

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BEGÜM TAŞ HÜNÜR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

İNFERTİL KADINLARIN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE DAMGALANMA DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Begüm TAŞ HÜNÜR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İNFERTİL KADINLARIN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE DAMGALANMA DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Begüm TAŞ HÜNÜR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurcan KIRCA

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.
08/02/2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurcan KIRCA
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞAHAN
Antalya Bilim Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mine ORUÇ
Antalya Bilim Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Begüm TAŞ HÜNÜR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nurcan KIRCA

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince kıymetli zamanını ayırıp, sabır, ilgi ve özveri ile elinden gelenin fazlasını sunan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bir anne şefkati ile her daim desteğini yanımda hissettiğim değerli danışman hocam Doç. Dr. Nurcan KIRCA'ya

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda bana destek olan ı ışık tutan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanlarına,

Tez çalışmamda istatistiksel analizlerin yürütülmesinde bana danışmanlık sağlayan Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a,

Yüksek lisans eğitim boyunca her zaman yardımcı olan Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne ve araştırmama katılan Tüp Bebek Ünitesi'nde tedavi gören kadınlara,

Tez çalışmam boyunca bana destek olan değerli ekip arkadaşlarıma ve sevgili arkadaşlarıma,

Beni bu günlere getiren, desteklerini, sevgilerini, emeklerini benden esirgemeyen canım annem Belkıs TAŞ'a, canım babam Vural TAŞ'a ve canım kardeşim Hüseyin Bora Taş'a,

Son olarak da desteğini, sevgisini her daim hissettiğim sevgili eşim Mehmet HÜNÜR'e en güzel duygularıyla sonsuz teşekkür ederim.

Begüm TAŞ HÜNÜR

ÖZET

Amaç: Bu çalışma infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Çalışma, Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yapıldı. Araştırma evrenini 322 infertil kadın oluşturdu. Veri toplama aracı olarak, Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği kullanıldı. Ölçekler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnow testi, Bağımsız Gruplar arası t testi, Varyans Analizi, Pearson korelasyon analizi, ve adımsal regresyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması $67,90 \pm 15,36$, infertilite damgalanma ölçeği puan ortalaması ise $50,62 \pm 19,91$ olarak bulundu. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile infertilite damgalanma ölçeği arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç: Yapılan bu çalışmada infertilite tanısı almış kadınların, algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu ve infertiliteye bağlı damgalanmayı orta düzeyde yaşadıkları saptandı. Kadınların en çok toplumsal damgalanma yaşadığı bulundu. Bu nedenle infertilitede damgalanma konusunda toplum eğitimlerle bilgilendirilmeli ve farkındalığın artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: kadın, infertilite, damgalanma, sosyal destek, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the relationship between social support perceived by infertile women and their levels of stigma.

Method: Study was conducted at Akdeniz University Hospital in Vitro Fertilization Center between March and September 2023. The research population consisted of 322 infertile women. Personal Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Infertility Stigma Scale were used as data collection tools. The scales were applied by face-to-face interview method. The data obtained as a result of the research were analyzed by Kolmogorov-Smirnow test, Independent Group t test, Analysis of Variance, Pearson correlation analysis and stepwise regression test was used.

Results: In the study, the women's multidimensional perceived social support scale mean score was 67.90 ± 15.36 , and the infertility stigma scale mean score was 50.62 ± 19.91 . A low-level, negatively significant correlation was found between the multidimensional perceived social support scale and the infertility stigma scale.

Conclusion: In this study, it was determined that women diagnosed with infertility had high perceived social support and experienced infertility-related stigma at a moderate level. It was found that women experience the most social stigma. For this reason, the public should be informed through training about the stigma of infertility and it may be recommended to raise awareness.

Key words: women, infertility, stigma, social support, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı	3
2.1.1. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri	3
2.1.2. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Boyutu	4
2.2. İnfertilite ve Damgalanma (Stigma)	5
2.2.1 Damgalanmanın Tarihçesi	5
2.2.2. Damgalanma Aşamaları	6
2.2.3. Damgalanma Türleri	7
2.2.4. Damgalanmanın Nedenleri	8
2.2.5. Damgalanmanın Sonuçları	8
2.2.6. Damgalanmanın İnfertilite Tanısı Alan Kadınlara Etkisi	9
2.3. Sosyal Destek	11
2.3.1. Sosyal Desteğin Alt Boyutları	11
2.3.2. Algılanan Sosyal Destek	11
2.3.3.İnfertilite ve Sosyal Destek	11
2.4.İnfertilitede Hemşirelik Bakımı	12
	iii

2.5. İnfertilite, Sosyal Destek ve Damgalanma ile İlgili Yapılmış Çalışmalar	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri	19
3.3.2. Dışlama Kriterleri	19
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.4.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği	20
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	20
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	22
4. BULGULAR	24
4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçekler İle İlgili Bulgular	27
4.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Kolerasyonu	36
4.3. Regresyon Analizi	41
5. TARTIŞMA	45
5.1. İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının İncelenmesi	45
5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	49
5.3. İnfertilite Damgalanma Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	53
5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	58

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuç	60
6.2. Öneriler	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	79
EK-1 Araştırmaya Katılım Onam Formu	
EK-2 Kişisel Bilgi Formu	
EK-3 İnfertilite Damgalanma Ölçeği	
EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
EK-5 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği İzni	
EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni	
EK-7 Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onayı	
EK-8 Kurum İzni	
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmalar	14
Tablo 2.2.	İnfertilite damgalanma ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmalar	16
Tablo 3.1.	Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları	22
Tablo 4.1.	Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.2.	Kadınların infertilite ile ilgili özellikleri	25
Tablo 4.3.	Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri	27
Tablo 4.4.	ÇBASDÖ ve alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre analiz bulguları	29
Tablo 4.5.	ÇBASDÖ ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre analiz bulguları	31
Tablo 4.6.	İDÖ ve alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre analiz bulguları	33
Tablo 4.7.	İDÖ ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre analiz bulguları	35
Tablo 4.8.	ÇBASDÖ ve alt boyutlarının kolerasyonu	36
Tablo 4.9.	İDÖ ve alt boyutlarının korelasyon katsayıları	38
Tablo 4.10.	ÇBASDÖ ve İDÖ arasındaki ilişkinin belirlenmesi	40

Tablo 4.11.	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine etki eden faktörlerin çok değişkenli adımsal seçim yöntemi sonuçları	42
Tablo 4.12.	İnfertilite damgalanma ölçeğine etki eden faktörlerin çok değişkenli adımsal seçim yöntemi sonuçları	43



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.	Farklı yaş gruplarındaki kadınların aldıkları tedavi türlerine göre dağılımları	26
Şekil 4.2.	ÇBASDÖ ve alt boyutlarının scatter plot matrix modellemesi	37
Şekil 4.3.	ÇBASDÖ genel ve alt boyutlarının serpilme grafiği	38
Şekil 4.4.	İDÖ genel ve alt boyutlarının serpilme grafiği	39
Şekil 4.5.	İDÖ ve alt boyutlarının scatter plot matrix modellemesi	40
Şekil 4.6.	İDÖ ve ÇBASDÖ scatter plot matrix modellemesi	41

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları
PKOS	Polikistik Over Sendromu
Tv-USG	Transvajinal Ultrasonografi
HSG	Histerosalpingografi
BBT	Bazal Vücut Sıcaklığı
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	Luteinize Hormon
AFS	Antral Folikül Sayısı
AMH	Anti Mülleryen Hormon
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
IVF	İn Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
IUI	Intrauterin İnseminasyon
ZIFT	Zigot Intrafallopian Transferi

GIFT	Gamet Intrafallopian Transferi
ICSI	Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
İDÖ	İnfertilite Damgalanma Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi

İnfertilite, en az bir yıl içerisinde haftada en az iki kez düzenli, korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen gebelik oluşmaması ile tanımlanan bir üreme sistemi hastalığıdır (DSÖ, 2018). Çoğu kültürde gebelik ve annelik, önemli bir gelişimsel basamak olarak görülür ve bu durumun önüne çıkan engeller sıklıkla toplumsal bir damgalanmaya sebep olmaktadır (Şen ve Sevil, 2016). İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri (YÜT) bireyin/çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp depresyon, anksiyete (Donkor ve ark., 2017; Namdar ve ark., 2017; Fallahzadeh ve ark., 2019; Çağlar ve Oskay, 2020), cinsel ilişkide (Öztürk ve ark., 2019; Starc ve ark., 2019) ve evlilik ilişkilerinde bozulmaya (Koçak ve Duman, 2016; Shahraki ve ark., 2018; Egelioğlu ve ark., 2019), kadınların özellikle doğurganlık rolü ile bütünleştirildiği toplumlarda sosyal izolasyon ve damgalanmaya (Taebi ve ark. 2021; Yılmaz ve Kavak, 2019) neden olabilmektedir.

İnfertilite çok fazla psikososyal sorunlara neden olduğu bilinmektedir (Slade ve ark., 2007). İnfertilite her iki cinsiyeti de eşit şekilde etkilese de en çok suçlananlar kadınlardır (Hasanpoor-Azghady ve ark., 2019). Bu durum infertil kadınların kendilerini suçlu hissetmelerine ve özgüvenlerini kaybetmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle infertil kadınlar; infertil erkeklere göre daha fazla psikolojik stres yaşamakta, sıklıkla infertil ve çocuksuz olmakla damgalanmaktadır (Fu ve ark., 2015). Birçok kadın infertiliteyi bir damgalama olarak deneyimlemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde infertiliteye yönelik damgalamanın daha fazla olduğu görülse de, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde infertil bireyler damgalanmaktadır (Greil ve ark. 2010; Karaca ve Unsal, 2015; Fu ve ark., 2015; Yılmaz ve Kavak, 2019; Öztürk ve ark., 2021). İnfertilitenin sebep olduğu damgalanma, infertil bireylerin toplumdan izole olması, hakarete uğraması, ayrıştırılması ve olumsuz benlik algısına sahip olması olarak tanımlanabilmektedir (Yılmaz ve Kavak, 2019). İnfertil bireylerde; damgalanma, utanç ve gizlilik duygusuyla ilişkilidir (Fledderjohann, 20212; Pacheco Palha ve Lourenco, 2011). Damgalanma, toplumdaki diğer insanlardan farklı olma ve toplumsal normlara aykırı olma yönündeki olumsuz duygu olarak tanımlanmaktadır (Goffman, 2009). İnfertilite bir damgalanma olarak yaşanır ise infertil kişiyi depresyona, kaygıya, strese (Slade ve ark., 2007, Carter ve

ark. 2011), evlilik ilişkilerinde sorunlara (Hasanpoor-Azghady ve ark., 2019), suçluluk duygusuna (Donkor ve Sandall 2007) ve sosyal destekten mahrum bırakmaya neden olabilir.

Sosyal destek; bireye çevresi tarafından değer görme/verme, saygı duyulma ve sevilme, maddi manevi sağlanan yardımdır (Roohafza ve ark., 2014; Yıldırım Köpük ve ark., 2021). İnfertil bireylerin tedavilerindeki karşılaşılan sorunların çözülmesinde sosyal destek son derece önemli bir yer tutmaktadır (Öztürk ve ark., 2021). İnfertil kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını koruması açısından bu desteğin önemi büyüktür. Sosyal destek, kişinin stres oluşturan durumlar veya olaylardan dolayı karşılaşacağı olumsuz sonuçlar ile baş edebilmesine yardımcı olacak çiftin sahip olduğu aile ve sosyal çevresidir. Sevgi, şefkat, güven, kendini ifade etme, kendini tanıma, ait olma duyguları; sosyal desteğe katkıda bulunan etkili bir çözüm yöntemidir. Sosyal destek düzeyi yüksek infertil çiftlerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik imgesinde azalma görülmektedir (Avşar, 2018; Khalid ve Dawood, 2020; Rotoli ve Borowczak, 2022). İnfertil kadınların beklentilerini karşılayacak sosyal destek düzeyleri arttıkça moral ve bu süreçte karşılaşacakları olumsuzluklarla baş etmeleri kolaylaştığı görülmüştür (Tural ve Sis Çelik, 2019). Sosyal destek yetersizliği olan infertil kadınlarda psikolojik sağlığın bozulduğu, anksiyete ve depresyonun yüksek olduğu görülmüştür (Aldemir ve ark., 2015; Khalid ve Dawood, 2020). İnfertilite tanı ve tedavi süreci kadınları birçok yönden olumsuz etkilemekte ve bu süreçte danışmanlığa, psikososyal yönden değerlendirilmeye ve destek sistemlerine gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Gülpınar ve ark., 2019; Khalid ve Dawood, 2020; Öztürk, Aba ve Şık, 2021). Bu süreçte kadınlara verilecek danışmanlık hizmetlerinde, algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeylerinin incelenmesi; tedavinin başarısını, kadın sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre en az bir yıl korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması ile tanımlanan erkek veya kadında üreme sisteminin bir hastalığıdır (DSÖ, 2023). Primer infertilite ve sekonder infertilite olarak iki grupta incelenebilmektedir. Primer infertilite gebeliğin hiç oluşmaması, sekonder infertilite ise bir ya da daha fazla gebelik öyküsü olduğu halde tekrar gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır (Nygren ve ark., 2011).

İnfertilite görülme sıklığı bölgeler ve ülkeler arasında değişkenlik göstermekte ve dünya çapında her 6 kişiden 1'i infertiliteden etkilenmektedir (DSÖ). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre üreme çağındaki çiftler arasında infertilite prevalansı %12,6 ile %17,5 arasında değişmektedir; Amerika, Batı Pasifik, Afrika ve Avrupa bölgeleri gibi bazı bölgelerde nispeten daha yüksek prevalans oranları bulunmaktadır (Cox ve ark., 2022). DSÖ, Batı Pasifik Bölgesi'nde en yüksek (%23,2) ve Doğu Akdeniz Bölgesi'nde en düşük (%10,7) olduğunu bildirmektedir. İnfertilite tahmini dönem yaygınlığı en yüksek DSÖ Afrika Bölgesi'nde infertilite (%16,4) bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı İran'da %17,3 (Kazemijaliseh ve ark., 2015), Hindistan'da %8,9 (Katole ve Saoji, 2019), Çin'de % 25 (Fang ve ark., 2021), İngiltere'de kadınlar arasında %12,5, erkekler arasında %10,1 (Datta ve ark., 2016) olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2018 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre; 15-49 yaş arası primer infertil kadınların oranı %4 olarak bulunmuştur (TNSA, 2018). Türkiye'deki infertil çiftlerin 1,5-2 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu çiftlerin %55-75'i primer infertil; %25-40'ı sekonder infertildir. Bu oranlar kadınların yüksek eğitim düzeyi, kariyer planları, artmış evlilik yaşı, çocuk doğurma yaşı gibi nedenlerle her geçen gün artmaktadır (Direkvand-Moghadam ve ark., 2013).

2.1.1. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri

İnfertilite eşleri, çiftlerin ailesini ve sosyal çevrelerini etkileyen, tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları da beraberinde getiren bir yaşam krizidir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Kadınlar için doğuramama; benlik imajının azalması, sosyal izolasyon,

kendini/kadınlığını eksik hissetme gibi anlamlara gelebilmektedir. Ebeveynlik duygusu, neslini devam ettirebilme bireylerde ciddi strese sebep olabilmektedir (Yücesoy ve ark., 2021). İnfertilite her iki birey için de stresli, ilişkiyi yıpratan bir durumdur. Literatürde kadınların erkeklerden daha çok stres yaşadıkları belirtilmektedir (Alosi ve ark., 2017; Jafarzadeh ve ark., 2015; Chaves ve ark., 2019).

Kadının infertilite tedavisi için ilaç uygulanması ve invaziv işlemler görmesi, ilaçlardan dolayı kilo alması, oosit gelişim takibinin hergün olması kadınlarda stres düzeyini arttırmaktadır (Kaplan, 2018). Hasanpoor- Azghdy ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada infertil kadınların başkaları tarafından suçlandıkları ve eşlerinin aileleri tarafından dışlandıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kırsal kesimde yaşayan infertil kadınların daha çok sosyal damgalanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir (Hasanpoor-Azghdy ve ark., 2015). Hess ve arkadaşlarının 2018 yılında Batı Afrika'da yaptığı bir çalışmada infertil kadınların evlilik ilişkilerinin bozulduğu, akrabalarından gelen eleştiriler ve toplumsal damgalanma nedeni ile yalnızlık, üzüntü ve sosyal izolasyon yaşadıkları görülmüştür (Hess ve ark., 2018). İnfertiliteye verilen tepkiler arasında en sık görülenler; şok, üzüntü, depresyon, öfke, hayal kırıklığı olmaktadır (Yücesoy ve ark., 2021). Demirci ve Kabukcuoğlu (2021) yaptıkları çalışmada infertil kadınların toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle ile olumsuz benlik algısına sahip olduğunu belirtilmiştir. Xu ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada IVF tedavisi gören kadınların %39,4'ü anksiyete ve %28,5'i depresif semptomlara sahip olduğu saptanmıştır. İlerisoy ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada ise infertilite tedavisi alan kadınlar, doğal cinsel birliktelik ile çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendikleri zaman duygularını hayal kırıklığı ve öfke başta olmak üzere, şok, depresyon ve yas şeklinde tanımlamışlardır.

2.1.2. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Boyutu

Bireylerin değer ve tutumları yaşadıkları toplumun kültüründen etkilenmektedir. Sağlık kültürler ve toplumlar için göreceli bir kavramdır. İnfertilite her toplum ve kültür için bir kriz durumudur. Bu kriz durumu sadece eşlerin değil, bütün ailenin fiziksel, sosyal, psikolojik dengesini bozabilmektedir. Birçok kültürde infertilite ile ilgili yanlış inanç, değerler ve uygulamalar mevcuttur. İnfertilite birçok kültürde kadına ait bir sorun olarak görülmektedir (Apay ve ark., 2011). Çocuk sahibi olmak evliliğin ve ailenin yapı taşı

olarak görülmekte ve bir ihtiyaç olduğu düşünölmektedir (Yücesoy ve ark., 2021). Çin’de çocuksuz olmak kadının suı olduğuna inanılmaktadır (Li ve ark., 2017). Afrika’da infertilite nedeni kadın olarak görölmekte ve erkeklerden daha çok kadınlar suçlanmaktadır (Naab ve ark., 2019). Ürdün’de ocuk doğurmak anneye güçlü bir sosyal statü ve ayrıcalık sağlamaktadır (Daibes ve ark., 2018). İran’da ocuk doğurmak ilahi bir durumdur, ocuk doğurmayan kadın hoş görölmemektedir (Hasanpoor-Azghady ve ark., 2019). Türk toplumunda ocuk aile olmada önemli bir yapı taşıdır. Toplum daha evlenirken çiftlere ocuk sahibi olma konusunda baskı yapmaktadır. İnfertilite tedavisinde hasta merkezli ve kültürel normları göz önünde bulundurmak oldukça önemlidir. Hemşireler kişilerin bakım alma hakkını savunmalı, ön yargılı olmamalı, bireylerin ihtiyaçlarını karşılariken ve bakım verirken kültür, coğrafya, yaşadıkları toplumun etkilerini göz önünde bulundurmalıdır (Kaya ve Oskay, 2020).

2.2. İnfertilite ve Damgalanma (Stigma)

Damgalanma (stigma) kavramı, sosyolojiden doğmasına rağmen tıp dahil pek çok alanda kullanılmıştır (Özmen ve Erdem, 2018). Damgalanma, bireye utanç verici, yüz kızartıcı, normal olmayan, adının kötüye çıkması, etiketlenme, lekeli, sakat gibi bir anlam yüklenmesidir (Goffman, 2009). Damgalanan kişiler adının önüne getirilen etiket sebebi ile insan gibi görölmeyen, nesne yerine koyulan, çevresinden onur kırıcı tutum gören kişiler olabilir (Özmen ve Erdem, 2018).

2.2.1. Damgalanmanın Tarihçesi

Damgalanma kavramı ilk kez Yunanlılar tarafından kullanılmıştır. Ahlaki anlamda kötü, normal olmayan kişileri, köleleri, suçluları vücutlarına kazıdıkları işaretlerle diğer insanlardan ayırmışlardır. Bu sayede ömür boyu o kişileri diğerlerinden kolayca fark edebilmişlerdir (Goffman, 2009). Eski yunanda aniden başlayan salgınlar, cüzzam ve veba, AIDS’e yakalanan kişiler kendilerini suçlu, günahkar olarak görmüş olup bu hastalığın ilahi bir ceza olduğuna inanmışlardır (Özmen ve Erdem, 2018; Yang ve ark., 2007).

