecinde en çok desteği kimden aldınız ?**

- 1) Eş 2) Aile 3) Arkadaşlar 4) Yakın akrabalar 5) Diğer (.....)

## EK 5: İnfertilite damgalanma (stigma) ölçeği

### İNFERTİLİTE DAMGALANMA (STİGMA) ÖLÇEĞİ

**Yönergeler:** Bu listede bir kadının infertilite tedavisi görünken deneyimleyebileceği zihinsel aktiviteleri içerir. Aşağıdaki her ifadeye ne derece katılıp katılmadığınızı öğrenmek istiyoruz. Puanlarımızın infertilite tedavisi hakkındaki gerçek düşüncelerinizi yansıttığından emin olunuz.

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

Teşekkür ederim.

Not: "İnfertilite = Gebe kalamada sakatı yapmaması" anlamına gelmektedir.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kararsız	Kesinlikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Özdeşer Kaybı</b>					
1.Talihsiz bir kadere sahip olduğuma hissediyorum.					
2.Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3.Kendimi aileme yüklenmiş 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.					
<b>Sevdi Geri Çekilme</b>					
8.Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.					
9.Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğunda 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.					
<b>Toplumsal Daugalanma</b>					
13. Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yoğun bir durumdur.					
14. Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.					
15. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendüklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.					
16. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendüklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.					
17. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendüklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.					
18. Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum.					
19. Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuşuklarını hissediyorum.					
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsemediğini hissediyorum.					
21. Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					
<b>Ailesel Daugalanma</b>					
22. Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı mahvetti.					
23. Eğitimle ilişkimin bozulacağından endişeleniyorum.					
24. Eşimden benden boşanacağından korkuyorum.					
25. Ailemin beni eskisi kadar önemsemediğini hissediyorum.					
26. Ailem, özellikle kayınanam, sürekli bana soru yaratmaya çalışıyor.					
27. İnsanlar durumumu öğrenirlerse, yeniden evlenişine durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.					

## EK 6: Beck depresyon ölçeği

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

#### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÁHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
  1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
  1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
  2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
  3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimsen memnunum.
  1. Kendi kendimsen pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızyorum.
  3. Kendimsen nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
  1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimsen eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0.** Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

## EK 7: Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği

### DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Su anda kevfim verinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ - Devamı

		Hemen hemen hiç bir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



## EK 8: Ölçek kullanım izni

AYLA ÇAPIK < [REDACTED]

Alıcı: ben ▾

Merhaba, ölçeği tezinde kaynak göstererek uygulayabilirsin. Tezinde başarılar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Ayla ÇAPIK

Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

---

Gönderen: Dilek Bingöl < [REDACTED]

Gönderildi: 10 Nisan 2019 Çarşamba 18:11

Kime: [REDACTED]

Konu: ÖLÇEK İZİNİ

...

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı – Soyadı** : Dilek BİNGÖL

**Doğum yeri ve tarihi** : [REDACTED]

**İletişim adresi ve telefonu** : [REDACTED]  
[REDACTED]

### Öğrenim Durumu:

**Lisans** : [REDACTED]

**Yüksek lisans** : [REDACTED]

### Mesleki Deneyimi :

**Görev** : [REDACTED]

**Yer** : [REDACTED]

**Başlama tarihi** : [REDACTED]

**Çalışma durumu** : [REDACTED]

### Bilimsel Çalışma Alanları ve Yayınları

#### Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Bingöl D, Kılıcıkesen E, Aydemir C, Büyükkayacı Duman N. Yaşlı kadınlara yönelik meme kanseri taramalarında güncel yaklaşımlar. Büyükkayacı Duman N, editör. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.15-8.
- Bingöl D, Koçak DY. (2019). Obezitenin Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkileri, Hemşirelik Yaklaşımı. Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(2), 110-119.
- Bingöl D, Büyükkayacı Duman N. (2021). Endometriozis Ağrı Yönetiminde Güncel Tedavi Yaklaşımları Ve Hemşirenin Rolü, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Yayın Aşamasında).

#### Katıldığım kongreler

- Bingöl D, Büyükkayacı Duman N. (2019). Endometriozis Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, 37. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Kongresi (Özet Bildiri/ Poster sunum), 12-14 Haziran 2019, İstanbul.
- CİSED 5. Ulusal Cinsel Sağlık Kongresi, 01-04 Nisan 2021, Antalya.

#### Katıldığım kurslar

- İnfertilite Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi, Ankara Üniversitesi, 26 Nisan 2019
- İnfertilite Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi, 37. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Kongresi, 12 Haziran 2019, İstanbul.
- Doğuma Hazırlık Eğitici Kursu Katılım Sertifikası, Hitit Üniversitesi, 11 Aralık 2020, Çorum.
- Perinatoloji Kursu, Hitit Üniversitesi, 03 Haziran 2021, Çorum.

