



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİL KADINLARIN YAŞADIKLARI AİLE İÇİ ŞİDDET VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

Arife ÇALIŞKAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

DÜZCE, 2020

BEYAN

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

30.09.2020

Arife ÇALIŞKAN

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimimde ve bu tez çalışmasının hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından ötürü değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN'a en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Anket çalışmam kapsamında yardımlarını esirgemeyen Düzce Üniversitesi Kadın Doğum Servisi hemşirelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arife ÇALIŞKAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
KISALTMALAR VE SİMGELER	İ
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnfertilite Tanımı ve Sıklığı.....	5
2.2. İnfertilite Nedenleri.....	5
2.2.1. Kadında infertiliteye neden olan faktörler	6
2.2.1.1. Ovulatuvar faktör	6
2.2.1.2. Tuba-peritoneal faktör.....	6
2.2.1.3. Uterin faktör.....	6
2.2.1.4. Servikal faktör.....	6
2.2.2. Erkekde infertiliteye neden olan faktörler.....	6
2.2.2.1. Sperm ile ilgili faktörler	7
2.2.2.2. Ürogenital sistemle ilgili faktörler	7
2.2.3. İnfertiliteye neden olan ortak faktörler	7
2.2.3.1. Yaş.....	7
2.2.3.2. Sigara kullanımı	8
2.2.3.3. Alkol, kafein ve uyuşturucu madde kullanımı	8
2.2.3.4. Obezite	8
2.2.4. Açıklanamayan infertilite	8
2.3. Kadın ve Erkek İnfertilitesinde Tedavi	9
2.3.1. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT).....	9
2.3.1.1. İntrauterin inseminasyon (IUI).....	10
2.3.1.2. InVitroFertilizasyon (IVF)	10
2.3.1.3. İntraSitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI).....	11

2.4. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri.....	11
2.5. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri	11
2.6. İnfertil Çifte Hemşirelik Yaklaşımı	12
2.7. Aile İçi Şiddet	12
2.7.1. Aile içi kadına yönelik şiddet.....	13
2.7.1.1. Fiziksel şiddet.....	13
2.7.1.2. Sözel şiddet	14
2.7.1.3. Duygusal/psikolojik şiddet.....	14
2.7.1.4. Ekonomik şiddet.....	15
2.7.1.5. Cinsel şiddet.....	15
2.7.2. Şiddete maruz kalan infertil kadınlarda hemşirelik yaklaşımı	16
2.8. İnfertilite ve Baş Etme	17
2.8.1. İnfertil çiftlerde stresle başa çıkma konusunda hemşirelik yaklaşımları	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	20
3.5.1. Kişisel bilgi formu.....	21
3.5.2. Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği (AKŞÖ).....	21
3.5.3. İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği	22
3.6. Uygulama Aşamaları	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Kadın ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
4.2. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile İlgili Sonuçlar	27
4.3. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	29
4.4. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	30

4.5. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	36
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	44
6. ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	56
ÖZGEÇMİŞ	69



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. 2008-2014 yılları Türkiye bölgelere göre şiddet yüzdeleri [53].....	14
Şekil 2.2. Eşi veya birlikte olduğu erkeklerin cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların bölgelere göre yüzdeleri [53].	16
Şekil 3.1. Araştırma uygulama şeması.....	23



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği ve Alt Boyutları.	21
Tablo 3.2. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Faktörlerin İç Tutarlık Katsayıları ve Madde Sayıları.	22
Tablo 4.1. İnfertil Kadın ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=175).	25
Tablo 4.2. Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikleri (n=175).	27
Tablo 4.3. Kadınların Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.	27
Tablo 4.4. Kadınların İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.	28
Tablo 4.5. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.	29
Tablo 4.6. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.	30
Tablo 4.7. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi ve Eşlerin Çalışma Durumları Arasındaki İlişki.	33
Tablo 4.8. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikleri Arasındaki İlişki.	34
Tablo 4.9. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Tedavi Olma Durumu ve Daha Önce Tedavi Uygulama Durumu Arasındaki İlişki.	35
Tablo 4.10. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.	36
Tablo 4.11. İKBÖ Puanları ile Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.	40
Tablo 4.12. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikler Arasındaki İlişki.	41
Tablo 4.13. İKBÖ Puanları ile İnfertil Kadınların Tedavi Olma Durumu ile Daha Önce Tedavi Uygulama Durumu.	42

KISALTMALAR VE SİMGELER

AKŞÖ	Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği
DNA	Deoksiribonükleik Asit
GIFT	Gamet Intra-Fallopian Transfer
ICSI	İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF-ET	İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
İKBÖ	İnfertil Kadınları İçin Başetme Ölçeği
Kg	Kilogram
m ²	Metre Kare
Örn.	Örnek
POST	Peritoneal Oosit Sperm Transferi
TET	Tubal Embriyo Transferi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT	Zigot Intra-Fallopian Transfer
%	Yüzde
<	Küçüktür

ÖZET

İNFERTİL KADINLARIN YAŞADIKLARI AİLE İÇİ ŞİDDET VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

Arife ÇALIŞKAN

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

Ağustos 2020, 69 sayfa

Araştırma infertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Ocak-Aralık 2018 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İnfertilite polikliniğine başvuran 173 kadın araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel bilgi formu, Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistiksel analizler, verilerin dağılımına göre parametrik veya non-parametrik testler kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada; kadınların yaş ortalamasının 31.89 ± 6.74 , eşlerinin yaş ortalamasının ise 35.50 ± 7.38 olduğu, evlilik sürelerinin 1 ile 30 yıl (ortalama 6.82 ± 5.67) arasında değiştiği, kadınların çoğunun (%40.6) 25-30 yaş arasında, (%30.9) üniversite ve üzeri mezunu olduğu ve çalıştığı (%55.4), %85.1'inin en az üç kişiden oluşan çekirdek aile içinde, il merkezinde (%52) yaşadıkları, %67.4'ünün eşi ile severek ve isteyerek evlendikleri, çoğunun (%77.1) ilk beş yıl içinde infertilite sorunu yaşadığı, %36.6'sının çocuk sahibi olamama sebebinin bilinmediği, %32.0'ının ise çocuk sahibi olamama nedeninin kadın faktörlü olduğu, %76.0'sının şuan tedavi gördüğü fakat %65.10'una daha önce tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir. Kadınların en çok duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları, baş etme yöntemi olarak en çok en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma ve sosyal destek arama, kabul ve spiritüel baş etmeyi kullandıkları saptanmıştır. İnfertil çiftlere bakım verirken aile içi şiddetin göz önünde bulundurulması ve aile içi şiddetin belirlendiği çiftelerin danışmanlık için gerekli yerlere yönlendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Baş etme, İnfertilite, Kadın, Stres, Şiddet.

ABSTRACT

DOMESTIC VIOLENCE IN INFERTIL WOMEN AND COPING STRATEGIES

Arife ÇALIŞKAN

Master's Thesis, Department of Nursing
Thesis Advisor Dr. Lecturer Member Filiz SÜZER ÖZKAN
August 2020, 69 pages

The research was conducted descriptively to determine the domestic violence experienced by infertile women and their coping methods. 173 women who applied to Düzce University Health Application and Research Center Infertility Outpatient Clinic between January and December 2018 constituted the sample of the study. The data of the study were collected using the Personal Information Form, the Domestic Violence Scale, and the Coping Scale for Infertile Women. The obtained data were evaluated using descriptive statistical analysis in computer environment, parametric or non-parametric tests according to the distribution of the data. In the research; the average age of women is 31.89 ± 6.74 , the average age of their spouse is 35.50 ± 7.38 , the duration of marriage varies between 1 and 30 years (mean 6.82 ± 5.67), most of the women (40.6%) between the ages, (30.9%) having a university or higher degree and working (55.4%), 85.1% of them live in a nuclear family consisting of at least three persons, in the city center (52%), 67.4% ' fame was fondly and willingly married to his wife, most of them (77.1%) had infertility problems in the first five years, 36.6% of them did not know the reason for not being able to have children, and 32.0% of them had female factors, It was determined that 76.0% of them are currently receiving treatment, but 65.10% have not been treated before. Women are most exposed to emotional, verbal, economic and sexual violence. They have been found to use hope, spousal relationships, self-investment, seeking social support, acceptance, and spiritual coping. It has been suggested that domestic violence should be taken into consideration while providing care to infertile couples and that couples who are identified with domestic violence should be directed to the necessary places for counseling.

Key words: Coping, Infertility, Stress, Women, Violence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite çiftlerin düzenli, korunmasız cinsel ilişkiye girmesine rağmen bir yıl içerisinde gebe kalamama durumu olarak tanımlanmaktadır^{1,2}. Üreme ve nesli devam ettirme tüm canlıların en önemli ve temel içgüdülerinden biridir^{3,4}. Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olarak görülmekte ve çoğunlukla bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır. Annelik toplumlarda kadın için primer görev olarak görülmekte bu nedenle infertilite durumunda en büyük baskıyı kadın yaşamaktadır. İnfertil kadınlar toplumsal eşitsizlik ve adaletsizliklerden daha fazla etkilenmekte hatta şiddete maruz kalmaktadır^{5,6,7}.

Şiddet, coğrafi sınırlar, ekonomik kalkınma ve eğitim seviyesinden bağımsız olarak dünya genelinde tüm kültürler arasında yaygın olarak görülen önemli bir toplum sağlığı sorunudur⁸. Aile olarak tariflenen yapı içerisinde bir bireyin bir bireye ya da diğer bireylere yapmış olduğu fiziksel, ekonomik, duygusal ve cinsel davranışların neden olduğu zararlara aile içi şiddet denir⁹.

İnfertilite ile aile içi şiddet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda; Bibi ve ark. (2014) şiddete maruz kalan kadınların %20'sinin, Ameh ve ark. (2007) %41.6'sının infertilite nedeniyle şiddete maruz kaldığını; Kaur (2014) kadınların %7'sinin infertiliteyi şiddete katkıda bulunan bir faktör olarak gördüklerini belirtmiştir^{10,11,12}. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Öztürk ve ark (2017) kadınların %32.5'inin yaşamları boyunca şiddete maruz kaldıklarını, kadınların %6.6'sının infertilite tanısı konulduktan sonra şiddete maruz kaldıklarını ve infertilite tanısının şiddeti (%5.0) arttırdığını bildirmiştir¹³. Yıldızhan ve ark. (2009) kadınların %33.6'sının infertilite nedeniyle aile içi şiddet yaşadığını, bu kadınların %78'inin kadın faktör infertilite tanısını takiben ilk kez aile içi şiddet yaşadığını saptamıştır¹⁴. Akyüz ve ark. (2013) infertilite tanısı alan kadınların daha fazla duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldığını saptamıştır⁸.

İnfertilite stres yaratan, başa çıkılması zor bir krizdir ve infertilite sebebi ile aile içinde yaşanan şiddet, stres düzeyini artırabilir. Akyüz ve ark (2014) şiddetin infertilite stres düzeyini artırdığını, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan infertil kadınların, stres düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir¹⁵. Bu dönemde bireyler sorunlarının çözümü için duygusal ya da davranışsal bir çaba içine girmektedir. Bu duygusal ve

davranışsal tepkimelere baş etme denir¹⁶. İnfertil çiftlerde kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı ve erkeklere göre daha çok başetme yöntemi kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca kullandıkları başetme yöntemleri arasında farklılıklar vardır. Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabileceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma gibi yöntemleri kullanmayı seçmektedir¹⁷. Karaca ve Ünsal (2015) infertil kadınların yaşadıkları sorunlarla baş etmek için, eşleri ve infertil kadınlarla sorunlarını paylaşma, manevi başa çıkma yöntemlerine yönelme, toplumdan kaçınmayı kullandıklarını belirlemiştir¹⁸.

İnfertilite, çiftler için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık, durumsal bir krizdir^{3,4}. Tanı ile birlikte çiftler uzun ve zor bir sürecin içine girmektedir. Bu süreçte bireyler ile daha çok ve yakın etkileşime giren hemşireler; bakım verirken çiftlerin yaşadığı stresörleri, fiziksel ve ruhsal değişimleri değerlendirirken aile içi şiddeti göz önünde bulundurmalı ve uygun baş etme yöntemlerinin kullanılmasında, karar alma sürecinde etkin danışmanlık yaparak kişileri biyo-psikososyal açıdan desteklemelidir¹⁹.

Bu çalışma; infertilite tanısı alan kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite Tanımı ve Sıklığı

İnfertilite, “üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe” olarak tanımlanmaktadır².

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) infertiliteyi; “kadın veya erkekte gebe kalmayı önleyen veya doğuma kadar gebeliğin devamını engelleyen üreme sistemi hastalığının (vücut fonksiyonunun durdurulması; sistem, organ hastalığı) bir sonucu” olarak tanımlamaktadır²⁰. Son yıllarda kabul gören infertilite tanımı ise; “kadın yaşının 35’in altında olduğu çiftlerde bir yıl boyunca, kadın yaşının 35’in üzerinde olduğu çiftlerde ise altı ay boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememedir”²¹.

İnfertilite sorunu primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Primer infertilite, hiç gebe kalmamış kadınları tanımlarken;

Sekonder infertilite, geçmişte gebe kalabilmiş ancak, bir yıl ya da daha uzun süre korunmadan cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebe kalamama durumlarını gösterir^{2,22}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geliştirmekte olan ülkelerde dört çiftten birinin infertiliteden etkilendiğini belirtmektedir. Zira dünya genelinde 80 milyondan fazla kişinin infertiliteden etkilendiği belirtilmektedir²³. Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) verilerine göre ise, 15-49 yaş arasında hiç çocuk sahibi olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı 2013 yılında %11.2 iken, 2018 yılında %7.6 olarak saptanmıştır²⁴.

2.2. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite nedenlerinin %30-40’ı kadına ve %20-30 ise erkeğe ait problemler oluşturmaktadır. Nedenlerin %10-20’si ise çiftin her ikisinden veya bilinmeyen faktörlerden kaynaklanmaktadır²⁵.

2.2.1. Kadında infertiliteye neden olan faktörler

Overlere ilişkin faktörler, tuba-peritoneal faktörler, uterus faktörleri, servikal faktörler olmak üzere dört grupta açıklanmıştır.

2.2.1.1. Ovulatuvar faktör

Ovulasyon bozuklukları /anovulasyon kadında doğurganlığı en sık etkileyen nedendir ve tüm infertilite nedenlerinin %15-20'sini, kadın infertilite nedenlerinin de %40'ını oluşturmaktadır. Bu neden kadın infertilitesinde en kolay tanısı konularak tedavisi yapılabilen hastalıktır^{26,27}.

2.2.1.2. Tuba-peritoneal faktör

Kadın infertilitesinin %30-40'ını oluşturmaktadır²⁸. Ektopik gebelik, rüptüre olmuş apandisit, RİA, endometriyozis, cerrahi işlemler sırasında ortaya çıkan travma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve enfeksiyonlar, pelvisin inflamatuvar hastalığı tubal risk faktörlerini oluşturmaktadır. Tüplerin kısmen yada tamamen tıkalı olması fertilizasyonu engelleyerek infertiliteye sebep olur²⁶.

Travma (cerrahi işleme ya da pelvik yaralanmalara bağlı) ve kronik enfeksiyona bağlı peritoneal yüzeydeki anomali ya da endometriyozis nedeniyle ovumun tubalara taşınmasını engelleyen peritoneal durumlar infertiliteye neden olmaktadır²⁶.

2.2.1.3. Uterin faktör

İnfertiliteye neden olan nadir nedenlerden biri olduğu gibi, kadın infertilitesinin %2-5'ini oluşturmaktadır^{26,29}. Uterin faktörler içerisinde, anatomik nedenler, konjenital anormallikler, myomlar, endometriyal yaralanmalar yer almakta ve bu faktör embriyonun implantasyon ve gelişimini engellediği için infertiliteye neden olmaktadır²⁶.

2.2.1.4. Servikal faktör

Serviksin yapısal anomalileri, servik enfeksiyonları ve servikal mukus anormallikleri servikal faktörleri oluşturmaktadır²⁶. Kadın infertilitesinin %7-8'si servikal faktörlerden kaynaklanmaktadır³⁰.

2.2.2. Erkekte infertiliteye neden olan faktörler

Sperm ve ürogenital sistem ile ilgili bozukluklar erkeklerde infertiliteye neden olmaktadır. Spermle ilişkili faktörler arasında sperm üretim bozuklukları, sperm şekil ve

hareket bozukluğu yer alırken; ürogenital sisteme ilişkin faktörler arasında varikosel, kriptorşidizm, hipospadias, epispadias, hipogonadotropik hipogonodizm, hipogonadotropik hipogonodizm ve hiperprolaktinemi yer almaktadır.

2.2.2.1. Sperm ile ilgili faktörler

Sperm üretim bozuklukları, sperm şekil ve hareket bozukluğu spermle ilişkili faktörler arasında yer almaktadır. Erkek infertilitesinde en çok rastlanan durumudur. Erkek infertilitesinde sperm sayısı, motilite ve morfoloji parametreleri kullanılmaktadır. Düşük sperm konsantrasyonu ise infertiliteye neden olmaktadır. DSÖ kriterlerine göre sperm konsantrasyonu >15 milyon, toplam sperm sayısı 40 milyon, toplam sperm motilitesi %40, ileri motilite %30, canlı sperm %60, normal sperm morfoloji % 4 olarak kabul edilmektedir³¹.

2.2.2.2. Ürogenital sistemle ilgili faktörler

Erkek infertilitesinde sık rastlanılan ve tedavi edilebilen nedenlerden biri varikosel biri de kriptorşidizmdir. Sağlıklı erkeklerin %13'ünde varikosel görülebilirken, infertil erkeklerde bu oran %20–40 arasındadır³². Kriptorşidizm, spermilerin vücut ısısında yüksek ısıya maruz kalarak infertiliteye neden olabilmektedir. Doğumsal olarak üretral measının olması gereken yerde olamayıp penisin ön yüzünde olmasında hipospadias; penisin arka yüzünde olması epispadias olarak adlandırılmaktadır. Bu anormal pozisyondaki mea olması gereken yerden ne kadar uzakta olursa infertiliteye neden olmaktadır^{33,34,35}.

2.2.3. İnfertiliteye neden olan ortak faktörler

2.2.3.1. Yaş

İnfertilite ile ilgili hem kadın hem de erkek açısından en önemli faktörlerden biri yaş faktörüdür. Kadınlarda fertilite 20-25 yaşlarında en fazladır, 30 yaşından sonra azalmakta ve 40 yaşından sonra en aza inmektedir Yaşın ilerlemesi ile birlikte birçok endokrin değişiklikler nedeniyle overyen volüm, overyen foliküllerin sayısı ve oosit kalitesinde azalma olmaktadır. Erkeklerde ise 40 yaşından sonra da fertilite devam edebilmesine rağmen, sperm sayısının azalması ve sperm kalitesinin bozulması açısından erkeğin yaşı erkek infertilitesinde etkili olan faktörlerden birisidir^{36,37}.

2.2.3.2. Sigara kullanımı

Hem kadında hem de erkekte İnfertiliteye neden olan ve önlenebilen faktörlerden biri sigaradır. Sigara üreme kapasitesini olumsuz etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda doğurganlığın azaldığı, kadınlarda adet düzensizliğine neden olduğu, spontan olarak menapoz yaşadıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalar sigaranın, erkeklerde sperm konsantrasyonunu, sayısını ve hareketini azalttığı ve sperm hücrelerinde DNA hasarının artmasına neden olduğunu göstermektedir^{38,39}.

Sigara ayrıca hem erkek hem de kadında infertilite tedavilerinde başarı olasılığını düşürmektedir. Sigara kullanan kadında yardımcı üreme tekniği ile gebe kalamama oranı, sigara kullanmayan kadına göre iki kattan daha fazladır².

2.2.3.3. Alkol, kafein ve uyuşturucu madde kullanımı

Kadınlarda ağır alkol tüketimi fertilitiyi azaltırken, erkeklerde ise azalmış semen kalitesi ve impotansa neden olmaktadır³⁵. Kafein, uterusu giden kan akımını azalttığından fertilitiyi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kahve ve sigara birlikte kullanıldığında, sperm motilitesini azaltmakta ve ölü sperm oranı artırmaktadır^{35,38}.

Uyuşturucu madde içeren ilaçlar ise erkekte testosteron düzeyinde düşmeye neden olarak sperm kalitesini azaltmaktadır. Kadında ise, tubal hastalık risklerini arttırırken, düşük ağırlıklı bebek, prematüre ve doğum sonrası bebekte çeşitli yoksunluk tepkilerine neden olmaktadır³⁵.

2.2.3.4. Obezite

İnfertilite değerlendirilirken hastaların yaşam biçimleri ve fiziki yapıları önemli çevresel faktörler arasındadır. Obezite; vücut kitle indeksinin 30 kg/m²'nin üzerinde olmasıdır ve vücut kitle indeksinin 25 kg/m² ile 30 kg/m²'nin arasında olması da fazla kilolu olarak tanımlanmaktadır. Aşırı kilolu kadınlarda menstrüel işlev bozuklukları, doğurganlığın azalması, düşükler, obstetrik ve neonatal komplikasyonlarda riskin artması ile ilişkilidir. Erkeklerde obezite anormal sperm parametreleri ile ilişkilidir ve fertilitiyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁴⁰.

2.2.4. Açıklanamayan infertilite

Açıklanamayan infertilitenin sıklığı, konulacak tanısal kriterlere göre, infertil topluluklarda %10-%30 arasında bir aralıkla görülmektedir. Açıklanamayan infertil 35

yaş üstündeki kadınlarda daha fazla görülmektedir. İnfertilite nedeninin açıklanamaması, infertilitenin gizli nedenleri ile ilgilidir⁴¹.

Standart tanı testlerinin görülen ama nadir olan yanlış negatif sonuçları dışlandığında, açıklanamayan infertilitenin iki olası açıklaması vardır:

1) Gerçekte bir anormallik yoktur ve çiftin doğal doğurganlığı, muhtemelen eşin yaşına ya da üremeyle ilgili yaşlanmaya bağlı olarak, normal aralığın en alt seviyesindedir.

2) Özgül bir sebep vardır ancak, var olan tanı testleri ile saptanamamaktadır. Şüphesiz, açıklanamayan infertilitenin büyük kısmı artan yaşla birlikte doğurganlıkta görülen doğal azalma ile ilişkilidir⁴¹.

2.3. Kadın ve erkek infertilitesinde tedavi

İnfertilite tedavisinde öncelikle problemin ne olduğu belirlenir ve belirlenen problemin çözüm yoluna gidilir.

Kadına ait infertilitenin tedavisinde, üreme sisteminde enfeksiyona neden olan pelvik faktör, antibiyotiklerle; önceki tubal blokaj bazen, tüplerdeki müküs artıklarını temizleyen histerosalfingografi ile; uterusla ilgili yapısal defektler, cerrahi müdahaleler ile tedavi edilebilmektedir².

Erkek infertilitesinin tedavisi spermin yapısına, hareket durumuna, sayısına, üretiminin düzeyine ve spermin servikal ortamda yaşayabilme ve ovuma penetre olabilme yeteneğine göre tedavi edilebilmektedir². Erkekte infertilite nedeni genitoüriner bölge enfeksiyonu ise (prostatit ve epididimitis gibi) uygun antibiyotiklerle tedavi edilebilmektedir. Sperm yapımını etkileyen bir hormonal dengesizlik nedeniyle çocuğu olmayan çiftlerde başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormon tedavisi kullanılmaktadır^{22,27}.

2.3.1. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT)

İnfertilitenin tedavisinde çoğunlukla YÜT kullanılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri; anne adayının yumurtası ile erkeğin spermini çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital organlarına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamalardır. Bugüne kadar birçok YÜT çeşitli şekillerde ortaya çıkarak hastalara uygulanmaya başlanmıştır⁴².

Bunlar;

- İntrauterin İnseminasyon (IUI),
- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET),
- Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT),
- Zigot Intra-Fallopian Transfer (ZIFT),
- Tubal Embriyo Transferi (TET),
- İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI),
- Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)'dir.

2.3.1.1. İntrauterin inseminasyon (IUI)

Bu uygulama diğer YÜT'lere göre daha ucuz olup, uygulanabilirliği kolay olması nedeni ile en çok kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir⁴³. Kadının ovulasyon döneminde erkekten alınan spermli kadını üreme sistemi içerisine cinsel ilişki dışında bir yöntemle bırakma işlemidir. IUI, halk arasında "aşılama" olarak bilinmektedir. Bu işlemden önce ovaryanstimülasyon olmadan tek başına yapılırsa bu işlem başarısız olabilir. Bu uygulamanın başarısız olmaması için işlemden önce overleri uyarma tedavisi yapılması gerekmektedir⁴⁴.

2.3.1.2. InVitroFertilizasyon (IVF)

IVF işlemi, Oositin spermatozoa ile kültüre edilip, oluşan embriyonun tekrar fallop tüpüne veya uterin kaviteye transfer edilmesidir. IVF'in avantajı fertilizasyonun gözlenebilmesi, sperm hareket ve penetrasyonunu geliştiren tekniklerin kullanılmasına olanak sağlamasıdır⁴⁵.

Bu uygulama yapılmadan önce kontrollü ovaryanstimülasyon işlemiyle kadının overlerindeki foliküller uyarılmalıdır. Stimülasyon sonrası foliküller belli boyutlara ulaştırılır ve aspire edilir. Aspire edilen foliküllerden oositler toplanır ve erkekten elde edilen spermli ile fertilizasyonun gerçekleşmesi beklenir. Elde edilen embriyolar laboratuvar ortamında takip edilir. İşlemin ikinci, üçüncü veya beşinci gününde uterus içine transfer edilir ve transfer işleminden sonraki 12. günde gebelik testi yapılarak gebelik olup oluşmadığı değerlendirilir⁴⁶.

Çoğul gebelikler IVF uygulaması için bir komplikasyon olarak değerlendirildiği için Türkiye'de anne yaşı 35 altında ise tek embriyo transferine, anne yaşı 35 üstünde ise de

iki embriyo transferine izin verilebilmektedir. IVF yalnızca infertilite tedavisinde kullanılmaz, genetik hastalıkların erken embriyo döneminde teşhisinin sağlanabilmesi amacıyla da kullanılmaktadır⁴⁶.

2.3.1.3. İntraSitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)

ICSI, oosit zona pellusidada delik açılarak, ejakulattan veya testislerden aspirasyon ya da ekstraksiyon yöntemiyle elde edilen tek bir spermin stoplazma içine yerleştirilmesidir. IVF’de şiddetli erkek faktörü yada açıklanamayan infertilite varlığında ICSI ile fertilizasyon sağlanır. Mikroenjeksiyondan bir gün sonra gametler değerlendirilir. Oositlerin %65-80’i fertilize olur. Fertilize olmuş embriyolar blastokist evresine kadar olan dönemde uterusu transfer edilir⁴⁷.

2.4. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

Birey ya da çiftler bu durumu kabullenmeyerek ilk olarak şok evresine girer. Şok evresinden sonra birey ya da çiftler bulundukları durumu inkar ederek yoğun stres altına girer. Bu stres çiftlerin cinsel hayatında olumsuzluğa neden olabilir. Bunun sonucunda eşlerden birinin diğerini terk etme korkusu ortaya çıkar. Eşler bulundukları ortamlarda sürekli olarak öfke nöbetleri ile huzursuzluk içinde olur. Çiftleri bekleyen bir başka evre kontrol kaybıdır. Bu evrede çiftler özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü çiftler yapılan tedavilerle kendi bedenlerinin ve cinsel hayatlarının irdelendiğini düşünür. Çiftlerin yaşayabilecekleri bir diğer evre de suçluluk evresidir. Bu evre infertilitesi olan çiftin diğer çiftin anne veya baba olma durumuna engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hissetmesi ile sonuçlanır. Bulundukları durumu kabullenmeye başlayan çiftler depresyon döneminden çıkarak bu dönemi beraber atlatmak için çaba gösterir⁴⁸.

2.5. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Etkileri

Birçok kültürde kadınların üreme konusundaki yetersizliği sosyal bir damga olarak görülmektedir⁴⁹. Damgalama, infertil bir kadın olarak kendini olumsuz algılama, toplumda yabancılaşma, izole olma, anlaşılmama ve aşağılanma, başkalarının davranışlarıyla ilgili olarak olumsuz öz algılamalar olarak tanımlanmaktadır⁵⁰.

Yapılan bir çalışmada; Kuveyt’te infertil kadınların dışlanma korkuları nedeniyle sürekli olarak saklanma eğiliminde oldukları görülmüştür⁴⁸. Hollanda’da yaşayan Türk göçmenler ve Hollandalı infertil çiftlerin ebeveynlik motivasyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bireysel ebeveynlik motivasyonlarının (mutluluk, iyi-oluş, ebeveynlikle

ilgili duygular gibi) her iki grupta da önemli iken, sosyal ebeveynlik motivasyonlarının (kimliğin güçlenmesi/yetişkin olabilmek; soyun devamlılığı; doğurganlığa yönelik örtük veya doğrudan olan sosyal baskı) Türk örnekleminde daha fazla olduğu; Türk örnekleminde içerisinde Hollanda kültürüne daha fazla uyum sağlayan infertil kadınlarda ise sosyal motivasyonların daha az etkili olduğu bulunmuştur⁵¹.

2.6. İnfertil Çifte Hemşirelik Yaklaşımı

Tanı ile birlikte çiftler uzun ve zor bir sürecin içine girmektedir. Çiftlerin bu süreci daha sağlıklı geçirebilmesi için etkin sağlık hizmeti alması gerekir. Bu sağlık hizmetini sunan ekibin içinde çifti ilk karşılayan ve en fazla zaman geçiren kişi infertilite hemşiresidir⁴⁷. Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin infertilite konusunda deneyimli olması ve bireyleri anlamaları bireyler açısından son derece önemlidir. Bireyler kendilerini önemli hissettiklerinde sıcak bir ortamla karşılaştıklarında kendilerini psikolojik olarak bir adım önde hisseder. Hemşireler infertil çiftlerin emosyonel durumunu tespit ederek danışmanlık rolü ile çiftlere bilgilendirmeler yapar. Bu bilgilendirmeyi yapabilmek için hemşirelerin tüm yönleriyle infertilite hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Hemşireler infertil çiftlerin tanı ve tedavi süreçleri boyunca çiftlere psikolojik destek sağlar. Ayrıca hemşireler; öykü alma, değerlendirme, tanılama, tanı testlerinin takibi, uygulanacak tedaviyi destekleme, çiftin eğitimi, gibi infertilite aşamalarında etkin bir role sahiptir⁵².

2.7. Aile İçi Şiddet

Şiddet: “Birey/bireylerin kendilerine yapılan saldırgan eylemlerin (psikolojik, cinsel, fiziksel ve ekonomik açıdan zarar görmesi nedeniyle) sonucunda oluşan bireyde aşırı duygu durumudur”. Genel anlamda şiddet; “karşılaşılan öfkenin, kaygının ve yaşanan korku duygularının değişik boyutlarıyla dışa yansımalarıdır”.

Kişinin fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik açıdan zarar görmesi ya da acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü, ekonomik her türlü tutum ve davranış şiddet olarak tanımlanmaktadır⁵³.

Aile içi şiddet ise: “aile içerisinde, aile birliğinde veya daha önceki veya şu anki eşler / ebeveynler arasında meydana gelen, failin aynı evi şuan veya daha önce şiddet

mağduruyla paylaşp paylaşmadığına bakılmaksızın fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddetin bütün biçimleridir”⁵³.

Aile içi şiddet sağlığı fiziksel ve zihinsel olarak etkilemektedir. Aile içi şiddet sonucu fiziksel olarak; kalp hastalıkları, karın, baş yüz sırt, göğüs ağrıları, işitme kaybı, istenmeyen gebelik, var olan gebeliğin sonlanması, organ travmaları yaşanırken, zihinsel olarak ise; depresyon, anksiyete, post travmatik stres, yoğun korku, uyku bozuklukları, benlik kaygısı, öfke patlamaları, intihar düşüncesi, duygu bozuklukları yaşanmaktadır⁵³.

2.7.1. Aile içi kadına yönelik şiddet

İster kamu ister özel hayatta meydana gelsin baskı veya rastgele özgürlüğünü engelleme de dâhil kadınların fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik zararı veya ıstırapı ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan tüm eylemler kadına yönelik aile içi şiddet olarak tanımlanmaktadır⁵³.

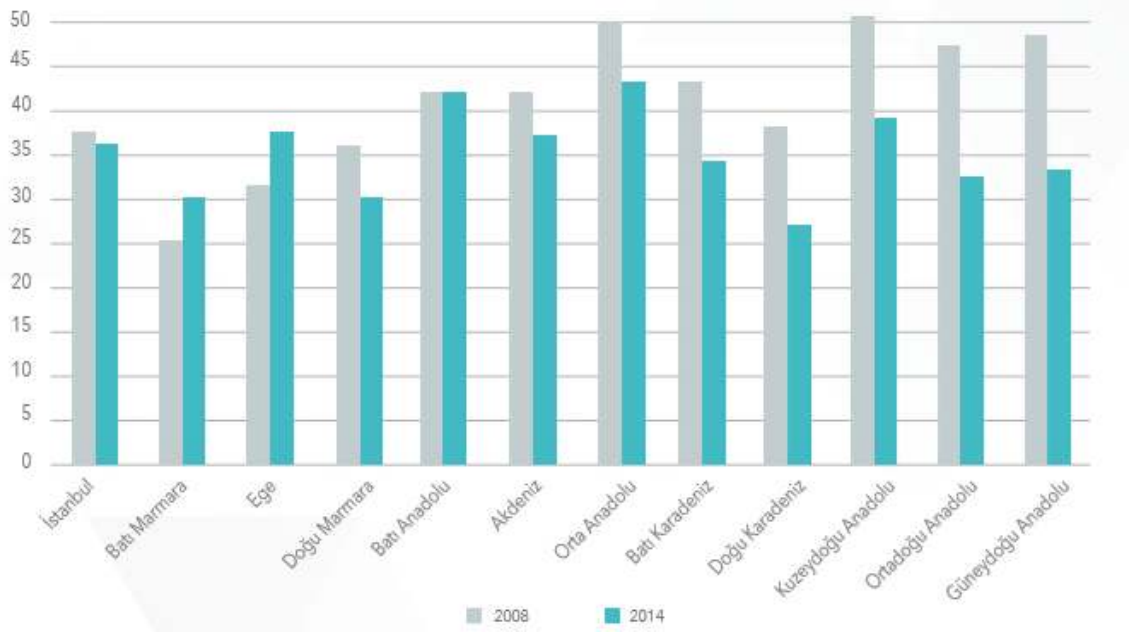
Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi Bildirgesi’nde kadına yönelik aile içi şiddet, “ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik olarak acı veya ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı bir eylem, uygulama ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma” şeklinde tanımlanmaktadır⁵⁴.

Kadına yönelik şiddet; fiziksel, sözel, duygusal/psikolojik, ekonomik ve cinsel olmak üzere beş kategoride incelenmiştir.

2.7.1.1. Fiziksel şiddet

“Başkasının vücut bütünlüğüne zarar veren, ona acı çektiren her türlü saldırı” fiziksel şiddet olarak tanımlanır. Kişinin fiziksel olarak zarar görmesine neden olan her türlü eylem fiziksel şiddetin içine girmektedir⁵³. Ülkemizde yapılan bir araştırmada; ülke genelinde hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36, son 12 ayda ise %8’dir. Başka bir ifadeyle, her 10 kadından yaklaşık dördü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır⁵³. DSÖ tarafından 10 ülkede (Bengladeş, Etiyopya, Japonya, Brezilya, Peru, Namibya, Samoa Adaları, Sırbistan - Karadağ, Tayland, Tanzanya) 24 bin kadın ile görüşülerek gerçekleştirilen araştırmaya göre, eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı %13 ile %61 arasında değiştiği görülmüştür⁵⁴.

Şekil 1.1'de 2008-2014 yılları Türkiye'nin bölgelere göre fiziksel şiddet yüzdeleri görülmektedir.



Şekil 2.1. 2008-2014 yılları Türkiye bölgelere göre şiddet yüzdeleri [53].

2.7.1.2. Sözel şiddet

Erkeklerin kadına lakap takması, kadının değerlerini, duygularını, ihtiyaçlarını karşılamaması, kadının dış görünümü, zekasıyla ilgili küçültücü yorumlar yaparak aşağılaması, eşini diğer kadınlar ile kıyaslama yapması, eşine karşı sevgi göstermemesi, küfür etmesi, sözel olarak ölüm ile tehdit etmesi sözel şiddet kapsamında ele alınmaktadır⁵⁵.

Yapılan bir çalışmada; infertil kadınlarda sözel şiddetin en yaygın türü; küfür, aşağılama ve bağırma olarak belirtilmiştir⁵⁶. Yıldızhan ve ark. (2009) infertil kadınlarda sözel şiddetin en yaygın (%63.4) aile içi şiddet türü olduğunu bildirmiştir¹⁴.

2.7.1.3. Duygusal/psikolojik şiddet

Kadına karşı psikolojik şiddet; bağırma, korkutma, küfür etmek, tehdit etmek, hakaret etmek, eve kapatma, küçük düşürme, lakap takma, kadının nasıl giyineceği, nereye gideceği, kimlerle görüşeceği konusunda baskı yapmak, öfkesini çocuklardan çıkarmak, çocuklarını göstermemekle tehdit etmek, silah göstermek gibi eylemleri kapsamaktadır⁵³.

Akyüz ve ark. (2013) infertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla duygusal şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir⁸.

2.7.1.4. Ekonomik şiddet

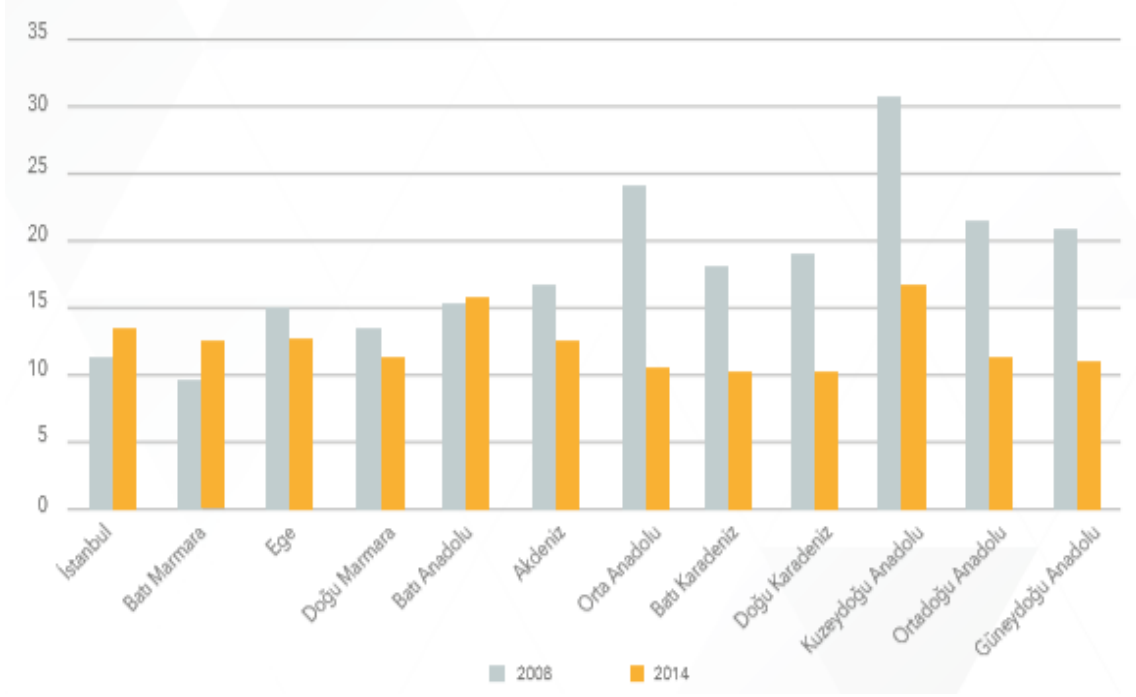
Çalışan kadınların kazandıkları paraları harcamalarının kısıtlanması, kadınların çalışmasına izin verilmemesi, zorla çalıştırılması, erkeğin işe gitmemesi, eşinin maaşını harcaması, erkeğin evin ihtiyaçlarını karşılamaması, kadına zorla karşılatmaya çalışılması, kadının kendi ihtiyaçlarını almasını engellenmesi kadına yönelik ekonomik şiddet kapsamındadır⁵³.

Türkiye genelinde, bu davranışlardan en az birine, yaşamının herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı %30, son 12 ayda maruz kalan kadınların oranı ise %15'tir⁵³. Akyüz ve ark. (2013) infertil kadınların fertil kadınlardan daha fazla ekonomik şiddete maruz kaldığını bulmuştur⁸. Van'da yapılan bir çalışmada ekonomik şiddet %29.2 oranla infertil kadınlar arasında en fazla yaşanan şiddet türleri arasında beşinci sırada yer almıştır¹⁴.

2.7.1.5. Cinsel şiddet

Kadını izni alınmadan ilişkiye zorlamak, istemediği yer ve zamanda zorla cinsel ilişki yapma isteği, zararlı cinsel davranışlarda bulunmak cinsel şiddet kapsamındadır. Yapılan bir çalışmada; Türkiye genelinde evlenmiş kadınların %12'si yaşamının herhangi bir döneminde, %5'i ise son 12 ay içinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsel şiddetin en fazla dile getirildiği bölge ise Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'dir⁵³. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; infertil kadınların fertil kadınlardan daha fazla cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur⁸. Yıldızhan ve ark. (2009) cinsel ilişkiye zorlamanın (%7.3) en fazla yaşanan şiddet tipleri arasında olduğunu bildirmiştir¹⁴.

Şekil 1.2'de eşi veya birlikte olduğu erkeklerin cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların bölgelere göre yüzdeleri görülmektedir.



Şekil 2.2. Eşi veya birlikte olduğu erkeklerin cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların bölgelere göre yüzdeleri [53].

2.7.2. Şiddete maruz kalan infertil kadınlarda hemşirelik yaklaşımı

Yapılan çalışmalarda infertilitenin aile içi şiddete neden olan ya da şiddeti arttıran bir faktör olduğu görülmektedir^{8,10,11,12,13,14}. Hemşire ve sağlık bakım profesyonelleri infertil çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti göz önünde bulundurmalı, etkilenen kadınlara uygun sağlık ve destek hizmetlerine erişme fırsatının verilmesi sağlanmalıdır.

İnfertilite sürecinin başlangıcından itibaren şiddete maruz kalan kadınlar ile iyi ilişkiler içinde olunması önemlidir. Tedavi sırasında çok hassas ve alıngan olan şiddete maruz kalan kadınların sorunlarını açabilmeleri için rahat bir ortam sağlanmalı ve güven verici bir yaklaşım benimsenmelidir⁵⁷. Şiddet gören kadınlarla iletişim kurarken yumuşak, güler yüzlü ve hoşgörülü olunmalıdır. Çünkü başvuran hastaların büyük çoğunluğu uzun süredir evli olan ve sorunlarının çözümü için yıllarca tedavi arayan ekonomik ve psikolojik yönden yorgun düşmüş, sağlık personeline karşı güveni sarsılmış, ümitsizlik içindeki kadınlar oluşturmaktadır. Tedavi sürecindeki tıbbi ve teknik bilgilerin infertil kadınlar tarafından anlaşılmasında, işlemlere duygusal ve fiziksel olarak hazırlanmasında, gerçekçi beklentiler geliştirmelerinin sağlanmasında hemşirenin rolü önemlidir⁵⁸.

2.8. İnfertilite ve Baş Etme

Baş etme Weiten tarafından; “stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelerek ihtiyaçları azaltma veya kabul etmek için gösterilen çaba” olarak tanımlanmıştır⁵⁹. Folkman ve Lazarus’a göre baş etme, bireyin kendisi için stres oluşturan iç ya da dış kaynaklı problemlerin çözümünde gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir çabadır⁶⁰. Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle onu ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. “Başa çıkma”, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişmekte ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır^{60,61}.

İnfertilite stres yaratan, başa çıkılması zor bir krizdir ve infertilite sebebi ile aile içinde yaşanan şiddet, stres düzeyini artırabilir. Akyüz ve ark (2014) şiddetin infertilite stres düzeyini artırdığını, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan infertil kadınların, stres düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir¹⁵. İnfertil çiftlerde kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı ve erkeklere göre daha çok başetme yöntemi kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca kullandıkları başetme yöntemleri arasında farklılıklar vardır. Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabileceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma gibi yöntemleri kullanmayı seçmektedir¹⁷. Karaca ve Ünsal (2015) infertil kadınların yaşadıkları sorunlarla baş etmek için, eşleri ve infertil kadınlarla sorunlarını paylaşma, manevi başa çıkma yöntemlerine yönelme, toplumdan kaçınmayı kullandıklarını belirlemiştir¹⁸.

2.8.1. İnfertil çiftlerde stresle başa çıkma konusunda hemşirelik yaklaşımları

İnfertilite yaşayan kadınlar yaşadıkları duygusal sorunları, hayal kırıklıkları ve ilişki problemleri ile başa çıkmak için desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu süreçte infertilite hemşiresinin rolü büyük önem kazanmaktadır^{17,62}. İnfertil kadınların yaşamış olduğu kin, nefret, anksiyete durumlarında hemşirenin yapmış olduğu danışmanlık ile infertil çiftler arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi ve infertil kadının kendini fark etmesi

sağlanır. Hemşireler infertil kadın ile iletişime geçtiğinde empati kurarak tedavi sürecinin daha olumlu geçmesini sağlarlar.

Hemşireler, infertilite döneminde bireye karşı sakin ve cesaretlendirici bir yaklaşımla birey ile olumlu bir ortam sağlanarak bireydeki bu psikolojik baskı ile başa çıkmak için onun anlayacağı bir dil ile bu durumu anlamasına ve stres ile baş etmesine, kadının stres altında yanlış kararlar vermesini engellemesine yardımcı olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada; tedavi sırasında günlük bilgi ve destek alan infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon skorlarının daha düşük ve yaşam memnuniyetleri ve gebelik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur⁶³. Yapılan başka bir çalışmada ise; infertil bireylere yapılan psikososyal desteğin, infertil kadınların evliliği ve sosyal yaşamlarındaki olumsuzlukları azalttığı belirtilmiştir⁶⁴.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, infertilite tanısı almış kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda;

1. İnfertilite tanısı almış kadınlar aile içi şiddet yaşıyor mu?
2. İnfertil kadınlar ne kadar şiddete maruz kalıyorlar?
3. İnfertil kadınlarda aile içi şiddeti etkileyen faktörler nelerdir?
4. İnfertil kadınlar aile içi şiddet ile baş etmek için hangi yöntemleri kullanıyorlar?

sorularına yanıt aranmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın verileri Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin “Kadın Hastalıkları ve Doğum” polikliniğinde toplanmıştır. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde gebe, jinekoloji, perinatoloji ve infertilite olmak üzere toplam dört poliklinik bulunmaktadır. İnfertilite polikliniği her hafta Salı ve Perşembe günleri hizmet vermektedir. Poliklinikte infertilite tanısına yönelik muayene, tetkik istemi, folikül takibi, IUI yapılmaktadır. Ayrıca haftada bir gün infertil kadınlar için uzman psikiyatri hemşiresi tarafından stres azaltma programı uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İnfertilite polikliniğine Ocak 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran 1477 kadın oluşturmuştur. Evreni belli örnekleme seçim formülü ile seçilen 173 infertil kadın çalışmanın örneklemini oluşturmuştur $(n = Nt^2pq / d^2(N - 1) + t^2pq)$.

$$(n = Nt^2pq / d^2(N - 1) + t^2pq) \quad (3.1)$$

N: Evrendeki infertil kadın sayısı (1477)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

n: Örnekleme alınacak infertil kadın sayısı 173 olarak tespit edilmiş, çalışmada 175 kadına ulaşılmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Okuma yazma bilen,
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden,
- İnfertilite tanısı alan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-Demografik  zellikler; yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, aile biçimi, yaşadığı yer, evlilik yılı, evlenme şekli, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, eşin çalışma durumu.

İnfertilite ile ilgili özellikler; infertilite nedeni, infertilite süresi, tedavi alma durumu.

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

Aile İçi Kadına Yönelik şiddet  l eği (AKş ); toplam puan ve alt boyutlarından alınan puan.

İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme  l eği (İKB ); toplam puan ve alt boyutlarından alınan puan.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” (**Ek 1**), “Aile İçi Kadına Yönelik şiddet  l eği ” (**Ek 2**) “İnfertil Kadınlar İçin Başetme  l eği”(**Ek 3**) ile araştırmacı tarafından yüzü yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanılmıştır. Veriler toplanmaya başlanmadan önce araştırmacı tarafından kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak ve gerekli bilgiler verilerek, yazılı onamları alınmıştır.

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen bilgi formu; kadının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, infertilite tanısını ilk ne zaman aldığı, evlenme şekli, infertilite nedeni gibi 18 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği (AKŞÖ)

Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği, Kılıç tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 50 maddeden oluşmaktadır⁶⁵. Fiziksel şiddet, duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet, cinsel şiddetten oluşan beş alt grubu vardır. İşaretlemesi üçlü likert tipli ölçek üzerine yapılır. Hiçbir zaman yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, her zaman yanıtı için 3 verilir. Ölçeğin 16 maddesi (2, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 22, 28, 30, 32, 33, 38, 44, 47, 49) ters puanlanır. Ölçekten alınacak en düşük puan 50, en yüksek puan 150'dir. Her grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Aile içi şiddet yaşayan kadınları belirlemek için bu ölçekte belirli bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan aile içi kadına yönelik şiddet düzeyinin puanını vermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça şiddet artmaktadır.

Çizelge 3.1'de AKŞÖ ve alt boyutlarının cronbach alfa değerleri 0.768 ile 0.865 arasında olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesi sırasında elde edilen Cronbach alfa değerleri 0.73 ile 0,94 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.833 olarak bulunmuştur. Bu değerler Kılıç'ın yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir⁶⁵.

Tablo 3.1. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği ve Alt Boyutları.

Alt Gruplar	Madde Sayısı	Alfa Değeri
Fiziksel şiddet	10	0.865
Duygusal şiddet	10	0.781
Sözel şiddet	10	0.772
Ekonomik şiddet	10	0.768
Cinsel şiddet	10	0.776

3.5.3. İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği

Karaca ve arkadaşları (2018) tarafından kadınların çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları sorunlarda kullandıkları başa çıkma stratejilerini belirlemek için geliştirilen ölçek 50 madde ve 10 alt boyuttan (düşüncelerle ile aşırı meşguliyet, spirituel başetme, inkar, sosyal geri çekilme, negatif benlik algısı, umut, sosyal destek arama, kabul, kendine yatırım yapma, eş ilişkileri) oluşmaktadır⁶⁶. Ölçeğin 9 ve 19. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçek 5’li likert (Tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) tarzında kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir. İnfertil kadınlar için baş etme ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach Alfa katsayısı) 0.880 olarak bulunmuştur. Ölçeğin faktör sayısı 10’dur ve elde edilen faktörler arasındaki iç tutarlılık derecesi 0.938’dir. Çizelge 3.2’deki baş etme ölçeğinde cronbach alfa değeri 0.923 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.2. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Faktörlerin İç Tutarlık Katsayıları ve Madde Sayıları.

Alt Gruplar	Madde Sayısı	Alfa Değeri
Düşüncelerle ile aşırı meşguliyet	7	0.908
Spirituel Başetme	7	0.901
İnkâr	6	0.907
Sosyal Geri Çekilme	6	0.912
Negatif Benlik Algısı	6	0.912
Umut	3	0.898
Sosyal destek Arama	4	0.904
Kabul	5	0.900
Kendine Yatırım yapma	3	0.898
Eş İlişkileri	3	0.904

3.6. Uygulama Aşamaları

Araştırmanın uygulama aşamaları Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma uygulama şeması.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışma kapsamında sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, minimum ve maksimum değerler şeklinde; kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ise sayı ve yüzde şeklinde tablolar halinde verilmiştir. Kategorik değişkenlerden iki kategoriye sahip olanların kategorilerinin normal dağılım gösteren ölçek puanları bakımından karşılaştırılmasında Student-t testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerden ikiden fazla kategoriye sahip olanların kategorilerinin normal dağılım gösteren ölçek puanları bakımından karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Ayrıca iki ölçeğe ait alt boyutlar ve toplam puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (PASW ver.20) istatistiksel analiz paket programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum polikliniğinde infertil kadınların başvurabileceği tek bir poliklinik bulunması, haftada iki gün poliklinik yapılması polikliniğe başvuran kadınların sayısının artmasına ve muayene için sıra beklerken

sıralarının geeeği endişesi ile formu doldurmak istememeleri araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu (EK 5) ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (EK 6) yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı yerde görev yapan tüm çalışanlara ve araştırmaya alınan kadınlara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılarak, kadınların onayları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme leğini geliştiren Dr. Aysel Karaca’dan yazılı izin alınmıştır. Betül iler Kılıç tarafından geliştirilen Aile İçi Kadına Yönelik şiddet ölçeğini kullanmak üzere gerekli izni almak için yazara ulaşılmaya çalışılmış fakat ulaşılamamıştır. Ölçek, YK’n Ulusal Tez Merkezinde teze ulaşılarak elde edilmiştir. Tez daha önce birçok araştırma makalesinde kullanılmıştır.

4. BULGULAR

İnfertilite tanısı almış kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu kısımda verilmiştir.

4.1. Kadın ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1. İnfertil Kadın ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=175).

	Min.-Maks.	Ort±SS
Kadının Yaşı	19-52	31.89±6.74
Eşin Yaşı	21-65	35.50±7.38
Evlilik Yılı	1-30	6.82±5.67
	n=175	%
Yaş		
19-24	19	10.90
25-30	71	40.60
31-36	40	22.90
37-42	24	13.70
43 ve üzeri	21	12.00
Eğitim Durumu		
İlkokul	30	17.10
Ortaokul	42	24.00
Lise	49	28.00
Üniversite ve üzeri	54	30.90
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	97	55.40
Çalışmıyor	78	44.60
Gelir Düzeyi		
Gelir Gideri Karşılıyor	142	81.10
Gelir Gideri Karşılamıyor	33	18.90
Aile Biçimi		
Çekirdek Aile	149	85.1
Eşinin Ailesi İle	21	12.00
Kendi Ailesi İle	5	2.9

Tablo 4.1 (devam) İnfertil Kadın ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.

Yaşanılan Yer		
Köy	31	17.70
İlçe	53	30.30
İl Merkezi	91	52.0
Evlenme Şekli		
Severek	118	67.40
Görücü Usulü	26	14.90
Tanışıp Anlaşarak	27	15.40
Diğer	4	2.30
Eşin Yaşı		
19-24	5	2.90
25-30	47	26.90
31-36	52	29.70
37-42	39	22.30
43 ve üzeri	32	18.30
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul	20	11.40
Ortaokul	41	23.40
Lise	64	36.40
Üniversite ve üzeri	50	28.60
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	153	87.40
Çalışmıyor	22	12.6

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Araştırma kapsamına alınan infertilite tanısı alan kadınların yaş ortalaması 31.89 ± 6.74 iken eşlerinin yaş ortalaması 35.50 ± 7.38 , ortalama evlilik süresi 6.82 ± 5.67 olarak belirlenmiştir. Kadınların %40.6'sının 25-30 yaş arasında olduğu, %30.9'unun üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %55.4'ünün çalıştığı, %81.1'inin gelir düzeyi giderlerini karşıladığı görülmüştür. Araştırmaya katılanların %85.1'inin en az üç kişiden oluşan çekirdek aile oldukları, %52.0'nın il merkezinde yaşadıkları, %67.4'ünün eşi ile severek ve isteyerek evlendikleri belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %29.7'sinin 31-36 yaş arasında, %36.4'ünün lise mezunu olduğu ve %87.40'nın çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikleri (n=175).

	n=175	%
İnfertilite süresi		
1-5 yıl	135	77.10
6-10 yıl	30	17.10
11 yıl ve üzeri	10	5.70
İnfertilite Nedeni		
Kadın faktör	56	32.00
Erkek Faktör	25	14.30
Hem Kadın Hem Erkek	30	17.10
Sebebi Bilinmeyen	64	36.60
Şuan Tanı ve Tedavi Olma Durumu		
Evet	133	76.00
Hayır	42	24.00
Daha Önce Tedavi Uygulanma Durumu		
Evet	61	34.90
Hayır	114	65.10

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun (%77.1) 1-5 yıl süre ile infertilite sorunu yaşadığı, %36.6'sının çocuk sahibi olamama sebebinin bilinmediği, %32.0'ının ise çocuk sahibi olamama nedeninin kadın faktörlü olduğu, %24'ünün tanı ve tedavi amaçlı başvurduğu, %76.0'sının tedavi gördüğü fakat %65.10'unun daha önce tedavi uygulanmadığı görülmüştür.

4.2. Aile İçi kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile ilgili Sonuçlar

Tablo 4.3. Kadınların Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.

AKŞÖ*	Ortalama±SS*	Min	Maks
Fiziksel Şiddet	10.22±0.0	10	15
Duygusal Şiddet	15.77±0.1	10	23
Sözel Şiddet	13.71±0.1	10	24
Ekonomik Şiddet	13.64±0.1	10	22
Cinsel Şiddet	12.30±0.1	10	18
Toplam	65.62±0.5	53	98

* AKŞÖ: Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği SS: Standart Sapma

Kadınların “Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği” puan ortalaması 65.62 ± 0.5 ’tir. AKŞÖ’nden alınan en düşük puan 53, en yüksek puan 98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına baktığımızda; duygusal (15.77 ± 0.1), sözel (13.71 ± 0.1), ekonomik (13.64 ± 0.1) ve cinsel şiddet (12.30 ± 0.1) puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.

İKBÖ*	Ortalama $\pm$ SS*	Min	Maks
Düşüncelerle ile aşırı meşguliyet	23.45 ± 0.5	7	40
Spirituel Baş etme	12.98 ± 0.4	7	32
İnkar	18.78 ± 0.3	10	29
Sosyal Geri Çekilme	22.30 ± 0.4	6	30
Negatif Benlik Algısı	22.10 ± 0.4	6	30
Umut	4.52 ± 0.1	3	15
Sosyal Destek Arama	9.95 ± 0.3	2	20
Kabul	11.06 ± 0.3	2	25
Kendine Yatırım Yapma	6.71 ± 0.2	3	15
Eş İlişkileri	4.81 ± 0.1	3	15
Toplam Puan	139.17 ± 2.0	64	208

* İKBÖ: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği SS: Standart Sapma

Tablo 4.4 incelendiğinde kadınların İKBÖ’nden aldıkları puan ortalamasının $139,17 \pm 2,0$ olduğu, en yüksek puanı “Düşüncelerle aşırı meşguliyet” (23.45 ± 0.5) alt boyutundan, en düşük puanı ise “Umut” (4.52 ± 0.1) alt boyutundan aldıkları görülmüştür. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir.

4.3. Aile İçi kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.5. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.

Başetme Ölçekleri	Fiziksel Şiddet		Duygusal Şiddet		Sözel Şiddet		Ekonomik Şiddet		Cinsel Şiddet		Toplam AKŞÖ	
	r ²	p değeri	r ²	p değeri	r ²	p değeri	r ²	p değeri	r ²	p değeri	r ²	p değeri
Düşüncelerle İle Aşırı Meşguliyet	-0,065	0,395	-0,349**	0,000	-0,290**	0,000	-0,358**	0,000	-0,379**	0,000	-0,407**	0,000
Spiritüel Başetme	0,005	0,950	-0,056	0,454	-0,109	0,151	-0,068	0,366	-0,102	0,177	-0,097	0,203
İnkar	-0,007	0,929	-0,181*	0,016	-0,147	0,051	-0,222**	0,003	-0,132	0,080	-0,205**	0,007
Umut	0,030	0,691	0,069	0,360	0,022	0,765	-0,054	0,477	0,012	0,873	0,015	0,840
Sosyal Destek Arama	-0,014	0,854	-0,221**	0,003	-0,157*	0,038	-0,217**	0,004	-0,161*	0,034	-0,225**	0,003
Sosyal Geri Çekilme	-0,236**	0,002	-0,210**	0,005	-0,221**	0,003	-0,248**	0,001	-0,338**	0,000	-0,316**	0,000
Negatif Benlik Algısı	-0,182*	0,016	-0,323**	0,000	-0,411**	0,000	-0,385**	0,000	-0,367**	0,000	-0,454**	0,000
Kabul	0,088	0,249	-0,061	0,418	-0,078	0,304	0,006	0,935	0,064	0,399	-0,016	0,836
Kendine Yatırım Yapma	0,143	0,060	0,280**	0,000	0,279**	0,000	0,295**	0,000	0,252**	0,001	0,340**	0,000
Eş İlişkileri	0,157*	0,038	0,301**	0,000	0,487**	0,000	0,376**	0,000	0,326**	0,000	0,456**	0,000
Toplam İKÖ	-0,073	0,334	-0,263**	0,000	-0,249**	0,001	-0,297**	0,000	-0,292**	0,000	-0,329**	0,000

* 0,05 düzeyde anlamlı, ** 0,01 düzeyde anlamlı

r: Korelasyon Katsayısı p: Önem Düzeyi

r	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki Yok	r= - ise negatif
0,01-0,29	Düşük	ilişki
0,30-0,69	Orta	r= +ise pozitif
0,70-0,99	Yüksek	ilişki
1,00	Mükemmel	

Tablo 4.5 incelendiğinde; aile içi kadına yönelik şiddet ile baş etme arasında düşük düzeyde negatif yönde (r=0.200;p<0.000) anlamlı ilişki olduğunu, duygusal şiddet ile

düşüncelerle ile aşırı meşguliyet ($r=0.349;p<0.000$) ve negatif benlik algısı ($r=0.323;p<0.000$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, sözel şiddet ile negatif benlik algısı ($r=0.411;p<0.001$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, ekonomik şiddet ile düşüncelerle aşırı meşguliyet ($r=0.358;p<0.000$) ve negatif benlik algısı ($r=0.355;p<0.001$) arasında orta düzeyde, inkâr ($r=0.222;p<0.003$) arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, cinsel şiddet ile düşüncelerle aşırı meşguliyet ($r=0.379;p<0.000$), sosyal geri çekilme ($r=0.338;p<0.000$) ve negatif benlik algısı ($r=0.367;p<0.000$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

4.4. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.6. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel Şiddet	Duygusal Şiddet	Sözel Şiddet	Ekonomik Şiddet	Cinsel Şiddet	Toplam AKŞÖ
Yaş	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
19-24	10,2 ± 0,6	15,8 ± 1,6	13,0 ± 1,3	13,5 ± 2,0	12,4 ± 1,4	65,0 ± 5,0
25-30	10,1 ± 0,5	15,8 ± 2,0	13,3 ± 1,8	13,4 ± 2,4	12,2 ± 1,9	65,0 ± 6,6
31-36	10,1 ± 0,5	15,5 ± 2,5	13,9 ± 2,6	14,1 ± 2,9	12,3 ± 1,8	66,0 ± 8,3
37-42	10,2 ± 1,0	15,0 ± 2,5	14,1 ± 2,7	13,7 ± 2,7	12,2 ± 2,1	65,2 ± 9,4
43 ve üzeri	10,6 ± 1,2	16,6 ± 2,6	14,5 ± 2,9	13,6 ± 2,7	12,6 ± 1,7	68,0 ± 9,6
Analiz Sonuçları	F=1,76 P=0,139	F=1,633 P=0,168	F=1,647 P=0,165	F=0,426 P=0,79	F=0,251 P=0,909	F=0,691 P=0,599
Eğitim Durumu						
İlkokul	10,2 ± 0,8	16,4 ± 2,6 ¹	14,8 ± 3,3 ¹	15,1 ± 3,1 ¹	12,9 ± 1,8 ¹	69,3 ± 9,5 ¹
Ortaokul	10,2 ± 0,8	16,4 ± 2,1 ²	13,6 ± 1,9	13,9 ± 2,5 ²	12,8 ± 1,8 ²	67,0 ± 6,3 ²
Lise	10,2 ± 0,8	15,7 ± 2,4	13,9 ± 2,4	14,2 ± 2,5 ³	12,4 ± 2,1 ³	66,4 ± 8,4 ³
Üniversite ve üzeri	10,2 ± 0,7	15,0 ± 1,9 ^{1,2}	13,0 ± 1,6 ¹	12,2 ± 1,7 ^{1,2,3}	11,5 ± 1,3 ^{1,2,3}	61,8 ± 4,9 ^{1,2,3}
Analiz Sonuçları	F=0,022 P=0,995	F=3,986 P=0,009	F=4,400 P=0,005	F=11,962 P=0,000	F=6,516 P=0,000	F=8,358 P=0,000
Aile Biçimi						
Çekirdek Aile	10,2 ± 0,8	16,4 ± 2,61	14,8 ± 3,31	15,1 ± 3,11	12,9 ± 1,81	69,3 ± 9,51
Eşinin Ailesi İle	10,1 ± 0,4	16,8 ± 2,1	14,1 ± 2,4	15,3 ± 3,2 ¹	13,3 ± 1,8 ¹	69,6 ± 8,2 ¹
Kendi Ailesi İle	10,4 ± 0,9	15,6 ± 1,7	14,8 ± 2,5	14,8 ± 1,3	12,4 ± 2,1	68,0 ± 4,0
Analiz Sonuçları	F=0,423 P=0,656	F=2,572 P=0,079	F=1,059 P=0,349	F=6,060 P=0,003	F=3,659 P=0,028	F=3,736 P=0,026

Tablo 4.6 (devam). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Yaşanılan Yer						
Köy	10,2 ± 0,8	16,6 ± 2,5 ¹	14,2 ± 2,4	14,0 ± 2,3	12,7 ± 2,1	67,7 ± 7,6 ¹
İlçe	10,2 ± 0,6	16,2 ± 2,4	14,5 ± 2,4 ¹	14,1 ± 2,9	12,6 ± 1,8 ¹	67,5 ± 8,1 ²
İl merkezi	10,3 ± 0,8	15,3 ± 2,0 ¹	13,1 ± 2,1 ¹	13,2 ± 2,4	12,0 ± 1,7 ¹	63,8 ± 7,0 ^{1,2}
Analiz Sonuçları	F=0,380	P=0,685	F=5,431	P=0,005	F=7,197	P=0,001
Evlenme Şekli						
Severek	10,2 ± 0,8	15,5 ± 2,1	13,4 ± 2,2	13,2 ± 2,4 ¹	12,1 ± 1,9	64,5 ± 7,2 ¹
Görücü usulü	10,3 ± 0,9	16,1 ± 2,8	14,4 ± 2,2	15,0 ± 2,9 ¹	12,6 ± 1,6	68,3 ± 7,9 ¹
Tanışıp Anlaşarak	10,2 ± 0,8	16,3 ± 2,4	14,0 ± 2,6	14,2 ± 2,6	12,7 ± 1,7	67,5 ± 8,8
Diğer	10,0 ± 0,0	17,0 ± 1,4	15,3 ± 3,0	13,5 ± 1,0	12,0 ± 1,4	67,8 ± 3,8
Analiz Sonuçları	F=0,243	P=0,866	F=1,578	P=0,196	F=2,113	P=0,100
Eşin Yaşı						
19-24	10,8 ± 1,1	15,8 ± 1,6	12,0 ± 1,2	13,0 ± 1,7	12,6 ± 1,5	64,2 ± 3,7
25-30	10,0 ± 0,3 ¹	15,9 ± 1,9	13,7 ± 1,8	13,7 ± 2,6	12,7 ± 2,1	66,1 ± 6,9
31-36	10,1 ± 0,7	15,5 ± 2,4	13,3 ± 2,0 ¹	13,2 ± 2,2	11,9 ± 1,5	64,1 ± 6,5
37-42	10,1 ± 0,4	15,3 ± 2,2	13,6 ± 2,4	13,8 ± 2,8	11,9 ± 1,7	64,7 ± 7,7
43 ve üzeri	10,6 ± 1,3 ¹	16,6 ± 2,7	14,8 ± 3,0 ¹	14,1 ± 2,7	12,8 ± 1,9	68,8 ± 9,9
Analiz Sonuçları	F=3,766	P=0,006	F=1,821	P=0,127	F=2,927	P=0,023
Eşin Eğitim Durumu						
İlkokul	10,5 ± 1,2	17,0 ± 2,8 ¹	15,8 ± 3,1 ^{1,2,3}	14,9 ± 3,5 ¹	13,2 ± 1,9 ¹	71,3 ± 10,3 ^{1,2}
Ortaokul	10,1 ± 0,4	16,3 ± 2,2	14,0 ± 2,0 ¹	14,2 ± 2,2 ²	12,7 ± 1,8	67,4 ± 6,3 ³
Lise	10,2 ± 0,7	15,6 ± 2,2	13,3 ± 1,8 ²	13,6 ± 2,3	12,1 ± 1,7	64,7 ± 6,3 ¹
Üniversite ve üzeri	10,2 ± 0,8	15,1 ± 2,0 ¹	13,2 ± 2,3 ³	12,7 ± 2,4 ^{1,2}	11,8 ± 1,9 ¹	63,0 ± 7,9 ^{2,3}
Analiz Sonuçları	F=0,836	P=0,476	F=4,556	P=0,004	F=7,850	P=0,000

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

P=Anlamlılık Düzeyi, p<0,05 düzeyde anlamlı

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) Post Hoc Testleri sonucunda; araştırmaya katılan infertil kadınların eğitim durumları ile aile içi şiddet ölçeklerinden duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet ile cinsel şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu (p<0,05); ilkokul mezunu infertil kadınların daha fazla sözel şiddete maruz kaldığı, üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınların daha az ekonomik ve duygusal şiddet gördüğü saptanmıştır. İlkokul mezunu infertil kadınların üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınlardan daha fazla cinsel şiddet gördüğü saptanmıştır.

Aile yaşam biçimleri ile aile içi şiddet ölçeklerinden ekonomik ve cinsel şiddet alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Eşinin ailesi ile birlikte yaşayan infertil kadınlar ile dört kişilik çekirdek aile olarak yaşayan infertil kadınlar arasında ekonomik ve cinsel şiddet açısından farklılık olduğu saptanmıştır. İl merkezinde yaşayan infertil kadınlar ile köy ve ilçede yaşayan infertil kadınlar arasında duygusal ve sözel şiddet açısından farklılık olduğu; il merkezinde yaşayan infertil kadınların daha az duygusal ve sözel şiddet gördüğü saptanmıştır. İnfertil kadınların evlenme şekli ile aile içi şiddet ölçeklerinden ekonomik şiddet arasında farklılık olduğu; sevak ve isteyerek evlenen kadınların, görücü usulü ile evlenen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Görücü usulü ile evlenen kadınların daha fazla ekonomik şiddet gördüğü saptanmıştır. İnfertil kadınların eşlerinin yaş grupları ile fiziksel, sözel şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). 43 yaş ve üzeri olan eşlerin 25-30 yaş arasındaki eşlere göre daha fazla fiziksel şiddet, 31-36 yaş arasındaki eşlere göre ise daha fazla sözel şiddet uyguladığı saptanmıştır.

İnfertil kadınların eşlerinin eğitim durumları ile duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Üniversite mezunu eş ile ilkokul ve ortaokul mezunu eş arasında farklılık olduğu, ilkokul mezunu eşlerin infertil kadınlara daha fazla duygusal şiddet uyguladığı saptanmıştır. İllkokul mezunu eş ile ortaokul, lise ve üniversite ve üzeri mezun olan eşler arasında farklılık olduğu ve ilkokul mezunu eşlerin infertil kadınlara daha fazla sözel şiddet uyguladığı saptanmıştır. Üniversite ve üzeri mezun olan eşler ile ilkokul ve ortaokul mezunu eşler arasında farklılık olduğu, ilkokul mezun olan eşlerin infertil kadınlara daha fazla ekonomik şiddet uyguladıkları saptanmıştır. Üniversite ve üzeri mezun olan eşler ile ilkokul mezunu eşler arasında farklılık olduğu, ilkokul mezunu olan eşlerin infertil kadınlara daha fazla cinsel şiddet uyguladıkları saptanmıştır.

Tablo 4.7. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi ve Eşlerin Çalışma Durumları Arasındaki İlişki.

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel Şiddet	Duygusal Şiddet	Sözel Şiddet	Ekonomik Şiddet	Cinsel Şiddet	Toplam AKŞÖ
Çalışma Durumu	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Çalışıyor	10,14 ± 0,6	15,2 ± 2,0	13,4 ± 2,1	13,1 ± 2,4	11,9 ± 1,8	63,8 ± 7,1
Çalışmıyor	10,3 ± 0,8	16,3 ± 2,3	14,0 ± 2,4	14,2 ± 2,6	12,7 ± 1,7	67,8 ± 7,7
T-testi Sonuçları	t P	t P	t P	t P	t P	t P
	-1,409 0,009	-3,256 0,069	-1,970 0,400	-2,992 0,094	-3,149 0,528	-3,486 0,137
Gelir Düzeyi						
Gelir Gideri Karşılıyor	10,3 ± 0,8	15,6 ± 2,3	13,6 ± 2,2	13,4 ± 2,4	12,2 ± 1,9	65,1 ± 7,6
Gelir Gideri Karşılamıyor	10,0 ± 0,2	16,3 ± 2,0	14,4 ± 2,7	14,7 ± 2,9	12,6 ± 1,6	67,9 ± 7,4
T-testi Sonuçları	t P	t P	t P	t P	t P	t P
	1,565 0,01	-1,430 0,583	-1,817 0,019	-2,609 0,471	-1,081 0,523	-1,942 0,922
Eşin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	10,2 ± 0,7	15,6 ± 2,2	13,6 ± 2,3	13,6 ± 2,6	12,2 ± 1,8	65,3 ± 7,7
Çalışmıyor	10,3 ± 1,0	16,6 ± 2,3	14,6 ± 2,6	14,1 ± 1,9	12,8 ± 2,1	68,3 ± 7,1
T-testi Sonuçları	t P	t P	t P	t P	t P	t P
	-0,364 0,429	-2,044 0,861	-1,826 0,861	-0,796 0,048	-1,059 0,228	-1,713 0,911

t=Bağımsız T-Testi Analizi

P=Anlamlılık Düzeyi, p<0,05 düzeyde anlamlı

Tablo 4.7 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda infertil kadınların çalışma durumu ile fiziksel şiddet arasında negatif yönde farklılık olduğu, çalışmayan infertil kadınların eşlerinden fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Araştırmaya katılan infertil kadınların gelir düzeyi ile fiziksel şiddet arasında pozitif yönde, sözel şiddet arasında negatif yönde farklılık olduğu ve geliri giderlerini karşılayan infertil kadınların daha fazla fiziksel şiddet gördüğü, geliri gideri karşılamayan infertil kadınların daha fazla sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. İnfertil kadınların eşlerinin çalışma durumları ile ekonomik şiddet arasında negatif yönde farklılık olduğu, eşleri çalışmayan infertil kadınlar eşlerinden ekonomik şiddet gördüğü saptanmıştır.

Tablo 4.8. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikleri Arasındaki İlişki.

İnfertilite Durumu	Fiziksel Şiddet	Duygusal Şiddet	Sözel Şiddet	Ekonomik Şiddet	Cinsel Şiddet	Toplam AKŞÖ
İnfertilite Süresi	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
1-5 yıl	10,2 ± 0,8	15,7 ± 2,2	13,6 ± 2,3	13,5 ± 2,4	12,3 ± 1,9	65,4 ± 7,5
6-10 yıl	10,0 ± 0	15,7 ± 2,3	13,9 ± 2,0	14,4 ± 2,7	12,0 ± 1,7	66,0 ± 6,9
11 yıl ve üzeri	10,5 ± 1,3	16,4 ± 2,8	14,6 ± 3,4	13,5 ± 3,4	12,6 ± 1,8	67,6 ± 11,8
Anova Sonuçları	F=2,002 P=0,138	F=0,425 P=0,655	F=0,993 P=0,373	F=1,767 P=0,174	F=0,572 P=0,565	F=0,425 P=0,655
İnfertilite Nedeni						
Kadın faktör	10,2 ± 0,9	15,5 ± 2,5	13,7 ± 2,8	13,7 ± 2,8	13,7 ± 2,8	13,7 ± 2,8
Erkek Faktör	10,3 ± 0,7	16,5 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,4 ± 2,5
Hem Kadın Hem Erkek	10,1 ± 0,5	15,6 ± 2,1	13,1 ± 1,8	13,1 ± 1,8	13,1 ± 1,8	13,1 ± 1,8
Sebebi Bilinmeyen	10,2 ± 0,8	15,7 ± 2,1	13,8 ± 1,9	13,8 ± 1,9	13,8 ± 1,9	13,8 ± 1,9
Anova Sonuçları	F=0,185 P=0,907	F=1,154 P=0,329	F=1,480 P=0,222	F=0,638 P=0,592	F=3,014 0,032	F=1,559 P=0,201

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
P=Anlamlılık Düzeyi, P<0,05

Tablo 4.8 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) Post Hoc Testleri sonucunda; kadınların infertilite süreleri ile aile içi şiddet ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (P>0,05). İnfertil kadınların infertilite nedenleri ile AKŞÖ puanları arasında farklılık olduğu; erkek faktörü ile hem kadın hem erkek faktörü arasında cinsel şiddet açısından farklılık olduğu saptanmıştır. İnfertilite nedeni erkek faktör olanların daha fazla cinsel şiddet uyguladığı saptanmıştır.

Tablo 4.9. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanları ile Tedavi Olma Durumu ve Daha Önce Tedavi Uygulama Durumu Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Fiziksel Şiddet		Duygusal Şiddet		Sözel Şiddet		Ekonomik Şiddet		Cinsel Şiddet		Toplam AKŞÖ	
Şu an Tedavi Olma Durumu	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS	
Evet	10,2 ± 0,7		10,2 ± 0,7		10,2 ± 0,7		10,2 ± 0,7		10,2 ± 0,7		10,2 ± 0,7	
Hayır	10,4 ± 1,0		10,4 ± 1,0		10,4 ± 1,0		10,4 ± 1,0		10,4 ± 1,0		10,4 ± 1,0	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	-1,364	0,010	-1,475	0,371	-0,323	0,132	0,338	0,315	0,531	0,702	-0,429	0,389
Daha Önce Tedavi Uygulanma Durumu	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS	
Evet	10,2 ± 0,5		10,2 ± 0,5		10,2 ± 0,5		10,2 ± 0,5		10,2 ± 0,5		10,2 ± 0,5	
Hayır	10,2 ± 0,9		10,2 ± 0,9		10,2 ± 0,9		10,2 ± 0,9		10,2 ± 0,9		10,2 ± 0,9	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	-0,672	0,154	-0,538	0,702	0,532	0,286	0,556	0,370	-0,271	0,999	0,55	0,379
t=Bağımsız T-Testi Analizi												
P=Anlamlılık Düzeyi, p<0,05 düzeyde anlamlı												

Tablo 4.9 incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda infertil kadınların tedavi olma durumu ile fiziksel şiddet arasında negatif yönde farklılık olduğu; infertil kadınların tedavi olması durumu ile fiziksel şiddetin azaldığı görülmüştür. İnfertil kadınların daha önce tedavi uygulama durumu ile aile içi şiddet ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (P>0,05).

4.5. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.10. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet	Spirituel Başetme	İnkâr	Sosyal Geri Çekilme	Negatif Benlik Algısı	Umut	Sosyal Destek Arama	Kabul	Kendine Yatırım Yapma	Eş İlişkileri	Toplam İKBÖ
Yaş	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
19-24	24,84 ± 7,0	13,3 ± 5,5	20,4 ± 4,2	22,0 ± 6,4	22,1 ± 6,6	5,6 ± 3,0 ¹	9,3 ± 3,4	12,8 ± 4,3	6,4 ± 1,8	5,1 ± 1,8	144,7 ± 26,5
25-30	22,4 ± 7,4	11,5 ± 4,3 ¹	18,7 ± 3,9	22,5 ± 6,0	22,7 ± 5,8	3,6 ± 1,3 ^{1,2}	9,5 ± 4,2	10,5 ± 3,8	6,7 ± 3,0	4,5 ± 2,4	135,5 ± 23,3
31-36	24,3 ± 8,0	14,4 ± 4,8 ¹	17,6 ± 3,7	21,7 ± 6,1	21,4 ± 5,8	4,3 ± 1,5 ³	9,7 ± 4,1	11,2 ± 4,6	6,8 ± 2,8	5,3 ± 2,9	139,6 ± 25,5
37-42	25,5 ± 8,4	14,4 ± 6,0	18,2 ± 3,6	22,6 ± 7,5	21,8 ± 8,6	5,0 ± 3,0	11,2 ± 5,4	10,8 ± 6,0	6,6 ± 2,9	4,4 ± 1,9	143,0 ± 38,6
43 ve üzeri	21,9 ± 7,5	13,6 ± 7,4	18,2 ± 3,6	22,9 ± 5,7	21,8 ± 5,3	6,6 ± 4,1 ^{2,3}	11,1 ± 5,4	11,6 ± 4,7	7,1 ± 3,5	5,2 ± 2,9	141,5 ± 29,5
Anova Sonuçları	F 1,257 P 0,289	F 2,637 P 0,036	F 2,198 P 0,071	F 0,183 P 0,947	F 0,306 P 0,874	F 8,434 P 0,000	F 1,099 P 0,359	F 1,094 P 0,361	F 0,185 P 0,946	F 1,028 P 0,394	F 0,675 P 0,61
Eğitim Durumu											
İlkokul	22,9 ± 8,2	12,3 ± 6,9	17,8 ± 4,4	22,1 ± 6,4	20,7 ± 7,0	4,8 ± 3,3	10,1 ± 4,8	11,6 ± 4,8	7,0 ± 3,0	5,5 ± 3,1	137,1 ± 31,6
Ortaokul	22,3 ± 7,2	12,6 ± 5,4	17,9 ± 3,8	22,2 ± 6,3	21,6 ± 5,9	4,8 ± 2,6	9,2 ± 4,2	10,2 ± 3,9	6,5 ± 2,5	4,6 ± 2,1	133,4 ± 26,4
Lise	24,1 ± 7,9	13,2 ± 4,2	19,0 ± 4,3	22,8 ± 5,9	21,4 ± 6,8	4,1 ± 1,9	9,3 ± 4,2	11,4 ± 4,3	7,1 ± 2,9	5,0 ± 2,4	140,0 ± 25,8
Üniversite ve üzeri	24,2 ± 7,8	13,4 ± 5,5	19,8 ± 4,0	22,1 ± 6,4	23,9 ± 5,2	4,5 ± 2,4	11,2 ± 4,6	11,2 ± 4,9	6,4 ± 3,1	4,5 ± 2,4	144,1 ± 26,7
Anova Sonuçları	F 0,624 P 0,600	F 0,394 P 0,757	F 2,329 P 0,076	F 0,142 P 0,935	F 2,358 P 0,073	F 0,808 P 0,491	F 2,206 P 0,089	F 0,700 P 0,553	F 0,730 P 0,535	F 1,162 P 0,326	F 1,276 P 0,284
Aile Biçimi											
Çekirdek Aile	23,8 ± 7,71	12,8 ± 5,1	18,9 ± 4,2	22,6 ± 6,1	22,3 ± 6,2	4,6 ± 2,5	10,1 ± 4,5	11,1 ± 4,6	6,7 ± 2,9	4,8 ± 2,5	140,1 ± 26,6
Eşinin Ailesi ile	20,1 ± 7,11	13,9 ± 5,8	18,6 ± 3,1	20,5 ± 6,7	20,8 ± 6,2	4,1 ± 1,7	8,7 ± 3,8	10,2 ± 3,5	7,1 ± 2,8	5,1 ± 2,4	130,1 ± 27,0
Kendi Ailesi ile	27,2 ± 9,8	14,8 ± 9,7	17,8 ± 6,4	21,8 ± 7,5	21,8 ± 8,9	5,2 ± 3,9	10,2 ± 5,3	12,6 ± 5,6	5,8 ± 4,1	3,6 ± 1,3	142,0 ± 47,1
Anova Sonuçları	F 2,744 P 0,067	F 0,682 P 0,507	F 0,181 P 0,835	F 1,089 P 0,339	F 0,564 P 0,570	F 0,439 P 0,645	F 1,002 P 0,369	F 0,708 P 0,494	F 0,486 P 0,616	F 0,750 P 0,474	F 1,319 P 0,270

Tablo 4.10 (devam). İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet		Spiritüel Başetme		İnkâr		Sosyal Geri Çekilme		Negatif Benlik Algısı		Umut		Sosyal Destek Arama		Kabul		Kendine Yatırım Yapma		Eş İlişkileri		Toplam İKBÖ			
Yaşanılan Yer	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS			
Köy	22,1 ± 7,9		12,8 ± 5,5		17,7 ± 4,2		21,9 ± 5,9		21,3 ± 7,0		4,3 ± 2,5		8,8 ± 4,2		10,2 ± 3,7		6,5 ± 2,9		5,1 ± 2,5		132,1 ± 28,1			
İlçe	24,2 ± 8,0		13,0 ± 5,6		19,3 ± 4,4		23,4 ± 6,1		21,9 ± 6,3		4,8 ± 2,6		9,9 ± 4,1		11,0 ± 4,5		7,0 ± 2,8		5,1 ± 2,9		142,7 ± 25,9			
İl merkezi	23,5 ± 7,5		13,0 ± 5,3		18,9 ± 4,1		21,8 ± 6,3		22,5 ± 6,0		4,5 ± 2,5		10,4 ± 4,7		11,4 ± 4,7		6,6 ± 2,9		4,5 ± 2,1		139,5 ± 27,7			
Anova Sonuçları	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P		
	0,705	0,495	0,016	0,984	1,402	0,249	1,103	0,334	0,513	0,600	0,48	0,620	1,557	0,214	0,812	0,446	0,328	0,721	1,179	0,310	1,508	0,224		
Evlenme Şekli																								
Severek	23,3 ± 7,5		13,4 ± 5,6		19,2 ± 4,3		22,0 ± 6,1		22,1 ± 6,3		4,4 ± 2,5		10,1 ± 4,4		10,9 ± 4,3		6,4 ± 2,7		4,7 ± 2,3		138,9 ± 26,9			
Görücü usulü	22,2 ± 8,1		10,5 ± 2,7		16,9 ± 4,1		22,9 ± 6,1		21,7 ± 5,8		4,9 ± 2,9		8,7 ± 4,1		10,6 ± 4,2		7,4 ± 3,2		5,2 ± 2,6		131,5 ± 26,0			
Tanışıp Anlaşarak	24,4 ± 8,1		13,7 ± 5,9		19,3 ± 3,2		23,2 ± 6,5		23,1 ± 6,1		4,6 ± 2,4		10,4 ± 4,9		12,3 ± 5,5		7,1 ± 3,4		5,0 ± 3,0		147,5 ± 29,4			
Diğer	31,3 ± 4,2		12,5 ± 3,9		16,3 ± 2,8		20,5 ± 7,5		19,6 ± 9,2		4,3 ± 1,5		11,0 ± 5,0		11,5 ± 3,9		8,5 ± 3,7		4,5 ± 1,7		141,0 ± 29,9			
Anova Sonuçları	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P		
	1,787	0,151	2,237	0,086	2,851	0,039	0,475	0,700	0,531	0,661	0,295	0,829	0,914	0,435	0,893	0,446	1,664	0,177	0,317	0,813	1,533	0,208		
Eşin Yaşı																								
19-24	23,4 ± 7,3		23,4 ± 7,3		16,0 ± 2,6		5,0 ± 2,5		20,4 ± 7,1		19,0 ± 7,7		6,2 ± 3,0		11,2 ± 4,4		10,8 ± 5,1		6,6 ± 2,2		5,0 ± 2,5		141,8 ± 16,5	
25-30	22,7 ± 7,3		22,7 ± 7,3		11,2 ± 2,9		4,9 ± 2,8		23,1 ± 5,6		22,5 ± 6,2		4,0 ± 1,9 ¹		9,1 ± 3,8		11,9 ± 4,3		6,9 ± 3,0		4,9 ± 2,8		138,5 ± 23,5	
31-36	23,9 ± 7,4		23,9 ± 7,4		13,1 ± 5,5		4,5 ± 1,8		21,0 ± 6,1		21,9 ± 5,4		4,2 ± 1,7 ²		9,2 ± 3,8		11,4 ± 4,1		6,6 ± 2,5		4,5 ± 1,8		136,4 ± 23,1	
37-42	23,7 ± 8,6		23,7 ± 8,6		13,5 ± 5,7		4,9 ± 2,8		23,9 ± 6,1		22,9 ± 6,4		4,2 ± 2,3 ³		11,5 ± 5,5		9,3 ± 5,0		6,7 ± 3,1		4,9 ± 2,8		143,1 ± 32,3	
43 ve üzeri	23,8 ± 8,2		23,8 ± 8,2		14,3 ± 7,0		4,9 ± 2,6		21,8 ± 6,9		21,4 ± 7,2		6,1 ± 3,7 ^{1,2,3}		10,3 ± 4,6		11,5 ± 4,3		6,8 ± 3,3		4,9 ± 2,6		139,7 ± 33,8	
Anova Sonuçları	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P		
	0,231	0,921	2,457	0,048	2,082	0,085	1,589	0,179	0,635	0,638	5,448	0,000	2,169	0,075	2,026	0,093	0,068	0,991	0,227	0,923	0,349	0,844		

Tablo 4.10 (devam). İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet		Spiritüel Başetme		İnkâr		Sosyal Geri Çekilme		Negatif Benlik Algısı		Umut		Sosyal Destek Arama		Kabul		Kendine Yatırım Yapma		Eş İlişkileri		Toplam İKBÖ	
Eşi Eğitim Durumu	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS	
İlkokul	22,9 ± 8,2		12,3 ± 6,9		17,8 ± 4,4		22,1 ± 6,4		20,7 ± 7,0		4,8 ± 3,3		10,1 ± 4,8		11,6 ± 4,8		7,0 ± 3,0		5,5 ± 3,1		137,1 ± 31,6	
Ortaokul	22,3 ± 7,2		12,6 ± 5,4		17,9 ± 3,8		22,2 ± 6,3		21,6 ± 5,9		4,8 ± 2,6		9,2 ± 4,2		10,2 ± 3,9		6,5 ± 2,5		4,6 ± 2,1		133,4 ± 26,4	
Lise	24,1 ± 7,9		13,2 ± 4,2		19,0 ± 4,3		22,8 ± 5,9		21,4 ± 6,8		4,1 ± 1,9		9,3 ± 4,2		11,4 ± 4,3		7,1 ± 2,9		5,0 ± 2,4		140,0 ± 25,8	
Üniversite ve üzeri	24,2 ± 7,8		13,4 ± 5,5		19,8 ± 4,0		22,1 ± 6,4		23,9 ± 5,2		4,5 ± 2,4		11,2 ± 4,6		11,2 ± 4,9		6,4 ± 3,1		4,5 ± 2,4		144,1 ± 26,7	
Anova Sonuçları	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
	1,415	0,240	3,256	0,023	2,377	0,072	0,266	0,850	1,317	0,270	1,164	0,325	2,296	0,079	1,074	0,362	0,687	0,561	1,239	0,297	1,988	0,118

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

P=Anlamlılık Düzeyi, P<0,05

Tablo 4.10 incelendiğinde; uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) Post Hoc Testleri sonucunda; kadınların yaş ortalamaları ile başetme ölçeklerinden spiritüel başetme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (p<0,05). 25-30 yaş arasındaki infertil kadınlar ile 31-36 yaş

arasındaki infertil kadınlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalamaları ile başetme ölçeklerinden umut arasında bir farklılık olduğu görülmüştür. 19-24 yaş arasındaki infertil kadınlar ile 25-30 yaş arasındaki infertil kadınlar arasında farklılık olduğu, 25-30 yaş arasındaki infertil kadınlar ile 43 ve üzeri infertil kadınlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır. 43 yaş v üzerindeki kadınların başetme yöntemlerinden umudu daha az kullandıkları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu, aile biçimi ve yaşadıkları yer ortalamaları ile başetme ölçekleri arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır. İnfertil kadınların evlenme şekilleri ile başetme ölçeklerinden inkar arasında farklılık olduğu görülmüştür. Bu farklılığın; severek isteyerek evlenen kadınlar ile görücü usulü ile evlenen kadınlar arasında olduğu, görücü usulü ile evlenenlerin inkarı daha fazla kullandığı saptanmıştır. İnfertil kadınların evlenme şekilleri ile diğer başetme ölçekleri arasında farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların eşlerinin yaşları ile başetme ölçeklerinden spiritüel başetme ölçeği arasında farklılık olduğu, 25-30 yaş arası eşlerin daha fazla spiritüel baş etmeyi kullandıkları görülmüştür. Eş yaşları ile başetme ölçeklerinden umut ölçeği arasında farklılık olduğu, 25-30 yaş arası eşlerin 43 yaş ve üzeri olan eşlerden daha umutlu olduğu görülmüştür.

İKBÖ puanları ile araştırmaya katılanların çalışma durumu, gelir düzeyi ve eşin çalışma durumu arasındaki ilişki bağımsız t-testi yapılarak Tablo 4.11’de incelenmiştir

Tablo 4.11. İKBÖ Puanları ile Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet		Spiritüel Başetme		İnkâr		Sosyal Geri Çekilme		Negatif Benlik Algısı		Umut		Sosyal Destek Arama		Kabul		Kendine Yatırım Yapma		Eş İlişkileri		Toplam İKBÖ	
Çalışma Durumu	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS		Ortalama±SS	
Çalışıyor	24,2 ± 7,3		13,2 ± 5,4		18,9 ± 4,4		22,5 ± 6,2		22,3 ± 6,4		4,6 ± 2,6		10,2 ± 4,3		11,6 ± 4,3		6,5 ± 3,0		4,5 ± 2,0		141,1 ± 26,6	
Çalışmıyor	22,5 ± 8,2		12,6 ± 5,3		18,6 ± 3,9		22,1 ± 6,2		21,8 ± 6,1		4,5 ± 2,4		9,7 ± 4,6		10,7 ± 4,7		7,0 ± 2,7		5,2 ± 2,9		136,8 ± 28,1	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	1,474	0,550	0,768	0,959	0,230	1,450	0,395	0,586	0,536	0,737	0,183	0,981	0,664	0,526	0,213	1,564	-1,333	0,218	-1,985	0,009	0,493	0,471
Gelir Düzeyi																						
Gelir Gideri Karşılıyor	24,0 ± 7,6		13,0 ± 5,1		18,8 ± 4,3		22,4 ± 6,3		22,4 ± 6,3		4,7 ± 2,7		10,3 ± 4,5		11,3 ± 4,7		6,7 ± 2,9		4,9 ± 2,5		141,0 ± 27,4	
Gelir Gideri Karşılamıyor	21,1 ± 7,8		12,8 ± 6,4		18,6 ± 3,6		22,0 ± 5,7		21,0 ± 5,9		3,7 ± 1,5		8,6 ± 3,8		10,0 ± 3,5		6,8 ± 2,9		4,6 ± 2,2		131,5 ± 26,1	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	1,950	0,976	0,238	0,214	0,269	0,190	0,349	0,287	1,253	0,243	2,141	0,001	2,040	0,124	1,522	0,141	-0,295	0,903	0,533	0,568	1,807	0,709

t=Bağımsız T-Testi Analizi

P=Anlamlılık Düzeyi, p<0,05 düzeyde anlamlı

Tablo 4.11’de İKBÖ puanları ile infertil kadınların çalışma durumu incelendiğinde; uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda eş ilişkileri ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$), çalışan infertil kadınların eşleri ile ilişkileri daha iyi olduğu görülmüştür. İnfertil kadınların gelir düzeyi ile başetme ölçeklerinden umut ile farklılık gösterdiği, geliri gideri karşılamayan kadınların başetme yöntemlerinden umudu daha çok kullandığı bulunmuştur. İKBÖ puanları ile infertil kadınların çalışma durumu arasında farklılık olmadığı

saptanmıştır. İnfertil kadınlar için başetme ölçeği puanları ile kadınların infertilite durumuna ait özellikler arasındaki ilişki Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. İnfertil Kadınlar İçin Başetme Ölçeği Puanları ile Kadınların İnfertilite Durumuna Ait Özellikler Arasındaki İlişki.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet	Spirituel Başetme	İnkâr	Sosyal Geri Çekilme	Negatif Benlik Algısı	Umut	Sosyal Destek Arama	Kabul	Kendine Yatırım Yapma	Eş İlişkileri	Toplam İKBÖ
İnfertilite Süresi											
1-5 yıl	23,3 ± 7,5	13,0 ± 5,3	18,8 ± 4,0	22,2 ± 6,2	22,0 ± 6,3	4,3 ± 2,2	9,9 ± 4,3	11,7 ± 4,5	6,8 ± 2,7	4,8 ± 2,4	139,6 ± 27,7
6-10 yıl	23,5 ± 23,5	12,8 ± 4,6	19,0 ± 4,6	23,1 ± 5,5	23,0 ± 5,9	4,2 ± 1,4	10,2 ± 4,7	8,7 ± 3,9	6,4 ± 2,8	4,5 ± 2,2	137,2 ± 25,6
11 yıl ve üzeri	24,9 ± 8,9	13,0 ± 8,5	17,3 ± 4,7	21,5 ± 8,0	20,9 ± 7,2	8,1 ± 4,7	4,5 ± 2,5	10,2 ± 4,4	6,2 ± 3,8	5,6 ± 3,7	138,8 ± 29,9
Anova Sonuçları	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.
	0,190 0,827	0,090 0,991	0,684 0,506	0,353 0,703	0,568 0,568	12,338 0,000	0,055 0,947	5,990 0,003	0,427 0,653	0,709 0,494	0,980 0,906
İnfertilite Nedeni											
Kadın Faktörü	23,9 ± 7,7	12,4 ± 5,3	19,0 ± 4,3	23,0 ± 6,0	22,3 ± 6,4	4,4 ± 2,6	10,5 ± 4,2	10,5 ± 4,9	6,7 ± 3,0	4,5 ± 2,1	140,5 ± 27,0
Erkek Faktörü	20,8 ± 8,8	12,2 ± 4,4	18,4 ± 3,5	21,3 ± 6,7	21,8 ± 6,1	5,1 ± 3,8	9,1 ± 4,1	10,3 ± 4,4	6,6 ± 3,2	5,0 ± 3,0	132,0 ± 26,1
Hem Kadın Hem Erkek	22,7 ± 6,0	14,9 ± 6,3	18,2 ± 5,0	21,0 ± 6,0	20,2 ± 6,6	4,4 ± 1,8	9,0 ± 4,3	12,1 ± 5,45	6,4 ± 2,6	4,3 ± 1,7	133,3 ± 28,6
Sebebi Bilinmeyen	24,4 ± 7,8	13,0 ± 5,2	19,0 ± 3,9	22,7 ± 6,2	22,9 ± 5,9	4,5 ± 2,0	10,2 ± 4,8	11,42 ± 4,1	6,9 ± 2,9	5,2 ± 2,7	143,6 ± 27,0
Anova Sonuçları	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.	F Sig.
	1,481 0,222	1,760 0,156	0,434 0,729	1,024 0,383	1,321 0,269	0,574 0,633	1,139 0,335	1,203 0,310	0,184 0,907	1,216 0,306	1,650 0,178

F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

P=Anlamlılık Düzeyi, P<0,05

Tablo 4.12’de uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) Post Hoc Testleri sonucunda; İKBÖ puanları ile infertil kadınların infertilite nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($P>0,05$). İKBÖ puanları ile infertil kadınların infertilite süreleri arasında farklılık olduğu, 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 11 yıl ve üzeri infertil kadınlara göre daha umutlu oldukları saptanmıştır ($P<0,05$). İKBÖ puanları ile infertil kadınların infertilite süreleri ile kabul arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 6-10 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınlara göre daha fazla kabul ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.13. İKBÖ Puanları ile İnfertil Kadınların Tedavi Olma Durumu ile Daha Önce Tedavi Uygulama Durumu.

Sosyo-demografik Özellikler	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet		Spirituel Başetme		İnkâr		Sosyal Geri Çekilme		Negatif Benlik Algısı		Umut		Sosyal Destek Arama		Kabul		Kendine Yatırım Yapma		Eş İlişkileri		Toplam İKBÖ	
Şuan Tedavi Olma Durumu																						
Evet	23,3 ± 7,7		13,0 ± 5,5		18,5 ± 4,1		22,3 ± 6,1		21,8 ± 6,3		4,1 ± 1,9		9,8 ± 4,2		11,0 ± 4,5		6,7 ± 2,8		4,8 ± 2,4		137,8 ± 26,5	
Hayır	23,7 ± 7,7		13,0 ± 5,0		19,5 ± 4,5		22,3 ± 6,4		22,8 ± 6,0		5,9 ± 3,5		10,6 ± 5,2		11,3 ± 4,2		6,7 ± 3,1		49 ± 2,7		143,5 ± 29,6	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	-0,323	0,851	-0,082	0,541	-1,365	0,248	-0,001	1,000	-0,870	0,827	-4,233	0,000	-1,072	0,045	-0,358	0,940	-0,061	0,639	-0,210	0,937	-1,191	0,749
Daha Önce Tedavi Uygulama Durumu																						
Evet	22,4 ± 8,4		13,2 ± 5,8		19,1 ± 4,2		21,1 ± 6,4		21,6 ± 6,1		4,6 ± 2,5		9,6 ± 4,4		10,8 ± 4,4		6,6 ± 2,8		5,0 ± 2,6		135,6 ± 29,0	
Hayır	24,0 ± 7,2		12,9 ± 5,1		18,6 ± 4,1		22,9 ± 6,0		22,4 ± 6,3		4,5 ± 2,5		10,1 ± 4,4		11,2 ± 5,6		6,8 ± 3,0		4,7 ± 2,4		141,1 ± 26,3	
T-testi Sonuçları	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P	t	P
	-1,378	0,076	0,345	0,613	0,730	0,642	-1,857	0,466	-0,820	0,820	0,313	0,546	-0,720	0,443	-0,641	0,660	-0,305	0,990	0,744	0,367	-1,279	0,34

t=Bağımsız T-Testi Analizi

P=Anlamlılık Düzeyi, $p<0,05$ düzeyde anlamlı

Tablo 4.13’de uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda infertil kadınların tedavi olma durumları ile baş etme ölçeklerinden umut ve sosyal destek arama arasında negatif yönlü farklılık olduğu görülmüştür. İnfertil kadınların daha önce tedavi uygulama durumları ile İKBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($P>0,05$).



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

İnfertilite tanısı almış kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür bilgileri doğrultusunda beş bölümde tartışılmıştır.

1. Bölüm: Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan infertilite tanısı alan kadınların yaş ortalamasının 31.89 ± 6.74 , eşlerinin yaş ortalamasının 35.50 ± 7.38 , ortalama evlilik süresinin ortalama 6.82 ± 5.67 olduğu görülmektedir (Tablo 4.1) bulgular literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Öztürk ve ark. 2017, Karaca ve Ünsal 2015, Akyüz ve ark 2014)^{13,15,18}.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun (%77.1) 1-5 yıl süre ile infertilite sorunu yaşadığı, infertilite nedenlerinin; %32.0'nın kadın, %14.30 erkek, %17.10 hem kadın hem de erkek ve %36.6'sının açıklanamayan infertilite olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalar baktığımızda da benzer şekilde Karaca ve ark (2018) kadınların 85'i infertilite tanısı ile bir ile sekiz yıl arasında takip edildiğini, infertilite nedenlerinin %28.3'ü kadın, %18.3'ü erkek, %14.3'ü hem kadın hem de erkek infertilite ve %38.6'sının açıklanamayan infertilite olarak belirtirken, Öztürk ve ark (2017) infertilite nedenlerini %34.2 kadın, %16.3 erkek, %37.2 sinin açıklanamayan infertilite olarak saptamıştır^{13,66}. Akyüz ve ark (2013) çalışmasında bizimkinden farklı olarak erkek infertilite oranını daha fazla (%30.3) saptamıştır⁸.

Çalışmaya katılan kadınların %76.0'sının infertilite nedeni ile daha önce tedavi gördüğü fakat %65.10'unun daha önce tedavi uygulanmadığı görülmüştür. Öztürk ve ark. (2017) kadınların %60.1'inin daha önce infertilite nedeni ile tedavi gördüğünü belirtmiştir¹³. Kadınların çoğunun infertilite nedeni ile daha önce tedavi görmesi; infertilitenin toplumda görülme oranının artması ile beraber çocuk sahibi olmak için yardımcı üreme tekniklerine olan ilginin, tedavi şekillerinin, tedavi başarı oranlarının artması ve tedaviye ulaşmanın kolaylaşması ile açıklanabilir.

2. Bölüm: Aile İçi kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları ile ilgili Sonuçların Tartışılması

Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 50, en yüksek puan 150'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça şiddet düzeyi artmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların AKŞÖ'nden aldıkları puan minimum: 53 maksimum: 98, ortalama 65.62 ± 0.5 'tir (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Akyüz ve ark. (2013) AKŞÖ puan ortalamasını 67.23 ± 8.037 bulurken, bir başka çalışmada Akyüz ve ark (2014) AKŞÖ puan ortalamasının 67.0 ± 8.26 olduğunu ve altı yıldan daha uzun süredir çocuk sahibi olmaya çalışan, üç yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören kadınlarda toplam AKŞÖ puanının daha yüksek olarak belirlemiştir^{8,15}. Çalışmalarda infertilitenin aile içi şiddete neden olan ya da şiddeti arttıran bir faktör olduğu görülmektedir. Araştırmamızın bulguları literatürle benzerlik taşımaktadır. İnfertilite ile aile içi şiddet arasındaki ilişkiye inceleyen araştırmalarda; Bibi ve ark. (2014) şiddete maruz kalan kadınların %20'sinin, Ameh ve ark. (2007) %41.6'sının infertilite nedeniyle şiddete maruz kaldığını; Kaur (2014) kadınların %7'sinin infertiliteyi şiddete katkıda bulunan bir faktör olarak gördüklerini belirtmiştir^{10,11,12}. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Öztürk ve ark (2017) kadınların %32.5'inin yaşamları boyunca şiddete maruz kaldıklarını, kadınların %6,6'sının infertilite tanısı konulduktan sonra şiddete maruz kaldıklarını ve infertilite tanısının şiddeti (%5.0) arttırdığını bildirmiştir¹³. Yıldızhan ve ark. (2009) kadınların % 33,6'sının infertilite nedeniyle aile içi şiddet yaşadığını, bu kadınların %78'inin kadın faktör infertilite tanısını takiben ilk kez aile içi şiddet yaşadığını saptamıştır¹⁴. Çalışmalara baktığımızda infertilitenin aile içi şiddete neden olan bir risk faktörü olduğunu ve kadınların birçoğunun infertilite tanısı aldıktan sonra ilk kez şiddete maruz kaldığını söyleyebiliriz.

Araştırmamızda kadınları fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik ve sözel şiddet alt gruplarına göre değerlendirdiğimizde en çok duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir araştırmada çalışmamıza benzer şekilde infertil kadınlarda duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet puanları yüksek bulunmuştur (Akyüz 2013). Akyüz ve ark. (2013) infertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla duygusal ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtirken Rahnavardi ve ark. (2019) infertil kadınların fertil kadınlardan daha fazla cinsel şiddet yaşadıklarını saptamıştır^{8,70}. Yapılan çalışmalarda; Aduloju ve ark. (2015); %54.4, Sheikhan ve ark. (2014): %74.3, Ardabilly ve ark (2011); %33.8, Yıldızhan ve ark.

(2009); %73.4, duygusal/psikolojik şiddetin infertil kadınlara en çok uygulanan şiddet türü olduğunu bildirmiştir^{67,68,69}.

Araştırmamızda, kadınların infertilite sorunu ile baş etmek için en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma ve sosyal destek arama, kabul ve spiritüel başetmeyi kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4). İnfertilite stres yaratan, başa çıkılması zor bir krizdir ve infertilite sebebi ile aile içinde yaşanan şiddet, stres düzeyini artırabilir. Akyüz ve ark (2014) şiddetin infertilite stres düzeyini artırdığını, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan infertil kadınların, stres düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir¹⁵. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Yılmaz ve Oskay (2015) kadınların baş etmek için daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabileceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma gibi yöntemleri, Karaca ve Ünsal (2015) ise, eşleri ve infertil kadınlarla sorunlarını paylaşma, spiritüel baş etme yöntemlerine yönelme, toplumdan kaçınmayı kullandıklarını belirlemiştir^{17,18}. Yılmaz ve Şahin (2020) tarafından infertilite stresi ile baş etmede kullanılan bireysel baş etme yöntemlerini içeren çalışmaların sonuçlarının incelendiği sistematik derlemede; din ve maneviyata yönelme, sosyal izolasyon, durumu yok sayma ve dikkati başka yöne çekme en çok kullanılan yöntemler olarak belirlenmiştir⁷¹.

3. Bölüm: Aile İçi kadına Yönelik Şiddet ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmamızda AKŞÖ ile İKBÖ arasındaki ilişkiye baktığımızda (Tablo 4.5); kadına yönelik aile içi şiddet arttıkça baş etmenin azaldığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer bir şekilde Gümüş ve ark. (2020) fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete maruz kalan kadınların kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama gibi etkili başetme yöntemlerini kalmayan kadınlardan daha az, duygusal şiddete maruz kadınların ise boyun eğici yaklaşım gibi etkisiz baş etme yöntemlerini şiddete maruz kalmayan kadınlardan daha fazla kullandıklarını belirlemiştir⁷².

4. Bölüm: Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçlarının Tartışılması

Araştırmada kadınların eğitim durumu, aile tipi, yaşanan yer ve evlenme şeklinin içi şiddeti arttıran bir faktör olduğu saptanmıştır. İlkokul mezunu kadınlar daha çok sözel şiddete maruz kalırken, üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınlardan daha fazla

cinsel şiddet gördüğü, üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınların daha az ekonomik ve duygusal şiddet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4.6). Benzer şekilde Akyüz ve ark (2013) eğitim düzeyi düşük infertil kadınların aile içi şiddete maruz kalma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur⁸. Literatürde şiddete maruz kalan kadınların çoğunun eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Efe 2010, Akyüz 2013, Rahnavardi 2019)^{70,73}.

Eşinin ailesi ile yaşayan kadınların daha fazla ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldığı, il merkezinde yaşayan infertil kadınların daha az duygusal ve sözel şiddet gördüğü, görücü usulü ile evlenen kadınların daha fazla ekonomik şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinin yaşı ile eğitim durumunun şiddeti etkileyen bir faktör olduğu 43 yaş ve üzeri olan eşlerin 25-30 yaş arasındaki eşlere göre daha fazla fiziksel şiddet, 31-36 yaş arasındaki eşlere göre ise daha fazla sözel şiddet, ilköğretim mezunu eşlerin infertil kadınlara daha fazla duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet uyguladığı belirlenmiştir.

Çalışma durumu aile içi şiddeti etkileyen bir başka faktördür. Çalışmayan infertil kadınların daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı, eşleri çalışmayan infertil kadınların ise daha fazla ekonomik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

İnfertilite nedeni erkek faktör olanlar daha fazla cinsel şiddet uygulamaktadır.

5. Bölüm: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçlarının Tartışılması

İnfertilite stres yaratan, başa çıkılması zor bir krizdir ve infertilite sebebi ile aile içinde yaşanan şiddet, stres düzeyini artırabilir. Yapılan bir çalışmada şiddetin infertilite stres düzeyini artırdığı, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalan infertil kadınların, stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (akyüz 2014). Araştırmamızda, 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 11 yıl ve üzeri infertil kadınlara göre daha umutlu oldukları, 6-10 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınlara göre daha fazla kabul ettikleri saptanmıştır. Bu durum infertilite tanısının yeni almış ve tedavi sürecine yeni başlamış kişilerin çocuk sahibi olmak için daha çok umutlu olabilecekleri infertilite süresi arttığında buna paralel olarak uygulanan tedavilerden alınan başarısız sonuçların çocuk sahibi olma umudunu azaltması ile açıklanabilir. İnfertilite tanısı alınan süre uzadıkça umut azalmakla beraber kişilerin sorunu kabullenme düzeyleri de artmaktadır.

6. ÖNERİLER

İnfertilite tanısı almış kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edile sonuçlar;

- Kadınların yaş ortalamasının 31.89 ± 6.74 , eşlerinin yaş ortalamasının 35.50 ± 7.38 olduğu,
- Evlilik sürelerinin 1 ile 30 yıl (ortalama $6,82 \pm 5,67$) arasında değiştiği,
- Kadınların çoğunun (%40.6) 25-30 yaş arasında, (%30.9) üniversite ve üzeri mezunu olduğu ve çalıştığı (%55.4),
- %85.1'inin en az üç kişiden oluşan çekirdek aile içinde, il merkezinde (%52) yaşadıkları,
- Kadınların %67.4'ünün eşi ile severek ve isteyerek evlendikleri,
- Kadınların çoğunun (%77.1) ilk beş yıl içinde infertilite sorunu yaşadığı, %36,6'sının çocuk sahibi olamama sebebinin bilinmediği, %32.0'ının ise çocuk sahibi olamama nedeninin kadın faktörlü olduğu, %76.0'sının şuan tedavi gördüğü fakat %65.10'una daha önce tedavi uygulanmadığı,
- AKŞÖ puan ortalamasının 65.62 ± 0.5 olduğu, kadınların en çok duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları,
- Kadınların İKBÖ'nden aldıkları puan ortalamasının 139.17 ± 2.0 olduğu, infertilite sorunu ile baş etmek için en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma ve sosyal destek arama, kabul ve spiritüel baş etmeyi kullandıkları,
- Aile içi kadına yönelik şiddet arttıkça baş etmenin azaldığı,
- İlkokul mezunu kadınların daha çok sözel şiddete maruz kalırken, üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınların daha az ekonomik ve duygusal şiddet gördüğü, İlkokul mezunu infertil kadınların üniversite ve üzeri mezun olan infertil kadınlardan daha fazla cinsel şiddet gördüğü,
- Eşinin ailesi ile yaşayan kadınların daha fazla ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldığı, il merkezinde yaşayan infertil kadınların daha az duygusal ve sözel

şiddet gördüğü, görücü usulü ile evlenen kadınların daha fazla ekonomik şiddet gördüğü,

- 43 yaş ve üzeri olan eşlerin 25-30 yaş arasındaki eşlere göre daha fazla fiziksel şiddet, 31-36 yaş arasındaki eşlere göre ise daha fazla sözel şiddet uyguladığı saptanmıştır.
- İlkokul mezunu eşler infertil kadınlara daha fazla duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet uyguladığı,
- Çalışmayan infertil kadınların eşlerinden fiziksel şiddet gördüğü, eşleri çalışmayan infertil kadınların ise eşlerinden daha fazla ekonomik şiddet gördüğü,
- İnfertilite nedeni erkek faktör olanların daha fazla cinsel şiddet uyguladığı,
- Çalışan infertil kadınların eşleri ile ilişkilerinin daha iyi olduğu, geliri gideri karşılamayan kadınların başetme yöntemlerinden umudu daha çok kullandığı,
- 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 11 yıl ve üzeri infertil kadınlara göre daha umutlu oldukları, 6-10 yıl arası infertilite süresi olan kadınların 1-5 yıl arası infertilite süresi olan kadınlara göre daha fazla kabul ettikleri saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire ve sağlık bakım profesyonellerinin infertil çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti göz önünde bulundurması,
- Etkilenen kadınlara uygun sağlık ve destek hizmetlerine erişme fırsatı vermek için infertilite kliniklerinde aile içi şiddetin rutin olarak taranması,
- Aile içi şiddetin belirlendiğin çiftlerin danışmanlık için gerekli yerlere yönlendirilmesi,
- Cinsiyete bağlı eşitsizlikler konusunda toplumun farkındalığını artırmaya yönelik çalışmaların yapılması gerektiği önerilmektedir.
- Sağlık profesyonelleri infertilite sorunu yaşayan çiftler ile çalışırken stres azaltıcı ve etkili başa çıkma yöntemlerini kullanarak kişilerin baş etme gücünü arttırmayı hedeflemelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of art terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 2009; 92:1520-1524.
2. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 15. Baskı. Ankara: Akademisyen kitabevi, 2017.
3. Akyüz A. İnfertilite tedavisi ve sonucun alınması sürecinde iletişim güçlükleri. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji Obstetri Derneği, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı, 2005; 20.
4. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve bu uygulamalardan yararlanan çiftlere yaklaşım. 1. Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, 2001.
5. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining the congruence between couples perceived infertility- related stress and its relation ship to depression and marital adjustment in infertile men and women. *Family Process*, 2003; 42(1), 59-70.
6. Günay O, Cetinkaya F, Naçar M, Aydın T. Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005;10:105-10.
7. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012; 3(2), 80-85.
8. Akyüz A, Seven M, Şahiner G, Bakır B. Studying The Effect of Infertility on Marital Violence in Turkish Women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2013 6(4): 286-293.
9. Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbil Dergisi*, 2012; 1:27-38.
10. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Quresh PMA. Prevalence, instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad, Sindh. *Pak J Med Sci*. 2014;30(1):122-125. doi: 10.12669/pjms.301.4533.

11. Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med*. 2007; 16(4): 375-377.
12. Kaur S, Patidar AB, Sharma M, Navneet S. Domestic violence and its contributory factors among married women in selected slums of Ludhiana, Punjab. *Nurs Midwifery Res J*. 2014;10(1):30-35.
13. Öztürk R, Taner A, Güneri Er S, Yılmaz B. Another face of violence against women: Infertility. *Pak J Med Sci*. 2017;33(4):909-914.
14. Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoğlu, M, Yıldızhan B, Şahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009; 104:110-112.
15. Akyüz A, Şahiner G, Seven M, Bakır B. The Effect of Marital Violence on Infertility Distress among A Sample of Turkish Women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2014;8(1): 67-76.
16. Watkins KJ, Baldo TD. The Infertility Experience. *Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors*, 2004; 10: 82-85.
17. Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *HSP* 2015;2(1):100-112.
18. Karaca A, Ünsal G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*. 2015; 9 (3): 243-250.
19. Baydar Ö, Yanıkkerem E. İnfertil Kadınlara Yaşadıkları Şiddet Boyutları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*; 2016(7):98-119.
20. American Society for Reproductive Medicine. (Meaning: Infertility). <http://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>. Erişim Tarihi: 12 Aralık 2019.
21. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü, psikiyatride güncel yaklaşımlar, 2014; 6:2:165-184.
22. Frey, KA, Patel, KS. Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician, *Mayo Clin Proc*, 2004; 79:11: 1439-1443.
23. Dünya Sağlık Örgütü, <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en/>, Erişim tarihi: 30 Aralık 2019.
24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

25. Lee JW, Hyun MK, Ang L. Complementary therapy for female infertility: Protocol for an overview of systematic reviews. *BMJ Clin Evid*, 2010; 819.
26. Şahin NH, Bişliç D, Demirgöz M. Doğurganlığı Etkileyen Faktörler (İnfertilite Hemşireliği) Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. Acar Bası M, 2009. İstanbul :19-22.
27. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Çeviri: Erk A, Günalp S. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 7. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2007: 1200-1250.
28. Jonathen SB. Berek ve Novak Jinekoloji (A. Erk, F. Demirtürk, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
29. Wu MH, Shoji Y, Chuang PC, Tsai SJ. Endometriosis: Disease Pathophysiology and Role of Prostaglandins?. *Expert Rev Mol Med*, 2007; 9(2), 1-20.
30. Ehsani M, Mohammadnia-Afrouzi M, Mirzakhani M, Esmailzadeh S, Shahbazi M. Female Unexplained Infertility: A Disease with Imbalanced Adaptive Immunity, *J Hum Reprod Sci*. 2019, 12 (4); 274-282.
31. Dünya Sağlık Örgütü (2010). WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 5th Edition.
32. Ficarra V, Cerruto MA, Liguori G, Mazzoni G, Minucci S, Tracia A, Gentile V. (2006). Treatment Of Varicocele In Subfertile Men: The Cochrane Review: A Contrary Opinion. *European Urology*, 49(2), 258–263.
33. Snodgrass W. Hypospadias. A. J. Wein (Ed.) Campbell-Walsh Urology. 2012, Elsevier. 3503–3536.
34. Cecos F, Schwartz D, Mayaux MJ. Female fecundity as a function of age. *New England Journal of Medicine*, 1982; 306, 404-406.
35. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
36. Eshre Capri Workshop Group. Fertility and Ageing. *Human Reproduction Update*, 2005; 11(3):261-276.
37. Harris ID, Fronczak C, Roth L, Meacham RB. Fertility and the Aging Male. *Reviews in Urology*, 2011; 13(4), 184-190.
38. Demir S, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları *Androloji Bülteni*, 2015; 17:136-139.
39. Terzioğlu F, Yücel Ç, Karatay, G, Sigara ve infertilite. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, 2008.
40. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Obesity and reproduction, *Fertil Steril* 90 (Suppl 5), 2008; 21.

41. Maheshwari A, Hamilton M, Bhattacharya S, Effect of female age on the diagnostic categories of infertility, Hum Reprod 23, 2008: 538.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı, Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Merkezleri Yönetmeliği 2005. <http://www.saglik.gov.tr>. (12.03.2020).
43. Erdoğan S, Çöğendez E, Eken M, Keyif B, Erdoğan B. ve Kaya, E. Kontrollü ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi alan infertil hastalarda gebelik oranlarını etkileyen faktörler. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 2015; 7: 1-7.
44. Uludağ SZ. IUI Kime, Nasıl, Ne zaman? Editör: Pabuçcu R, Fıçıcıoğlu C, Baysal B. Üreme Endokrinolojisi Teknikleri ve Cerrahisi, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım Kitapevi, 2017; 175-177.
45. Ongun B, Özörnek MH. Yardımla üreme tekniklerinde anestezi uygulamaları. T Klin Jynecol Obst 2003; 13: 266-270.
46. Çetin C, Çetin MT. Düünden bugüne yardımla üreme teknikleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2014; 23:148-55.
47. Karanisaoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı (İnfertilite Hemşireliği) Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. Acar Basım, 2009. İstanbul. s:77-78.
48. Fıdo A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti Women: Cultural perspectives. Internatiol Journal of Social Psychiciatry 2004; 50(4): 294– 300.
49. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2008;5:105-10.
50. Gonzalez LO. Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues Ment Health Nurs 2000;21:619-33.
51. Rooij FB, Balen F, Hermanns JMA. Migrants and the meaning of parenthood: Involuntary childless Turkish migrants in the Netherlands. Human Reproduction. 2006; 21:7:1832-1838.
52. Demirci N, Coşkun Potur D. Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. F.N. Hemşirelik Dergisi, 2014; 22:1:39-45.
53. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eylem Planı (2016-2020 yılları arası), Ankara. İnternet Erişimi: www.kadininstatusu.aile.gov.tr/ulusal-eylem-planlari/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planlari. Erişim Tarihi: 01 Ocak 2020.

54. Birleşmiş Milletler (2008). Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi. İnternet Erişim: <http://www.bmkadinhaklari.org>. Erişim Tarihi: 04 Ocak 2020.
55. Flinck A, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Survival of intimate partnerviolence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14, 383–393.
56. Farzadi L, Ghasemzadeh A, Asl ZB, Mahini IM, Shirdel H. Intimate partner violence against infertile women. *J Clin Res Gov*2014;4:147-51.
57. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım. 1. Baskı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2001.
58. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008: 11;4, 112-121.
59. Weiten W, Hammer EY, Dunn DS. Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu, Çev. Ed. Ebru İkiz, İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık, 2012.
60. Folkman S, Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis, *J Pers Soc Psychol*, 1984; 46(4):839-52.
61. Benyamini Y, Bardarian YG, Gozlan M, Tabiv G, Shiloh S, Kokia E. Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments, *Psychology and Health*. February, 2008; 23(2): 221-241.
62. Hart AV. İnfertilite and The Rol Of Psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 2002; 23:31-41.
63. Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2001; 22(3):133-141.
64. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 2325-2341.
65. Kılıç BÇ. 1999.Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Belirlenmesi ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr Semra Erdoğan).
66. Karaca A, Ünsal G, Aşık E, Keser, Anakaralı H, Merih YD. Development and Assessment of a Coping Scale for Infertile Women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health* September 2018; 22 (3):13.
67. Aduloju PO, Olagbujı, NB, Olofinbıyı AB, Awoleke JO. Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-

- western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;188(21):66-69.
68. Sheikh Z, Ozgol G, Azar M, Alavimajd H. . Domestic violence in Iranian infertile women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 2014;28 (1), 1023-1031.
69. Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011;112(1):15-17.
70. Rahnavardi M, Shayan A, Rezaie Chamani S, Heydarifard S, Rahebi M. The Impact of Infertility on Sexual Violence in Women Referring to AL-Zahra Infertility Center in Rasht. *Journal of Health and Care*, 2019; 21(1): 44-52.
71. Yılmaz B, Şahin n. İnfertilite stress ile baş etme yöntemleri: Bir sistematik Derleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020;7(1): 84-95.
72. Gümüş AB, Şıpkın S, Erdem Ö. Kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2020; 11(2):79-87. DOI: 10.14744/phd.2020.58561.
73. Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:23-29.

8. EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma çocuk sahibi olamayan kadınların yaşadıkları aile içi şiddeti ve başa çıkmada kullandıkları yöntemleri belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Gönüllü katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

ANKET NO:

1- Yaşınız:.....

2- Eğitim durumunuz

1() İlkokul 2() Ortaokul 3() Lise 4() Üniversite ve üzeri

3- Mesleğiniz:

4- Çalışma durumunuz:

1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor

5- Gelir durumunuz:

1() Gelir gideri karşılıyor 2() Gelir gideri karşılamıyor

6- Aile biçimi:

1() Çekirdek aile 2() Eşinin ailesi ile () Kendi ailesi ile

7- Yaşadığınız yer

1() Köy 2() İlçe 3() İl merkezi

8- Evlilik yılınız:.....

9- Evlenme şekliniz.

1() Severeke-isteyerek 2() Görücü usulü ile 3() Tanışıp anlaşılarak 4() diğere

10- Eşinizin yaşı:.....

11- Eşinizin eğitim durumu

1() İlkokul 2() Ortaokul 3() Lise 4() Üniversite ve üzeri

12- Eşinizin Mesleği:

13- Eşinizin çalışma durumu:

1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor

14- Çocuk sahibi olamamanızın nedeni?

1()Kadın faktör.....

2()Erkek faktör.....

3() Her ikisi

4() Sebebi bilinmiyor

15- Ne kadar süredir çocuk sahibi olmayı istiyorsunuz?

16- İnfertilite süresi (İlk ne zaman tanı aldınız)

1()1-5 yıl 2()6-10 yıl 3()11 ve üzeri

17-Çocuk sahibi olmak için tedavi görüyor musunuz?

1()Evet 2()Hayır

18- Daha önce tüp bebek ya da diğer tedavi uygulamaları yapıldı mı?

1()Evet 2()Hayır

EK 2: Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği

EK-6

Aşağıda eşinizin size karşı olabilecek davranış ve tutumları ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Herbir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanını (X) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her seçeneğe uygun cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz.

Örneğin:

	<u>Hicbir zaman</u>	<u>Bazen</u>	<u>Herzaman</u>
Eşim beni sık sık döver.	()	()	(X)

	<u>Hicbir zaman</u>	<u>Bazen</u>	<u>Herzaman</u>
1- Tekme ve tokat atar.	()	()	()
2- Yaptığım şeyleri över.	()	()	()
3- Bana sözle hakaret eder.	()	()	()
4- İşimi bırakmamı istiyor.	()	()	()
5- Başka erkeklerle konuşmama izin verir.	()	()	()
6- Boğazımı sıkarak boğmaya çalışır.	()	()	()
7- Dışarı çıkmama izin verir.	()	()	()
8- Benim kararlarımı da sorar.	()	()	()
9- İş gezilerine, yemek ve eğlencelere gitmeme izin verir.	()	()	()
10- Cinsel isteklerini yapmazsam bana kötü davranır.	()	()	()
11- Cezalandırmak için elimi ,kolumu ,ağzımı bağlar.	()	()	()
12- Bana sevgi gösterir.	()	()	()
13- İsteklerini bağırarak belirtir.	()	()	()
14- İşimde ilerlememi ister.	()	()	()
15- İstemediğim halde cinsel ilişkiye zorlar.	()	()	()

	<u>Hicbir zaman</u>	<u>Bazen</u>	<u>Herzaman</u>
16- Aç susuz bırakır	()	()	()
17- Ailemi ve arkadaşlarımı aşağılar.	()	()	()
18- Kûfür eder.	()	()	()
19- Getirdiğim paranın hepsini alır.	()	()	()
20- Başka kadınlarla ilgilenir.	()	()	()
21- Üzerimde sigara söndürür.	()	()	()
22- Bana güzel sözler söyler.	()	()	()
23- Kötü bir anne olduğumu söyler.	()	()	()
24- Gelirimizi içki, kumar gibi şeylere harcar.	()	()	()
25- Cinsel bölgelerime zarar verir.	()	()	()
26- Hamile iken döver.	()	()	()
27- Ondan korkarım.	()	()	()
28- Yaptığım iyi şeyleri över.	()	()	()
29- Geliş gidiş saatlerimi kontrol eder.	()	()	()
30- Benim cinsel isteklerimi de önemser.	()	()	()
31- Eline geçeni üzerime doğru fırlatır.	()	()	()
32- Sevdiğim şeyleri yaptırmaz.	()	()	()
33- Düşüncelerimi sormaz.	()	()	()
34- İşyerime gelip olay çıkarır.	()	()	()
35- İstemediğim şekilde cinsel ilişkide bulunmamı ister.	()	()	()
36- Bir odaya kilitler.	()	()	()
37- Evlilik, yıl dönümü, doğum günü gibi özel günlerde yanımda olur.	()	()	()
38- Birşey yapmamı istediğinde rica eder	()	()	()
39- Giydiklerime karışır.	()	()	()

	<u>Hiçbir zaman</u>	<u>Bazen</u>	<u>Herzaman</u>
40- Kadınlık görevimi yapmadığımı söyler.	()	()	()
41- Sopa, kemer gibi araçlarla döver.	()	()	()
42- Diğer insanlarla ilişkilerimi kontrol eder, kısıtlar.	()	()	()
43- Kötü bir eş olduğumu söyler.	()	()	()
44- Kendime harcama yapmama izin verir.	()	()	()
45- Cinsel ilişki sırasında vurur.	()	()	()
46- Silahla korkutur yaralar.	()	()	()
47- Kendisine karşı duygularımı ifade etmeme izin verir.	()	()	()
48- İşe yaramadığımı söyler.	()	()	()
49- Özel ihtiyaçlarımı karşılamam için para verir.	()	()	()
50- Cinsel ilişkiye isteksiz olduğumu söyleyerek alay eder.	()	()	()

EK 3: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği

ÇOCUK SAHİBİ OLAMAYAN (İNFERTİL) KADINLAR İÇİN BAŞ ETME ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,

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

NO	İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
		1	2	3	4	5
	Düşüncelerle ilgili aşırı meşguliyet					
1	Düşüncelerimden dolayı yalnız kalma isteğim oluyor					
2	Çocukla ilgili düşüncelerimin takıntı boyutuna geldiğini düşünüyorum					
3	Çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerim zihnimi sürekli meşgul ediyor					
4	Düşüncelerimden dolayı uykusuzluk, iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar yaşıyorum					
5	Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum					
6	Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum					
7	Artık direnme ve mücadele gücüm kalmadı					
	Spiritüel Baş etme					

8	Eskiye göre daha fazla dua ediyorum					
9	Çocuk sahibi olamadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım					
10	Bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükâfatlandıracağına inanıyorum					
11	Çocuk sahibi olamamamı kadere bağlıyorum					
12	Din inancıma sığınmaya çalışıyorum					
13	Çocuk sahibi olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanıyorum					
14	Bu sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum					
	İnkâr					
15	Kendime 'bu olanlar benim başıma gelmiş olamaz' diyorum					
16	Gerçekten böyle bir olay yokmuş gibi davranıyorum					
17	Başka insanların sorunumu bilmelerini istemiyorum					
18	Bu sorunum hakkında konuşmayı tercih ediyorum					
19	Bu sorunumu etrafımdaki neredeyse herkesle paylaşıyorum					
20	Aile ve arkadaşlarımla bu sorunuma müdahale etmelerini istemiyorum					
	Sosyal Geri Çekilme					
21	İnsanların çocuk ile ilgili soru sorabilecekleri ortamlardan uzak duruyorum					
22	Akrabalarım ile daha az görüşmeyi tercih ediyorum					
23	Çocuğu olan ya da bebek bekleyen kadınlar ile görüşmekten kaçınıyorum					
24	Bebek görme/ bebek mevlüdü gibi sosyal aktivitelerden kaçınıyorum					
25	Çocuk sahibi olan diğer çiftler görünce onlara karşı öfke					

	duyuyorum					
26	Çocukları sevmekten kaçınıyorum					
	Negatif Benlik Algısı					
27	Kendimi zayıf, eksik hissediyorum					
28	Bana acıyacakları endişesi ile başkalarının yanında duygularımı dışa vuramıyorum(ağlayamıyorum vb.)					
29	Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum					
30	Kendi bedenimi kusurlu görüyorum ve kendimi suçluyorum					
31	Çocuk sahibi olmadığımız için eşime haksızlık ettiğimi düşünüyorum					
32	Eşimin beni suçladığını düşünüyorum					
	Umut					
33	Çocukla ilgili hayaller kuruyorum					
34	Çocuk sahibi olma konusunda planlar yapıyorum					
35	Çocuk sahibi olacağım ile ilgili umutluyum					
	Sosyal destek arama					
36	Duygusal paylaşımlarımı sadece benimle aynı sorunu yaşayan kişilerle yapıyorum					
37	Benim durumumda olan ya da daha önce bu deneyimi yaşamış kadınlarla vakit geçirmeye çalışıyorum					
38	Benzer tecrübeleri yaşamış olan insanlara ne yaptıklarını soruyorum					
39	Saygı duyduğum/ güvendiğim bir akraba ya da arkadaştan bu konuyla ilgili tavsiyeler istiyorum					
	Kabul					

40	Tedavinin başarısızlık ihtimaline karşı sonraki adımları düşünüyorum					
41	Bu sorun ile ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapıyorum(kitap, internet, bilgilendirme içerikli					
42	Çocuğumun olmaması veya tedavi ile olmaması fikrine alıştım					
43	Bu durumla yaşamayı öğreniyorum					
44	Bu durumun olumlu taraflarını düşünmeye çalışıyorum					
	Kendine Yatırım yapma					
45	Sakinleştiren aktiviteleri(masaj, kitap okuma, müzik dinleme gibi) daha çok yapıyorum					
46	Kendimi çeşitli yönlerden geliştirmeye önem veriyorum(kurs, hobi, atölye)					
47	Dış görünüşüme eskisinden daha çok dikkat ediyorum					
	Eş ilişkileri					
48	Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum					
49	Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum					
50	Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum					

EK 4: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **İnfertil Kadınların Yaşadıkları Aile İçi Şiddet ve Başetme Yöntemleri "** dir. İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin en az bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürmemeye olarak tanımlanmaktadır. Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olarak görülmekte ve çoğunlukla bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır. Bu durumdan dolayı infertil kadınların aile içi şiddete maruz kaldıkları düşünülmektedir. Diğer yandan, kadınların maruz kaldıkları şiddeti algılama, yorumlama ve onunla baş etme biçimleri de farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıkların belirleyicileri arasında o toplumun dini, siyasi ve sosyal düzenlemeleri ve kadının toplumdaki konumu da görülmektedir. İnfertil Kadınların Yaşadıkları Aile İçi Şiddet ve Başetme Yöntemleri'nin belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman 0*** ** no'lu telefondan Filiz Süzer Özkan'a ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmacılar fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; **kesinlikle ayrı sayfalarda olmalıdır** Güncelleme tarihi 28.11.2013

EK 5: Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İnfertil Kadınların Yaşadıkları Aile İçi Şiddet ve Başetme Yöntemleri						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama					
	SİGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	İLAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/145	Tarih: 13.07.2018						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Atilla Seniğ MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş. Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülbin SEZEN
İmza:

Prof. Dr. Hüseyin

Tıbbi Genetik A.B.D.

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İnfertil Kadınların Yaşadıkları Aile İçi Şiddet ve Başetme Yöntemleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN			
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Arife ÇALIŞKAN			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz ****			
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç Dr. Gülbin SEZEN

İmza:

Prof. Dr. Hüseyin YÜCE

Tıbbi Genetik A.D.

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 6: Araştırma Uygulama İzni

İZİN FORMU

"İNFERTİL KADINLARIN YAŞADIKLARI AİLE İÇİ ŞİDDET VE BAŞETME YÖNTEMLERİ" konulu çalışmamız için Anabilim Dalınızda ve/veya Araştırma ve Uygulama Merkezinde uygulamamıza izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Filiz Süzer Özkan

Hemşire Arife Çalışkan

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalında çalışma yapması uygundur.

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalı Başkanı

Tarih:

Adı Soyadı: Prof. Dr. FİKRET GÖKHAN GÖYNÜMER

İmzası:

Prof. Dr.
Kadın H

ÜMER
ennat

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.

Başhekim

Tarih: **Prof. Dr. Alp Aiper ŞAFAK**
Başhekim Yrd.

Adı Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Gelendost'ta doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Gelendost'ta tamamladıktan sonra 1996-2000 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde eğitim gördü. 1999-2000 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesinden Pedagojik Formasyon eğitimi aldı. 2002 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde hemşire olarak göreve başladı. 2012-2013 yılları arasında Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliğinde tezsiz yüksek lisans yaptı. 2017 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Doğum Hemşireliğinde yüksek lisansa başladı. Halen Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Sorumlu Hemşire olarak görev yapmaktadır.