

GÖZDE TOLUK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

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

**PRİMER İNFERTİLİTE TANISI ALAN KADINLARIN
DAMGALANMA ALGISI İLE YAŞAM KALİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Gözde TOLUK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

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

PRİMER İNFERTİLİTE TANISI ALAN KADINLARIN
DAMGALANMA ALGISI İLE YAŞAM KALİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gözde TOLUK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurcan KIRCA

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.
08/02/2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurcan KIRCA
Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOğLU
Akdeniz niversitesi

ye : Doç. Dr. Öznur K R KC 
Akdeniz niversitesi

ye : Dr. Öğr. Üyesi  zlem şAHAN
Antalya Bilim niversitesi

ye : Dr. Öğr. Üyesi Mine ORUÇ
Antalya Bilim Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü M¼d¼r 

ETİK BEYAN

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

Öğrencinin
Gözde TOLUK
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nurcan KIRCA
İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma sürecim boyunca değerli akademik bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, bu süreçte güler yüzüyle, anne şefkatiyle desteklerini hiç esirgemeyen saygıdeğer hocam **Doç. Dr. Nurcan KIRCA'ya**,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi hocalarıma,

Yüksek lisans eğitiminin işleyişinde önemli yeri olan, **Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına**,

Tezimin veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen **Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi çalışanlarına** ve çalışmama dahil olan **değerli hastalarına**,

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

Tez çalışmam boyunca bana destek olan **değerli çalışma arkadaşlarıma**,

Bu hayatta karşılaştıkları tüm zorluklara rağmen beni en güzel şekilde yetiştiren, bütün eğitim ve öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, bu hayattaki en büyük şansım olan, onların evladı olmaktan gurur duyduğum canım annem **Birgül TOLUK** ve canım babam **Fethi TOLUK'a**,

Ablası olmaktan gurur duyduğum, bu süreçteki en büyük motivasyon kaynağım canım kardeşim **Nilsu Toluk'a**

Maddi ve manevi desteğini her anımda benden esirgemeyen canım teyzem **Saime ÇİL'e**

Son olarak da sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren sevgili erkek arkadaşım **Özer ÇELEBİ'ye** sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gözde TOLUK

ÖZET

Amaç: Bu araştırma primer infertilite tanısı alan kadınların damgalanma algısı ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma Nisan-Kasım 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yapıldı. Araştırmanın evrenini 314 primer infertil kadın oluşturdu. Kişisel bilgi formu, Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnow testi, Bağımsız Gruplar arası t testi, Varyans Analizi, Pearson korelasyon analizi, yapılarak adimsal regresyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 119.86 ± 20.47 bulundu. Araştırmada kadınların en çok etkilendiği yaşam kalitesi alt ölçeği ilişkisel alt boyut olup, ilişkisel alt boyut puan ortalaması 24.45 ± 4.13 olarak hesaplandı. İnfertilite damgalanma ölçeği puan ortalamasının ise 48.70 ± 22.66 olarak hesaplandı. Araştırmada kadınların en çok etkilendikleri İDÖ alt ölçeği toplumsal damgalanma olup, toplumsal damgalanma puan ortalaması 15.27 ± 8.12 olarak bulundu. Doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için yaşam kalitesi ölçeği ile infertil damgalanma ölçeği arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç: Yapılan bu çalışmada primer infertilite tanısı almış kadınların, yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu ve buna bağlıda algıladıkları damgalanma düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Kadınların en çok toplumsal damgalanmaya maruz kaldığı bulundu. Daha büyük örneklem grubu ile infertilite tanısı alan kadınların yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri ile ilgili farklı bölgelerde araştırmalar yapılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: primer infertilite, kadın, yaşam kalitesi, damgalanma, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the relationship between stigmatization perception and quality of life of women diagnosed with primary infertility.

Method: The research was conducted between April and November 2023 at Akdeniz University Hospital in Vitro Fertilization Center. The population of the study consisted of 314 primary infertile women. Personal information form, Quality of Life Scale for People with Fertility Problems and Infertility Stigma Scale were used as data collection tools. Data were collected by face-to-face interview method. Kolmogorov-Smirnow test, Independent Groups t test, Analysis of Variance (F test), Pearson correlation analysis, and Stepwise Regression test were used to analyze the data obtained as a result of the research

Results: In the study, the mean score of the quality of life scale for people with fertility problems was 119.86 ± 20.47 . The quality of life subscale most affected by women was the relational subscale and the mean score of the relational subscale was calculated as 24.45 ± 4.13 . The mean score of infertility stigmatization scale was calculated as 48.70 ± 22.66 . Social stigmatization was the most affected subscale of the ISS and the mean score of social stigmatization was found to be 15.27 ± 8.12 . There was a significant moderate negative correlation between the quality of life scale for people with fertility problems and the infertile stigma scale ($r = -0.28870$, $p = 0.0001$).

Conclusion: It was found that women diagnosed with primary infertility had a high level of quality of life and accordingly perceived low levels of stigmatization. It has been found that women are most exposed to social stigma. It was recommended to conduct research in different regions on the quality of life and stigma levels of women diagnosed with infertility with a larger sample group.

Key words: primary infertility, woman, quality of life, stigma, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı	3
2.2. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri	4
2.2.1. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Boyutu	5
2.3. İnfertilite ve Damgalanma	6
2.3.1. Damgalanmanın Tanımı	6
2.3.2. Damgalanmanın Tarihçesi ve İşlevleri	7
2.3.3. Damgalanmanın Kavramsal Çerçevesi	8
2.3.4. Damgalanmanın Türleri	9
2.3.5. Damgalanmanın Nedenleri	9
2.3.6. Damgalanmanın Sonuçları	10
2.3.7. Damgalanmanın İnfertilite Tanısı Almış Olan Kadınlar Üzerine Etkisi	11
2.4. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi	13
2.5. İnfertilitede Hemşirelik Yaklaşımı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü:	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.3.1. Dahil Edilme Kriterleri	19

3.3.2.	Dışlama Kriterleri	19
3.4.	Veri Toplama Araçları	19
3.4.1.	Kişisel Bilgi Formu	19
3.4.2.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği	19
3.4.3.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği	20
3.5.	Verilerin Toplanması	21
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.8.	Araştırmanın Güçlükleri	22
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü	22
4.	BULGULAR	24
4.1.	Çalışmada Kullanılan Ölçekler ile İlgili Bulgular	26
4.2.	Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçları	42
4.3.	Regresyon Analizi	46
5.	TARTIŞMA	50
5.1.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişilerin Hayat Kalitesi Ölçeği Bulgularının İncelenmesi	50
5.2.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği Bulgularının İncelenmesi	58
5.3.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişilerin Hayat Kalitesi Ölçeği ile İnfertilite Damgalanma Ölçekleri Genel Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	64
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1.	Sonuç	65
6.2.	Öneriler	65
KAYNAKLAR		67
EKLER		
EK-1.	Araştırmaya Katılım Onam Formu	
EK-2	Kişisel Bilgi Formu	
EK-3	İnfertilite Damgalanma Ölçeği	
EK-4	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği	
EK-5	İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği İzni	

EK-6 Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği
İzni

EK-7 Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onayı

EK-8 Kurum İzni

ÖZGEÇMİŞ

99



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Damgalanmanın alt boyutları	7
Tablo 2.2.	Damgalanma türleri	9
Tablo 3.1.	Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları	22
Tablo 4.1.	Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı	25
Tablo 4.2.	Kadınların infertilite ile ilgili özellikleri	26
Tablo 4.3.	Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri	27
Tablo 4.4.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının demografik özelliklerine göre karşılaştırılması	35
Tablo 4.5.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre karşılaştırılması	38
Tablo 4.6.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve alt boyutlarının demografik özellikler ile karşılaştırılması	40
Tablo 4.7.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre karşılaştırılması	42
Tablo 4.8.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyon Katsayıları	43
Tablo 4.9.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyon Katsayıları	45
Tablo 4.10.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi ve İnfertilite Damgalanma Ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları	46

Tablo 4.11.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeğine etki eden faktörlerin Çok Değişkenli Adımsal Seçim Yöntemi Sonuçları	47
Tablo 4.12.	İnfertilite Damgalanma Ölçeğine etki eden faktörlerin Çok Değişkenli Adımsal Seçimi Yöntemi Sonuçları	48



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Serpilme Grafiği	43
Şekil 4.2.	İnfertilite Damgalanma Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Serpilme Grafiği	45



SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
BBT	Bazal Vücut Isısı Analizi
FSH	Folikül Stimülan Hormon
E2	Östrodiol
LH	Luteinizan Hormon
AMH	Anti Müllerien Hormon Düzeyine
CCCT	Klomifen Sitrat Challenge Test
EFORT	Eksojen FSH Over Rezerv Testi
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF	İn Vitro Fertilizasyon
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
GIFT	Gamet Intrafallopian Transfer
ZIFT	Zigot Intrafallopian Transferi
IVF-ET	In Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi
ICSI	Intrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
FERTIQOL	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infertiliteyi; bir yıllık süre içerisinde haftada en az iki kez düzenli ve korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen gebeliğin oluşmadığı bir üreme sistemi hastalığı olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2018). İnfertilite, birey ve çiftlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygısını ve yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olabilmektedir (Rooney ve Domar, 2018; Kırca ve Pasinlioglu, 2019; Yazdi Golbar ve ark., 2020; Nik Hazlina ve ark., 2022; Jing ve ark., 2022; Xie ve ark., 2023).

Eski çağlardan beri kadının aile ve toplum içerisindeki rolü her zaman doğurganlık ve annelik rolünü yerine getirmesi olarak düşünülmüştür (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Toplum tarafından kadına yüklenen bu roller sonucunda; infertilite sorunu erkek kaynaklı olmuş olsa bile toplumdaki tutumlar ve ön yargılar kadın üzerine odaklanarak baskı oluşturmayı sürdürmüştür (Çapık ve ark., 2019). Bunun sonucunda kadınlarda psikiyatrik belirti ve bulgulara daha yüksek oranda rastlanmıştır. Psikiyatrik sorunlara toplumun tutum ve ön yargılarının eklenmesiyle birlikte kadın damgalanmayla karşı karşıya kalmıştır (Çapık ve ark., 2019; Jing ve ark., 2020) .

Damgalanma, olumsuz bir benlik algısına sahip olmak, toplumda yabancılaştırmak ve izole olmak, aşağılanmak, anlaşılmamak olarak tanımlanmaktadır (Jing ve ark., 2020). Damgalanma infertilite tanısı alan kadınlarda düşük benlik saygısına, yetersizlik duygusuna, sosyal izolasyona, kaygıya, depresyona, aşağılanmaya, tedaviyi ertelemeye, evlilik ilişkilerinde zayıflamaya, yaşam kalitesinin düşmesine ve stresle baş edememeye neden olmaktadır (Çapık ve ark., 2019; Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2021; Saif, ve ark., 2021; Xie ve ark., 2023).

Damgalanma farklı kültürlerde çeşitli şekillerde olabilmektedir. Özellikle Türk toplumu gibi geleneksel toplumlarda infertilite problemlerinden dolayı kadınlar sıklıkla suçlanarak kusurlu görülüp üreme yetersizlikleri karşısında sosyal damgalanmaya maruz kalmaktadır (Yılmaz ve Kavak, 2019; Öztürk ve ark., 2021). Damgalanmaya maruz

kalan kadınlarda ortaya çıkan rol kayıplarına (annelik rolü, sosyal rol vb.) uzun süren tedavi sürecinin eklenmesi ile birlikte kadınlar kendilerini yetersiz, eksik ve çaresiz hissetmeye ve umutsuzluğa kapılmaya başlamaktadır (Kaya ve Oskay, 2020). Bu çaresizlik ve umutsuzluk duyguları infertilite tanısı almış olan kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon seviyelerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve Kavak, 2019; Kaya ve Oskay, 2020; Öztürk ve ark., 2021). Damgalanma ile birlikte ortaya çıkan anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar tedavide başarısızlıklara neden olmakta ve kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir (Dierickx ve ark., 2018; Daibes ve ark., 2018; Jing ve ark., 2020).

Yaşam kalitesi, kişilerin amaçları, kaygıları, beklentileri, standartları ile ilgili olarak yaşadıkları kültür ve değer sistemi içinde hayattaki kendi pozisyonlarını algılama şekli olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2012). İnfertilite, bireylerde depresyon, kaygı, damgalanma ve sosyal izolasyon gibi çeşitli fiziksel, psikolojik ve toplumsal sonuçlara yol açarak bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Boivin ve ark., 2011; Daibes ve ark., 2018; Li ve ark., 2019; Jing ve ark., 2020). Uzamış infertilite süresinin, tedavi sonuçlarının başarısız olmasının, tedavinin ekonomik yükünün ve yaşanan psikososyal sorunların, bireylerin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Ried ve Alfred, 2013; Fadaei ve ark., 2016; Göker ve ark., 2018; Çağlar ve Güngör, 2019; Xie ve ark., 2023).

İnfertilite; kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle infertilite tanı ve tedavi sürecinde hemşirelere büyük görevler düşmektedir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, çiftin psikolojik, sosyal ve fiziksel durumunun değerlendirilmesi, sorun ve ihtiyaçların belirlenip buna yönelik uygun bakımın oluşturulmasıdır (Allan ve Mounce, 2015; Chow ve ark., 2016; Laganà ve Guglielmino, 2022). Bu çalışma, primer infertilite tanısı alan kadınların damgalanma algıları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı

İnfertilite; üreme çağı döneminde bulunan çiftlerde 12 ay veya daha uzun süre, düzenli ve korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen klinik olarak gebelik elde edilememesi ile tanımlanan üreme sisteminin bir hastalığıdır (Özdemir ve Kaplan 2020; Zegers-Hochschild ve ark., 2017; WHO, 2023). Primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Daha önce gebelik durumunun oluşmadığı ve canlı doğumun meydana gelmediği durumlara primer infertilite, gebelik durumunun daha önce meydana geldiği ve en az bir canlı doğum olduğu halde korunmasız devam eden cinsel ilişkinin akabinde gebelik durumunun meydana gelmediği ya da canlı doğumun sağlanamadığı durumlar ise sekonder infertilite olarak adlandırılmaktadır (Zegers-Hochschild ve ark., 2009; Nuri Tural ve Sis Çelik, 2019).

İnfertilite, dünya çapında üreme çağındaki milyonlarca insanı etkilemektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği'ne (ACOG) göre infertilite çiftlerin %15'ini etkilemektedir (ACOG, 2020). DSÖ, her altı kişiden birinin hayatının bir döneminde bu sorun ile karşı karşıya kaldığını belirtmektedir. Tahminler, 48 milyon çift ile 186 milyon kişinin infertilite sorunu yaşadığını göstermektedir. İnfertilitenin yaşam boyu yaygınlık oranı %17.5, dönemsel prevalansının ise %12.6 olduğu tahmin edilmektedir (WHO,2023). DSÖ, primer infertilitenin yaşam boyu prevalansını %9.6 olarak bildirilirken, sekonder infertilitenin yaşam boyu prevalansının %6.5 olarak ifade etmektedir (WHO, 2023). Çalışma sonuçları da dünyadaki çiftlerin %10 ile %15'inin infertiliteden etkilendiğini göstermektedir (Thoma ve ark., 2013; Datta ve ark., 2016; Bayu ve ark., 2020). Küresel olarak infertilite kadınların %10'undan fazlasını etkilerken, erkeklerin %7'sini etkilemektedir (Tavousi ve ark., 2022). İngiltere'de kadın ve erkekler arasında infertilite ve yardım arama yaygınlığı için yapılan bir çalışmada infertilite prevalansının kadınlarda %12.5 ve erkeklerde %10.1 oranında olduğu görülmüştür (Datta ve ark., 2016). İnfertilite prevalansı ülkelere ve bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Boivin ve ark. (2007), tarafından yapılmış 25 ülkeyi kapsayan bir çalışmada 12 ay veya daha uzun süre ile tanımlanan infertilite prevalansının gelişmiş ülkelerde %3.5 ile %16.7 arasında olup daha az gelişmiş ülkelerde %6.9 ile %9.3 arasında değiştiği saptanmıştır (Boivin ve ark., 2007). DSÖ tarafından yapılan 52 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında ise dünya çapında ortalama infertilite prevalansının %10 olduğu, prevalansın sırasıyla en düşük ve en yüksek olduğu ülkelerin Avusturalya ve Afrika olduğu ortaya çıkmıştır (WHO, 2023).

Türkiye’de infertilite sıklığına ilişkin kesin bilgiler elde edilememekle birlikte evli çiftler arasında infertilite prevalansının %10 olduğu ve vakaların yaklaşık yarısında kadın faktörünün etkin olduğu tahmin edilmektedir (Soysal ve ark., 2022). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporu sonuçlarına göre, Türkiye’de 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlarda hiç çocuk sahibi olamamış kadınlar %4 oranındadır. Bu raporda, üreme çağıının sonunda hiç çocuğu olmayan evli kadınlardaki bu oranın primer infertilite oranı için bir gösterge olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (TNSA, 2018).

2.2. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri

İnfertilite ve tedavisi eşlerin psikolojik durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, beden imajlarını, benlik saygılarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016; Tufan ve ark., 2020). Çocuk sahibi olamama durumuyla başa çıkan çiftler, genellikle engellenme duygusu ve toplum içinde anne baba rollerinin eksikliği gibi ortak duygular yaşamakta ve psikososyal sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Nasim ve ark., 2019; Yücesoy ve ark., 2021). İnfertilite problemi yaşayan çiftler daha çok öfke, suçluluk, inkâr ve izolasyon duygularıyla karşılaşmaktadır (Nasim ve ark., 2019; Yokota ve ark., 2022). Bu duygulara ek olarak kadınlar doğuramama, kontrolünü kaybetme ve psikolojik olarak kendini eksik hissetme gibi anlamları iç dünyalarında hissetmektedirler (Yücesoy ve ark., 2021). İnfertilite tanısı almış olan kadınlarda depresyon ve anksiyete klinik olarak sık rastlanılmaktadır (Nasim ve ark., 2019; Yokota ve ark., 2022).

2.2.1. İnfertilitenin Sosyo-Kültürel Boyutu

Kültür, bireylerin maruz kaldıkları hastalıkları fark etmelerine ve bu hastalıklarla baş etme yöntemlerini belirlemelerine rehberlik etmektedir. Bununla birlikte bireylerde kültürleri çerçevesinde algıladıkları hastalıkları deneyimlemektedir (Bayraktar, 2018). İnfertilite yaşamı tehdit eden hastalıklar sınıflandırması içerisinde olmasa da tüm kültür ve toplumlarda insanı etkileyen sağlıkla ilgili ciddi bir sorun olarak algılanmaktadır (Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012; Kurt ve Arslan, 2019; Yücesoy ve ark., 2021)

Çocuk sahibi olmak, birçok kültürde evliliğin ve cinsel birlikteliğin doğal bir sonucu olarak görülmektedir. Çocuk sahibi olamama durumu ile karşı karşıya kalan çiftler çeşitli söylemlere (kuru ve verimsiz toprak, boş kutu, parazit, kusurlu insan) maruz kalmaktadır (Kırca ve Sis Çelik, 2021; Topdemir Koçyiğit, 2012). Toplum tarafından duydukları bu söylemler doğrultusunda da kendilerini değersiz, verimsiz, yeteneksiz olarak algılamaktadır (Bayraktar, 2018; Galundiai 2016; Okantey ve ark., 2021). Bu durum çiftler üzerinde toplumsal bir baskı oluşturarak üremeleri konusunda endişelere yol açmaktadır (Bayraktar, 2018; Monga ve ark., 2004).

Eski zamanlardan günümüze kadar kadının aile ve toplum içerisindeki rolü her zaman doğurganlık ve çocuk bakımı ile ele alınıp değerlendirilmekte olduğundan dolayı kadının annelik rolünü yerine getirmesi, erkek bireyin yanında değer ve statü kazanması için doğurması gerektiği düşünülmektedir (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Doğurganlık rolünün genellikle kadına yüklenmesi, infertil çiftlerdeki sorunun erkek bireyde olması durumunda bile, toplumdaki tutumlar ve önyargılar kadınlar üzerinde artan bir baskıya neden olmaktadır (Çapık ve ark., 2019).

İnfertile tanı ve tedavi süreci uzun ve zorlu bir süreci kapsamamasından dolayı bu süreç boyunca kadınlarda umutsuzluk, yalnızlık, anksiyete, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi birçok psikiyatrik soruna rastlanılmaktadır ve bu psikiyatrik sorunlara toplumun tutum ve önyargılarının eklenmesi ile birlikte kadınlar damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (Çapık ve ark., 2019; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016)

2.3. İnfertilite ve Damgalanma

Üreme ve neslini devam ettirme, insanlar için en temelde yer alan içgüdülerden bir tanesidir (Çağlar ve Satılmış, 2019). Çocuk sahibi olmak ve çocuk yetiştirmek dünyada birçok kültürde bireylere psikolojik ve sosyal açıdan saygınlık ve ayrıcalık kazandırmaktadır (Bradow, 2011; Kaplan, 2018). Bu kazanımlar çerçevesinde ortaya çıkan kültürel beklentiler infertilite tanısı almış olan bireylerin büyük ölçüde strese maruz kalmasına neden olmaktadır (Bradow, 2011). Çocuk sahibi olma ve aile olmanın önemli olduğu toplumlarda üreme konusunda meydana gelen yetersizliklerle birlikte bireyler sosyal damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (Taşçı ve ark., 2008). İnfertilite sürecinde damgalanma, bireyler üzerinde derin etkiler bırakan rahatsız edici bir sonuçtur. Özellikle infertil kadınlar, toplumda damgalanma nedeniyle yabancılaşma, tecrit edilme ve olumsuz tavırlara maruz kalarak bu süreçte zorluklar yaşamaktadır (Kaya ve Oskay, 2020; Küçük ve Koruk, 2022). Bu oluşumların hepsi damgalanan bireyde benlik algısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gonzalez, 2000).