2.2.2. Damgalanma Aşamaları

Damgalanma konusunda çok önemli çalışmaları olan Goffman'a göre damgalanma "itibarı yerinden sarsan bir özellik"tir (Goffman, 2009). Damgalanma bir süreç olup bazı aşamalardan oluşmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

Etiketlenme; damgalanmanın ilk aşamasıdır. Ortaya atan ilk kişi Becker'dir. Kişinin normal görünenden farklı hareket ettiği için diğerlerinden ayrılması, sınıflandırılmasıdır (Özmen ve Erdem, 2018). Toplum etiketlenen kişiyi gerçek kimliğinden bağımsız kendi istediği gibi algılar (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015).

Stereotipler; önyargıların ve kalıpyargıların oluştuğu aşamadır (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Kalıpyargı, gruptaki kişilerin aralarında fark olup olmadığına bakmaksızın hepsine aynı özellikleri yükleyip genelleştirme yapmaktır. Kalıp yargılar kimi zaman doğru da olsa çoğu zaman yanlış bir düşünceye dayanmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

Bilişsel ayırma ve ön yargılar; damgalanmada en önde gelen oluşumdur. Etiketlenmiş kişilerin biz ve onlar diye ayrılması aşamasıdır (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Önyargının iki temel ögesi vardır, kalıpyargılar ve birey/gruba karşı olumsuz duygulardır. Kalıpyargılar bilişsel, önyargılar ise duygusaldır. Önyargı, gözlem yoluyla, kişiliğin bir özelliği olarak veya bulunduğu grubun üyeliği sonucu oluşabilir (Özmen ve Erdem, 2018).

Duygusal reaksiyonlar; stereotipler ile ön yargıların bir araya geldiği damgalanan ve damgalayan arasındaki ilişkinin oluştuğu aşamadır. Bilişsel ve duygusal tepkiler sonucunda birey kendini topluma karşı savunmasız hissedebilir (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık; birey veya grupların başkalarını damgalama sonucu damgalanmış kişileri bir takım haklardan mahrum bırakmasıdır (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Toplum içerisinde statüsünü kaybeden kişi artık eski statüsünde bulunamaz. Ayrımcılık damgalanmanın somutlaşmasıdır. Damgalanan kişinin, maruz kaldığı damgalanma ve önyargılar sonucunda bir takım hak ve menfaatlerden mahrum bırakılarak, statü kaybetmesidir (Özmen ve Erdem, 2018).

Dışlanma; damgalanan kişinin toplum tarafından hor görülmesi, geri planda tutulması, sevilmemesi, herhangi bir ortam ve gruba dahil olamamasıdır (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

2.2.3. Damgalanma Türleri

Kişiler birçok yönden damgalanabilmektedir. Örneğin cilt rengi, dili, ırkı, yaşadığı yer, kıyafeti, dini inancı, sağlık sorunları gibi sebeplerle damgalanabilirler (Özmen ve Erdem, 2018). Goffman'a göre üç tür damgalanma vardır; bedensel nefret, bireysel özellikler, etnolojik (kabilesel) köken ile ilişkili damgalanmadır (Goffman, 2009).

Damgalanma etki alanına göre birincil ve ikincil damgalanma olarak da sınıflandırılabilir. *Birincil damgalama;* kişiden direkt olarak kendisine yönelik yapılan damgalanmadır. *İkincil damgalama* ise hissedilen, dolaylı damgalamadır. Bireyin ailesine, arkadaşlarına yayılan damgalanma türüdür (Bos ve ark., 2013).

Hissedilen damgalama; damgalanan kişilerin durum karşısında hissettikleri ve algılanan damgalanma olarak da bilinmektedir. Ayrıca bireyin davranışlarını gizlemesi, korku, utanç duymasıdır (Brohan ve ark., 2010).

İçselleştirilmiş damgalama; kişinin kendi dışındaki insanların söylem ve tutumlarının düşünce ve inanç sistemine yerleşmesi, içselleştirmesi, artık kendinin de bu durumu özümsemesidir. Kendini damgalama, kişisel damgalanma veya öz damgalanma olarak da geçer. Bireyin kendi kendisinin önyargı, hareket veya düşüncelerini damgalamasıdır (Özmen ve Erdem, 2018, Brohan ve ark., 2010, Li ve ark., 2020).

Sosyal damgalama; toplumsal damgalanma olarak da bilinir. Toplum tarafından dayatılan psikolojik baskılardır. Özelde ailenin ya da akrabaların genelde ise toplumun damgalanmış birine gösterdiği tepkilerdir. Toplumsal damgalanma zamanla içselleştirilmiş damgalanmaya sebep olur (Özmen ve Erdem, 2018; Çam ve Çuhadar, 2011).

2.2.4. Damgalanmanın Nedenleri

Damgalanma oluşumunda tek bir nedenden söz edilemez (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Damgalanma nedenlerini; psikojenik, toplumsal, teknolojik nedenler olarak inceleyebiliriz (Özmen ve Erdem, 2018).

Psikojenik nedenler: Damgalanma oluşumunda duyguların yeri ve önemi büyüktür. İnsanlar, başka insanların kötü durumunda olmasından çoğu kez gizli bir haz duyarlar. Çünkü bu durumun ne kadar üzücü olduğunu yaşamaları bile tahmin edip, bu durum oluşmadığı için rahatlık duymalarıdır (Zorlu ve Erbaş, 2021).

Toplumsal nedenler: Çevremizdeki insanları, sıfatları aracılığıyla kategorilendiririz ve sınıflara ayırırız. Her birey bir sınıfa aittir ve o sınıfta karşılaştığımız herkesten aynı imajı görmeyi hayal ederiz. Damgalanmada kişisel farklılıklar stereotipik şekilde biz ve onlar olarak ötekileştirilir, ayrılır ve dışlanır (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

Teknolojik nedenler: Hergün bir yenisi ile tanıştığımız teknolojik gelişmeler damgalayıcı unsurların artmasına neden olabilmektedir. İletişim kanallarının gelişmesi, yeni bir imajla karşılaşılması, damgalayıcı reklamlar, filmler, artan sosyal medya mesajları damgalanmayı tetiklemektedir (Özmen ve Erdem, 2018; Baysal, 2013).

2.2.5. Damgalanmanın Sonuçları

Kişi üzerindeki sonuçları: Damgalanmanın kişi üzerindeki sonuçları, bireye tıbbi destekten mahrum bırakabileceğini, tedavi aramasını engelleyebileceği ve tedaviye uyum ve katılımını olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Corrigan ve ark., 2014). Yaşanan bu süreç kişide kendini küçük görme, depresyon, anksiyete, yalnızlık gibi sonuçlar doğurabilir (Özmen ve Erdem, 2018).

Çalışanlar üzerindeki sonuçlar: Toplum tarafından yapılan damgalanma iş yerine de etki edebilir. Mobbing, ifşa, ötekileştirme gibi sonuçlar doğurabilir. Örgütsel dışlanma, bazı grup üyelerinin yalnızlaştırılması da mobbing kavramının içerisinde yer almaktadır (Özmen ve Erdem, 2018; Taşkın, 2007).

Toplum üzerindeki sonuçlar: Toplumdaki kişi veya gruplar, diğer bireyleri damgalayarak bazı haklardan mağdur bırakabilirler (Özmen ve Erdem, 2018; Taşkın, 2007).

Aile ve çevresi üzerindeki sonuçlar: Damgalanma yalnızca bireye değil ailesini ve çevresini de etkileyebilir. Sırf damgalanmış bir kişinin yakını olduğu için lekenebilir. Hastalar gibi hasta yakınları da diğer bireyleri evlerine çağırmaktan kaçınabilir, utanabilirler (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015; Özmen ve Erdem, 2018).

2.2.6. Damgalanmanın İnfertilite Tanısı Alan Kadınlara Etkisi

Gebelik ve annelik birçok kültürde hayatın önemli bir aşaması olarak görülür ve bu konudaki yetersizlik çoğu kez toplumsal bir damgalanmaya neden olabilir (Karaca ve Ünsal, 2012). Türkiye gibi geleneksel kültürlerde çocuk sahibi olmak toplumsal statüde önemli bir rol belirleyicidir (Kaya ve Oskay, 2020). İnfertil kadınlarda damgalanma, kendini işe yaramaz hissetme, toplumdan soyutlama, evlilik ilişkilerinde bozulmaya ve hatta tedaviyi erteleme veya tedaviye uyumsuzluk gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Bu duygu infertilitedeki başarı şansını azaltan, tedaviyi zorlaştıran bir faktördür (Kaya ve Oskay, 2020).

İnfertilite tedavisinin maliyetinin yüksek olması özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan çiftlerin bütçelerini zorlamaktadır. Çiftler tedavi masraflarını karşılamak için ek işte çalışmak veya borç para almak gibi çarelere başvurabilmektedir. Bu durum asgari düzey geliri olan çiftler için toplumsal bir baskıya sebep olabilmektedir (Koçyiğit, 2012; Yücesoy ve ark., 2021). Kadının bedenine uygulanan işlemler, kullanılan ilaçlar sebebi ile kilo alımı, baş ağrısı, yorgunluk, duygusal hassasiyet gelişebilir. Oosit gelişiminin takibinin hergün yapılması duygusal ve maddi açıdan kadınları duygusal olarak yoran ve hassaslaştıran bir süreçtir. Bu süreçte kadınlar anksiyete, depresyon, damgalanma yaşayabilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012).

Yapılan araştırmalarda birçok kültür, hamileliği ve anne-baba deneyimini yaşamın önemli gelişim basamakları arasında görmekte ve üremedeki yetersizlik çoğunlukla sosyal bir damgalanma yaratmaktadır (Çapık ve ark., 2019; Şen ve Sevil, 2016; Sophia ve Punitha, 2017). Arap kültüründe çocuk sahibi olamayan kadınlar, kocaları tarafından terk edilmekte ve şiddete maruz kalmaktadır (Fido ve Zahid, 2004). Nijerya’da çocuk sahibi olamayan kadınların gerçek kadınlığa ulaşamayacağını bu sebeple yeni doğmuş bebeklere dokunamayacağını, sosyal faaliyetlerden men edildiklerini bildirmişlerdir (Karaca ve Ünsal, 2012; Weinger, 2009). Yapılan bir çalışmada infertil kadınların çocuk sahibi olma

konusunda baskı hissettikleri bildirilmiştir. Bireyler sosyal normları yerine getirememeden kaynaklı bireysel kimlik çatışması yaşadığını bunun kimliğine tehdit olarak algıladığını ve damgalanma hissettikleri ortaya çıkmıştır (Miles ve ark., 2009).

Kamerun’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 (Karaca ve Ünsal, 2012). Sahra altı ülkelerinde yapılan bir araştırmada infertil kadınların çoğu zaman sosyal olaylardan ve törenlerden dışlandığını, aşağılanmış ve uğursuz olarak algılandığını göstermektedir (Alhassan ve ark., 2014). Alosomia ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada erkeklerin çevresinden gelen sorulardan, boşanma veya yeniden evlenme gibi önerilerden rahatsız olduklarını, kadınlar ise eşlerinin ailesi ve toplum tarafından çocuk konusundaki baskıcı tutumlardan rahatsız olduğunu, bunların ailesel çatışmaya ve duygusal tükenmeye sebep olduğunu ifade etmişlerdir (Alosaimi ve ark., 2017). Başka bir çalışmada bazı topluluklarda kadınlık dönemine giriş için gebelik 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 ark., 2017). Sophia ve Punitha’nın 2017 yılında yaptığı çalışmada, infertil kadınların %62’sinin damgalanma yaşadığı ve %73’ü çocuk sahibi olamadıkları durumda eşlerinin bir başkasıyla evlenebileceğini ifade etmektedir. Karaca ve Ünsal’ın 2012 yılında yaptıkları nitel bir çalışmada infertil kadınların çevrelerinden gelen baskılardan dolayı olumsuz benlik imajına sahip olduğu görülmüştür (Karaca ve Ünsal, 2012). İnfertil kadınların akraba ve toplum baskıları evlilik ilişkisinin bozulmasına, sosyal izolasyona, sözlü, fiziksel şiddet, istismar ve damgalanmaya neden olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Şahin, 2020).

Yapılan diğer çalışmalarda, infertil çiftlerin %49’unun damgalanmaya maruz kaldığını, kadınların %54’ü çocuk sahibi olmamanın en zor yanının toplumsal baskı olduğunu ve yaklaşık yarısının toplumsal baskı nedeni ile infertil olduğunu gizleme eğiliminde olduğu belirtilmektedir. İnfertil kadınlarda sosyal dışlanma algısı %43, erkeklerde %29 oranında olup infertil çiftlerin %15’i kendilerini değersiz ve toplumdan izole edilmiş olarak hissettikleri belirtilmektedir (Ergin ve ark., 2018; Missmer ve ark., 2011; Koçyiğit, 2012).

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin yaşamında yer alan diğer kişiler tarafından değer görmeyi, saygı duyulmayı, sevilmeyi ifade etmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisindeki en temel basamağında yer alan "ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme" ihtiyaçlarının diğer kişiler ile kurduğu iletişim sonucu karşılanmasıdır (Yıldırım Köpük ve ark., 2021).

2.3.1. Sosyal Desteğin Alt Boyutları

Sosyal destek fiziksel, duygusal, bilişsel alt boyutlardan oluşmaktadır. Finansal destek; bireye günlük yaşamını devam ettirebilmesi için çevresinden sağlanan maddi destektir. Duygusal destek; sevgi, şevkat, empati ve güven çerçevesinde saygı sınırları içerisinde bireye verilen destektir. Duygusal destek aynı zamanda bir sırdaşlık, arkadaşlık desteğidir. Bireyler güven duydukları kişilerle yaşantılarındaki sorunları, streslerini, sorumluluklarını çekinmeden, kolayca paylaşabilmektedir. Bu sebeple bireylere verilen duygusal destek önem taşımaktadır. Bilişsel destek, bireyin yaşamındaki var olan problemlerin çözümüne yönelik çevresindeki kişilerden çözüm önerileri ve yardım almasıdır (Ardahan, 2006;Demirel ve Yücel; 2017).

2.3.2. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek bireyin sosyal desteğe yönelik izlenimlerini, öz doyumunu içermektedir. Sosyal ağlar tarafından yeterince desteklenip desteklenmediğini ve bu ağlara karşı izlenimini değerlendirmektedir (Yıldırım Köpük ve ark., 2021). Algılanan sosyal destek genel olarak kişinin başvurabileceği güvenilir bir sosyal ağa sahip olduğu, ihtiyaç anında onunla ilgilenildiği algısını ifade etmektedir (Taylor, 2011). Algılanan sosyal destek, bireyin ailesi, arkadaşları veya yaşamındaki önemli başka bir kişi gibi sosyal destek kaynaklarından aldığı her türlü yardım ve destektir (Cohen ve Hoberman, 1983).

2.3.3. İnfertilite ve Sosyal Destek

İnfertilitenin tanı ve tedavi süreci özellikle kadınlar açısından sosyal desteğe ihtiyaç duyulduğu ve sosyal desteğin yüksek düzeyde algılanması istenen bir durumdur (Slauson-Blevins, 2011). Sosyal desteğin kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını iyileştirdiği, strese karşı direncini arttırdığı, travma kaynaklı hastalıkları azalttığı görülmektedir. İnfertilite, kişi ve eşinin fiziksel ve psikolojik enerjilerini azaltan, baş etme stratejilerini zorlayan bir

süreç olmaktadır. Bu sebeple olumsuz algılanan sosyal destek, depresyon ve kaygı düzeyini arttırabilmektedir. İnfertil bireyler özellikle eşlerinden ve ailelerinden genellikle sosyal destek alamamaktadırlar (Yıldırım Köpük ve ark., 2021). Özellikle kadınlarda sosyal destek yetersizliğinin ruhsal sağlığın kötü etkilenmesine, infertilite tedavisinde zorluğa yol açtığı belirtilmektedir (Yıldırım ve ark., 2011; Alhusen ve ark., 2012).

Yapılan araştırmalarda infertil çiftlerin sosyal destek almalarının ve algıladıkları sosyal desteğin yüksek olmasının önemi vurgulanmaktadır. Tural ve Sis Çelik'in 2019 yılında yaptıkları çalışmada, primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Tural ve Sis Çelik, 2019). Avşar'ın 2018 yılında yaptığı infertil bireylerin psikopatolojileri ve sosyal destek ilişkisini incelediği çalışmada infertilite tedavisi gören çiftlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik imajı semptomları arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir (Avşar, 2018). Chamorro ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmada sosyal desteğin yüksek olması infertil bireylerde psikososyal sonuçları olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Chamorro ve ark., 2023).

2.4. İnfertilitede Hemşirelik Bakımı

İnfertilite hemşireliği, infertil çiftlerin tanı, tetkik, tedavi süreçlerinde bireyleri duyarlı, birey merkezli, bütüncül bir bakım sağlayan hemşirelik alanıdır. (Güngör ve Beji, 2015). İnfertilite hemşireleri, infertil bireylerin duygu ve düşüncelerini anlayabilecek, çiftin ilk değerlendirme aşamasından tedavi süresince yanlarında olan, onlarla en sık karşılaşan sağlık personelleridir (Çelik ve Kırca, 2018). İnfertil çiftlerin ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek çiftlerin infertilite krizi ile etkili baş etmesini ve tedaviye uyumu sağlamaktadır (Yücesoy ve ark., 2021). İnfertilite hemşirelerinin eğitim, klinik hemşireliği rolü, koordinatör, araştırmacı, danışman ve hasta hakları savunuculuğu rolleri vardır. Hemşireler, tanı ve tedavi işlemlerinde, invazif işlemlerde bireyin yanında olarak bireyin hazırlığını sağlamak, tüm izlem ve uygulamalarda hastanın yanında yer almaktadırlar.

Eğitim ve danışmanlık rolü ile tedavi süreci hakkında bilgilendirme yapması gerekmektedir. İnfertilite tedavisinde kullanılacak ilaçların zamanı, kullanım şekli ve yan etkileri açıklanmalıdır. Ayrıca yasal, etik ve güncel konularda rehberlik etmelidir (Güngör

ve Beji, 2015; Emül ve Avşar, 2021). Koordinatör rolü; ekip ile iletişim ve işbirliği yaparak hemşirelik hizmetlerinin, bakımlarının planlanması, yönetilmesi, örgütlenmesi, denetlenmesi gerekmektedir (Emül ve Avşar, 2021). Araştırmacı rolünde de infertilite ile ilgili bilgiler sürekli değişmekte ve güncellenmektedir. Hemşirelerin bu değişimleri takip edebilmesi ve bilmesi gerekmektedir. Çiftlere etkili bakım ve etik kurallara uygun cevap verebilmek için hemşireler araştıran, okuyan ve sonuçlarını uygulama alanına aktarabilmeleri gerekmektedir (Emül ve Avşar, 2021). Birey haklarını savunucusu rolünde ise hastaları süreç hakkında bilgilendirip tedavi hakkında bilinçli kararlar almasını sağlamaktır (Demirci ve Beji, 2017). Hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti, kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmemeleri için sosyal desteklerini arttırmayı ve baş etme stratejilerini geliştirmeyi sağlamalıdır (Zorlu ve Erbaş, 2021).

İnfertil bireylere verilen hemşirelik bakımının genel amacı çiftin psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenip değerlendirilmesi ve buna yönelik bakım girişiminde bulunulmasıdır. Çiftlerle kurulacak iletişim sırasında sakin, anlayışlı, samimi ve yumuşak bir ses tonu kullanılması önemlidir. Tedavi sürecindeki bilinmezliklere, yapılacak olan işlemlere karşı duygusal olarak hazırlık yapmalarını sağlamak oldukça önemlidir (Özdemir ve Kaplan, 2021).

Sağlık bakım profesyonellerinin yaklaşımları tedaviyi ve tedavi sonuçlarını etkileyebilmektedir. İnfertilite tedavisi sırasında kadınların algıladıkları bakım davranışlarını inceleyen bir çalışmada; hemşirelerin tedavi ve teknik odaklı olduğu ve daha az iletişim ve bakım odaklı oldukları bulunmuştur (Gülpınar ve ark., 2019). Sağlık bakım profesyonellerinin tedavide psikolojik yönle özen göstermemesinin bireylerin tedavilerini sonlandırma nedenleri arasında olduğu bulunmuştur (Pedro ve ark., 2013). Frederiksen ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları meta-analiz çalışmasında, infertilite tedavisi sırasında psikolojik destek alan infertil bireylerde gebelik oranının arttığı ve psikolojik semptomlarda iyileşme görülmüştür (Frederiksen ve ark., 2015). Tedavi süresince infertilite hemşirelerinin girişimlerini planlayıp uygulayabilecek bilgi, deneyim ve donanıma sahip olmaları gerekmektedir (Güngör ve Beji, 2015).

İnfertilite ile ilgili olarak uluslararası kuruluşların güncel uygulamalarında ise Royal College of Nursing (RCN)' de Ebeler ve Fertilite Hemşireler grubu, yüksek bir bakım

standardı sağlamak amacıyla farklı yetkinlik düzeyleri olan fertilitte hemşirelerinin görev ve sorumluluklarını standardize etmiştir. Yetkinlik düzeyleri; sağlık destek görevlileri, lisanslı, kayıtlı hemşire, uzman hemşire, yüksek lisans/doktora seviyesinde hemşire, danışman/lider hemşire şeklindedir (Fertility Care Provision for the UK, 2023). Uluslararası Obstetri ve Jinekoloji Birliği (FIGO), Kanada’da infertilite sorunu olan çiftler için sağlık profesyonellerinin psikososyal yaklaşımlar aşamasında çiftlerin gereksinimlerini saptamak, kişisel ve sosyal sınırları belirlemek için aşamalar oluşturulmuştur (FIGO, 2017; Tokat ve Fata, 2019). Boston In Vitro Fertilizasyon Merkezi’nde çalışan hemşireler infertil çiftlerin sorunlarını anlama, en sık yaşanan psikolojik sorunları bilme, bireysel bakım sağlama gibi roller vardır. Hemşireler tarafından bu sorunlara yönelik beden-beyin programı yürütülmektedir. Beden-beyin programı bireyleri tanıma, gevşeme egzersizleri, yoga, bilişsel terapi gibi 10 bölümden oluşmaktadır (Domar, 2008; Tokat ve Fata, 2019).

2.5. İnfertilite Sosyal Destek ve Damgalanma ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak infertilite alanında yapılmış çalışmalar Tablo 2.1’de ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ) kullanılarak infertilite alanında yapılmış çalışmalar Tablo 2.2’de sunulmuştur.

Tablo 2.1. ÇBASDÖ kullanılarak yapılmış çalışmalar

Yazar Adı	Yıl	Yapıldığı Yer	Çalışmanın Adı	Hasta Sayısı
Özçelik ve ark.	2023	İstanbul	İnfertil popülasyonda kronotip ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve fertil popülasyonla karşılaştırılması: kesitsel bir çalışma	227 kişi (110 infertil kadın, 117 fertil kadın)
Shafeierizi ve ark.	2022	İran	(Does infertility develop posttraumatic growth or anxiety/depressive symptoms? Roles of personality traits, resilience, and social support)İnfertilite travması sonrası büyüme veya anksiyete/depresif belirtiler geliştirir mi? Kişilik özelliklerinin, dayanıklılığın ve sosyal desteğin rolleri	162 infertil birey (40 erkek, 122 kadın)
Wendolowska ve ark.	2022	Polonya	Perceived partner’s self-control and social support effects on relationship satisfaction in	90 infertil çift

			couples experiencing infertility or miscarriage: Dyadic analyses (İnfertil veya düşük yapan çiftlerde algılanan partnerin öz kontrolü ve sosyal desteğinin ilişki memnuniyeti üzerindeki etkisi: İkili analizler)	
Öztürk ve ark.	2021	İstanbul	Tüp bebek-embriyo transferi uygulanan infertil Türk kadınlarında damgalanma, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki	298 infertil kadın
Karlıdere ve ark.	2021	İstanbul	Eksen I psikiyatrik bozukluğu olmayan infertil çiftlerde duygusal belirtiler, sosyal destek ve cinsel işlev açısından cinsiyet farklılığı var mıdır?	103 primer infertil kadın
Lam ve ark.	2021	Vietnam	The impact of social support on infertility-related stress: A study in the vietnamese context (Sosyal desteğin infertiliteye bağlı stres üzerindeki etkisi: Vietnam bağlamında bir çalışma)	997 infertil kadın
Tural ve Sis Çelik	2019	Ankara	Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi	270 primer infertil kadın
Aldemir ve ark	2015	Malatya	İnfertil çiftlerde cinsiyete göre anksiyete ve depresif belirtilerin algılanan sosyal destek ile ilişkisi	66 primer infertil çift
Qadir ve ark.	2015	Pakistan	Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan (Pakistan'da primer infertil kadınlar arasında sosyal destek, evlilik uyumu ve psikolojik sıkıntı)	177 primer infertil kadın
Stauber ve High	2015	ABD	Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women (İnfertil kadınlarda açıklama stratejileri, sosyal destek ve yaşam kalitesi)	301 infertil kadın
Erdem ve Apay	2014	Elazığ	Türk infertil kadınlarında algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişki	238 infertil kadın
Martins ve ark.	2011	Portekiz	Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress (Algılanan sosyal desteğin kadınlarda infertiliteye bağlı strese doğrudan ve dolaylı etkileri)	252 infertil kadın

Tablo 2.2. İDÖ kullanılarak yapılmış çalışmalar

Yazar Adı	Yıl	Yapıldığı Yer	Çalışmanın Adı	Hasta Sayısı
Aksu ve Şayan	2023	Batı Marmara	Batı Marmara Bölgesindeki Bir Üniversite Hastanesinde İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Damgalanma, Stres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi	181 infertil kadın
Tang ve ark	2023	Çin	Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: a cross-sectional study in Changsha, China (İnfertil kadınlarda mantıksız ebeveynlik bilişi ve infertilite damgası: Changsha, Çin'de kesitsel bir çalışma)	376 infertil kadın
Zhao ve ark	2022	Çin	Psychological resilience as the mediating factor between stigma and social avoidance and distress of infertility patients in China: A structural equation modeling analysis (Çin'deki infertilite tanısı alan kadınların damgalanması ile sosyal kaçınma ve sıkıntıları arasında aracı faktör olarak psikolojik dayanıklılık: Yapısal bir eşitlik modelleme analizi)	266 infertil kadın
Yokota ve ark	2022	Japonya	Association between stigma and anxiety, depression, and psychological distress among Japanese women undergoing infertility treatment (İnfertilite tedavisi gören Japon kadınlar arasında damgalanma ile kaygı, depresyon ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişki)	254 infertil kadın
Zhang ve ark	2021	Çin	The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: a questionnaire-based study (Çin'in Zhejiang Eyaletindeki infertil kadınların sosyal damgalanması: ankete dayalı bir çalışma)	270 infertil kadın
Öztürk ve ark	2021	ABD	ABD'deki infertil kadınların stresi, damgalanması, şiddet deneyimleri ve sosyal desteği	786 infertil kadın
Lordăchescu ve ark	2021	Romanya	Anxiety, difficulties, and coping of infertile women.(İnfertil kadınların kaygıları, zorlukları ve başa çıkma durumları)	240 infertil kadın

Fang ve ark	2020	Çin	İnfertil çiftlerde damgalanma ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkinin düzenleyicileri olarak cinsiyet ve benlik saygısının rolü	369 infertil kadın
Jing ve ark.	2020	Çin	Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer (In vitro fertilizasyon-embriyo transferi uygulanan Çinli kısır kadınlar arasında doğurganlığın yaşam kalitesini öngören damgalanma)	588 infertil kadın
Kaya ve Oskay	2020	İstanbul	Türk kadınının infertilite ile ilgili damgalanması, umutsuzluğu ve başa çıkma deneyimleri	278 infertil kadın
Küçükkaya	2019	İstanbul	İnfertil kadınlarda damgalanmanın infertiliteye bağlı psikolojik sıkıntı düzeyine etkisi	198 infertil kadın
Yılmaz ve Kavak	2019	Bingöl	İnfertil Türk kadınlarında damgalanmanın depresyon düzeylerine etkisi	121 infertil kadın
Dierickx ve ark	2018	Sahra altı Afrika-Gambiya	'I am always crying on the inside': a qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia ('İçimden hep ağlıyorum': Gambiya'da infertilitenin kadınların yaşamları üzerindeki etkileri üzerine niteliksel bir çalışma)	91 infertil kadın
Karaca ve Ünsal	2015	Düzce	İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşireliğinin rolü	118 primer infertil

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmış ilişkisel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde toplanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nin sağlık ekibi; doktor, hemşire, biyolog ve embriyologdan oluşmaktadır. Merkezde muayene odası, doktor odası, ameliyathane, laboratuvar, kan alma odası, toplantı odası ve arşiv odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuru yapan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Son bir yıl içinde merkeze yaklaşık 716 hasta müracaat etmiştir. Araştırmanın örneklemi ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve araştırma kapsamına dahil edilme kriterlerine uyan infertil kadınlar oluşturmıştır.

Örneklem hesaplaması için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi verileri dikkate alınarak sağlanmıştır. Örneklem hesaplamasında; evrenin bilinmesi durumunda kullanılan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılmıştır.

$$N = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q}$$

N: Evren büyüklüğü (Son bir yıl içinde 716 hasta)

n: Örneklem büyüklüğü

p: İlgilenilen olayın görülme sıklığı (0.5)

q= Olayın görülmeme sıklığı (0.5)

d: Tip hata oranı (α) (0.05)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri (1.96)

Bu araştırmada, %95 güven düzeyinde, 0.05'lik hata payı olduğunda örneklem büyüklüğü hesaplandı. Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilindiği durumlarda örneklem seçme formülü kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda en az 268 hastadan veri toplanması planlandı, veri toplama sürecinde 322 hastadan veri toplandı.

3.3.1.Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- İnfertilite tedavi sürecinde olması,
- Türkçe anlayabilme ve konuşabilmesi,
- Primer infertil olma,

3.3.2.Dışlama Kriterleri

- Katılımcının çalışmadan çekilme isteği,
- İletişim engelinin olması,
- Psikolojik problemlere sahip olması,
- Yabancı uyruklu olma,

3.4.Veritoplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu sosyodemografik değişkenlere ve infertiliteye ilişkin tanıtıcı bilgiler içeren sorulardan oluşmaktadır (Fu ve ark., 2015; Khalid ve Dawood, 2020; Öztürk ve ark., 2021) (Ek-1).

3.4.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği

İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ); Fu ve arkadaşları (2015) tarafından infertil kadınlarda damgalanmayı değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çapık ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır (Ek-2). Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum=1, Kısmen Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Kısmen Katılıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5) derecelendirilmektedir. Ölçeğin dört alt boyutu vardır. Özdeğer Kaybı: 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. madde) oluşmaktadır. Sosyal Geri Çekilme: 5 maddeden (8, 9, 10, 11, 12. madde) oluşmaktadır. Toplumsal Damgalanma: 9 maddeden (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.madde) oluşmaktadır. Ailesel Damgalanma: 6 maddeden (22, 23, 24, 25, 26, 27. madde) oluşmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135’dir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kadınlar tarafından hissedilen damgalanmanın arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak hesaplanmıştır. Her bir alt ölçeğin Cronbach alfa değeri hesaplanmış olup Özdeğer Kaybı için 0.84; Sosyal Geri Çekilme Cronbach alfa değeri 0.77; Toplumsal Damgalanma için Cronbach alfa değeri ise 0.92; Ailesel Damgalanma Cronbach alfa değeri 0.84’tür (Fu ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 bulundu. (Tablo 3.1).

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ); Zimmet ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Arkar ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (Ek-3). Bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik toplam 12 maddeden oluşan “ Kesinlikle hayır” ile “Kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli likert tipi bir ölçektir. Algılanan sosyal desteğin kaynağı aile, arkadaşlar ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt boyutta incelenebilmektedir. Aile desteği (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaş desteği (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel kişi desteği (1, 2, 5,10. maddeler). Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28’dir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Arkar ve ark., (2001)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89 belirlendi. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 bulundu (Tablo 3.1).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan bireylerden veriler toplandı. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “İnfertilite Damgalanma Ölçeği” kullanılarak toplandı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 22.0 ve SAS 9.4 paket programları kullanıldı. Araştırmanın nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler, sayı, ortalama ve standart sapma şeklinde gösterildi. Çalışmada kullanılan değişkenlerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnow testi ile yapıldı. Bu amaçla ayrıca Skewness (Çarpıklık) değerleri de incelendi. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşıldı ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanıldı (George ve Mallery, 2011). Çalışma durumu gibi iki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, yaş gibi üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulandı. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için ise Pearson korelasyon analizi yapıldı. Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunuldu. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edildi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği genel puanlarını etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla iki ayrı çok değişkenli regresyon analizi yapılarak adımsal regresyon (Stepwise Regression) yöntemi ile etkisiz değişkenler ayıklanarak bu bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenler belirlendi.

Tablo 3.1. ÇBASDÖ ile İDÖ ve alt boyutlarının cronbach alfa değerleri

Ölçekler ve alt boyutları	Cronbach Alfa
Aile	0,830016
Arkadaş	0,736562
Özel Kişi	0,796562
ÇBASDÖ Genel	0,901568
Özdeğer Kaybı	0,880175
Sosyal Geri Çekilme	0,786992
Toplumsal Damgalanma	0,911875
Ailesel Damgalanma	0,878659
İDÖ Genel	0,935263

Çalışmada kullanılan ÇBASDÖ ve İDÖ genel ve alt boyutlarına ait Croanbach alfa iç tutarlılık katsayıları elde edilmiş ve Tablo 4.8’de sunuldu. En düşük iç tutarlılık katsayısı ÇBASDÖ’nin arkadaş alt boyutundan elde edilmiş olup 0,736562’dir. Tablo incelendiğinde, diğer ölçek genel ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayılarının 0,736562 ile 0,935263 arasında olduğu saptanmış olup bu alt boyutların son derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Öncelikle bu çalışma sadece infertil kadınlar ile birlikte gerçekleştirilmiş olup çalışmaya erkekler dahil edilmemiştir. Yabancı uyruklu kadınlar ve sekonder infertil kadınlar araştırmaya alınmamıştır. Araştırma verilerinin yalnızca nicel yöntemle toplanması ve araştırmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması da araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırmanın sonuçları sadece bu çalışmaya katılan kadınlara genellenebilir.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik izni Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi (No: KAEK-765, Tarih: 28.12.2022) (Ek-6). Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nden yazılı izin alındı (Ek-7). Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve

bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı (Ek-1). Katılımcılar istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahip oldukları, toplanan bilgilerin gizli tutulacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgi verildi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek- 5) ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği (Ek- 4) için yazarlardan online olarak kullanım izni alındı.



4. BULGULAR

İnfertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanan bu tez çalışmasında toplam 322 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=322)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-24	11	3,4
25-29	86	26,7
30-34	118	36,6
35 ve üstü	107	33,3
Eğitim Durumu		
İlkokul	11	3,4
Ortaokul	32	10,0
Lise	66	20,7
Yüksek öğretim	211	65,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	214	66,5
Çalışmıyor	108	33,5
Yaşadığı Yer (son 6 ay)		
Koy – İlçe	131	40,7
İl	191	59,3
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	285	88,8
Geniş Aile	36	11,2
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	82	25,5
Gelir gider eşit	175	54,3
Gelir giderden fazla	65	20,2
Evlilik Süresi		
1-3 yıl	89	27,7
3-5 yıl	67	20,9
6 ve üzeri yıl	165	51,4

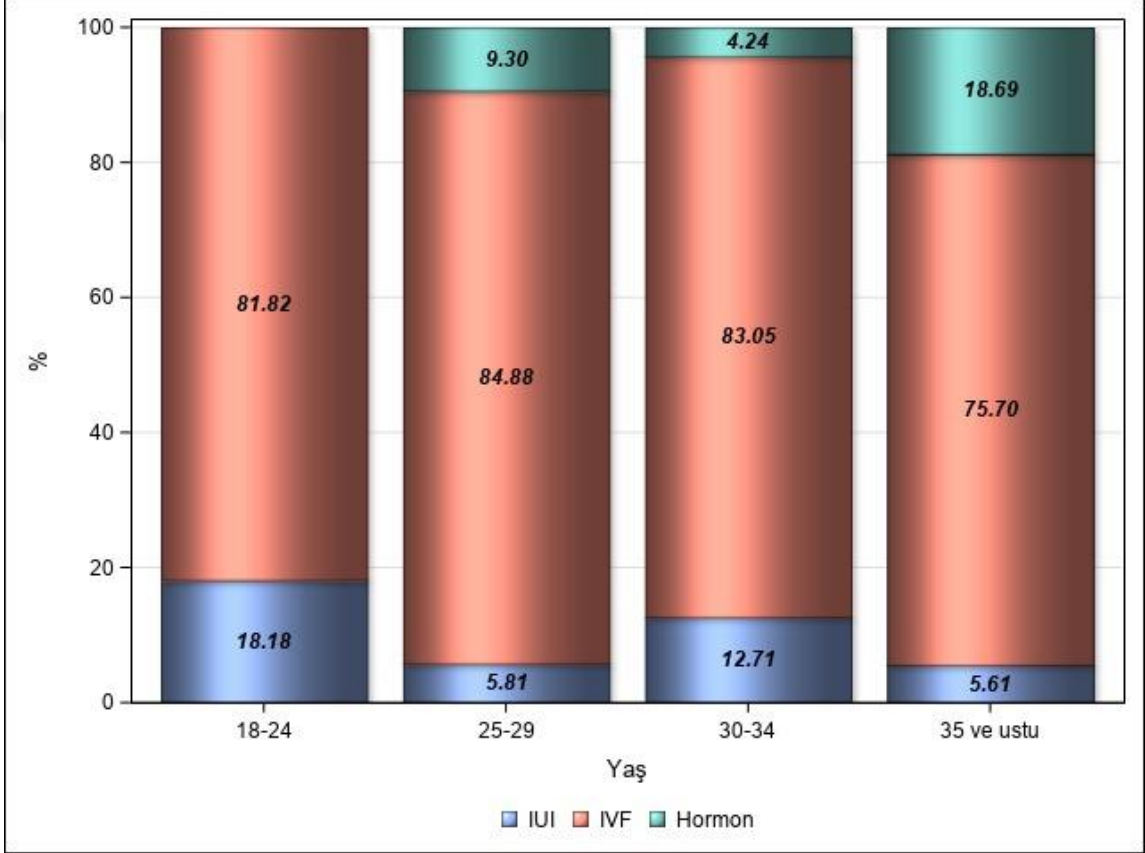
Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunuldu. Çalışmaya katılan kadınların yaşları; %3,4’ünün 18-24 yaş, %26,7’sinin 25-29 yaş, %36,6’sının 30-34 yaş, %33,2’sinin 35 yaş ve üstünde olduğu bulundu. Şekil 4.1. araştırmaya katılan kadınların eğitim durumuna göre dağılımının grafiğini göstermektedir. Bu şekil ve Tablo 4.1’den araştırmaya dahil olan kadınların yarısından biraz fazlasının (% 65,9) üniversite mezunu olduğu ve % 3,4’ünün ilkokul, %10,0’ının ortaokul ve %20,6’sının lise eğitime sahip olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların %66,5’inin gelir getirecek bir işte çalıştığı, %33,5’inin gelir getirecek bir işte çalışmadığı, kadınların %40,7’ sinin son 6 aydır köy veya ilçede, %59,3’ü ilde yaşadığı bulundu. Kadınların aile tipine göre dağılımı incelendiğinde, çoğunluğun çekirdek aile (% 88,8) olduğu saptandı. Kadınların gelir durumları incelendiğinde %25,5’inin gelir giderden az, %54,3’ünün gelir gidere eşit, %20,2’sinin gelir giderden fazla olduğu, evlilik sürelerinin %27,7’sinin 1-3 yıl, %20,9’unun 3-5 yıl, %51,4’ünün 6 yıl ve üstünde olduğu bulundu.

Tablo 4.2. Kadınların infertilite ile ilgili özellikleri (N=322)

Özellikler	n	%
Tedavi Sayısı		
İlk	178	55,3
İkinci	85	26,4
Üç ve üzeri	59	18,3
İnfertilite Sebebinin Bilme Durumu		
Evet	221	68,8
Hayır	100	31,2
Tedavi Alma Süresi		
1 yıldan az	127	39,6
1 yıl	35	10,9
1 yıldan fazla	159	49,5
Tedavi Türü		
IUI	28	8,7
IVF	261	81,1
Hormon	33	10,2

Araştırmaya katılan kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de sunuldu. Kadınların yarısından fazlasının (%55,3) tedaviye ilk başvurusu olduğu,

%26,4'ünün ikinci ve %18,3'ünün ise 3 ve daha fazla sayıda tedavi başvurusu olduğu Tablo 4.2'den anlaşılmaktadır. İnfertilite sebebini bilme durumlarında %68,8 infertilite sebebini bilmekte olup % 31,2'sinin infertilite sebebini bilmediği saptandı. Kadınların tedavi alma sürelerinin %39,6'sının bir yıldan az, %10,9'unun bir yıl ve %49,5'inin bir yıldan daha fazla olduğu saptandı. Kadınların tedavi türlerinin %8,7'sinin IUI, %81,1'inin IVF ve %10,2'sinin hormon tedavisi aldığı görülmektedir.



Şekil 4.1. Farklı yaş gruplarındaki kadınların aldıkları tedavi türlerine göre dağılımları

Farklı yaş gruplarındaki kadınların aldıkları tedavi türlerine göre dağılımları Şekil 4.3'de sunuldu. Bu şekil incelendiğinde, 18-24 yaş aralığındaki kadınların %81,82'sinin IVF, %18,18'inin IUI, hormon tedavisi alan kadınların bulunmadığı tespit edildi. 25-29 yaş aralığındaki kadınların %84,88'inin IVF, %9,3'ü hormon, %5,81'inin IUI tedavisi almaktadır. 30-34 yaş aralığındaki kadınların %83,05'inin IVF, %12,71'inin IUI, %4,24'ünün hormon tedavisi aldığı tespit edildi. 35 yaş ve üstü kadınlardan %75,7'sinin IVF, %18,69'unun hormon, %5,61'inin IUI tedavisi aldığı görülmektedir.

4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçekler İle İlgili Bulgular

Bu çalışmada, ÇBASDÖ ve İDÖ olmak üzere 2 farklı ölçek kullanıldı. Çalışmada kullanılan bu ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizlerini yapmadan önce, her bir alt boyut ve genel puana ilişkin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri Tablo 4.3’de verildi. Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olması verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir. Tablo 4.3’de görüldüğü gibi en düşük ve en yüksek çarpıklık değerleri sırasıyla -1,44 ve 2,03 olarak bulundu. Elde edilen bu çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olduğundan ve özellikle de sıfıra çok yakın olduğundan ölçeklerin ve alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri ve ileri istatistiksel yöntemlerin parametrik istatistiksel analiz yöntemleri ile yapılabileceği anlaşılmaktadır (George ve Mallery, 2011).

Tablo 4.3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri

Ölçekler	Ort	Medyan	Max	Min	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Aile	21,9565	25,0	28	4	6,4671	-0,99769	-0,02088
Arkadaş	22,1894	24,0	28	4	5,6946	-0,87370	-0,09131
Özel Kişi	23,7640	25,0	28	4	4,8990	-1,44543	2,05137
ÇBASDÖ Genel	67,9099	72,5	84	12	15,3633	-0,90337	0,09265
Özdeğer Kaybı	13,2888	11,0	34	7	6,7833	0,99082	-0,04648
Sosyal Geri Çekilme	12,8820	12,0	25	5	5,3830	0,45611	-0,66887
Toplumsal Damgalanma	15,6087	12,0	45	9	8,1345	1,72806	2,81246
Ailesel Damgalanma	8,8478	6,0	30	6	4,6923	2,03444	4,06096
İDÖ Genel	50,6273	44,0	121	27	19,9182	1,09255	0,61972

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri incelendiğinde, ÇBASDÖ’den alınabilecek en yüksek puan 84, en düşük puan 12’dir. Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ’den aldıkları puan ortalaması 67,9’dur. Ailesel alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 28, en düşük puan 4; ailesel alt boyutunun puan ortalaması 21,9’dur. Arkadaş alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 28, en düşük puan 4’tür; arkadaş alt boyutunun puan ortalaması 22,8 bulundu. Özel kişi alt

boyutundan alınabilecek en yüksek puan 28, en düşük puan 4 olup özel kişi alt boyutunun puan ortalaması 23,7 bulundu.

İDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 121, en düşük puan 27'dir. Araştırmaya katılan kadınların İDÖ'den aldıkları puan ortalaması 50,6 olarak bulunndu. İDÖ alt boyutları incelendiğinde özdeğer kaybı alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 34, en düşük puan 7'dir; özdeğer kaybı alt boyutunun puan ortalaması 13,2 bulunndu. Sosyal geri çekilme alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan 5'tir; sosyal geri çekilme alt boyutunun puan ortalaması 12,88 olarak hesaplandı. Toplumsal damgalanma alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 45, en düşük puan 9'tur; toplumsal damgalanma alt boyutunun puan ortalaması 15,6 bulundu. Ailesel damgalanma alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan 6'dır; ailesel damgalanma alt boyutunun puan ortalaması 8,84 olarak bulundu.

Çalışmanın bu bölümünde anketi yanıtlayan infertilite tanısı alan kadınların ÇBASDÖ ve İDÖ ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirme düzeylerinin sosyo-demografik ve infertilite ile ilgili değişkenlere (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu, evlilik süresi, tedavi sayısı, infertilite sebebini bilme durumu, tedavi alma süresi, tedavi türü) göre farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA (F testi) analizi kullanılarak saptanmaya çalışıldı.Bu analizlerden elde edilen bulgular Tablo 4.4, 4.5, 4.6 ve 4.7'de sunuldu.

Tablo 4.4. ÇBASDÖ ve alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre analiz bulguları (N=322)

Özellikler	Aile		Arkadaş		Özel Kişi		ÇBASDÖ Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Yaş								
18-24	18,80	8,55	19,00	6,36	22,70	3,06	60,50	16,28
25-29	22,44	6,07	22,11	5,58	23,71	4,42	68,25	14,70
30-34	22,10	6,45	22,03	5,64	24,25	4,50	68,38	14,45
35 ve üstü	21,56	6,68	22,65	5,85	23,37	5,83	67,58	16,92
F/p	1,11	0,3442	1,14	0,3312	0,97	0,4081	0,89	0,4483
Eğitim Durumu								
İlkokul	15,30	5,10	13,30	5,17	16,30	5,33	44,90	13,94
Ortaokul	18,63	7,82	17,25	7,31	21,75	6,63	57,63	20,09
Lise	21,12	7,12	21,98	5,33	23,45	5,19	66,56	15,85
Yüksek öğretim	22,99	5,73	23,41	4,74	24,54	4,07	70,94	12,71
F/p	9,18	<,0001	23,05	<,0001	12,30	<,0001	17,25	<,0001
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	22,52	5,92	22,84	5,18	24,41	4,22	69,76	13,22
Çalışmıyor	20,71	7,39	20,84	6,48	22,50	5,90	64,05	18,50
t/p	2,38	0,0180	2,88	0,0042	3,21	0,0014	3,10	0,0021
Yaşadığı Yer								
Köy – İlçe	20,48	7,35	20,83	6,52	22,52	5,56	63,83	17,85
İl	22,89	5,66	23,08	4,91	24,62	4,23	70,59	12,83
t/p	-3,17	0,0017	-3,46	0,0006	-3,71	0,0002	-3,82	0,0002
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	22,06	6,40	22,44	5,47	23,75	4,76	68,25	14,93
Geniş Aile	20,72	7,18	19,97	7,08	23,83	6,13	64,53	18,70
t/p	1,21	0,2290	2,48	0,0137	-0,11	0,9148	1,39	0,1666
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	19,46	6,66	20,21	6,38	21,61	5,78	61,28	16,57
Gelir gider eşit	22,75	5,99	22,79	4,95	24,22	4,43	69,75	13,73
Gelir giderden fazla	22,84	6,89	23,03	6,24	25,35	4,05	71,23	15,91
F/p	8,59	0,0002	7,08	0,0010	12,99	<,0001	11,28	<,0001
Evlilik Süresi								
1-3 yıl	20,44	7,41	21,62	6,22	24,01	4,26	66,07	16,54
3-5 yıl	22,05	6,69	22,44	5,91	24,21	4,94	68,70	15,82
6 ve üzeri yıl	22,66	5,75	22,35	5,37	23,45	5,26	68,45	14,63
F/p	3,68	0,0263	0,58	0,5602	0,66	0,5178	0,84	0,4326

t : Bağımsız gruplar arası t-testi, F: tek yönlü varyans analizi F testi (ANOVA)

ÇBASDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.4'te sunuldu. Bu tablo incelendiğinde, kadınların ÇBASDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının yaş, evlilik süresi durumuna göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna karşılık, katılımcıların ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları ile genel puan ortalamasının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulundu (sırasıyla, $F=9,18$, $p=0,0001$; $F=23,05$, $p=0,0001$; $F=12,30$, $p=0,0001$; $F=17,25$, $p=0,0001$). Farklı eğitim gruplarının varyans analizi sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla post-hoc test istatistiklerinden Bonferroni düzeltmeli test kullanıldı. Tablo 4.4'de eğitim durumuna ait harflendirme incelendiğinde, Aile, Arkadaş, Özel Kişi alt boyutları ile genel puanın harflendirmesi aynı olup, üniversite ile lise mezunu olanların bu alt boyutlara ait puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ancak üniversite ile lise mezunu olanların puan ortalamalarının ilkökul ve ortaokul mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu görülmektedir. Son olarak, ölçek genel puan ortalaması incelendiğinde, üniversite mezunu olanların puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu, bunu lise ve ortaokul mezunu ve en son olarak da ilkökul mezunlarının takip ettiği bulundu.

ÇBASDÖ'nin genel ve tüm alt boyutlarından puan ortalamasının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $t=2,38$, $p=0,0180$; $t=2,88$, $p=0,0042$; $t=3,21$, $p=0,0014$; $t=3,10$, $p=0,0021$), çalışanların puan ortalamasının çalışmayanlardan daha yüksek olduğu bulundu. ÇBASDÖ genel ve alt boyutları ortalamalarının kadınların yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla $t=-3,47$, $p=0,0017$; $t=-3,46$, $p=0,0006$; $t=-3,71$, $p=0,0002$; $t=-3,82$, $p=0,0002$), illerde yaşayanların köy ve ilçelerde yaşayanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları tespit edildi.

Katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutlarından sadece arkadaş alt boyut puan ortalamasının aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($t=2,48$, $p=0,0137$), çekirdek aile puan ortalamasının geniş aileden daha yüksek olduğu bulundu. ÇBASDÖ genel ve alt boyutları ortalamasının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $F=8,59$, $p=0,0002$; $F=7,38$, $p=0,0010$; $F=12,99$,

p<0,0001; F=11,28, p<0,0001) saptandı. Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, bu alt boyut ve genelin hepsi için de geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları arasında fark olmadığı geliri giderinden az olanların puan ortalamasının diğerlerinden önemli olarak düşük olduğu bulundu.

Tablo 4.5. ÇBASDÖ ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre analiz bulguları (N=322)

Özellikler	Aile		Arkadaş		Özel Kişi		ÇBASDÖ Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Tedavi Sayısı								
İlk	22,08	6,49	22,14	5,72	23,80	4,93	68,02	15,69
İkinci	22,31	6,37	23,06	5,46	24,52	4,69	69,89	14,48
Üç ve üzeri	20,77	6,69	20,91	5,96	22,54	5,09	64,23	15,57
F/p	0,88	0,4163	2,38	0,0944	2,49	0,0842	2,11	0,1224
İnfertilite Sebebinin Bilme Durumu								
Evet	21,20	6,75	21,47	6,08	23,39	4,87	66,05	15,79
Hayır	23,45	5,64	23,68	4,51	24,58	4,97	71,71	13,89
t/p	-2,95	0,0035	-3,42	0,0007	-2,21	0,0280	-3,22	0,0014
Tedavi Alma Süresi								
1 yıldan az	21,60	6,17	21,83	5,71	23,29	5,36	66,71	15,51
1 yıl	20,18	7,02	22,21	5,74	23,18	5,11	65,56	15,80
1 yıldan fazla	22,54	6,60	22,42	5,75	24,28	4,47	69,24	15,23
F/p	2,03	0,1327	0,33	0,7163	1,63	0,1982	1,29	0,2754
Tedavi Türü								
IUI	21,85	6,05	21,70	4,79	23,52	3,88	67,07	12,32
IVF	21,74	6,69	22,05	5,80	23,81	5,01	67,60	15,76
Hormon	23,28	5,22	23,44	5,78	23,53	5,18	70,25	15,24
F/p	0,85	0,4270	0,91	0,4022	0,07	0,9341	0,43	0,6487

t : Bağımsız gruplar arası t-testi, F: tek yönlü varyans analizi F testi (ANOVA)

ÇBASDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.5’de sunuldu. Bu tablo incelendiğinde, kadınların ÇBASDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite tedavisi süresi, tedavi alma süresi ve aldıkları tedavi türüne göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir. Buna karşılık, ÇBASDÖ alt boyut ve

genel puan ortalamalarının infertilite sebebini bilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulundu (sırasıyla, $t=-2,95$, $p=0,0035$, $t=-3,42$, $p=0,0007$, $t=-2,21$, $p=0,0280$, $t=-3,22$, $p=0,0014$). Puan ortalamasının ikili karşılaştırmalarında infertilite sebebini bilme durumuna ait puan ortalamalarının bilmeyenlere göre önemli bir biçimde daha düşük olduğu bulundu.



Tablo 4.6.İDÖ ve alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre analiz bulguları (N=322)

Özellikler	Özdeğer		Sosyal Geri		Toplumsal		Ailesel		İDÖ	Genel
	Kayıbı		Çekilme		Damgalanma		Damgalanma			
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Yaş										
18-24	9,40	5,62	10,90	4,43	14,10	9,39	8,50	5,28	42,90	19,68
25-29	13,59	7,72	13,76	5,99	15,89	9,08	9,27	4,58	52,52	21,58
30-34	14,23	6,64	12,89	5,09	15,89	7,90	8,96	5,01	51,96	19,70
35 ve üstü	12,37	6,04	12,19	5,23	15,38	7,79	8,59	4,57	48,53	19,12
F/p	2,68	0,0471	1,29	0,2768	0,26	0,8574	0,39	0,7595	1,26	0,2883
Eğitim Durumu										
İlkokul	20,00	8,00	15,60	6,43	15,40	7,69	10,70	5,70	61,70	22,30
Ortaokul	11,81	5,87	11,06	4,91	14,91	8,40	8,13	3,30	45,91	17,63
Lise	13,71	6,05	12,77	4,75	14,85	5,72	8,47	3,73	49,80	14,70
Yüksek öğretim	13,04	6,94	13,00	5,57	16,06	8,89	9,08	5,15	51,18	21,63
F/p	3,20	0,0237	2,45	0,0632	0,47	0,7006	0,83	0,4770	1,52	0,2082
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	13,15	6,93	12,91	5,54	15,74	8,62	9,11	5,17	50,91	21,47
Çalışmıyor	13,54	6,53	12,69	5,13	15,52	7,40	8,50	3,75	50,25	17,09
t/p	-0,47	0,6416	0,22	0,8225	0,27	0,7862	1,07	0,2850	0,26	0,7913
Yaşadığı Yer										
Köy - İlçe	14,49	7,77	12,91	5,57	17,20	10,20	9,70	5,50	54,30	24,33
İl	12,44	5,90	12,78	5,29	14,60	6,31	8,36	4,07	48,18	16,09
t/p	2,69	0,0076	0,47	0,6367	2,81	0,0053	2,51	0,0126	2,78	0,0057
Aile Tipi										
Çekirdek Aile	13,22	6,81	12,87	5,33	15,72	8,51	8,83	4,86	50,65	20,54
Geniş Aile	13,75	6,69	12,53	5,99	15,22	5,50	9,44	3,77	50,94	16,20
t/p	-0,45	0,6538	0,40	0,6872	0,31	0,7545	-0,80	0,4264	-0,10	0,9177
Gelir Durumu										
Gelir giderden az	14,77	6,96	13,10	5,66	16,91	8,30	9,34	4,84	54,12	18,93
Gelir gider eşit	12,95	6,88	12,60	5,09	15,49	8,56	9,01	4,96	50,05	21,11
Gelir giderden fazla	12,21	6,08	13,11	5,90	14,50	6,94	8,03	3,91	47,85	18,23
F/p	2,88	0,0574	0,29	0,7505	1,80	0,1665	1,64	0,1965	1,99	0,1386
Evlilik Süresi										
1-3 yıl	13,70	7,21	12,13	5,31	16,70	9,97	9,44	5,51	51,97	23,68
3-5 yıl	13,86	7,22	14,56	5,48	15,76	8,42	9,30	5,38	53,48	18,03
6 ve üzeri yıl	12,83	6,38	12,55	5,31	15,06	6,96	8,45	3,94	48,88	18,55
F/p	0,48	0,6222	4,06	0,0182	1,19	0,3059	1,44	0,2387	1,10	0,3337

t : Bağımsız gruplar arası t-testi, F: tek yönlü varyans analizi F testi (ANOVA)

Kadınların İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.6'da sunuldu. Bu tablo incelendiğinde, kadınların İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının çalışma durumu, aile tipi, gelir durumuna göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna karşılık, katılımcıların İDÖ alt boyutlarından sadece Özdeğer Kaybı alt boyut puan ortalamasının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($F=2,68$, $p=0,0471$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, 25-29, 30-34 yaş ve 35 ve üstü yaş grupları arasında fark olmadığı, 18-24 yaş grubu puan ortalamasının bu üç yaş grubundan anlamlı bir biçimde daha düşük olduğu bulundu. Benzer şekilde, İDÖ alt boyutlarından sadece Özdeğer Kaybı alt boyut puan ortalamasının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($F=3,20$, $p=0,0237$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarının bu alt boyut puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ilkokul mezunu olanların diğer eğitim gruplarından anlamlı bir biçimde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu bulundu.

İDÖ alt boyutlarından özdeğer kaybı alt boyutu, toplumsal damgalanma alt boyutu, ailesel damgalanma alt boyut ve genel ölçek puan ortalamasının yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği (sırasıyla $t=2,69$, $p=0,0076$; $t=2,81$, $p=0,0053$; $t=2,51$, $p=0,0126$; $t=2,78$, $p=0,0057$), köy-ilçede oturanların puan ortalamasının illerde oturanlardan daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların İDÖ alt boyutlarından sadece sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamasının evli oldukları süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edildi ($F=4,06$, $p=0,0182$).

Tablo 4.7. İDÖ ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre analiz bulguları (N=322)

Özellikler	Özdeğer Kaybı		Sosyal Geri Çekilme		Toplumsal Damgalanma		Ailesel Damgalanma		İDÖ Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Tedavi Sayısı										
İlk	13,05	6,52	12,49	5,78	15,19	8,10	8,88	4,98	49,61	20,04
İkinci	12,27	6,75	12,06	4,25	13,95	6,17	8,16	4,01	46,43	15,73
Üç ve üzeri	15,47	7,28	15,02	5,22	19,60	9,89	10,05	4,83	60,14	22,94
F/p	4,47	0,0121	6,80	0,0013	8,99	0,0002	2,64	0,0729	9,26	0,0001
İnfertilite Sebebinin Bilme Durumu										
Evet	13,84	6,97	12,80	5,40	15,94	8,34	9,11	4,72	51,69	20,40
Hayır	12,06	6,24	12,90	5,43	15,06	7,94	8,46	4,78	48,48	19,25
t/p	2,04	0,0423	-0,23	0,8171	0,81	0,4173	1,10	0,2738	1,22	0,2240
Tedavi Alma Süresi										
1 yıldan az	13,21	6,72	10,97	5,02	13,43	5,16	8,55	4,37	46,15	16,17
1 yıl	11,82	6,77	12,35	4,96	14,41	6,82	9,29	5,01	47,88	19,57
1 yıldan fazla	13,67	6,85	14,48	5,30	17,78	9,87	9,11	4,99	55,04	22,15
F/p	1,03	0,3596	16,04	<,0001	10,90	<,0001	0,54	0,5844	7,34	0,0008
Tedavi Türü										
IUI	11,52	5,67	11,04	3,60	13,11	6,03	7,26	2,61	42,93	10,73
IVF	13,20	6,78	13,10	5,54	15,60	8,25	8,85	4,80	50,75	20,51
Hormon	15,38	7,43	12,25	5,31	18,34	8,98	10,72	5,19	56,69	20,86
F/p	2,50	0,0836	1,99	0,1381	2,75	0,0654	4,03	0,0187	3,32	0,0372

t : Bağımsız gruplar arası t-testi, F: tek yönlü varyans analizi F testi (ANOVA)

Kadınların İDÖ ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre analiz bulguları Tablo 4.7’de sunulmuştur. İDÖ alt boyutlarından özdeğer kaybı alt boyutu, sosyal geri çekilme alt boyutu, toplumsal damgalanma alt boyutu ve genel ölçek puan ortalamasının alınan tedavi sayısına göre istatistiksel olarak anlamı bir farklılık gösterdiği (sırasıyla F= 4,47, p=0,0121; F= 6,80, p=0,0013; F= 8,89, p=0,0002; F=9,26, p=0,0001) bulundu. Bonferroni düzeltmeli test sonucuna göre, bir ve iki kez tedavi alan kadınların puan

ortalamları arasında farklılık bulunmazken 3 kez ve üzerinde tedavi alan kadınların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Katılımcıların İDÖ alt boyutlarından sadece özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalamasının infertilite sebebini bilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı ($t=2,04$, $p=0,0423$) olduğu bulunmuştur. İnfertilite sebebini bilen kadınların puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Kadınların İDÖ alt boyutlarından Sosyal Geri Çekilme alt boyutu, toplumsal damgalanma alt boyutu ve genel ölçek puan ortalamasının tedavi alma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla $F=16,04$, $p<0,0001$; $F=10,90$, $p<0,0001$; $F=7,34$, $p=0,0008$) farklılıklar gösterdiği tespit edildi. Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucuna göre 1 yıldan fazladır tedavi alan kadınların puan ortalamasının daha yüksek olduğu bunu sırasıyla 1 yıl ve 1 yıldan az tedavi alanların puan ortalamalarının izlediği saptandı

İnfertilite Damgalanma Ölçeği alt boyutlarından ailesel damgalanma ve genel damgalanma puan ortalamalarının tedavi türüne göre istatistiksel olarak anlamlı ($F=4,03$, $p=0,0187$; $F=3,32$, $p=0,0372$) farklılıklar gösterdiği bulundu. Bonferroni düzeltmeli test sonucuna göre hormon tedavisi alan kadınların diğer iki gruptaki kadınlara göre puan ortalamaları yüksek tespit edildi.

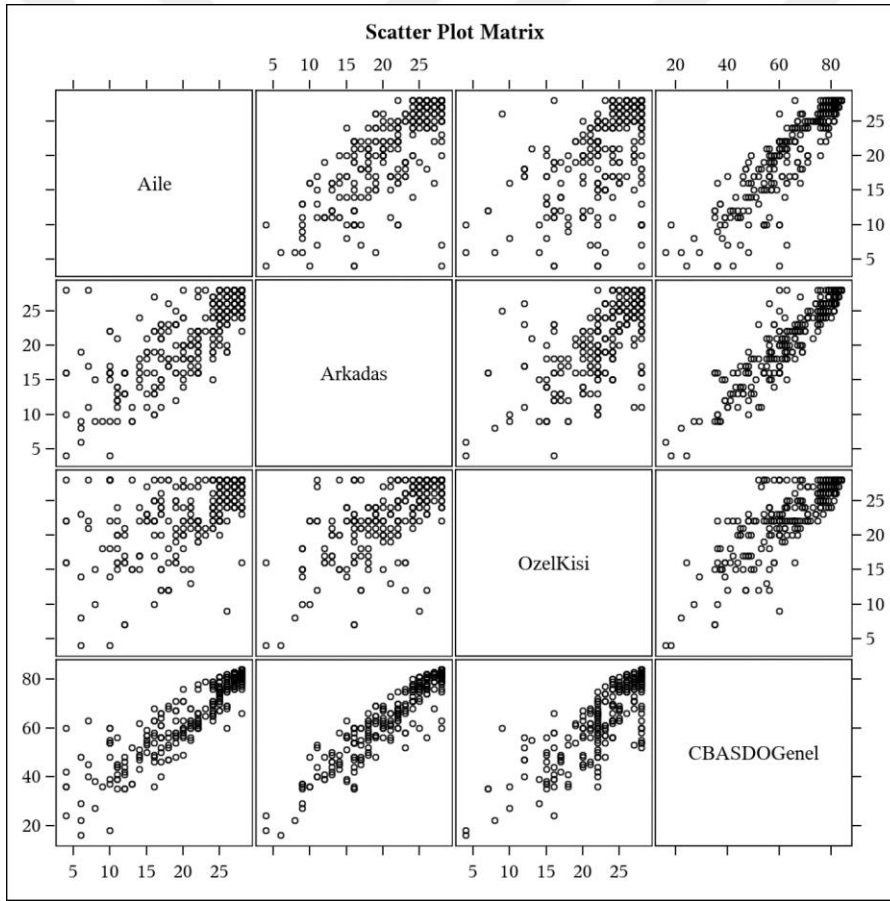
4.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Korelasyonu

Tablo 4.8. ÇBASDÖ ve alt boyutlarının korelasyonu

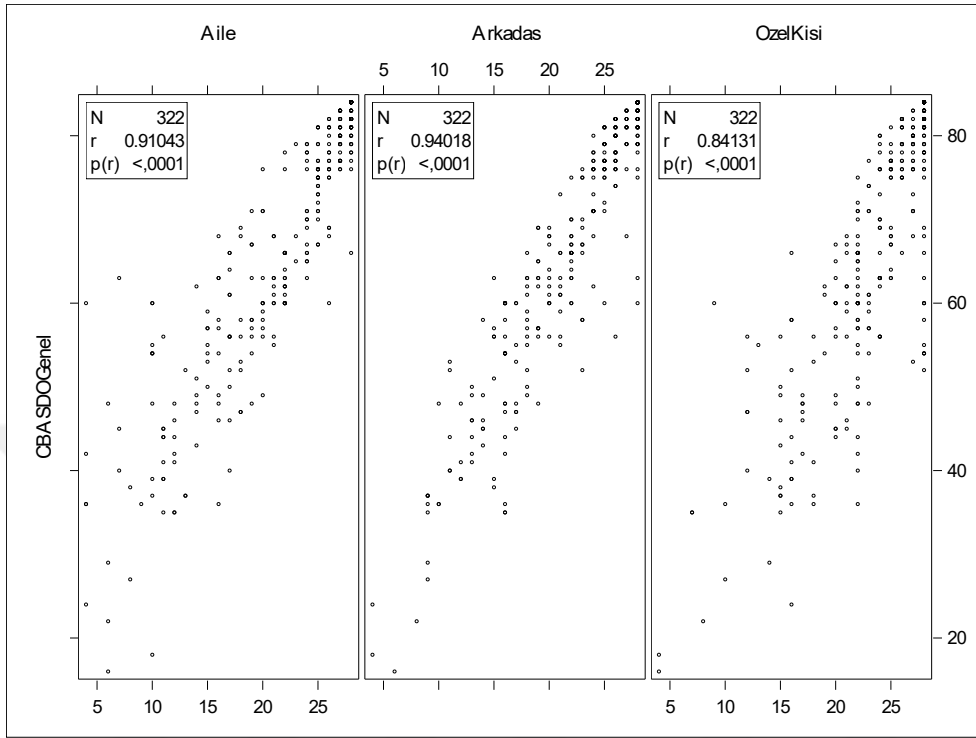
Ölçekler	Aile	Arkadaş	Özel Kişi	ÇBASDÖ Genel
Aile	1,00000			
Arkadaş	0,80291 <,0001	1,00000		
Özel Kişi	0,60174 <,0001	0,72611 <,0001	1,00000	
ÇBASDÖ Genel	0,91043 <,0001	0,94018 <,0001	0,84131 <,0001	1,00000

Bu çalışmada kullanılan ÇBASDÖ genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 4.9’da sunuldu.

Ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bu tablo ve Şekil 4.4 incelendiğinde, ÇBASDÖ genel puanı ile alt boyutlar aile, arkadaş ve özel kişi arasında pozitif yönlü yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla $r=0,91043$, $p<0,0001$; $r=0,94018$, $p<0,0001$; $r=0,84131$, $p<0,0001$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyut puanlarının birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, aile ile arkadaş arasında pozitif yönlü güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,80291$, $p<0,0001$), özel kişi ile aile arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=0,60174$, $p<0,0001$) tespit edildi. Arkadaş alt boyutu ile özel kişi alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,72611$, $p<0,0001$) saptandı.



Şekil 4.2. ÇBASDÖ ve alt boyutlarının scatter plot matrix modellemesi



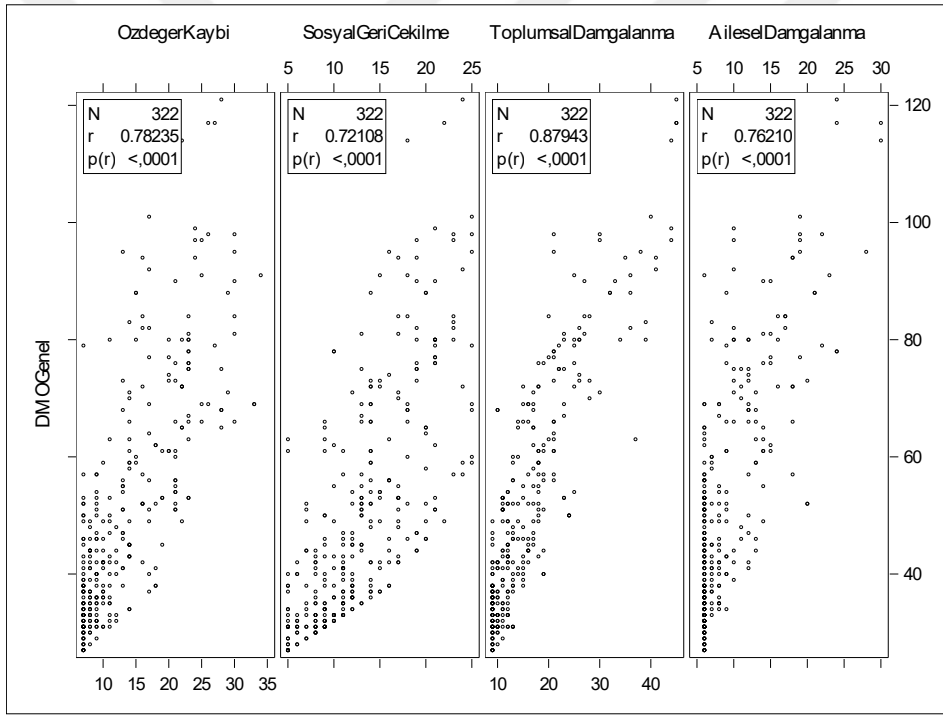
Şekil 4.3. ÇBASDÖ genel ve alt boyutlarının serpilme grafiği

Tablo 4.9. İDÖ ve alt boyutlarının korelasyon katsayıları

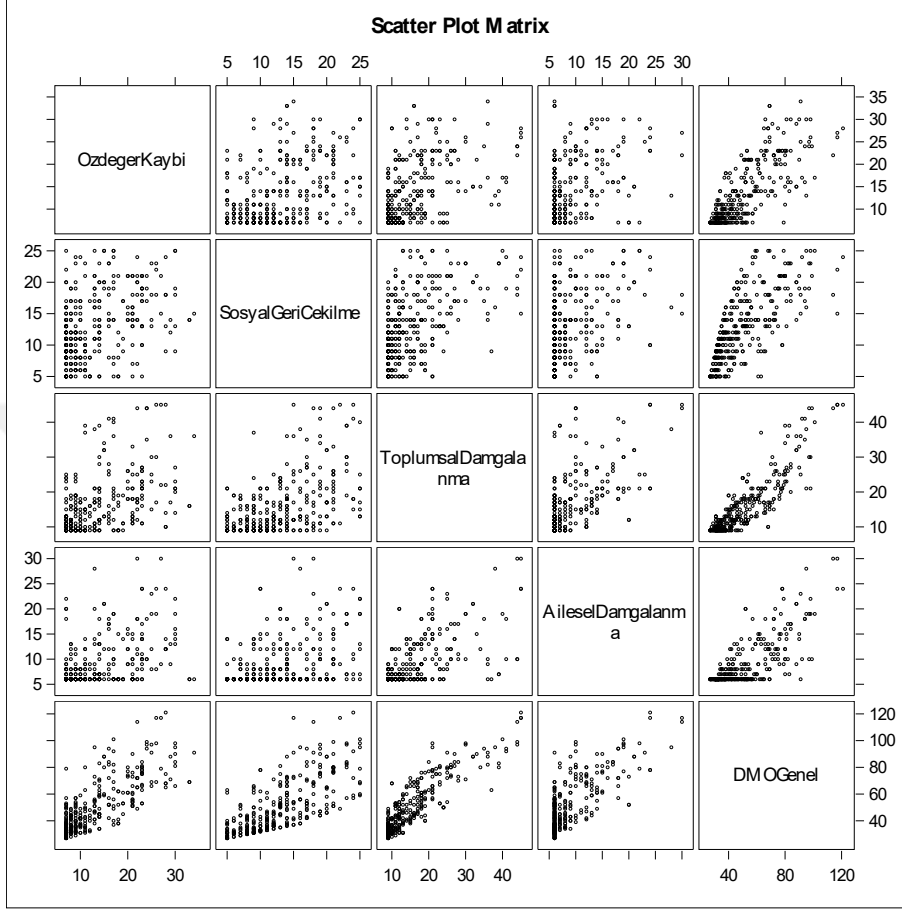
Ölçekler	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ Genel
Özdeğer Kaybı	1,00000				
Sosyal Geri Çekilme	0,42462 <,0001	1,00000			
Toplumsal Damgalanma	0,52440 <,0001	0,52818 <,0001	1,00000		
Ailesel Damgalanma	0,47911 <,0001	0,38422 <,0001	0,63546 <,0001	1,00000	
İDÖ Genel	0,78235 <,0001	0,72108 <,0001	0,87943 <,0001	0,76210 <,0001	1,00000

İDÖ genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 4.10 ve Şekil 4.5’de sunuldu Ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bu Tablo 4.10 ve Şekil 4.5 incelendiğinde, İDÖ genel puanı ile tüm alt boyutlar arasında pozitif yönlü yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,78235$, $p=0,0001$; $r=0,72108$, $p=0,001$; $r=0,87943$,

$p=0,0001$; $r=0,76210$, $p=0,0001$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyut puanlarının birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, özdeğer kaybı ile sosyal geri çekilme arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,42462$, $p=0,0001$), toplumsal damgalanma ile özdeğer kaybı ve sosyal geri çekilme alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,52440$, $p<0,0001$, $r=0,52818$, $p<0,0001$) ve ailesel damgalanma ile özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalanma alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,47911$, $p=0,0001$; $r=0,38422$, $p=0,0001$; $r=0,63546$, $p=0,0001$) tespit edildi.



Şekil 4.4. İDÖ genel ve alt boyutlarının serpilme grafiği

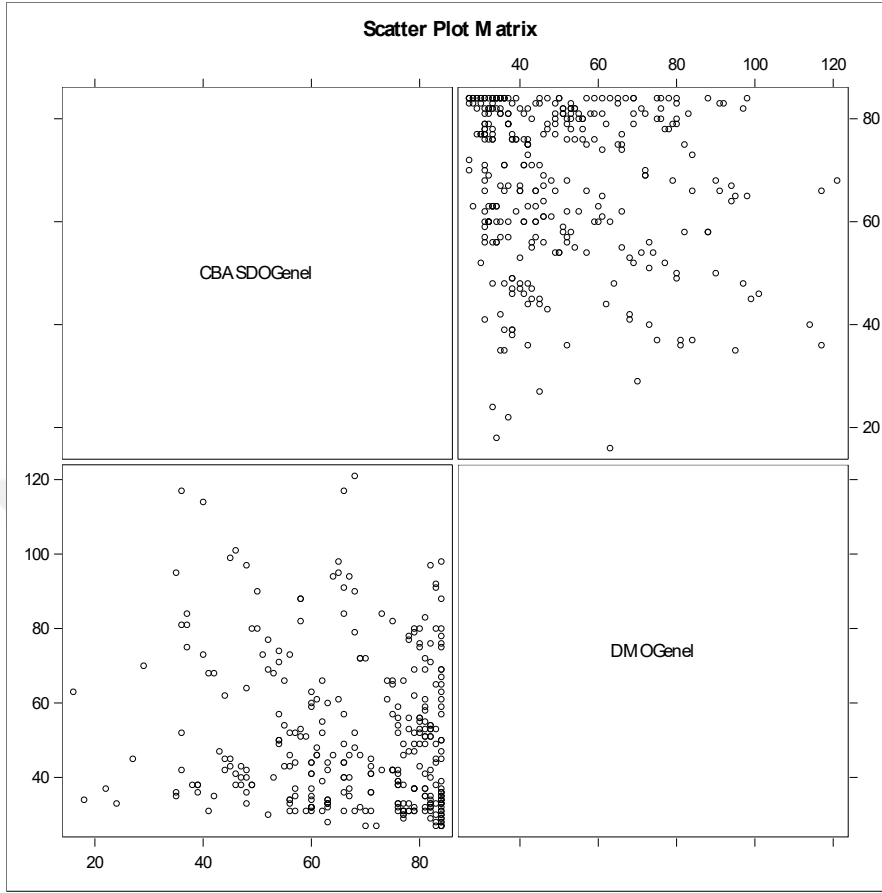


Şekil 4.5. İDÖ ve alt boyutlarının scatter plot matrix modellemesi

Tablo 4.10. ÇBASDÖ ve İDÖ arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Ölçekler	ÇBASDÖ Genel	İDÖ Genel
ÇBASDÖ Genel	1,00000	
İDÖ Genel	-0,13037 0,0193	1,00000

Bu çalışmada kullanılan ÇBASDÖ ve İDÖ genel puanları arasındaki ilişkiye ait sonuçlar Tablo 4.11’de sunuldu. Bu iki ölçek genel puanları arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0,13037$, $p=0,0193$) tespit edildi.



Şekil 4.6. İDÖ ve ÇBASDÖ scatter plot matrix modellemesi

4.3. Regresyon Analizi

ÇBASDÖ ve İDÖ genel puanlarını etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla iki ayrı çok değişkenli regresyon analizi yapılarak adımsal regresyon (Stepwise Regression) yöntemi ile etkisiz değişkenler ayıklanarak bu bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenler belirlendi.

İlk yapılan çok değişkenli regresyon analizinde bağımlı değişken olarak, ÇBASDÖ genel puanı ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların kişisel bilgi formunda verilen sosyo-demografik ve infertiliteye ait özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu, evlilik süresi, tedavi sayısı, infertilite sebebini bilme durumu, tedavi alma süresi, tedavi türü) ve İDÖ genel ve alt boyut puanları kullanıldı. Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizi sonucu modele dahil edilen yukarıda bahsedilen bağımsız değişkenlerden sadece 6 tanesi modelde korunmuştur ve 5 adımdan oluşan analizin son adımında elde edilen sonuçlar Tablo 4.12’de sunuldu. Bu sonuca göre, çoklu

regresyon modelinin genel anlamlılığını test etmede kullanılan F testi istatistiksel olarak oldukça anlamlı olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken ÇBASDÖ Genel üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip oldukları söylenebilir (F=15,23, p=0,0001).

Çok değişkenli adımsal regresyon yöntemi kullanılarak son adımda elde edilen parametre tahminlerine ait analiz sonuçları Tablo 4.12’de sunuldu. Bu tablodan, çok değişkenli adımsal regresyon analizinin son adımında modele dahil edilen bağımsız değişkenlerden özdeğer kaybı dışında diğerlerinin (ailesel damgalanma, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, infertilite nedeni) bağımlı değişken ÇBASDÖ Genel üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir (p < 0,05).

Tablo 4.11. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine etki eden faktörlerin çok değişkenli adımsal seçim yöntemi sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		t	p	Collinearity İstatistikleri		Kısmi R ²	Model R ²
	β	Standart Hata	Beta				Tolerans	VIF		
Intercept	21,16744	6,50008	0	3,26	0,0013	.	0			
Özdeğer Kaybı	0,24463	0,13206	0,10771	1,85	0,0649	0,7442	1,3437	0,0086	0,2300	
Ailesel Damgalanma	-0,66219	0,18754	-0,20365	-3,53	0,0005	0,7564	1,3220	0,0366	0,1717	
Eğitim Durumu	6,11585	0,99948	0,31924	6,12	<,0001	0,9244	1,0816	0,1351	0,1351	
Yaşadığı Yer	3,81121	1,62600	0,12169	2,34	0,0197	0,9336	1,0711	0,0132	0,2121	
Gelir Durumu	3,80639	1,16522	0,16693	3,27	0,0012	0,9637	1,0376	0,0272	0,1989	
İnfertilite Sebebini Bilme Durumu	3,50821	1,69471	0,10566	2,07	0,0393	0,9659	1,0352	0,0093	0,2213	
F=15,23		p=0,0001								

Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin sağlaması gereken varsayımlardan bir tanesi çoklu doğrusal bağlantı varsayımı (VIF ve Tolerans değerleri) olup bu amaçla Tablo 4.12’de tolerans ve VIF değerleri verildi. Yüksek VIF değeri ve düşük tolerans değerleri çoklu bağlantı sorunu olduğunun göstergesidir. Variance

inflation factors (VIF) 10'dan küçük ve tolerans değerinin 0.1'den büyük olması gerekmektedir. Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı söylenebilir.

Bağımsız değişkenlerin ÇBASDÖ genel tahmini üzerindeki etkisi standartlaştırılmış katsayı olan “Beta” değeri ile değerlendirilir. Buna göre ÇBASDÖ Genel en fazla etki eden değişkenin eğitim durumu olduğu görülmektedir. Çok değişkenli regresyon modelindeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %23,00'dır. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan bağımsız değişken, %13,5'lik kısmi R^2 ile eğitim durumu değişkenidir. Bunu %3,66'lık kısmi R^2 ile ailesel damgalanma, %2,72'lik kısmi R^2 ile gelir durumu değişkeni izlemektedir.

Tablo 4.12. İnfertilite damgalanma ölçeğine etki eden faktörlerin çok değişkenli adimsal seçim yöntemi sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		t	p	Collinearity İstatistikleri		Kısmi R^2	Model R^2
	B	Standart Hata	Beta				Tolerans	VIF		
Intercept	47,95142	9,80127			0 4,89	<,0001	.	0		
Arkadaş	-1,07638	0,28277	-0,30692	-3,81		0,0002	0,4216	2,3714	0,0202	0,0953
Özel Kişi	0,72141	0,32251	0,17702	2,24		0,0260	0,4377	2,2845	0,0096	0,1548
Eğitim Durumu	3,26702	1,45224	0,13105	2,25		0,0252	0,8078	1,2378	0,0120	0,1452
Yaşadığı Yer	-7,30026	2,22166	-0,17912	-3,29		0,0011	0,9226	1,0838	0,0311	0,0751
Gelir Durumu	-3,35645	1,61576	-0,11311	-2,08		0,0386	0,9246	1,0814	0,0118	0,1666
Evlilik Süresi	-2,71701	1,26867	-0,11710	-2,14		0,0330	0,9169	1,0905	0,0171	0,1332
Tedavi Alma Süresi	5,21184	1,16500	0,24454	4,47		<,0001	0,9175	1,0899	0,0440	0,0440
Tedavi Türü	7,62819	2,44901	0,16517	3,11		0,0020	0,9749	1,0257	0,0207	0,1160
F=6,83		p=0,0001								

İkinci çok değişkenli regresyon analizinde ise bağımlı değişken olarak, İDÖ genel puanları ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların kişisel bilgi formunda verilen sosyo-demografik ve infertiliteye ait özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu,

yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu, evlilik süresi, tedavi sayısı, infertilite sebebini bilme durumu, tedavi alma süresi, tedavi türü) ve ÇBASDÖ genel ve alt boyut puanları kullanıldı. Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizi sonucu modele dahil edilen çok sayıdaki bağımsız değişkenlerden sadece 8 tanesi modelde korunmuştur ve 6 adımdan oluşan analizin son adımında elde edilen sonuçlar Tablo 4.13’de sunuldu. Bu sonuca göre, F testi istatistiksel olarak oldukça anlamlı olup modeli açıklayan 8 adet bağımsız değişkenin sosyal değişkeni dışında 6 tanesinin bağımlı değişken İDÖ Genel üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip oldukları söylenebilir ($F=6,83$, $p=0,0001$). Çok değişkenli adımsal regresyon yöntemi kullanılarak son adımda elde edilen parametre tahminlerine ait analiz sonuçları Tablo 4.13’de sunuldu. Bu tablodan, çok değişkenli adımsal regresyon analizinin son adımında modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin tamamının (arkadaş, özel kişi, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, evlilik süresi, tedavi alma süresi, tedavi türü) bağımlı değişken İDÖ Genel üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Bu analizden elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin Tablo 4.13’da sunulan tolerans ve VIF değerleri incelendiğinde, çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden İDÖ Genel tahmini üzerinde en fazla etkiye sahip olanın arkadaş alt boyutu olduğu görülmektedir. Çok değişkenli regresyon modelindeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %16,66’dır. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan bağımsız değişken, %4,40’luk kısmi R^2 ile tedavi alma süresi değişkenidir. Bunu %3,11’lik kısmi R^2 ile yaşadığı yer, %2,07’lik kısmi R^2 ile tedavi türü değişkeni izlemektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı.

- İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının İncelenmesi
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi
- İnfertilite Damgalanma Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.1. İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının İncelenmesi

Çalışmaya katılan kadınların ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutu puan ortalamasının alt boyutlardan alınabilecek puanlara göre ortanca değerin üzerinde olduğu saptandı. Çalışmaya katılan kadınların aileden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Yapılan araştırmalarda; Tural ve Sis Çelik'in (2019) primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirledikleri çalışmada kadınların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri çalışma bulgusuna benzerdir. Erdem ve Apay'ın (2014) infertil kadınlarda sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirledikleri çalışmada aileden algılanan destek düzeyleri bu araştırma bulgusuyla örtüşmektedir. Eren (2008) ve Candan'ın (2012) yapmış olduğu çalışma bulguları da araştırma bulgusuna benzerdir. Literatürde aileden algılanan destek düzeylerine yönelik araştırma bulgusundan daha yüksek puanlara sahip çalışmalar da mevcuttur (Shafierizi ve ark., 2022; Öztürk ve ark., 2021; Karlıdere ve ark., 2007; Aldemir ve ark., 2015; Kuş, 2008). Türk toplumunda aile birlik ve beraberliği temsil eder, kadınlar beklediği desteği ailelerinden görmüş olabilirler.

Kadınların ÇBASDÖ'nün Arkadaş alt boyutu puan ortalamasına göre arkadaşın algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu belirlendi(Tablo 4.3). Yapılan bazı çalışmalarda infertil kadınların arkadaşın algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir (Öztürk ve ark., 2021;Tural ve Sis Çelik, 2019; Aldemir ve ark., 2015; Bodur ve ark., 2013; Eren, 2008). Ancak bazı çalışmalarda da arkadaşın algılanan sosyal destek düzeyinin araştırma bulgusundan düşük olduğu bulundu (Erdem ve Apay, 2014; Karlıdere ve ark., 2007; Kuş, 2008; Candan, 2012). Çalışmadaki kadınların çoğunluğu çalışan ve şehirde yaşayan kadınlar, sosyal çevreleri ve özellikle arkadaşları ile yeterli duygusal bağı kurmuş olabilirler.

ÇBASDÖ'nün Özel Kişi alt boyutu puan ortalamasının ortanca değerin üstünde olduğu ve kadınların özel kişiden algıladıkları sosyal desteğin de yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Literatürde özel kişiden algılanan sosyal destek ile ilgili farklı bulgular mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalarda özel kişiden algılanan sosyal desteğin ortanca değerin üstünde olduğu görüldü (Öztürk ve ark., 2021; Tural ve Sis Çelik, 2019; Eren, 2008; Erdem ve Apay, 2014). Ancak bazı çalışmalarda özel kişiden algılanan sosyal desteğin ortanca değerden daha düşük olduğu (Candan, 2012; Kuş, 2008); bir çalışmada ise ortanca değerin çok üstünde olduğu görüldü (Aldemir ve ark., 2015). Çalışmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek ve çalışıyor olması algıladığı sosyal desteğin yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması, ortalamanın üstünde olduğu ve kadınların aile, arkadaş ve özel kişilerden aldıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.). Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da aile, arkadaş ve özel kişiden algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında sosyal desteğin ortanca değerden yüksek olduğu belirlendi ve kadınların başta aileleri olmak üzere arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu saptandı. Erdem ve Apay'ın (2014) çalışma sonuçları ve Eren'in (2008) Ankara'da infertil çiftlerde yapmış olduğu çalışmasının bulgusu araştırma bulgusuyla benzerdir. Fakat literatürde araştırma bulgusundan farklı bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur (Aldemir ve ark., 2015; Kuş,

2008; Erdem ve Apay, 2014). Türk toplumunun yardım severliği ve zor günlerde birbirlerine destek olma özellikleri sayesinde kadınlar aile, arkadaş ve özel kişiden yeterli sosyal desteği almış olabilirler.

İDÖ'nün Özdeğer Kaybı alt boyut puan ortalaması, ortalamanın altında olduğu, kadınların özdeğer kaybı damgalanması düşük olduğu bulundu (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda benzer şekilde İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu görüldü (Çapık ve ark., 2019; Yılmaz ve Kavak, 2018; Zhang ve ark., 2021; Aksu ve Şayan, 2023). Çalışmadaki kadınların yükseköğretim mezunu ve çalışıyor olması kadınlara maddi ve manevi güç sağlayabilmektedir. Bundan dolayı kadınların daha az özdeğer kaybı yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların İDÖ'nün Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuş olup literatürde araştırma bulgusuna benzer çalışma bulguları bulunmaktadır (Tablo 4.3), (Zhang ve ark., 2021; Öztürk ve ark., 2021; Çapık ve ark., 2019; Yılmaz ve Kavak, 2018). Kadınların ailelerinden ve arkadaşlarından yeterli sosyal desteği almaları sosyal geri çekilmeyi daha az hissetmelerini sağlamış olabilir.

Araştırmadaki İDÖ'nün Toplumsal Damgalanma alt boyutu puan ortalaması, ortalamanın altında olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Çalışmadaki toplumsal damgalanma alt boyutu en yüksek bulundu. Araştırmaya katılan kadınlar en çok toplumsal damgalanma yaşamaktadırlar. Literatürdeki çalışmalarda da en çok toplumsal damgalanma olduğu bulundu (Yılmaz ve Kavak, 2018; Çapık ve ark., 2019; Zhang ve ark., 2021; Öztürk ve ark., 2021; Aksu ve Şayan, 2023). Çalışmanın yapıldığı şehrin toplumsal ve kültürel özellikleri, araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun il merkezinde yaşamları ve aynı zamanda yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olmaları toplumsal damgalanmayı daha az hissetmelerini sağlamış olabilir. Fakat özellikle kırsalda yaşayan infertil bireyler için söylenen meyvesiz ağaç, çorak arazi, yarım insan (Daibes ve ark., 2018) gibi toplumsal damgalanma söylemleri, diğer alt boyutlara kıyasla daha çok damgalanma hissetmelerine neden olmuş olabilir.

İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması ortalamanın altında olup, kadınların en az ailesel damgalanma yaşadığı bulundu (Tablo 4.3). Ailesel damgalanma puan ortalaması ortalamanın altındadır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (Yılmaz ve Kavak, 2018; Çapık ve ark., 2019; Zhang ve ark., 2021). Çalışmaya katılan kadınların çekirdek ailede yaşamaları, kayınvalide veya anne gibi stresörlerin bulunmaması daha az ailesel damgalanma hissetmelerini sağlamış olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların İDÖ'nün puan ortalamasına göre kadınların orta düzeyde damgalandıkları söylenebilir. Çalışmada kadınların İDÖ'nün en çok toplumsal damgalanma alt boyutu bulundu. Yapılan çalışmalarda çalışma bulgularımızı desteklemektedir. İnfertilite tanısı alan kadınlar üzerinde toplumun güçlü bir sosyal baskı olduğu, farklı düzeylerde damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (Nahar ve Geest, 2014; Karaca ve Ünsal, 2015; Avila, 2016; Yeshua-Katz; 2017; Dierickx ve ark., 2018; Naab, Lawali ve Donkor, 2019; Kaya ve Oskay, 2019; Fang ve ark. 2020; Öztürk, Bloom ve Bullock, 2021; Zhang ve ark., 2021; Öztürk ve ark., 2021; Küçükkkaya ve Kılıç, 2022). Sophia ve Punitha' nın (2017) çalışmasında, infertil bireylerin %62'sinin toplumsal damgalanma yaşadıkları tespit edildi. Anokye ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada infertilitenin çiftler üzerindeki sosyal etkilerinin dışlanma, sözlü ve fiziksel taciz, boşanma ve damgalanma olduğu bildirilmektedir. Akarsu ve Beji'nin (2019) çalışmasında, çocuk sahibi olamadıkları için toplum tarafından kadınların daha çok damgalanmaya maruz kaldıkları belirtilmektedir. Yılmaz ve Kavak (2019) ve Küçükkkaya ve Kılıç'ın (2022) çalışmalarında, infertil kadınların orta düzeyde damgalanma hissettiği ve İDÖ'nün en çok etkilenen alt boyut ölçeği olarak da toplumsal damgalanma boyutu olduğu bulundu. Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da, infertil kadınların damgalanma düzeyleri orta düzeyde bulunmuş olup toplumsal damgalanma ve sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Farklı ülkeler ve toplumlarda infertilite tanısı almış olmak coğrafi bölge ayırt edilmeksizin bireylerin damgalandığı söylenebilir. Çalışmaya katılan kadınların çoğunun eğitim seviyesinin yüksek olması infertilite ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasına, infertilite ve tedavi süreci ile etkin bir şekilde başedebilmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca kadınların çalışıyor olması ve çoğunun çekirdek ailede yaşaması daha az damgalanmalarını sağlamış olabilir.

5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmada kadınların yaşlarının ÇBASDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.4). Erdem ve Apay' ın (2014) çalışmasında kadınların yaşlarının algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği görülmüştür. Tural ve Sis Çelik (2019) yılında yaptıkları çalışmada, kadınların yaşlarının ÇBASDÖ' nin aile alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Qadir ve arkadaşları (2015) Pakistan'da infertil kadınlarda psikolojik sıkıntı bildirme durumları ve algıladıkları sosyal destek ve evlilik uyumunun incelendiği çalışmada, 26-30 yaş arası kadınların daha çok destek aldığı görülmüştür. Martins ve arkadaşlarının (2011) Portekiz'de 252 infertil kadınla yaptığı çalışmada yaşı algılanan sosyal desteği etkilemediği görülmüştür. Kadınların infertilite nedeniyle çocuk sahibi olup olamayacaklarının ve bu süreçte yaşı artmasıyla gebe kalamama riskinden dolayı aile, arkadaş ve özel kişi tarafından verilen sosyal desteği yeterince algılayamadıkları düşünülebilir.

Kadınların eğitim düzeylerinin ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunurken eğitim düzeyi yükseldikçe ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının da yükseldiği görüldü (Tablo 4.4.). Yapılan regresyon analizinde de eğitim durumunun algılanan sosyal destek üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Tural ve Sis Çelik'in (2019) primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ve infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, kadınların eğitim durumlarının algıladıkları sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2021) infertilite tedavisi gören kadınlarda damgalanma, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Lam ve arkadaşlarının (2021) sosyal desteğin infertilite stresi üzerindeki etkisini incelediği 997 Vietnamlı infertil kadınla yapılan çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteğin arttığı görülmüştür. Kadınların eğitim durumları arttıkça

sağlığa karşı tutum ve davranışları yükselebilir ve algıladıkları sosyal destek farkındalığı ve düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Kadınların çalışma durumlarının ÇBASDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulundu (Tablo 4.4). Çalışanların puan ortalamasının çalışmayanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Erdem ve Apay'ın (2014) infertil kadınlarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri kesitsel çalışmada, aile alt boyutu ve ÇBASDÖ genel puan ortalamalarını etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların çalışma durumlarının ÇBASDÖ'nün özel kişi alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ve çalışan kadınların genel olarak algıladıkları sosyal desteğin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Erdem ve Apay, 2014). Tural ve Sis Çelik (2019) yaptıkları çalışmada kadınların aile, arkadaş alt boyutu ve genel ölçek puanları ile sosyal destek düzeyleri anlamlı bulunmuştur. Özçelik ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında kadınların çalışma durumları algılanan ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Kadınların gelir getiren bir işte çalışmaları, ekonomik özgürlük ve güce sahip olmalarını sağlayabilmektedir. Bu da edindikleri sosyal çevrelerinden algıladıkları sosyal desteği de arttırabilir.

Kadınların yaşadıkları yerin ÇBASDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunurken şehirde yaşayan kadınların ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının da yükseldiği görüldü (Tablo 4.4). Köy veya ilçede yaşayan kadınların daha az sosyal destek aldığı, ilde yaşayan kadınların ise algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek bulundu. Yapılan regresyon analizinde de yaşadıkları yerin algılanan sosyal destek üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında şehirde yaşayanların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Erdem ve Apay'ın (2014) çalışmasında tedavinin yapıldığı şehirde yaşayan kadınların algıladığı sosyal destekte herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür. Araştırma bulgusundan farklı olarak tedavinin yapıldığı şehirde yaşayan kadınların hem algıladıkları arkadaş desteğinin hem de genel olarak algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tural ve Sis Çelik, 2019). Kadınların şehir

merkezlerinde daha çok sosyalleşme imkanı olduğu, daha çok kişi ile tanışabileceği bu sayede sosyal destek imkanlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Kadınların yaşadıkları aile tipinin ÇBASDÖ'nün sadece arkadaş alt boyutu ortalamalarını etkilediği bulunurken çekirdek aile yapısında olan kadınların ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanların daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.4). Çekirdek ailede yaşayan kadınların algıladıkları arkadaş desteğinin yüksek olduğu saptandı. Tural ve Sis Çelik (2019) ve Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında aile tipinin algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği belirtilmiştir. Ancak Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında geniş aile yapısında olan kadınların ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız ile farklı sonuçların olması kadınların sosyodemografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Kadınların gelir durumlarının ÇBASDÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulundu (Tablo 4.4). Geliri giderinden az olanların puan ortalamasının diğerlerinden önemli olarak düşük olduğu bulundu. Gelir gidere eşit veya gelir giderden fazla olan kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan regresyon analizinde de gelir durumlarının algılanan sosyal destek üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında, kadınların gelir durumlarının ÇBASDÖ'nün arkadaş ve aile alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği, gelir düzeyi fazla olan kadınların algıladıkları arkadaş ve aile desteğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında gelir durumunun algılanan sosyal desteği etkilemediği belirtilmiştir. Erdem ve Apay (2014) yaptıkları çalışmada da gelir durumu ile ÇBASDÖ arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Steuber ve High'in (2015) infertil kadınlarda infertiliteyi açıklama stratejileri, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitelerini incelediği çalışmada yüksek gelire sahip kişilerin algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Çalışmadaki kadınların yüksek eğitime sahip olmaları, gelir getiren bir işte çalışıyor olması (%66.5) ve ekonomik olarak ortalama ve üstünde gelir düzeylerinin olması ve oluşturdukları sosyal çevre ve statülerinden dolayı algıladıkları sosyal desteği arttırdığı düşünülebilir.

Kadınların evlilik sürelerinin ÇBASDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.4). Wendolowska ve arkadaşlarının (2022) infertil çiftlerde algılanan sosyal destek ve ilişki doyumunu incelediği 90 evli çift ile Polonya'da yapılan çalışmada evlilik süresi arttıkça kadınların özellikle eşlerinden aldıkları sosyal desteğin azaldığı görülmüştür. Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında kadınların evlilik sürelerinin ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve evlilik süresi az olan kadınların diğer kadınlara göre algıladıkları aile desteğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların eğitim, gelir düzeylerinin yüksek olması ve çekirdek aileye sahip olanların puan ortalamasının geniş aileden daha yüksek olması nedeniyle algılanan sosyal desteği etkilememiş olabilir.

Kadınların tedavi sayılarının ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.5). Literatürde tedavi sayıları ile algılanan sosyal destek durumlarının incelendiği çalışma bulunamadı. Kadınların %55.3'ü ilk tedavisini alması algıladığı sosyal desteği etkilememiş olabilir. Tedavi sayısının artması aynı zamanda tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması durumunda daha çok sosyal destek arayışına girebilirler.

Kadınların infertilite sebebini bilme durumuna göre ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve infertilite sebebini bilmeyen kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4.5). Yapılan regresyon analizinde de infertilite sebebini bilme durumunun algılanan sosyal destek üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Tural ve Sis Çelik'in (2019) kadınların infertilitenin sebebini bilme durumunun ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve infertilite sebebini bilmeyen kadınların algıladıkları aile desteğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Lam ve arkadaşlarının (2021) Vietnam'da yaptıkları çalışmada kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek sayesinde infertilite stresi ve acısını daha az hissettikleri belirtilmiştir. Kadınlar infertilite nedeninin kimden kaynaklandığını bilmedikleri durumlarda kendilerini daha az suçlu hissedebilirler. Çünkü toplumumuzda kadınlara çürümüş ağaç, verimsiz toprak gibi suçlayıcı ifadeler kullanılmaktadır. Kadınlar

da infertilite sebebini bilmedikleri zaman aile, arkadaş ve özel kişilerden aldığı sosyal desteği daha fazla hissetmiş olabilirler.

Kadınların tedavi süresinin ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.5). Öztürk ve arkadaşları (2021) ve Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında sosyal desteğin tedavi süresini etkilemediği belirtilmiştir. Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Kadınların tedavi türünün ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.5). Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında infertilite tedavi türü ile algılanan sosyal desteği etkilemediği belirtilmiştir. Tural ve Sis Çelik'in (2019) çalışmasında kadınların şu anda uygulanan tedavi türünün ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve aşılama tedavisi uygulanan grubun aileden algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu görülmüştür.

5.3. İnfertilite Damgalanma Ölçeği Bağlamında Elde Edilen Bulgular ile Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Kadınların yaşlarının İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.6). Bu çalışmada 18-24 yaş grubu puan ortalamasının diğer yaş gruplarından anlamlı bir biçimde daha düşük olduğu bulundu. Literatürde konuyla ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlandı. Tural ve Sis Çelik'in (2018) çalışmasında 18-25 yaş arasında olan kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha çok etkilendiği belirtilmiştir. Jing ve arkadaşları (2020) Çin'de 588 infertil kadınla yaptıkları çalışmada 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 belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Küçükkaya (2019), Kaya ve Oskay (2020), Yılmaz ve Kavak (2019), Fang ve arkadaşları (2020), Zhang ve arkadaşları (2021), yaptıkları çalışmada yaş ile damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır. İnfertiliteyi etkileyen temel faktörlerden biri yaştır. Kadının yaşı ile infertilite tedavisinin başarısı arasında oldukça önemli bir ilişki vardır. Kadının yaşının

artması çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, özdeğer kaybını etkilemiş olduğu düşünülebilir.

Kadınların eğitim düzeylerinin İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.6). Bu çalışmada ilkokul mezunu kadınların İDÖ özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması diğer eğitim gruplarına göre yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edildi. Başka bir deyişle kadınlarda eğitim düzeyi yüksek olanların eğitim düzeyi düşük olan göre daha az damgalanmış hissettikleri bulundu. Yapılan regresyon analizinde de eğitim durumunun infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az damgalanma hissettikleri görülmüştür (Kaya ve Oskay, 2020; Öztürk, 2021; Küçükkaya ve Kılıç, 2022 ve Jing ve ark., 2020). Çin'de Zhao ve arkadaşları (2022) infertil kadınların damgalanması ile sosyal kaçınma ve sıkıntı arasındaki psikolojik dayanıklılığın analizinin yapıldığı çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların damgalanma düzeylerinin arttığı görülmüştür. Zhang ve arkadaşlarının (2021) 254 infertil kadınla yaptıkları çalışmada daha yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların daha az damgalanma yaşadığı bulunmuştur. Eğitim seviyesinin artması kadınların farkındalık düzeyinin artmasına ve sosyal statülerini koruyabilmelerini sağlamış bu da daha az damgalanmış hissetmelerini sağlamış olabilir.

Kadınların çalışma durumlarının İDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.6). Küçükkaya' nın (2019) Türkiye'nin doğusunda yaptığı çalışmada, çalışma durumu ile damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Aksu ve Şayan'ın (2023) Batı Marmara bölgesinde 181 infertil kadınla yaptığı çalışmada, çalışma durumunun damgalanma düzeyini etkilemediği görülmüştür. Literatürde infertil kadınların çalışma durumlarının damgalanma düzeylerini etkileyen çalışmalarda bulunmaktadır. Kaya ve Oskay (2020) gelir getiren bir işte çalışan kadınların daha az damgalanma yaşadığı, Karaca ve Ünsal (2015) çalışmasında, ev hanımlarının yaşadığı damgalanmanın daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2021) 298 infertil kadınla yaptığı çalışmasında, çalışan kadınların daha az

damgalanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Jing ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2022). Gelir getiren bir işte çalışma durumu kadınlara maddi özgürlük sağlayıp damgalanmayı daha az hissetmiş olmalarını sağlamış olabilir. Literatürde araştırmaların sonuçlarının farklılığı; çalışmanın yapıldığı yerin özellikleri, çalışma ortamının farklı olması ve toplumsal baskı gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir.

Kadınların yaşadıkları yerin İDÖ'nün sosyal geri çekilme alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği bulundu (Tablo 4.6). Köy ve ilçede (kırsal kesimde) yaşayan kadınların şehirde yaşayanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Diğer bir deyişle kırsalda yaşayan kadınlarda damgalanmanın daha fazla olduğu görüldü. Yapılan regresyon analizinde de yaşadıkları yerin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Literatürde bu sonucu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Öztürk ve ark., 2021; Jing ve ark., 2020; Yılmaz ve Kavak, 2019; Kaya ve Oskay, 2020; Karaca ve Ünsal, 2015; Li ve ark., 2017). Çalışmamızdan farklı olarak Dierickx ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında şehirde yaşayan kadınların daha çok sosyal baskı ve damgalanma ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir. Çalışmamız, çoğunluğu il merkezinde yaşayan, eğitim durumu yüksek, çalışan kadınlardan oluşmaktadır. Kırsalda aile içi dinamikler, toplumla iç içe olma, kültürün hakimiyeti ve bilginin yayılma hızının daha yüksek olmasından dolayı damgalanmanın daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Şehirde sosyalleşme olanağının fazla olması, tedavi merkezine yakın olmaları damgalanmayı azaltabilir.

Kadınların yaşadıkları aile tipinin İDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.6). Kaya ve Oskay'ın (2020) yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan kadınların daha az damgalandığı belirtilmiştir. Küçükkaya (2019), Aksu ve Şayan (2023) ve Öztürk ve arkadaşlarının (2021) çalışması da bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatür sonuçları çalışma bulgularımızla tutarlılık göstermektedir.

Kadınların gelir durumlarının İDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.6). Yapılan regresyon analizinde de gelir durumunun infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Literatürde farklı sonuçlar bulunan araştırmalar mevcuttur. Zhao ve arkadaşları (2022) Çin'de yaptığı çalışmada gelir durumu azaldıkça damgalanmanın arttığı görülmüştür. Zhang ve arkadaşları da (2021) Çin'de benzer sonuçlar bulmuştur. Küçükkaya'nın (2019) Doğu Anadolu'da yaptığı çalışmasında gelir durumu arttıkça damgalanmanın azaldığı belirtilmiştir. Aksu ve Şayan (2023) Batı Marmara'da infertil kadınlarla yaptığı çalışmada, gelir durumu ile damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada kadınların %54.3'ünün gelir gidere eşit olduğu ve %20.2'sinde gelirinin giderden fazla olduğu bulunmuştur. İnfertilite tedavisinin maliyeti oldukça yüksek olup çiftler tedavi boyunca maddi açıdan zorlanabilmektedir. Ancak gebe kalabilmek ve bebek sahibi olabilmek için gelir durumu damgalanma durumlarını etkileyebilir. Bu çalışmada kadınların çoğunluğu (%55.3) tedaviye ilk kez başvurdukları için maddi kaygılar göz ardı edilmiş olabilir.

Kadınların evlilik süresinin İDÖ'nün sosyal geri çekilme hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.6). Ancak evlilik süresi (3-5 yıl) olan kadınların puanlarının daha yüksek olduğu ve damgalanma düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan regresyon analizinde de evlilik süresinin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Tang ve arkadaşlarının (2023) Çin'de 376 infertil kadınla yaptıkları çalışmada evlilik süresi ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Evlilik süresi arttıkça kadınlarda çocuk sahibi olma beklentisi artabilmektedir ve bu da daha çok sosyal geri çekilme ile damgalanmaya neden olduğu düşünülebilir.

Kadınların tedavi sayılarının İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği bulundu (Tablo 4.7). Üç ve üzeri tedavi gören kadınların bir ve iki kez tedavi alanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Jing ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da araştırma bulgusuna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tang ve arkadaşlarının (2023)

yaptıkları çalışmada infertil kadınların aldıkları tedavi sayısının damgalanma düzeyine etkisi olmadığı görülmüştür. İnfertilite tedavisi uzun, yıpratıcı ve yorucu bir süreçtir. Kadınların tedavi sayısı arttıkça tedavinin olumlu sonuçlanacağına olan inancı azalabilir, çevrelerinden daha çok toplumsal baskı hissedebilirler. Farklı kültürlerde kadınlara karşı yöneltilen itham ve söylemler (çorak arazi, kurumuş meyvesiz ağaç, toplumsal faaliyetlerden dışlanma, kuma tehditi) damgalanma düzeylerini arttırabilir.

Kadınların infertilite sebebini bilme durumunun İDÖ'nün özdeğer kaybı hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.7). İnfertilite nedenini bilen kadınların, daha çok damgalandığı görüldü. Araştırmada infertilite nedenini bilmeyen kadınların sosyal destek algılarının yüksek olması da bu bulguyu destekleyerek araştırmanın iç tutarlılığını göstermektedir. İnfertilite sebebini bilmeyen kadınlarda ya infertilite sebebi bulunamıyor ya da sebep belli iken kadın tarafından bu bilinmiyor olabilir. İnfertilite nedenini bilen kadınlarda daha fazla damgalanmaya neden olduğu söylenebilir. Ataerkil toplumlarda infertil kadınların çevrelerinden kuru ağaç, yarım kadın, çocuğu olmayan kadın gibi ithamlar ve kuma tehditi özdeğer kaybına yol açıyor olabilir. (Daibes ve ark., 2018; Hanna ve Gough, 2020; Akarsu ve Beji, 2019; Hasanpoor-Azghdy ve ark., 2015).

Kadınların tedavi alma sürelerinin İDÖ'nün özdeğer kaybı ve ailesel damgalanma alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği bulundu (Tablo 4.7). Bir yıldan daha fazla tedavi süresi olan kadınların, bir yıl ve bir yıldan daha az tedavi süresi olanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan regresyon analizinde de tedavi sürelerinin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Li ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, bir yıldan uzun süre tedavi gören infertil kadınların damgalanma düzeyinin bir yıldan daha az süre tedavi görenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Jing ve arkadaşları (2020) Çin'de, Yokota ve arkadaşları (2022) Japonya'da, Kaya ve Oskay (2019) İstanbul'da yaptıkları çalışmalarda infertilite tedavi süresi arttıkça kadınlarda damgalanma düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Dierickx ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında; infertil kadınlardaki damgalanmanın tedavi süresini ve tedavi uyumlarını

etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür. Lordăchescu ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, tedavi başlangıcında olan infertil kadınların çeşitli tedaviler uygulanmış kadınlara göre duygusal olarak daha çok etkilendikleri görülmüştür. İnfertilite tedavisi uzun, yıpratıcı ve yorucu bir süreçtir. Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı (%49.5) bir yıldan uzun süre tedavi görmektedir (Tablo 4.2). İnfertilite tedavi süresinin uzaması gebe kalma umudunun azalmasına ve daha çok damgalanmaya neden olduğu düşünülmektedir.

Kadınların tedavi türünün İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu ve ölçeğin toplam puan ortalaması hariç diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği bulundu (Tablo 4.7). Hormon tedavisi alan kadınların IUI ve IVF yapılanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan regresyon analizinde de tedavi türünün infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Literatürdeki çalışmalarda tedavi türünün damgalanmayı etkilemediği bildirilmiştir (Öztürk ve ark., 2021; Yokota ve ark., 2022; Aksu ve Şayan, 2023). Hormon tedavisi alan kadınların tedavi sürecindeki yaşadıkları hormonal değişimler hissedilen damgalanma düzeyini arttırmış olabilir. Çalışmaya katılan 25 yaş ve üstü kadınların diğer tedavi şekillerinden farklı olarak hormon tedavisi aldığı görülmektedir (Şekil 4.3).

5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmamızda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve infertilite damgalanma ölçeği arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($p=0.0193$, $r=-0.13037$), (Tablo 4.10). Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça damgalanma düzeyi azalmaktadır. Öztürk ve arkadaşları (2021) Tüp bebek-embriyo transferi uygulanan infertil Türk kadınlarda damgalanma, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; damgalanma ve depresyon arasında anlamlı pozitif bir ilişki, sosyal destek ile depresyon arasında anlamlı negatif bir ilişki bulmuştur. Çalışma, damgalanma arttıkça depresyonun arttığını, damgalanma ve depresyon düzeyinin azalmasıyla algılanan sosyal desteğin arttığını bulmuştur. Öztürk ve arkadaşlarının (2020) ABD' deki infertil kadınlarda stres, damgalanma, şiddet ve sosyal destek deneyimlerini incelediği çalışmada;

infertil kadınların stres düzeyi arttıkça şiddet görme ve damgalanma düzeylerinde artma, algılanan sosyal destek düzeyleri ile anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ile damgalanma düzeyi arasındaki ilişkiye daha kapsamlı yorumlar yapılabilmesi için bu ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Kadınların ailelerinden, arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal destek yüksektir. Kadınların infertiliteden damgalanma düzeyi orta düzeydedir.
- Kadınların eğitim düzeylerinin ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve eğitim düzeyi yükseldikçe ailelerinden, arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksektir. Kadınların çalışma durumlarının ÇBASDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve çalışan kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyleri çalışmayanlardan daha yüksektir. Kadınların yaşadıkları yerin ÇBASDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve şehirde yaşayan kadınların sosyal destek düzeyleri yüksektir. Çekirdek aile yapısındaki kadınların ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutu puan ortalamaları geniş ailede yaşayan kadınlardan daha yüksek bulundu. Çekirdek ailede yaşayan kadınlar daha çok arkadaş desteği almaktadırlar. Kadınların gelir durumlarının ÇBASDÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve gelir gidere eşit veya gelir giderden fazla olan kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptandı. Kadınların infertilite sebebini bilme durumunun ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve infertilite sebebini bilmeyen kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu saptandı.
- Kadınların evlilik süreleri ve tedavi sayıları ÇBASDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi. Kadınların yaşlarının ÇBASDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi. Kadınların tedavi süresi ve tedavi türünün ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi.

- Kadınların yaşlarının İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi. 18-24 yaş grubunda olan kadınların puan ortalamasının diğer yaş gruplarından anlamlı bir biçimde daha düşük olduğu ve daha az damgalandığı saptandı. Kadınların eğitim düzeylerinin İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği ve ilkokul mezunu kadınların İDÖ özdeğer kaybı alt boyutu puan ortalaması diğer eğitim gruplarına göre yüksek ortalamaya sahip olup daha çok damgalandığı belirlendi. Kadınların yaşadıkları yerin İDÖ'nün sosyal geri çekilme alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptandı. Köy ve ilçede yaşayan kadınların şehirde yaşayanlara göre damgalanma düzeyleri daha yüksektir. Kadınların tedavi sayılarının İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptandı. Üç ve üzeri tedavi gören kadınların bir ve iki kez tedavi alanlara göre damgalanma düzeyleri daha yüksektir. Kadınların infertilite sebebini bilme durumunun İDÖ'nün özdeğer kaybı hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği ve infertilite nedenini bilen kadınların daha çok damgalandığı saptandı. Kadınların tedavi sürelerinin İDÖ'nün özdeğer kaybı ve ailesel damgalanma alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği belirlendi. Bir yıldan daha fazla tedavi süresi olan kadınların, bir yıl ve bir yıldan daha az tedavi süresi olanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kadınların tedavi türünün İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu ve ölçeğin toplam puan ortalaması hariç diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği bulundu. Hormon tedavisi alan kadınların IUI ve IVF yapılanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.
- Kadınların yaşadıkları aile tipi ve gelir durumları İDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi. Kadınların evlilik süresinin İDÖ'nün sosyal geri çekilme hariç diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını

etkilemediği belirlendi. Kadınların çalışma durumlarının İDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitime, uygulamaya ve araştırmacılara yönelik aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Eğitime Yönelik Öneriler

1. İnfertil kadınların yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla hemşirelere anlatılarak öneminin kavratılması,
2. Çalışmaya katılan kadınlarda toplumsal damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu nedenle infertilitede damgalanma konusunda toplum eğitimlerle bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması,
3. İnfertilite tedavi sürecinde olan hastalara verilen bakımın kalitesini arttırmak için infertilite hemşireliği sertifika programları düzenlenmesi,
4. Araştırmada elde edilen bulgular lisans ve lisansüstü eğitimde hemşirelik öğrencilerine öğretilmesi önerilmektedir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Hemşireler, infertilite tedavi merkezine gelen kadınların sosyal destek sistemlerini gözden geçirmeli, var olan sosyal destek sistemlerini olumlu yönde kullanmasına yardımcı olması,
2. İnfertil kadınlara duygusal ve psikolojik destek sağlamaya yönelik hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi,
3. Araştırma sonuçlarının infertilite alanında çalışan sağlık bakım profesyonelleriyle paylaşılması önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde ve daha büyük sayıda araştırma grubuna erkeklerde dahil edilerek çalışmanın yapılması,
2. Araştırmacıların benzer konularda nitel çalışmalar yapması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aksu S., Şayan Ö. Batı Marmara Bölgesindeki bir üniversite hastanesinde infertilite tedavisi gören kadınların damgalanma, stres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023(19): 178-193.

Aldemir S, Eser A, Ozturk Turhan N, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2015;28(4): 328-336.

Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S. A survey on depression among infertile women in Ghana. BMC Women's Health. 2014;14: 1-6

Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Rose L, Sharps P. The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2012(6);41: 71-81.

Amanak K, Kavlak O. Etik boyutu tartışılan yardımcı üreme teknikleri ve yasal düzenlemeler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013;29(1): 68-75.

Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. BMC Research Notes. 2017;10(1): 1-5.

Apay Se, Beji Nk, Kılıç M. İnfertilite ve kültür. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2011;19(2): 109-115.

Arbağ E, Tokat Ma. In vitro fertilizasyon tedavisi sırasında kadınların fiziksel aktivite durumları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018;11(4): 306-314.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(2): 68-75.

Avila BE. Importance of motherhood and/or social stigma of infertility: What's driving infertility-related outcomes?: Michigan State University; 2016.

Avşar B. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Algıladıkları Sosyal Destekleri İle Yaşadıkları Ruhsal Semptomlar Arasındaki İlişki: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezleri, 2018, Mersin (Danışman: Dr.Öğr. Ü. TG.Emül).

Baysal GÖ. Damgalanma ve ruh sağlığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2013, 22(2): 239-251.

Bile C, Jukić T, Polona Mivšek A. Infertility and sexual dysfunctions: A systematic literature review. Acta Clinica Croatica. 2019;58(3): 508-515.

Bodur NE, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Medical Journal. 2013;38(1): 51-62.

Borowczak M, Rotoli S. Possible gender differences in the level of perceived social support in couples who are experiencing issues with infertility. Cureus. 2022 Sep 19;14(9): e29343.

Bos AE, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in theory and research. Basic and applied social psychology. 2013;35(1): 1-9.

Boyras HG, Nefes HN, Aydın E, Erbil N. Yardımcı üreme tekniklerinde yasal durum ve etik sorunlar. Androloji Bülteni. 2023;25(2): 96-102.

Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, Group G-ES. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophrenia Research. 2010;122(1-3): 232-238.

Çağlar M, Oskay ÜY. İnfertilite ve cinsel yaşam üzerine etkileri. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN). 2020;6(1):157-162.

Candan Ö. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerine Etkisi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman Prof. Dr. H. Arslan)

Çapık A, Aksoy M, Yılmaz E, Yılmaz F. Infertility Stigma Scale: A psychometric study in a Turkish sample. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019;55(2): 328-335.

Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility: A review. *JAMA Journal*. 2021;326(1): 65-76.

Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and Sterility*, 2011; 95(2): 711-716.

Çelik AS, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 21(2):104-114.

Cetişli NE, Ören EDT, Ferda K. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019(3): 422-426.

Chamorro PP, Herruzo J, Pino MJ, Casas-Rosal JC. Coping, social support and medical factors on psychosocial impact in couples experiencing infertility. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2023: 1-19.

Chaves C, Canavarro MC, Moura-Ramos M. The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family Process*. 2019;58(2): 509-523.

Cohen S, Hoberman HM. Positive events and social supports as buffers of life change stress 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 1983;13(2): 99-125.

Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*. 2014;15(2): 37-70.

Cox C, Thoma M, Tchangalova N, Mburu G, Bornstein M, Johnson C. Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*. 2022;2022(4): 51.

Crawshaw M, Blyth E, van den Akker O. The changing profile of surrogacy in the UK– Implications for national and international policy and practice. *Journal of Social Welfare and Family Law*. 2012;34(3): 267-77.

Daibes MA, Safadi RR, Athamneh T, Anees IF, Constantino RE. ‘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*. 2018;20(5): 516-530.

Datta J, Palmer M, Tanton C, Gibson L, Jones K, Macdowall W. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*. 2016;31(9): 2108-2118.

Demirci A, Kabukcuoğlu K. İnfertil kadınların “kadın olma” ya ilişkin tanımları ve görüşleri: Bir nitel araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(2): 97-104.

Demirci N, Beji NK. İnfertilite Hemşireliği El Kitabı: 1. Basım Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul; 2017.

Demirel Y, Yücel M. Sosyal destek ve psikolojik güçlendirmenin duygusal tükenmişlik üzerine etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2017: 310-321.

Dierickx S, Rahbari L, Longman C, Jaiteh F, Coene G. ‘I am always crying on the inside’: a qualitative study on the implications of infertility on women’s lives in urban Gambia. *Reproductive Health*. 2018;15: 1-11.

Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Khosravi A. Epidemiology of Female Infertility; A Review of Literature. *Biosci Biotechnol Res Asia*. 2013;10(2): 559-567.

Domar A. The mind/body program for infertility. *Fertility Today Magazine*. 2008;3(1): 20-22.

Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(8): 1683-1694

Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34): 45-55.

Emül T, Avşar B. İnfertilite tedavisinde sosyal destek ve hemşirenin rolü. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*. 2021;7(2): 94-98

Ennab F, Atiomo W. Obesity and female infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2023;89: 102336.

Erdem K, Apay SE. A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2014;8(3): 303-314.

Eren N. İnfertil çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite ile İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Ankara Gazi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Prof. Dr. B.Çoşar).

Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;15(1): 46-49.

Fallahzadeh H, Abadi HZM, Momayyezi M, Moghadam HM, Keyghobadi N. The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*. 2019;17(3): 153-162.

Fang M, Li G, Kang X, Hou F, Lv G, Xu X. The role of gender and self-esteem as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among infertile couples. *Psychology, Health & Medicine*. 2021;26(10): 1181-1194.

FD, Bukhari M, Altuwirqi M, Habous M, Madbouly K, Abotalib Z. Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. *Human Fertility*. 2017;20(1): 55-63.

Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004;50(4): 294-300.

Fledderjohann J. 'Zero is not good for me': implications of infertility in Ghana. *Human Reproduction*. 2012; 27(5): 1383-1390.

Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(1): e006592.

Fu B, Qin N, Cheng L, Tang G, Cao Y, Yan C. Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015;79(1): 69-75.

George D, Mallery P. IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference: Routledge; 2019.

Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and schuster; 2009.

Greil A, McQuillan J, Slauson-Blevins K. The social construction of infertility. *Sociology Compass*. 2011;5(8):736-746.

Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*. 2010;32(1): 140-162.

Gülpinar N, Başkaya S, Yeşilbudak Z, Boz İ. İnfertilite tedavisi sırasında kadınların algıladıkları bakım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2019;16: 21-26.

Güngör İ, Beji NK. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015;23(2):152-159.

Hanna E, Gough B. The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. Sociology of Health & Illness, 2020: 42, 465–480.

Hasanpoor-Azghady SB, Simbar M, Vedadhir AA, Azin SA, Amiri-Farahani L. The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. Journal of Reprod Infertil. 2019;20(3):178-190.

Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. International Journal of Fertility & Sterility. 2015;8(4): 409-420.

Hess RF, Ross R, Gililand JR JL. Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: a mixed-methods study. African Journal of Reproductive Health. 2018;22(1):60-72.

İlerisoy M. İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;14(28): 143-164.

Jafarzadeh F, Golzari M, Jomehri F, Poursamar SL, Sahraian K. The comparison of coping strategies with stress and marital satisfaction in women on the basis of infertility factor. Women's Health Bulletin. 2015;2(2): 1-4.

Jing X, Gu W, Xu X, Yan C, Jiao P, Zhang L, et al. Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2022;43(1):35-41.

Kadıoğlu M, Hotun Şahin N. Stigmatizasyon (damgalama) ve kadın. Sağlık ve Toplum. 2015;25(3): 3-9.

Kaplan E. İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*. 2018;20(2): 61-64.

Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2012;3(2): 80-85.

Karaca A, Unsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research* . 2015; 9(3): 243-250.

Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Özmenler KN. Is there a gender difference in infertile couples without an axis I psychiatric disorder in the context of emotional symptoms, social support, and sexual function? *Turkish Journal of Psychiatry*. 2007;18(4): 311-322.

Katole A, Saoji AV. Prevalence of primary infertility and its associated risk factors in urban population of central India: A community-based cross-sectional study. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2019;44(4): 337-341.

Kaya Z, Oskay U. Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive Infant Psychol*. 2020;38(5):485-496.

Kazemijaliseh H, Tehrani FR, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. The prevalence and causes of primary infertility in Iran: A population-based study. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(6): 226-232.

Khalid A, Dawood S. Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2020;302: 423-430.

Kırca N, Öngen M. İnfertilite tedavilerinde etik sorunlar. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2020;7(1): 12-20.

Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(2): 162-178.

Kızılkaya Bejii N. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Genişletilmiş 2. Baskı Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2016.

Koçak DY, Büyükkayacı-Duman N. Psychological effects of infertility and nursing approach. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics Journal Identity. 2016;2(3): 7-13.

Koçyiğit Ot. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbilim Dergisi. 2012;1(1): 27-37.

Küçükkaya M, Kılıç M. The effect of stigma on level of infertility-related psychological distress in women with infertility. African Journal of Reproductive Health. 2022;26(2): 13-25.

Küçükkaya M. İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyine Damgalanmanın Etkisi: Ataürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019, Erzurum. (Danışman:Dr. Öğr. Ü. M. Kılıç).

Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Ü. NS. Gençalp).

Lam TQ, Linh TT, Thuy LB. The impact of social support on infertility-related stress: A study in the vietnamese context. Open Journal of Social Sciences. 2021;9(12):259-73

Latif S, Martins Da Silva S, Davies M, Mavrelos D, Foo X, Sangster P. Fertility preservation provision in the NHS: A national assessment of care policies. Human Fertility. 2023;26(3): 433-438.

Li H, Lei J, Xu F, Yan C, Guimerans M, Xing H. A study of sociocultural factors on depression in Chinese infertile women from Hunan province. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2017;38(1): 12-20.

Lordăchescu DA, Paica CI, Boca AE, Gică C, Panaitescu AM, Peltecu G. Anxiety, difficulties, and coping of infertile women. In: Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). 2021;9(4): 466.

Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*. 2011;26(8): 2113-2121.

Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F. Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009;27(3): 238-257.

Muttukrishna S, McGarrigle H, Wakim R, Khadum I, Ranieri D, Serhal P. Antral follicle count, Anti-Mullerian Hormone and Inhibin B: Predictors of ovarian response in assisted reproductive technology? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2005;112(10):1384-1390.

Naab F, Lawali Y, Donkor ES. “My mother in-law forced my husband to divorce me”: Experiences of women with infertility in Zamfara state of Nigeria. *Plos One*. 2019;14(12): e0225149.

Nahar P, Van Der Geest S. How women in Bangladesh confront the stigma of childlessness: Agency, resilience, and resistance. *Medical Anthropology Quarterly*. 2014;28(3):381-398.

Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni MH. Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;15(1): 1-7.

Nygren KG, Sullivan E, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Adamson GD. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) world report: assisted reproductive technology 2003. *Fertility and Sterility*. 2011;95(7): 2209-2222.

Olooto WE, Adeleye AO, Amballi AA, Mosuro AO. Pattern of reproductive hormones (follicle stimulating hormone, luteinizing hormone, estradiol, progesterone, and prolactin) levels in infertile women in Sagamu South Western Nigeria. *Der Pharmacia Lettre*. 2012;4(2):549-553.

Özcan F, Sert G, Gönenç F. Türkiye’de üremeye yardımcı teknikler ile ilgili hukukî düzenlemelerin tıp hukuku açısından incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History*. 2017;3:145-149.

Özcan H, Yüçetürk S. İnfertilite ve uyku. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020;7(4):290-295.

Özçelik C, Varlı B, Gökçe A, Takmaz T, Çetin Ç, Özcan P. Evaluation of chronotype and sleep quality in infertile population and comparison with fertile population: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2023;44(1): 2148523.

Özdemir E, Kaplan S. İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2021;4(1): 79-89.

Özgür K, Güven G. Üreme turizmi ile yaygınlaşan taşıyıcı annelik üzerine etik bir değerlendirme. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2021;8(2): 126-133.

Özlem A, Şahin E. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 2020;3(1): 55-75.

Özmen S, Erdem R. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2018;23(1): 185-208.

Özpulat F. Yardımcı üreme teknikleri, etik ve sağlık personelinin sorumlulukları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2017;2(2): 112-131.

Öztürk A, Aba YA, Sik BA. The relationship between stigma, perceived social support and depression in infertile Turkish women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021;35(5): 434-440.

Öztürk R, Bloom TL, Li Y, Bullock LF. Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2021;39(2): 205-217.

Öztürk R, Sevil Ü. Uterus transplantasyonu ve etik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(4): 535-546.

Özturk S, Sut HK, Kucuk L. Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2019;35(5): 1355-1360.

Palha A, Lourenco MF. Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection, 2011;31: 164-183.

Pedro J, Canavarro MC, Boivin J, Gameiro S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. Human Reproduction. 2013;28(9): 2462-2472.

Qadir F, Khalid A, Medhin G. Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. Women & Health. 2015;55(4): 432-446.

Ravel J, Moreno I, Simon C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. American Journal of Obstetrics Gynecology. 2021;224(3): 251-257.

Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, et al. What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2014;19(10): 944-949.

Sen S, Sevil U. Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. International Refereed Journal of Gynaecol Dis Maternal Child Health. 2016;6: 63-82.

Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü/Psychiatric aspects of infertility. Psikiyatriye Guncel Yaklasimler. 2014;6(2): 165-185.

Shafierizi S, Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Khafri S, Ghofrani F. Does infertility develop posttraumatic growth or anxiety/depressive symptoms? Roles of personality traits, resilience, and social support. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(4): 2017-2028.

Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*. 2018;18(1): 1-4.

Silva SG, Bertoldi AD, Silveira MF, Domingues MR, Evenson KR, Santos IS. Assisted reproductive technology: prevalence and associated factors in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2019;53:13.

Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*. 2007;22(8): 2309-2317.

Slauson-Blevins K. Infertility help seeking and social support: Do conventional theories explain internet behaviors and outcomes?: The University of Nebraska-Lincoln; 2011.

Sophia NS, Punitha P. A study on childless couples seeking treatment for infertility. *International Journal of Advanced Research*. 2017;3(4): 161-162.

Speroff L, Fritz MA, Erk A, Günalp S, Bozdağ G. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007.

Steuber JR, High A. Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Human Reproduction*. 2015;30(7): 1635-1642.

Taebi M, Kariman N, Montazeri A, Majd HA. Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2021;15(3): 189-196.

Tang Q, Zhou X, Wang N, Qian X. Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: A cross-sectional study in Changsha, China. 2023.

Taşkın, E. İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, 2007;1: 31-40.

Taylor SE. Social support: A review. The Oxford Handbook of Health Psychology. 2011;1:189-214.

Tokat MA, Fata S. Fertilité hemşireliğinde güncel uygulamalar: Dünya'dan örnekler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2019;50(1): 72-75.

Tural G, Çelik AS. Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019;6(1): 91-104.

Weinger S. Infertile'Cameroonian women: social marginalization and coping strategies. Qualitative Social Work. 2009;8(1): 45-64.

Wendolowska A, Kiełek-Rataj E, Kalus A, Czyżowska D. Perceived partner's self-control and social support effects on relationship satisfaction in couples experiencing infertility or miscarriage: Dyadic analyses. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(4): 1970.

Westlander G. Utility of micro-TESE in the most severe cases of non-obstructive azoospermia. Upsala Journal of Medical Sciences. 2020;125(2): 99-103.

World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. World Health Organization. Erişim Tarihi (24 Eylül 2023), 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>.

Xu H, Ouyang N, Li R, Tuo P, Mai M, Wang W. The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. Psychol Health Medicine. 2017;22(1): 37-43.

Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Social Science & Medicine, 2007, 64.7: 1524-1535.

Yeshua-Katz D. Childless in an IVF-nation: Online stigma-coping strategies in support groups for childless Israeli women. *Information, Communication & Society*. 2018;21(10): 1436-1452.

Yetkinel S. Açıklanamayan Infertilite Hastalarının In Vitro Fertilizasyon Başarısını Arttırmada Fertile Kullanımının Yararı Var Mı?, Başkent Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2016, Adana (Danışman: Prof. Dr. EB Kılıçdağ).

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011;8(1): 31-46.

Yıldırım Köpük Ş, Utkan Korun Z, Cakıroğlu A. "İnfertilite," In Berek & Novak's *Gynecology Essentials* , İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2021, p.622-656.

Yılmaz B, Şahin N. infertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;7(1): 84-85.

Yılmaz E, Kavak F. The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019;55(3): 378-382.

Yokota R, Okuhara T, Okada H, Goto E, Sakakibara K, Kiuchi T. Association between stigma and anxiety, depression, and psychological distress among Japanese women undergoing infertility treatment. *Healthcare*; 2022: MDPI: 1300.

Yücesoy H, Yıldırım F, Şahin E. İnfertilitenin kültürel, ekonomik, psikososyal ve cinsel yönüne güncel bir bakış: Temel hemşirelik yaklaşımları. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*. 2021;23(4): 256-263.

Zhang F, Wang Y, Cheng X, Yan Y, Zhang Y, et al. The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: a questionnaire-based study. *BMC women's health*. 2021;21(1): 1-7.

Zhao Q, Huangfu C, Li J, Liu H, Tang N. Psychological resilience as the mediating factor between stigma and social avoidance and distress of infertility patients in China: A

structural equation modeling analysis. Psychology Research and Behavior Management. 2022: 391-403.

Zorlu S, Erbaş N. İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;37(2): 95-105.



EKLER

EK -1: Araştırmaya Katılım Onam Formu

Bu araştırma, “İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek İle Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmama hakkınız ya da daha sonra çekilme hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde sizden tüm formu doldurmanız istenecektir. Bu araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve hiçbir yayın/raporda sizin adınız geçmeyecektir. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica eder çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

“Yukarıda bahsedilen hususlar konusunda araştırmacı tarafından sözlü ve yazılı olarak yeterli bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının

Araştırmacının

Adı Soyadı

Adı Soyadı

Begüm Taş Hünür

İmza:

İmza

Telefon:

Email:

Araştırmacının;

Adı Soyadı ve İmzası: Begüm TAŞ HÜNÜR

Enstitü: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Tel

Mail:

EK-2 Kişisel Bilgi Formu

1)Yaşınız:

a)18-24 b)25-29c)30-34d)35 ve üstü

2)Eğitim durumunuz:

a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Yükseköğretim

3)Çalışma durumunuz :

a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

4)Yaşadığınız yer:

a)Köy b)İlçe c)İl

5)Aile tipiniz:

a)Çekirdek aile b)Geniş aile

6)Gelir durumunuz:

a)Gelir giderden az b)Gelir gider eşit c)Gelir giderden fazla

7)Evlilik süresi ?

a)1-3 b)3-5 c)5 ve üzeri

8)Tedavi sayısı ?

a)1 b)2 c)3 ve üstü

9)İnfertilite nedenini bilme durumu:

a)Evet b) Hayır

10)Tedavi alma süresi ?

a)1 yıldan az b)1 yıl c)1 yıldan fazla

11) Şu anda aldığınız tedavi türü:

a)IUI

b)IVF

c)Hormon

EK-3 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği

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

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

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

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Özdeğer Kaybı					
1.Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum.					
2.Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3.Kendimi aileme yükümü gibi hissediyorum.					
4.Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum.					
5.Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum.					
6.Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum.					
7.Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
Sosyal Geri Çekilme					
8.Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.					

9.Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.					
10.Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum.					
11.Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum.					
12.Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum.					
Toplumsal Damgalanma					
13.Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.					
14.Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.					
15.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.					
16. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.					
17.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.					
18.Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum.					
19.Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum.					
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsemediğini hissediyorum.					
21. Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					
Ailesel Damgalanma					

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

EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-5 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği İzni

----- Forwardedmessage -----

Gönderen:

Date: 12 Ağu 2021 Per 21:28

Subject: Ynt: infertil kadınlarda stigma ölçeği için izin maili

To: Begüm Taş

Merhaba Begüm,

Ölçeği ve kullanım yönergesini gönderiyorum. Tezinde başarılar diliyorum.

Sevgilerle...

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Gönderen: Begüm Taş

Gönderildi: 12 Ağustos 2021 Perşembe 14:35

Kime:

Konu: infertil kadınlarda stigma ölçeği için izin maili

İyi günler hocam,

Ben Begüm Taş, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde hemşire olarak çalışmakla birlikte Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliğinde yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim. Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kırca ile birlikte tez konum için ölçeğinizi kullanabilir miyiz? Ölçeğin Türkçe formunu ve nasıl değerlendirebileceğimizi de paylaşırsanız çok sevinirim.

İyi günler dilerim.

EK-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni

From: haluk arkar

Sent: Wednesday, December 8, 2021 11:08:29 AM

To: Begüm Taş

Subject: Re: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği için izin maili

Sayın Begüm Taş,

Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Begüm Taş"

Kime: "haluk arkar"

Gönderilenler: 6 Aralık Pazartesi 2021 9:37:31

Konu: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği için izin maili

Merhaba hocam,

Ben Begüm Taş, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde hemşire olarak çalışmakla birlikte Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliğinde yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim. Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi .Nurcan Kırca ile birlikte tez konum için ölçeğinizi kullanabilir miyiz ?Nasıl değerlendirebileceğimizi de paylaşırsanız çok sevinirim.

İyi günler dilerim.

EK-7 Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

10.01.2023

Sayı : 70904504/ 784

Sayın
Dr.Öğr.Üyesi Nurcan KIRCA
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin
Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel :
Faks :
e-posta :

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2022

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Nurcan KIRCA	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 765	Tarih: 28.12.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-8 Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.01.2023-562762



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane Başmüdürlüğü)

Sayı : E-34787957-010.99-562762
Konu : Çalışma İzni

26.01.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13.01.2023 tarihli ve bula sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazınız ile "İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile Damgalanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez projesi için hastanemiz Tüp Bebek Merkezine tedavi amaçla gelen hastalarla görüşülerek veri toplamak istediğiniz belirtilmiştir. Etik kurul onayı bulunan çalışmamız Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yıldırım ÇETE
Başhekim

Dağıtım:
Gereği:
Sayın Doç. Dr. Nurcan KIRCA

Bilgi:
Üreme Endokrinoloji ve Üremeye Yardımcı Tedavi
Merkezine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: B59FVUR52	Pin Kodu: 53592	Belge Takip Adresi: https://turkiye.gov.tr/ebd/taK=5543taD=B59FVUR52taE=562762
Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane Başmüdürlüğü)		
Telefon No:	Faks No:	Bilgi için: Feride KANTURK
e-Posta adresi:	Elektronik Adres: www.akdeniz.edu.tr	Ünvan: Hastane Yarı İdari Sorumlusu
Kep Adresi:		Telefon No:



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Begüm	Uyruğu	T.C.
Soyadı	TAŞ HÜNÜR	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Gazipaşa Anadolu Lisesi	2015
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2019
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	2024
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	4 yıl

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yükseköğretim Kurumları Yabancı Dil Sınavı (YÖK-DİL)	50,00

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: