



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERDE KADININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN BELİRLENMESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Büşra Gizem YURTÇU
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

ADANA-2018



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERDE KADININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN BELİRLENMESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Büşra Gizem YURTÇU
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-2017-9542 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yardımlarını, engin bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabrını, özverili yaklaşımını ve naif kişiliğini benden esirgemeyen akıl hocam ve danışman hocam olan Prof. Dr. Esra Saatçi'ye,

Eğitim sürecimdeki katkı ve emeklerinden dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Doç. Dr. Sevgi Özcan'a, Doç Dr. Hatice Kurdak'a, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. İbrahim Ferhat Ürünsak'a,

Kapısından içeri adım attığım andan itibaren hayatıma ayrı bir anlam katan Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na, birlikte görev yaptığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışanlarına, tez sürecinde beni hiç yalnız bırakmayan Dr. Elif Can Halıcı'ya,

Tez sürecinde desteklerinden dolayı Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim görevlilerine ve asistan arkadaşlarıma, infertilite polikliniği hemşire ve personellerine, projemize maddi destek veren Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Fonu'na,

Her anımda yanımda olan hayatıma anlam katan eşim Dr. Eray Yurtçu'ya, bugünlere gelmemin mimarı olan, her dönem yanımda olan annem Dr. Nurşen Yıldırım ve babam Dr. Ahmet Metin Yıldırım'ya, akademik desteklerinden dolayı kıymetli ablam Dr. Meltem Akça'ya, en değerlilerimden Şule'me ve hayat ışığım oğlum Rüzgar'ıma çok teşekkür ederim.

Dr. Büşra Gizem YURTÇU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İnfertilite	2
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı.....	2
2.1.2. İnfertilite Epidemiyolojisi.....	2
2.1.3. İnfertilitenin Değerlendirmesi.....	3
2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi.....	3
2.1.3.1.1. Anamnez	4
2.1.3.1.2. Fizik Muayene	4
2.1.3.1.3. Laboratuvar İncelemeleri	5
2.1.3.1.4. Tanıya Yönelik Girişİmler.....	5
2.1.3.1.5. Prekonsepsiyonal Değerlendirme	5
2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi.....	6
2.1.4. Yardımcı Üreme Teknikleri.....	6
2.2. Şiddet	6
2.2.1. Şiddet Tanımı.....	6
2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı	7
2.3. Depresyon	8
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	8
2.3.2. Depresyon Epidemiyolojisi.....	8
2.3.3. Depresyonda Tanı Koyma Süreci	10
2.4. İnfertiliteye Sosyokültürel Bakış	12
2.5. İnfertilite ve Doğurganlık	13
2.6. İnfertilite ve Yaşam Krizi	15

2.7. İnfertilite ve Şiddet	17
2.8. İnfertilite ve Depresyon	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.3. İzinsiz	26
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	27
3.4.2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği.....	27
3.4.3. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği	27
3.5. Araştırmanın Uygulanması	28
3.6. Verilerin Analizi	28
3.7. Araştırmanın Bütçesi	28
3.8. Araştırmanın Süresi	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	82
8. EKLER.....	98
8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu	98
8.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu.....	104
9. ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=350).....	29
Tablo 2. Kadınların infertilite tedavi durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 3. Kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı	30
Tablo 4. Katılımcıların evlilikle ilgili özelliklerine göre dağılımı	31
Tablo 5. Katılımcıların birinci basamak beç depresyon ölçeği ile infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlara göre durumları	31
Tablo 6. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçeklerine ilişkin puan durumu.....	32
Tablo 7. Birinci basamak beç depresyon ölçeği ile infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	32
Tablo 8. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile alt ölçekleri ve birinci basamak beç depresyon ölçeklerinin birbirleriyle korelasyon analizi	33
Tablo 9. Katılımcıların daha önce infertilite tedavisi olup olmama durumları ile infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile alt ölçekleri ve birinci basamak beç depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	35
Tablo 10. Psikiyatrik danışmanlık alıp almama durumları ile infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile alt ölçekleri ve birinci basamak beç depresyon ölçeği arasındaki ilişki.....	36
Tablo 11. Kadının çalışma durumu ile infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile alt ölçekleri ve birinci basamak beç depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	36
Tablo 12. Kadının çalışma durumu ile birinci basamak beç depresyon ölçeği arasındaki ilişki.....	38
Tablo 13. Psikiyatrik danışmanlık alma ve infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçekleri ile birinci basamak beç depresyon ölçeği arasındaki ilişki	38
Tablo 14. Kadının çalışma durumu ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki	38
Tablo 15. Çocuk sahibi olup olmama durumu ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki.....	39
Tablo 16. Sigara kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki.....	39
Tablo 17. Alkol kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki.....	40
Tablo 18. Psikiyatrik danışmanlık alma ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki.....	40
Tablo 19. Birinci basamak beç depresyon ölçek puanı ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki.....	40
Tablo 20. Kadının çalışma durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki.....	40
Tablo 21. Kadının eğitim durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki.....	41
Tablo 22. Eş eğitim durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki	41
Tablo 23. Kadının eğitim durumu ve birinci basamak beç depresyon ölçeği puanı arasındaki ilişki.....	41
Tablo 24. Eş eğitim durumu ve birinci basamak beç depresyon ölçeği puanı arasındaki ilişki.....	41
Tablo 25. Kadının eğitim durumu ve ölçek ortalamaları.....	42
Tablo 26. Birinci basamak beç depresyon ölçeği puanları ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki	43
Tablo 27. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği toplam puanları ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki	43
Tablo 28. Kadının eğitim durumu ve infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	44

Tablo 29. Aile içi şiddet alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki.....	45
Tablo 30. Sosyal baskı alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki	45
Tablo 31. Cezalandırma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki.....	46
Tablo 32. Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki.....	46
Tablo 33. Dışlanma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki.....	47
Tablo 34. Eş eğitim durumu ve birinci basamak beck depresyon ölçeği ve infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ortalamaları	47
Tablo 35. Birinci basamak beck depresyon ölçeği ve eş eğitim durumu arasındaki ilişki.....	48
Tablo 36. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve eş eğitim durumu arasındaki ilişki	49
Tablo 37. Eş eğitim durumu ve infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları.....	49
Tablo 38. Aile içi şiddet alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki	50
Tablo 39. Sosyal Baskı alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki	51
Tablo 40. Cezalandırma alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki	51
Tablo 41. Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki.....	51
Tablo 42. Kadının eğitim durumu, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	52
Tablo 43. Daha önceki tedavi durumu, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki	54
Tablo 44. Evlilik süresi, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	57
Tablo 45. Aile tipi, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki	57
Tablo 46. Çocuk varlığı, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	58
Tablo 47. Tedaviyi isteyen kişi, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	59
Tablo 48. Kadının ilk evlilik yaşı, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	60

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya sağlık Örgütü
BM	: Birleşmiş Milletler
ASRM	: American Society for Reproductive Medicine Practice Commitee
BB-BDÖ	: Birinci Basamak Beck Depresyon Tarama Ölçeği
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
MDB	: Major Depresif Bozukluk
ICSI	: İnstitute for Clinical Systems Improvement
APA	: American Psychiatric Association
İKMKŞBÖ	: İnfertil Kadında Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği
PAP	: Papanicolaeu

ÖZET

İnfertilite Tedavisine Başvuran Çiftlerde Kadının Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Depresyonla İlişkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: İnfertilite çiftlerin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bu durum bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ekonomik etkilerinin olduğu, bu etkilerin stres, anksiyete, depresyon, ekonomik zorluklar, suçluluk, korku, sosyal statü kaybı, çaresizlik, sosyal damgalanma ve bazen de şiddet olabileceği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada infertilite tedavisine başvuran çiftlerde kadının maruz kaldığı şiddetin depresyonla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniği'ne başvuran 350 kadın hasta oluşturmaktadır. Araştırmada tarafımızca oluşturulan 18 soruluk Sosyodemografik Özellikler Formu, 31 sorudan oluşan İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve yedi sorudan oluşan Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanan veriler kodlanarak bilgisayara girilmiş ve SPSS 20.0 istatistiksel analiz programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $30,63 \pm 6,41$ yıl olup ortalama evlilik süresi $5,20 \pm 4,01$ yıl, ilk evlilik yaşı ortalaması $24,62 \pm 6,54$ yıl olduğu bulunmuştur. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puan ortalamalarının $49,53 \pm 13,66$ olduğu, kadınların Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının $3,54 \pm 2,75$ olduğu, kadınların depresyon düzeyleri ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Kadının çalışma durumu, kadının eğitim durumu, eşin eğitim durumu ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcıların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi anlamlı olarak daha fazladır. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalamaları yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Şiddet, Depresyon, Aile hekimliği

ABSTRACT

Assessment of Relationship Between Violence Against Women and Depression in Couples Applying for Infertility Treatment

Background and Aim: Infertility threatens health with adverse effects on mental health and quality of life of couples and this situation is defined as a life crisis. There are physical, psychological, social, emotional and economic effects of infertility. It is emphasized that these effects may be stress, anxiety, depression, economic difficulties, guilt, fear, social status loss, helplessness, social stigmatization and sometimes violence. In this study, it was aimed to assess the relationship between violence against women and depression in couples applying for infertility treatment.

Materials and Methods: The study included 350 female patients who applied to infertility outpatient clinic in Balcali Hospital of Cukurova University between May and September 2017. Participants completed sociodemographic questionnaire, IWEDVS and BDI-PC questionnaire. Data was analyzed using SPSS 20.0 Statistical analysis program.

Results: The mean age of the women was $30,63 \pm 6,41$ years, the duration of marriage was $5,20 \pm 4,01$ years and the mean age of first marriage was $24,62 \pm 6,54$ years. The mean score of IWEVDS was $49,53 \pm 13,66$, the mean score of BDI-PC was $3,54 - 2,75$ and there was a significant relationship between the total violence scores and depression levels. A significant relationship was found between total violence scores and education level, spouses education level and employment status. ($p < 0,05$)

Conclusion: Depression tendency is significantly higher for those with a higher mean score of IWEVDS. There is a tendency to depression in those with a high means of domestic violence, social pressure, punishment, exposure to traditional practice and exclusion subscales of IWEVDS.

Key words: Depression, Family Medicine, Infertility, Violence.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre infertilite, çiftlerde korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen en az 12 ay boyunca gebelik oluşmamasıdır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. Türkiye’de de infertilite oranının % 10-15 olduğu yani yaklaşık 1,5 – 2 milyon çiftin etkilendiği tahmin edilmektedir. İnfertilite, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite bir kriz olmakla birlikte, infertil bireyler üzerinde özellikle de kadınlar üzerinde hem psikolojik hem de toplumsal baskı yaratmaktadır. Yapılan çalışmalarda infertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve finansal etkileri olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu etkiler stres, anksiyete, depresyon, ekonomik zorluklar, suçluluk, korku, sosyal statü kaybı, çaresizlik, sosyal damgalanma ve bazen de şiddet olarak ortaya çıkmıştır (1).

Dünyada kadına yönelik şiddet yaygındır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. 1993 tarihli Birleşmiş Milletler (BM) Kadına Yönelik Şiddete Karşı Bildirgesinin birinci maddesine göre; kadına yönelik şiddet, ister kamusal alanda ister özel yaşamda meydana gelsin, kadının fiziksel, ruhsal, sosyal, cinsel ve ekonomik açıdan zarar görmesine, acı çekmesine neden olan, onurunu zedeleyen, temel hak ve özgürlüklerini kullanmasını engelleyerek, kadınlara karşı ayrımcılığın sürmesine yol açan bir eylemdir. Bununla birlikte yapılan çalışmaların çoğunda infertil kadına yönelik şiddetin en sık türü kişinin bedeninden çok ruh sağlığını hedef alan psikolojik şiddettir.

Yarım yüzyıldan fazladır infertilite ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkiler araştırılmaya başlanmış, son yıllarda da infertilite tanı ve tedavisindeki gelişmeler ve infertilitenin sıklığındaki artışla beraber bu ilişkiler daha da önem kazanmıştır. İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda anksiyete, depresyon, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığını göstermiştir. Depresyon, her yaşta görülebilen, kişinin biyopsikososyal hayatını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır.

Çalışmamızda amacımız infertilite tedavisi için başvuran çiftlerde kadının maruz kaldığı şiddeti belirlemek ve depresyonla ilişkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

World Health Organisation (WHO) ve American Society for Reproductive Medicine Practice Committee'nin (ASRM) tanımına göre infertilite, çiftlerde korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen en az 12 ay boyunca gebelik oluşmamasıdır.

Kadının 35 yaş ve üzerinde olduğu çiftler ile, gebeliklerin tekrarlayan düşüklerle sonuçlandığı çiftler için 6 aylık süre tanı için yeterli kabul edilmektedir (2).

Primer infertilite; çiftin en az 12 ay boyunca korunmasız düzenli cinsel ilişkisine rağmen hiç gebelik oluşmaması durumudur.

Sekonder infertilite; çiftin canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olması ancak 12 ay boyunca korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması durumudur. Fekundabilite; tek bir menstrüel siklusta gebe kalabilme potansiyelidir. Korunma yöntemi kullanmayan fertil çiftlerin % 57'si ilk üç ayda, % 72'si 6 ay içinde, % 85'i bir yılda, % 93'ü iki yılın sonunda gebe kalabilmektedir (3).

2.1.2. İnfertilite Epidemiyolojisi

İnfertilite nedenleri pek çok ülkede benzerlik gösterse de, infertilite sıklığı birçok ülkede ve aynı ülkenin bölgeleri arasında bile farklı oranlarda görülmektedir.

İnfertilite oranının üreme yaş grubundaki çiftlerde % 5 ile % 30 arasında değiştiği, dünyadaki infertil oranlarına bakıldığında; çiftlerin % 8'inin yani yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir. (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir.

Türkiye'de de infertilite oranının % 10-15 olduğu yani yaklaşık 1,5 – 2 milyon infertil çift olduğu tahmin edilmektedir.

Çiftlerdeki infertilite nedenleri, ovulatuvar bozukluk (% 15), tubal ve peritoneal patoloji (% 30-40), nedeni açıklanamamış infertilite (% 10) erkek faktörü (% 30-40) ve nadir problemlerdir (Uterin /servikal patoloji) (% 5) (5).

Nedenlerin dağılımı infertilite süresine ve merkezlerin düzeyine göre değişmektedir (6), (7).

2.1.3. İnfertilitenin Değerlendirmesi

Çocuk sahibi olmak amacıyla tedavi merkezlerine başvuran çiftlerde infertilitenin tanımlanması, infertiliteye sebep olan faktörlerin belirlenerek buna yönelik tedavinin planlanması bir bütündür. Bir yıl veya daha süre korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamayan bütün çiftlere değerlendirme yapılması önerilmelidir ancak 35 yaşın üzerindeki kadınlarda altı aylık başarısız girişimler sonrası değerlendirme yapılması gerekmektedir (8), (9). Kırk yaşın üstündeki kadınlarda da altı ay beklenmeden değerlendirme yapılmalıdır (9).

On iki aydan az korunmasız ilişkiye sahip genç çiftlerde zamanlı ilişki ve üriner Lh kiti hakkında bilgi verilmesi ile değerlendirme öncesi sürenin 12 aya tamamlanması ve fertilitiyi geliştirmek için yaşam tarzı değişiklikleri önerilebilir.

Bazı durumlarda değerlendirme hemen yapılmalıdır. Kadında oligomenore veya amenore olması, kadında kemoterapi/radyoterapi veya ileri derece endometriozis öyküsü, bilinen uterus veya tubal hastalık olması ya da şüphesi bulunması, kadın partnerde prematür ovaryan yetmezlik risk faktörleri bulunmasıdır. Erkek faktörleri olarak da testikuler veya inguinal cerrahi öyküsü, erişkin kabakulak geçirme öyküsü, impotans, seksüel disfonksiyon, kemoterapi veya radyoterapi öyküsü, başka bir partner ile subinfertilite öyküsü olması bu durumları kapsar (10).

İlk danışmada çiftlerin her ikisinin de katılımı sağlanmalı ve değerlendirilmeli, her muayeneye birlikte gelmeleri teşvik edilmelidir. Bu şekilde amaçlanan daha fazla bilgiye ulaşmak ve çiftin birbirine destek olmalarını sağlamaktır. İlk değerlendirmede anamnez ve fizik muayene ilk adımdır. İnfertiliteye sebep olabilecek olası nedenleri saptamak, nedene göre tedavi süreci hakkında çiftleri bilgilendirmek, uygun tedavi seçeneklerini çifte sunmaktır.

2.1.3.1. Kadının Değerlendirilmesi

Kadının değerlendirmesinde; anamnezin alınması, fizik muayenenin yapılması ve gerekli tetkiklerin uygulanması esastır.

2.1.3.1.1. Anamnez

İnfertilite etyolojisini belirleyebilmek için ayrıntılı anamnez alınması esastır.

Anamnez alırken sorulması gerekenler; yaş ve evlilik süresi, infertilite süresi, geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar, galaktore, tiroid hastalığı, hirsutizm, pelvik ağrı varlığı, alerjiler, geçirilen operasyonlar, kullanılan ilaçlar, siklus anamnezi (menarş yaşı, adet düzeni (süresi, miktarı, rengi, kaç günde bir adet gördüğü, dismenore öyküsü)), erken menopoz ve infertilite açısından aile öyküsü, tütün, alkol veya diğer maddelerin kullanımı, geçirilen jinekolojik hastalıklar (Enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, myom-polip-tümörler), gebelik, doğum ve abortus, psikolojik nedenler, daha önce kullanmış olduğu kontrasepsiyon yöntemi, şimdiye kadar uygulanan tanı yöntemleri, sonuçları, uygulanan tedaviler, cinsel yaşam (cinsel ilişki sıklığı, ilişki sırasında problem yaşama durumu, vb.), mesleki ve çevresel yaşam, ailesel ve/veya genetik hastalıklar, cinsel ilişkiden önce ve sonraki uygulamalardır (11) (12) (13) (14) (15).

2.1.3.1.2. Fizik Muayene

Fizik muayene infertilitenin olası nedenlerini belirlemelidir. Vital bulgular, kilo ve boy kaydedilmeli, vücut kitle endeksi hesaplanmalıdır. Çiftler detaylı bir sistemik ve genital muayeneden geçirilmelidir. Sekonder seks karakterleri incelenmelidir.

Tiroid bezinde büyüme, nodül veya hassasiyet varlığına, meme salgıları ve özelliklerine, androjen fazlalığı bulgularına (hirsutizm, akne, erkek tipi kellik, virilizasyon) dikkat edilmelidir.

Pelvik muayene özellikle bilgilendirici olabilir. İlk muayene esnasında, mutlaka spekulum ile muayene yapılmalı, yakın zamanda yapılmış servikal smear testi yoksa servikal smear taraması yapılmalıdır. Vajinal muayenede vajina, serviks ve uterusun normal yapıda olduğu gözlenip, vajinal septum veya çift serviks benzeri konjenital anomaliler ekarte edilmelidir (15).

Her infertilite değerlendirmesi dikkatli ve tam bir öykü ve fizik muayene ile başlamalıdır. Öykü ve fizik muayenede saptanan bulgular infertilitenin olası nedenlerine odaklanılmasına katkı sağlar (16).

2.1.3.1.3. Laboratuvar İncelemeleri

Hormonal testler: Folikül stimulan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testosteron, Serolojik testler: HbsAg, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, Rubella IgG (ve/veya IgM), Toxoplazma IgG (ve/veya IgM), VDRL, kan grubu ve tam kan sayımı (12) (17).

2.1.3.1.4. Tanıya Yönelik Girişimler

Anamnez ve muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanır (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi) (12) (13).

2.1.3.1.5. Prekonsepsiyonal Değerlendirme

Konsepsiyon öncesi tarama da infertilite değerlendirilmesi esnasında ele alınabilir. Saptanan risk faktörü varlığında genetik danışmanlık önerilmelidir (18).

Üreme çağındaki cinsel aktif tüm kadınlara PAP smear taraması önerilmelidir. Kan grubu, Rh durumu ve Rh negatif çıkanlarda antikor taraması önceden bilinmiyorsa yapılması önerilmektedir (5).

Gonore ve klamidy, sifiliz, hepatit B ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar için orta ve yüksek risk taşıyan tüm kadınlara tarama yapılmalıdır. Maternal HIV enfeksiyonunun tedavisi, konjenital enfeksiyon riskini azalttığından gebelik planlayan kadınlarda gönüllü oldukları takdirde HIV için de tarama önerilir. Rubella enfeksiyonu veya aşılama durumu bilinmiyorsa bağışıklık durumuna bakılmalı ve seronegatif saptanması halinde aşılama yapılmalıdır. Aşılamadan sonra bir ay gebelikten korunma yeterlidir (19).

Anemi açısından tam kan sayımı yapılmalıdır. Erken gebelikte kötü glukoz kontrolü erken düşük ve konjenital anomali riskini arttırdığı için açlık kan şekeri ve HbA1c bakılması önerilmektedir. Rutin toxoplazma taraması ABD, İngiltere gibi bazı ülkelerde önerilmemekle beraber, toxoplazma ile karşılaşmamış kadınlar için faydalı olabilir. Bu kişilere kedilerden uzak durulması, bahçe işleri ile uğraşırken eldiven giyilmesi, çiğ et yenmemesi, sık el yıkanması yönünde tavsiyeler verilmesi uygundur.

2.1.3.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

Anamnez: Hastanın tıbbi öyküsünden yola çıkarak infertilite için risk faktörleri ve davranışlar saptanmaya çalışılır. Erkeklerin daha önceki fertilité öyküleri, cinsel fonksiyon bozuklukları, geçirilmiş genital yol enfeksiyonları, inmemiş testis ve inguinal herni hikayeleri sorgulanmalıdır.

Fizik muayene: Penis muayenesi, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vazların ve epididimlerin varlığı ve yapısı, varikozel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı, meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri gözlemlenir.

Tarıya yönelik olarak semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon tetkikleri erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde uygulanan tetkiklerdir (12) (13) (14).

2.1.4. Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri;

- Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi)
- Cerrahi Tedavi
- Artifisiyel İnseminasyon (Aİ)
- In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)
- Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)
- Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)
- Subzonal Sperm İnseriyonu (SUZİ)
- Mikromanipulasyondur

2.2. Şiddet

2.2.1. Şiddet Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre; sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır.

Şiddet bir toplum ruh sağlığı problemi ve insan hakları sorunudur.

2.2.2. Kadına Yönelik Şiddet Tanımı

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (20).

1993 tarihli Birleşmiş Milletler (BM) Kadına Yönelik Şiddete Karşı Bildirgesi'nin birinci maddesine göre; kadına yönelik şiddet, ister kamusal alanda ister özel yaşamda meydana gelsin, kadının fiziksel, ruhsal, sosyal, cinsel ve ekonomik açıdan zarar görmesine, acı çekmesine neden olan, onurunu zedeleyen, temel hak ve özgürlüklerini kullanmasını engelleyerek, kadınlara karşı ayrımcılığın sürmesine yol açan bir eylemdir.

Şiddetin türlerinden biri olan kişilerarası şiddet, aile içinde uygulanan şiddet ve topluluk içi şiddet olarak iki alt gruba ayrılmaktadır (21):

1. Aile İçi Şiddet: Genellikle ev içinde eş veya diğer aile bireylerinin, birbirine, özellikle kadına, çocuk ve yaşlılara uyguladığı şiddeti ifade eder.

2. Topluluk İçi Şiddet: Birbirini tanıyan veya tanımayan aile dışı kimseler arasında yaşanan şiddet olgusunu içerir.

Aile içi şiddet aile üyelerinden biri tarafından aynı ailedeki bir diğer üyenin yaşamını, fizik veya psikolojik bütünlüğü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem veya ihmaldir (22).

Şiddet bireysel, bireyler arası, aile ve toplum düzeylerinde pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir (23)

Kadına yönelik şiddet dünya çapında özellikle kadınları etkileyen sosyal bir sağlık problemi olarak düşünülür. Şiddet genellikle fiziksel, cinsel, sözel, ekonomik ve duygusal (psikolojik) şiddet olmak beş grupta ele alınır:

1) Fiziksel şiddet: Kaba kuvvetin bir korkutma, sindirme ve yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır (24).

2) Psikolojik (duygusal) şiddet: Kişinin bedeninden çok ruh sağlığını hedef alan şiddet türü psikolojik şiddettir. Duyguların ve duygusal gereksinimlerin; zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır (25).

Psikolojik şiddetin etkileri çoğunlukla gözle görülür olmadığı için hafife alınır, ama bu tür şiddet kişide ağır yaralar açabilir. Psikolojik şiddet görenlerde sürekli korku içinde yaşamak, kendini değersiz hissetmek, depresyon, intihar eğilimi, bağımlılık, utanç ve suçluluk duygusu, uyku ve beslenme bozuklukları, sosyal ilişkilerin bozulması gibi duygusal/psikolojik rahatsızlıklar görülebilir.

3) Ekonomik şiddet: Ekonomik kaynakların ve paranın düzenli bir şekilde kadın üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır (26).

4) Cinsel şiddet: Kadını rıza göstermediği herhangi bir cinsel davranışa zorlamak cinsel şiddettir. Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasını da içerir (26).

5) Sözel şiddet: Sözel şiddet, söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır (25) .

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, her yaşta görülebilen, kişinin biyopsikososyal hayatını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Bilişsel yetiler, duygulanım ve davranış alanları etkilenmektedir (27).

Depresyon; çökkün duygudurum, ilgisizlik ve isteksizlik, zevk alamama, enerji azlığı, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu, psikomotor ajitasyon yada retardasyon, yineleyen intihar düşünceleri gibi farklı şekillerde kendini gösteren ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olan bir duygu durum bozukluğudur (28) (29).

Dünya Sağlık Örgütü, depresyonun tanı ve tedavisinin birinci basamak hekimi tarafından sağlanabileceğini, birinci basamak tedavilere yanıt vermeyen veya komplike depresyonu olan bireyler için uzman bakımına ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (28).

2.3.2. Depresyon Epidemiyolojisi

Dünyada ölümcül olmayan kronik hastalıkların hastalık yükü oranlarına bakıldığında %31'ini mental, nörolojik hastalıklar ve madde bağımlılıkları

oluşturmaktadır. Bunun içindeki dağılım ise; % 10 depresyon, % 4 anksiyete bozuklukları, % 4 alkol kullanım bozukluğu ve % 14 diğerleridir. (30) (31).

Depresyon bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahiptir. Major Depresif Bozukluğu DSM V Sınıflandırması'nda 'depresyon bozuklukları' başlığı altında yer alır, en yaygın duygudurum bozukluğudur, tek ya da tekrarlayan epizodlarla seyrederek (32) (33).

Depresyon yaygın bir mental hastalık olup dünyada tüm yaş gruplarında yaklaşık 350 milyon insanı etkilemektedir. Her yıl Avrupa'da 15 kişiden biri major depresyon olmaktadır (30) (31) (34).

Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında işgöremezlik ve erken ölüm nedenleri arasında depresyonun ikinci sırada yer alacağını söylemektedir (35).

Major Depresif Bozukluğun (MDB) yaşam boyu prevalansı % 20'dir. Ergenlerde görülme oranı % 4-8'dir. Kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda erkeklere göre iki kat daha yaygın görülür (36).

Herhangi bir andaki depresif bozukluklar prevalansı toplumda % 9 olup, % 3,4'ü major depresyondur (37).

Hastaların yüzde ellisinde hastalık 20 ile 50 yaş aralığında başlar. Çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de görülebilir. Yeni yapılan çalışmalar, depresif bozukluğun 20 yaş altındaki bireylerde giderek arttığını göstermektedir.

1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4 olduğu tespit edilmiştir (38).

Yüksek yaygınlık oranları göstermesine ek olarak tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (32).

Depresyonda olan hastaların üçte ikisi intiharı düşünür ve % 10-15'i intihar girişiminde bulunur. Hastaların % 97'si enerjilerinin azaldığından şikayet eder ve işleri bitirmekte zorluk çekerler. Bu kişilerin % 80'i uyku bozukluğundan yakınır ve iş ve okul performansları bozulmuştur. Çok sayıda hastada iştah ve kilo kaybı olur, diğer geri kalan hastalarda iştah artışı ve kilo alımı olur ve normalden daha fazla uyurlar.

Yapılan çalışmalarda ailesel genetik yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın cinsiyet, eğitim düzeyinde düşüklük, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı,

bedensel rahatsızlıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar major depresyon için temel risk faktörleri olarak ileri sürülmüştür (39) (40).

2.3.3. Depresyonda Tanı Koyma Süreci

Klinik Sistem Geliştirme Enstitüsü'nün (Institute for Clinical Systems Improvement: ICSI) Birinci Basamakta Depresyon Rehberi, depresyon düşünülen durumlarda depresyon taramasının yapılmasını önermektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association: APA), klinisyenlere standardize geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıyla her erişkinde rutin olarak depresyonun taramasını önermektedir. Standardize tarama ölçekleri, depresyonu taramak için kullanılabilir olmasına karşın hiçbir zaman tanı aracı olarak kullanılamazlar. Tarama ölçeklerinin sonuçlarına göre tanı amaçlı görüşme yapılmalıdır. Depresyon tanısı için önerilen DSM-5 ölçütleri kullanılarak yapılan yapılandırılmış klinik görüşme gereklidir (41) (42).

Aile hekimi, depresyonun şiddetini belirlemek için standart bir ölçek (Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği v.b.) kullanmalı ve bu ölçekten alınan puanlar ile klinik durumun şiddetini belirlemelidir. Bu puan uygulanacak tedavi için yol gösterici olur. Ayrıca uygulanan tedavinin etkinliği ve iyileşmenin izlenmesi için de bu anketin puanlarının takip edilmesi önemlidir. DSM-V TR ölçütlerince tanı konan hastaların belirtileri (anhedoni, insomnia vb.) kaydedilmeli ve tedavi sonrası bunlarla ilgili klinik düzelme ayrıca izlenmelidir (43).

DSM-V tanı kriterlerine göre Major Depresyon Bozukluğu:

A. İki haftalık bir dönem boyunca, önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha çoğu) bulunması; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olmalıdır.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

1. Çökkün duygudurum, hemen her gün, günün büyük çoğunluğunda bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzgündür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün etkinliklere ya da neredeyse bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, hemen her gün ve günün büyük

çoğunluğunda bulunur (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkasının gözlemi ile belirlenir).

3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha fazla olan bir değişiklik) ya da hemen her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Hemen her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (Sadece, öznel olarak dinginlik sağlayamama ya da ağırlaştığı duygusunu bildirmesi yeterli değildir, başkalarının gözlemi gerekir.)

6. Hemen her gün, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.

7. Hemen her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (hezeyan olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (hastanın kendi anlatımına göre ya da başkalarıncı gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özgül bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da genel tıbbi durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlı olamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkınlık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde bulunan belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu karar, kişiden alınan anamnezin ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da diğer tıbbi durumların fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Anksiyeteye birlikte, mikst özellikli, melankolik özellikler gösteren, atipik özellikler gösteren, psikotik özelliklerle birlikte, katatoniyle giden, peripartum başlangıç ve mevsimsel örüntü gösteren durumlar varsa bunları belirtiniz (44).

2.4. İnfertiliteye Sosyokültürel Bakış

Kültür, maruz kalınan hastalıkları algılama ve bu hastalıklara karşı mücadele etme yöntemlerini belirlemekte ve insanlar, hastalıkları kültürleri doğrultusunda tecrübe etmektedir (45).

Çocuk sahibi olmakla ilgili kültürel cevaplar, topluma göre değişmektedir (46).

İnfertilite, ülkemizde verimsizlik anlamına gelen kısırılık olarak adlandırılmakta ve kusur veya eksiklik olarak kabul görmektedir.

Üreme yeteneği, cinsel kimlik hakkındaki kültürel ve sosyal inançlara bağlı olduğu için bu konuda başarısız olmak infertil kişinin kadınlık veya erkeklik algısını olumsuz etkiler (47) (48).

Üremeye dair başarısızlığın sosyokültürel anlamı nedeniyle, duygusal stresteki artış, infertilitenin sonuçlarının daha ciddi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sosyokültürel sonuçlar; ciddi sosyal etiketlenme ve dışlanma, evlilik içi ya da sosyal şiddet, zorla boşanma ve ikinci eşlerin ortaya çıkmasında artıştır. Ancak bu durumlarda, yasal ya da ahlaki kurallar, geleneksel ve dini adetler, doğum yanlılığı derecesi, akrabalık sistemleri-aile-evlilik bağlarındaki farklılıklar nedeniyle, batılı olmayan toplumlar arasında da önemli oranda farklılıklar bulunmaktadır (49).

İnfertilite, çiftlerin evliliklerini ve sosyal hayatlarını, sürecin uzun olması, sürecin ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi, tedavi işlemlerinin çok karmaşık ve uzun

basamaklardan geçmeyi gerektirmesi ve infertilite tedavisi sonunda elde edilecek sonucun etkilerinden dolayı derinden etkilemektedir.

Eşler, bir diğerinin annelik ve babalık rolünü yerine getirmesine engel olmanın ve ait oldukları kültürün gereği olarak önemli bir toplumsal rolü yerine getirememenin suçluluğunu yaşarlar (50).

İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır. Eşler kendilerini ya evliliklerini sürdürme, ya da çocuk sahibi olma arasında seçim yapmak zorunda kalmış gibi hissederler ve sağlıklı olan eş başka bir evlilik yapmayı düşünmeye başlayabilir. Bu nedenle evlilik ilişkisi artık yıkılma tehdidi altındadır ve bu tehdit kişileri ikinci bir kayıp olasılığıyla karşı karşıya bırakır (51).

İnfertilite yasal olarak boşanma nedeni olmamasına rağmen aile ilişkileri ve geçmişi etkilediğinden bazı kültürlerde, özellikle geniş ailelerden gelenlerde dolaylı bir boşanma nedeni olarak karşımıza çıkar. Ayrıca bazı bölgelerde yaygın olarak görülen çok eşli evliliklerde, neden kadının infertil olmasından kaynaklanabilmektedir (52).

Kadının birinci planda cinsel obje ve üretkenlik simgesi olarak algılanmasının yaygın olduğu toplumlarda, infertilite ailesel, etik ve dini boyutlar kazanarak toplumsal bir olgu haline gelmektedir (53).

Pekçok kültürde gebelik ve ebeveynlik yaşamın önemli gelişimsel basamaklarından biri olarak görülmektedir. Üreme fonksiyonu çoğu kültür ve dinde kadına ait bir sorumluluk olarak görülmekte ve pek çok kültür gebeliği ve ebeveynliği arzulanan, kritik bir gelişimsel aşama olarak görmektedir (54).

2.5. İnfertilite ve Doğurganlık

Doğurganlık, yetişkin gelişiminin önemli bir parçasıdır, sağlıklı ve başarılı çocuklar yetiştirmek, her çiftin özlem duyduğu bir olgudur. İnfertilite çiftlerle birlikte bütün ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesini bozan önemli bir sağlık sorunudur (52).

Meyers ve arkadaşlarına göre çocuk, bireylere varoluşsal anlam, kimlik ve statü sağlar. Ebeveynlerine ailenin, kültürün ve insan ırkının devamında rol alma ayrıcalığı sunarlar (55).

İnfertilite; çiftlerin çocuk isteklerinin en yoğun olduğu dönemde, ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösterir ve çiftleri fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak etkisi altına alır (56) (57).

Evli çiftler istedikleri halde toplumun beklentisini yerine getiremediğinde “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olurlar. Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamak için gerekli üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık ve yetersizlik duygularına neden olmaktadır. İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, gelecek planlarını, cinsel hayatlarını, benlik saygılarını, beden imgelerini, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizi olarak karşılırlarına çıkar. Aynı zamanda infertilite tedavisi ekonomik olarak yüklü, duygusal olarak stresli, uyum mekanizmalarını zorlayan, fiziksel olarak da sancılı bir süreçtir. Bu nedenle infertil çiftlerde suçluluk, değersizlik hissi ve depresyon gelişebilmektedir (58) (51) (59) (60) (61) (62).

Kadının sosyal statüsü toplumdaki erkeklerle birlikte içinde bulunduğu toplumun kurallarına, değer yargılarına, ideolojik yapılarına göre şekillenmektedir (63).

Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisidir, ancak çoğunlukla bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır (64) (65) (66).

Yapılan bir araştırmada, infertil kadınlara göre anne olmak, çocuk doğurabilmek ile aynıdır. Kadınların toplumsal statülerini korumaları, geleceklerini güvence altına almaları anlamına gelmektedir (67) (68).

Aile kurumunun en temel görevlerinden biri olan neslin devamlılığını sağlayamayıp başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar (51).

Bütün dünyada olduğu gibi, Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirmekte ve çocuğun olmadığı evliliklerde sorunlar ortaya çıkmaktadır (69) (70) (71) (72).

Türkiye’de kadının evlenerek gittiği hanede saygınlık kazanması, erkeğin gözüne girmesi, analık zevkini tatması ve soyun devamı için doğurması gerekmektedir (73).

Bireylerin infertiliteye tepkileri kişisel farklılıklar göstermektedir. İnfertilite kadının anne olma hayallerini sorgulamasına neden olur. Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim

isteklerime uymuyor), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme psikolojik eksiklik (annelik güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, lohusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (74).

Toplumda annelik kadın olmanın en üst ifadesi olarak kabul edilir.

Bir kadının kimliği ne kadar fazla anne olması ile tanımlanırsa onun psikolojik üzüntüsünün ve yetersizlik hislerinin miktarı da o kadar fazla olur. İnfertilite ne kadar uzun sürerse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hâkim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonuçlanabilir (75).

2.6. İnfertilite ve Yaşam Krizi

Menning'in yaşam krizi teorisi, infertilitenin, psikolojik olarak tehdit edici ve duygusal açıdan sıkıntı verici karmaşık bir yaşam krizi olduğu üzerinedir. Yaşam krizi modeli, infertiliteyi olumsuz bir olay olarak görür ve infertilitenin farklı yollarla neden olduğu stresi de kapsamak üzere, infertil olmanın sonuçları üzerinde odaklanır (55) (76).

Pasch ve Dunkel-Schetter infertilite etkisinin bir yaşam krizi modeli yerine, daha çok stres ve başa çıkma modeline uyduğunu ve çift seviyesinde ele alınması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (77). Biyolojik, psikolojik ve sosyal olaylar birbirini etkilemektedir. Biyopsikososyal teori, bu faktörlerin etkileşimini göz önüne alarak insan davranışını açıklamaya çalışmaktadır. İnfertilitenin; hem bir akut yaşam krizi hem de bireyin kendisi, eşi, ilişkileri, aile ve arkadaşları için beklendiği gibi gelişmeyen bir olay olarak kavramlaştırılmasını sağlar. İnfertilite, etkileri varoluşsal, fiziksel, duygusal ve ilişkisel boyutlarda incelenmesi gereken ve ortalama bir bireyin baş etme gücünü zorlayan stresli bir durum olarak ele alınır (55).

İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durumdur. Birçok çift infertiliteyi yaşamlarının en büyük krizi olarak tanımlamaktadır (78).

Freeman ve arkadaşları, yaptıkları görüşmelerde infertil kadınların yarısının infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak kabul ettiklerini, erkeklerin ise %15'inin bu düşüncüyü paylaştığını belirtmiştir. (79).

Williams'ın çalışmasında; infertil kadınların değersizlik, yetersizlik, kişisel kontrolün eksikliği, kızgınlık, acı, depresyon, endişe, stres, diğer annelere karşı kıskançlık ve dışlanmışlık hissi yaşadıkları belirtilmiştir (80).

İnfertilite algısına ilişkin; yanlış uygulamalar için cezalandırma, yaşamdaki daha yüksek amaçlar için hazırlanan bir kader, kişinin yaşamını, değerlerini ve tanrı ile ilişkisini yeniden değerlendirmesi için bir fırsat, insan anlayışının ötesinde bir durum şeklinde tanımlamalar yapılmıştır (81).

İnfertilite krizi evreleri terminal dönemdeki hastanın yakınlarında yaşanan yas sürecine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum söz konusu değildir, yaşam kalitesi ve evlilik uyumu tehdit altındadır. Ayrıca infertilite ölümcül hastalıkta olduğu gibi bireyleri bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine çiftlerin birbirinden ve çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olur (82) (83) (84) (85).

Blenner tarafından tanımlanan infertilite evreleri, Kubler-Ross tarafından ölen insanların aileleri ile yapılan çalışmalarda ortaya konmuş olan yas tutma süreci ile benzerdir (86) (87).

Blenner'ın infertilite krizi evreleri (88):

- 1) Olayın farkına varma
- 2) Gerçekle yüzleşme
- 3) Umut ve azim: Tedavi süreci başlar.
- 4) Tedavinin yoğunlaşması
- 5) Kısır döngü: Başarısız tedavi sonuçları üzüntü yaratır.
- 6) Tedaviye devam
- 7) Tedavinin bırakılması
- 8) Odak değiştirme

Krizin aktif döneminde infertil kişilerde engellenme, öfke, kızgınlık, anksiyete, suçluluk, acı, keder, depresyon ve uzaklaşma belirtileri görülebilir (89).

İnfertiliteye verilen tepkiler:

- Şok, şaşkınlık, inanamama
- Yadsıma (inkar)

- Kızgınlık ve anksiyete
- Öfke
- Kontrol kaybı
- Yalnızlık ve yabancılaşma
- Suçluluk
- Depresyon
- Gerçekleri kabullenme ve uyum(çözölme);

olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.7. İnfertilite ve Şiddet

Üreyebilme kapasitesi erişkin gelişimi ile kimliğinin önemli parçalarından biridir. Çocuk sahibi olma arzusu; cinsiyet, yaş, ırk, din ve sosyal sınıf gözetmeksizin toplumsal bir anlam kazanmıştır. Bunun sonucu infertil çiftler, sosyal damgalamanın toplumdan dışlanma ve boşanma gibi açık ya da izolasyon ve ruhsal sıkıntılar gibi daha güç fark edilen farklı biçimlerini yaşayabilmektedir. Kùltürler, üremeleri için çiftler üzerinde çok fazla toplumsal baskı oluştururken, duygusal yükün kadın ve erkek üzerinde farklı etkileri olmaktadır (90) (91).

Sosyal baskı; demografik, ekonomik, kültürel yorumları içinden çıkılmaz noktalara sürükleyerek psikolojik, sosyal ve kültürel bir çok soruna yol açmaktadır. Biyolojik anneliği engelleyen infertilite sosyal baskıyı getirmektedir. Sosyal baskı yalnızca sorunu doğrudan yaşayanlar üzerinde değil önce en yakın aile üyelerini sonra da diğer ilişkili kişileri ve toplumu olumsuz etkileyebilmektedir (92) .

Günümüzde çocuksuz çiftler aile olarak kabul görmesine rağmen, çoğu kültürde bu görüş hala kabul edilmemektedir. Çocuk sahibi olamamak, çiftlerin sosyal konumunu olumsuz etkilemesinden dolayıda ayrıca önemlidir. Bu durum geleneksel olarak bakıldığında çiftler için sosyal utanç, acı, endişe, üzüntü ve ekonomik sıkıntı kaynağıdır (93).

Damga, bir kişi ya da grup için utanılması gereken bir durumun varlığı ya da normal dışı olarak, kabul edilmezliğin belirtisi olarak ifade edilmekte, damgalanan ve olumsuz özellikler atfedilen bireyler toplumdan uzaklaştırılmakta, yok edilmek için

aba gösterilmekte, yalıtılmakta ya da yok olması için kendi haline bırakılmaktadır. Damgalamanın amacı ve sonucu; ayırmak ve dışlamak olarak belirtilmektedir (94).

ocuk sahibi olamamak, bireyler üzerinde toplumun etkisiyle daha fazla psikolojik baskı getirmekle birlikte sosyal bir damgalanma oluşturmakta ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanmasına yol açmaktadır (95).

İnfertilite zerindeki damgalamanın fiziksel bir eksiklik ya da kusur olarak değil de grubun kurallarına uymama ya da grubun dışında kalma olarak yorumlandığı söylenmektedir. Kadının diğer becerilerini görmekte zorlanmaya başladığı ve biyolojik infertilitenin sosyal anlamda bir ‘yetersizlik’ haline dönüştüğü ne sürülmektedir. Yine infertilite tedavisi, bu merkezlere başvuran tüm kadınları aynılaştırır, üremedeki sorun eşe ait olsa da kadınların çoğu birçok girişimsel işleme maruz kalır. Bu nedenle infertiliteden fiziksel olarak sorumlu kadın ya da erkek olsun, etkilenenin kadın kimliği olduğu söylenmektedir. Bu sebeple kadının kendine olan güveni zedelenebilmektedir. (91) (96) (97).

Birçok yerde çocuğun olmamasının kadına ait bir sorun olduğu ve hatta doğan çocuğun cinsiyetinin bile kadına bağlı olduğu inancı vardır. Doğum; kadın için toplumda bir suç olarak kabul gören ‘kısır kadın’ damgasından kurtulmanın ve toplumda yer edinebilmenin tek yolu olarak görülebilmektedir (11).

Yapılan bir çalışmada infertil kadın ve erkekleri karşılaştırdıklarında, kadınların kendi davranışlarının kısırlığa neden olduğuna daha çok inandıklarını ve doğurgan olamamanın sorumluluğunu üzerlerine alarak eşlerinin öz saygısını korumaya çalıştıklarını saptamışlardır (98).

Fertilite kabiliyeti nispeten daha düşük ve zor gebe kalabilen subfertil çiftler çok büyük bir baskı altındadırlar ve olayın doğası gereği problemlerinin çok kişisel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duyarlar. Tüm subfertil çiftler arasında yaklaşık olarak % 20-25’inin açıklanamayan subfertilite olması gerçeği bu durumu daha da kötüleştirmektedir. Böylece çok fazla bebek isteği olan çift yetersizlik hisleri ve suçluluk duygusu ile yıpranırken; aynı zamanda aile, arkadaş ve yakın çevresi tarafından baskıya maruz kalır. Sık sık akrabaları ve iş arkadaşlarından ne zaman ocuk yapmayı düşünüyorsanız sorusuyla karşılaşırlar ve bu tür sorunların yarattığı duygusal travmalara karşı desteksiz kalırlar (99).

Türkiye’de evlenerek gittiği evde saygınlık kazanmak, erkeğin gözüne girmek, analık zevkini tatmak ve soyun devamlılığını sağlamak için kadının doğurması özellikle geleneksel yapıdaki ailelerde gereklidir. Bu tarz ailelerde infertil kadınlar horlanmakta, ezilmekte ve aşağılanmaktadır (100). Çocuğu olmayan infertil kadınların ailede statüleri oldukça zayıf kabul edilmektedir. Bu kadınlar hakarete ve alaya maruz kalmaktadırlar. Gebe kalamayan kadının kocası, kanunen yasak olmasına rağmen özellikle köy yerlerinde yaygın olmak üzere karısının üzerine yeni bir kadın getirebilmektedir. Bu duruma halk diliyle “kuma getirme” denmektedir (101).

İnfertilite algısı olarak damgalama; bir kadın olarak kendini olumsuz algılama, toplumda yabancılaşma, izole olma, anlaşılmama ve aşağılanma, başkalarının davranışlarıyla ilgili olarak olumsuz öz algılamalar olarak tanımlanmaktadır (102).

İnfertil kadınların eğitim düzeyi, sosyal statüsü, ekonomik durumu, anneliğe alternatif özelliğinin olması, algıladığı toplumsal cinsiyet kavramı, infertiliteye verdiği anlam kadınların damgalanma algılarında önemli göstergeler olarak belirtilmektedir (102).

Aile ve arkadaş toplantıları infertilite tanısı almadan önce eğlenceli iken daha sonra bu görüşmeler acı kaynağı haline gelebilmekte, infertil çiftlere yapılan iyi niyetli öneriler bazen acı verici olabilmektedir. Bazen sadece bu tip öneri yapanlarla karşılaşma beklentisi de kişileri yıpratmaktadır (103).

Yapılan çalışmalarda, kadınlar kendilerine çocukla ilgili sorulan sorulardan dolayı yıprandıklarını, eleştirel ve horlayıcı imalara maruz kaldıklarını, çocuklu ortamların kendilerine stres yaşattığını, yaşlıları kadınların çocuklu olmalarından rahatsız olduklarını, çocuklarını sevip okşayanları görünce özendiklerini, eşleri başkalarının çocuklarını sevdiğinde kendilerini eksik, suçlu ve yetersiz hissettiklerini, dışlandıklarını, kayınvalidelerinin boşanma veya kuma tehditleri ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (67).

Kadınlara yoğun baskı uygulayanların başında anne, baba, eş, eltiler ve kayınvalideler gelmektedir. Özellikle eltileri ve yaşlılarıyla yarış halinde olma hissi, kadınları çıkmaza sürüklemektedir. Kısacası kadınları sosyal baskı içerisine alanlar yine kadınlardır (67).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, sanayileşmiş ve sanayileşmemiş toplumlarda infertil kadınlar fertilite sorunlarından dolayı damgalanmaktadır. Özellikle

geleneksel kültürlerde yaşayan kadınlar infertiliteyi büyük bir yük olarak taşımakta olup kadından doğurması beklenmekte ve infertil olduklarından dolayı suçlanmaktadırlar. Bazı kadınlar evlerinden uzaklaştırılmakta, kocası başka kadın ile yaşamakta veya insanlar bu kadınlardan uzak durmaktadırlar (104) (105).

Kamerun'da kadının statüsü doğurganlığı ile ölçülmektedir ve Kamerunlu infertil kadınlar kocaları tarafından terk edilip tek başına yaşam mücadelesi vermek zorunda kalmaktadır (105).

Kuveytte infertilite tanısı kadınlarda damgalamaya neden olduğu için saklama eğiliminde oldukları görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda özellikle Arap kültürünün hakim olduğu ülkelerde annelik kadın kimliğinin özü olarak algılanmakta ve infertil kadınlar kocaları tarafından terk edilmekte ve şiddete maruz kalmaktadırlar. Bu kadınların intihar davranışı açısından riskli olduğu ifade edilmektedir (106) (107).

Nijerya'da kadınların kadınlığının anlaşılması için çocuk sahibi olması gerekmektedir ve çocuksuz kadının ekonomik olarak zorluk yaşadığı görülmüştür (108). Çocuk sahibi olamayan kadınların önemli sosyal faaliyetlerden ve törenlerden dışlandıkları ve yeni doğmuş bebeklere dokunmalarına izin verilmediği bildirilmektedir (109).

Türkiye'de Van'da yapılan bir çalışmada, 122 infertil kadından 41'inin aile içi şiddete uğradıkları saptanmıştır. Bu kadınların 32'sine şiddet, infertilite tanısını alması sonrası eşleri tarafından ilk kez uygulanmıştır. Sözlü tacizin, aile içi şiddetin en yaygın türü olduğu (% 63,4), kadınların alay (% 43,9) ve şiddet tehditlerinin (% 39) ardından sözel şiddete maruz kaldıkları, % 29,2'sinin ekonomik şiddete maruz kaldığı, infertil kadınların % 7,3'ünün cinsel ilişkiye zorlanma şeklinde cinsel şiddet gördükleri belirtilmiştir (110).

Pasi ve ark.'nın çalışmasında (2011) infertil kadınların % 77,8'inin bir yıl içinde fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır ve fiziksel, seksüel şiddet ile infertilite arasında anlamlı derecede fark olduğu bildirilmiştir. İnfertil kadınların, fiziksel veya cinsel şiddete fertil kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde maruz kalmış oldukları belirtilmiştir (111).

Farzadi ve ark.'nın çalışmasında (2014) İran'da katılımcıların % 45'inin fiziksel şiddete, % 82'sinin ise en az bir kez psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtilmiştir ve infertil kadınlarda psikolojik şiddetin en yaygın türünün; küfür, aşağılama ve

bağırma olduğu, fiziksel şiddetin en yaygın türünün tokat atma (% 37), herhangi bir objeyi fırlatma (% 26,5) olduğu belirtilmiştir (112).

Sami'nin çalışmasında (2012) Pakistan'da infertil kadınların, en fazla sözel şiddete (% 60,8) maruz kaldığı, bunu şiddet tehditi (% 42,1), evden ayrılma ya da boşanmanın izlediği (% 38,8) belirtilmiştir. Kadınların (% 23,1) yaklaşık dörtte birinin fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (113).

Ameh ve ark.'nın çalışmasında (2007), Nijerya'daki infertil kadınların % 41,6'sının infertilite sonucu evlilikte aile içi şiddet yaşadıklarını bildirmişlerdir. İnfertil kadınlarda en sık % 51,5 oranında psikolojik şiddetin görüldüğü, kadınların % 39,2'sinin sözel şiddete maruz kaldığı ve % 27,8'inin alay edilerek, şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (114).

İnfertil olan kadınlarda psikolojik şiddetin en sık görülen şiddet türü olduğu ve aile içi şiddetin, infertil kadınlarda yaygın bir durum olduğu anlaşılmaktadır (115) (116).

Bu bulgular, infertil kadınların, duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete fertil kadınlara oranla daha yüksek düzeyde maruz kaldıklarını göstermektedir (115).

Akyüz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da infertil kadınlarda evlilikte duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet görme durumunun fertil kadınlara göre daha yüksek olduğu, ancak sözel şiddet görme durumunun düşük olduğu bulunmuştur (117) (118).

Tüm dünya üzerinde infertilite tedavisinde birçok geleneksel yöntem kullanıldığı bilinmektedir. Bazen kadınlar çare olarak dinsel ve büyüsel nitelikte olan ve halk hekimliği alanına giren geleneksel uygulamalara başvurmak durumunda kalırlar; bunlar yatır, türbeler ile ziyaretlere ve hocalar ile büyücülere gitmek şeklindedir. Halk hekimliği ve geleneksel tedaviyle ilgili olan uygulamalar, çeşitli buğulara oturma, bel çektirme, bele yakı vurma, çeşitli bitki, sebze, meyve gibi gıdalardan hazırlanan karışımı yeme veya içme ve rahme çeşitli halk ilaçları uygulamadır (73) (119).

Yapılan bir çalışmada, geleneksel yöntem kullanma oranı infertil kadınlarda % 60,7 iken (120), başka bir çalışmada bu oran % 66,7'dir (121) Malatya'da yapılan bir çalışmada ise 66 kadından 19'u (% 28,2si) geleneksel yöntemleri modern tıbban çare bulamayınca tercih ettiklerini belirtmişlerdir (122).

Kamacı'nın (2003) çalışmasında, kadınların % 28'inin, erkeklerin % 8'inin hoca, türbe, çeşme ziyaretine gittiğini, kadınların % 7'sinin erkeklerin % 36'sının bitkisel ilaç kullandığını, çiftlerin yaklaşık yarısının geleneksel yöntemlere başvurduğunu saptamıştır (123).

Kadınlara önerilerde bulunanlar arasında öncelikle kadınların ve eşlerinin aileleri ile yakın akrabaları yer almaktadır (119).

Türkiye'deki baskın kültür de doğum yanlısı bir kültür olarak tanımlanabilir. Çocuksuzluk bir eksiklik olarak görülmekte olup, çocuk sahibi olmak yönündeki sosyal baskı yaygındır. Yapılan bir çalışmada, duygusal stres ile infertil Türk kadınlarına yapılan sosyal baskı arasında bir ilişki olduğunu ortaya konmuştur (124).

Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalara neden olarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, evlilik ilişkisindeki dinamikleri bozabilmektedir (125).

İnfertilite, erkek ve kadın her ikisini de etkilemesine rağmen, cinsiyet farklılıkları gözlenmektedir (126).

İnfertiliteden sürekli kadının sorumlu tutulduğu görünmekte ve kadınlar bunun sonucu olarak sosyal ve ekonomik olarak cezalandırılmaktadır (127).

Kadın kendi ailesi ve eşinin ailesinden sosyal izolasyon, damgalanma, aşağılayıcı meraklı sorular ve baskı yoluyla psikolojik şiddete maruz kalabilmektedir (128).

Gelişmiş modern tıp, artmış öğrenme düzeyi ve derinleşmiş sosyal farkındalığa rağmen, infertil kadınlar infertil olduklarını ifade ederken kendilerini aşağılanmış olarak hissetmektedirler (125).

İnfertil kadınlar toplumsal eşitsizlik ve adaletsizliklerden daha fazla etkilenmekte hatta şiddete maruz kalmaktadır (129).

Gelişmiş modern tıp, artmış öğrenme düzeyi ve derinleşmiş sosyal farkındalığa rağmen, infertil kadınlar infertil olduklarını ifade ederken kendilerini aşağılanmış olarak hissetmektedirler (125).

İnfertilite deneyimi saldırganlık, öfke, ekonomik durumunda bozulma, kınanma, boşanma, kamusal izolasyon, sosyal statüde azalma, yoksunluk, damgalanma, güç ve rol kaybı, özsaygıda azalma, hayal kırıklığı ve şiddete yol açmaktadır (130) (131).

2.8. İnfertilite ve Depresyon

Psikolojik faktörlerin infertilite ile ilişkisi uzun yıllar araştırmacıların ilgi odağı olmuş, ancak aradaki gerçek ilişkinin biçimine dair ortak bir karara varılamamıştır. Aralarındaki nedensel ilişkiye dair 3 farklı varsayım üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunlardan ilki duygusal ve psikososyal sorunlar infertilite için risk faktörüdür, ikincisi infertilite ile ilişkili tanı ve tedavi süreci psikososyal sorunların nedenidir, üçüncüsünde infertilite ve psikososyal sorunlar arasında karşılıklı bir ilişki vardır (132).

İnfertilitenin duygu durum ile ilişkisi iki yönlüdür. Sıklıkla görülen psikolojik rahatsızlıklardan anksiyete ve depresyon infertilitenin hem sebebi hem de sonucu olabilmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar ovulasyonu baskılamakta, fallop tüplerinde spazma neden olmakta ve spermiumların ilerlemesine engel olarak infertiliteye yol açabilmektedir (133).

İnfertilite, depresyona yol açma gücü yüksek olan bir yaşam olayıdır. Bunun nedeni infertilite veya çocuk sahibi olamama durumu çiftler tarafından önemli bir kayıp veya eksiklik olarak görülür ve infertil kadınlarda depresif belirtiler daha sık görülmektedir (134) (135).

Üzüntü, umutsuzluk, karamsarlık ve yorgunluk gibi duygular genellikle infertiliteye eşlik ederler. Apati ve memnuniyet kaybı infertiliteye bağlı depresyonunun göstergeleri olabilir. Ancak, depresyon düzeyi orta derece olan birçok infertilite hastası hayati işlevlerini sürdürebilir. Depresyon düzeyi şiddetli olan hastaların yoğun semptomları vardır ve bunlar zaman içinde bireyde birçok olumsuz etkilere yol açar (136).

İnfertilite Jaffe ve arkadaşları tarafından üreme travması olarak kavramsallaştırılmıştır ve travma; travmatize olmuş kişide anksiyete, depresyon ve konsantrasyon güçlüğüne neden olur. Jaffe ve arkadaşlarına göre infertil olarak tanımlanmak travmatik deneyim olarak kabul edilmektedir (137).

Yapılan araştırmalarda infertilite tedavi programına katılan kişilerin, tedavi sürecinde en sık gösterdikleri psikolojik sorunların depresyon, anksiyete bozukluğu ve cinsel işlev bozuklukları olduğu saptanmıştır (135). İnfertil çiftlerde yapılan bazı çalışmalarda, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığını ve cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini ortaya koymuştur (58).

Yine bazı yapılan çalışmalarda infertil çiftlerde stres, anksiyete, depresyon skorları fertil popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. Öfke, sinirlilik, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, benlik saygısında azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (138) (84) (139) (140) (141) (142).

Literatüre baktığımızda infertil kadınların erkeklere oranla daha yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (143) (144) (145) (146).

İnfertilite tedavileri fiziksel, psikolojik ve finansal yükleri olan bir tedavi sürecidir (132) (147) (148). Kadınlar bu süreçte erkeklere oranla daha fazla suçluluk, stres ve sorumluluk hissettikleri için kendilerini “mağdur” gibi görebilmekte, bunun nedenide infertilite kaynağı kendisi olsun yada olmasın tedavide kendi bedeninin kullanılması olduğu düşünülmektedir (149) (150) (148).

İnfertilitenin kaynağı kadın olmasa bile bu kadınlar infertilite nedeni kendisine ait olan kadınlar gibi yetersizlik hissetmektedirler (136).

Bazı çalışmalarda erkek faktörü söz konusu olduğunda kadınlardaki depresyon düzeyinin düştüğünü belirtmektedir (146) (151).

Kişilerin depresif belirtilerinin artmış olması, depresyon tanısı konması için tek kriter değildir. Saptanan depresif belirtiler geçici olabilir, klinik depresyon yerine genel psikolojik stresi yansıtır olabilir (152).

Rutin jinekolojik kontrollerdeki doğurgan kadınlarla, infertil kadınları kıyaslayan bir çalışmada, doğurgan kadınların % 3,9'u ile infertil kadınların % 11'inin depresif epizod kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada, infertilite kliniğine ilk başvurusunda görüşme yapılan 112 infertil kadında psikiyatrik bozukluk yaygınlığı % 40 olarak bulunmuştur. Bunlar arasında en yaygın olan tanı depresif bozukluk (% 17) ve anksiyete bozukluğu (% 23) olarak saptanmıştır. Bu oranlar birinci basamakta gözlenen % 10-12 oranlarından çok daha yüksektir (153) (154).

İnfertil kadınlar fertil kadınlarla kıyaslandığında daha nörotik, bağımlı, anksiyeteyi daha çok deneyimleyen bireyler oldukları bilinmektedir. İran'da yapılan bir çalışmada infertil hastaların % 40,8'inde depresyon ve % 86,8'inde anksiyete bildirilmiştir (155).

Yapılan bir çalışmada infertil kadınlar fertil kadınlarla kıyaslandığı zaman hostilite, anksiyete, depresyon, kendini suçlama ve intihar düşüncesi gibi yüksek psikopatoji gösterdikleri bulunmuştur (145).

Gebe kalmadaki başarısızlığın sağlık sorunları, düşük benlik saygısı, yas tutmaya benzer bir his, depresyon, suçluluk ve hayal kırıklığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (156).

Mahlstedt ve arkadaşlarının yaptığı infertil kadın ve erkeklerin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların % 96'sının hayal kırıklığı yaşadığı, % 81'inin umutsuzluk hissettiği, % 82'sinin depresyonda olduğu ve % 67'sinde öfke sorunu olduğu saptanmıştır (157).

Bazı çalışmalarda infertil kadınlardaki depresyon oranı kanser, HIV pozitifliği, hipertansiyon, kalp ameliyatı gibi yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip olan kadınlardaki oranla benzer olması, çocuksuzluk süresi ile kadınların yaşı ilerledikçe, özellikle 26 ve üzeri olduğunda depresyon görülme sıklığının artması infertilitenin kadınların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır (158) (159) (160).

İnfertilitede tedavi süresinin de psikolojik sorunlarla ilgili süreçte önemi olduğu saptanmıştır: 2-3 yıllık infertilite hikayesi olanlarda 1 yıldan az ve 6 yıldan uzun süreli tedavi olanlara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (161).

Tedavisi başarısız olan çiftlerde ise depresyon ön plana çıkmaktadır (161).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada infertil çiftlerin % 38,6'sında DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik birinci eksen tanısı saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklar kadınlarda % 84,7, erkeklerde % 38,8 olarak bulunarak kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu saptanırken, en sık uyum bozukluğu (% 33,8), yaygın anksiyete bozukluğu (% 24,7) ve majör depresif bozukluğa (% 10,59) rastlanmıştır (162).

Depresif semptomlar hem infertilitenin ve başarısız tedavilerin bir sonucudur, hem de tedavi başarısını düşürebilecek bir risktir (163).

Galhardo ve arkadaşlarının çalışmasında (2013), infertil kadınlara verdikleri farkındalık eğitimleri ile kadınlarda depresyon ve kendilerinden utanma duygularının azaldığı, ayrıca öz yeterliliklerinin arttığı saptanmıştır (164).

Psikolojik tedavinin tedavi uyumunu artırmasından öte fertilizasyon şansını da artırdığını gösteren çalışmalar vardır (165) (166) (167) (168).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İnfertilite tedavisine başvuran çiftlerde kadının maruz kaldığı şiddetin depresyonla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın İnfertilite Polikliniği'ne başvuran hastalar oluşturdu. Yıldızhan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadan hareketle infertil kadınlarda şiddet görme oranının % 33 olduğu bilgisinden yola çıkarak bu oranı % 5 sapma (% 28-% 38) % 5 hata ile gerekli olan örneklem büyüklüğü 343 infertil kadın olarak belirlendi. Örneklem giren tüm bireylere yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın amacı anlatılıp bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından anket çalışması uygulanması planlandı. Veri toplama esnasında infertilite nedenleri bakımından ayırım yapılmaksızın İnfertilite Polikliniği'ne başvuran 353 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma esnasında üç infertil kadın hasta araştırmanın anketlerini yapmayı reddetti. Çalışma İnfertilite Polikliniği'ne başvuran 350 kadın hasta ile tamamlandı.

3.3. İzinler

Araştırma öncesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalımız akademik kurul kararı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı akademik kurul kararı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ve çalışma izni alındı. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi'nden destek alındı. Anketler İnfertilite Polikliniği'ne başvuran kadın hastaların yazılı ve sözel onamları alınarak yüz yüze uygulandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada tarafımızca oluşturulan 18 soruluk sosyodemografik özellikler formu, 31 sorudan oluşan İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği

(İKMKŞBÖ) ve yedi sorudan oluşan Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

İnfertil kadın hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formunda; kadınların yaşı, kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi, meslekleri, ilk evlilik yaşı, birden fazla evlilik yapmış olanların son evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik sayısı, evde yaşayan diğer kişiler ve sayısı, aile bütçesi yöneticisi, çocuk sayısı, daha önceki infertilite tedavisi sayısı ve tedaviyi isteyen kim olduğu, daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu, sigara ve alkol alışkanlığı ve kronik hastalık durumu soruldu.

3.4.2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Onat tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Ölçek 31 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekleri; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma'dan oluşmaktadır. Her bir sorunun Likert ölçeğine göre birden beşe kadar puanlanması istenmiştir. Bir=asla ve beş=her zaman olarak değerlendirmeye alınmıştır. Maksimum alınabilecek puan 155 ve minimum alınabilecek puan 31 olup puan ne kadar yüksekse şiddete maruz kalma oranı da o kadar artmıştır.

3.4.3. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşlarının geliştirdikleri Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Yedi sorudan oluşmaktadır. Dörtlü Likert ölçeğine göre (0-3 arası) değerlendirilir ve en yüksek puan 21 olup herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı % 90'nın üzerindedir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama işlemi Mayıs, Haziran, Temmuz, Ağustos, Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. İnfertilite Polikliniği'ne başvuran kadın hastalar bilgilendirilip onamları alındıktan sonra anketler yüz yüze uygulandı. 350 kadın hasta çalışmamıza katılmayı kabul etti.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmada 350 katılımcıya ait verilerin analizi yapılmıştır ve veriler kodlanarak bilgisayara girilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Grupların ikili karşılaştırılmalarında grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Bonferroni, Scheffe, Tamhane testleri kullanıldı. Sayısal ölçümlerin birbirleri arasındaki etkileşimi incelemek için Pearson Korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü BAP Birimi'nden destek alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Süresi

Araştırma Mart 2017'den itibaren planlanmaya başlamıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra Haziran- Eylül 2017 tarihlerinde veriler toplanmış, Eylül- Ekim tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Ocak 2018 tarihinde tez yazımı tamamlanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=350)

		Sayı	Yüzde
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	191	54,6
	Lise	81	23,1
	Üniversite ve üzeri	78	22,3
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	174	49,7
	Lise	100	28,6
	Üniversite ve üzeri	76	21,7
Çalışma Durumu	Ev Kadını	264	75,4
	Çalışan	86	24,6
Eş Çalışma Durumu	İşçi	219	62,6
	Memur	57	16,3
	Serbest Meslek	65	18,6
	Çalışmıyor	5	1,4
	Emekli	4	1,1
Aile Bütçesi Yönetimine Karar Veren Kişi	Eşi	228	65,1
	Kendi	13	3,7
	Eşi İle Birlikte	90	25,7
	Diğer	19	5,4
Aile Tipi	Çekirdek Aile	297	84,9
	Geniş Aile	53	15,1
Evde Çekirdek Aile Dışında Yaşayanlar	Erkek Tarafı	49	92,5
	Kadın Tarafı	3	5,7
	Her İki Taraf	1	1,9
Çocuk	Var	60	17,1
	Yok	290	82,9
Çocuk Sayısı		1,00(1-3)*	
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma	Evet	53	15,1
	Hayır	297	84,9
Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma Gerekçesi	Depresyon	12	22,6
	Panik Atak	5	9,4
	Anksiyete	12	22,6
	Evlilikte Uyum Sorunu	7	13,2
Kronik Hastalık Öyküsü	Diğer	17	32,1
	Var	33	9,4
	Yok	317	90,6

*medyan (min-max)

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların % 54,6’sının (n=191) ortaokul ve altı mezunu, % 23,1’inin (n=81) lise mezunu, % 22,3’ünün (n=78) üniversite ve üzeri mezunu olduğu, % 24,6’sının (n=86) çalıştığı, % 84,9’unun (n=297) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, geniş aile yapısına sahip olanların % 92,5’inin (n=49) erkek tarafıyla yaşadığı katılımcıların % 17,1’inin (n=60) çocuk sahibi olduğu, % 15,1’inin (n=53) daha önce danışmanlık aldığı, danışmanlık alanların % 22,6’sında (n=12)

depresyon, % 9,4'ünde (n=5) panik atak, % 22,6'sında (n=12) anksiyete tanısı olduğu, % 13,2'sinde (n=7) evlilikte uyum sorunu, % 32,1'inde (n=17) diğer bir psikiyatrik tanı olduğu, % 9,4'ünde (n=33) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Geniş ailelerde katılımcılar çekirdek aileye ek olarak ortalama iki kişiyle yaşamaktadırlar. Çocuk sahibi olan kadınların ortanca çocuk sayısı bir iken, maksimum çocuk sayısı üçtür.

Araştırmaya dahil edilen kadınların eşlerinin % 49,7'sinin (n=174) ortaokul ve altı mezunu, % 28,6'sının (n=100) lise mezunu, % 21,7'sinin (n=76) üniversite ve üzeri mezunu olduğu, % 97,5'inin (n=341) çalıştığı ve çalışanların % 62,6'sının (n=219) işçi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların infertilite tedavi durumlarına göre dağılımı

		Sayı	Yüzde
Daha Önce İnfertilite Tedavi Öyküsü	Var	89	74,6
	Yok	261	25,4
İnfertilite Tedavisi Deneme Sayısı	1 Kez	43	48,3
	2 Kez	22	24,7
	3 Kez	13	14,6
	4 Kez	3	3,4
	5 Kez	8	9,0
İnfertilite Tedavisini İsteyen	Kendisi	47	13,4
	Eşi	3	0,9
	Her ikisi birlikte	300	85,7

Tablo 2'de kadınların infertilite tedavi durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 74,6'sının (n=89) daha önce infertilite tedavi öyküsü olduğu, % 48,3'ünün (n=43) bir kez , % 24,7'sinin (n=22) iki kez, % 14,6'sının (n=13) üç kez , % 3,4'ünün (n=3) dört kez, % 9'unun (n=8) beş kez IVF ya da IUI tedavisi gördüğü; katılımcıların % 85,7'sinin (n=300) tedaviyi eşleriyle birlikte istedikleri geri kalan % 13,4'ünün (n=47) ise tedaviyi sadece kendilerinin istediği saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı

		Sayı	Yüzde
Sigara	Düzenli İçen	44	12,6
	Ara-Sıra İçen	39	11,1
	Hiç İçmeyen	250	71,4
	Daha önce içmiş olup bırakmış	17	4,9
Sigara Paket/Yıl		6,67±5,57 (0,20-30)*	
Alkol Kullanımı	Evet	6	1,7
	Hayır	344	98,3

*ortalama ± standart sapma (min-max)

Tablo 3’de kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 12,6’sının (n=44) düzenli sigara içicisi olduğu, % 11,1’inin (n=39) ara-sıra sigara içtiği, % 71,4’ünün (n=250) hiç içmediği, % 4,9’unun (n=17) daha önce içmekte iken bıraktığı ve % 1,7’sinin (n=6) ise alkol kullandığı saptanmıştır. Düzenli sigara içenlerin ortalama sigara tüketimleri $6,67 \pm 5,57$ (0,20-30) sigara paket/yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların evlilikle ilgili özelliklerine göre dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	30,63	6,419	30,00	19,00	51,00
İlk Evlilik Yaşı	24,62	6,543	23,00	14,00	46,00
Evlilik Süresi (Yıl)	5,20	4,016	4,00	0	20,00
Evlilik Sayısı	1,08	0,296	1,00	1,00	3,00
Birden Fazla Evlilik Yapanların Son Evlilik Yaşı	30,11	5,501	29,00	20,00	40,00

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları $30,6 \pm 6,4$ (19-51), ilk evlilik yaşı ortalamaları $24,6 \pm 6,5$ yıl (14-46), evlilik süreleri ortalamaları $5,2 \pm 4,0$ yıl (0-20) olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 7,7’si (n=27) birden fazla evlilik yapmış, bu kişilerin evlilik sayısının ortanca değeri bir iken maksimum sayı üçtür. Birden fazla evlilik yapanların son evlilik yaşlarının ortalaması ise $30,1 \pm 5,5$ yıl (20-40) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Değerlendirme Ölçeklerinden aldıkları puanlara göre durumları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği	3,54	2,75	0,00	17,00
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	49,53	13,66	31,00	101,00

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeğine ilişkin ortalama 3,54’tür. Ölçeğe ilişkin standart sapma 2,75’tir. Minimum puan 0,00 iken maksimum puan 17,00’dır.

İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ele alındığında; ortalama değer 49,53 olarak saptanmıştır. Standart sapmanın 13,66 olduğu ve minimum puanın 31,00 maksimum puanın ise 101,00 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 6. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği alt ölçeklerine ilişkin puan durumu

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Aile İçi Şiddet	13,49	3,72	11,00	36,00
Sosyal Baskı	9,78	2,83	7,00	24,00
Cezalandırma	12,19	4,95	6,00	25,00
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	10,10	3,64	4,00	20,00
Dışlanma	3,95	1,64	3,00	12,00

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Belirleme Ölçeği alt ölçeklerinden aile içi şiddet puanlaması 13,49±3,72 (11-36)), sosyal baskı puanlaması 9,78±2,83 (7-24), cezalandırma puanlaması 12,19±4,95 (6-25), geleneksel uygulamalara maruz kalma puanlaması 10,10±3,64 (4-20), dışlanma puanlaması 3,95±1,64 (3-12) olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri arasındaki ilişki

	Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği		P değeri
	Beck<4	Beck≥4	
	Ort ± SS		
Aile İçi Şiddet	12,38±2,31	15,23±4,70	0,0001*
Sosyal Baskı	8,93±2,28	11,10±3,10	0,0001*
Cezalandırma	10,55±4,17	14,72±5,01	0,0001*
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	9,28±3,60	11,37±3,33	0,0001*
Dışlanma	3,50±1,17	4,65±1,98	0,0001*
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması	44,66±10,47	57,10±14,59	0,0001*

Gruplar arası anlamlı farklılıkların tespiti için bağımsız t testi analizlerinden faydalanılmıştır. Birinci Basamak Beck Depresyon ölçeği ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık vardır (her bir alt ölçek için p=0,0001). Aile içi şiddet ortalaması yüksek olanların (15,23±4,70), sosyal baskı ortalaması yüksek olanların (11,10±3,10), cezalandırma ortalaması yüksek olanların (14,72±5,01), geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması yüksek olanların (11,37±3,33), dışlanma ortalaması yüksek olanların (4,65±1,98), puanı düşük olanlara göre, depresyon eğilimi daha fazla olarak saptanmıştır.

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması yüksek olanların (57,10±14,59) düşük olanlara göre (44,66±10,47) depresyon eğilimi anlamlı olarak daha fazladır (p=0,0001).

Tablo 8. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ile Alt Ölçekleri ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeklerinin Birbirleriyle Korelasyon Analizi

	Aile İçi Şiddet	Sosyal Baskı	Cezalandırma	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Dışlanma	Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği
Aile İçi Şiddet	1	0,690**	0,592**	0,405**	0,648**	0,465**	0,816**
Sosyal Baskı	0,690**	1	0,700**	0,495**	0,622**	0,481**	0,856**
Cezalandırma	0,592**	0,700**	1	0,532**	0,565**	0,467**	0,879**
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	0,405**	0,495**	0,532**	1	0,421**	0,363**	0,723**
Dışlanma	0,648**	0,622**	0,565**	0,421**	1	0,474**	0,743**
Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği	0,465**	0,481**	0,467**	0,363**	0,474**	1	0,549**
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	0,816**	0,856**	0,879**	0,723**	0,743**	0,549**	1
N:350 **p<0,01 *p<0,05							

Değişkenler arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü ortaya çıkarmak için kullanılan analiz korelasyon analizidir. Değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusallığı analizin önemli bir varsayımdır. Korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve bu değer -1 ile +1 arasında değişim gösterir. Katsayının -1 değerine yaklaşması değişkenler arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğunu betimlerken, r'nin +1'e yaklaşması değişkenler arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Korelasyon katsayısının 0-0,3 arasında olması düşük, 0,3-0,7 arasında olması orta ve 0,7-1 arasında değer alması da yüksek düzeyde bir ilişkinin varlığının göstergesi olarak kabul edilmektedir (169) (170) (171).

Aile içi şiddet ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında pozitif ve yüksek düzey bir korelasyon vardır (p=0,0001). Aile içi şiddet ile sosyal baskı (p=0,0001), cezalandırma (p=0,0001), geleneksel uygulamalara maruz kalma (p=0,0001), dışlanma (p=0,0001) arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon vardır. Aile içi şiddet ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır (p=0,0001).

Sosyal baskı ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında pozitif ve yüksek düzey bir korelasyon vardır ($p=0,0001$). Sosyal baskı ile aile içi şiddet ($p=0,0001$), cezalandırma ($p=0,0001$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,0001$), dışlanma ($p=0,0001$) arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon vardır. Sosyal baskı ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır ($p=0,0001$).

Cezalandırma ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında pozitif ve yüksek düzey bir korelasyon vardır ($p=0,0001$). Cezalandırma ile aile içi şiddet ($p=0,0001$), sosyal baskı ($p=0,0001$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,0001$), dışlanma ($p=0,0001$) arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon vardır. Cezalandırma ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır ($p=0,0001$).

Geleneksel uygulamalara maruz kalma ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında pozitif ve yüksek düzey bir korelasyon vardır ($p=0,0001$). Geleneksel uygulamalara maruz kalma ile aile içi şiddet ($p=0,0001$), sosyal baskı ($p=0,0001$), cezalandırma ($p=0,0001$), dışlanma ($p=0,0001$) arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır. Geleneksel uygulamalara maruz kalma ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır ($p=0,0001$).

Dışlanma ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği arasında pozitif ve yüksek düzey bir korelasyon vardır ($p=0,0001$). Dışlanma ile aile içi şiddet ($p=0,0001$), sosyal baskı ($p=0,0001$), cezalandırma ($p=0,0001$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,0001$) arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır. Dışlanma ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır ($p=0,0001$).

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif ve orta düzey korelasyon vardır ($p=0,0001$).

Tablo 9. Katılımcıların Daha Önce İnfertilite Tedavisi Olup Olmama Durumları ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ile Alt Ölçekleri ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Daha Önce İnfertilite Tedavisi Olup Olmama			
	Tedavi olan	Tedavi olmayan	
	ort±ss	ort±ss	P değeri
Aile İçi Şiddet	14,73±5,07	13,07±3,02	0,004*
Sosyal Baskı	10,75±3,36	9,45±2,55	0,001*
Cezalandırma	13,60±5,44	11,70±4,68	0,002*
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	10,89±3,69	9,83±3,58	0,017*
Dışlanma	4,16±1,87	3,88±1,55	0,196
Birinci Basamak Beck Depresyon	3,58±2,55	3,52±2,82	0,870
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	54,15±16,19	47,95±12,32	0,001*

Gruplar arası anlamlı farklılıkların tespiti için bağımsız t testi analizlerinden faydalanılmıştır. Daha önce infertilite tedavisi olup olmama ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,001$) ve alt ölçeklerinden aile içi şiddet ($p=0,004$), sosyal baskı ($p=0,001$), cezalandırma ($p=0,002$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,017$) değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Daha önce infertilite tedavisi olanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalaması ($54,15\pm16,19$) daha önce infertilite tedavisi olmayanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalamasından ($47,95\pm12,32$) daha yüksektir ($p=0,001$). Daha önce infertilite tedavisi olanların aile içi şiddet ortalaması ($14,73\pm5,07$) daha önce infertilite tedavisi olmayanların aile içi şiddet ortalamasından ($13,07\pm3,02$) daha yüksektir. Daha önce infertilite tedavisi olanların sosyal baskı ortalaması ($10,75\pm3,36$) daha önce infertilite tedavisi olmayanların sosyal baskı ortalamasından ($9,45\pm2,55$) daha yüksektir. Daha önce infertilite tedavisi olanların cezalandırma ortalaması ($13,60\pm5,44$) daha önce infertilite tedavisi olmayanların cezalandırma ortalamasından ($11,70\pm4,68$) daha yüksektir. Daha önce infertilite tedavisi olanların geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması ($10,89\pm3,69$) daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamasından ($9,83\pm3,58$) daha yüksektir. Daha önce infertilite tedavisi olup olmama ile dışlanma ve Birinci Basamak Beck Depresyon ölçeği değişkenleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10. Psikiyatrik Danışmanlık Alıp Almama Durumları ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ile Alt Ölçekleri ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

Psikiyatrik Danışmanlık Alıp Almama			
	Danışmanlık Alan	Danışmanlık Almayan	
	ort±ss	ort±ss	P değeri
Aile İşi Şiddet	14,00±3,90	13,40±3,68	0,286
Sosyal Baskı	10,01±3,25	9,74±2,75	0,516
Cezalandırma	11,20±4,72	12,36±4,97	0,117
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	10,30±3,80	10,06±3,61	0,666
Dışlanma	4,26±1,82	3,89±1,60	0,136
Birinci Basamak Beck Depresyon	4,30±2,87	3,40±2,71	0,029*
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması	49,79±14,24	49,48±13,58	0,880

Gruplar arası anlamlı farklılıkların tespiti için bağımsız t testi analizlerinden faydalanılmıştır. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alıp almama ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı farklılık vardır (p=0,029).

Tablo 11. Kadının Çalışma Durumu ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ile Alt Ölçekleri ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Kadının Çalışma Durumu			
	Ev Kadını	Çalışan	
	ort±ss	ort±ss	P değeri
Aile İşi Şiddet	13,73±3,83	12,75±3,23	0,033*
Sosyal Baskı	10,18±2,94	8,54±2,03	0,0001*
Cezalandırma	12,88±4,94	10,06±4,36	0,0001*
Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	10,54±3,40	8,73±4,00	0,0001*
Dışlanma	4,04±1,69	3,67±1,42	0,069
Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği	3,85±2,84	2,56±2,19	0,0001*
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	51,40±13,50	43,77±12,56	0,0001*

Ev kadınlarının aile içi şiddet ortalaması 13,73±3,83, sosyal baskı ortalaması 10,18±2,94, cezalandırma ortalaması 12,88±4,94, geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması 10,54±3,40, dışlanma ortalaması 4,04±1,69 olarak bulunmuştur. Çalışan kadınların aile içi şiddet ortalaması 12,75±3,23, sosyal baskı ortalaması 8,54±2,03, cezalandırma ortalaması 10,06±4,36, geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması 8,73±4,00, dışlanma ortalaması 3,67±1,42 olarak bulunmuştur.

Gruplar arası anlamlı farklılıkların tespiti için bağımsız t testi analizlerinden faydalanılmıştır. Kadının çalışıp çalışmama durumu ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$). Ayrıca kadının çalışıp çalışmama durumu ile İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt ölçeklerinden aile içi şiddet ($p=0,033$), sosyal baskı ($p=0,0001$), cezalandırma ($p=0,0001$) ve geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,0001$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Ev kadınlarının aile içi şiddet ortalaması ($13,73\pm3,83$) çalışan kadınların aile içi şiddet ortalamasından ($12,75\pm3,23$) daha yüksektir. Ev kadınlarının sosyal baskı ortalaması ($10,18\pm2,94$) çalışan kadınların sosyal baskı ortalamasından ($8,54\pm2,03$) daha yüksektir. Ev kadınlarının cezalandırma ortalaması ($12,88\pm4,94$) çalışan kadınların cezalandırma ortalamasından ($10,06\pm4,36$) daha yüksektir. Ev kadınlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması ($10,54\pm3,40$) çalışan kadınların geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamasından ($8,73\pm4,00$) daha yüksektir. Ölçeğin tamamına ilişkin farklılık değerlendirildiğinde, ev kadınlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalaması ($51,40\pm13,50$) çalışan kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalamasından ($43,77\pm12,56$) daha yüksektir. Çalışan kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt ölçeklerine ilişkin ortalama değerleri ev kadınlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt ölçeklerine ilişkin ortalama değerlerinden daha düşüktür.

Kadının çalışıp çalışmama durumu ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$). Ev kadınlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ortalaması ($3,85\pm2,84$), çalışan kadınların Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ortalamasından ($2,56\pm2,19$) daha yüksektir.

Ev kadınlarının aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puan ortalamaları, çalışan kadınlara ilişkin aynı alt ölçek ortalamalarından daha yüksektir.

Kadın çalışma hayatında yer aldıkça depresyon eğilimi ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 12. Kadının Çalışma Durumu ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

	Beck ölçek puanı <4 n (%)	Beck ölçek puanı ≥4 n (%)	P değeri
Ev kadını	148 (56,1)	116 (43,9)	0,001*
Çalışan	65 (75,6)	21 (24,4)	

Fischer kesin test analizine göre kadınların çalışıp çalışmama durumu ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,001$).

Tablo 13. Psikiyatrik Danışmanlık Alma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Alt Ölçekleri ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

	Aile İçi Şiddet Med (min-max)	Sosyal Baskı Med (min-max)	Cezalandırma Med (min-max)	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma Med (min-max)	Dışlanma Med (min-max)	Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Med(min- max)
Depresyon	13,50 (11-21)	9,50 (7-13)	10,50 (6-21)	11,00 (5-16)	4,00 (3-7)	4,50 (0-8)
Panik atak	11,00 (11-13)	7,00 (7-8)	6,00 (6-14)	10,00 (4-13)	3,00 (3-5)	2,00 (2-4)
Anksiyete	12,50 (11-15)	9,00 (7-11)	7,50 (6-14)	10,50 (4-16)	3,00 (3-6)	3,00 (0-11)
Evlilikte uyum	14,00 (11-22)	11,00 (7-14)	12,00 (6-20)	9,00 (4-14)	3,00 (3-6)	4,00 (0-9)
Diğer	14,00 (11-29)	11,00 (7-24)	14,00 (6-25)	11,00 (4-16)	4,00 (3-11)	5,00 (0-10)
P değeri	0,191	0,025*	0,005*	0,528	0,192	0,686

Kruskal Wallis Testine göre sosyal baskı alt ölçeği ile daha önceki psikiyatrik danışmanlık alt boyutları arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p=0,025$). Tabloya göre depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu yaşama ve diğer tanılar gruplarında yer alanların sosyal baskı puan ortalamalarının anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cezalandırma alt ölçeği ile daha önceki psikiyatrik danışmanlık alt boyutları arasında gruplar arası anlamlı ilişki vardır ($p=0,005$). Tabloya göre depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu yaşama ve diğer tanılar gruplarında yer alanların cezalandırma puan ortalamalarının anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 14. Kadının Çalışma Durumu ile Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma Durumu Arasındaki İlişki

Psikiyatrik danışmanlık alma						P Değeri
	Depresyon n(%)	Panik atak n(%)	Anksiyete n(%)	Evlilikte Uyum Sorunu n(%)	Diğer n(%)	
Ev kadını	9 (24,3)	3 (8,1)	7 (18,9)	5 (13,5)	13 (35,1)	0,827
Çalışan	3 (18,8)	2 (12,5)	5 (31,2)	2 (12,5)	4 (25,0)	

Kadının çalışıp çalışmama durumu ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 15. Çocuk sahibi Olup Olmama Durumu ile Daha Önce Psikiyatrik Danışmanlık Alma Durumu Arasındaki İlişki

	Psikiyatrik danışmanlık alma					P Değeri
	Depresyon n(%)	Panik atak n(%)	Anksiyete n(%)	Evlilikte Uyum Sorunu n(%)	Diğer n(%)	
Çocuk yok	12 (32,4)	2 (5,4)	6 (16,2)	2 (5,4)	15 (40,5)	0,001*
Çocuk var	0 (0,0)	3 (18,8)	6 (37,5)	5 (31,2)	2 (12,5)	

Pearson Ki-Kare analizine göre çocuk sahibi olup olmama ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p=0,001$).

Çocuğu olmayan katılımcıların %32,4'ü daha önce danışmanlık aldıklarında depresyon tanısıyla, %5,2'si panik atak tanısıyla, %16,2'si anksiyete tanısıyla ve %5,4'ü evlilikte uyum sorunu nedeniyle değerlendirilmişlerdir. Çocuğu olan katılımcıların %18,8'i panik atak tanısıyla, %37,5'i anksiyete tanısıyla ve %31,2'si evlilikte uyum sorunu nedeniyle değerlendirilmişlerdir.

Tablo 16. Sigara kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki

	Psikiyatrik danışmanlık alma					P Değeri
	Depresyon n(%)	Panik atak n(%)	Anksiyete n(%)	Evlilikte Uyum Sorunu n(%)	Diğer n(%)	
Düzenli İçen	1 (9,1)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (27,3)	0,552
Ara-Sıra İçen	1 (16,7)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	3 (50,0)	
İçmeyen	10 (29,4)	2 (5,9)	7 (20,6)	5 (14,7)	10 (29,4)	
Daha önce içmiş olup bırakan	0 (0,0)	1 (50,0)	10 (29,4)	0 (0,0)	1 (50,0)	

Pearson ki-kare analizine göre sigara kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 17. Alkol kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasındaki ilişki

	Psikiyatrik danışmanlık alma					P Değeri
	Depresyon n(%)	Panik atak n(%)	Anksiyete n(%)	Evlilikte Uyum Sorunu n(%)	Diğer n(%)	
Alkol Kullanan	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	0,707
Alkol Kullanmayan	12 (23,1)	5 (9,6)	12 (23,1)	7 (13,5)	16 (30,8)	

Pearson Ki-Kare analizine göre alkol kullanımı ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 18. Psikiyatrik danışmanlık alma ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

	Yaş Med (min-max)	İlk Evlilik Yaşı Med (min-max)	Evlilik Süresi Med (min-max)
Depresyon	32,50 (24-49)	21,50 (17-46)	3,50 (1-12)
Panik atak	29,00 (26-44)	18,00 (16-27)	13,00 (3-17)
Anksiyete	33,00 (20-44)	18,00 (16-38)	7,00 (0-20)
Evlilikte uyum	35,00 (25-45)	25,00 (17-30)	10,00 (2-19)
Diğer	33,00 (20-47)	24,00 (14-44)	3,00 (1-17)
P değeri	0,904	0,165	0,047*

Kruskal Wallis Testine göre evlilik süresi ile daha önceki psikiyatrik danışmanlık alt boyutları arasında gruplar arası anlamlı farklılık vardır ($p=0,047$).

Tablo 19. Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek Puanı ile Bütçe Yönetimine Karar Verme Durumu Arasındaki İlişki

<i>Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek Puanı</i>	Bütçe Yönetimine Karar Veren Kişi				P Değeri
	Eşi n(%)	Kendi n(%)	Birlikte n(%)	Diğer n(%)	
<4	131 (61,5)	8 (3,8)	66 (31,0)	8 (3,8)	0,020*
≥4	97 (70,8)	5 (3,6)	24 (17,5)	11 (8,0)	

Pearson ki-kare analizine göre kadında bütçe yönetimine karar verme durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,02$).

Tablo 20. Kadının çalışma durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki

	Bütçe Yönetimine Karar Veren Kişi				P Değeri
	Eşi n(%)	Kendi n(%)	Birlikte n(%)	Diğer n(%)	
Ev kadını	197 (74,6)	7 (2,7)	42 (15,9)	18 (6,8)	0,0001*
Çalışan	31 (36,0)	6 (7,0)	48 (55,8)	1 (1,2)	

Pearson Ki-Kare analizine göre kadının çalışıp çalışmama durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,0001$).

Tablo 21. Kadının eğitim durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki

Kadının eğitim durumu	Bütçe Yönetimine Karar Veren Kişi				P Değeri
	Eşi n(%)	Kendi n(%)	Birlikte n(%)	Diğer n(%)	
Ortaokul ve Altı	141 (73,8)	3 (1,6)	33 (17,3)	14 (7,3)	0,0001*
Lise	55 (67,9)	5 (6,2)	18 (22,2)	3 (3,7)	
Üniversite ve Üzeri	32 (41,0)	5 (6,4)	39 (50,0)	2 (2,6)	

Pearson Ki-Kare analizine göre kadının eğitim durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,0001$).

Tablo 22. Eş eğitim durumu ile bütçe yönetimine karar verme durumu arasındaki ilişki

Eş eğitim durumu	Bütçe Yönetimine Karar Veren Kişi				P Değeri
	Eşi n(%)	Kendi n(%)	Birlikte n(%)	Diğer n(%)	
Ortaokul ve Altı	130 (74,7)	7 (4,0)	25 (14,4)	12 (6,9)	0,0001*
Lise	62 (62,0)	3 (3,0)	31 (31,0)	4 (4,0)	
Üniversite ve Üzeri	36 (47,4)	3 (3,9)	34 (44,7)	3 (3,9)	

Pearson Ki-Kare analizine göre erkeğin eğitim durumu ile kadının bütçe yönetimine karar verme durumu arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,0001$).

Tablo 23. Kadının Eğitim Durumu ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanı	Kadının Eğitim Durumu			P Değeri
	Ortaokul ve Altı n(%)	Lise n(%)	Üniversite ve Üzeri n(%)	
<4	108 (56,5)	47 (58,0)	58 (74,4)	0,021*
≥4	83 (43,5)	34 (42,0)	20 (25,6)	

Pearson Ki-Kare ile yapılan analizde kadınların eğitim durumu ile Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır. ($p=0,021$)

Tablo 24. Eş eğitim durumu ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanı	Eş Eğitim Durumu			P Değeri
	Ortaokul ve Altı n(%)	Lise n(%)	Üniversite ve Üzeri n(%)	
<4	100 (57,5)	57 (57,0)	56 (73,7)	0,035*
≥4	74 (42,5)	43 (43,0)	20 (26,3)	

Pearson Ki-Kare analizine göre erkeğin eğitim durumu ile kadının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,035$).

Tablo 25. Kadının eğitim durumu ve ölçek ortalamaları

Kadının eğitim durumu	Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanı ort±ss	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Puanı ort±ss
Ortaokul ve Altı	3,85±2,90	52,89±13,97
Lise	3,70±2,60	48,33±13,17
Üniversite ve Üzeri	2,61±2,29	42,53±10,25
P Değeri	0,003*	0,0001*

Orta okul ve altı mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 3,85±2,90; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalama puanı 52,89±13,97 olarak saptanmıştır. Lise mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 3,70±2,60; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalama puanı 48,33±13,17 olarak saptanmıştır. Üniversite ve üzeri mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 2,61±2,29; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalama puanı 42,53±10,25 olarak saptanmıştır.

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek puan ortalamasının kadının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,003$).

Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon ölçek puanı düşmektedir.

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalama puanının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,0001$).

Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puanı düşmektedir.

Tablo 26. Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,917
	Üniversite ve üzeri	0,003*
Lise	Ortaokul ve altı	0,917
	Üniversite ve üzeri	0,042*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,003*
	Lise	0,042*

Yukarıda yer alan tablodaki eğitim durumuna göre Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,003$); lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,042$) anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir. Ortaokul ve altı mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ($3,85\pm2,90$) üniversite ve üzeri mezunların ortalamasından ($2,61\pm2,29$) daha yüksektir. Lise mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ($3,70\pm2,60$) üniversite mezunlarının ortalamasından yüksektir. Üniversite mezunlarının Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ortaokul ve altı mezunlar ile lise mezunların ortalamalarından daha düşüktür.

Tablo 27. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanları ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,032*
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,032*
	Üniversite ve üzeri	0,021*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,021*

Yukarıda yer alan tablodaki eğitim durumuna göre İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puanı açısından ortaokul ve altı mezunları lise mezunları ($p=0,032$) ile üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,0001$); lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,021$) anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Ortaokul ve altı mezunlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalaması ($52,89\pm13,97$), lise mezunlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamasından ($48,33\pm13,17$) ve üniversite ve üzeri mezunların ortalamasından ($42,53\pm10,25$) daha yüksektir. Üniversite mezunlarının

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamaları, ortaokul ve altı mezunlar ile lise mezunlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamalarından daha düşüktür. Kadının eğitim düzeyi arttıkça İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamasının azaldığı gözlemlenmektedir.

Tablo 28. Kadının eğitim durumu ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

<i>Kadının Eğitim Durumu</i>	<i>Aile İçi Şiddet ort±ss</i>	<i>Sosyal Baskı ort±ss</i>	<i>Cezalandırma ort±ss</i>	<i>Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss</i>	<i>Dışlanma ort±ss</i>
Ortaokul ve Altı	14,19±4,18	10,41±3,11	13,43±5,03	10,67±3,31	4,17±1,86
Lise	13,09±3,31	9,60±2,55	11,80±4,69	9,98±3,86	3,83±1,51
Üniversite ve üzeri	12,20±2,26	8,42±1,66	9,55±3,82	8,82±3,86	3,53±0,98
P değeri	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,001*	0,012*

İkiden fazla kategoriye sahip değişkenler ile ilgili olarak farklılıkların tespitinde ANOVA analizlerinden faydalanılmıştır. Araştırma kapsamında farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla SPSS programı Posthoc menüsündeki Scheffe değerleri kullanılmıştır.

Aile içi şiddet alt ölçeğinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,0001).

Sosyal baskı alt ölçeğinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,0001).

Cezalandırma alt ölçeğinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,0001).

Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeğinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,001).

Dışlanma alt ölçeğinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,012$).

Orta okul ve altı mezunlarının aile içi şiddet ortalaması $14,19\pm4,18$; sosyal baskı ortalaması $10,41\pm3,11$; cezalandırma ortalaması $13,43\pm5,03$; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması $10,67\pm3,31$; dışlanma ortalaması $4,17\pm1,86$ olarak bulunmuştur.

Lise mezunlarının aile içi şiddet ortalaması $13,09\pm3,31$; sosyal baskı ortalaması $9,60\pm2,55$; cezalandırma ortalaması $11,80\pm4,69$; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması $9,98\pm3,86$; dışlanma ortalaması $3,83\pm1,51$ olarak bulunmuştur.

Üniversite ve üzeri mezunlarının aile içi şiddet ortalaması $12,20\pm2,26$; sosyal baskı ortalaması $8,42\pm1,66$; cezalandırma ortalaması $9,55\pm3,82$; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması $8,82\pm3,86$; dışlanma ortalaması $3,53\pm0,98$ olarak bulunmuştur.

Eğitim durumu arttıkça İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt ölçeklerine ilişkin ortalama puanlar düşmektedir. Kadının eğitim durumu yükseldikçe şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır.

Tablo 29. Aile içi şiddet alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,078
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,078
	Üniversite ve üzeri	0,303
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,303

Kadının eğitim durumuna göre aile içi şiddet alt ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; aile içi şiddet alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları ile üniversite ve üzeri mezunları arasında anlamlı fark vardır ($p=0,0001$). Ortaokul mezunlarının aile içi şiddet alt ölçek puan ortalaması ($14,19\pm4,18$), üniversite mezunlarının aile içi şiddet alt ölçek puan ortalamasından ($12,20\pm2,26$) daha yüksektir.

Tablo 30. Sosyal baskı alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,081
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,081
	Üniversite ve üzeri	0,025*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,025*

Sosyal baskı alt ölçeği ortalama puan farklılıkları incelendiğinde; sosyal baskı alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,0001$); lise mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,025$) anlamlı farklılık göstermektedir. Ortaokul ve altı mezunlarının sosyal baskı alt ölçek puan ortalaması ($10,41\pm3,11$), lise mezunlarının sosyal baskı alt ölçek puan ortalamasından ($9,60\pm2,55$) daha yüksektir. Üniversite mezunlarının sosyal baskı alt ölçek puan ortalaması ($8,42\pm1,66$) ise ortaokul ve altı mezunları ile lise mezunlarının sosyal baskı alt ölçek puan ortalamalarından daha düşüktür.

Tablo 31. Cezalandırma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,034*
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,034*
	Üniversite ve üzeri	0,011*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,011*

Kadının eğitim durumuna göre cezalandırma alt ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; cezalandırma alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları lise mezunları ($p=0,034$) ile üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,0001$); lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,011$); anlamlı farklılık göstermektedir. Ortaokul ve altı mezunlarının cezalandırma alt ölçek puan ortalaması ($13,43\pm5,03$), lise mezunlarının ($11,80\pm4,69$) ve üniversite ve üzeri mezunlarının ($9,55\pm3,82$) cezalandırma alt ölçek puan ortalamasından daha yüksektir.

Eğitim durumu arttıkça cezalandırma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının düştüğü gözlemlenmektedir.

Tablo 32. Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,350
	Üniversite ve üzeri	0,001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,350
	Üniversite ve üzeri	0,122
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,001*
	Lise	0,122

Kadının eğitim durumuna göre geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği puan durumu, ortaokul ve altı mezunları ile üniversite ve üzeri mezunlarında anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Ortaokul ve altı mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puan ortalaması ($10,67\pm3,31$), üniversite ve üzeri mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puan ortalamasından ($8,82\pm3,86$) daha yüksektir.

Tablo 33. Dışlanma alt ölçek puanı ile kadının eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,304
	Üniversite ve üzeri	0,016*
Lise	Ortaokul ve altı	0,304
	Üniversite ve üzeri	0,507
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,016*
	Lise	0,507

Kadının eğitim durumuna göre dışlanma alt ölçeği farklılıkları incelendiğinde; dışlanma alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından ($p=0,016$) anlamlı farklılık göstermektedir. Ortaokul ve altı mezunlarının dışlanma alt ölçek puan ortalaması ($4,17\pm1,86$), üniversite ve üzeri mezunlarının dışlanma alt ölçek puan ortalamasından ($3,53\pm0,98$) daha yüksektir.

Tablo 34. Eş eğitim durumu ve Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Ortalamaları

Eş Eğitim Durumu	Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği
Ortaokul ve Altı	$3,74\pm2,80$	$52,60\pm13,67$
Lise	$3,74\pm2,97$	$48,78\pm13,20$
Üniversite ve Üzeri	$2,82\pm2,19$	$43,47\pm12,11$
P değeri	0,038*	0,0001*

Kadının eşi orta okul ve altı mezunu ise Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek puan ortalaması $3,74 \pm 2,80$; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçek puan ortalaması $52,60 \pm 13,67$ olarak saptanmıştır. Eşi lise mezunu ise Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek puan ortalaması $3,74 \pm 2,97$; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçek puan ortalaması $48,78 \pm 13,20$ olarak saptanmıştır. Eşi üniversite ve üzeri mezunu ise Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek puan ortalaması $2,82 \pm 2,19$; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçek puan ortalaması $43,47 \pm 12,11$ olarak saptanmıştır.

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçek puan ortalamasının eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,038$).

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin puan ortalamasının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,0001$).

Erkeğin eğitim düzeyi arttıkça kadının şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır.

Erkeğin eğitim düzeyi arttıkça kadının depresyon eğilimi azalmaktadır.

Tablo 35. Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği ve eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	1,000
	Üniversite ve üzeri	0,047*
Lise	Ortaokul ve altı	1,000
	Üniversite ve üzeri	0,088
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,047*
	Lise	0,088

Eş eğitim durumuna göre Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği açısından gruplar arası farklılıklar incelendiğinde; depresyon eğilimi açısından eşi ortaokul ve altı mezunu olanlar, eşi üniversite ve üzeri mezun olanlardan anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$).

Tablo 36. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,071
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,071
	Üniversite ve üzeri	0,032*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,032*

Eş eğitim durumuna göre İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; eşi ortaokul ve altı mezunu olan kadınların puanları ile eşi üniversite ve üzeri mezunu olan kadınların puanları ($p=0,0001$); eşi lise mezunu olan kadınların puanları ile eşi üniversite ve üzeri mezunu olan kadınların puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,032$).

Tablo 37. Eş eğitim durumu ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Alt Ölçekleri puan ortalamaları

Eş Eğitim Durumu	Aile İçi Şiddet ort±ss	Sosyal Baskı ort±ss	Cezalandırma ort±ss	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss	Dışlanma ort±ss
Ortaokul ve Altı	14,33±4,17	10,44±2,96	13,11±4,84	10,66±3,36	4,05±1,65
Lise	12,97±3,18	9,60±2,71	12,23±5,07	9,95±3,83	4,03±1,79
Üniversite ve Üzeri	12,27±2,71	8,52±2,15	10,02±4,39	9,01±3,76	3,63±1,35
P Değeri	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,004*	0,153

Eşi orta okul ve altı mezunu olan kadınların aile içi şiddet alt ölçek puan ortalaması 14,33±4,17; sosyal baskı alt ölçek puan ortalaması 10,44±2,96; cezalandırma alt ölçeği puan ortalaması 13,11±4,84; geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği puan ortalaması 10,66±3,36; dışlanma alt ölçeği puan ortalaması 4,05±1,65 olarak bulunmuştur.

Lise mezunlarının aile içi şiddet alt ölçek puan ortalaması 12,97±3,18; sosyal baskı alt ölçek puan ortalaması 9,60±2,71; cezalandırma alt ölçek puan ortalaması 12,23±5,07; geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puan ortalaması 9,95±3,83; dışlanma alt ölçek puan ortalaması 4,03±1,79 olarak bulunmuştur. Üniversite ve üzeri mezunlarının aile içi şiddet alt ölçek puan ortalaması 12,27±2,71; sosyal baskı alt ölçek puan ortalaması 8,52±2,15; cezalandırma alt ölçek puan ortalaması 10,02±4,39;

geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçek puan ortalaması $9,01 \pm 3,76$; dışlanma alt ölçek puan ortalaması $3,63 \pm 1,35$ olarak bulunmuştur.

Erkeğin eğitim durumu iyileştikçe, kadının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği alt ölçeklerine ilişkin ortalama puanları düşmektedir.

Aile içi şiddet alt ölçeğinin eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,0001$).

Sosyal baskı alt ölçeğinin eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,0001$).

Cezalandırma alt ölçeğinin eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,0001$).

Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeğinin eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,004$).

Dışlanma alt ölçeğinin eşin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda gruplar arası anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 38. Aile içi şiddet alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,012*
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,012*
	Üniversite ve üzeri	0,455
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,455

Eşin eğitim durumuna göre aile içi şiddet alt ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; aile içi şiddet alt ölçeği açısından eşin ortaokul ve altı mezunlarının puan ortalamaları, eşin lise mezunu olanların puan ortalamalarından ($p=0,012$) ve eşin üniversite ve üzeri mezunu olanların puan ortalamalarından ($p=0,0001$) anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 39. Sosyal Baskı alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,051
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,051
	Üniversite ve üzeri	0,037*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,037*

Eşin eğitim durumuna göre sosyal baskı alt ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; sosyal baskı alt ölçeği açısından, eş ortaokul ve altı mezunu olanların, eş üniversite ve üzeri mezunu olanlardan ($p=0,0001$) ve eş lise mezunu olanların eş üniversite ve üzeri mezunu olanlardan ($p=0,037$) anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 40. Cezalandırma alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,344
	Üniversite ve üzeri	0,0001*
Lise	Ortaokul ve altı	0,344
	Üniversite ve üzeri	0,012*
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,0001*
	Lise	0,012*

Eşin eğitim durumuna göre cezalandırma alt ölçeği puan farklılıkları incelendiğinde; cezalandırma alt ölçeği açısından, eş ortaokul ve altı mezunu olanların, eş üniversite ve üzeri mezunu olanlardan ($p=0,0001$); eş lise mezunu olanların, eş üniversite ve üzeri mezunu olanlardan ($p=0,012$) anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 41. Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği ile eş eğitim durumu arasındaki ilişki

Eğitim	Eğitim	P
Ortaokul ve Altı	Lise	0,284
	Üniversite ve üzeri	0,004*
Lise	Ortaokul ve altı	0,284
	Üniversite ve üzeri	0,232
Üniversite ve Üzeri	Ortaokul ve altı	0,004*
	Lise	0,232

Eşin eğitim durumuna göre geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği farklılıkları incelendiğinde; geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği açısından,

eşi ortaokul ve altı mezunu olanlar ile eşi üniversite ve üzeri mezunu olanlar arasında ($p=0,004$) anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Yukarıdaki tabloda bağımsız t testinden elde edilen veriler incelendiğinde,

Tablo 42. Kadının eğitim durumu, Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Depresyon Eğilimi	Ort±ss	P
Kadının Eğitim Durumu	Ortaokul ve Altı	Aile İçi Şiddet	Yok	12,83±2,70	0,0001*
			Var	15,96±5,03	
		Sosyal Baskı	Yok	9,51±2,57	0,0001*
			Var	11,59±3,36	
		Cezalandırma	Yok	11,69±4,36	0,0001*
			Var	15,69±4,96	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	10,13±3,41	0,010*
			Var	11,37±3,07	
		Dışlanma	Yok	3,75±0,1,46	0,001*
			Var	4,72±2,16	
Kadının Eğitim Durumu	Lise	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok	47,93±10,63	0,0001*
			Var	59,34±15,17	
		Aile İçi Şiddet	Yok	12,17±2,18	0,006*
			Var	14,38±4,12	
		Sosyal Baskı	Yok	8,78±2,04	0,0001*
			Var	10,73±2,77	
		Cezalandırma	Yok	10,04±3,94	0,0001*
			Var	14,23±4,61	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	8,87±3,56	0,002*
			Var	11,52±3,77	
Kadının Eğitim Durumu	Üniversite ve Üzeri	Dışlanma	Yok	3,25±0,79	0,0001*
			Var	4,64±1,87	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok	43,12±10,20	0,0001*
			Var	55,52±13,54	
		Aile İçi Şiddet	Yok	11,70±1,25	0,029*
			Var	13,65±3,61	
		Sosyal Baskı	Yok	7,98±1,38	0,0001*
			Var	9,70±1,78	
		Cezalandırma	Yok	8,86±3,26	0,024*
			Var	11,55±4,63	
Kadının Eğitim Durumu	Üniversite ve Üzeri	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	8,01±3,61	0,001*
			Var	11,15±3,71	
		Dışlanma	Yok	3,24±0,60	0,001*
			Var	4,40±1,35	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok	39,81±8,12	0,0001*
			Var	50,45±11,80	

Yukarıdaki tabloda bağımsız t testinden elde edilen veriler incelendiğinde,

- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından aile içi şiddet ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; aile içi şiddet ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından sosyal baskı ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; sosyal baskı ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).

- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından cezalandırma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; cezalandırma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,010$).
- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,001$).
- ✓ Ortaokul ve altı mezunlarından infertilite şiddeti ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; infertilite şiddeti ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Lise mezunlarından aile içi şiddet ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; aile içi şiddet ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,006$).
- ✓ Lise mezunlarından sosyal baskı ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; sosyal baskı ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Lise mezunlarından cezalandırma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; cezalandırma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Lise mezunlarından geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,002$).
- ✓ Lise mezunlarından dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Lise mezunlarından infertilite şiddeti ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; infertilite şiddeti ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,0001$).
- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından aile içi şiddet ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; aile içi şiddet ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir ($p=0,029$).

- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından sosyal baskı ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; sosyal baskı ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir (p=0,0001).
- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından cezalandırma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; cezalandırma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir (p=0,024).
- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir (p=0,001).
- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir (p=0,001).
- ✓ Üniversite ve üzeri mezunlarından infertilite şiddeti ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi; infertilite şiddeti ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir (p=0,0001).

Tablo 43. Daha önceki tedavi durumu, Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Depresyon Eğilimi	Ort±SS	P	
Daha Önceki Tedavi Sayısı	0	Aile İçi Şiddet	Yok Var	12,23±2,11 14,48±3,72	0,0001*
		Sosyal Baskı	Yok Var	8,77±2,15 10,57±2,77	0,0001*
		Cezalandırma	Yok Var	10,23±4,00 14,14±4,75	0,0001*
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok Var	9,16±3,64 10,93±3,24	0,0001*
		Dışlanma	Yok Var	3,49±1,21 4,53±1,82	0,0001*
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok Var	43,90±10,11 54,67±12,82	0,0001*
		Aile İçi Şiddet	Yok Var	13,16±2,85 16,55±6,93	0,63
	1	Sosyal Baskı	Yok Var	10,16±2,47 11,77±2,79	0,052
		Cezalandırma	Yok Var	12,04±4,95 14,16±5,39	0,188
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok Var	9,60±3,30 12,94±3,71	0,003*
		Dışlanma	Yok Var	3,80±1,35 5,00±2,44	0,046*
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok Var	48,76±12,12 60,44±17,35	0,013

Tablo 43'ün devamı

Daha Önceki Tedavi Sayısı	2	Aile İçi Şiddet	Yok	11,80±0,94	0,018*
			Var	15,85±3,33	
		Sosyal Baskı	Yok	8,33±2,35	0,009*
			Var	12,00±3,55	
		Cezalandırma	Yok	9,40±3,60	0,001*
			Var	16,85±4,94	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	8,66±3,81	0,039*
			Var	12,28±2,92	
		Dışlanma	Yok	3,13±0,35	0,034*
			Var	4,85±1,67	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok	41,33±8,71	0,0001*
			Var	61,85±12,82	
	3	Aile İçi Şiddet	Yok	13,87±4,64	0,377
			Var	16,00±3,74	
		Sosyal Baskı	Yok	9,75±3,19	0,187
			Var	12,50±4,18	
		Cezalandırma	Yok	12,62±3,70	0,060
			Var	18,00±6,00	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	12,00±2,97	0,784
			Var	11,50±3,72	
		Dışlanma	Yok	3,62±0,91	0,153
			Var	4,66±1,63	
	3	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok	51,87±11,17	0,166
			Var	62,66±16,32	
	4	Aile İçi Şiddet	Yok	16,00	
			Var	17,50±7,77	
		Sosyal Baskı	Yok	9,00	
			Var	12,00±1,41	
		Cezalandırma	Yok	20,00	
			Var	19,50±2,12	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	12,00	**
			Var	12,00±2,82	
		Dışlanma	Yok	3,00	
			Var	3,00±0,00	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok	60,00	
			Var	64,00±14,14	
	5	Aile İçi Şiddet	Yok	11,00±0,00	0,030*
			Var	21,16±8,28	
		Sosyal Baskı	Yok	8,00±1,41	0,104
			Var	15,00±4,85	
		Cezalandırma	Yok	14,00±0,00	0,073
			Var	18,66±5,04	
		Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	7,00±1,41	0,057
			Var	12,50±3,08	
		Dışlanma	Yok	3,00±0,00	0,091
			Var	6,00±3,52	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği Toplam Puan	Yok	43,00±0,00	0,022*
			Var	73,33±22,65	

** Dört kez tedavi görenlerde yeterli veri sayısı olmadığı için p değerleri hesaplanamamıştır.

Daha önce tedavi görmeyenlerde İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,0001$) ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, dışlanma ve geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır (her bir alt ölçek için $p=0,0001$).

Daha önce bir kez tedavi görenlerde İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,013$) ve geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,003$) ve dışlanma ($p=0,046$) alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır.

Daha önce iki kez tedavi görenlerde İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,0001$) ve aile içi şiddet ($p=0,018$), sosyal baskı ($p=0,009$), cezalandırma ($p=0,001$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,039$) ve dışlanma ($p=0,034$) alt ölçeklerinde gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Daha önce üç kez tedavi görenlerde araştırma değişkenlerine ilişkin gruplararası anlamlı farklılık yoktur.

Daha önce beş kez tedavi görenlerde İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,022$) ve aile içi şiddet alt ölçeğinde ($p=0,030$) gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Daha önce hiç tedavi görmeyenlerde; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçekleri ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Daha önce bir kez tedavi olanlarda; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçekleri ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Daha önce iki kez tedavi olanlarda; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçekleri ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Daha önce beş kez tedavi olanlarda; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin aile içi şiddet alt ölçeği ve toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Tedavi sayısı arttıkça depresyon eğilimi olanlarda aile içi şiddet alt ölçek ortalamasının giderek yükseldiği gözlemlenmektedir.

Tablo 44. Evlilik süresi, birinci basamak beck depresyon ölçeği, infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişki

Evlilik Süresi	Depresyon Eğilimi Durumu	Aile İçi Şiddet ort±ss	Sosyal Baskı ort±ss	Cezalandırma ort±ss	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss	Dışlanma ort±ss	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı ort±ss
İki Yıl ve Üzeri	Yok	12,44±2,29	8,98±2,26	10,67±4,11	9,43±3,55	3,46±0,95	45,00±10,12
	Var	15,26±4,61	11,09±2,88	14,95±4,93	11,42±3,28	4,65±1,94	57,38±14,01
P		0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
İki Yıldan Az	Yok	12,00±2,49	8,66±2,39	9,83±4,49	8,33±3,80	3,73±2,08	42,56±12,42
	Var	14,90±5,90	11,18±5,17	12,18±5,51	10,81±3,94	4,72±2,57	53,81±20,65
P		0,141	0,147	0,171	0,074	0,173	0,039*

İki yıl ve üzeri süre evli olanlarda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,0001$) ve bu ölçeğin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçeklerinde gruplararası anlamlı farklılıklar vardır (her bir alt ölçek için $p=0,0001$).

İki yıldan az süre evli olanlarda, sadece İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı ($p=0,039$) açısından gruplararası anlamlı farklılık vardır.

İki yıl ve üzeri evli olanlarda, depresyon eğilimi olanlarda, olmayanlara kıyasla, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçekleri ve toplam ortalama puanları daha yüksektir.

İki yıldan kısa süre evli olanlarda ve depresyon eğilimi olanlarda, olmayanlara kıyasla, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam ortalama puanları daha yüksektir.

İki yıl ve üzeri evli olan kadınlarda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda) iki yıldan az süreli evli olanlardan fazladır.

Tablo 45. Aile tipi, Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Aile tipi	Depresyon Eğilimi Durumu	Aile İçi Şiddet ort±ss	Sosyal Baskı ort±ss	Cezalandırma ort±ss	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss	Dışlanma ort±ss	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı ort±ss
Çekirdek aile	Yok	12,30±2,20	8,88±2,20	10,62±4,18	9,05±3,56	3,44±1,03	44,30±10,30
	Var	15,23±4,82	11,11±3,16	14,72±4,81	11,47±3,22	4,63±1,93	57,18±14,49
P		0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
Geniş aile	Yok	12,81±2,87	9,24±2,68	10,21±4,15	10,51±3,62	3,81±1,75	46,60±11,32
	Var	15,20±4,02	11,00±2,77	14,75±6,22	10,85±3,95	4,80±2,33	56,60±15,53
P		0,027*	0,027*	0,007*	0,754	0,088	0,009*

Çekirdek ailelerde, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçeklerinde ve toplam ortalama puanda gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır (her bir ölçek için $p=0,0001$).

Geniş ailelerde ise, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin sadece aile içi şiddet ($p=0,027$), sosyal baskı ($p=0,027$), cezalandırma ($p=0,007$) alt ölçeklerinde ve toplam puanında ($p=0,009$) gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır.

Çekirdek ailelerde, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Geniş ailelerde, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Tablo 46. Çocuk varlığı, Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri arasındaki ilişki

Çocuk sahibi olup olmama	Depresyon Eğilimi Durumu	Aile içi Şiddet ort±ss	Sosyal Baskı ort±ss	Cezalandırma ort±ss	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss	Dışlanma ort±ss	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı ort±ss
Çocuk yok	Yok	12,32±2,17	8,98±2,26	10,79±4,14	9,23±3,59	3,46±1,16	44,80±10,30
	Var	15,29±4,70	11,29±2,92	15,05±4,88	11,53±3,35	4,73±1,96	57,91±14,34
P		0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*
Çocuk var	Yok	12,62±2,88	8,72±2,36	9,52±4,17	9,50±3,67	3,65±1,23	44,02±11,30
	Var	14,90±4,81	10,00±3,90	12,80±5,45	10,45±3,10	4,20±2,09	52,35±15,52
P		0,062	0,121	0,012*	0,326	0,205	0,021*

Çocuk sahibi olmayanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeğinin tüm alt ölçekleri (her biri için $p=0,0001$) ve toplam puan açısından gruplar arası anlamlı farklılık vardır.

Çocuk sahibi olanlarda ise sadece cezalandırma alt ölçeği ($p=0,012$) ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p=0,021$).

Çocuk sahibi olmayanlarda, aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçek puanları ve toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Çocuk sahibi olanlarda ise sadece cezalandırma alt ölçeği ve toplam puanı yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Çocuğu olmayanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda), çocuğu olan kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puan ortalamalarından daha yüksektir.

Tablo 47. Tedaviyi isteyen kişi, Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri arasındaki ilişki

Tedavi isteyen	Depresyon Eğilimi Durumu	Aile İçi Şiddet ort±ss	Sosyal Baskı ort±ss	Cezalandırma ort±ss	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma ort±ss	Dışlanma ort±ss	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği toplam puanı ort±ss
Kendisi	Yok	12,00 (11-20)	7,00 (7-13)	11,00 (6-20)	9,00 (4-16)	3,00 (3-6)	43,00 (68-31)
	Var	12,50 (11-30)	10,00 (7-24)	16,00 (6-25)	11,00 (4-17)	4,00 (3-12)	54,00 (38-101)
P		0,383	0,008*	0,002*	0,045*	0,003	0,006
Eşi	Yok	13,00 (13-13)	7,00 (7-7)	6,00 (6-6)	12,00 (12-12)	3,00 (3-3)	41,00 (41-41)
	Var	23,50 (15-32)	14,00 (11-17)	22,50 (21-24)	16,50 (15-18)	8,50 (8-9)	85,00 (70-100)
P		0,221	0,221	0,221	0,221	0,221	0,221
Birlikte	Yok	11,00 (11-23)	9,00 (7-17)	10,00 (6-20)	10,00 (4-20)	3,00 (3-11)	44,00 (31-75)
	Var	14,00 (11-36)	11,00 (7-24)	15,00 (6-25)	11,00 (4-19)	4,00 (3-11)	57,00 (31-100)
P		0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,0001*

Mann-Whitney Testine göre;

Kadının kendisinin infertilite tedavisi istemesi durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği (p=0,006) ve sosyal baskı (p=0,008), cezalandırma (p=0,002), geleneksel uygulamalara maruz kalma (p=0,045), dışlanma (p=0,003) alt ölçekleri ile ilgili olarak gruplararası anlamlı fark bulunmaktadır.

Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda ise tüm alt ölçekler ve toplam puan ile ilgili olarak gruplararası anlamlı fark bulunmaktadır (her bir alt ölçek için $p=0,0001$).

Erkeğin tedaviyi tek başına kendisinin istemesi durumunda gruplararası anlamlı fark yoktur.

Kadının kendisinin tedaviyi istemesi durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçek puanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ile aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçek puanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Erkeğin tedaviyi tek başına istemesi durumunda, depresyon eğilimi olan katılımcılarda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği puanları, tedavinin sadece kadın tarafından ya da birlikte istenmesi durumlarına kıyasla, daha yüksektir.

Tablo 48. Kadının ilk evlilik yaşı, Birinci basamak Beck Depresyon Ölçeği, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri arasındaki ilişki

	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Depresyon Eğilimi	Ortalama $\pm$ SS	P
Kadının ilk Evlilik Yaşı	<18	Aile İçi Şiddet	Yok 12,75 $\pm$ 2,72	0,004*
		Var	15,82 $\pm$ 5,04	
		Sosyal Baskı	Yok 9,12 $\pm$ 2,04	0,002*
		Var	11,76 $\pm$ 3,91	
		Cezalandırma	Yok 11,62 $\pm$ 4,80	0,004*
		Var	15,44 $\pm$ 4,62	
	18-35	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok 9,79 $\pm$ 3,02	0,0001*
		Var	13,00 $\pm$ 3,16	
		Dışlanma	Yok 3,54 $\pm$ 0,83	0,004*
		Var	4,70 $\pm$ 1,99	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok 46,83 $\pm$ 9,46	0,0001*
		Var	60,73 $\pm$ 15,03	
Kadının ilk Evlilik Yaşı	<18	Aile İçi Şiddet	Yok 12,21 $\pm$ 2,05	0,0001*
		Var	15,26 $\pm$ 4,68	
		Sosyal Baskı	Yok 8,86 $\pm$ 2,17	0,0001*
		Var	10,93 $\pm$ 2,74	
		Cezalandırma	Yok 10,19 $\pm$ 3,98	0,0001*
		Var	14,60 $\pm$ 5,21	
	18-35	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok 9,22 $\pm$ 3,72	0,0001*
		Var	10,90 $\pm$ 3,25	
		Dışlanma	Yok 3,43 $\pm$ 1,04	0,0001*
		Var	4,69 $\pm$ 2,04	
		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok 43,94 $\pm$ 10,23	0,0001*
		Var	56,40 $\pm$ 14,59	

Tablo 48'in devamı

≥36	Aile İçi Şiddet	Yok	13,22±3,40	0,518
		Var	12,37±2,19	
	Sosyal Baskı	Yok	9,27±3,19	0,463
		Var	10,25±3,15	
	Cezalandırma	Yok	12,18±4,42	0,557
		Var	13,25±4,13	
	Geleneksel Uygulamalara Maruz Kalma	Yok	9,13±3,34	0,464
		Var	10,12±2,85	
	Dışlanma	Yok	3,95±2,08	0,954
		Var	4,00±1,19	
	İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Yok	47,77±12,76	0,655
		Var	50,00±9,05	

Kadının ilk evlilik yaşının 18'den küçük olması durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,0001$) ve aile içi şiddet ($p=0,004$), sosyal baskı ($p=0,002$), cezalandırma ($p=0,004$), geleneksel uygulamalara maruz kalma ($p=0,0001$), dışlanma ($p=0,004$) alt ölçekleri açısından gruplar arası anlamlı farklar bulunmaktadır.

Kadının ilk evlilik yaşının 18 ile 35 yaş arasında olması durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ($p=0,0001$) ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçekleri açısından gruplar arası anlamlı farklar bulunmaktadır (her bir alt ölçek için $p=0,0001$).

Kadının yaşının 36'dan büyük olması durumunda gruplar arası anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Kadının ilk evlilik yaşının 18'den küçük olması durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Kadının ilk evlilik yaşının 18 ile 35 yaş arasında olması durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

İlk evlilik yaşı 18'den küçük olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalaması, ilk evlilik yaşı 18 ile 35 yaş arasında olan ve ilk evlilik yaşı 36'dan fazla olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği ortalamalarından daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Çocuk kavramı sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerden dolayı değerlidir (172).

Annelik toplumlarda kadın için primer görev olarak görülmekte bu nedenle infertilite durumunda en büyük baskıyı kadınlar yaşamaktadır.

Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (86). Şiddet, tüm dünyada sosyoekonomik ve eğitim düzeylerine bakılmaksızın infertil milyonlarca kadının hayatını etkilemektedir (173).

İnfertil kadına yönelik şiddet kadının fiziksel ve ruh sağlığı açısından ciddi sorunlara yol açabilmektedir.

Bu çalışmayla, infertil kadının maruz kaldığı şiddetin değerlendirilmesi bununla birlikte sosyodemografik özellikler ve depresyonla ilişkisinin belirlenmesi planlanmıştır.

Çalışmamızda infertil kadının infertilite şiddetine maruz kalma durumunu İKMKŞBÖ ile değerlendirdik. Bu ölçeğin alt boyutlarıyla aile içi şiddet alanının; fiziksel, ekonomik, duygusal, cinsel şiddet ile ilişkili olmakla birlikte boşanma tehdidi, çocuk sahibi olmak için başka biriyle evlenmenin düşünülmesi, aşağılama, sevgi göstermeme gibi evliliğin güçlükleriyle de ilişkili olarak, sosyal baskı alanının; damgalanma, soyutlanma, aşağılanma, dedikodu, suçlu hissetme, toplum tarafından dışlanma gibi sosyal zorluklarla ilişkili olarak, cezalandırma alanının; cinsel ilişkiye girmek için ısrar etme, lakap takılması, yorucu ev işlerine maruz kalma, akraba ya da komşuların evlerine davet edilmeme, yetersizlikle suçlanma, infertilitenin sebebini kendi başına almak zorunda olma gibi durumlarla ilişkili olarak, geleneksel uygulamalara maruz kalma alanının; infertil kadın istememesine rağmen gebeliği kolaylaştırdığına inanılan bazı yiyecekleri yemesi konusunda zorlanması, büyü bozmak için bir yerlere gidilmesi, çocuk sahibi olmakla ilgili meraklı sorulara maruz kalma ve bunlara karşı yalan söylemek ya da kaçamak cevap vermek durumunda kalmakla ilişkili olarak, dışlanma alanının; infertil kadının yaşamındaki ters/olumsuz giden talihsizlikleri çocuk sahibi olamaması ile ilişkilendirme, herhangi bir konuda karar vermesine müsaade etmeme, çocuk sahibi diğer kadınlarla kıyaslanma gibi durumlarla ilişkili

olarak değerlendirdik (174). Bu kadınların depresyon eğilimlerini belirlemek için BB-BDÖ'ni kullandık. Bu bölümde sosyodemografik verilerimizle beraber araştırmadan elde edilen veriler ulaşılabilen literatür bilgileri ile tartışmaya sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının $30,6\pm6,4$ olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde infertilite ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş ortalamalarının 28 ile 37 yaş aralığında değiştii ve bu sonuçların çalışma bulgularımızla uyumlu olduğu saptanmıştır (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182).

Tüm katılımcılarda daha önce infertilite tedavisi (IVF yada IUI) görenlerin %25,4 olduğu saptanmıştır. Ozturk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada daha önce infertilite tedavisi görenlerin %60,1 oranında olduğu bulunmuştur. (181). Elde ettiğimiz veriler daha önce infertilite tedavisi olarak yardımcı üreme tekniklerinden IVF ve IUI'ı içermektedir, Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedavi içerisinde IVF, IUI ile birlikte ilaçla tedaviside yer almaktadır (181).

Çalışmamızda infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ele alındığında; ortalama değer $49,53\pm13,66$ (min:31, max:101) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı ölçekle yapılan diğer çalışmalardan birinde ortalama değer $38,74\pm11,49$ (min:31, max:106) olarak bulunmuş iken (181), bir diğerinde puan ortalamasının $40,5\pm9,9$ olduğu bulunmuştur (182).

Şiddete maruz kalma oranlarının literatüre ve diğer çalışmalara göre düşük olduğu fakat buna rağmen infertiliteye bağlı olarak kadına karşı şiddetin görülme sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet belirleme ölçeği alt ölçeklerinden aile içi şiddet puanlaması $13,49\pm3,72$ (11-36), sosyal baskı puanlaması $9,78\pm2,83$ (7-24), cezalandırma puanlaması $12,19\pm4,95$ (6-25), geleneksel uygulamalara maruz kalma puanlaması $10,10\pm3,64$ (4-20), dışlanma puanlaması $3,95\pm1,64$ (3-12) olarak bulunmuştur. Diğer bir çalışmada infertil kadınlarda maruz kalınan şiddet belirleme ölçeği alt ölçeklerinden aile içi şiddet puanlaması $12,48\pm3,22$ (11-34), sosyal baskı puanlaması $8,13\pm2,30$ (7-25), cezalandırma puanlaması $8,02\pm3,22$ (6-25), geleneksel uygulamalara maruz kalma puanlaması $6,48\pm2,93$ (4-19), dışlanma puanlaması $3,60\pm1,43$ (3-13) olarak bulunmuştur (181). Her iki çalışmada ortalama değerler yakın olmasına rağmen bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni kültürel

farklılık olabilir. Çocuk sahibi olmakla ilgili kültürel cevaplar, toplumdan topluma değişmektedir (119). Aynı zamanda şiddetin oluşumu ve yayılmasında kültür önemli bir yer tutmaktadır (183). Yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda aile içi şiddetin en yaygın türü olarak psikolojik şiddetin (% 33,8) görüldüğü, bunu sırasıyla fiziksel şiddet (% 14) ile cinsel şiddetin (% 8) takip ettiği tespit edilmiştir (184). Bir başka çalışmada, infertil kadınlarda duygusal şiddetin oranı % 55,6 bildirilmiştir (185). Pakistan’da yapılan bir çalışmada kadınlar infertil oldukları için eşleri tarafından sözel, duygusal ve fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (186). Afrika’da yapılan bir çalışmada aile içi şiddet görülme oranı infertil kadınlarda daha fazla bulunmuştur ve dört infertil kadından birinin boşanma tehdidi ile duygusal şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (187). İran’da 400 kişi ile yapılan çalışmada kadınların 247’sinin aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada infertil kadınların %33,6’sının aile içi şiddete maruz kaldıkları ve bu şiddete maruz kalanların 36’sının eşleri tarafından boşanmakla tehdit edildiği saptanmıştır (188). Kadının kendi ailesi ve eşinin ailesinden sosyal izolasyon, damgalanma, aşağılayıcı meraklı sorular ve baskı yoluyla psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (189). Yapılan bazı çalışmalarda infertil kadınların çeşitli cezalara maruz kaldıkları gösterilmiştir (190) (191).

Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeğine ilişkin ortalama $3,54 \pm 2,75$ ’tir.

Aile içi şiddet ortalaması yüksek olanların, sosyal baskı ortalaması yüksek olanların, cezalandırma ortalaması yüksek olanların, geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması yüksek olanların, dışlanma ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi vardır. İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi anlamlı olarak daha fazladır. Şiddet; bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyerek yetersiz beslenmeye, depresyona, travma sonrası stres bozukluğuna, sosyal izolasyona, madde bağımlılığına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı engellilik ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli olmayan cinselliğe, pelvik enflamatuvar hastalıklara, intiharlara, ölüme neden olmaktadır (192). Yapılan bir çalışmada infertil çiftlerde kadınların daha fazla depresyon ve intihar girişiminde bulundukları belirtilmekle birlikte bunun temel nedeni olarak toplumsal baskı gösterilmiştir (193).

Daha önceki infertilite tedavisi olanların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Daha önce infertilite tedavisi

olanların aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma şeklindeki İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet alt boyutlarının ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak İran’da yapılan bir çalışmada daha önce mikroiğneleme yaptıranların yaptırmayanlara kıyasla aile içi şiddete daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (194).

Çalışmamızda, daha önce infertilite tedavisi olup olmama durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu bulgumuz, İngiltere, Almanya, Japonya’da yapılan bazı araştırmaların IVF deneme sayısı ile psikopatoloji arasında anlamlı ilişki saptanamamaları ile uyumludur (195) (196) (197) (198). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak infertilite tedavisinin depresyon ve diğer psikopatolojik semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (199).

Daha önce herhangi bir nedenden dolayı psikiyatrik danışmanlık alma durumunun İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma şeklindeki alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Literatüre baktığımızda Taherkhani ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise aile içi şiddetin kadının ve eşinin mental rahatsızlıklarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (200).

Daha önce herhangi bir nedenden dolayı psikiyatrik danışmanlık alma durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alanların depresyon eğilimi açısından puan ortalamaları almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Daha önce depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu ve bazı diğer nedenlerden dolayı psikiyatrik danışmanlık almış olanlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet alt boyutlarından sosyal baskı değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır.

Daha önce depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu ve bazı diğer nedenlerden dolayı psikiyatrik danışmanlık almış olanlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet alt boyutlarından cezalandırma değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır.

Kadının çalışma durumu ile İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma şeklindeki İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet alt boyutları arasında anlamlı farklılık

saptanmıştır. Ev kadınlarının aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları çalışan kadınlara ilişkin aynı alt ölçek ortalamalarından daha yüksektir. Literatüre baktığımızda çalışmamızla uyumlu olan infertil kadının ekonomik durumu ile yakın partner şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (201). Nijerya’da yapılan bir çalışmada kadınların çalışmaması durumunda bu faktörün infertilitede şiddet belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (202). Bizim çalışmamızın tersine Akyüz ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınlarda evlilik şiddeti ile kadının çalışma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (203). Aynı şekilde başka bir çalışmada kadının çalışma durumu ve şiddet arasında ilişki saptanamamıştır (113).

Kadının çalışma durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı farklılık vardır. Ev kadınlarının depresyon eğilimi ortalamaları çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatüre baktığımızda bizim çalışmamızla uyumlu olarak 347 infertil kadının katıldığı bir çalışmada bu kadınların %40,8’inde depresyon tespit edilmiş olup aynı çalışmada depresyon, kadının çalışıp çalışmama durumu ile bağlantılı bulunmuş ve ev hanımlarının depresyon skorları belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır (155). Başka bir çalışmada ise ekonomik durumu ve işi ile depresyon arasında negatif ilişki olduğu ortaya konmuştur (199). Çalışmak, infertiliteye sahip kadınlarda baş etmeyi kolaylaştıran ve kadınları destekleyen bir sosyal çevre yaratabilir (199). Ayrıca kadınlarda gelir düzeyi arttıkça depresyon ve infertilite ile ilgili sosyal stres azalmaktadır (204).

Çalışmamızda kadın çalışma hayatında yer aldıkça depresyon eğilimi ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları azalmaktadır. Çalışan kadınların depresyon eğilimi ile infertilite şiddetine maruz kalma durumu ev kadınlarından daha azdır.

Kadınların çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre daha önce psikiyatrik danışmalık alma nedenlerini bilenlere baktığımızda çocuğu olmayanlarda depresyon ve anksiyete yüzdelerinin yüksek olduğu, çocuğu olanlarda da anksiyete ve evlilikte uyum sorunu yüzdelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Daha önce depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu ve bazı diğer nedenlerden dolayı psikiyatrik danışmanlık almış olanların evlilik süresi değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Ortanca değerlerine göre ilk beş

yıl içinde depresyon ve diğer tanılar, sonraki beş yıl içinde anksiyete ve evlilikte uyum sorunu, on yıldan sonraki evliliklerde de panik ataktan dolayı danışmanlık almışlardır.

Kadında bütçe yönetimi ile depresyon eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bütçe yönetiminde daha az söz sahibi olan kadınların daha çok depresyon eğilimi gösterdikleri gözlenmiştir. Literatüre baktığımızda infertil kadının ekonomik durumu ile depresyon arasında negatif ilişki vardır (199).

Kadının çalışıp çalışmama durumu ile bütçe yönetimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadın, çalışma hayatında yer aldıkça bütçe yönetiminde söz sahibi olmaktadır

Kadının eğitim durumu ile bütçe yönetimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyi arttıkça bütçe yönetiminde söz sahibi olmaktadır.

Erkeğin eğitim durumu ile kadının bütçe yönetimi arasında anlamlı ilişki vardır. Erkeğin eğitim durumu arttıkça kadının bütçe yönetimine katılımı artmaktadır.

Birinci basamak Beck depresyon ölçeği ile eğitim durumu arasında gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak başka bir çalışmada infertil kadının eğitimi ile depresyon arasında negatif ilişki saptanmıştır (199). İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ile eğitim durumu arasında gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda kadının eğitim düzeyi arttıkça depresyon eğilimi ve şiddete maruz kalma ortalamaları azalmaktadır. Kadının eğitim durumu arttıkça aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma şeklindeki İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler azalmaktadır. Kadının eğitim durumu yükseldikçe şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak kadının eğitim seviyesi arttıkça aile içi şiddetin azaldığını belirten çalışmalar bulunmakla birlikte (187) (172), eğitim durum ile şiddet arasında bir ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (184) (205) (113).

Ortaokul mezunlarının aile içi şiddet ortalaması üniversite mezunlarının aile içi şiddet ortalamasından daha yüksektir.

Ortaokul ve altı mezunlarının sosyal baskı ortalaması, lise mezunlarının sosyal baskı ortalamasından daha yüksektir. Üniversite mezunlarının sosyal baskı ortalaması ise ortaokul ve altı mezunları ile lise mezunlarının ortalamalarından daha düşüktür.

Ortaokul ve altı mezunlarının cezalandırma ortalaması, lise mezunlarının ve üniversite ve üzeri mezunlarının cezalandırma ortalamasından daha yüksektir. Eğitim durumu arttıkça cezalandırma alt ölçeğine ilişkin ortalamaların azaldığı gözlemlenmektedir.

Ortaokul ve altı mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması, üniversite ve üzeri mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamasından daha yüksektir.

Ortaokul ve altı mezunlarının dışlanma ortalaması, üniversite ve üzeri mezunlarının dışlanma ortalamasından daha yüksektir.

Birinci basamak Beck depresyon ölçeği ile eş eğitim durumu arasında gruplar arası anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ile eş eğitim durumu arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erkeğin eğitim durumu arttıkça kadının şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak eş eğitiminin düşük olması ile kadına uygulanan aile içi şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkeğin eğitim seviyesi arttıkça aile içi şiddetin azaldığını belirten çalışmalar mevcuttur (187) (172) (205) (206). Bir çalışmada orta öğrenimden daha düşük eğitim düzeyindeki eşlerin, kadına uyguladıkları fiziksel şiddet anlamlı ilişkili bulunmuştur (205).

Erkeğin eğitim düzeyi arttıkça kadının depresyon eğilimi ve şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır.

Kadının depresyon eğilimi açısından eş eğitimine göre ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından, lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Erkeğin eğitim durumu arttıkça kadının aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma ve geleneksel uygulamalara maruz kalma şeklindeki infertil kadınların maruz kaldığı şiddeti alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler azalmaktadır.

Aile içi şiddet alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları, lise mezunları ile üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Sosyal baskı alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından; lise mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Cezalandırma alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından; lise mezunları, üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt ölçeği açısından ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Ortaokul ve altı mezunlarından; İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.

Lise mezunlarından; İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.

Üniversite ve üzeri mezunlarından; İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.

Daha önce tedavi görmeyenlerde İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, dışlanma ve geleneksel uygulamalara maruz kalmaya ilişkin gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Daha önce bir kez tedavi görenlerde İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanmaya ilişkin gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır. Daha önce iki kez tedavi görenlerde İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel

uygulamalara maruz kalma ve dışlanmaya ilişkin gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Daha önce üç kez tedavi görenlerde araştırma değişkenlerine ilişkin gruplararası anlamlı farklılık yoktur. Daha önce beş kez tedavi görenlerde İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddete ilişkin gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Daha önce hiç tedavi görmeyenlerde; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır. IVF sürecinde depresyon bakımından en riskli dönem IVF tedavisinin başlangıç dönemidir (199) (207). Bazı araştırmalarda, uzamış infertilite ve başarısız tedavi denemeleri genellikle psikopatolojiyi, özellikle depresyonu ve anksiyeteyi artırmaktadır (208) (209) (210).

Daha önce bir kez tedavi olanlarda; geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Daha önce iki kez tedavi olanlarda; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Daha önce beş kez tedavi olanlarda; aile içi şiddet ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Tedavi sayısı arttıkça depresyon eğilimi olanlarda aile içi şiddet ortalamasının giderek yükseldiği gözlemlenmektedir. İran’da yapılan bir çalışmada IVF sayısı ile aile içi şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (194). IVF tedavisinde IVF’in başarısızlığı hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (211).

İki yıl ve üzeri evli olanlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ölçeği ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt boyutlarına göre gruplararası anlamlı farklılıklar vardır. Ailenin gelişim evrelerine baktığımızda yeni evli çiftlerin çocuksuz olarak geçirdikleri dönem iki yıl olarak belirtilmektedir. Bu süreçte çocuk beklentisi olmayan çiftler, bu süreden sonra çocuk sahibi olma ve bu konuyla ilgili birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalabilmektedirler. İki yıldan az evli olanlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ölçeğine göre gruplararası anlamlı farklılık vardır. Bizim bulduğumuzdan farklı olarak

evlilik süresi kısa olanların evlilik süresi uzun olanlara kıyasla aile içi şiddete daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (194).

İki yıl ve üzeri evli olanlarda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır. İki yıldan az evli olanlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır. İki yıl ve üzeri evli olan kadınlarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda) iki yıldan az süreli evli olanlardan fazladır.

Aile tipinin çekirdek olduğu çiftlerde, aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ile ilgili olarak gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır. Aile tipi geniş ise aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ile ilgili olarak gruplar arası anlamlı farklılıklar vardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile tipi ile yakın partner şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (201). Geniş aile olmak yakın partner şiddeti açısından baktığımızda hem koruyucu hem de negatif rolü olabilir. Kimi aile büyükleri olayı sakinleştirip çözüm yolu sunabilirken, kimisi de bunun yerine durumu daha da provoke edip şiddetin kaynağı olabilmektedirler.

Çekirdek ailelerde, aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır. Şiddet görmeye meyilli infertil kadınların depresyona eğilimleri daha yüksektir.

Geniş ailelerde, aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Çocuk sahibi olmayanların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma alt boyutlarına ilişkin gruplar arası anlamlı farklılık vardır. Çocuk sahibi olanlarda ise İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt ölçeklerinden cezalandırma ile ilgili olarak gruplar arasında anlamlı farklılıkların olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çocuk sahibi olmayanlarda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır. Çocuk sahibi olanlarda ise

cezalandırma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Çocuğu olmayanların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda) çocuğu olan kadınların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamalarından daha yüksektir.

Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak çocuğu olmayan infertil kadınların çocuğu olan kadınlara kıyasla şiddet mağduru olma olasılıkları daha yüksektir (113).

Kadının kendisinin tedaviyi istemesi durumunda, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ile ilgili olarak gruplararası anlamlı farklar bulunmaktadır.

Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ile ilgili olarak gruplararası anlamlı farklar bulunmaktadır.

Kadının kendisinin tedaviyi istemesi durumunda, İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma medyanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ile aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma medyanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Erkeğin tedaviyi tek başına kendisinin istemesi durumunda gruplararası anlamlı fark olmamasına rağmen erkeğin tedaviyi tek başına istemesi durumunda depresyon eğilimi olan katılımcılarda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları kadının tedaviyi tek başına istemesi ya da kadın ve erkeğin tedaviyi birlikte istemesi durumlarındaki ortalama değerlerden oldukça yüksektir. Japonya’da yapılan bir çalışmada eş desteğinden yoksun olmanın infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon kaynağı olarak anahtar rol oynadığı belirtilmiştir (212).

Kadının ilk evlilik yaşının 18’den küçük olması durumunda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ile ilgili olarak gruplar arası anlamlı farklar bulunmaktadır.

Kadının ilk evlilik yaşının 18 ile 35 yaş arasında olması durumunda İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ile ilgili olarak gruplar arası anlamlı farklar bulunmaktadır.

Kadının yaşının 36'dan büyük olması durumunda gruplar arası anlamlı farklar yoktur.

Evlilik yaşının aile içi şiddetle ilişkisi olduğunu belirlemişler ve çalışmamızla uyumlu olarak erken yaşta evlenen kadınların geç yaşta evlenenlere göre aile içi şiddete daha fazla maruz kaldıkları saptandı (194).

Kadının ilk evlilik yaşının 18'den küçük olması durumunda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

Kadının ilk evlilik yaşının 18 ile 35 yaş arasında olması durumunda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

İlk evlilik yaşı 18'den küçük olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalaması, ilk evlilik yaşı 18 ile 35 yaş arasında olan ve ilk evlilik yaşı 36'dan fazla olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamalarından daha yüksektir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği'nin aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma alt ölçek ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi vardır.
2. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalaması yüksek olanların düşük olanlara göre depresyon eğilimi anlamlı olarak daha fazladır.
3. Daha önce infertilite tedavisi olanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ile alt boyutlardan aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamaları daha önce infertilite tedavisi olmayanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlardan aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamalarından yüksektir.
4. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alıp almama ile depresyon eğilimi arasında anlamlı farklılık vardır.
5. Ev kadınlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ile alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma ve geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamaları çalışan kadınlara ilişkin aynı alt ölçek ortalamalarından daha yüksektir.
6. Kadın çalışma hayatında yer aldıkça depresyon eğilimi ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları azalmaktadır. Çalışan kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma durumu ile depresyon eğilimi ev kadınlarından daha azdır.
7. Kadınların çalışıp çalışmama durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı ilişki vardır.
8. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alanlarda alt boyutlara ilişkin depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu yaşama ve diğer grupta yer alanların sosyal baskı değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

9. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alanlarda alt boyutlara ilişkin depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu yaşama ve diğer grupta yer alanların cezalandırma değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır
10. Çocuk sahibi olup olmama ile daha önce psikiyatrik danışmanlık alma durumu arasında anlamlı ilişki vardır.
11. Daha önceki psikiyatrik danışmanlık alt boyutlarından depresyon, panik atak, anksiyete, evlilikte uyum sorunu yaşama ve diğer grupta yer alanların evlilik süresi değerlerinin birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür.
12. Bütçe yönetiminde daha az söz sahibi olan kadınların daha çok depresyon eğilimi oldukları gözlenmiştir. Kadın, çalışma hayatında yer aldıkça bütçe yönetiminde söz sahibi olmaktadır.
13. Kadının eğitim düzeyi arttıkça bütçe yönetiminde söz sahibi olmaktadır. Erkeğin eğitim durumu arttıkça kadının bütçe yönetimine katılımı artmaktadır.
14. Kadınların eğitim durumu ve eşlerinin eğitim durumu ile depresyon eğilimi arasında anlamlı ilişki vardır.
15. Eğitim düzeyi arttıkça İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet ve depresyon eğilimi ortalamaları azalmaktadır.
16. Üniversite mezunlarının depresyon eğilimi ortalaması ortaokul ve altı mezunlar ile lise mezunların ortalamalarından daha düşüktür.
17. Üniversite mezunlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalaması ortaokul ve altı mezunlar ile lise mezunlarının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamalarından daha düşüktür. Eğitim arttıkça İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamasının azaldığı gözlemlenmektedir.
18. Eğitim düzeyi arttıkça İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler azalmaktadır. Kadının eğitim durumu yükseldikçe şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır.
19. Ortaokul mezunlarının aile içi şiddet ortalaması üniversite mezunlarının aile içi şiddet ortalamasından daha yüksektir.

20. Ortaokul ve altı mezunlarının sosyal baskı ortalaması, lise mezunlarının sosyal baskı ortalamasından daha yüksektir.
21. Üniversite mezunlarının sosyal baskı ortalaması ise ortaokul ve altı mezunları ile lise mezunlarının ortalamalarından daha düşüktür.
22. Ortaokul ve altı mezunlarının cezalandırma ortalaması, lise mezunlarının ve üniversite ve üzeri mezunlarının cezalandırma ortalamasından daha yüksektir.
23. Eğitim düzeyi arttıkça cezalandırma alt ölçeğine ilişkin ortalamaların azaldığı gözlemlenmektedir.
24. Ortaokul ve altı mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalaması, üniversite ve üzeri mezunlarının geleneksel uygulamalara maruz kalma ortalamasından daha yüksektir.
25. Ortaokul ve altı mezunlarının dışlanma ortalaması, üniversite ve üzeri mezunlarının dışlanma ortalamasından daha yüksektir.
26. Eşin (erkek) eğitim düzeyi arttıkça kadının İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddete maruz kalma durumu ve depresyon eğilimi azalmaktadır.
27. Depresyon eğilimi açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.
28. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından; lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.
29. Erkeğin eğitim düzeyi arttıkça kadının aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma ve geleneksel uygulamalara maruz kalma şeklindeki İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler azalmaktadır. Erkeğin eğitim durumu arttıkça kadının şiddete maruz kalma durumu azalmaktadır.
30. Aile içi şiddet alt boyutu farklılıkları incelendiğinde; aile içi şiddet alt boyutu açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları, lise mezunları ile üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.
31. Sosyal baskı alt boyutu açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından; lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

32. Cezalandırma alt boyutu açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından; lise mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.
33. Geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutu açısından eş eğitiminde ortaokul ve altı mezunları üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.
34. Ortaokul ve altı mezunlarından; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.
35. Lise mezunlarından; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.
36. Üniversite ve üzeri mezunlarından; İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması yüksek olanların depresyon eğilimi, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ortalaması düşük olanlara göre daha yüksektir.
37. Daha önce hiç tedavi görmeyenlerde; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

38. Daha önce bir kez tedavi olanlarda; geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
39. Daha önce iki kez tedavi olanlarda; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
40. Daha önce beş kez tedavi olanlarda; aile içi şiddet ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalama değerleri yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
41. Tedavi sayısı arttıkça depresyon eğilimi olanlarda aile içi şiddet ortalamasının giderek yükseldiği gözlemlenmektedir.
42. İki yıl ve üzeri evli olanlarda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
43. İki yıldan az evli olanlarda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
44. İki yıl ve üzeri evli olan kadınlarda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda) iki yıldan az süreli evli olanlardan fazladır.
45. Çekirdek ailelerde aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
46. Şiddet görmeye meyilli infertil kadınların depresyona eğilimleri daha yüksektir.
47. Geniş ailelerde aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
48. Çocuk sahibi olmayanlarda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

49. Çocuk sahibi olanlarda ise cezalandırma ve İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
50. Çocuğu olmayanların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları (depresyon eğilimi olan ve olmayan kadınlarda) çocuğu olan kadınların İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamalarından daha yüksektir.
51. Kadının kendisinin tedaviyi istemesi durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ile ilgili olarak gruplararası anlamlı farklar bulunmaktadır.
52. Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma ve dışlanma ile ilgili olarak gruplararası anlamlı farklar bulunmaktadır.
53. Erkeğin tedaviyi tek başına kendisinin istemesi durumunda gruplararası anlamlı farklar yoktur.
54. Kadının kendisinin tedaviyi istemesi durumunda, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ve alt boyutlarından sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma medyanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
55. Kadın ve eşinin tedaviyi birlikte istemesi durumunda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ile aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma medyanları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
56. Erkeğin tedaviyi tek başına istemesi durumunda depresyon eğilimi olan katılımcılarda İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddet Ölçeği ortalamaları kadının tedaviyi tek başına istemesi ya da kadın ve erkeğin tedaviyi birlikte istemesi durumlarındaki ortalama değerlerden oldukça yüksektir.
57. Kadının ilk evlilik yaşının 18'den küçük olması durumunda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.

58. Kadının ilk evlilik yaşının 18 ile 35 yaş arasında olması durumunda aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanma ve İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamaları yüksek olanların depresyon eğilimi vardır.
59. İlk evlilik yaşı 18'den küçük olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalaması, ilk evlilik yaşı 18 ile 35 yaş arasında olan ve ilk evlilik yaşı 36'dan fazla olan depresyon eğilimli kadınların İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddet ortalamalarından daha yüksektir.

6.2. Öneriler

İnfertilite biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal açıdan multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir sağlık sorunudur. Aile hekimi doğumdan önce ve ölümden sonrasına kadar kişinin hayatında olan tek hekim olarak infertilite sürecinde de ekibin bir parçası olarak yer almalıdır. Aile hekimi, aile hekimliği disiplinin çekirdek yeterliliklerinden olan birinci basamak yönetiminde infertil hastalar için bakımın koordinasyonunu sağlamak ve gerektiğinde hastanın savunmanlığını yaparak diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yönetebilmelidir. Savunmanlık yaparak gereksiz tarama, test ve test tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara yol gösterici olmak disiplinin temel görevidir.

Yine çekirdek yeterliliklerimize göre bütüncül yaklaşımla bu kişileri bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almalıyız. Ayrıca kişi merkezli bakımda hastanın güçlendirilmesine uygun olarak hastanın kendi hastalığının yönetiminde eğitilip tedavinin içine aktif olarak dahil edilmesini sağlamalıyız.

İnfertilite tetkik ve tedavi sürecinde yaşanan ve bununla birlikte tedavi sonucunu bile etkileyebilecek olan biyopsikososyal sorunların bilinmesi, kişilerin infertiliteye ve tedavi sürecine uyumunu kolaylaştırıp, tedavide başarı şansını arttırabilir.

Tedavi başlamadan önce şiddet açısından kişi değerlendirilmelidir. Kişiler kadına yönelik şiddet hakkında bilgilendirilmelidir. Kadınların yasal olarak haklarını aramaları sağlanmalıdır. Bu süreçte biyopsikososyal yönden kadın desteklenmelidir.

Tedavi sürecinden önce infertil bireyleri depresyon yönünden taramak gerekir.

İnfertil bireylere sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi ve gerekirse bu konuda danışmanlık verilmesi gerekir.

İnfertil bireylere farkındalık eğitimleri verilebilir, bu şekilde kendilerine olan güvenlerinin ve özsaygılarının artması sağlanabilir.



7. KAYNAKLAR

1. **Şimşek S.** Sociocultural effects of infertility. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal* **2017**; 12:55-69.
2. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **2007**; 21(2):293-308.
3. **Speroff L, Fritz MA.** Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, **2005**.
4. **Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM.** Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* **2009**; 7:97-103.
5. **Speroff L, Fritz MA.** Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. 8. ed. Güneş Tıp Kitabevleri. **2010**;1137-82.
6. **Hull M, et al.** Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)*, **1985**; 291(6510):1693-1697.
7. **Snick H, et al.** The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Human Reproduction*, **1997**; 12(7):1582-1588.
8. **Medicine, P.C.o.t.A.S.f.R.** Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and sterility*, **2008**; 90(5):60.
9. **No CO.** Female age-related fertility decline. *Fertility and Sterility*, **2014**; 101(3):633-634.
10. **Medicine P.C.o.t.A.S.f.R.** Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertility and sterility*, **2012**; 98(2):302-307.
11. **Teskereci G.** İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Semra Öncel), **2010**.
12. **Kuş C.** İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, **2008**.
13. **Aktürk FS.** Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç.Dr.Mehmet Yılmaz), **2006**.

14. **Gürgen T, Demirel A.** İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, **2006**.
15. Practice Committee of American Society for Reproductive, M., Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*, **2015**; 103(6).
16. Practice Committee of the American Society for Reproductive, M., Optimal evaluation of the infertile female. *Fertil Steril*, **2006**; 86(5):264-7.
17. **Kavlak O, Saruhan A.** İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* **2002**; 4:229-232.
18. **Johnson K, et al.** CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care– United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*, **2006**; 55(1):23.
19. **McLean HQ, et al.** Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization, **2013**.
20. Declaration on the elimination of violence against women. New York, United Nations, 23 February (Resolution No. A/RES/48/104) **1994**.
21. **Harcar T, Çakır Ö, Sürgevil O, Budak G.** “Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu”, *Toplum ve Demokrasi*, **2008**; 2(4): 51-70.
22. Aile İçinde Şiddetin Sebep Ve Sonuçları 1994, Erişim adresi: <http://aile.gov.tr/arastirma12.Html>.
23. WHO WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALT GENEVA **2002**.
24. **Jeunemaitre X, Soubrier F, Kotelevtsev YV, et al.** Molecular basis of human hypertension: Role of angiotensinogen. *Cell* **1992**; 71:169.
25. **Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ.** Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health* **2000**; 90:553-9.
26. **Watts C, Zimmerman C.** Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* **2002**; 359:1232-7.
27. **Tamam L, Karatug MO, Namlı Z.** Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* **2012**; 5(2):103-6.
28. **Depression.** World Health Organization. <http://www.who.int/topics/depression/en/>, Erişim tarihi: 11.10.2017.

29. **Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU.** Epidemiology of Mood Disorders. In The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders. Çeviri: T Oral. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. İstanbul, Sigma Publishing, **2007**; 33-54.
30. **WHO/Europe.** Mental Health Data and Statistics. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, Erişim tarihi: 14.10.2017.
31. **World Bank Group of WHO.** Out of the shadows: making mental health a global development priority.
32. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM V), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2013**.
33. **Andrews G.** Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal* **2001**; 419-421.
34. **Depression.** Fact sheet nr 369, WHO, April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs369/en/>, Erişim tarihi: 15.10.2017.
35. **Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al.** Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* **2002**; 136(10):765-76.
36. **Major Depression Clinical Practice Guideline.** <https://www.healthnet.com/static/general/unprotected/pdfs/national/policies/MajorDepressionCPG.pdf>, Erişim tarihi: 15.10.2017.
37. **Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, Gonzalez O, Crider R, Berry JT, et al.** Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatric Services* **2015**.
38. **Kılıç C.** Türkiye Ruh Sağlığı profili: Erişkin Nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayınları, **1998**.
39. **Akiskal HS.** Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Derg* **1992**; 3(3):163-169.
40. **Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH.** Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* **1998**; 186(8):462-9.
41. **Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric*, **2013**.

42. **Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al.** Institute for clinical systems improvement. Adult Depression in Primary Care. *Updated March 2016*.
43. **Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al.** Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* **2006**; 166:2314- 21.
44. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5th ed. Washington, DC/London, England: **2013**.
45. **Bates D.** 21. Yüzyılda Kültürel Antropoloji. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, **2009**.
46. **Delaney C.** Tohum ve Toprak: Türk Köy Toplumunda Cinsiyet ve Kozmoloji. (Çev. Selda Samuncuoğlu, Aksu Bora) İstanbul: İletişim Yayınları, **2002**.
47. **Greil AL.** Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc Sci Med* **1997**; 45:1679-1704. .
48. **Menning BE.** The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare* **1975**; 54:454-460.
49. **Öztürk T.** İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları, Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **2011**.
50. **Ünal S, Kargın M, Akyüz A.** İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010**; 9(5):481-486.
51. **Onat BG.** İnfertiliten Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, **2009**.
52. **Gürbüz Ş.** İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2007**.
53. **Kırço T.** İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.
54. **Algan Ç.** Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Primer İnfertil Kadınlarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı ve İnfertilitenin Depresyon, Anksiyete, Öfke, enlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. M.Ü.Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2008**.
55. **Deborah A. Gerrity A** Biopsychosocial Theory of Infertility. *Fam J* **2001**; 9:151.

56. **Asan N.** GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezine Başvuran Çiftlerin, İvf-Et Tedavisini Bırakma Nedenleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, **2001**.
57. **Seven M.** İnfertilite Tedavisi Sonrası Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresif Belirtilerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, **2008**.
58. **Kırca N, Pasinlioğlu T.** İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* **2013**; 2:162-178.
59. **Türkoğlu D, Tamam L, Evlice EY.** Kısırlığın psikiyatrik yönleri. *Düşünen Adam*, **1997**; 10:48-55.
60. **Boivin J.** A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* **2003**; 57:2325-41.
61. **Bayer SR, Alper MM, Penzias AS.** Boston IVF infertilite el kitabı. 2. Baskı. Zeki IA, Kubilay V çev. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, **2008**.
62. **Okonofua FE, Harris D, Odebiyi A, Kane T, Snow RC.** The social meaning of infertility in southwest Nigeria. *Health Transition Review* **1997**; 7:205-220.
63. **Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2008**; 11:112-21.
64. **Peterson BD.** Examining the congruence between couples perceived infertility- related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile men and women. [Unpublished Master of Science in Human Development thesis] Virginia: Polytechnic Institute and State University; **2000**.
65. **Csrepes RE, Kollar J, Sapy T, Wischmann T, Bugan A.** Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch Gynecol Obstet* **2013**; 288:925- 32.
66. **Akçin FG.** İnfertil çiftlerin psikiyatrik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, baş etme düzenekleri, cinsiyet rolü algıları açısından değerlendirilmesi. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; **2005**.
67. **Koçyiğit OT.** İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbil Derg* **2012**; 1(1):27-37.
68. **Mumtaz Z, Shahid U, Levay A.** Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health* **2013**; 10(3):1-10.
69. **Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG.** Womens experience of ivf: a follow up study. *Human Reproduction* **2001**; 16(2):374-83.

70. **Ak G.** İnfertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, **2001**.
71. **Peddie VL, Porter M, Teijlingen EV, Bhattacharya S.** Research as a therapeutic experience? An investigation of women's participation in research on ending ivf treatment. *Human Fertility* **2006**; 9(4):231-238.
72. **Keskin G, Gümüş AB.** İnfertil kadınlarda benlik saygısı, umutsuzluk ve evlilik uyumu. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul; **2011**:180-181.
73. **Örnek SV.** Türk halkbilimi. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları; **2000**.
74. **Kırca N, Pasinoğlu T.** İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- *Current Approaches in Psychiatry* **2013**; 5(2):162-178.
75. **Dilek N.** Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**. (Danışman: Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji).
76. **Menning BE.** The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare* **1975**; 54:454-460.
77. **Pasch LA, Dunkel-Schetter C.** Fertility problems: Complex issues faced by women and couples. In K. Gallant et al. (Eds.) Health care for women: Psychological, social and behavioral influences. Washington, DC: *American Psychological Association*. **1997**; 187-201.
78. **Farzadi L, Mohammadi-Fosseini F, Seyyed-Fatemi N, Alikhah H.** Assesment Of Stressors And Coping Strategies Of İnfertil Women. *J.Med.Sci.*, **2007**; 7(3):603-608.
79. **Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L.** Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* **1985**; 43(1):48-53.
80. **Williams ME.** Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women, *Psychotherapy in Private Practice* **1997**; 16(3):7-26.
81. **Sewpaul V.** Culture Religion and Infertility: A South African *Perspective Br J Social Wk* **1999**; 29:741-754.
82. **Beji N.** İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, İstanbul, **2001**:4.
83. **Akdeniz F, Gönül AS.** Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Derg* **2004**; 2:70-74.
84. **Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjusment and sexual function. *Urology* **2004**; 63(1):126-130.

- 85. Beutel M, Kupfer J, Kircmeyer P.** Treatment related stres and depression in couples undegoing assited reproductive treatment by IVF on ICSI. *Andrologia* **1999**; 31:27-35.
- 86. Kırca N, Pasinlioğlu T.** İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* **2013**; 5(2):162-78.
- 87. Kübler Ross E.** On Death and Dying, **1969**.
- 88. Blenner JL.** Passage Through İnfertility Treatment:A Stage Theory, *Journal of Nursing Scholarship Fall* **1990**; 22(3).
- 89. Demirci H.** İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; **2001**; 103-117.
- 90. Goldman MB, Missmer SA, Barbieri RL.** İnfertility: Woman and Health. Goldman M.B, Hatch MC (eds). Academic Press, California **2000**:196-215.
- 91. Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2007**; 21(2):293-308.
- 92. Topdemir-Koçyiğit, O.** İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbil Dergisi* **2012**; 1(1):27-38.
- 93. Hatcher RA, Kowal D, Guest F, Trussel J, Steward FH, Steward GK, Bowen SC, Cates W.** İnfertilite. İçinde Ayşe Akın Dervişoğlu (Çev.Ed.), Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım. Ankara: Demircioğlu Matbaacılık; **1990**:139-165.
- 94. Taşkın O.** Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalanma, İzmir: Meta Basım Matbaacılık, **2007**.
- 95. Albayrak E, Günay O.** State and Trait Anxiety Levels of Childless Women in Kayseri, Turkey, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **2007**; 14:1-6.
- 96. Nachtigall RD, Becker G, Wozny M.** The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility* **1992**; 57(1):113-120.
- 97. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ.** Psychological Sequelae of Infertility Treatment: the role of gender and sex role identification. *Soc Sci Med* **1991**; 33(9):1071-1080.
- 98. Tennen H, Affleck G, Mendola R.** Causal explanations for infertility: Their relation to control appraisals and psychological adjustment. In Stanton, AL (ed.), Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research, Plenum Series on Stress and Coping, Plenum Press, New York, **1991**.

- 99. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11:112-121.
- 100. Örnek SV.** Türk Halkbilimi. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları, **2000**.
- 101. Acıpayamlı O.** Türkiye’de Doğumla İlgili Adet ve İnanmaların Etnolojik Etüdü. Ankara: Atatürk Üniversitesi Yayınları, **1974**.
- 102. Gonzalez L.** Infertility As a Transformational Process: A framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, **2000**; 21:619-633.
- 103. Yoldemir T.** Stres ve Fertilite. İçinde M. Nedim Çiçek (Ed.), Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; **2008**:393-412.
- 104. Karaca A.** İnfertil Kadınların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Baş Etmelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2011**.
- 105. Weinger S.** Infertile Cameroonian women: Social marginalization and coping strategies. *Qualitative Social Work* **2009**; 8:45-64.
- 106. Fido A, Zahid MA.** Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry* **2004**; 50:294-300.
- 107. Bhatti F, Jeffery R.** Girls’ schooling and transition to marriage and motherhood: Exploring the pathways to young women’s reproductive agency in Pakistan. *Comp Edu* **2012**; 48:149-66.
- 108. Larsen U, Hollos M, Obono O, Whitehouse B.** Suffering infertility: The impact of infertility on women’s life experiences in two Nigerian communities. *J Biosoc Sci* **2010**; 42(6):787-814.
- 109. Upkong D, Orji E.** Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Derg* **2006**; 17:259-65.
- 110. Yıldızhan R, Adali E, Kolusari A, Kurdoglu M, Yıldızhan B, Sahin G.** Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet* **2009**; 104:110-2.
- 111. Pasi AL, Hanchate MS, Pasha MA.** Infertility and domestic violence: cause, consequence and management in Indian scenario. *Biomedical Research* **2011**; 22(2):255-8.
- 112. Farzadi L, Ghasemzadeh A, Asl ZB, Mahini IM, Shirdel H.** Intimate partner violence against infertile women. *J Clin Res Gov* **2014**; 4:147-51.
- 113. Sami N, Ali TS.** Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences* **2012**; 1(1):15- 20.

114. Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending in- fertility clinics in Nigeria. *Niger J Med* **2007**; 16(4):375-7.
115. Akyuz A, Seven M, Şahiner G, Bakır B. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Int J Fertil Steril* **2013**; 6(4):286-93.
116. Onat G. Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health* **2014**; 11(18):1-8.
117. Akyüz A, Seven M, Şahiner G, Bakır B. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Royan Institute International Journal of Fertility and Sterility* **2013**; 6(4):286-93.
118. Akyüz A, Şahiner G, Seven M, Bakır B. The effect of marital violence on infertility distress among a sample of Turkish women. *Int J Fertil Steril* **2014**; 8(1): 67-76.
119. Koçyigit OT. İnfertilite ve Sosyokültürel Etkileri. *İnsanbil Derg.* **2012**; 1:27-38.
120. Albayrak E. Kayseri İl Merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda İnfertilite Sıklığı ve İnfertil Kadınların Kaygı Düzeyleri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2005**.
121. Günay O, Çetinkaya F, Nacar M, Aydın T. Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, **2005**; 10(2):105-110.
122. Kurçer MA, Eğri M, Genç M, Pehlivan P, Güneş G, Karaoğlu L, Kaya M. İnfertil Kadınların Geleneksel Halk Kısırlık T edavileri Konusundaki Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* **1999**; 6(4):329-332.
123. Kamacı S. Primer İnfertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi. Mezuniyet tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir, **2003**.
124. van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **2007**; 28(2):87-95.
125. Oğuz H. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.
126. Onat G, Beji NK. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **2012**; 165(2):243-8.

127. **Ramezanzadeh F, Nedjat S.** Prevalence and risk factors for domestic violence against in- fertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **2011**; 112(1):15-7.
128. **Karaca A, Ünsal G.** İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* **2012**; 3(2):80-8.
129. **Peterson DB.** Examining Congruence Between Partners Perceived infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in İnfertile Couples. *Family Process*, **2003**; 42(1).
130. **Farzadi L, Ghasemzadeh A, Asl ZB, Mahini IM, Shirdel H.** Intimate partner violence against infertile women. *J Clin Res Gov* **2014**; 4:147-51.
131. **Onat G.** Development of a scale for determin- ing violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health* **2014**; 11(18):1-8.
132. **Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E.** Psychological interactions with infertility among women: Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **2004**; 117:126-131.
133. **Bayram GO, Beji NK.** İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır?. *Androloji Bülteni.* **2011**; 44:51-53.
134. **Domar AD, Kelly AL.** Conquering Infertility: Dr. Alice Domar's Mind/Body Guide to Enhancing Fertility and Coping with Infertility. NewYork: Penguin Books, **2004**.
135. **Türkçapar F, Vardereleli K, Türkçapar MH.** İnfertilite ve Psikolojik Boyutları. İçinde M.N. Çiçek (Ed.). Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; **2008**; 339-344.
136. **Draye MA.** Emotional Aspects of Infertility. İçinde D. Lemcke, J. Pattison, L.A. Marshall, D.S. Cowley (Eds.), Current Care of Women Diagnosis & Treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Books; **2004**:572-576.
137. **Jaffe J, Diamond D, Diamond M.** Unsung Lullabies: Understanding and Coping with Infertility. New York: St. Martin's press, **2005**.
138. **Güneri SE.** İnfertil kadınların umut/ umutsuzluk durumlarının öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre incelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, **2011**.
139. **Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V.** Anxiety, depression and anger supression in infertility couples, a controlled study. *Hum Reprod* **2002**; 17:2986-2994.
140. **Lee TY, Sun GH.** Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Arch Androl* **2000**; 54(3):143-148.

141. **Lee TY, Sun GH, Chao SC.** The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod* **2001**; 16(8):1762-1767.
142. **Kargın M, Ünal S.** İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. *Yeni Symposium* **2011**; 49:54-60.
143. **Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM.** Emotional Adjustment in Infertile Couples: Systematic review article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, **2009**; 7(3):97-103.
144. **Wishchmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R.** Psychosocial Characresistics Of Infertile Couples: A study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, **2001**; 16(8):1753-1763.
145. **Fido A, Zahid MA.** Coping with Infertility among Kuwaiti Women: Cultural Perspectives. *Int J Soc Psychiatry*, **2004**; 50:294-300.
146. **Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Doğan Bulut S, Yüksel FV, Atan A, Göka E.** Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turk J Med Sci*, **2010**; 40(2):229-237.
147. **Eren N.** İnfertil Çiftlerde Algılan Sosyal Destegın İnfertilite İle İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Faültesi Psikiyatri AD, Ankara, **2008**.
148. **Watkins KJ, Baldo TD.** The Infertility Experience. Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors, **2004**; 10:82-85.
149. **Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, V anderschuere D, Demyttenaere K.** Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, **2004**; 19(8):1917-1923.
150. **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.
151. **Alibaşoğlu H.** İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları, Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2010**.
152. **Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö.** On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevelansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* **2003**; 4:208-219.
153. **Downey J, McKinney M.** The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* **1992**; 62(2):196-205.

154. **Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD.** Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* **2004**; 19(10):2313-8.
155. **Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M.** Surveying of relationship between anxiety, depressin and duration of infertility. *International Congress Series* **2004**; 12(71):334-337.
156. **Edelmann RJ, Connolly KJ.** Psychological state and psychological strain in relation to infertility. *J Comm Applied Social Psychology* **1998**; 84:303-11.
157. **Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J.** Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf* **1987**; 4(4):232-6.
158. **Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, et al.** Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* **2009**; 27:238-57.
159. **Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN.** Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Ment Health* **2010**; 13:347-58.
160. **Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S.** A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health* **2014**; 14:42.
161. **Oğuz H.** İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik Glikileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004**.
162. **Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Nahit Özmenler K, Özşahin A.** Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İslrev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 18(4):311-322.
163. **Yassa M.** Primer ve Sekonder İnfertil Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Karşılaştırılması.Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, **2016**.
164. **Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J.** Mindfulness- based program for infertility: efficacy study. *Fertil Steril* **2013**; 100(4):1059-67.
165. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **2007**; 21(2):293-308.
166. **Gürhan N, Akyüz A, Atıcı D, Kısa S.** Association of depression and anxiety with oocyte and sperm numbers and pregnancy outcomes during in vitro fertilization treatment. *Psychological Reports* **2009**; 104:796-806.

167. **Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A.** Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod* **2005**; 20(10):2969-75.
168. **Terzioğlu F.** Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **2001**; 22(3):133-41.
169. **Durmuş B, Yurtkoru ES, Çinko M.** Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi, Beta Basım, **2013**:143.
170. **Saruhan ŞC, Özdemirci A.** Bilim, Felsefe ve Metodoloji, Beta Basım, **2013**:184.
171. **Akca M.** Havalimanı Yeri, Çalışma Koşulları ve Bilgi teknolojileri Kullanımının Trafik Kontrolörü Performansına Etkisi: Bir Alan Araştırması İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü yayınlanmamış Doktora Tezi, **2016**.
172. **Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, VedadhiR A.** The social consequences of infertility among Iranian women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility and Sterility*, **2015**; 8(4):409-420.
173. **Pasi AL, Hanchate MS, Pasha MA.** Infertility and domestic violence: cause, consequence and management in Indian scenario. *Biomedical Research* **2011**; 22(2):255-8.
174. **Onat G.**Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health* **2014**; 11:18.
175. **Kargın M.** İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2009**.
176. **Bayram GO.** İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, **2009**.
177. **Kırço T.** İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.
178. **Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç.** Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2011**; 3:166-76.
179. **Teskereci G.** İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, **2010**.
180. **Kuş C.** İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2008**.

- 181. Ozturk R, Taner A, Guneri S, Yilmaz B.** Another face of violence against women: Infertility. *Pak J Med Sci.* **2017**; 33(4):909-914.
- 182. Kahyaoglu HS, Ozturk S.** İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddetin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, 05-06 Ekim 2017, Bildiri Özet Kitabı, **2017**:241.
- 183. Gürhan N.** Şiddet ve kültür. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics* **2017**; 3(2):93-7.
- 184. Ardabil 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.
- 185. Leung TW, Ng EH, Leung WC, Ho PC.** Intimate partner violence among infertile women. *Int J Gynaecol Obstet* **2003**; 83(3):323-324.
- 186. Mumtaz Z, Shadid U, Levay A.** Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab, *Reproductive Health*, **2013**; 10(3):10-3.
- 187. Dhont N, Van De Wijgert J, Coenne G, Gasarabwe A, Temmerman M.** Mama and papa nothing: living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda, *Human Reproduction*, **2011**; 26(3):623-629.
- 188. Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoğlu M, Yıldızhan B, Sahin G.** Domestic violence against infertile women in a Turkish setting, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **2009**; 104(2):110-112.
- 189. Karaca A, Ünsal G.** İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* **2012**; 3(2):80-8.
- 190. Unisa S.** Childlessness in Andhra Pradesh, India: treatment-seeking and consequences. *Reprod Health Matters* **1999**; 7(13):54-64.
- 191. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM.** ‘Men leave me as I cannot have children’: women’s experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod* **2002**; 17(6):1663-1668.
- 192. Simsek H.** Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye Örneği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi* **2011**; 25(2):119-126.
- 193. Oltuluoğlu H, Günay U.** İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi* **2014**; 23(2):92-8.
- 194. Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H.** Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran* **2014**; 28:152.

195. Matsubayashi H, Hosaka T, Shun-ichiro I, Takahiro S, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod* **2001**; 16:966-969.
196. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med* **2003**; 56:739-751.
197. Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* **2001**; 11:481-485.
198. Hunt J, Monach JH. Beyond breavement model the significance of depression for infertile women. *Fertil Steril* **1992**; 58:1158-1163.
199. Ozkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, **2006**; 33(1):44-6.
200. Taherkhani S, Mirmohammad Ali M, Kazemnezhad A, Arbabi M, Amelvalizadeh M. Investigation of domestic violence against women and its relationship with the couple's profile. *J For Med*. **2009**; 15:123-129.
201. Akpınar F, Yilmaz S, Karahanoglu E, Ozelci R, Coskun B, Dilbaz B, Tekin ÖM. Intimate partner violence in Turkey among women with female infertility. *Sexual and Relationship Therapy*, **2017**; 1468-1994.
202. Aduloju PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi 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**; 188:66-69.
203. Akyüz A. The Effect of Marital Violence on Infertility Distress among a Sample of Turkish Women, *Int J Fertil Steril* **2014**; 8(1):67-76.
204. Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med* **2007**; 65:1683-94.
205. Moghadam ZB, Ardabili HE, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Physical and Psychological Violence against Infertile Women, *Journal of Family and Reproductive Health* **2010**; 4:2.
206. Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croat Med J* **2006**; 47: 742-9.
207. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* **2003**; 54:353-355.
208. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *J Beh Med* **1991**; 1:11-26.

- 209. Lok IH, Lee DT, Gheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ.** Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynaecol Obstet Invest* **2002**; 53:195-199.
- 210. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abdinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al.** A survey of relationship between anxiety, depression, and duration of infertility. *BMC Women's Health* **2004**; 4:9.
- 211. Ragni G, Mosom P, Baldini MP, Somighiana E, Vegetti W, Caliarì H, et al.** Health related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Repr.* **2005**; 20:126-1291.
- 212. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T.** Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry* **2004**; 26:398-404.
- 213. Basu S.** Mental health concerns for Indian women. *Indian Journal of Gender Studies.* **2012**; 19(1):127-136.
- 214. Kırço T.** İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.
- 215. Eren N.** İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara, **2008**.
- 216. Dilek N.** Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2009**.
- 217. Kavlak O, Saruhan A.** İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi.* **2002**; 4:229-232.
- 218. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* **2004**; 63(1):126-130.

8. EKLER

8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu

İnfertilite Tedavisi için Başvuran Çiftlerde Kadının Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Depresyonla İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

İnfertil (çocuğu olmayan) çiftlerde kadının maruz kaldığı şiddeti belirleme ve depresyonla ilişkisini değerlendirme ile ilgili bir anket çalışması planlanmıştır. Bu ankette kimliğinizi tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Cevaplarınız gizli kalacaktır ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katılıp katılmama durumunuz almakta olduğunuz veya alacağınız sağlık hizmetini etkilemeyecektir. Sorulara dürüst olarak doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir. Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Büşra Gizem Yurtçu

Prof. Dr. Esra Saatçı

ÇÜTF Aile Hekimliği AD

Tarih:

Katılımcının İmzası:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA ANKETİ

1)Yaşınız.....

2)Eğitim düzeyiniz:

() okuryazar değil ()İlkokul mezunu ()Ortaokul ()Lise ()Yüksek Okul
()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora ()Diğer

3)Eşinizin eğitim düzeyi:

() okuryazar değil ()İlkokul mezunu ()Ortaokul ()Lise ()Yüksek Okul
()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora ()Diğer

4)Mesleğiniz:.....

5)Eşinizin mesleği:

6)İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?.....

7)Şu anki eşinizle kaç yaşında evlendiniz?.....

8)Evlilik süreniz:.....

9)Kaçmıcı evliliğiniz?.....

10)Evde siz ve eşinizin dışında sizinle sürekli olarak birlikte yaşayan kimse (anne, baba, kardeş, dede vb.) var mı?

()Hayır ()Evet.....(lütfen açıklayınız).

11)Aile bütçesini kim yönetir?.....

12)Çocuğunuz var mı?

()Hayır ()Evet (sayısı.....)

13) Daha önce infertilite (kısırlık) tedavisi oldunuz mu?

()Hayır ()Evet (sayısı.....)

14) İnfertilite (kısırlık) tedavisini kim istedi?

() Ben () Eşim () Birlikte

15)Daha önce psikiyatrik danışmanlık aldınız mı?

☐Hayır ☐Evet(lütfen açıklayınız)

16)Sigara alışkanlığınız:

☐Düzenli içerim.....adet/gün/yıl

☐Ara sıra içerim. ☐Hiç içmedim.

☐İçiyordum bıraktım.

17)Alkollü içki tüketir misiniz?

☐Hayır ☐Evet

18)Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı?

☐Hayır ☐Evet (hastalığınızı belirtiniz.....)



İNFERTİL KADINLARDA MARUZ KALINAN ŞİDDETİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ

Maddeler	1	2	3	4	5
1.Eşim, çocuğum olmadığı için beni boşamakla tehdit eder.					
2.Çocuğum olmadığı için eşim bana dokunmaktan ve öpmekten kaçınır.					
3.Ailem mal paylaşımı konusunda, soyumu devam ettirememem nedeniyle bana mülkiyet vermez.					
4.Eşim, çocuğum olmadığı için benden başka biriyle evlenmeyi düşünür.					
5.Çocuğum olmadığı için eşim benimle cinsel ilişkiye girmez.					
6.Çocuğum olmaması nedeniyle bana tekme, tokat, yumruk atılır.					
7.Eşim, çocuğum olmadığı için akraba ziyaretlerini benimle birlikte yapmaktan kaçınır.					
8.Eşim, çocuğum olmadığı için bana sevgi sözcükleri söylemez.					
9.Eşim, çocuk sahibi olamamakla ilgili cinsel performansıma yönelik aşağılayıcı sözler söyler(örn: Beceriksiz, cilvesiz, soğuk nevale vs.)					
10.Çocuğum olmadığından, toplum içinde aşağılandığımı olur.					
11.Katılmak istemediğim halde, çocuklu ev gezmelerine gitmek konusunda ısrar edilir.					
12.Çocuğum olmadığı için etrafımdakiler tarafından dışlanırım.					
13.Çocuğum olmadığı için bana selam verilmez.					
14.Kısır” diye işaret edilirim.					
15.Çocuk sahibi olamamamla ilgili dedikodu yapılır.					
16.Çocuk sahibi olamadığımdan etrafımdakiler tarafından eksik ve kusurlu bulunurum.					
17.Çocuğumun olmamasıyla ilgili erkekliğim/kadınlığım hakkında beni üzen sözler söylenir.					

18.Çocuk sahibi olamamamla ilgili etrafımdakiler tarafından sürekli suçlanırım.					
19.Çocuğum olmaması nedeniyle daha fazla yorucu işler yapmak gibi cezalara maruz kalırım.					
20.Herhangi bir konudaki beceriksizliğim, çocuk sahibi olamamamla ilişkilendirilir.					
21.Çocuk sahibi olamamamla ilgili bana lakap takılır.(Örn: Kusur, verimsiz, kısır vs.)					
22.Çocuk sahibi ailelerin katıldığı ev gezmelerine davet edilmediğim olur.					
23.Çocuk sahibi olabilmek için, ben istemediğim halde, eşim sürekli cinsel ilişkiye girmek için ısrar eder.					
24.Çocuk sahibi olamama nedeni bende olmasa bile, çevremdekilere sorunun bende olduğunu söylemek konusunda baskı hissederim.					
25.“Ne zaman çocuk sahibi olacağım” la ilgili ısrarcı sorulara maruz kalırım.					
26.Çocuk sahibi olmamla ilgili sorulan ısrarcı sorular karşısında, yalan söylemek yada kaçamak cevaplar vermek zorunda kalırım.					
27.İstemediğim halde, çocuk sahibi olmayı kolaylaştıracağı düşünülen yiyecekleri (örn: kuvvet macunu, koçyumurtası, bal, fındık vs.) yemem konusunda ısrar edilir.					
28.İstemediğim halde, çocuk sahibi olmayı kolaylaştıracağı düşünülen uygulamalara (hocalara okutup, üfletmek, nazar bozma, büyü bozma vs.) maruz kalırım.					
29.Çocuk sahibi olan diğer kadınlarla kıyaslanırım.					
30.Yaşamımda ters/olumsuz giden olaylar, benim çocuk sahibi olamamamla ilişkilendirilir.					
31.Çocuğum olmadığından, evde herhangi bir konuda karar verilirken benim fikrim alınmaz					

BİRİNCİ BASAMAK BECK DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü
0 Üzgün değilim.
1 Zaman zaman üzgünüm.
2 Her zaman üzgünüm.
3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.
2. Kötümserlik
0 Gelecekte umutsuz değilim.
1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
2 Gelecekte çok umutsuzum.
3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geçmişteki başarısızlıklar
0 Kendimi başarısız görmüyorum.
1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.
4. Kendini beğenmeme
0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
1 Kendime olan güvenim azaldı.
2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
5. Kendini suçlama
0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.
1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
6. İlgi kaybı
0 insanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
1 insanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.
2 insanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.
7. İntihar düşüncesi veya isteği
0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

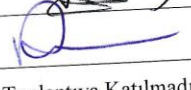
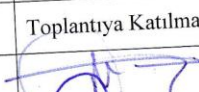
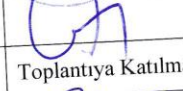
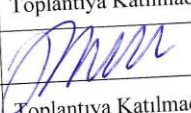
Toplam puan

8.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
64	5 Mayıs 2017

KARAR NO 1- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Esra Saatçi yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Büşra Gizem Yurtçu tarafından yürütülmesi öngörülen, "İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Kadının Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Depresyonla İlişisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Büşra Gizem Yurtçu
Doğum Tarihi Ve Yeri : 12.07.1988/ÜSKÜDAR
Medeni Durumu : Evli
Adres : Güzelyalı Mah. 81170 Sok. Park Plaza 1 Sitesi A
Blok No:20
Telefon : 05366869389
E posta : busra_gy@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Yeditepe Üniversitesi
Görev Yerleri : 2012 İstanbul Kadıköy TSM
2014 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.
Dernek üyelikleri : Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği
Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Mezunlar
Derneği
Yabancı Dil : İngilizce