2.3.1 Damgalanmanın Tanımı

Damga (stigma) kavramı, ilk olarak sosyoloji alanında ortaya çıkmasının ardından; tıp, sağlık bilimleri, psikoloji, sosyal psikoloji, örgütsel davranış gibi birçok alana kısa sürede dahil edilmiştir (Bos ve ark., 2013). Damgalanma etimolojik olarak ilk defa Yunanca'da kullanılmış olup delik, delmek, yara, iz anlamlarını barındırmıştır. Damgalanmanın en bilindik olan tanımı ise 1963 yılında Goffman tarafından yapılmıştır. Damgalanma tanımı yapılırken 'derinden itibarsızlaştırıcı bir nitelik' ifadesi kullanılmıştır. Bu tanıma göre damgalanma, damgalanan bireyi bütün ve olağan bir bireyden kusurlu, önemsiz bir bireye indirgemesi olarak ifade edilmiştir (Goffman, 1963).

İnfertilite, bireyin öz benliğine karşı olumsuz bir algının oluşmasına sebep olarak damga etkisi yaratmaktadır. Bu etkiyle birlikte olumsuz ve küçümseyici yorumlar, empatik olmayan ve acımasız olan davranışlar infertil bireylerin hatta özellikle kadınların toplumdan dışlanmasına ve izole olmasına neden olmuştur (Gonzalez, 2000; Yaraş Kölan, 2023).

Damgalanmanın oluşumlar içerisinde nasıl değişiklik gösterdiğinin anlaşılması için kavramsallaştırılmış olan altı alt boyutunun bilinmesi önemlidir (Turner ve Brown, 2010). Bu boyutlar Tablo 2.1’de yer almaktadır.

Tablo 2.1. Damgalanmanın Alt Boyutları

Damgalanmanın Alt Boyutları

1. Gizlenebilirlik	Damgalanmaya yol açabilecek özelliğin ne kadar belirgin olduğunu gösterir.
2. Gidişat	Damgalanmaya yol açabilecek özelliğin ne kadar tersine çevrilebilir/geri döndürülebilir olduğunu gösterir.
3. Bozuculuk Düzeyi	Özelliğin kişiler arası etkileşimlerde bozulmaya yol açıp açmadığı ve bu bozuculuğun düzeyini gösterir.
4. Estetik	Dış görünümde meydana gelebilecek olumsuz değişimler ve bu değişimlerin düzeyini gösterir.
5. Köken	Özelliğin ortaya çıkış şeklini gösterir.
6. Risk	Başkalarında korku veya tehdide yol açıyor olma durumunu gösterir.

2.3.2.Damgalanmanın Tarihçesi ve İşlevleri

Yunanlılar, damga kavramını ilk kez kullanarak, toplumda kötü kabul edilen, normların dışındaki kişileri, köleleri ve suçluları sınıflandırmak için bu terimi kullanmışlardır. Bu kişiler, bedenlerine kazınan işaretlerle ömür boyu ayrımcılığa maruz kalmışlardır (Goffman, 1963). Daha sonraki süreçte damgalanma kavramına olan ilgi ve tanımlamalar Goffman’ın yapmış olduğu çalışma ile ortaya çıkarak bu çalışmanın çerçevesinde damgalanma kavramı şekillenmeye başlamıştır (Link ve Phelan, 2010).

Tarihsel süreç içerisinde salgın, bulaşıcı ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasıyla birlikte damgalanma kavramı tıbbi alanda da kullanılmaya başlanmıştır. Bu hastalıklara yakalanan bireyler bu damgalanmayla karşı karşıya kalmaya başlamıştır (Avcil ve ark., 2016; Clair, 2018; Özmen ve Erdem, 2018). Ortaya çıkan bu hastalıklar bir kötülük olarak görüldüğü için damgalanmaya maruz kalan bireyler sağlıklı olan kişilerden ayrıştırılarak; kınanıp ötekileştirilmiştir (Clair, 2018; Özmen ve Erdem, 2018).

Damgalanma kavramının ilk ortaya çıktığı zamanlarda bireyler, bedenlerine kazınan işaretlerle damgalanmışlardır. Bu damgalama biçimi günümüzde yerini, o kişilerden uzaklaşarak yalnızlaştırılmasına, direk düşünmeden yargılanarak infaz edilmesine, olumsuz tutum ve davranışların bu kişilere gösterilmesine yerini bırakmıştır (Özmen ve Erdem, 2018; Atilla Demir, 2021).

2.3.3. Damgalanmanın Kavramsal Çerçevesi

Damgalanmanın kavramsal çerçevesini, etiketleme kuramı, yükleme kuramları, sosyal kimlik kuramı ve sosyal temsil kuramı oluşturmaktadır.

Etiketleme Kuramı; Lemert (1972) tarafından temelleri oluşturulmuştur. Kurama göre oluşturulan etiketler bir kişi ve ya grup için tanımlandığı andan itibaren sembol haline gelmektedir. Bu semboller kişinin daha önceki sahip olduğu statüsünün (baba, anne, eş, kardeş vb.) önüne geçmektedir (Atilla Demir, 2021). Reddedilme ve etiketlenme ile beraber ortaya çıkan olumsuz ve aşağılayıcı adlandırmalar kaçınılmaz duruma gelerek bireylerin kendilerini algılama biçimlerini etkilemektedir (Özmen ve Erdem, 2018; Atilla Demir, 2021).

Yükleme Kuramı; bireylerin iç ve dış faktörlere bakarak diğer bireylerin davranışlarına farklı anlamlar yüklemesi olarak ifade edilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018; Akçay ve Ark., 2020).

Sosyal Kimlik Kuramı; bu kuramda, etnosantrik yükleme mevcuttur, toplumsal açıdan iyi olan durumlar benimsenirken o bireyler içselleştirilirken, toplum tarafından olumsuz olan durumlarda ise bireylerin dışlanması olarak ifade edilmektedir (Hogg ve Vaughan, 2014, Özmen ve Erdem, 2018; Akçay ve ark, 2020).

Sosyal Temsil Kuramı; Moscovici'nin kuramı olan bu kuramda sosyal temsil, kültürel bilgilerin inşa edilip aktarılması ve toplum tarafından oluşturulan ortak anlayış olarak ifade edilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018). Sosyal temsile ilişkin şekil ve semboller her toplumun kendine ait oluşturduğu kodlar çerçevesinde değişkenlik göstermektedir (Çetin ve Asıl, 2018). Beklenmedik ve karmaşık durumlarla karşı karşıya kalındığı zaman durumu basite indirgemek için kullanılmakta ve bilinmeyen bilindik hale

getirilmektedir. Toplum tarafında bilindik hale geldiği düşünölen olaylar sonucunda ortak anlayış ortaya çıkarak sosyal temsil oluşturulmaktadır (Hogg ve Vaughan, 2014)

2.3.4. Damgalanmanın Türleri

Gofmann (1963) damgalanmayı 3 türe ayırarak sınıflandırmıştır. Damgalanma türleri Tablo 2.2’de açıklanmıştır.

Tablo 2.2. Damgalanma Türleri

Damgalanma Türleri

Hissedilen (Algılanan) Damgalanma	Damgalamaya maruz kalan bireyin damgalanmayla ortaya çıkan gizleme, utanç, korku gibi duyguları hissetmesi olarak ifade edilmektedir (Brohan ve ark., 2010).
İçselleştirilmiş (Öz) Damgalanma	Bireyin diğer kişiler tarafından oluşturulan olumsuz yorumları benimseyerek olumsuz duygulara kapılarak kendini topluma karşı kapatması ve iletişim kurmaması olarak tanımlanmaktadır (Kuş Saillard, 2010; Özaslan Çalışkan ve Akca, 2017).
Toplumsal (Sosyal) Damgalanma	Bireye karşı toplumun, özellikle akraba ve ailenin oluşturmuş olduğu sosyal, psikolojik davranışları ve ayrımcılığı içerisinde barındıran tutumlar olarak bilinmektedir (Özmen ve Erdem, 2018).

2.3.5. Damgalanmanın Nedenleri

Bireyin içinde bulunduğı kültürel yapı, örf ve adetler, dini inançlar, ön yargılar damgalanmanın ortaya çıkmasına neden olan etkenlerdir (Kadıoğlu ve Şahin, 2015). Bu etkenlere bağılı ortaya çıkan damgalanmanın nedenleri üç sınıfa ayrılarak incelenmektedir. Bunlar psikojenik nedenler, toplumsal/kültürel nedenler ve teknolojik nedenlerdir (Özmen ve Erdem, 2018).

Psikojenik nedenlerin temelinde bireyin kendinde var olmayan olumsuz durum karşısında içten içe bir mutluluk duyma durumu mevcuttur. Bu durumun kötölüğünün ve yaşattığı hislerin farkında olan bireyler kendisini olumsuz durumla karşı karşıya kalan bireyden daha üstün görmeye başlamaktadır. Bunun sonucunda karşı taraftaki bireyi küçümseyerek aşağılamaktadır ve buna maruz kalan birey özgüven ve özsaygısını

kaybetmekle karşı karşıya kalmaktadır (Bilge ve Çam, 2010; Özmen ve Erdem, 2018; Demirbaş, 2021).

Toplumsal/kültürel nedenlere göre etrafımızda birçok alanda insanlar almış oldukları sıfatlar karşısında sosyal olarak kategorilere ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma biz ve onlar kavramını oluşturarak ayrıştırma, dışlamaya yol açmaktadır. Bu durum bireylerin kendini toplumdan izole etmesine neden olmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018).

Teknolojik nedenlerle ortaya çıkabilecek durumlar ve yanlış tutumlar, medyada hızla yayılarak damgalanmaya yol açmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkabilecek yargılayıcı tutumlar, damgalamanın daha da yayılmasına zemin hazırlamaktadır (Kadıoğlu ve Hotun Şahin, 2015; Özmen ve Erdem, 2018).

2.3.6 Damgalanmanın Sonuçları

Damgalanma sonuçları, kişi üzerindeki sonuçlar, çalışanlar üzerindeki sonuçlar, toplum üzerindeki sonuçlar ve aile ve çevre üzerindeki sonuçlar olmak üzere dört grupta incelenmektedir (Özmen ve Erdem, 2018).

Kişi üzerindeki sonuçlar:

Kişi tıbbi olarak damgalanmışsa;

- ✓ Tedavi aramayı bırakabilir ya da tedaviye katılımı ve tedaviye olan inancı engellenebilir,
- ✓ Hastalığını gizlemek durumunda kalacağından dolayı sosyal destek alma konusunda kendini etrafına kapatabilir,
- ✓ Kendini küçük görerek nefret duygusunu yaşayarak depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Van den Broeck ve ark., 2010; Özmen ve Erdem, 2018).

Çalışanlar üzerindeki sonuçlar:

Toplum tarafındaki damgalanma bireyin iş yaşamına da etki etmektedir. Bununla birlikte kişi;

- ✓ Dışlanma, yalnızlaştırılma, mobbinge maruz kalabilir,

- ✓ Yaşanılan durumun ortaya çıkarılmasıyla birlikte kişi dedikodu konusu olarak, kaba tabirlere maruz kalarak etik dışı davranışlara maruz kalabilir,
- ✓ Etrafındaki olumsuz hitap ve davranışlar karşısında kişiler işlerini dahi bırakarak işsiz kalabilmektedir (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015; Özmen ve Erdem, 2018)

Toplum üzerindeki sonuçlar:

Toplum tarafından damgalanan kişiler dışlanmaya maruz kalarak yetersiz kabul edilerek bazı hak ve menfaatlerden mahrum bırakılmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018).

Aile ve çevre üzerindeki sonuçlar:

Damgalanma, sadece bireyin değil, aynı zamanda ailesini ve yakın çevresini de etkileyerek bakış açılarının değişmesine neden olabilmektedir. Damgalanan kişinin aile ve yakınları da bu durumdan dolayı dışlanma ve hakaretlere maruz kalabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018; Ergin ve ark., 2018).

2.3.7. Damgalanmanın İnfertilite Tanısı Almış Olan Kadınlar Üzerine Etkisi

Damgalanma, infertil bireylerin toplumda yabancılaşması ve izole olması, aşağılanması, hakarete uğraması, anlaşılmaması ve başkalarının davranışlarının etkisiyle birlikte olumsuz benlik algısına sahip olması olarak tanımlanmaktadır (Sternke ve Abrahamson, 2015). İnfertilite tanısı, kadın ve erkek kaynaklı sebeplere bağlı olarak gelişebilen bir durumdur. Ancak toplumun güçlü normları ve cinsiyet eşitsizliği, tıbbi tanıyı alan bireyin cinsiyeti ne olursa olsun, genellikle kadınlar bu süreçte daha fazla sorumlu tutulmaktadır (Dierickx ve ark., 2018). Bu süreçte kadınlar, toplumun infertilite konusundaki sorularına maruz kalırken sosyal açıdan çocuksuz birey olarak damgalanmaktadır. Erkeklerde ise; üstü kapatılması, gizli tutulması gerekli, bir durum olarak görülmektedir (Sarı ve Erciyes, 2021).

Cinsiyet olarak kadın ve erkek karşılaştırıldığında hegemonik erkeklik kavramı ortaya çıkmaktadır. Hegemonik erkeklik zamana, topluma ve kültüre göre değişmekte olan ve kültürel anlamda değerli görülen baskın erkeklik değerlerini yansıtan ideal erkeklik olarak tanımlanmaktadır (Sylvest ve ark., 2018). İnfertilite tanısı almış olan erkekler ise bu ideal erkeklik kavramı karşısında olumsuz bir örnek olarak görülmektedir. Buna bağlı olarak erkekler genellikle doğurgan olarak kabul edilirken, infertilite bir kadın sorunu

olarak görülüp bu durumun yükü çoğunlukla kadınlara yüklenmektedir. Bunun sonucunda, kadınlar daha fazla suçlanmakta ve damgalanma sorunlarıyla karşılaşmaktadır (Dierickx ve ark., 2018; Hanna ve Gough, 2020).

Damgalanma ile farklı kültürlerde çeşitli şekillerde karşılaşılabilir. Özellikle Türk toplumunun da dahil olduğu geleneksel toplumlarda infertilite problemlerinden dolayı, kadınlar sıklıkla suçlanıp çocuğu olmayan kadınlar meyvesiz bir ağaca benzetilerek kadına baskı uygulanmaktadır (Koçyiğit, 2012). Başka toplumlarda Güney Nijerya'da gebe kalmak ve doğum yapmak olgun kadın olmak anlamına gelmekte olup kadınlığa giriş için ön koşul olarak kabul edilmektedir. Çocuksuz kadınlar eşleri ve eşlerinin anneleri tarafından hakarete uğrayarak kadın olarak görülmemekte, erkek olarak adlandırılmaktadır (Hollos ve ark., 2008) Arap kültüründe annelik kadınlığın özü olarak algılanmakta, infertilite tanısı almış kadınlar eşleri tarafından şiddete maruz kalmakta ve terk edilmektedir (Al-Homaidan, 2011). Gambia'da ise toplum tarafından infertil kadınlar kendi çocuklarını yiyen cadı olmakla suçlanarak büyücü olarak adlandırıldıkları bilinmektedir (Dierickx ve ark., 2018).

İnfertilite tanısıyla birlikte kadına yüklenmiş olan çocuk doğurma ve çocuk bakımı algısının değişmesiyle birlikte kadın toplum tarafından kusurlu olarak görülmeye başlanarak bu üreme yetersizliği karşısında sosyal damgalanmaya maruz kaldığı bilinmektedir (Öztürk ve ark., 2021). Anokye ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada; çalışmaya katılan 125 infertil çiftin %56'sının damgalanma sonucunda sosyal dışlanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir. Primer infertil kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada ise kadınların yüksek oranda damgalanma ve sosyal baskı yaşadığı belirtilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2015).

İnfertilite tanısı alan kadınlar, beklenmedik rol kayıpları ve damgalanma ile başlayan bir süreçle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sürecin içindeki katı ve uzun süreli tedaviler, kadınların kendilerini yetersiz, eksik ve çaresiz hissetmelerine ve umutsuzluğa kapılmalarına yol açmaktadır (Kaya ve Oskay, 2020). Bu anlamları zihninde barındıran ve üreme içgüdüsünü yerine getirmeyen kadın ciddi strese maruz kalmaktadır. Yapılan çalışmalarda infertilite tanısı almış olan kadınların stres puanlarının yüksek olduğu, ebeveyn olma ihtiyacının en çok stres oluşturan durum olduğu saptanmıştır (Çağlar ve

Satılmış, 2019; Karaca ve Ünsal, 2015; Margan ve ark., 2022; Teklemicheal ve ark., 2022).

Her ne kadar infertilite sorunu her iki cinsiyeti de etkiliyor gibi gözükse de yapılan çalışmalar incelendiği ve toplumların kültürel yapılarına bakıldığı zaman kadınların damgalanmaya daha fazla maruz kaldığı görülmüştür. Buna bağlı anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu saptanmıştır (Kamboj ve ark., 2023; Kaya ve Oskay, 2020; Öztürk ve ark., 2021; Wang ve ark., 2023; Yılmaz ve Kavak, 2019).

İnfertilite tanısı almış olan kadınların yarısından fazlasının damgalanmaya maruz kaldığı ve bu yüksek düzeydeki damgalanmanın kadınların yaşam kalitesi üzerinde negatif yönde bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (Jing ve ark., 2020). İnfertilite tanısı almış olan kadınların tedavi süreci kapsamında yaşamış oldukları anksiyete, depresyon gibi psikolojik durumlara damgalanmanın da eklenmesiyle birlikte yaşam kalitesinde azalma meydana geldiği ortaya çıkmaktadır (Daibes ve ark., 2018; Jing ve ark., 2020). Yapılan nitel bir çalışmada, infertilite tanısı alan kadınların maruz kaldığı damgalanmanın tedaviye uyumlarını önemli ölçüde etkilediği ve bu durumun tedavi süresinin uzamasına, aynı zamanda tedavi sırasındaki süreçte kötü yaşam kalitesine neden olduğu ortaya çıkmıştır (Dierickx ve ark., 2018).

2.4. İnfertilite ve Yaşam Kalitesi

Thorndike, 1939 yılında ilk kez yaşam kalitesi kavramını tanımlamıştır. Yaşam kalitesini, bireylerin yaşamları ile ilgili iyilik hali durumlarını ve genel doyumlarını anlama biçimi olarak tanımlayarak bu durumların inançlar, kültürel değerler, bireyin yaşamdan beklentisi ile şekillenen bir öznel kavram olduğunu belirtmiştir (Zeren ve Gürsoy, 2019). Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşam kalitesi; kişilerin amaçları, kaygıları, beklentileri, standartları ile ilgili olarak yaşadıkları kültür ve değer sistemi içinde hayattaki kendi pozisyonlarını algılama şekli olarak tanımlamıştır (WHO, 2012). Yaşam kalitesi bireylerin psikolojisini, toplumsal ilişkisini ve çevresiyle iletişimi kapsayan bir kavram olmasıyla birlikte bireysel ve toplumsal olarak ortaya çıkabilen faktörlerden etkilenmektedir. İnfertilite tanı ve tedavi süreci de yaşam kalitesini etkileyen faktörler içerisinde yer almaktadır (Zeren ve Gürsoy, 2019).

İnfertilite, bireylerde doğurganlık kalitesini önemli ölçüde etkileyebilecek depresyon, kaygı, damgalanma ve sosyal izolasyon gibi çeşitli fiziksel, psikolojik ve toplumsal sonuçlara yol açarak bireylerin yaşam kaliteleri üzerine etki göstermektedir (Li ve ark., 2019). İnfertilite tanısı alan çiftlerde yaşam kalitesi; kişisel özelliklerinden (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik gelir ve çalışma durumu), infertilite tanısından, infertilite süresinden, uygulanan tedaviye ve etkilerinden, sosyokültürel ve psikolojik etmenlerden büyük oranlarda etkilenmektedir (Aduloju ve ark., 2018; Jing ve ark., 2020; Maroufizadeh ve ark., 2017; Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz, 2020; Suleiman ve ark., 2023).

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde toplumun ve eşlerin birbirlerine yüklemiş oldukları bir takım sorumluluklar vardır. Bu sorumluluklar çerçevesinde kadınların yaşam kaliteleri erkeklerin yaşam kalitelerine oranla daha olumsuz etkilenmektedir (Zeren ve Gürsoy, 2019). Yapılan çalışmalar; infertilite tanısının, uzamış infertilite süresinin ve infertilite tedavi sayısının kadınlar üzerinde stres yarattığı ve bu stresle birlikte yaşanan anksiyete ve ambivalan duygular gibi nedenlerle bireylerin yaşam kalitesinin düştüğü belirtmektedir (Aduloju ve ark., 2018; Jing ve ark., 2020; Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz, 2020).

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde kadınlar aile ve arkadaş çevresinden uzaklaşabilmektedir. Bununla beraber rutin olarak devam ettirdiği aktivitelerini yapmayı bırakarak, işinden ayrılarak, kariyerine ara vermek zorunda kalabilmektedirler. Çiftler arasında cinsel yaşam ve doyumda azalma, evlilik ilişkilerinde bozulmalarda ortaya çıkabilmektedir (Gümüşay ve ark., 2020; Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz, 2020; Zeren ve Gürsoy, 2019).

Yapılan çalışmalarda infertilite tanısı alan kadınların yaşam kalitesinin fertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Çağlar ve Güngör, 2019; Jing ve ark., 2021; Van Rooij ve ark., 2021). Uzun süre çocuk sahibi olamayan, çok sayıda başarısız tedaviye maruz kalan kadınların daha fazla olumsuz duygulara kapıldığı saptanmıştır. Bu olumsuz duygularla beraber yaşam kalitelerinde de azalma meydana geldiği ortaya çıkmıştır (Lee ve ark., 2020; Van Rooij ve ark., 2021).

2.5. İnfertilitede Hemşirelik Yaklaşımı

Amerikan Hemşireler Birliği 1985 yılında, infertilite hemşireliğini tanımlamış olup daha sonrasında 1987 yılında da “Royal College of Nursing Fertilite Hemşireleri Grubu” kurularak infertilite hemşireliğinin rol tanımlanması yapılarak bakım standartları ortaya çıkarılmıştır (Özdemir ve Kaplan, 2020). Daha sonrasındaki süreçte 1990 yılında Avusturalya’ da Özel İlgi Grubu kurularak infertilite hemşireliği tanımlanmıştır. Ardından bu grup Avusturalya Fertilite Hemşireleri (Fertility Nurses Australia – FNA) adını alarak çalışmalarını sürdürmeye devam etmiştir (Özdemir ve Kaplan 2020). 1999 yılında ise infertilite hemşireliği sertifikasyon programlarını yürütüldüğü Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı (Japan Infertility Nursing Network – JINN) kurularak bu alanda en az üç yıldır çalışmakta olan hemşirelerin uzman hemşire olabilmeleri için sınavlar yürüterek bu alanda sertifikalaşma sağlanmıştır (Özdemir ve Kaplan, 2020). Ülkemizde ise bu alanda “Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği” ve “İnfertilite Hemşireliği Derneği” faaliyetlerini sürdürmektedir (Özdemir ve Kaplan, 2020; <https://www.hemed.org.tr/hemsirelik-dernekleri/>, Erişim Tarihi: 28 Aralık 2023).

İngiltere ve Amerika gibi gelişmiş ülkelerde hemşireler aldıkları eğitim programları, sertifikaları ve yetkinlik düzeylerine uygun seviyeleri doğrultusunda; ultrasonografi ile folikülometri izlemi, erken gebelik teşhisi, embriyo transferi, IUI uygulama, sperm hazırlama gibi birçok uygulama da gerçekleştirebilmektedirler. Ülkemize bu alanda çalışan hemşireler temel rolleri dışındaki bu uygulamalarla ilgili infertilite alanında sertifikasyon ve yasal mevcut programlar olmadığından dolayı bu tarz uygulamaları gerçekleştirememektedir (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015).

İnfertilite tanı ve tedavi süreci profesyonelce yürütülmesi gereken bir ekip işidir. Hemşirelerde bu süreç kapsamında gerek poliklinik ortamında gerekse cerrahi işlemlerin yapıldığı ameliyathane ortamına kadar bu ekibin bir parçası olarak yer almakta ve sürecin her aşamasına dahil olmaktadır (Özdemir ve Kaplan, 2020; Yanıkkerem ve ark., 2008). İnfertilite hemşireliğinde bu süreç kapsamında hemşirelik bakımının amacı ise, çiftlerin psikolojik, sosyal ve fiziksel durumlarının değerlendirilerek bu alanlarda oluşmuş olan soruna yönelik gerekli olan bakımın verilmesidir (Özdemir ve Kaplan, 2020). Klinik uygulama, hasta eğitimi, koordinatör ve danışmanlık, araştırmacı, yönetici

ve hasta hakları savunuculuğu rolleri bu alanda çalışmakta olan hemşirelerin temel rolleri arasında yer almaktadır (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015).

İnfertilite tanı ve tedavi süresince bireyler duygusal baskı, stres, panik gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Olumsuz sonuçlanan tedavi ve işlem sonuçları bireylerde hüznün, başarısızlık duygularının yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu alanda çalışmakta olan hemşireler özellikle bu dönemde yaşanan stresin azaltılmasında kilit rolü üstlenmektedir. Bireylere danışmanlık ve destek hemşireler tarafından sağlanmalıdır (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015; Özdemir ve Kaplan, 2020). Tedavi sürecine başlanmadan önce ilk olarak bireylerin psikolojik hikayeleri alınmalıdır. Alınan hikayelerin ön değerlendirme işlemi gerçekleştirilmeli ve bireyler hemşireler tarafından oluşabilecek olumsuz durumlara karşı bilgilendirilmeli ve hazırlanmalıdır (Yanikkerem ve ark., 2008). Tanı almış ve tedavi sürecine başlamış olan bireylerin çoğu uzun evlilik süresi olan, uzun yıllar boyunca tedavi arayan umutsuz, psikolojik ve ekonomik açıdan yıpranmış kişiler olduğu için; kişilerle iletişim sağlanırken özellikle yumuşak bir ses tonuyla hitap edilmeli ve hoşgörülü davranılmalıdır (Özdemir ve Kaplan, 2020). Psikolojik hikayelerinin yanında aynı zamanda bu süreçte bireylerin evlilik ilişkileri ve cinsel yaşamları da tedavi öncesi ve sırasında değerlendirilerek gerekli destek ve danışmanlık hizmeti bu alanda da verilmelidir (Yanikkerem ve ark., 2008).

İnfertilite danışmanlığı, infertilite tanı ve tedavi sürecinde bireylere tedavi süreci hakkındaki konuları açıklığa kavuşturmak, bireylerin içinde bulunduğu durumları algılayarak gelişen sorunlara karşı kendi çözümlerini üretebilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır (Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012). İnfertilite de danışmanlık; bilgilendirme, açıklama ve karar verdimeye yönelik danışmanlık, destek danışmanlığı ve terapotik danışmanlık olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012).

Bilgilendirme, açıklama ve karar verdimeye yönelik danışmanlıkta, bireylere infertilite tedavisine yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır. Tedaviye başlangıç, devam ettirme ve bitirme sürecinde karşılaşılabilecek durumlar hakkında açıklamalara yapılmaktadır (Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012). Destek danışmanlıkta, tedavi sürecinde bireylerin yaşadığı stresin azaltılması sağlanmaktadır. Terapotik danışmanlıkta ise destek danışmanlıkla

beraber psikodinamik psikoterapi, bilişsel davranışsal teknikler, çözüm odaklı psikoterapi gibi temellere dayandırılarak danışmanlık hizmeti verilmektedir (Aşcı ve Kızılkaya Beji, 2012).

İnfertilite tanısı almış olan kadınlar, tekrarlayan tedaviler ve alınan olumsuz sonuçlara bağlı kendilerini stres altında hissetmektedir. Bu stresin neden olduğu yorgunluk tablosuyla birlikte, kadınların sağlık durumları ve yaşam kalitelerinde düşüşler meydana gelmeye başlamaktadır (Lee ve ark., 2020). İnfertil kadınlarda psikolojik süreci etkileyen bir diğer etken ise damgalanmadır. İnfertilite tansıyla birlikte kadınlar aileleri ve çevresindekiler tarafından damgalanmaya maruz kaldığı bilinmektedir (Jing ve ark., 2021; Van Rooij ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2021). Damgalanmaya maruz kalan kadınlarda da yalnızlıkla birlikte sosyal izolasyon ve buna bağlı yaşam kalitelerinde düşüş meydana gelmektedir (Van Rooij ve ark., 2021). Hemşireler bu süreçte infertilite tedavisi görmekte olan kadınlara, holistik hemşirelik yaklaşımıyla birlikte prekonsepsiyonel hemşirelik bakımı sunması gerekmektedir (Lee ve ark., 2020; Tokat Aluş ve ark., 2022). Prekonsepsiyonel bakım ile infertiliteye yol açan faktörlerin düzeltilmesi, gebelikte meydana gelebilecek sorunlara engel olunması ve fertilitenin gelişiminin sağlanması açısından infertil kadınlara yardım sağlamaktadır. Bu kapsamda hemşireler tarafından danışmanlık sağlanması tedavinin başarısını arttırmakta ve tedavi sürecini etkileyen faktörleri engellemektedir (Tufan ve ark., 2020).

İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde hemşirelerin, infertil kadınların yaşamını etkileyen ambivalan duyguları açığa çıkaran, etkili iletişimin eşlik ettiği bir bakım ve tedavi uygulaması gerekmektedir (Tokat Aluş ve ark., 2022). Hemşireler, infertil kadınların duygularını kontrol etmek ve olumsuz duygularla başa çıkabilmesi için gerekli eğitimler ve stratejiler geliştirmesine yardımcı olacak programlar sunmalıdır. Bu programların kadınların yaşam standartlarını yükselterek, damgalanma seviyelerinde de azalmaya yol açacağı düşünülmektedir (Lee ve ark., 2020). Bakım ve tedavi planlamasının yanında hemşireler infertil kadınların haklarını savunan ve verdikleri eğitimle kadınlara güç veren bir konumdadır. Gerek gördükleri takdirde verdikleri danışmanlık hizmeti kapsamında infertil kadınların psikolojik destek ihtiyaçları kapsamında psikolojik danışman ya da psikiyatriste yönlendirebilmektedir (Tokat Aluş ve ark., 2022).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü:

Araştırma primer infertilite tanısı alan kadınların damgalanma algısı ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve ilişkisel türde bir araştırmadır.

Araştırma soruları;

- Primer infertilite tanısı alan kadınlar damgalanma yaşıyorlar mı?
- Primer infertilite tanısı alan kadınların yaşam kalitesi düzeyi nasıldır?
- Primer infertilite tanısı alan kadınların damgalanma düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma, Mart-Aralık 2023 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nin sağlık ekibi; 2 doktor, 4 hemşire, 3 biyolog ve 1 embriyologdan oluşmaktadır. Merkezde muayene odası, doktor odası, ameliyathane, laboratuvar, kan alma, toplantı ve arşiv odası bulunmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

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

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

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

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

n: Örneklem büyüklüğü

p: İlgilenilen olayın görülme sıklığı (0.5)

q= Olayın görülmeme sıklığı (0.5)

d: Tip hata oranı (α) (0.05)

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

Bu araştırmada, %95 güven düzeyinde, 0.05'lik hata payı olduğunda örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda (n) 250 olarak hesaplanmıştır. Toplam 314 hastadan veri toplanmıştır.

3.3.1.Dahil Edilme Kriterleri:

Primer infertilite tanısı almış olması,

İnfertilite tedavi sürecinde olması,

Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,

3.3.2.Dışlama Kriterleri:

Tedavi sürecinde ilaç kullanımını gerektiren bir psikiyatrik hastalığının olması,

Sekonder infertilite tanısı alınmış olunması,

Yabancı uyruklu olma,

3.4.Verİ Toplama Araçları:

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu sosyodemografik değişkenlere ve infertiliteye ilişkin tanıtıcı bilgiler içeren sorulardan oluşmaktadır (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019; Duymaz Diler, 2020; Kaya ve Oskay, 2020), (Ek-2).

3.4.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği

İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ); Fu ve arkadaşları (2015) tarafından infertil kadınlarda damgalanmayı değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik

ve güvenilirliği Çapık ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır (Ek-3). Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum=1, Kısmen Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Kısmen Katılıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5) derecelendirilmektedir. Ölçeğin dört alt boyutu vardır. Özdeğer Kaybı: 7 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. madde) oluşmaktadır. Sosyal Geri Çekilme: 5 maddeden (8, 9, 10, 11, 12. madde) oluşmaktadır. Toplumsal Damgalanma: 9 maddeden (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. madde) oluşmaktadır. Ailesel Damgalanma: 6 maddeden (22, 23, 24, 25, 26, 27. madde) oluşmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135’dir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kadınlar tarafından hissedilen damgalanmanın arttığını göstermektedir. Her bir alt ölçeğin Cronbach alfa değeri hesaplanmış olup Özdeğer Kaybı için 0,86; Sosyal Geri Çekilme Cronbach alfa değeri 0,77; Toplumsal Damgalanma için Cronbach alfa değeri 0,92; Ailesel Damgalanma Cronbach alfa değeri ise 0,84’dür (Fu ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,95 bulunmuştur (Tablo 3.1).

3.4.3. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği

Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol), fertilité sorunu olan, farklı kültür yapısına sahip kadın ve erkeklerin fertilité sorunlarının ve aldıkları tedavilerin yaşam kalitelerine etkisini ölçmek amacıyla Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiş olup 36 soruluk bir ölçektir (Ek-4). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çetinbaş ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. FertiQol, çekirdek boyutu olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili 10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren toplam 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir (Boivin ve ark., 2011). Ölçekte 5’li Likert tipi cevaplar yer almakta ve yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten sağlanan puanlarla 0 ile 100 arasında puanlandırılmaktadır (Çetinbaş ve ark., 2014). Her bir alt ölçeğin Cronbach alfa değeri hesaplanmış olup, toplam ölçek için hesaplanan Cronbach alfa değeri 0,92 , Çekirdek Modülü için 0,92, Tedavi Modülü için 0,81, Duygusal Boyut için 0,90, Zihin-Beden Boyutu için 0,84, ilişkisel boyut için 0,80, Sosyal Boyut için 0,75, Çevresel Boyut için 0,84, Tedavi Tolerasyonu için 0,72 olarak hesaplanmıştır (Boivin ve ark., 2011). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları

Ölçekler	Cronbach Alfa
Duygusal	0,77190
Zihin beden	0,81735
İlişkisel	0,61388
Sosyal	0,67426
Tedavi çevresi	0,75044
Tedavi tolerasyonu	0,69915
FertiQoL Genel	0,89851
Özdeğer kaybı	0,91839
Sosyal geri çekilme	0,83234
Toplumsal damgalanma	0,92614
Ailesel damgalanma	0,91536
İDÖ Genel	0,95850

Çalışmada kullanılan FertiQoL ve İDÖ genel ve alt boyutlarına ait Croanbach alfa iç tutarlılık katsayıları elde edilmiş ve Tablo 3.1’de sunulmuştur. En düşük iç tutarlılık katsayısı FertiQOL’nin ilişkisel alt boyutundan elde edilmiş olup 0,61388’dir. Tablo incelendiğinde, diğer ölçek genel ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayılarının 0,67426 ile 0,92614 arasında olduğu saptanmış olup bu alt boyutların son derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler, etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi’nde Nisan-Kasım 2023 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerden toplanmıştır. Veri toplama sürecinde “Kişisel Bilgi Formu”, “Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği” ve “İnfertilite Damgalanma Ölçeği” kullanılmıştır.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 22.0 ve SAS 9.4 paket programları kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı

istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenlerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnow testi ile yapılmıştır. Bu amaçla ayrıca Skewness (Çarpıklık) değerleri de incelenmiştir. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2011). Çalışma durumu gibi iki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, yaş gibi üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Nicel tipteki değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için ise Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. FertiQol ve İDÖ genel puanlarını etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla iki ayrı çok değişkenli regresyon analizi yapılarak adimsal regresyon (Stepwise Regression) yöntemi ile etkisiz değişkenler ayıklanarak bu bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenler belirlenmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkez üzerinden sürdürülmesi, yalnızca nicel yöntemle veri toplanması, primer infertil kadınlarla çalışılması ve yabancı uyruklu kadınların çalışmaya dahil edilmemesi araştırmadaki sınırlılıklardır. Araştırma sonuçları sadece bu çalışmaya katılan kadınlar için genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmaya dahil olan kadınlar ile yüz yüze görüşme yapılabilmesi için uygun ortam bulmada zorluk ve ortamın kalabalık olması araştırmanın güçlükleri arasındadır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmanın etik izni Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir (No: KAEK-766, Tarih: 28.12.2022) (Ek-7). Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-8). Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır (Ek-1). Katılımcılar istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahip oldukları, toplanan bilgilerin gizli tutulacağı ve

güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgi verilmiştir. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Ek- 4) ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği (Ek-3) için yazarlardan online olarak kullanım izni alınmıştır.



4. BULGULAR

Primer infertilite tanısı alan kadınlarda damgalanma algıları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanan bu tez çalışmasında toplam 314 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı (N=314)

	Mean	SS
Yaş	32,7	4,91
Yaş	n	%
21-29	87	27,7
30-34	119	37,9
35 ve üstü	108	34,4
Eğitim durumu		
İlköğretim	25	8,0
Lise	87	27,7
Üniversite	185	58,9
Yüksek lisans	17	5,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	293	93,3
Geniş aile	21	6,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	190	60,5
Çalışmıyor	124	39,5
Yaşadığı yer		
Köy-kasaba-il	156	49,7
Büyükşehir	158	50,3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	89	28,3
Gelir gider eşit	161	51,3
Gelir giderden fazla	64	20,4
Evlilik süresi		
1-3 yıl	94	29,9
4-5 yıl	94	29,9
6 yıl ve üzeri	126	40,2

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $32,7 \pm 4,91$ olup bunların %27,7’si 21-29 yaş, %37,9’u 30-34 yaş ve geri kalan %34,4’ünün 35 yaş ve üstü olduğu bulunmuştur. Araştırmaya dahil olan kadınların yaklaşık yarısı (%58,9) üniversite mezunu olduğu ve %8,0’inin ilköğretim %27,7’sinin lise ve %5,4’ünün yüksek lisans eğitime sahip

olduğu Tablo 4.1'den anlaşılmaktadır. Kadınların aile tipine göre dağılımı incelendiğinde, çoğunluğun çekirdek aile (%93,3) olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil olan kadınların %60,5'inin çalıştığı, %39,5'inin çalışmadığı, yarısının (%49,7) köy-kasaba-ilde, yarısının (%50,3) ise büyükşehirde yaşadığı Tablo 4.1'den anlaşılmaktadır. Kadınların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %20,4'ünün gelirinin giderinden fazla, %51,3'ünün gelirinin giderine eşit ve geri kalan % 20,4'ünün ise gelirinin giderinden daha az olduğu görülmektedir. Son olarak, araştırmaya katılan kadınların %29,9'unun 1-3 yıl, %29,9'unun 4-5 yıl ve geri kalan %40,2'sinin ise 6 yıl ve üzeri evli oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların infertilite ile ilgili özellikleri (N=314)

	n	%
Korunmadan gebe kalamama süresi		
1-2 yıl	135	43,0
3-4 yıl	108	34,4
5 yıl ve üzeri	71	22,6
Tedavi sayısı		
1	178	57,1
2	86	27,3
3 ve üzeri	48	15,4
İnfertilite süresi		
1-3 yıl	215	68,5
4 yıl ve üzeri	99	31,5
İnfertilite nedeni		
Kadın	289	92,0
Kadın ve erkek	25	8,0

Araştırmaya katılan kadınların infertilite ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların korunmadıkları halde gebe kalmama sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, %43,0'ının 1-2 yıl, %34,4'ünün 3-4 yıl ve %22,6'sının 5 yıl ve üzeri korunmadığı halde gebe kalamadıkları saptanmıştır. Kadınların yarısından biraz fazlasının (%57,1) tedaviye ilk başvurusu olduğu, %27,3'ünün ikinci ve %15,4'ünün ise 3 ve daha fazla sayıda tedavi başvurusu olduğu Tablo 4.2'den anlaşılmaktadır. Kadınların infertilite tanısı alma zamanına göre dağılımı incelendiğinde, yarıdan çoğunun (%68,5) 1-3 yıl ve geri kalan %31,5'inin ise 4 yıl ve üzeri infertilite tanısı aldıkları saptanmıştır. Son olarak, infertilite nedeninin %92,0'ının kadından geri kalan %8,0'ının erkekten kaynaklı olduğu saptanmıştır.

4.1. Çalışmada Kullanılan Ölçekler İle İlgili Bulgular

Bu çalışmada, İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ Genel) ve Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol Genel) olmak üzere 2 farklı ölçek kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan bu ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizlerini yapmadan önce, her bir alt boyut ve genel puana ilişkin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri Tablo 4.3’de verilmiştir.

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

	Ort	Medyan	Max	Min	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Duygusal	18,882	19	30	6	5,1011	-0,3607	-0,3875
Zihin beden	20,322	20	30	6	5,5377	-0,4143	-0,3351
İlişkisel	24,455	25	30	11	4,1389	-0,7409	-0,0695
Sosyal	21,825	22	30	8	4,8225	-0,5606	-0,1356
Tedavi çevresi	21,561	22	30	10	4,9163	-0,1959	-0,7790
Tedavi tolerasyonu	12,825	13	20	4	3,7140	-0,2748	-0,3883
FertiQol Genel	119,869	121	162	59	20,4764	-0,3846	-0,1833
Özdeğer kaybı	12,688	10	35	7	7,3362	1,4200	1,0856
Sosyal geri çekilme	11,924	11	25	5	5,8703	0,5305	-0,7633
Toplumsal damgalanma	15,271	12	45	9	8,1240	1,7244	2,4980
Ailesel damgalanma	8,825	6	30	6	5,2610	1,4965	2,0866
İDÖ Genel	48707	42	135	27	22,6673	1,4839	1,7179

Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olması verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir. Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, en düşük ve en yüksek çarpıklık değerleri sırasıyla -0,74 ve 1,72 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olduğundan ve özellikle de sifıra çok yakın olduğundan ölçeklerin ve alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri ve ileri istatistiksel yöntemlerin parametrik istatistiksel analiz yöntemleri ile yapılabileceği anlaşılmaktadır (George ve Mallery, 2011).

FertiQol ölçeğinin altboyutlarından alınabilecek en düşük puan 6 iken en yüksek puan 30'dur. Buna göre "duygusal alt boyut" puan ortalaması $18,88 \pm 5,10$; "zihin-beden alt boyut" puan ortalaması $20,32 \pm 5,54$; "ilişkisel alt boyut" puan ortalaması $24,46 \pm 4,14$; "sosyal alt boyut" puan ortalaması $21,83 \pm 4,82$; "tedavi çevresi alt boyut" puan ortalaması $21,56 \pm 4,92$; "tedavi tolerasyonu alt boyut" puan ortalaması $12,83 \pm 3,71$ bulunmuştur. "FertiQol toplam" düzeyinden alabilecekleri en düşük ve en yüksek puanlar 34 ve 170 olup ortalaması $119,87 \pm 20,48$ olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada İDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 135, en düşük puan 27'dir. Araştırmaya katılan kadınların İDÖ 'den aldıkları puan ortalaması $48,71 \pm 22,67$ olarak bulunmuştur. İDÖ alt boyutları incelendiğinde özdeğer kaybı alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan 7'dir; özdeğer kaybı alt boyutunun puan ortalaması $12,69 \pm 7,34$ olarak bulunmuştur. Sosyal geri çekilme alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan 5'tir; sosyal geri çekilme alt boyutunun puan ortalaması $11,92 \pm 5,82$ olarak hesaplanmıştır. Toplumsal damgalanma alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 45, en düşük puan 9'tur; toplumsal damgalanma alt boyutunun puan ortalaması $15,27 \pm 8,12$ olarak bulunmuştur. Ailesel damgalanma alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan 6'dır; ailesel damgalanma alt boyutunun puan ortalaması $8,23 \pm 5,26$ olarak bulunmuştur.

Çalışmanın bu bölümünde anketi yanıtlayan primer infertilite tanısı alan kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirme düzeylerinin demografik ve infertilite ile ilgili değişkenlere (yaş, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, korunmadan gebe kalamama süresi, tedavi sayısı, infertilite tanısı alma zamanı ve infertilite nedeni) göre farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA (F testi) analizi kullanılarak saptanmaya çalışılmıştır. Bu analizlerden elde edilen bulgular Tablo 4.4, 4.5, 4.6 ve 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Duygusal		Zihin beden		İlişkisel		Sosyal		Tedavi çevresi		Tedavi tolerasyonu		FertiQol Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Yaş														
21-29	18,43	5,79	20,40	5,78	24,07	4,19	21,43	5,29	20,74	5,01	12,55	4,05	117,61	21,89
30-34	18,54	4,87	20,08	5,32	24,86	4,03	22,03	4,88	22,06	4,81	12,48	3,69	120,04	20,32
35 ve üstü	19,59	4,75	20,54	5,66	24,37	4,21	21,91	4,38	21,74	4,86	13,44	3,42	121,59	19,56
F/p	1,62	0,1989	0,22	0,8063	0,85	0,4281	0,43	0,6486	1,78	0,1701	2,33	0,0995	0,91	0,4024
Eğitim durumu														
İlköğretim	16,72	5,84	18,48	5,89	22,16	4,57	19,68	6,49	19,04	4,46	12,88	4,12	108,96	25,15
Lise	17,51	4,98	19,09	5,29	24,61	3,98	21,08	4,84	21,09	5,01	12,78	3,56	116,16	17,78
Üniversite	19,73	4,97	21,05	5,53	24,87	3,97	22,47	4,54	22,39	4,61	12,80	3,76	123,32	20,62
Yüksek lisans	19,75	3,91	21,63	5,23	22,75	4,82	21,63	3,65	18,88	5,88	13,44	3,72	118,06	16,69
F/p	5,78	0,0007	3,75	0,0114	4,70	0,0032	3,66	0,0128	6,88	0,0002	0,19	0,9064	5,42	0,0012
Aile tipi														
Çekirdek aile	18,99	5,06	20,48	5,51	24,57	4,01	21,98	4,69	21,56	4,91	12,89	3,66	120,47	20,08
Geniş aile	17,24	5,70	18,24	5,95	23,10	5,55	19,57	6,19	21,90	4,88	12,00	4,51	112,05	24,96
t/p	1,53	0,1265	1,79	0,0742	1,56	0,1192	2,23	0,0264	-0,33	0,7403	1,05	0,2928	1,82	0,0699
Çalışma durumu														
Çalışıyor	19,48	4,80	20,72	5,20	24,68	4,00	22,30	4,53	21,65	4,93	12,77	3,75	121,61	19,19
Çalışmıyor	17,94	5,44	19,73	6,02	24,16	4,33	21,08	5,18	21,47	4,87	12,93	3,68	117,31	22,18
t/p	2,66	0,0082	1,52	0,1289	1,02	0,3098	2,22	0,0269	0,27	0,7876	-0,39	0,6932	1,79	0,0740
Yaşadığı yer														
Köy-kasaba-il	18,83	5,53	20,17	5,69	24,13	4,45	21,72	4,76	21,23	4,95	13,14	3,66	119,20	21,31
Büyükşehir	18,92	4,68	20,48	5,43	24,81	3,79	21,92	4,90	21,93	4,84	12,54	3,76	120,59	19,73
t/p	-0,21	0,8319	-0,49	0,6229	-1,56	0,1200	-0,46	0,6459	-1,41	0,1587	1,50	0,1341	-0,68	0,4999
Gelir durumu														
Gelir giderden az	17,66	5,20	18,66	5,53	23,26	4,61	21,13	4,93	20,72	4,86	12,24	4,04	113,66	20,45
Gelir gider eşit	19,29	4,96	20,79	5,34	24,92	3,83	21,81	4,85	21,95	4,89	12,97	3,50	121,72	19,81
Gelir giderden fazla	19,50	5,15	21,47	5,69	25,02	3,91	22,80	4,51	21,84	4,89	13,31	3,76	123,94	20,71
F/p	3,32	0,0375	6,12	0,0025	5,06	0,0069	2,09	0,1257	1,64	0,1960	1,95	0,1446	5,88	0,0031
Evlilik süresi														
1-3 yıl	19,31	5,33	20,65	5,52	23,32	4,42	22,09a	4,71	20,91	4,58	12,80	3,89	119,07	20,34
4-5 yıl	18,16	5,06	19,27	5,59	25,01	4,05	20,75b	5,05	21,60	5,03	12,24	3,26	117,03	20,87
6 yıl ve üzeri	19,06	4,97	20,86	5,49	24,94	3,82	22,40a	4,66	22,06	5,02	13,29	3,86	122,61	20,19
F/p	1,22	0,2969	2,45	0,0880	5,19	0,0061	3,20	0,0422	1,48	0,2301	2,26	0,1064	2,15	0,1187

FertiQol alt boyut ve genel puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.4'de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, kadınların FertiQol alt boyut ve genel puan ortalamalarının yaş ve yaşadığı yere göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna karşılık, katılımcıların FertiQol alt boyutlarından Tedavi tolerasyonu hariç diğer alt boyut ve genel puan ortalamasının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla, $F=5,78$, $p=0,0007$, $F=3,75$, $p=0,0114$, $F=4,70$, $p=0,0032$, $F=3,66$, $p=0,0128$, $F=6,88$, $p=0,0002$, $F=5,42$, $p=0,0012$). Farklı eğitim gruplarının varyans analizi sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla post-hoc test istatistiklerinden Bonferroni düzeltmeli test kullanılmıştır ve elde edilen sonuçlara göre harflendirme yapılmıştır. Tablo 4.4'de eğitim durumuna ait harflendirme incelendiğinde, Duygusal, Zihin-Beden ve Sosyal alt boyutların harflendirmesi aynı olup, üniversite ile yüksek lisans mezunu olanların ve ilköğretim ve lise mezunu olanların bu alt boyutlara ait puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ancak üniversite ile yüksek lisans mezunu olanların puan ortalamalarının ilköğretim ve lise mezunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu görülmektedir. İlişkisel ve tedavi çevresi aynı harflendirmeye sahip olup, lise ile üniversite mezunu olanların ve ilköğretim ile yüksek lisans mezunu olanların bu alt boyutlara ait puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ancak lise ve üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının ilköğretim ve yüksek lisans mezunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son olarak, ölçek genel puan ortalaması incelendiğinde, üniversite mezunu olanların puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu, bunu lise ve yüksek lisans mezunu ve en son olarak da ilköğretim mezunlarının takip ettiği bulunmuştur.

Katılımcıların FertiQol alt boyutlarından sadece sosyal alt boyut puan ortalamasının aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($t=2,23$, $p=0,0264$), çekirdek aile puan ortalamasının geniş aileden daha yüksek olduğu bulunmuştur. FertiQol alt boyutlarından duygusal ve sosyal alt boyut puan ortalamasının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $t=2,66$, $p=0,0082$, $t=2,22$,

$p=0,0269$), çalışanların puan ortalamasının çalışmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

FertiQol duygusal, zihin beden ve ilişkisel alt boyutları ve genel puan ortalamasının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $F=3,32$, $p=0,0375$, $F=6,12$, $p=0,0025$, $F=5,06$, $p=0,0069$, $F=5,88$, $p=0,0031$) saptanmıştır. Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, bu alt boyut ve genelin hepsi için de geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları arasında fark olmadığı geliri giderinden az olanların puan ortalamasının diğerlerinden önemli olarak düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların FertiQol alt boyutlarından sadece ilişkisel ve sosyal alt boyut puan ortalamasının evlilik süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $F=5,19$, $p=0,0061$, $F=3,20$, $p=0,0422$) saptanmıştır. İlişkisel alt boyutu puan ortalamasının Bonferroni düzeltmeli test ile ikili karşılaştırmalarında 4-5 yıl ve 6 yıl ve üzeri evli olanların puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, 1-3 yıl evli olanların puan ortalamaları diğer gruplarından önemli derecede daha düşüktür. Buna karşılık, sosyal alt boyut puan ortalaması 1-3 yıl ve 6 yıl ve üzeri evli olanlarda farklılık göstermezken, 4-5 yıl evli olanların puan ortalamaları diğer gruplarından önemli derecede daha düşüktür.

Tablo 4.5. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre karşılaştırılması

	Duygusal		Zihin beden		İlişkisel		Sosyal		Tedavi çevresi		Tedavi tolerasyonu		FertiQol Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Korunmadan gebe kalamama süresi														
1-2 yıl	19,05	5,15	20,26	5,35	23,41	4,40	21,73	4,66	20,56	4,85	12,45	3,78	117,46	19,90
3-4 yıl	18,88	4,96	20,60	5,48	25,31	3,83	22,06	4,75	22,69	4,69	13,37	3,44	122,92	20,07
5 yıl ve üzeri	18,54	5,32	20,04	6,09	25,17	3,66	21,62	5,28	21,79	4,98	12,73	3,96	119,89	21,92
F/p	0,25	0,7779	0,24	0,7863	8,19	0,0003	0,20	0,8157	6,09	0,0026	1,93	0,1462	2,18	0,1152
Tedavi sayısı														
1	19,52	4,93	21,08	5,00	24,26	4,31	22,11	4,56	21,58	4,89	13,13	3,69	121,68	19,52
2	18,37	5,33	19,33	6,07	24,81	3,63	21,65	5,04	21,70	4,49	12,49	3,68	118,35	20,79
3 ve üzeri	17,38	5,06	19,33	6,22	24,63	4,35	21,02	5,36	21,38	5,67	12,35	3,86	116,08	23,12
F/p	3,96	0,0200	3,86	0,0220	0,55	0,5773	1,04	0,3556	0,07	0,9357	1,33	0,2648	1,76	0,1744
İnfertilite süresi														
1-3 yıl	18,81	5,25	20,27	5,30	24,20	4,23	21,64	4,86	21,36	4,81	12,61	3,73	118,89	20,53
4 yıl ve üzeri	19,00	4,82	20,44	6,08	25,06	3,88	22,20	4,76	22,05	5,08	13,31	3,68	122,07	20,39
t/p	0,28	0,7817	0,27	0,7902	1,76	0,0787	0,94	0,3478	1,20	0,2313	1,58	0,1140	1,29	0,1966
İnfertilite nedeni														
Kadın	18,83	5,18	20,26	5,60	24,42	4,17	21,80	4,92	21,60	4,99	12,89	3,72	119,80	20,80
Kadın ve erkek	19,38	4,24	21,08	5,05	25,04	3,68	22,08	3,66	21,29	3,69	12,21	3,79	121,08	16,95
t/p	-0,65	0,5155	-0,64	0,5241	-0,79	0,4325	-0,49	0,6236	0,13	0,8986	1,05	0,2967	-0,39	0,6975

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

FertiQol alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4. 5’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, kadınların FertiQol alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite tanısı alma zamanı ve infertilite nedenine göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna karşılık, katılımcıların FertiQol alt boyutlarından sadece ilişkisel ve tedavi çevresi alt boyut puan ortalamalarının, korunmadan gebe kalamama süresine göre istatistiksel olarak anlamı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla, $F=8,19$, $p=0,0003$, $F=6,09$, $p=0,0026$). Gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucuna göre, her iki alt boyutun da harflendirmesi aynı olup, 3-4 yıl ve 5 ve üzeri yıl korunmadan gebe kalmama sürelerinin bu alt boyutlara ait puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ancak 1-2 yıl korunmadan gebe kalmayanların puan ortalamalarının diğer iki gruptan önemli olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Son olarak tedavi sayısına göre yapılan analizde, FertiQol alt boyutlarından sadece duygusal ve zihin beden alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamı farklılıklar olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $F=3,96$, $p=0,0020$, $F=3,86$, $p=0,0220$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucuna göre, duygusal alt boyut puan ortalamasının tedavi sayısı 1 ve 2 olanlar arasında farklılık göstermediği tedavi sayısı, 3 ve daha fazla olanların puan ortalamasının diğer iki grubunkinden önemli bir biçimde daha az olduğu saptanmıştır. Zihin beden alt boyut puan ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmada ise, tedavi sayısı 2 ile 3 ve daha fazla olanların puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, başvuru sayısı bir olanların puan ortalamasının istatistiksel olarak diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve alt boyutlarının demografik özellikler ile karşılaştırılması

	Özdeğer kaybı		Sosyal çekilme		geriToplumsal damgalanma		Ailesel damgalanma		İDÖ Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Yaş										
21-29	13,36	7,96	13,57	6,45	16,83	9,15	9,25	5,51	53,01	24,45
30-34	12,68	7,20	11,61	5,39	14,62	7,53	8,51	4,92	47,42	21,21
35 ve üstü	12,21	7,03	11,06	5,65	14,82	7,82	8,87	5,47	46,96	22,56
F/p	0,59	0,5552	5,05	0,0069	2,26	0,1057	0,56	0,5717	2,19	0,1138
Eğitim durumu										
İlköğretim	11,36	6,04	8,92	5,30	14,52	9,18	9,20	5,12	44,00	21,46
Lise	13,63	8,07	13,15	6,23	16,07	8,11	9,24	5,37	52,09	23,59
Üniversite	12,51	7,26	11,78	5,61	15,11	8,02	8,55	5,13	47,96	22,39
Yüksek lisans	12,00	6,16	12,38	6,10	14,69	8,44	9,44	6,78	48,50	22,94
F/p	0,85	0,4682	3,59	0,0141	0,45	0,7142	0,44	0,7271	1,11	0,3457
Aile tipi										
Çekirdek aile	12,82	7,38	12,12	5,89	15,42	8,19	8,95	5,42	49,30	22,87
Geniş aile	11,10	7,03	9,86	5,28	13,81	7,38	7,43	2,18	42,19	19,40
t/p	1,03	0,3038	1,67	0,0950	0,85	0,3944	1,26	0,2085	1,37	0,1730
Çalışma durumu										
Çalışıyor	12,19	6,83	11,56	5,53	1,43	7,41	8,22	4,82	46,40	20,56
Çalışmıyor	13,49	8,05	12,58	6,32	16,64	9,00	9,78	5,78	52,49	25,24
t/p	-1,57	0,1168	-1,61	0,1092	-2,43	0,0158	-2,63	0,0090	-2,41	0,0166
Yaşadığı yer										
Köy-kasaba-il	13,31	8,24	12,31	6,03	16,18	9,11	9,49	5,82	51,29	25,35
Büyükşehir	12,11	6,33	11,62	5,70	14,45	6,97	8,20	4,60	46,38	19,51
t/p	1,47	0,1412	1,02	0,3096	1,88	0,0610	2,16	0,0311	1,92	0,0559
Gelir durumu										
Gelir giderden az	12,15	6,58	11,72	5,89	15,24	8,13	9,34	4,97	48,44	21,49
Gelir gider eşit	12,93	7,63	12,23	5,90	14,71	7,45	8,27	4,59	48,14	21,75
Gelir giderden fazla	12,91	7,72	11,64	5,80	16,91	9,58	9,59	6,94	51,05	26,56
F/p	0,40	0,6734	0,33	0,7194	1,75	0,1755	2,01	0,1357	0,43	0,6516
Evlilik süresi										
1-3 yıl	13,67	8,26	12,09	6,15	16,26	9,56	10,46	6,82	52,47	26,80
4-5 yıl	12,79	7,27	12,87	5,81	15,55	7,92	8,01	3,72	49,23	20,70
6yıl ve üzeri	11,92	6,64	11,21	5,64	14,42	7,03	8,25	4,66	45,80	20,39
F/p	1,54	0,2162	1,81	0,1647	1,40	0,2480	6,78	0,0013	2,35	0,0970

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

Primer infertilite tanısı alan kadınların İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.6’da sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, kadınların İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının aile tipi ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna karşılık, katılımcıların İDÖ alt boyutlarından sadece sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamasının yaşa göre istatistiksel olarak anlamı farklılık gösterdiği bulunmuştur (F=5,05, p=0,0069). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, 30-34 yaş ve 35 ve üstü

yaş grupları arasında fark olmadığı, 21-29 yaş grubu puan ortalamasının bu iki yaş grubundan anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, İDÖ alt boyutlarından sadece sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamasının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($F=3,59$, $p=0,0141$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli test sonucu, lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının bu alt boyut puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ilköğretim mezunu olanların bu diğer eğitim gruplarından anlamlı bir biçimde daha düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların İDÖ alt boyutlarından toplumsal damgalanma ve ailesel damgalanma alt boyut ve genel puan ortalamasının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği (sırasıyla, $t=-2,43$, $p=0,0158$, $t=-2,63$, $p=0,0090$, $t=-2,41$, $p=0,01664$), çalışmayanların puan ortalamasının çalışanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. İDÖ alt boyutlarından sadece ailesel damgalanma alt boyut puan ortalamasının yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($t=2,16$, $p=0,0311$), köy-kasaba veya ilde oturanların puan ortalamasının, büyükşehirde oturanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların İDÖ alt boyutlarından sadece ailesel damgalanma alt boyut puan ortalamasının evlilik süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($F=6,78$, $p=0,0013$) saptanmıştır. Bu alt boyut puan ortalamasının Bonferroni düzeltmeli test ile ikili karşılaştırmalarında 4-5 yıl ve 6 yıl ve üzeri evli olanların puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, 1-3 yıl evli olanların puan ortalamaları diğer gruplarından önemli derecede daha yüksektir.

Tablo 4.7. İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve alt boyutlarının infertilite ile ilgili özelliklere göre karşılaştırılması

	Özdeğer kaybı		Sosyal çekilme		geriToplumsal damgalanma		Ailesel damgalanma		İDÖ Genel	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss
Korunmadan gebe kalamama süresi										
1-2 yıl	12,93	7,72	11,92	6,10	15,53	8,97	9,61	6,43	49,99	25,37
3-4 yıl	12,38	6,82	12,09	5,52	15,42	7,54	8,30	3,76	48,19	19,41
5 yıl ve üzeri	12,77	7,52	11,85	6,01	14,73	7,43	8,24	4,68	47,59	22,21
F/p	0,15	0,8606	0,07	0,9343	0,20	0,8184	2,31	0,1014	0,25	0,7822
Tedavi sayısı										
1	12,70	7,47	11,84	5,89	15,43	8,47	9,21	5,72	49,19	23,24
2	12,05	6,72	12,08	5,92	14,72	7,24	8,30	4,48	47,15	21,64
3 ve üzeri	13,90	7,99	12,23	5,80	15,90	8,49	8,44	4,80	50,46	22,77
F/p	0,97	0,3788	0,11	0,8983	0,37	0,6921	1,03	0,3570	0,38	0,6848
İnfertilite süresi										
1-3 yıl	13,00	7,53	12,30	5,92	15,77	8,49	9,12	5,60	50,18	23,27
4 yıl ve üzeri	12,08	6,97	11,25	5,71	14,31	7,27	8,25	4,45	45,90	21,21
t/p	-1,00	0,3205	-1,38	0,1697	-1,42	0,1567	-1,31	0,1913	-1,49	0,1366
İnfertilite nedeni										
Kadın	12,50	7,04	11,86	5,89	15,05	8,04	8,77	5,25	48,19	22,25
Kadın ve erkek	15,13	10,28	13,21	5,52	18,38	8,78	9,71	5,59	56,42	26,91
t/p	-1,53	0,1265	-0,88	0,3772	-1,78	0,0756	-0,73	0,4673	-1,53	0,1263

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

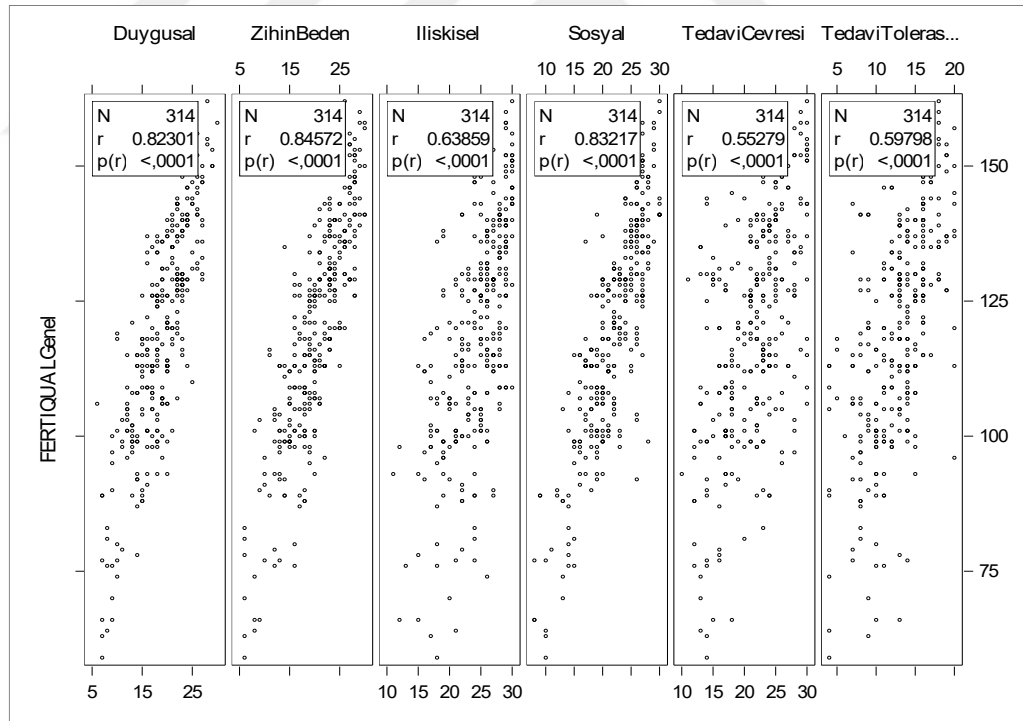
İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite değişkenlerine göre farklılaşp farklılaşmadığına ait analiz bulguları Tablo 4.7’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, kadınların İDÖ alt boyut ve genel puan ortalamalarının infertilite değişkenlerinin tamamına (korunmadan gebe kalamama süresi, tedavi sayısı, infertilite tanısı alma zamanı ve infertilite nedenine) göre istatistiksel olarak herhangi bir farklılık göstermediği görülmektedir.

4.2. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçları

Bu çalışmada kullanılan FertiQol genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyon Katsayıları

	Zihin		İlişkisel	Sosyal	Tedavi çevresi	Tedavi tolerasyonu	FertiQol Genel
	Duygusal	beden					
Duygusal	1,00000						
Zihin beden	0,77574 <,0001	1,00000					
İlişkisel	0,34984 <,0001	0,39420 <,0001	1,00000				
Sosyal	0,68904 <,0001	0,64574 <,0001	0,43938 <,0001	1,00000			
Tedavi çevresi	0,20392 0,0003	0,25739 <,0001	0,42327 <,0001	0,35451 <,0001	1,00000		
Tedavi tolerasyonu	0,45288 <,0001	0,48773 <,0001	0,20723 0,0002	0,42140 <,0001	0,12805 0,0232	1,00000	
FertiQol Genel	0,82301 <,0001	0,84572 <,0001	0,63859 <,0001	0,83217 <,0001	0,55279 <,0001	0,59798 <,0001	1,00000



Şekil 4.1. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Serpilme Grafiği

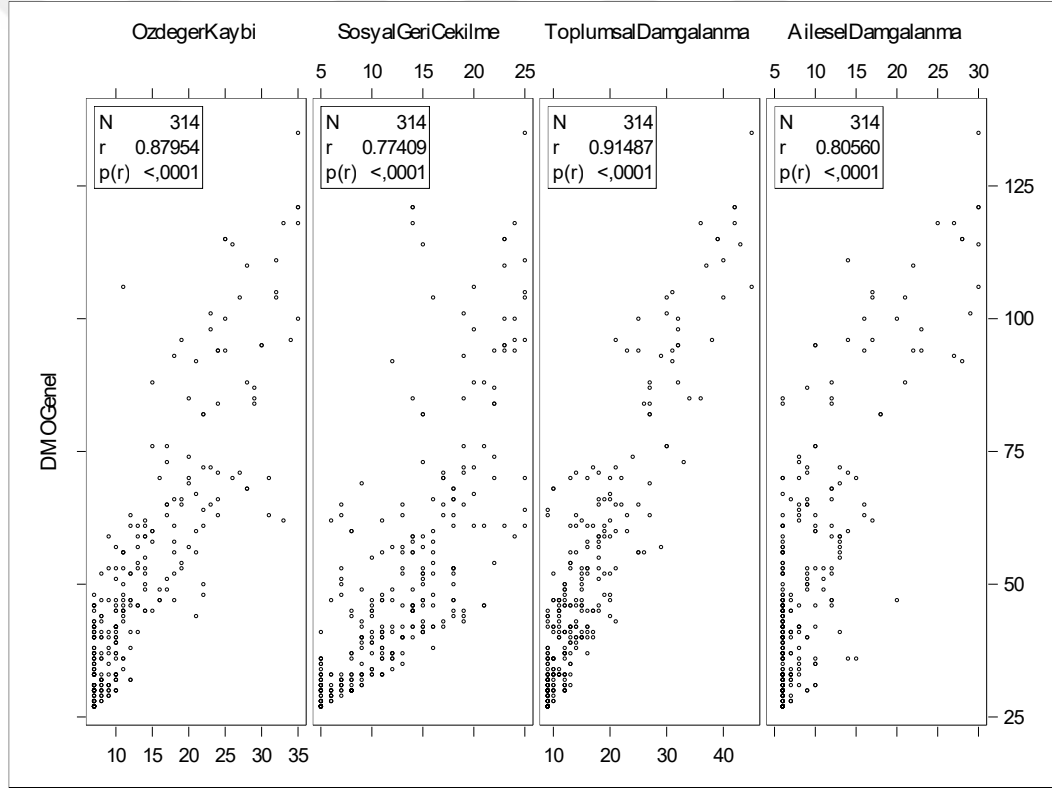
Ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bu Tablo 4.8 ve Şekil 4.1 incelendiğinde, FertiQol genel puanı ile alt boyutlar duygusal, zihin beden ve sosyal arasında pozitif yönlü yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler

(sırasıyla, $r=0,82301$, $p=0,0001$, $r=0,84572$, $p=0,0001$, $r=0,83217$, $p=0,0001$) olduğu görülmektedir. Ölçek genel puanı ile ilişkisel, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt boyutları arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,63859$, $p=0,0001$, $r=0,55279$, $p=0,0001$, $r=0,59798$, $p=0,0001$) elde edilmiştir. Ölçek alt boyut puanlarının birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, duygusal ile zihin beden arasında pozitif yönlü güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,77574$, $p=0,0001$), ilişkisel ile duygusal ve zihin beden alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,34984$, $p=0,0001$, $r=0,39420$, $p=0,0001$), sosyal ile duygusal, zihin beden ve ilişkisel alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,68904$, $p=0,0001$, $r=0,64574$, $p=0,0001$, $r=0,43938$, $p=0,0001$) tespit edilmiştir.

Tedavi çevresi alt boyutu ile duygusal ve zihin beden alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,20392$, $p=0,0003$, $r=0,25739$, $p=0,0001$) varken, tedavi çevresi ile ilişkisel ve sosyal alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,42327$, $p=0,0001$, $r=0,35451$, $p=0,0001$) bulunmuştur. Son olarak, tedavi tolerasyonu alt boyutu ile duygusal, zihin beden ve sosyal alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,45288$, $p=0,0001$, $r=0,48773$, $p=0,0001$, $r=0,42140$, $p=0,0001$) elde edilmiş ancak tedavi tolerasyonu alt boyutu ile ilişkisel ve tedavi çevresi alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,20723$, $p=0,0002$, $r=0,12805$, $p=0,0232$) bulunmuştur.

Tablo 4.9. İnfertilite Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyon Katsayıları

	Özdeğer Kaybı	Sosyal Geri Çekilme	Toplumsal Damgalanma	Ailesel Damgalanma	İDÖ genel
Özdeğer kaybı	1,00000				
Sosyal geri çekilme	0,63634 <,0001	1,00000			
Toplumsal damgalanma	0,69664 <,0001	0,59988 <,0001	1,00000		
Ailesel damgalanma	0,60932 <,0001	0,40570 <,0001	0,75676 <,0001	1,00000	
İDÖ Genel	0,87954 <,0001	0,77409 <,0001	0,91487 <,0001	0,80560 <,0001	1,00000



Şekil 4.2. İnfertilite Damgalanma Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Serpilme Grafiği

İDÖ genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış elde edilen sonuçlar Tablo 4.9 ve Şekil 4.2’de sunulmuştur. Ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bu Tablo 4.9 ve Şekil 4.2 incelendiğinde, İDÖ genel puanı ile tüm alt boyutlar arasında pozitif yönlü yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,87954$, $p=0,0001$,

$r=0,77409$, $p=0,0001$, $r=0,91487$, $p=0,0001$, $r=0,80560$, $p=0,0001$) olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyut puanlarının birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, özdeğer kaybı ile sosyal geri çekilme arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,63634$, $p=0,0001$), toplumsal damgalanma ile özdeğer kaybı ve sosyal geri çekilme alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,69664$, $p=0,0001$, $r=0,59988$, $p=0,0001$) ve ailesel damgalanma ile özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalanma alt boyutları arasında pozitif yönlü orta ve yüksek düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler (sırasıyla, $r=0,60932$, $p=0,0001$, $r=0,40470$, $p=0,0001$, $r=0,75676$, $p=0,0001$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi ve İnfertilite Damgalanma Ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları

	İDÖ Genel	FertiQol Genel
İDÖ Genel	1,00000	-
FertiQol Genel	-0,28870 <,0001	1,00000

Son olarak, bu çalışmada kullanılan FertQol ve İDÖ genel puanları arasındaki ilişkiye ait sonuçlar Tablo 4.10’de sunulmuştur. Bu iki ölçek genel puanları arasında negatif yönlü orta düzeye yakın ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0,28870$, $p=0,0001$) tespit edilmiştir.

4.3. Regresyon Analizi

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

Tablo 4.11. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeğine etki eden faktörlerin Çok Değişkenli Adımsal Seçim Yöntemi Sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		p	Collinearity İstatistikleri		Kısmi R ²	Model R ²
	β	Standart Hata	Beta	t		Tolerans	VIF		
Intercept	115,15932	8,60365	0	13,38	<,0001	.	0		
Özdeğer kaybı	-0,98657	0,14149	-0,35382	-6,97	<,0001	0,99050	1,00959	0,1225	0,1225
Eğitim durumu	4,41026	1,51743	0,15235	2,91	0,0039	0,92821	1,07734	0,0233	0,1843
Aile tipi	-8,65022	4,22334	-0,10585	-2,05	0,0414	0,95483	1,04730	0,0141	0,1984
Gelir durumu	5,38552	1,52127	0,18247	3,54	0,0005	0,95995	1,04172	0,0384	0,1610
Korunmadan gebe kalamama süresi	3,84299	1,50920	0,14712	2,55	0,0114	0,76406	1,30879	0,0165	0,2221
Tedavi sayısı	-4,23248	1,58116	-0,15341	-2,68	0,0078	0,77649	1,28784	0,0072	0,2056
F=14,52		p=0,0001							

İlk çok değişkenli regresyon analizinde bağımlı değişken olarak, FertQol genel puanları ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların kişisel bilgi formunda verilen demografik ve infertiliteye ait özellikleri (yaş, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, evlilik süresi, korunmadan gebe kalamama süresi, tedavi sayısı, infertilite tanısı alma zamanı ve infertilite nedeni) ve İDÖ genel ve alt boyut puanları kullanılmıştır. Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizi sonucu modele dahil edilen yukarıda bahsedilen bağımsız değişkenlerden sadece 6 tanesi modelde korunmuştur ve 5 adımdan oluşan analizin son adımında elde edilen sonuçlar Tablo4.11’de sunulmuştur. Bu sonuca göre, çoklu regresyon modelinin genel anlamlılığını test etmede kullanılan F testi istatistiksel olarak oldukça anlamlı olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken FertQol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip oldukları söylenebilir (F=14,52, p=0,0001).

Çok değişkenli adımsal regresyon yöntemi kullanılarak son adımda elde edilen parametre tahminlerine ait analiz sonuçları Tablo 4.11’de sunulmuştur. Bu tablodan, çok değişkenli adımsal regresyon analizinin son adımında modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin tamamının (özdeğer kaybı, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu,

korunmadan gebe kalamama süresi ve tedavi sayısı) bağımlı değişken FertQol Genel üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin sağlaması gereken varsayımlardan bir tanesi çoklu doğrusal bağlantı varsayımı (VIF ve Tolerans değerleri) olup bu amaçla Tablo 4.11’de tolerans ve VIF değerleri verilmiştir. Yüksek VIF değeri ve düşük tolerans değerleri çoklu bağlantı sorunu olduğunun göstergesidir. Variance inflation factors (VIF) 10’dan küçük ve tolerans değerinin 0,1’den büyük olması gerekmektedir. Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı söylenebilir.

Bağımsız değişkenlerin FertiQol Genel tahmini üzerindeki etkisi standartlaştırılmış katsayı olan “Beta” değeri ile değerlendirilir. Buna göre FertiQol Genel en fazla etki eden değişkenin özdeğer kaybı olduğu görülmektedir. Çok değişkenli regresyon modelindeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %22,21’dir. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan bağımsız değişken, %12,25’lik kısmi R² ile özdeğer kaybı değişkenidir. Bunu %3,84’lük kısmi R² ile gelir durumu, %2,33’lük kısmi R² ile eğitim durumu değişkeni izlemektedir.

Tablo 4.12. İnfertilite Damgalanma Ölçeğine etki eden faktörlerin Çok Değişkenli Adımsal Seçimi Yöntemi Sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		p	Collinearity İstatistikleri		Kısmi R ²	Model R ²
	β	Standart Hata	Beta	t		Tolerans	VIF		
Intercept	105,9437311	21738 0		9,44	<,0001	.	0		
Duygusal	-1,09583	0,32284	-0,24682	-3,39	0,0008	0,52162	1,91709	0,0899	0,0899
Sosyal	-0,58118	0,34289	-0,12360	-1,69	0,0911	0,51873	1,92779	0,0079	0,1615
Aile tipi	-14,23496	4,90419	-0,15741	-2,90	0,0040	0,93793	1,06618	0,0133	0,1192
Yaşadığı yer	-5,75373	2,48675	-0,12696	-2,31	0,0213	0,91606	1,09164	0,0104	0,1424
Gelir durumu	3,72424	1,77523	0,11402	2,10	0,0367	0,93372	1,07098	0,0112	0,1536
Evlilik süresi	-3,12532	1,45199	-0,11495	-2,15	0,0322	0,96703	1,03410	0,0160	0,1059
İnfertilite nedeni	4,54287	2,23923	0,10685	2,03	0,0434	0,99439	1,00564	0,0128	0,1320
F=8,36			p= 0,0001						

İkinci çok değişkenli regresyon analizinde ise bağımlı değişken olarak, İDÖ genel puanları ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların kişisel bilgi formunda verilen demografik ve infertiliteye ait özellikleri (yaş, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, evlilik süresi, korunmadan gebe kalamama süresi, tedavi sayısı, infertilite tanısı alma zamanı ve infertilite nedeni) ve FertQol genel ve alt boyut puanları kullanılmıştır. Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizi sonucu modele dahil edilen çok sayıdaki bağımsız değişkenlerden sadece 7 tanesi modelde korunmuştur ve 6 adımdan oluşan analizin son adımında elde edilen sonuçlar Tablo 4.12’de sunulmuştur. Bu sonuca göre, F testi istatistiksel olarak oldukça anlamlı olup modeli açıklayan 7 adet bağımsız değişkenin sosyal değişkeni dışında 6 tanesinin bağımlı değişken İDÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip oldukları söylenebilir ($F=8,36$, $p=0,0001$). Çok değişkenli adımsal regresyon yöntemi kullanılarak son adımda elde edilen parametre tahminlerine ait analiz sonuçları Tablo 4.12’de sunulmuştur. Bu tablodan, çok değişkenli adımsal regresyon analizinin son adımında modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin neredeyse tamamının (duygusal, aile tipi, yaşadığı yer, gelir durumu, evlilik süresi ve infertilite nedeni) bağımlı değişken İDÖ Genel üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Bu modelden elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin Tablo 4.12’de sunulan tolerans ve VIF değerleri incelendiğinde, çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden İDÖ Genel tahmini üzerinde en fazla etkiye sahip olanın duygusal değişkeni olduğu görülmektedir. Çok değişkenli regresyon modelindeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %16,15’dir. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan bağımsız değişken, %8,99’luk kısmi R2 ile duygusal değişkenidir. Bunu %1,60’lık kısmi R2 ile kaç yıl evli olduğu, %1,33’lük kısmi R2 ile aile tipi değişkeni izlemektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada primer infertil kadınların damgalanma algıları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, örnekleme dahil olma kriterleri ile seçilen 314 primer infertil kadına Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ve İnfertilite Damgalanma Ölçeği uygulanmış, sonuçları analiz edilmiş ve bazı bulgular elde edilmiştir. Bu bölümde çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular üç başlık altında literatür de geçen benzer çalışma sonuçları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişilerin Hayat Kalitesi Ölçeği Bulgularının İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi toplam puanın ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki kadınların yaşam kalitesi düzeyleri yüksek çıkmıştır (Tablo 4.3). Çambel ve Akküz Çevik (2022) çalışmasında benzer şekilde araştırmaya dahil olan kadınların yaşam kaliteleri puan ortalaması yüksek olduğu bulunmuştur. Kiani ve arkadaşlarının (2022) 320 infertil kadınla yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması yüksek olduğu belirtilmiştir. Vatanparast ve arkadaşları (2022), Andrei ve arkadaşları (2021) ve Bhamani ve arkadaşları (2022) çalışmalarında yaşam kalitesi puan ortalamalarının benzer olduğu görülmüştür. Bunu yanında, literatürde infertil kadınların yaşam kalitesinin düşük çıktığı çalışmada bulunmaktadır (Hassan ve ark., 2020; Maeda ve ark., 2022; Swift ve ark., 2023).

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal alt boyutu puan ortalaması ortalanca değerin biraz üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu da kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz (2020) infertilite tanısı konmuş kadınların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmasında; duygusal alt boyut puan ortalamasının benzer olduğu belirtilmektedir. Suleiman ve arkadaşlarının (2023) Zanzibar’da yaptığı çalışmada yaşam kalitesi duygusal alt boyutu puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek çıkmış olup kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Maroufizadeh ve arkadaşlarının

(2017), Anderi ve arkadaşlarının (2021) ve Çambel ve Akköz Çevik'in (2022) çalışmalarındaki değerlerde bu araştırma bulgusuyla örtüşmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin Zihin Beden alt boyutu puan ortalaması ortanca değerin üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda da kadınların zihin beden alt boyutunda iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir (Bhamani ve ark., 2022; Çambel ve Akköz Çevik, 2022; Ngai ve Loke, 2022; Vatanparast ve ark., 2022).

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin ilişkisel alt boyutu puan ortalaması ortanca değerin oldukça üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Tüm alt boyutlar içerisinde ilişkisel alt boyut en yüksek puan ortalamasına sahip çıkmıştır. Çalışmadaki kadınların aile ve eş ilişkilerinin yüksek olduğunu ve bununla yaşam kalitelerinin yüksek olmasını sağladığı saptanmıştır. Andrei ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da ilişkisel alt boyut puan ortalaması diğer alt boyutlar içerisinde en yüksek ortalamaya sahiptir. Bu çalışmada araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal alt boyutu puan ortalaması ortanca değerin üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışmadaki kadınların sosyal çevrelerinden aldıkları desteklerin yaşam kalitelerini arttırmasına yardımcı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Sosyal çevreleri tarafından desteklenen kadınların daha iyi bir yaşam sürdürdüğü görülmektedir (Andrei ve ark., 2021; Maeda ve ark., 2022; Vatanparast ve ark., 2022).

Çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin tedavi çevresi alt boyutu puan ortalaması ortanca değerin üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Tedavi ortamında verilen hizmetlerin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Tedavi süreci hakkında yeterli bilgilendirilen, tedavinin her aşamasında sorunlarına çözüm bulunan kadınların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Maeda ve arkadaşları (2022) çalışmalarında da benzer bulgulara rastlamıştır. Çambel ve Akköz Çevik (2022) çalışmasında da tedavi çevresi puan ortalamasını ortanca değerin üzerinde

bulmuştur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin tedavi tolerasyonu alt boyutu puan ortalaması ortanca değerin biraz üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Tüm alt puanlar içerisinde tedavi tolerasyonu alt boyutu en düşük değere sahip olan alt boyut olarak saptanmıştır. Çambel ve Akköz Çevik (2022) yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde yaşam kalitesi üzerinde en az etkisi olan alt boyut olarak bulunmuştur. Maeda ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise; tedavi tolerasyonu alt boyutu ortalamanın biraz üzerinde yaşam kalitesini etkilediği ortaya çıkmıştır.

Çalışmada kadınların yaşlarının FertiQol'in bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlendi (Tablo 4.4). Keramat ve arkadaşları (2014), Maroufizadeh ve arkadaşları (2017), Suleiman ve arkadaşları (2023), Ni ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında kadınların yaşları yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Aynı şekilde Çambel ve Akköz Çevik (2021) ve Ceran ve arkadaşları (2020) çalışmalarında yaş ile anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu çalışma bulgularının aksine Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2020) kadınların yaşı ile duygusal ve ilişkisel alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı ve pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Özel Hatipoğlu'nun (2019) çalışmasında kadınların yaşları ile yaşam kalitesinin ilişkisel alt boyut puanları arasında ters orantılı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Karabulut ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında infertil kadınların yaşları ile ilişkisel alt boyut ve tedavi çevresi alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Göker ve arkadaşları (2018) kadınların yaşları ile yaşam kalitesinin sosyal ve duygusal alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğuna ve yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin artacağı sonucuna ulaşmışlardır.

Nijerya'da yapılan bir çalışmada infertil kadınların yaşları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Aduloju ve ark., 2018). Maeda ve arkadaşları da (2022) 721 kadınla yaptıkları çalışmalarında, yaş ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Polonya' da yapılan çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Wdowiak ve ark., 2021). İran'da infertilitenin kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı vaka kontrol

alışmasında ise kadınların yaşları ile yaşam kalitesinin zihin-beden alt boyut puanları arasında ters orantılı bir ilişki saptanmıştır (Bakhtiyar ve ark., 2019). Kiani ve arkadaşları (2022) 320 infertil kadınla yaptıkları çalışmada da yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesinde azalma meydana geldiği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma sonucunun farklı olmasının nedeni çalışmaların farklı ülkelerde yapılmış olmasının ve klinikler arası hasta popölasyonlarının eşit olmamasının, ülkeler arasında farklılıklara neden olabileceği düşünölmektedir.

Kadınların eğitim durumları ile FertiQol'in toplam puanı, duygusal, zihin-beden, sosyal, ilişkisel ve tedavi çevresi alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi (Tablo 4.4). Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan kadınların, ilköğretim ve lise mezunu olan kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Yapılan regresyon analizinde de eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Literatürde bu çalışmayla benzerlik gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Jahromi ve arkadaşları (2018), Okuducu Yaylagölü ve Yorulmaz (2020), Bakhtiyar ve arkadaşları (2019), Suleiman ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışmada kadınların eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi toplam puanları ve bazı alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Karabulut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda eğitim durumu ile Duygusal, evresel alt boyut puanları ve FertiQoL toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (Karabulut ve ark., 2013). Kiani ve arkadaşların (2022) 320 infertil kadın ile yaptıkları çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip olan kadınların yaşam kalitelerinde yüksek olduğuna ulaşılmıştır. Ayrıca Teskereci ve Öncel (2010) yaptığı araştırmada ilkokul mezunu kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu gözlenmiştir. Vatanparast ve arkadaşları (2022) ve Ni ve arkadaşlarının (2021) alışmalarında da kadınların eğitim seviyesi düşdüke yaşam kaliteleri düzeylerinde azalma görölmüştür. Göker ve arkadaşlarının (2018) alışmasında ise eğitim durumuna göre yaşam kalitesinin değışmediğini belirtmişlerdir. Eğitim seviyesi düşük olan kadınlar infertilite nedeniyle karşılaştıkları toplumsal baskı, damgalanma, suçluluk hissi, yetersizlik gibi sorunlardan daha fazla etkilenmekte, eğitim seviyesinin artmasıyla infertilite ile ilgili

daha fazla bilgilenererek baş etme stratejilerini etkin kullanabilmektedir. Bu da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Kadınların aile tipi ile FertiQoL'nin sosyal alt boyut puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi (Tablo 4.4). Çekirdek aile yapısında olan kadınların, geniş aile yapısında olan kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Yapılan regresyon analizinde de aile tiplerinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Karabulut ve arkadaşları (2013) infertil kadınlar ile yapmış oldukları çalışmada kadınların aile tipleri ile FertiQoL sosyal alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada da aynı sonuçlara rastlanılmış olup çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların yaşam kalitelerinin geniş aile yapısına olanlara oranla daha iyi olduğu belirtilmiştir (Bolsoy ve ark., 2010). Çekirdek aile yapısında bulunan kadınların, geniş aile yapılarına kıyasla daha az aile baskısına maruz kalmalarının, daha yüksek bir yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumu ile FertiQoL'in duygusal alt boyut ve sosyal alt boyut puanları arasındaki ilişkinin anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi (Tablo 4.4). Çalışan kadınların yaşam kalitesinin çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Literatürde infertilite tanı ve tedavi sürecinde olan kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide farklı sonuçlar görülmektedir. Göker ve arkadaşları (2018) ve Kiani ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmalarda; infertil kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bakhtiyar ve arkadaşlarının (2019); çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği zihin-beden alt boyutu ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Namdar ve arkadaşları (2017) 146 infertil kadınla yapmış oldukları çalışmalarında; kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesi arasında pozitif anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır. Ni ve arkadaşları (2021) çalışmalarında çalışan kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2020) çalışmasında; mesleği memur ve işçi olan kadınlar ilişkisel ve tedavi tolerasyonu alt

boyutlarında yüksek puan ortalamalarına sahipken, ev hanımı olan kadınlarda daha düşük puan ortalamalarına sahip oldukları saptanmıştır. Bu da kadınların çalışma durumlarının kadınların sosyal yaşamdan kopmasına engel olarak bu süreci desteklediğini, aynı zamanda ekonomik anlamda rahatlık sağlayarak kadınların bu süreci daha rahat tamamlamasına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınların gelir durumu ile FertiQoL'in toplam puanı duygusal zihin-beden ve ilişkisel alt boyut puanları arasında anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi. Geliri giderinden az olanların puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Yapılan regresyon analizinde de gelir durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Çalışma sonuçları ile literatürde yer alan sonuçlar örtüşmektedir. Göker ve arkadaşlarının (2018) 127 infertil kadının dahil olduğu çalışmasında; gelir durumu yüksek olan kadınların sosyal alt boyutunda yüksek puan ortalamalarına sahipken, gelir durumu düşük olan kadınların daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2020) çalışmasında; duygusal, zihin-beden, sosyal ve ilişkisel alt boyutlarında gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Namdar ve arkadaşları (2017) ve Ni ve arkadaşları (2021) çalışmalarında aylık geliri düşük olan kadınların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu görülmüştür. İnfertilite tedavi sürecindeki harcamalar çiftlerin ekonomik yükünü arttırmaktadır. Artan bu yük düşük gelirli çiftlerin temel ihtiyaçlarına kısıtlama getirmesine ve maddi olarak zorlanmasına neden olmaktadır. Bu durum çiftlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

FertiQoL'in toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile kadınların yaşadıkları yere göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlendi (Tablo 4.4). Benzer şekilde Kiani ve arkadaşları (2022), Göker ve arkadaşları (2018) ve Çambel ve Akköz Çevik (2022) yaptıkları çalışmalarında kadınların yaşadığı yer ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Fakat literatürde araştırma bulgusundan farklı bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur. Namdar ve arkadaşları (2017) ve Ni ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında yaşanan yer ile yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir. Wdowiak ve arkadaşları (2021) çalışmasında kırsal kesimde

yaşayan infertil kadınların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmaların örnekleme dahil olan kadınların, farklı ülkelere ve kültürlere mensup olmasından dolayı farklı sonuçlar çıktığı düşünülmektedir.

Kadınların evlilik süreleri ile FertiQoL'in ilişkisel alt boyut ve sosyal alt boyut puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi. İlişkisel alt boyutu puan ortalaması 1-3 yıl arası evli olan kadınların diğer gruplarından daha düşüktür. Ayrıca sosyal alt boyut puan ortalaması 4-5 yıl evli olanların diğer gruplarından önemli derecede daha düşüktür (Tablo 4.4). Literatürde farklı çalışma sonuçları mevcuttur. Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2020) çalışmasında zihin-beden alt boyutunda evlilik süresi ile yaşam kalitesi arasında pozitif anlamlı bir ilişki belirtilmiştir. Göker ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada ise kadınların evlilik yılları ile FertiQoL toplam puanı ve duygusal alt boyut puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada evlilik süresindeki artışla beraber yaşam kalitelerinde artış olduğu görülmüştür (Göker ve ark., 2018). Kiani ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise kadınların yaşam kalitesi ile evlilik süreleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Kadınların evlilik sürelerini kısa olması aynı zamanda infertilite süresinin de kısa olduğu düşünülebilir. Bu durum kadınların yaşam kalitesinin yüksek olmasına neden olabilir.

Kadınların korunmadan gebe kalamama süresi ile FertiQoL'in ilişkisel ve tedavi alt boyutlarında anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi. 1-2 yıl korunmadan gebe kalamayanların puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Yapılan regresyon analizinde de korunmadan gebe kalamama süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Göker ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında çocuk sahibi olamama süresi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasında azalma görülmüştür.

Çalışmaya katılan kadınların tedavi sayısının FertiQoL'in duygusal ve zihin beden alt boyutlarında anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlendi. Tedaviye başvuru sayısı az olan kadınların yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Yapılan regresyon analizinde de tedavi sayısının yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.11). Literatürde benzer çalışmalarla karşılaşılmaktadır. Okuducu

Yaylagülü ve Yorulmaz'ın çalışmasında (2020); tedavi sayısı ile yaşam kalitesi genel ve tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi sayısının artmasıyla beraber yaşam kalitesi puan ortalamalarında azalma olduğu görülmüştür. Ni ve arkadaşlarının (2021); 137 kadınla yaptıkları çalışmada da kadınların tedavi sayısı ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tedaviye başvurusu sayısı az olan kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnfertilite tedavi süreci zorlu ve yıpratıcı bir süreçtir. Bu süre boyunca da kadınlar birçok tedavi komplikasyonları ve başarısız tedavi sonuçlarıyla karşılaşabilmektedir. Komplikasyonlar ve başarısız tedavi sonucu beraberinde tekrarlayan tedavi sürecini getirmektedir. Bu durum kadınların sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bundan dolayı tedaviye başvuru sayısı az olan infertil kadınlar bu zorlu sürecin başında olduğu için yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu düşünülmektedir.

FertiQoL'in toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile kadınların infertilite süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 4.4). Literatürde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Okuducu Yaylagülü ve Yorulmaz (2020), Ceran ve arkadaşları (2020) ve Maroufizadeh ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında yaşam kalitesi ve infertilite süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bunu yanında Suleiman ve arkadaşları (2023) çalışmasında; infertilite süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Jahromi ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada çiftlerin tanı yılı ile Tedavi tolerasyonu alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir. Sünger (2018) yaptığı çalışmasında tanı yılı 5 yıl üzeri olan kadınların FertiQoL toplam puanlarının tanı yılı 5 yıl altı olan gruba göre düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya dahil olan kadınların %68.5'i 1-3 yıldır infertilite tanısı almış çıkmıştır. Kadınlar uzun süreli bu süreci yaşamadıkları ve tedavi sürecinin daha başlarında olmasından dolayı yaşam kalitesi düzeyini etkilememiş olabilir.

FertiQoL'in toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile kadınların infertilite nedenine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 4.4). Literatürde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Ni ve arkadaşlarının (2021) 137 infertil kadınla yapmış oldukları çalışmada infertilite nedeninin kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Erkek nedenli infertilite tedavisi alan kadınların yaşam kaliteleri ortalama puanı daha düşük

çıkmiştir. Suleiman ve arkadaşları (2023) çalışmasında infertilite nedeni erkek olan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri düşük bulunmuştur. Çalışmanın örnekleminde yer alan kadınları %92'si kadın nedenli infertilite tanısı alması, yüksek eğitim seviyesine sahip olmasına bağlı infertilite nedenine yönelik bilgilere kolaylıkla ulaşabilmesi ve infertilite nedeni hakkında rahatlıkla konuşabilmesinden dolayı infertilite nedeninin yaşam kalitesini etkilmediği düşünülmektedir.

5.2 İnfertilite Damgalanma Ölçeği Bulgularının İncelenmesi

Çalışmaya katılan primer infertil kadınların damgalanma düzeylerinin hafif düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Literatürde infertilite damgalanma düzeyleri ile ilgili farklı bulgular mevcuttur. Kaya ve Oskay (2020) çalışmasında, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında (2021) infertil kadınların hafif düzeyde damgalanma yaşadıklarını belirtmişlerdir. Koç ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında ve Küçükkaya ve Kılıç'ın (2022) çalışmasında infertil kadınların damgalanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda infertil kadınların damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Küçük ve Koruk, 2022; Yılmaz ve Kavak, 2019; Yokota ve ark., 2022; Jing ve ark., 2020; Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması, yarısının büyük şehirde yaşıyor olması ve çoğunun çalışıyor olması, infertilite ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye ulaşabilmelerine ve bu süreci daha iyi yönetebildiklerinden dolayı damgalanma düzeylerinin düşük olduğu düşünülebilir.

İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyutunda, kadınların damgalanmaya bağlı özdeğer kaybının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda benzer şekilde İDÖ'nün özdeğer kaybı alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür (Aksu ve Şayan, 2023; Jing ve ark., 2020; Kaya ve Oskay, 2020; Küçükkaya ve Kılıç, 2022). Bu çalışmadan farklı olarak Küçük ve Koruk'un (2022) çalışmasında özdeğer kaybı alt boyut puan ortalaması ortalamanın üstünde olduğu bulunmuştur. Kadınlar bütün yaşamları boyunca annelik rolünü yaşamlarının en önemli bölümü olarak görmektedir. İnfertilite tanısı ile beraber bu rolü yerine getiremediğinin farkına varan kadınlarda eksiklik duygusu ortaya çıkmaktadır. Bu duygu beraberinde kadınlarda düşük benlik algısıyan yol açarak özdeğer kaybı. yaşamasına neden olmaktadır. Çalışmadaki

kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması ve çalışma hayatında yer alıyor olmasına bağlı olarak özdeğer kaybının bu kadınlarda düşük seyrettiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların İDÖ'nün sosyal geri çekilme alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuştur (Tablo 4.3). Literatürde araştırma bulgusuna benzer çalışma bulguları bulunmaktadır (Jing ve ark., 2020; Kaya ve Oskay 2020; Tang ve ark., 2023). Aksu ve Şayan (2023) ve Küçük ve Koruk'un (2022) çalışmalarında, sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalaması ortalamanın üstünde olduğu görülmüştür.

İnfertilite damgalanma ölçeğinin alt boyut puanları incelendiğinde infertil kadınların en fazla toplumsal damgalanmayla karşı karşıya kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Kaya ve Oskay'ın (2020) 278 infertil kadınla yapmış oldukları çalışmada benzer sonuca rastlamıştır. İnfertil kadınların en çok toplumsal damgalanmaya uğradıkları belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da en çok toplumsal damgalanmanın olduğu görülmüştür (Yılmaz ve Kavak, 2019; Küçük ve Koruk, 2022; Koç ve ark., 2023; Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Öztürk ve ark., 2021). Evlilikle birlikte çiftlerin çocuk sahibi olması toplumun en temel beklentisidir. Bundan dolayı çocuk sahibi olamama durumu toplumsal bir başarısızlık olarak görülmektedir. Özellikle kadının üzerine yüklenen doğurma görevi bu başarısızlığı kadının üzerine yüklemektedir. Çocuk sahibi olamayan kadın eşinin ailesi, komşuları, arkadaşları tarafından aşağılanabilmekte ve eşlerinin anneleri tarafından tehdit edilerek evliliklerinin sonlandırılması durumlarıyla karşılaşabilmektedir. Bunula birlikte kadınlar 'yarım kadın', 'ölü ağaç', 'kuru dal' gibi ithamlara maruz kalmakta ve toplum tarafından baskılanabilmektedir (Daibes ve ark., 2018). Çalışmaların sonucu da bunu kanıtlar nitelikte olup toplumsal damgalanmanın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutu puan ortalaması $8,82 \pm 5,26$ bulunmuştur (Tablo 4.3). Ailesel damgalanma puan ortalaması ortalamanın altındadır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (Aksu ve Şayan, 2023; Yanık ve Kavak Budak, 2022; Zhang ve ark., 2021). Türk toplumu gibi geleneksel toplumlarda anne kavramı ve kadın kavramı iç içe geçmiş durumdadır. Kadın evlendikten sonrada gebe kalarak ailenin yapı taşı olarak görülen çocuğu dünyaya getirmesi beklenmektedir. Aileler tarafından çocuksuz evler

kalaysız bir kaba benzetilmekte ve çocuk sahibi olamayna kadınlar eşlerinin aileleri tarafında eksik olarak görülmekte ve damgalanmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olmasından kaynaklı ailesel damgalanma düzeylerinin düşük seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların yaşı ile İDÖ'nin sosyal geri çekilme alt boyutu arasında anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür. 21-29 yaş aralığındaki kadınların İDÖ puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6). Jing ve arkadaşları (2020) çalışmalarında yaş ile damgalanma arasında ters yönlü bir ilişki saptamıştır. Kadınların yaşları arttıkça İDÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gillani ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında da yaş artışıyla birlikte algılanan damgalanma düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda infertil kadınların yaşları ile İDÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirtilmiştir (Tang ve ark., 2023; Küçük ve Koruk, 2022; Yokota ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2021). Yaş infertilite tedavi sürecinde önemli bir faktördür. Toplum tarafından doğurganlık yetisi yaş ile bağdaştırılmaktadır. Daha genç kadınların daha kolay ve daha çok çocuk sahibi olabileceği fikri toplumda yer almaktadır. Buna bağlı olarak özellikle 29 yaş altı kadınlar bu düşünceyle birlikte çocuk sahibi olamadığı süre boyunca kendini eksik görmekte ve toplum tarafından damgalanmaktadır. Bu damgalanma karşısında kadınların kendilerini sosyal olarak geri çekerek savunma mekanizması geliştirdikleri düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların eğitim durumu ile İDÖ'nün sosyal geri çekilme alt boyutu hariç diğer alt boyutlarının puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi (Tablo 4.6). Bu çalışmada ilkokul mezunu olan kadınların İDÖ sosyal geri çekilme alt boyut puanı düşük bulunmuştur. Yüksek eğitim düzeyine sahip olan kadınların daha fazla damgalanmaya maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6). Literatürde konuyla ilgili farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Öztürk ve arkadaşları (2021) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan kadınların İDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Tang ve arkadaşları (2023), Küçükkaya ve Kılıç (2022), Zhang ve arkadaşları (2021) ve Gillani ve arkadaşları da (2023) çalışmalarında kadınların eğitim düzeyleri ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesi

arttıkça kadınların algıladıkları damgalanma düzeylerinde de azalma meydana gelmiştir. Bunun yanında eğitim düzeyi ile damgalanma düzeyi arasında anlamlı ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Aksu ve Şayan, 2023; Koç ve ark., 2023; Küçük ve Koruk, 2022). Çalışma sonucundaki farklılığın çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyi dağılımının homojen olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların aile tipinin İDÖ'nün toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyutları üzerinde anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Yapılan regresyon analizinde de aile tipinin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Zhang ve arkadaşları (2023) ve Aksu ve Şayan (2023) yaptıkları çalışmalarda kadınların aile tipleri ile İDÖ alt boyutları ve genel puan ortalamalarında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bunun yanında kadınların aile tipleri ve damgalanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalarda mevcuttur. Bu çalışmalarda geniş aile yapısında yaşayan kadınların yüksek düzey damgalanmaya maruz kaldığı belirtilmiştir (Gillani ve ark., 2023; Küçük ve Koruk, 2022). Çalışmaya katılan kadınların çoğunluk olarak çekirdek aile tipine sahip olmasından kaynaklı bu sonucuna ulaşıldığı düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumları ile İDÖ'nün toplam puan, toplumsal ve ailesel alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı biçimde farklılaştığı saptanmıştır. Çalışmayanların puan ortalamasının çalışanlardan daha yüksek olduğu bulunmuş olup çalışan kadınların daha az damgalandığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Literatürde kadınların çalışma durumu ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin saptanmadığı çalışmalarda bulunmaktadır (Aksu ve Şayan, 2023; Küçükkaya ve Kılıç, 2022; Yokota ve ark., 2022). Bunun yanında çalışma sonuçlarıyla benzer sonuçlar da literatürde mevcuttur. Zhang ve arkadaşları (2023) çalışmalarında; çalışma durumu ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmayan kadınların daha yüksek İDÖ puan ortalamasına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bunu yanın da Şanlıurfa'da infertil kadınlarla yapılan başka bir çalışmada; çalışmayan kadınların daha yüksek damgalanma düzeylerine sahip olduğu görülmüştür (Küçük ve Koruk, 2022). Çalışan kadınların ekonomik özgürlüklerinin olması aynı zamanda meslektaşları ile bu süreçte psikolojik

sorunlarını paylaşılabiliyor olmasının, daha az damgalanmayı hissetmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Kadınların yaşadığı yer ile İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyutunda anlamlı biçimde farklılaştığı saptanmıştır. Köy-kasaba veya ilde yaşayan kadınların büyükşehirde yaşayanlara göre damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kırsal kesimde yaşayan kadınların ailesel damgalanmaya daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Yapılan regresyon analizinde de yaşadıkları yerin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Literatürde çalışmayı destekleyen benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Yılmaz ve Kavak (2019), Jing ve arkadaşları(2020) ve Tang ve arkadaşlarının (2023) çalışmalarında kırsal kesimde yaşayan kadınların İDÖ puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Öztürk ve arkadaşları (2021), 298 infertil kadınla yürüttükleri çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir. Kırsal kesim nüfusunun az olması, bilgi yayılma hızının hızlı olması ve bu kesimde muhafazakar anlayışın hakim olması burada yaşayan kadınların daha fazla damgalanmasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya dahil olan kadınların gelir durumu ile İDÖ'nün toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo4.6). Yapılan regresyon analizinde de gelir durumunun infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Tang ve arkadaşları (2023) ve Aksu ve Şayan (2023) çalışmalarında kadınların gelir durumları ve damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bunun yanında Zhang ve arkadaşları (2021) ve Küçükkaya ve Kılıç (2022) çalışmalarında ise gelir durumu ile damgalanma arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Gelir durumu yüksek olan kadınların İDÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İnfertilite tedavi süreci içinde birçok maddi sıkıntıları barındıran bir süreçtir. Tedavilerin maliyetlerinin yüksek olması ve tekrarlayan başarısız tedaviler çiftleri maddi açıdan zorlayabilmektedir. Çalışmada tedaviye başvuran kadınların %57,1'inin tedaviye ilk kez başvurmasından kaynaklı maddi sıkıntıların göz ardı etmiş olabileceğinden dolayı bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

Kadınların evlilik süresi ile İDÖ'nün ailesel damgalanma alt boyut puan ortalaması anlamlı bir biçimde farklılaştığı saptanmıştır. 1-3 yıl evli olanların puan ortalamaları diğer gruplarınkinden önemli derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Yapılan regresyon analizinde de evlilik süresinin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Kaya ve Oskay (2020) 278 kadınla yürüttükleri çalışmada; 5 yıldan daha fazla evli olan kadınların daha yüksek damgalanmaya maruz kaldıkları belirtilmiştir. Türkiye 'de yapılan başka bir çalışmada, evlilik süresinin artmasıyla birlikte kadınların İDÖ puanlarında yükselme saptanmıştır (Küçük ve Koruk, 2022). Yokota ve arkadaşlarının (2022) Japonya'da yaptıkları çalışmada ise evlilik yılı ile İDÖ arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Toplum tarafından yeni evli çiftlerin aile olabilmesi için çocuk dünyaya getirmesi beklenmektedir. Bunun sonucunda çiftlerin, aile ve çevresi tarafından söylemler ve beklentiler ortaya çıkmaktadır. Bu söylemler ve beklentiler kadınları etkileyerek damgalanmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Kadınların tedavi sayıları ile İDÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Öztürk ve arkadaşları (2021), Yılmaz ve Kavak (2019) yaptıkları çalışmalarda; tedavi sayısı ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmada kadınların infertilite süresi ile İDÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Tang ve arkadaşlarının (2023) yapmış oldukları çalışmada infertilite süresi ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunu yanında Jing ve arkadaşları (2021) ve Yokota ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmalarda; kadınların infertilite süreleri arttıkça damgalanma düzeylerinde de artış olduğu görülmüştür. Çalışmaya dahil olan kadınların %68.5'i 1-3 yıl, %31.5'i ise 4 ve üzeri yıldır tanı aldığı saptanmıştır. Kadınların çoğunun tanı alma süresi (1-3 yıl) arasında olduğu için damgalanmaya maruz kalmadıkları düşünülebilir. İnfertilite süresi arttıkça damgalanma düzeyleri artabilir.

Çalışmada infertilite nedeni ile İDÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı biçimde farklılaşmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Yapılan regresyon analizinde

de infertilite nedeninin infertilite damgalanma düzeylerine etkisi olduğunu görmekteyiz (Tablo 4.12). Küçük ve Koruk (2022) Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada kadınlarda infertilite nedeni ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Kaya ve Oskay (2020), Yanık ve Kavak Budak (2022) ve Moudi ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmalarında da da benzer şekilde, infertilite nedenleri ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Çalışma bulgularımız literatürle uyum göstermektedir.

5.3 Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişilerin Hayat Kalitesi Ölçeği ile İnfertilite Damgalanma Ölçekleri Genel Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmamızda doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için hayat kalitesi ve infertilite damgalanma ölçekleri genel puanları arasında negatif yönlü orta düzeye yakın anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.11). Kadınların yaşam kalitesi arttıkça damgalanma düzeyi azalmaktadır. Jing ve arkadaşları (2022) Çin’de IVF- embriyo transferi sürecinde olan 588 infertil kadınla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile damgalanma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşam kalitesi ile damgalanma düzeyleri arasında negatif yönlü ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Gilliani ve arkadaşlarının (2023) Pakistan’da infertil kadınların algıladıkları damgalanma, infertilite ile ilişkilendirilen stres ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada da yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Kadınların algıladıkları damgalanma düzeyindeki artış stresin artmasına ve yaşam kalitesinde düşme olduğu belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de infertil kadınların damgalanma düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelendiği benzer bir çalışmaya ulaşılammıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır. Kadınların infertilite damgalanma düzeyleri ise düşük düzeydeydi. Kadınların yaşı, yaşadığı yer ve infertilite nedenleri yaşam kalitelerini etkilemedi Eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan ve çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri de yüksekti. Gelir gidere eşit ve gelir durumu yüksek olan kadınların yaşam kaliteleri daha yüksekti. Korunmadan gebe kalamama süresi az olan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri düşüktü. Kadınların tedavi sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyleri azaldı.

Kadınların yaşları arttıkça daha fazla damgalandı. Eğitim seviyesi yüksek olan kadınların damgalanma düzeyleri yüksek bulundu. Kadınların aile tipleri, gelir durumları, korunmadan gebe kalamama süreleri, tedavi sayıları, infertilite tanısı alma zamanları ve infertilite nedenleri damgalanma düzeylerine etkisi olmadı. Çalışmayan kadınlar ailesel ve toplumsal baskı ve damgalanmaya daha fazla maruz kaldı. Büyükşehirde yaşayan kadınların damgalanma düzeyleri düşük çıktı. Evlilik süresi kısa olan kadınların damgalanma düzeyleri yüksekti.

6.2.Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelik eğitimi, araştırma ve uygulamaya yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Eğitime Yönelik Öneriler

- Araştırma sonuçları bu alanda çalışan hemşireler/araştırmacılar ile paylaşarak hemşireler için farkındalık oluşturması,
- İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde olan kadınların yaşadıkları sorunlar (suçluluk, yalnızlık, toplumsal baskı, eşi ile ayrılma korkusu) ve bu sorunlara yönelik çözümler hemşirelere hizmet içi eğitimler verilerek kavratılması,
- Lisans ve lisans üstü eğitimde infertilite hemşireliği kapsamında infertil bireylerde damgalanma üzerinde yoğunlaşarak bu alanda eğitimler verilmesi,

- İnfertilite kliniklerinde çalışan hemşireler için infertilite hemşireliği sertifika programları oluşturularak alanda uzmanlaşmış sertifikasyonu sağlanan hemşireler tarafından infertil kadınlara bakım hizmeti sunulması önerilebilir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

İnfertilite tedavi sürecinde başarılı sonuçlar elde edilebilmesi için tanı aşamasından itibaren kadınlara sosyal, fiziksel, ruhsal ve kültürel olarak bütüncül yaklaşım sergilenmelidir. Tedavi aşamasında görevli olarak yer alan bütün sağlık profesyonelleri infertilite ile ortaya çıkabilecek olan psikososyal sorunlara karşı bilinçli olmalı ve buna göre sağlık bakım hizmeti yürütmesi önerilebilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

Bu çalışma daha büyük örneklem grubu ile infertilite tanısı alan kadınların yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri ile ilgili farklı bölgelerde araştırmalar yapılması önerilenilir.

KAYNAKLAR

- Abiç A, Vefkuluçay Yılmaz D. Güncel kadın sağlığı konuları: Etik ve yasal durum nedir?. Researcher Social Science Studies. 2019; 7(1): 20-34.
- Aduloju OP, Olaogun OD, Aduloju T. Quality of life in women of reproductive age: a comparative study of infertile and fertile women in a Nigerian tertiary centre. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2018; 38(2): 247-251.
- Akın Ö, Şahin E. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2020; 3(1):55–75.
- Aksu S, Şayan Ö. Batı Marmara bölgesindeki bir üniversite hastanesinde infertilite tedavisi gören kadınların damgalanma, stres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 19: 178-193.
- Al Awlaqi A, Alkhayat K, Hammadeh ME. Metabolic syndrome and infertility in women. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. 2016; 4(3): 89–95.
- Al-Homaidan HT. Depression among women with primary infertility attending an infertility clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: rate, severity, and contributing factors. International Journal of Health Sciences. 2011; 5(2): 108-115.
- Allahbadia GN. Intrauterine Insemination: Fundamentals Revisited. Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2017; 67(6): 385–392.
- Allan H, Mounce G. Managing infertility in primary care. Practice Nursing. 2015; 26(9): 440-443.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Infertility workup for the women's health specialist: ACOG Committee Opinion. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2020;133: 377-384

- Andrei F, Cipriani PSL, Damiano G, Dirodi M, Trombini E, Rossi N, Porcu E. Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for anatomical or non-anatomical infertility. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; 264: 241-246.
- Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*. 2017; 10(1): 1-6.
- Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012; 20(2): 154–59.
- Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilgiler Dergisi*. 2016; 2(2): 175–202.
- Az A, Karaman Mİ. Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri ve etik sorunlar: Mümkün olan her şey ahlaki midir?. *Androloji Bülteni*. 2022; 278-287.
- Babakhanzadeh E, Nazari M, Ghasemifar S, Khodadadian A. Some of the factors involved in male infertility: A prospective review. *International Journal of General Medicine*. 2020; 8(3): 29-41.
- Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, Bastami F, Ebrahimzadeh F. An investigation of the effects of infertility on women's quality of life: a case-control study. *BMC Women's Health*. 2019; 19(1): 1-9.
- Bayraktar E. Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 27(3): 234–38.
- Bayu D, Egata G, Kefale B, Jemere T. Determinants of infertility among married women attending dessie referral hospital and Dr. Misganaw Gynecology and Obstetrics Clinic, Dessie, Ethiopia. *International Journal of Reproductive Medicine*. 2020;1-6.

- Bhamani SS, Zahid N, Rizvi A, Shaheen F, Shah NZ, Sachwani S, Farooq S, Azam SI, Asad N. A dyadic approach to depression, resilience and quality of life on marital adjustment among infertile couples in Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*. 2022; 28(6): 1-12.
- Bingöl D. İnfertil kadınlarda stigma algısının emosyonel sorunlara etkisi. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2021, Çorum (Danışman: Doç. Dr. N Büyükkayacı Duman).
- Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*. 2011; 96(2):409-415.
- Boivin Jacky, Bunting L, Collins AJ, Nygren KG. International estimates on infertility prevalence and treatment seeking: potential need and demand for medical care. *Human Reproduction*. 2007; 24(9):2380–2383.
- Bolsoy N, Taşpınar A, Kavlak O, Şirin A. Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2010; 39(2); 191-198.
- Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*. 2013; 35(1): 1-9.
- Boyras HG, Nefes HN, Aydın E, Erbil N. Yardımcı üreme tekniklerinde yasal durum ve etik sorunlar. *Androloji Bülteni* . 2023; 25: 96–102.
- Bradow A. Primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: experiential differences between type of infertility and symptom characteristics. The Faculty of The School of Psychology Spalding University, Doktora Tezi, 2011, Louisville.
- Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010; 10: 2-11.

- Çağırın Yılmaz F. Yeni infertilite tanısı alan kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Prof. Dr. M S Sürücüoğlu).
- Çağlar M, Satılmış İG. İnfertilite ve yaşam kalitesi: sistematik derleme. *Androloji Bülteni*. 2019; 21:170–76.
- Çambel B, Akköz Çevik S. Prevalence of intimate partner and family violence among women attending infertility clinic and relationship between violence and quality of life. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2022; 42(6): 2082–2088.
- Capezzuoli T, Vannuccini S, Fantappiè G, Orlandi G, Rizzello F, Coccia ME, Petraglia F. Ultrasound findings in infertile women with endometriosis: evidence of concomitant uterine disorders. *Gynecological Endocrinology*. 2020; 36(9):808–812.
- Çapık A, Aksoy M, Yılmaz E, Yılmaz F. Infertility stigma scale: A psychometric study in a turkish sample. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019; 55(2): 328–35.
- Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility. *Journal of the American Medical Association*. 2021; 326(1), 65-76.
- Ceran, MU, Yılmaz N, Ugurlu EN, Erkal N, Özgü Erdiç AS, Tasci Y, Gülerman HC, Engin Üstün AS. Psychological domain of quality of life, depression and anxiety levels in in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles of women with endometriosis: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2020; 43(1): 1-8.
- Çetin M, Asıl S. Sosyal temsiller kuramı bağlamında kriz olgusunun değerlendirilmesi. *International Journal of Social Science*. 2018; 1(3): 7-9.
- Çetinbaş A, Dağdeviren N, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2014; 3(2): 105-110.

- Chow KM., Cheung MC, Cheung IK. Psychosocial interventions for infertile couples: A critical review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(15-16): 2101-2113.
- Çintesun E, İncesu Çintesun FN, Karataş Aslan B, Uçar MG, Yarİkkaya E. Endometrial örnekleme sonuçlarımız: 655 olgunun analizi. *Jinekoloji. Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017;14(2): 56–59.
- Daibes MA, Safadi RR, Athamneh T, Anees IF, Constantino RE. Half a woman, half a man; that is how they make me feel: A qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, Health and Sexuality*. 2018; 20(5):516–530.
- Datta J, Palmer M J, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, Glasier A, Sonnenberg P, Field N, Mercer CH, Johnson AM, Wellings K. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*. 2016; 31(6), 2108-2118.
- Dierickx S, Rahbari L, Longman C, Jaiteh F, Coene G. I am always crying on the inside': A qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia. *Reproductive Health*. 2018;15: 1–11.
- Dongarwar D, Mercado-Evans V, Adu-Gyamfi S, Laracuenta ML, Salihu HM. Racial/ethnic disparities in infertility treatment utilization in the US, 2011–2019. *Systems Biology in Reproductive Medicine*. 2022; 68(3):180–89.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon (Icd-11). Cenevre: WHO 2018, Erişim Tarihi: 18.12.2023.
- Duymaz Diler F. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumu üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi B Çetin).

- Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018; 15(1): 46-49
- Fadaei M, Damghanian M, Rahimi-Kian M, Tehran SE, Mehran A. The effect of educating based on continuous care model on the infertility treatment related quality of life. *Nursing Practice Today*. 2016; 3(3): 81-90.
- Fadare JO, Adeniyi AA. Ethical issues in newer assisted reproductive technologies: A view from Nigeria”. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2015; 18(7): 57–61.
- Ferenczy E. Infertility: an evaluation of treatment modalities and ethical considerations. Liberty University, Yüksek Onur Tezi, 2023, (Danışman: M. L. Clarke, Ed.D., MSN, RN, CCRN).
- Fu B, Qin N, Cheng L, Tang G, Cao Y, Yan C, Huang X, Yan P, Zhu S, Lei J. Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 79(1): 69-75.
- Galundia R. Infertility - a conceptual , socio-cultural and psycho-social perspective. *International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*. 2016; 4(9): 1-8.
- George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon; 2011.
- Gillani M, Kamran F, Rafique MAR, Alkeshnam A, Nazar I. Perceived stigmatization, infertility-related stress and quality of life of women with infertility. *Acta Scientific Neurology*. 2023; 6(8): 4-12.
- Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*. 2005; 20(5): 1144-1147.

- Goffman E. Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity, ABD: Prentice-Hall, Inc.1963.
- Göker A,Yanikkerem E, Birge Ö, ve Kusu NK. Quality of life in Turkish infertile couples and related factors. Human Fertility. 2018; 21(3):195–203.
- Gonzalez LO. Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues in Mental Health Nursing. 2000; 21(6): 619-633.
- Gosden RG. Maternal age: a major factor affecting the prospects and outcome of pregnancy. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer. 1985;442(1): 45-57.
- Gümüşay M, Sarı E, Satılmış Güngör İ. İnfertil çiftlerde cinsel yaşam ile ilgili araştırmaların sistematik derlemesi Systematic review of researches related sexual life in infertile couples . Androloji Bülteni. 2020; 22: 74-85.
- Güngör İ, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(2): 152-159.
- Hanna E, Gough B. The social construction of male infertility: A qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. Sociology of Health & Illness. 2020; 42: 465-480.
- Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study. Journal of Religion And Health. 2021; 60(1): 256–67.
- Hollos M, Larsen U, Obono O, Whitehouse B. The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities. Occupational and Environmental Medicine. 2008; 23(1): 1-7.

- Huele EH, Kool EM, Bos AME, Fauser BCJM, Bredenoord AL. The ethics of embryo donation: What are the moral similarities and differences of surplus embryo donation and double gamete donation?. *Human Reproduction*. 2020; 35(10):2171–2178.
- Jahromi BN, Mansouri M, Forouhari S, Poordast T, Salehi A. Quality of life and its influencing factors of couples referred to an infertility center in Shiraz, Iran. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2018; 11(4): 293-297.
- Jing X , Gu W, Xu X, Yan C, Jiao P, Zhang L, Li X, Wang X, Wang W. Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing in vitro fertilization–embryo transfer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020; 43(1), 35-41.
- Jing X, Gu W, Zhang L, Miao R, Xu X, Wang M, Ramachandran HJ, Wang W. Coping strategies mediate the association between stigma and fertility quality of life in infertile women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Women's Health*. 2021; 21(1):1-7.
- Jose-Miller AB, Boyden JW, Frey KA. Infertility. *American Family Physician*. 2007; 75(6): 849-856.
- Kadıoğlu M, Hotun ŞN. Stigmatizasyon (damgalanma) ve kadın. *Sağlık ve Toplum*. 2015; 25(3),: 3-9.
- Kale İ, Bayık R, Uluutku GB, Ergin B. İntrauterin inseminasyon sikluslarında başarıyı etkileyen faktörler; tek merkezin iki yıllık deneyimi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2021; 18(2):780–786.
- Kamboj N, Saraswathy KN, Prasad S, Babu N, Puri M, Sharma A, Dhingra S, Sachdeva MP, Mahajan C. Women infertility and common mental disorders: A cross-sectional study from North India. *Plos One*. 2023; 18: 1-16.
- Kaplan E. İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*. 2018; 20(2):61–64.

- Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2013; 170(1): 193-97.
- Karaca A, Ünsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*. 2015; 9(3): 243-250.
- Kaya Z, Oskay Ü. Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2020, 38(5):485–496.
- Kaydırak M, Kızılkaya Beji N, Zengin M. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü. *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* , İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım, 2017, p: 55-74.
- Kazımov L. Farklı yaş grupları kadınlarda infertilite nedenlerinin klinik önemi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Doç. Dr U Fidan).
- Keramat A, Masoomi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavhei SM. Quality of life and its related factors in infertile couples. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 2014; 14(1): 57-63.
- Kiani Z, Simbar M, Hajian S, Zayeri F, RashidiFakari F, Chimeh FJ. Investigating different dimensions of infertile women's quality of life: A descriptive cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022; 22(1): 1-11.
- Kırca N, Öngen M. Ethical issues in infertility treatments. *Turkish Journal of Bioethics*. 2020; 7(1): 12–20.
- Kırca N, Pasinlioglu T. Psychosocial problems in infertility treatment. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5(2): 162-178.
- Kırca N, Pasinlioglu T. The effect of yoga on stress level in infertile women. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019;55: 319–327.

- Kırca N, Sis Çelik A. Infertile women's perceptions of infertility: A phenomenological study based on metaphor analysis. *Current Women's Health Reviews*. 2021; 18(2): 45–52.
- Koç Ö, Karakıç H, Ersöğütçü F. How do obesity and infertility affect stigma and depression?: A cross-sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*. 2023; 1-12.
- Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing. Special Topics*. 2016; 2(3): 7-13.
- Koçyiğit OT. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsan Bilim Dergisi*. 2012; 1(1): 27-38.
- Küçük S, Koruk F. Being An infertile woman in a highly fertile region of Turkey: stigmatisation and coping experiences. *Electronic Journal of General Medicine*. 2022; 19(2):1-6.
- Küçükdurmaz F, Taşkiran M. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Urology Special Topics*. 2015; 8(3):52–57.
- Küçükkaya M, Kılıç M. The effect of stigma on level of infertility-related psychological distress in women with infertility. *African Journal of Reproductive Health*. 2022; 26(2): 13-25.
- Kurt G, Arslan H. İnfertilite tedavisi alan çiftlerin kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44(1): 329–338.
- Kuş Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21(1):14-24.
- Laganà AS, Guglielmino A. (Eds.). (2022). *Management of Infertility: A Practical Approach*. Academic Press.

- Lee HS, Boo S, Ahn JA, Song JE. Effects of uncertainty and spousal support on infertility-related quality of life in women undergoing assisted reproductive technologies. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2020; 26(1): 72-83.
- Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcome*. 2019; 17(1):1–9.
- Link BG, Phelan JC. Labeling and stigma. Scheid TI, Brown TN eds. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2 st ed. New York: Cambridge University Press; 2010 s: 525-541.
- Maeda E, Hiraike O, Sugimori H, Kinoshita A, Hirao M, Nomura K, Osuga Y. Working conditions contribute to fertility-related quality of life: A cross-sectional study in Japan. *Reproductive BioMedicine Online*. 2022; 45(6): 1285-1295.
- Margan R, Margan MM, Fira-Mladinescu C, Putnok S, Tuta-Sas I, Bagiu R, Popa ZL, Bernad E, Ciuca IM, Bratosin F, Miloicov-Bacean OC, Vlaicu B, Dobrescu A. Impact of stress and financials on Romanian infertile women accessing assisted reproductive treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(6):1–10.
- Maroufizadeh S, Ghaheri, Samani RO. Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychology, Health and Medicine*. 2017; 22(2): 145-151.
- Mert SN. İntra uterin inseminasyon yapılacak açıklanamayan infertilite tanılı hastalarda diagnostik ofis h/s nin gebelik sonuçlarına etkisi. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2020, Bursa (Danışman: Doç. Dr. I Kasaplıoğlu).
- Mikhael S, Punjala-Patel A, Gavrilova-Jordan L. Hypothalamic-pituitary-ovarian axis disorders impacting female fertility. *Biomedicines*. 2019; 7(1): 1–9.

- Mollaahmadi L, Keramat A, Ghiasi A, Hashemzadeh M. The relationship between semen parameters in processed and unprocessed semen with intrauterine insemination success rates. *Journal of the Turkish German Gynecology Association*. 2019; 20(1): 1–7.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Adult Urology*. 2004; 63(1): 126-130.
- Moudi Z, Piramie R, Ghasemi M, Ansari H. Effect of an infertility counseling program on perceived stigma among infertile female candidates for intrauterine insemination. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019; 7(4): 1880–1889.
- Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni MH. Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017; 15(1): 1-7.
- Nasim S, Bilal S, Qureshi M. Psycho-social aspects of infertility-a review of current trends. *The Professional Medical Journal*. 2019; 26(09): 1537–1541.
- Ngai FW, Loke AY. Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertility. *Human Fertility*. 2022; 25(3): 540-547.
- Ni Y, Tong C, Huang L, Zhou W, Zhang A. The analysis of fertility quality of life and the influencing factors of patients with repeated implantation failure. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021; 19(1): 1-10.
- Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Bahari IS, Nik Muhammad Arif NA. Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2022; 12(3): 1-7.

- Nuri Tural G, Sis Çelik A. Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.2019; 6(1):88–101.
- Okantey GNO, Adomako EB, Baffour FD, Lim D. Sociocultural implications of infertility and challenges in accessing assisted reproductive technology: experiences of couples from two health facilities in southern Ghana. Marriage and Family Review. 2021; 57(5): 375-396.
- Okuducu Yaylagülü N, Yorulmaz H. İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 2020; 12(1): 13-20.
- Özaslan Çalışkan BÖ, Akca M. Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. International Journal of Academic Value Studies. 2017; 3(15): 76-92.
- Özdemir E, Kaplan S. İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020; 4(1): 79–89.
- Özel Hatipoğlu A. Primer infertil kadınlarda fertilite uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Denizli (Danışman: Prof. Dr. S Özkan).
- Özmen S, Erdem R. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2018; 23(1): 185-208.
- Öztürk R, Bloom TL, Li Y, Bullock LFC. Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2021; 39(2):205–217.
- Özüm G, Özdamar Ö, Gün İ, Sofuoğlu K, Kutlu T, Tunalı G. Histeroskopi yapılan primer ve sekonder infertil hastalarda histerosalpingografi ve transvaginal ultrasonografinin tanısal değerinin incelenmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2015;47(1): 1-5.

- Palermo GD, O'Neill CL, Chow S, Cheung S, Parrella A, Pereira N, Rosenwaks Z. Intracytoplasmic sperm injection: state of the art in humans. *Reproduction*. 2017; 154(6): 93–110.
- Pennings G, Mertes h. Ethical issues in infertility treatment. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 26(6): 853-863.
- Remião MH, Segatto NV, Pohlmann A, Guterres SS, Seixas FK, Collares T. The potential of nanotechnology in medically assisted reproduction. *Frontiers in Pharmacology*. 2018; 8: 1–9.
- Ried K, Alfred A. Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking traditional chinese medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: A mixed methods approach”. *BMC Women’s Health*. 2013; 13(1):1–11.
- Romualdi, D, Ata B, Bhattacharya S, Bosch E, Costello M, Gersak K, Homburg R, Mincheva M, Norman RJ, Piltonen T, Dos Santos-Ribeiro S, Scicluna D, Somers S, Sunkara SK, Verhoeve HR, Le Clef N. Evidence-based guideline : Unexplained infertility. *Human Reproduction*. 2023; 38(10):1881–1890.
- Rooney KL., Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience Journal*. 2018; 20(01):41-47.
- Saif J, Rohail I, Aqeel M. Quality of life , coping strategies , and psychological distress in women with primary and secondary infertility; A mediating model background. *Nature-Nurture Journal of Psychology*. 2021;8: 8–16.
- Sarı R, Erciyes JC. İnfertil çiftlerde psikolojik; sosyal ve cinsel problemler. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2021; 2(2): 79-94.
- Serour, GI, Serour AG. Ethical issues in infertility. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2017; 43: 21–31.

- Siristatidis C, Pouliakis A, Sergeantanis TN. Special characteristics, reproductive, and clinical profile of women with unexplained infertility versus other causes of infertility: A comparative study. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2020; 37(8):1923–30.
- Soysal G, Cihangir Ö, Akin A. The current state of women's, maternal, and child health in the World and Turkey. *Sağlık ve Toplum*. 2022; 32(1): 3-13.
- Suleiman M, August F, Nanyaro MW, Wangwe P, Kikula A, Balandya B, Ngarina M, Muganyizi P. Quality of life and associated factors among infertile women attending infertility clinic at Mnazi Mmoja Hospital, Zanzibar. *BMC Women's Health*. 2023; 23(1): 1-7.
- Sullivan-Pyke CS, Senapati S, Mainigi MA, Barnhart KT. In vitro fertilization and adverse obstetric and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*. 2017; 41(6): 345–53.
- Sünger BB. Kadınlarda infertilitenin hayat kalitesine etkilerinin araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2018. Manisa (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Dr. H Yeşil, Dr. Öğr. Üyesi. Dr. N Egelioglu Çetışli).
- Sylvest R, Fürbringer JK, Pinborg A, Koert E, Bogstad J, Loessl K, Praetorius L, Schmidt L. Low semen quality and experiences of masculinity and family building. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2018; 97(6): 727-733.
- T.C. Resmi Gazete. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmeliği. 30.09.2014. Sayı: 29135.
- Tang Q, Zhou X, Wang N, Qian X. Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: A cross- sectional study in. *Research Square*. 2023; 1–18.
- Taşçı DE, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2008 ; 5(2): 105- 110.

- Tavousi SA, Behjati M, Milajerdi A, Mohammadi AH. Psychological assessment in infertility: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 1-13.
- Teklemicheal AG, Kassa EM, Weldetensaye EK. Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: A cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychology*. 2022; 10(1): 1-8.
- Teskereci G, Öncel S. Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2010; 39: 439-476.
- Thoma ME, McLain AC, Louis CF, King RB, Trumble AC, Saundaram R, Louis GMB. Prevalence of infertility in the United States as estimated by the current duration approach and a traditional constructed approach. *Fertility and Sterility*. 2013; 99(5):1324-1331.
- Tokat Aluş M, Başlı M, Yanık F, Bilgiç D, Başoğlu M. Fertiliteyi geliştirmede prekonsepsiyonel bakım : infertil çiftler için örnek bir holistik bakım şeması. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022; 7(3): 623–628.
- Topçu HO, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. Temel İnfertilite Araştırmaları Nasıl Olmalıdır ?. *Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi*. 2017; 1(2): 104–11.
- Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*. 2012; 1(1): 27–38.
- Tufan, Esin, Kurt M, Koçak DY. İnfertilitede psikolojik süreç ve hemşirelik bakımı.4. Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresi, 2020; s: 101-105.
- Turner RJ, Brown RL. Social support and mental health. Scheid TI, Brown TN eds. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2 st ed. New York: Cambridge University Press; 2010 s: 200-212.

- Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*. 2010; 81(3): 422–428.
- Van Rooij FB, Bos Hmw, Gerrits T, Hiadzi RA, Donkor ES. The relationship between stigmatisation and quality of life in Ghanaian women and men with fertility problems: mediating role of coping strategies. *Journal of the European Society for Gynaecological Endoscopy*. 2021;12(4):257-264.
- Vatanparast M, Ardekani SMY, Anvari M, Kalantari A, Yaghmaie F, Royani Z. Resilience as the predictor of quality of life in the infertile couples as the most neglected and silent minorities. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2022; 40(3): 216-227.
- Wang L, Tang Y, Wang Y. Predictors and incidence of depression and anxiety in women undergoing infertility treatment: A cross-sectional study. *Plos One*. 2023; 18: 1-12.
- Wdowiak A, Anusiewicz A, Bakalczuk G, Raczkiewicz D, Janczyk P, Makara-Studzińska M. Assessment of quality of life in infertility treated women in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(8): 1-13.
- World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: WHO. 2023.
- World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO. 2012.
- Xie Y, Ren Y, Niu, C, Zheng Y, Yu P, Li L. The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2023; 13:1-13.

- Yanık D, Kavak Budak F. The effect of positive psychotherapy-based training on stigma and self-efficacy in women receiving infertility treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2022; 1-3.
- Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2008; 11(4): 112-121.
- Yaraş Kölan HÖ. 2023. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilite faktörüne göre damgalanma. Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2023, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi S Yüksel).
- Yaylalı A. Retrospective comparison of the efficiency of sperm preparation methods in intrauterine insemination in unexplained infertility case. *Acta Medica Alanya*. 2020; 4(2):132–136.
- Yılmaz E, Kavak F. The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019; 55(3):378–82.
- Yokota R, Okuhara T, Okada H, Goto E, Sakakibara K, Kiuchi T. Association between stigma and anxiety, depression, and psychological distress among Japanese women undergoing infertility treatment. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute Journal*. 2022; 10: 1-115.
- Yücesoy H, Yıldırım F, Şahin E. İnfertilitenin kültürel, ekonomik, psikososyal ve cinsel yönüne güncel bir bakış: temel hemşirelik yaklaşımları. *Androloji Bülteni*. 2021; 23: 256–263.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*. 2009; 92: 1520-1524.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, Poel S. The international glossary on infertility and fertility care. *Fertility and Sterility*. 2017; 108(3): 393-406.

Zeren F, Gürsoy E. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2019; 16(1): 68-72.

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



EKLER

EK -1: Araştırmaya Katılım Onam Formu

Bu araştırmada, “Primer İnfertil Kadınlarda Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anda Akdeniz Üniversitesi Üreme Endokrinoloji ve İnfertilite Polikliniği’nde uygun bir yerde ve sizin istediğiniz zamanda yaklaşık 20 dakikalık bir sürede soruları cevaplamanız istenmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz andan itibaren istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilme hakkına sahipsiniz. Katılımcının araştırmadan çekilmesi ya da araştırmacı tarafından çalışmadan çıkartılması durumunda tüm bilgileri gizli kalacaktır ve kullanılmayacaktır. Araştırma yürütülürken ve yayımlandığında dahi kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır. Ancak gerektiğinde etik kurullar ve resmi kurumlar tıbbi bilgilerinize erişebilir.

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

Katılımcının Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı

Telefon:

Gözde Toluk

Email:

Araştırmacının;

Adı Soyadı ve İmzası: Gözde TOLUK

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

Tel:

Mail:

EK-2 Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

()Okur- Yazar değil ()Okur- Yazar ()İlköğretim () Lise ()Üniversite () Yüksek lisans

3. Aile yapınız nedir?

() Çekirdek aile () Geniş aile

4. Her hangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Çalışıyor () Çalışmıyor

5. Halen yaşadığınız yer?

() Büyükşehir () İl () İlçe () Köy- Kasaba

6. Gelir durumunuz:

() Gelir gidere eşit () Gelir giderden az () Gelir giderden fazla

7. Kaç yıldır evlisiniz?

8. Ne kadar süre korunmadığınız halde gebe kalamadınız?

()1-2 yıl ()3-4 yıl ()5 ve üzeri yıl

9. Tedaviye kaçınıcı başvurunuz?

()1 ()2 ()3 ve üstü

10. İnfertilite tanısını ne zaman aldınız?.....

11. İnfertilite nedeni?

()Kadın ()Erkek ()Kadın ve erkek ()Bilinmiyor

EK-3: İnfertilite Damgalanma Ölçeği

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

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

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

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Özdeğer Kaybı					
1.Talihsiz bir kadere sahip olduğumu hissediyorum.					
2.Bir kadın olmada yetersiz olduğumu hissediyorum.					
3.Kendimi aileme yükmüşüm gibi hissediyorum.					
4.Gebe kalamadığım için kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissediyorum.					
5.Gebe kalamıyor olmaktan utanıyorum.					
6.Gebe kalamadığım için kendimi küçümsüyorum.					
7.Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
Sosyal Geri Çekilme					
8.Gebe kalamadığım için gebelik ve çocuk konusunda daha hassasım.					
9.Çocuklarla ilgili bir şey sorulduğu zaman sıkılıyorum.					
10.Gebe kalamama problemi olmayan kişilerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınıyorum.					
11.Gebe kalamama ile ilgili kimseyle konuşmak istemiyorum.					
12.Durumumu başkalarından gizlemeye çalışıyorum.					

Toplumsal Damgalanma					
13.Gebe kalma problemi olan kadınlara karşı olumsuz tutum yaygın bir durumdur.					
14.Gebe kalamadığımı öğrenirler diye yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.					
15.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde benden uzak durur diye endişe ediyorum.					
16. İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde beni küçümser diye endişe ediyorum.					
17.İnsanlar gebe kalamadığımı öğrendiklerinde bana gülebilir diye endişe ediyorum.					
18.Kendimi diğer insanların gözünde yarım kadın gibi hissediyorum.					
19.Gebe kalamadığım için insanların arkamdan konuştuklarını hissediyorum.					
20. Gebe kalamadığım için çevremdeki insanların beni küçümsediğini hissediyorum.					
21. Gebe kalamadığım için insanların bana farklı bir gözle baktığını hissediyorum.					
Ailesel Damgalanma					
22.Gebe kalamıyor olmak aile hayatımı mahvetti.					
23.Eşimle ilişkimin bozulacağından endişeleniyorum.					
24. Eşimin benden boşanacağından korkuyorum.					
25.Ailemin beni eskisi kadar önemsemediğini hissediyorum.					
26.Ailem, özellikle kaynanam, sürekli bana sorun yaratmaya çalışıyor.					
27.İnsanlar durumumu öğrenirlerse, yeniden evlenebilme durumumun bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.					

EK-4 Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir. Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift ilişkisi içindeyseniz cevaplayınız.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok kötü	kötü	Ne iyi ne kötü	İyi	Çok iyi
A	Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Tamamen	Epeyce	Ortalama	Biraz	Hiçbir zaman
Q 1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne menunum ne memnun değilim	memnunum	Çok memnunum
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman

Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kırgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T2	İsteddiğiniz tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesin- den rahatsız mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığımı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunum, ne memnun değilim	Memnunum	Çok memnunum
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
-----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



EK-5 İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği İzni

Merhaba, Ölçeği ekte gönderiyorum. Tezinde başarılar dilerim.

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Gönderen:

Gönderildi: 17 Ocak 2022 Pazartesi 14:04

Kime:

Konu: İnfertil Kadınlarda Stigma Ölçeği İçin İzin Maili

Merhaba, ben Gözde Toluk. Akdeniz Üniversitesi hastanesinde Doğum ve kadın hastalıkları servisinde hemşire olarak çalışmakla birlikte Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Doğum ve Kadın Sağlığı hemşireliğinde lisansüstü eğitimime devam etmekteyim. Tez dönemimi Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kırca hocamızla birlikte devam ettirmekteyiz. Sizin izniniz dahilinde tezimde kullanmak üzere İnfertilite Damgalanma Ölçeği'nden yararlanmak istiyorum. Ölçeğin Türkçe formunu ve nasıl değerlendirileceğini paylaşabilirseniz çok sevinirim. İlginiz için şimdiden teşekkürlerimi sunuyorum.

EK-6 Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği İzni

Gönderen: Ayça DEMİRCAN <

Gönderildi: 2 Mart 2021 Salı 09:54

Kime: gözde toluk

Konu: Ynt: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği için izin

Merhaba Gözde Hanım,

çalışmayı atıfta bulunarak kullanmanızdan çok memnun olurum. Tezinizde başarılar ve kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar.

Gönderen: gözde toluk

Gönderildi: 24 Şubat 2021 Çarşamba 16:54

Kime:

Konu: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği için izin

Merhaba, ben Gözde Toluk. Akdeniz Üniversitesi hastanesinde hemşire olarak çalışmakla birlikte Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Doğum ve Kadın Sağlığı hemşireliğinde lisans üstü eğitimime tez dönemime Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kırca hocamızla birlikte devam etmekteyim. Sizin izniniz dahilinde tezimde kullanmak üzere Türkçe versiyonunun iç güvenilirliğini incelemiş olduğunuz Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nden yararlanmak istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkürlerimi sunuyorum.

EK-7 Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onayı



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

Sayı : 70904504/

10.01/2023

Sayın

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

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
“Primer İnfertilite Tanısı Alan Kadınların Damgalanma Algısı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki
İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

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

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

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Nurcan KIRCA	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Primer İnfertilite Tanısı Alan Kadınların Damgalanma Algısı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 766	Tarih: 28.12.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK8: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.01.2023-562774



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

Sayı : E-34787957-010.99-562774
Konu : Çalışma İzni

26.01.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13.01.2023 tarihli ve bila sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazınız ile "Primer İnfertil Tanısı Alan Kadınların Damgalanma Algısı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez projesi için hastanemiz Tüp Bebek Merkezine tedavi amaçla gelen hastalarla görüşülerek veri toplamak istediğiniz belirtilmiştir.

Etik kurul onayı bulunan çalışmanız Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yıldırım ÇETE
Başhekim

Dağıtım:
Gereği:
Sayın Doç. Dr. Nurcan KIRCA

Bilgi:
Üreme Endokrinoloji ve Üremeye Yardımcı Tedavi
Merkezine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu : BSDFRVJ4ZZ Pin Kodu : 03113 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5543&eD=BSDFRVJ4ZZ&eS=562774>
Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane Başmüdürlüğü) Bilgi için: Feride KANTÜRK
Telefon No Faks No Unvan: Hastane Yazı İşleri Sorumlusu
e-Posta Elektronik A& Telefon No
Kep Adresi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gözde	Uyruğu	T.C
Soyadı	Toluk	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Lisesi	2013
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Ziya Gökalp ASM	2019-2019
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2020-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil	66,250

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: