

2025

BAÜN SBE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BENGÜ SENA ALTUN



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences



**İNERTİLİTE TUTUMUNUN AŞI  
TEREDDÜDÜ VE FERTİLİTE FARKINDALIĞI  
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BENGÜ SENA ALTUN**

**Ebelik Anabilim Dalı**

**Bilim Alan Kodu: 10104.01**



**BALIKESİR**

2025

**T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFERİLİTE TUTUMUNUN AŞI TEREDDÜDÜ VE FERTİLİTE  
FARKINDALIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BENGÜ SENA ALTUN**

**TEZ DANIŞMANI  
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZNUR YAŞAR**

**Ebelik Anabilim Dalı  
Bilim Alan Kodu: 10104.01**

**BALIKESİR**

**2025**



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**TEZ KABUL VE ONAY**

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde **Bengü Sena ALTUN** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“İnfertilite Tutumunun Aşı Tereddüdü ve Fertilite Farkındalığı ile İlişkisinin  
İncelenmesi”**

başlıklı tez çalışması,  
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin  
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 13 /06 / 2025

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR  
Balıkesir Üniversitesi  
**(Danışman)**  
**(Başkan)**

Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ  
Ege Üniversitesi  
Üye

Doç. Dr. Selda YÖRÜK  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,  
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 25/06/2025 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi beyan ederim.

**25/06/2025**

**İmza**

**Bengü Sena Altun**

## İTHAF

Yüreğinde anne merhameti olan tüm kadınlara...

## TEŞEKKÜR

BaŐta engin bilgisi ve sabrıyla lisans ve yksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, zamanını ve bilgisini paylaŐarak ufkumu geniŐleten çok değerli tez danıŐmanım **Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR'a**,

Lisans ve yksek lisans eğitimimde çok büyük desteği ve katkısı olan saygıdeğer **Doç. Dr. Selda YÖRÜK'e** ve bütün bölüm hocalarıma,

Tez savunmamda değerli katkılarından dolayı saygıdeğer jüri üyesi **Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ'ye**

Eğitim hayatıma yön vererek maddi-manevi yanımda olan ve destekleyen canım annem **Nevin DEMİR ALTUN'a** canım babam **Memduh ALTUN'a**, ablama ve kardeŐime,

Zor günlerimde yanımda olarak stresimi paylaŐan, desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma ve yol arkadaşım **Muhammed KARCIOĞLU'na**,

AraŐtırmamıza katkı sağlayan değerli kadınlara teŐekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>2</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Fertilité Tanımı .....	5
2.2. Fertilitéyi Etkileyen Faktörler .....	5
2.3. Dünyada ve Ülkemizde Doğurganlık Oranları .....	7
2.4. Fertilité Farkındalığı .....	8
2.5. Fertilité Farkındalığına Dayalı Aile Planlaması Yöntemleri .....	10
2.6. İnfertilite .....	10
2.7. İnfertilite Prevalansı.....	11
2.8. İnfertilite Risk Faktörleri .....	13
2.9. İnfertilitenin Bireyler Üzerindeki Etkileri ve Toplumsal Önemi .....	15
2.11. Aşı ve Aşılama.....	18
2.12. Dünyada ve Ülkemizde Aşılama Oranları.....	18
2.13. Aşı Tereddüdü ve Reddi .....	20
2.14. Bağışıklama Uygulamalarında Ebenin Rolü .....	22
2.15. Tutum Kavramı.....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	23
3.2. Araştırmanın Tipi.....	23
3.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	23
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	23
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	24
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri .....	24
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	24

3.6.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri .....	24
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	25
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri .....	25
3.8. Verilerin Toplanması .....	26
3.9. Veri Toplama Araçları.....	27
3.10.1. Birey Tanıtım Formu.....	27
3.10.2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği.....	27
3.10.3. Aşı Tereddüdü Ölçeği .....	27
3.10.2. Fertilite Farkındalığı Ölçeği .....	28
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi .....	28
3.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>30</b>
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	30
4.2. Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	32
4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları .....	34
4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach's Alpha Değerleri .....	34
4.5. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilite Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	35
4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımına Yönelik Bulgular .....	43
4.7. Regresyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular .....	45
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>46</b>
5.1. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	47
5.2. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre Aşı Tereddüdü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	49

5.3. Kadınların Sosyodemografik, Obstetrik ve Tıbbi Özelliklerine Göre Fertilite Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	51
5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulguların Tartışılması.....	53
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>55</b>
6.1. Sonuçlar .....	55
6.2. Öneriler .....	57
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>59</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>65</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>66</b>
EK-1. Birey Tanıtım Formu .....	67
EK-2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ) .....	70
EK-3. Aşı Tereddüdü Ölçeği .....	71
EK-4. Fertilite Farkındalık Ölçeği (Fertility Awareness Scale) .....	72
EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	73
EK-6. Etik Kurul Karar Formu .....	75
EK-7. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	77
EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri .....	78

## ÖZET

### İNFERİLİTE TUTUMUNUN AŞI TEREDDÜDÜ VE FERTİLİTE FARKINDALIĞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma infertilite tutumunun, aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı ile ilişkisinin incelenmek amacıyla yapıldı. Kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'ne başvuran 18-49 yaş arası 431 kadın oluşturdu. Araştırmanın verileri Birey Tanıtım Formu, İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Fertilitate Farkındalık Ölçeği ve Aşı Tereddüdü Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle Şubat 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında elde edildi.

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0 kullanılarak analiz edildi. Verilerin doğrulanmasında ve raporlamada ve DataBeeg 1.0 programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama, standart sapma), t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanıldı. Kurulan modeller doğrultusunda çoklu regresyon analizi uygulandı. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven düzeyinde ve anlamlılık <0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Katılımcıların İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması  $27.19 \pm 7.52$ ; Aşı Tereddüdü Ölçeği puan ortalaması  $32.26 \pm 5.83$ ; Fertilitate Farkındalık Ölçeği puan ortalaması ise  $64.22 \pm 10.31$  olarak bulundu. Yaş, kilo, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, bazı obstetrik özellikler, kronik ve psikolojik hastalıkların tüm ölçeklerin puan ortalamaları üzerinde anlamlı düzeyde fark oluşturduğu belirlendi. Aylık gelirin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği ile Fertilitate Farkındalık Ölçeği puan ortalaması; yaşanılan yer ve medeni halin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması üzerinde anlamlı düzeyde fark oluşturduğu belirlendi. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği puanı ile Aşı Tereddüdü Ölçeği puanı ve Fertilitate Farkındalık Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Sonuç olarak kadınlarda infertiliteye yönelik tutum iyileştikçe aşı tereddüdü düzeyi artmakta ve fertilitate farkındalık düzeyi azalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** *Aşı tereddüdü, doğurganlık, fertilité farkındalığı, infertilite, infertilite tutumu.*

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN INFERTILITY ATTITUDE, VACCINE HESITANCY AND FERTILITY AWARENESS

This study was conducted to examine the relationship between attitudes toward infertility, vaccine hesitancy, and fertility awareness. The sample for this cross-sectional study consisted of 431 women aged 18–49 who visited Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca State Hospital. The data for the study were collected using the Individual Identification Form, the Attitude Toward Infertility Scale, the Fertility Awareness Scale, and the Vaccine Hesitancy Scale through face-to-face interviews between February 2024 and February 2025.

The data obtained in the study were analyzed using Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0. The DataBeeg 1.0 program was used to validate and report the data. Descriptive statistical methods (number, percentage, min-max values, mean, standard deviation), t-test, one-way analysis of variance, Pearson correlation analysis, and multiple regression analysis were used to evaluate the data. Multiple regression analysis was applied in accordance with the established models. The results were interpreted at a 95% confidence level and a significance level of  $<0.05$ .

The mean score for the Attitude Toward Infertility Scale was  $27.19 \pm 7.52$ ; the mean score for the Vaccine Hesitancy Scale was  $32.26 \pm 5.83$ ; and the mean score for the Fertility Awareness Scale was  $64.22 \pm 10.31$ . Age, weight, education level, employment status, social security, certain obstetric characteristics, chronic and psychological illnesses were found to have a significant effect on the mean scores of all scales. Monthly income was found to have a significant effect on the mean scores of the Attitude Toward Infertility Scale and the Fertility Awareness Scale, while place of residence and marital status were found to have a significant effect on the mean score of the Attitude Toward Infertility Scale. A statistically significant and negative correlation was found between the Infertility Attitude Scale score and the Vaccine Hesitancy Scale score and the Fertility Awareness Scale score. As a result, as women's attitudes toward infertility improve, vaccine hesitancy levels increase and fertility awareness levels decrease.

**Keywords:** *Attitude toward infertility, fertility, fertility awareness, infertility, vaccine hesitancy.*

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji)
- ATÖ : Aşı Tereddüdü Ölçeği
- BKİ : Beden Kitle İndeksi
- CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
- CYBE : Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- DSÖ : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control (Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)
- FFÖ : Fertilitate Farkındalık Ölçeği
- FSH : Follicule Stimulating Hormone (Folikül Uyarıcı Hormon)
- İYTÖ : İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği
- KDH : Kilis Devlet Hastanesi
- TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
- YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa No

**Şekil 2.1.** Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2025).....19

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach's Alpha Değerleri.....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilitate Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.7.</b> Regresyon Analizi Sonuçları.....	45

## 1. GİRİŞ

Fertilite kadının klinik olarak bir gebelik oluşturabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Vander Borcht ve Wyns, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında toplam doğurganlık hızı, nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10'un altında kalarak 1,51 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2023).

Yaşam tarzı, stres, sosyoekonomik faktörler, benden kitle indeksi (BKİ), sigara, alkol, kafein ve psikoaktif madde kullanımının fertilite üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Pedro vd., 2018). Bu etkenler aynı zamanda infertilite risk faktörleri olarak sayılabilmektedir (CDC, 2024a). Fertilite farkındalığı ise fertil dönemin çeşitli semptomlarının izlenerek tespit edilmesi ve gebeliğin oluşma olasılığının en yüksek olduğu günlerin belirlenebilmesi olarak tanımlanmıştır (Akoku vd., 2022). Fertilite farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Kocaarslan Hasbek ve Dağlar, 2024).

En az bir yıl boyunca düzenli olarak herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkiye girilmesine rağmen gebeliğin meydana gelmemesi ile tanımlanan infertilite, tüm dünyayı etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (Morshed-Behbahani vd., 2020; WHO, 2023). İnfertilite deneyimi bireyler üzerinde depresyon, anksiyete, stres, hayal kırıklığı, cinsel işlev bozukluğu, sosyal damgalanma ve düşük benlik saygısına neden olabilmektedir (Afroughi ve Pouzesh, 2018).

İnfertilite, dünya genelinde üreme çağındaki nüfusun yaklaşık %12'sini etkilemektedir (ACOG, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünya çapında yaklaşık 6 kişiden 1'i infertilite yaşamaktadır (WHO, 2023). Türkiye'deki infertilite prevalansının ise %10-15 civarında olduğu ve bu oranın son yıllarda arttığı düşünülmektedir (Sis Çelik ve Kırca, 2018).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne (CDC) göre 40 yaş ve üzeri, aşırı kilolu veya obez olan, sigara içen, aşırı alkol veya uyuşturucu kullanan, radyasyona, bazı ilaçlara veya bazı çevresel toksinlere maruz kalan bireylerin infertilite riski diğerlerine göre yüksektir (CDC, 2024a). Yüksek stres düzeylerinin de gebelik oluşma süresini uzattığı ve infertilite riskini arttırdığı saptanmıştır (Lynch vd., 2014). İnfertilite multifaktöryel bir sağlık sorunudur. DSÖ gelişmiş ülkelerde infertil çiftlerin %37'sinin kadına ait nedenlerden, %8'inin erkeğe ait nedenlerden ve %35'inin hem erkeğe hem de kadına ait nerden kaynaklı oluştuğunu bildirmektedir (Kuohung ve Hornstein, 2021). Kadın kaynaklı infertilite: over, tubal, peritonel, uterus, servikal ve vajen kaynaklı olabilmektedir. Erkek kaynaklı infertilite ise sperm üretim anomalisi ve sperm taşıma bozukluklarından kaynaklanabilmektedir (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021). İnfertilite değerlendirmesi yapılırken infertilitenin etiyojileriyle ilgili kapsamlı bir tıbbi öykü hastadan ve eğer varsa partnerinden alınmalıdır (ACOG, 2019a). Erkek partnerin de bilinen veya şüphelenilen bir infertilitesi mevcutsa değerlendirilmeye alınması önerilmektedir (Carson ve Kallen, 2021). İlk infertilite değerlendirilmesinde kapsamlı bir üreme ve aile öyküsü alınmalı ve uygun bir fizik muayene yapmak için yeterli zaman ayrılmalıdır (Penzias vd., 2021).

Aşılar virüs ve bakteri gibi mikroorganizmaların çeşitli formlarını içermekte ve hastalıklara karşı bağışıklık oluşturup antikor üretilmesini sağlayarak hastalığa yakalanma riskini azaltmaktadırlar (WHO, 2021). DSÖ'ye göre küresel bağışıklama kapsamı 2019 yılında %86'dan 2021'de %81'e düşmüştür (WHO, 2024). Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (ECDC) tanımına göre aşı tereddüdü, "Aşılama hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen aşıların kabul edilmesinde veya reddedilmesinde gecikmeyi ifade etmektedir." (ECDC, 2017). Ülkemizde yapılan araştırmada pediatrik aşı tereddüdü prevalansı %13,8 ve aşı reddi prevalansı %4,8 olarak bulunmuştur (Yörük ve Güler, 2021). Aşı tereddüdü hızlı bir şekilde yaygınlaşan küresel bir sorun haline gelmektedir (WHO, 2015).

Bu küresel sorunun giderilmesinde ebelerin sorumluluğu büyüktür. Kadınların fertilitate farkındalığını geliştirmek, infertilite sürecinde bireylerin gereken bakımı vermek ve aşılama uygulamalarını sağlamak ebelerin başlıca görevlerindedir (Ayçiçek, 2021; Kocaarslan Hasbek ve Dağlar, 2024).

Ülkemizde aşı tereddüdünün ve infertilite oranlarının giderek arttığı, aşılama oranlarının ise düşmekte olduğu gözlemlenmiştir. Kadınların infertilite tutumlarına etki eden faktörlerin araştırılmasının ve fertilitate farkındalığı ile aşı tereddüdü ile ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülerek bu çalışma yürütülmüştür.

Bu bağlamda araştırmanın; infertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığına olan etkisini tespit ederek infertilite tutumunun olumlu hale getirilmesi, aşı tereddüdünün azaltılması ve kadınlara fertilitate farkındalığı kazandırılması açısından faydalı bulgular sağlayabileceği için önemli olduğu düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fertilite Tanımı

Fertilite, bir önceki menstrual siklusta gebe kalmamış olmak şartıyla bir siklus içinde gebeliğin oluşabilme olasılığını ifade etmektedir (CDC, 2014). Kısacası kadının klinik olarak bir gebelik oluşturabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Vander Borgh ve Wyns, 2018). Bozulmuş fertilite, gebeliğin oluşmaması veya gebeliğin doğuma kadarki süreçte korunamaması ve fiziksel zorluk olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2014).

### 2.2. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler

Kadının doğurganlığını etkileyen faktörlerin büyük bir kısmı önlenabilir risk faktörlerindedir. Bu faktörler arasında egzersiz, stres, kafein tüketimi ve çevresel faktörler sayılabilmektedir (Özşahin ve Aksoy Derya, 2022). Ayrıca sigara kullanımı, obezite, gonore ve klamidya gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) öyküsüne sahip olmak da kadının doğurganlık şansını azaltabilmektedir (Maher vd., 2021). Kadın kaynaklı infertilite vakalarının %20-60'ı CYBE ajanlarından kaynaklanmaktadır. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), Human papilloma virüsleri (HPV) ve SARS-Corona Virüsünün fertilite üzerine olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir. HPV, genital kanserlere yol açan CYBE'lere neden olmakta ve sperm hücresi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Chenafi-Adham vd., 2024). Cinsel olarak aktif olan kadınların tahminen %12'sinin doğurganlığının herhangi bir sebepten zarar gördüğü düşünülmektedir (Özşahin ve Aksoy Derya, 2022).

Yaşam tarzı, stres, sosyoekonomik faktörler, BKİ, sigara, alkol, kafein ve psikoaktif madde kullanımının fertilite üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Pedro vd., 2018). Yaşam tarzı faktörlerinden beslenme alışkanlığına bakıldığında sebze, meyve, zeytinyağı,

rafine edilmemiş karbonhidratlar, az yağlı süt, kümes hayvanları ve yağlı balığı içeren Akdeniz diyetinin ovumun fertilize olma şansını doğrudan arttırdığı ve yardımcı üreme tekniklerini (YÜT) desteklediği saptanmıştır. Yüksek kalorili, basit karbonhidratlar ve işlenmiş et açısından zengin Batı tarzı diyetin ise dolaylı olarak insülin direnci, Tip 2 Diyabet ve Polikistik Over Sendromu riskini artırdığı ve ovulasyonu bozduğu düşünülmektedir. Batı tarzı diyetin içerdiği yüksek glisemik indeksli ürünlerin tüketimi oksidatif stresi artırmakta ve yumurtalık fonksiyonlarını dolayısıyla da doğurganlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Yüksek kafein tüketiminin ise sağlıklı bir gebeliğin oluşmasında ve sürdürülmesinde bazı engeller oluşturabileceği düşünülmektedir (Skoracka vd., 2021).

Obez veya düşük kilolu kadınların gebe kalmada bazı zorluklar yaşayabilmektedir (Noguera-Navarro vd., 2025). Düşük BKİ'ye sahip erkek ve kadında düşük yağ oranı bulunması sonucunda oluşan hormonal dengesizlik doğurganlık sorunlarına yol açabilmektedir. BKİ <18,5 olan kadınlarda infertilite yaygın olarak bildirilmiştir (Lakoma vd., 2023). DSÖ'ye göre, BKİ <18,5 düşük kilolu, BKİ  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> aşırı kilolu ve 30 kg/m<sup>2</sup>den yüksek bir BKİ ise obeziteyi tanımlamaktadır (WHO, 2022a). Fiziksel aktivitenin sıklığı ve yoğunluğu da doğurganlığı dolaylı yoldan etkileyebilmektedir (Skoracka vd., 2021).

Sıcaklık, iklim değişikliği, radyasyon, hava kirleticiler, toksik maddeler ve endokrin bozucu ajanlar (ağır metaller, plastikleştiriciler, parabenler, endüstriyel kimyasallar, pestisitler) gibi çevresel faktörlerin doğrudan veya dolaylı olarak kadın doğurganlığı üzerindeki etkisi bulunmaktadır (Sakali vd., 2024).

Depresyon öyküsü olan kadınların infertilite açısından risk altında oldukları ve bu riskin yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir (Liang vd., 2024). İleri kadın yaşı aynı zamanda daha az ve daha düşük kaliteli foliküllerle de ilişkilidir. Az gelişmiş ülkelerde güvenli olmayan kürtajlar ve yetersiz doğum bakımı kadınların doğurganlığına zarar verebilmektedir. Doğurganlık ile ilgili bazı mitler ve yanlış anlamalar dolayısıyla kadınlar yardım aramada gecikebilir ve bu da kadın sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Pedro vd., 2018).

### 2.3. Dünyada ve Ülkemizde Doğurganlık Oranları

Ülkelerin sosyo-ekonomik, kültürel ve biyolojik olarak değişime uğraması ile bireylerin doğurganlık davranışları arasında bir ilişki bulunmaktadır (Karaca ve Cımat, 2022). Türkiye'nin de içinde bulunduğu 204 ülkenin verilerinin analiz edildiği çalışmada 1950'den 2021'e kadarki süreçte küresel toplam doğum hızının 4,84'ten 2,23'e düştüğü tespit edilmiştir. Bu verilere dayanarak yapılan demografik tahmine göre 2050'de küresel toplam doğum hızının 1,83'e, 2100'de ise 1,59'a kadar düşeceği öngörülmüştür (GBD, 2024). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) (2023) verilerine göre 2023 yılında dünya genelinde toplam doğurganlık hızı ortalaması 2,31 çocuk olarak hesaplanmıştır. Birleşmiş Milletler (BM) dünya nüfus tahminlerine göre ise bu oran ülke bazlı incelendiğinde 2023 yılında birinci sırada 6,67 çocuk ile Nijer yer alırken son sırada 0,88 çocuk ile Kore Cumhuriyeti yer almaktadır. Avrupa Birliği (AB) üyeleri arasında ise 2023 yılında en yüksek toplam doğurganlık hızına sahip olan ülke, 1,79 çocuk ile Fransa olurken hızın en düşük olduğu ülke, 1,22 çocuk ile Malta olmuştur (TÜİK, 2023).

Türkiye'de doğurganlık hızı her yıl düşüş göstermektedir. 1990'larda doğurganlık oranları %3 civarında seyrederken 2000'li yıllarda bu oran %2'lere gerilemiştir (Karaca ve Cımat, 2022). TÜİK verilerine göre 2023 yılında toplam doğurganlık hızı, 1,51 olarak hesaplanmıştır. Bu değer doğurganlığın nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10'un altında kalmaktadır. 2001 yılındaki hesaplanan çocuk sayısı 2,38 iken 2023 yılındaki değer bu dramatik düşüşü Türkiye'yi dünya ortalamasının altına düşürmüştür. Aynı yılda toplam doğurganlık hızının en yüksek olduğu ilimiz ise 3,27 çocuk ile Şanlıurfa olmuştur (TÜİK, 2023).

Kadınların ortalama gebe kalma yaşları, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde sürekli bir artış göstermektedir. Gebelik yaşındaki artışa bağlı olarak doğurganlık oranlarında düşüş görülmektedir (Jurkowski vd., 2021).

Ülkemizde ise yaş grubuna özel doğurganlık hızları incelendiğinde 2001 yılındaki en yüksek yaş grubu olan 20-24 yaş aralığında doğurganlık hızı binde 144 iken 2023 yılında yaş grubunda (25-29) bir artış görülürken doğurganlık hızında (binde 101) bir azalma

saptanmıştır. 2023'teki ilk doğumda ortalama anne yaşlarına bakıldığında en yüksek yaşın görüldüğü il 29,0 ile Artvin ve Tunceli iken İstanbul 28,6 yaş ile ikinci sırada yer almaktadır. En düşük değerdeki illerin ise 24,2 ile Muş ve Ağrı olduğu görülmektedir (TÜİK, 2023).

ABD'deki kadınların çeşitli nedenlerle gebeliği ertelemesinin infertilite vakalarının artmasına ve çocuk sayılarının istenenden daha az olmasına neden olduğu raporlanmıştır (Maher vd., 2021). Bu nedenler arasında bireylerin üniversite eğitimi alıyor olması ve kariyer planları bulunmaktadır (Jurkowski vd., 2021). Kadınlarda doğurganlığın düşüşü 25-30 yaşlarında başlamakta ve kendiliğinden oluşan gebeliklerde son doğumdaki yaş ortalaması 40-41'dir (Vander Borgh ve Wyns, 2018). Bu çiftlerin bir kısmı gebe kalmada başarısız olmakta ve YÜT'e başvurmaktadır (Jurkowski vd., 2021). Dolayısıyla çocuk sahibi olmayı erteleyen bireylerin doğurganlık yetilerinin korunması önem arz etmektedir (Özşahin ve Aksoy Derya, 2022).

#### **2.4. Fertilite Farkındalığı**

Fertilite farkındalığı, fertil dönemin çeşitli semptomlarının izlenerek tespit edilmesi ve gebeliğin oluşma olasılığının en yüksek olduğu günlerin belirlenebilmesi olarak tanımlanmıştır (Akoku vd., 2022). Amerikan Jinokoloji ve Obstetri Derneğine [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)] göre fertilite farkındalığı, bir menstrual siklus içinde fertil zamanı belirleyebilmek ve tanımaktır (ACOG, 2019b). Uluslararası İnfertilite ve Doğurganlık Bakımı Sözlüğü ise fertilite farkındalığını kişinin kendi doğurganlığını ve bununla ilişkili; ileri yaş, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, sigara, obezite gibi faktörlerin yanında çevresel ve iş yeri faktörlerini de algılayabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Fertilite farkındalığı bireyin aile planlaması yöntem seçimlerini de etkilemektedir (Zegers-Hochschild vd., 2017).

Bireylerde fertilite farkındalığı oluşabilmesi için öncelikle üreme organları ve fizyolojisi bilinmelidir. Ayrıca doğurganlığı olumsuz etkileyen bir takım davranışların da farkında olunmalıdır (Özşahin ve Aksoy Derya, 2022). Kadınların kendi doğurganlık günlerini bilmesi, cinsel davranışlarını değiştirip istenmeyen gebelikleri önlemekte veya istenildiği zaman gebeliği oluşturmayı sağlamaktadır (Akoku vd., 2022). Doğurganlık sağlığı

okuryazarlığı ise bireylerin doğurganlık sağlığı hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bu bilgileri anlayıp uygulayabilmelerini sağlayan beceri olarak tanımlanmaktadır. Bu beceri sayesinde bireyler menstrual siklusun fertil günlerini belirleyebilmekte ve gebelik olasılığı olan günlerdeki semptomları anlayabilmektedir. Eğitim düzeyinin doğurganlık farkındalığının belirleyicilerinden biri olduğu saptanmıştır (Mosanya vd., 2023).

Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek kadınların fertilitate farkındalığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Maher vd. 2021). Jurkowski vd. (2021) 680 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada kız öğrencilerin fertilitate bilincinin erkeklerden fazla olduğu bulunmuştur. Bunun nedeninin, üreme, aile planlaması ve gebeliğin geleneksel olarak kadınlara atfedilmesi olabileceği öne sürülmüştür. Kadın hastalıkları ve doğum asistanlarının da bulunduğu bu çalışmada öğrencilerin doğurganlık bilinçlerinde önemli eksikliklerin olduğu saptanmıştır (Jurkowski vd., 2021). Kadınların doğurganlıklarını olumsuz yönde etkileyen faktörleri yeterince bilmedikleri düşünülmektedir (Özşahin ve Aksoy Derya, 2022). Nijeryalı kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada fertilitate farkındalığının belirleyicileri ve düzeyleri araştırılmıştır. Katılımcıların %53'ünün fertilitate farkındalığının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca menstrual siklusunu takip eden kadınların fertilitate farkındalığının iyi düzeyde olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fertilitate farkındalığı düzeyi ile menarş yaşı, kadının yaşadığı jeopolitik bölge ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmaya göre fertilitate farkındalığını artırmak için en yaygın kullanılan yöntem kadınların %25'ini oluşturan internet kullanımınıdır. Ancak kadınların çoğunluğunun farkındalığı artırmaya yönelik ilgisi düşük seviyededir (Mosanya vd., 2023).

Kadınların fertilitate farkındalığını geliştirmek ebelerin de içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir. Bireylerin riskli yaşam davranışlarından kaçınmasında, infertilite tedavisinin ve bakımının sağlanmasında ebeler; uygulayıcı, araştırmacı, danışmanlık verici, eğitici ve yönetici rollere sahiptir. Ayrıca ebeler gebe kalmakta problem yaşayan kadınları uygun birimlere yönlendirmeli ve tedavilerinde gerekli bakımı sağlamalıdır. Kadınlarda tespit ettiği sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını, sağlıklı olanıyla değiştirerek fertilitenin korunmasını sağlamalıdır. Ebeler verdikleri danışmanlık

hizmetini birey merkezli ve bireye özelleştirilmiş bir şekilde yapmalıdır (Kocaarslan Hasbek ve Dağlar, 2024).

## 2.5. Fertilite Farkındalığına Dayalı Aile Planlaması Yöntemleri

Fertilite farkındalığına dayalı aile planlaması yöntemleri [Fertility awareness-based methods (FABMs)] bireylere kontaseptif etki sağlamanın yanında üreme sağlığı hakkında da bilgi vermektedir. Kadınların, overlerin aktivitesiyle ve hormonal değişikliklerle sikluslar içinde yaşanan bazı belirti ve değişiklikleri yorumlayabilmesi için fertilite farkındalığının olması gerekmektedir (Duane vd., 2022). Bireylere yöntem kullanımı hakkında eğitim verildiğinde yöntemlerin etkinliği artmaktadır. Bu yöntemlerin kullanımında kadınlar menstrual sikluslarını, servikal mukuslarını, vücut sıcaklıklarını ve serviksin durumunu gözlemledikleri için kendi üreme sağlıkları hakkında bilgi sahibi olabilmektedirler. Yöntemler, siklusta ya da genital organlarda herhangi bir anormalliğin erken tespit edilmesini de sağlamaktadır. Kadının fertil günleri cinsel perhizi gerektirdiğinden kullanımı bazı çiftler için zor olabilmektedir. Ayrıca bireyler bu yöntemleri kullanırken cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı savunmasızdır (WHO, 2023).

## 2.6. İnfertilite

DSÖ'ye göre infertilite, bir yıl veya daha uzun süre düzenli bir şekilde herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan cinsel ilişkiye girilmesine rağmen gebeliğin meydana gelmemesi ile tanımlanan bir üreme sistemi hastalığı olarak kabul edilmektedir (WHO, 2023). İnsan hayatını derinden etkileyen infertilite, bireyleri; tıbbi, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan zarara uğratan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Morshed-Behbahani vd., 2020). ACOG'a göre 35 yaş üstü kadınların değerlendirmesi hızlandırılmalı ve 6 aylık gebelik denemesi başarısız sonuçlanıyorsa tedavisine başlanmalıdır. Kırk yaşından büyük kadınlarda ise 6 ayı beklemeden daha acil bir değerlendirme ve tedavi yapılması gerekmektedir (ACOG, 2019a). İnfertilite şüphesi olan bireylere yapılacak müdahalelerinin geciktirilmesi yapılacak girişimlerin etkinliğini sınırlayabilmektedir (WHO, 2023).

Primer infertilite daha önce hiç gebelik oluşmaması durumudur (WHO, 2023). Kuzey Afrika ve Ortadoğu’da primer infertilite prevalansı yüksek, sekonder infertilite prevalansı düşükken; Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya’da primer infertilite prevalansı düşük, sekonder infertilite prevalansı yüksektir. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (2017)’ne göre primer infertilite oranı üreme sistemi enfeksiyonlarının çok sık görüldüğü gelişmekte olan ülkelerde düşük iken, sekonder infertilite oranı daha fazladır. 2010 yılında dünya çapında yapılan bir sağlık araştırmasında kadınların %1.9’unda primer infertilite, %10.5’inde ise sekonder infertilite görüldüğü saptanmıştır (Mascarenhas vd., 2012).

Sekonder infertilite kadının daha önce herhangi bir infertilite tedavisi almadan bir doğum yapmasının ardından tekrar gebelik oluşturamaması sekonder infertilite olarak adlandırılmaktadır (WHO, 2023).

Subfertilite başarısız gebelik girişimi yaşayan çiftlerde doğurganlığın azalmasının herhangi bir şeklini veya derecesi ifade etmektedir. Sterilite ise infertilite kavramı gibi kısıtlı bir zamanı değil, kalıcı bir fertilite yokluğunu ifade etmektedir (Vander Borgh ve Wyns, 2018).

Dünya çapında infertilite sorunu yaşayan çiftlerin yaklaşık %30’una açıklanamayan veya idiyopatik infertilite tanısı konmaktadır. Yapılan tüm standart değerlendirmelerin normal olarak değerlendirildiği halde gebeliğin oluşmaması durumudur (Sadeghi, 2015). Herhangi bir tıbbi müdahale yapılmamasına rağmen bir yıl gebelik denemesinin ardından oluşan gebeliklere ise çözümlenmiş infertilite denmektedir (WHO, 2023).

## **2.7. İnfertilite Prevalansı**

İnfertilite, dünya genelinde üreme çağındaki nüfusun yaklaşık %12’sini etkileyen bir sorundur (ACOG, 2021). Çiftlerin ise %10-15’ini etkilemekte ve her geçen yıl yaygınlaşmaktadır. (Afroughi ve Pouzesh, 2018). İnfertilite prevalansı toplumdan topluma değişmekte olup dünyada 80 milyondan fazla bireyin infertilitenin etkilerine maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Seymenler ve Siyez, 2018). DSÖ’ye göre ise yetişkin nüfusun yaklaşık %17,5’i yani dünya çapında yaklaşık altı kişiden biri infertilite yaşamaktadır. Gelişmekte olan

ülkelerde 186 milyon evli kadında infertilite tespit edilmiştir (WHO, 2023). Yaşam boyu yaygınlık, yüksek gelirli ülkelerde %17,8 iken düşük ve orta gelirli ülkelerde %16,5 olduğu bilinmektedir. Dünya çapındaki doğurganlık çağında olan kadınlar arasındaki infertilite prevalansı yaklaşık olarak %12,5'tir. (Afroughi ve Pouzesh, 2018). Erkeklerde ise bu oran dünya genelinde %10'dur (Yassa vd., 2019).

CDC' nin yapmış olduğu Ulusal Aile Büyümesi Araştırması'ndan (NSFG) elde edilen verilere göre ABD'de 2006-2010 yıllarında 15-44 yaş arası evli kadınların %6'sı veya tahmini 1,5 milyon kadının infertil olduğu ve %12'sinin fertilitésinin bozulduğu tespit edilmiştir (CDC, 2014). Çin'deki infertilite oranı %12,5'tir ve bu oranın yükselmekte olduğu tahmin edilmektedir. Çin'deki infertil çiftlerin yaklaşık %40 kadarında erkek kaynaklı sebepler görülmektedir (Inhorn ve Patrizio, 2014). Çeşitli ülkelerin infertilite prevalansları karşılaştırıldığında Orta Doğu ülkelerindeki prevalanslar daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite Asya ülkelerinde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Afroughi ve Pouzesh, 2018). 2016 yılında ise infertilite prevalansı, Avustralya'da en düşük ve Afrika'da en yüksek bulunmuştur. Bazı ülkelerde infertilite tanısı konulması için beş yıl veya daha uzun bir süre gerekmektedir. 190 ülke ve bölge için yapılan araştırmalarda kadınların %1,9'unda primer infertilite, %10,5'inde ise sekonder infertilite tespit edilmiştir. İnfertilitenin 12 ay veya daha uzun süre olarak tanımlandığı daha gelişmiş ülkelerde prevalansın %3.5 ile 16.7 arasında, daha az gelişmiş ülkelerde ise ortalama %6.9 ile %9,3 arasında olduğu bulunmuştur (WHO, 2023). İnfertilite prevalansının neredeyse %30'a ulaştığı bölgeler arasında: Güney Asya, Sahra altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya bulunmaktadır (Inhorn ve Patrizio, 2014). Dünya genelinde kadınlarda en sık rastlanan infertilite tipinin ise sekonder infertilite olduğu bildirilmiştir (Vander ve Wyns, 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye'de halen evli 45-49 yaş grubundaki kadınların %4' ünün hiç çocuğunun olmadığı, halen evli 15-49 yaş grubundaki kadınların %5'inin ise gebe kalmasının mümkün olmadığı belirlenmiştir (TNSA, 2018).

Türkiye'de infertilite prevalansında 1993'ten 2013'e kadar bir azalış meydana gelmiştir. Ancak bu azalmanın anne sağlığı hizmetlerindeki gelişmelere ve 2008 yılında %1,9

olan YÜT kullanım oranının 2013 yılında %4,1'e yükselmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de YÜT kullanımı giderek daha da yaygınlaşmaktadır. 1993 yılında %15 olan infertilite oranı 2013 yılında %8,1'e gerilemiştir (Saraç ve Koç, 2017). Türkiye'de infertilite sıklığıyla ilgili kesin bilgiler bulunmamakla birlikte infertilite sıklığının %10-15 civarında olduğu ve bu oranın son yıllarda arttığı düşünülmektedir (Sis Çelik ve Kırca, 2018).

## 2.8. İnfertilite Risk Faktörleri

İnsanlığı dünya çapında etkileyen infertilitenin tüm etmenleri ortadan kaldırılamasa da bazı risk faktörleri önlenebilmektedir (Pedro vd., 2018). CDC'ye göre 40 yaş ve üzeri, aşırı kilolu veya obez olan, sigara içen, aşırı alkol veya uyuşturucu kullanan, radyasyona, bazı ilaçlara veya bazı çevresel toksinlere maruz kalan bireylerin infertilite riski diğerlerine göre yüksektir. Kadınlarda aşırı kilo alımı veya kaybının olması, amenore ile sonuçlanan aşırı fiziksel veya duygusal stres de infertilite risk faktörlerindedir (CDC, 2024a). 401 kadının dahil edildiği çalışmada stres düzeylerinin doğurganlık ve infertilite ile ilişkisi araştırılmıştır. Yüksek stres düzeylerinin gebelik oluşma süresini uzattığı ve infertilite riskini arttırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %87'sinde gebelik görülürken %13'ünün gebe kalamadığı bulunmuştur. Araştırma sonucunda stres seviyeleri ve doğurganlık arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (Lynch vd., 2014).

Arjantin'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada infertilitenin risk faktörleri olarak öğrencilerin verdiği cevaplar: uyuşturucu kullanımı, ileri yaş, sigara, alkol ve CYBE'dir (Jurkowski vd., 2021). İnfertilite oranları 35-49 yaş kadınlar arasında diğer yaş gruplarına oranla daha fazla bulunmuş ve %20'nin üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Eğitim seviyesi düşük, ilk evlilik yaşı 30'un üzerinde olan, aşırı kilolu olarak tanımlanan ve menarş yaşı 12'nin altında olan kadınlarda infertilite riskinin arttığı görülmektedir. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan kadınlarda da diğer kadınlara kıyasla infertilite oranı yüksek bulunmuştur (Saraç ve Koç, 2017). CYBE gibi cinsel sağlık faktörleri, çevresel faktörler, iş yeri faktörleri ve obezite infertilitenin risk faktörlerindedir. Aşırı düşük veya aşırı yüksek kilo ile sonuçlanabilen yanlış gıda tüketimi, dengesiz protein ve kalori alımı sonucunda over fonksiyonlarını değiştirip infertiliteye neden olabilmektedir (Sharma vd., 2023). Over

rezervinin azalmasına neden olan genetik veya edinilmiş; kemoterapi, radyasyon vb. durumlar infertilite riski oluşturmaktadır (Penzias vd., 2021).

100 mg/gün başına kafein alımının abortus, ölü doğum, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebelik yaşına göre küçük (SGA) bebek riskini artırabileceğini göstermiştir (Bu vd., 2020). 18 ila 44 yaş aralığındaki 2099 kadının katıldığı araştırmada çay, kahve ve kafein tüketimi ile infertilite arasındaki ilişki araştırılmıştır. Günde iki fincan çay tüketen katılımcılar ile infertilite arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Fakat kahve veya kafein tüketimi ile kadın infertilitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Zhang vd., 2024). On iki çalışmanın dahil edildiği araştırmada; çalışmalardan 5'i kafeinin fertilité üzerine olumsuz, 2'si olumlu etkileri olduğu sonucuna varmış, 5 çalışma ise kafein alımı ve fertilité arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır. Olumsuz sonuçlar sunan çalışmaların odak noktası kafeinin seks hormonlarına etkisi ve luteal fazı kısaltıcı etkileridir. Sigara içmeyenler arasında 700 mg/gün'den fazla kafein alımının, sigara içenlerde ise sigara içmeyenlere göre kafein alımı 300 mg/gün'den fazla olduğunda fertilitenin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. 300 mg/gün'den fazla kafein tüketen katılımcılar için kafeinin üreme sistemleri üzerinde az da olsa olumsuz etkisi olduğunu bildirmiştir. Bir çalışmada ise kafein ile doğurganlık arasında negatif bir ilişki bulmuş, ancak kadınlarda bulunamamıştır. Kahve tüketen kadınlarda ve çay tüketen erkeklerde doğurganlığın azaldığını bildirilmiştir. Ayrıca alkol tüketenlerin gebe kalma olasılığında azalma olduğu tespit edilmiş ve kafeinin alkolün etkilerini kötüleştirebileceği iddia edilmiştir. Çalışmaların sonucunda araştırmacılar, gebelik planlayan çiftlere kafein alımını azaltmaları ve kafeinsiz içecekleri tüketimleri konusunda öneride bulunmaktadır (Macit ve Akdevelioğlu, 2018).

2022 yılında yapılan bir sistematik derlemede sigara içmenin infertiliteyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, içmeyenlerle karşılaştırıldığında infertilite riskinin 1.85 kat arttığı tespit edilmiştir (Inhorn ve Patrizio, 2014). Kirli hava ve toksik maddeler her iki cinsiyette de doğurganlığı olumsuz etkilemektedir. Toksik hava kirleticilerin üriner sistem ve üreme sistemi üzerinde olumsuz etkileri olduğu, kansere yol açtığı bilinmektedir (Margiana vd., 2023). Erkek infertilitesinde genetik etkenlerin yanında varikosel gibi hastalıklar da birer risk faktörüdür. Uzun saatler oturmak zorunda kalan kişilerin sperm hareketliliğinde azalma olduğu saptanmıştır. Çiftçilik, matbaa işçiliği ve petrol işçiliği gibi alanlarda çalışan kişilerin

zehirli kimyasallara temaslarının olmasından dolayı fertilitte yeteneklerinde düşüş yaşadıkları bilinmektedir. Cep telefonu kullanımının da sperm hareketliliğini azalttığı çevresel gürültünün ise düşük sperm hareketliliğine ve sperm anormalliğine neden olabileceği saptanmıştır. Benzen, formaldehit ve amonyak gibi maddelerin de erkek infertilitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Inhorn ve Patrizio, 2014).

## **2.9. İnfertilitenin Bireyler Üzerindeki Etkileri ve Toplumsal Önemi**

İnfertilite deneyimi bireyler üzerinde bazı olumsuz etkiler göstermektedir. Bu etkiler: depresyon, anksiyete, stres, hayal kırıklığı, cinsel işlev bozukluğu, sosyal damgalanma ve düşük benlik saygısı olabilmektedir. İnfertil bireyler sosyokültürel ve dini açıdan da zarar görmektedir (Afroughi ve Pouzesh, 2018). Bireylerin ebeveyn olma gibi önemli yaşam hedeflerini engelleyen, kişisel kaynakları zorlayan ve geçmişten gelen çözülmemiş problemleri uyandırma potansiyeli olan bir yaşam krizi olarak tanımlanan infertilite; tahmin edilemezlik, olumsuzluk, kontrol edilemezlik ve belirsizlik boyutlarıyla bireyler tarafından stres verici olarak algılanmaktadır (Seymenler ve Siyez, 2018). Ayrıca bireylerde: sosyal izolasyon, boşanma, ekonomik sorunlar ve özellikle zihinsel sağlık sorunları görülebilmektedir (Polis vd., 2017). İnfertil olmak bazı bireyler tarafından utanç veren, aşağılayıcı bir başarısızlık deneyimi olarak da tanımlanmaktadır (WHO, 2023).

Pek çok kültürde bireylerin çocuk sahibi olmalarına bir statü göstergesi olarak bakılmaktadır (Çağlar ve Güngör Satılmış, 2019). Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirmekte ve kadınların çoğu ailede çocuğun gerekli olduğunu düşünmektedir (Bayraktar, 2018; Topdemir Koçyiğit, 2012).

Erkeklerin ve kadınların infertil olma olasılığı eşit olsa da başarısız gebelik sonucunda genellikle kadınlar suçlanmaktadır. İnfertilite yakın partner şiddeti ve yüksek riskli cinsel davranışlarla da ilişkilendirilmiştir (Polis vd., 2017). Bunun yanında kadınlar; duygusal, ekonomik, cinsel şiddet açısından da risk altındadır. İnfertilite nedeni kadına ait olmasa dahi kadınlar, daha fazla suçluluk duygusu hissetmektedirler. Kadınlara infertilite konusunda baskı yapanların başında aile üyeleri gelmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmadaki infertil kadınların, %33.6'sı aile içi şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların çoğunluğu infertilite

tanısını almasının ardından ilk şiddeti eşleri tarafından görmüştür. Kadınların %63.4'ü sözlü tacize uğradığını belirtilmiştir (Bayraktar, 2018). Yapılan araştırmalarda infertilitenin olumsuz etkilerinden kadınların daha fazla etkilendiği ve daha fazla anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir (Kılıç vd., 2011). Ayrıca infertil kadınların intihar girişiminin sağlıklı kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Çağlar ve Güngör Satılmış, 2019).

Topdemir Koçyiğit' e göre (2012) kadınların %54'ü çocuk sahibi olmayışlarının en önemli zorluğunun sosyal baskı olduğunu ifade etmiştir (Topdemir Koçyiğit, 2012). Toplumun infertil kadınlara yaptığı baskı sebebiyle kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (Çağlar ve Güngör Satılmış, 2019). Bu baskı kadınların; eleştirel imalara maruz kalmalarına, çocuklu ailelere özenmelerine, kendilerini eksik ve yetersiz hissetmelerine, boşanma veya kuma tehditlerine maruz kalmalarına neden olmaktadır (Topdemir Koçyiğit, 2012). Türkiye'de %3 oranında görülen çok eşli evliliklerin nedeninin kadının infertil olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kılıç vd., 2011). Yapılan bazı çalışmalarda Arap kültürünün hâkim olduğu bölgelerde infertil kadınlar kocaları tarafından terk edilip şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bayraktar, 2018). Dolayısıyla kadınlar; bir takım geleneksel uygulamalarda, dinsel nitelikteki yöntemlerde veya hastanelerde çözüm yöntemleri aramaktadırlar (Topdemir Koçyiğit, 2012).

İnfertilite tansı konulması ile çiftler sekiz evreden oluşan bir infertilite krizi durumu yaşamaktadırlar. Bu evreler: Şok/inanmama ve inkar, anksiyete kontrol kaybı, yalnızlık ve yabancılaşma, suçluluk ve öfke, depresyon ve yas, gerçekleri kabul etme ve uyum, çözümlenmedir (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021).

İnfertilite tedavisi alan hastalar genellikle infertiliteyi hayatlarındaki en üzücü deneyim olarak nitelendirmektedir. Holley vd. (2015) yapmış olduğu çalışmada infertil kadınlarda ve partnerlerinde infertilite tedavisi sırasında majör depresif bozukluk (MDD) yaygınlığı araştırılmıştır. İnfertil kadınların %39,1'inin ve partnerlerinin %15,3'ünün 18 aylık çalışma süresince MDD kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. ABD'de MDD'nin yıllık yaygınlık oranı kadınlarda %8,4 ve erkeklerde %5,2'dir. İnfertil hastalar ve erkek partnerleri genel nüfusa kıyasla belirgin şekilde daha yüksek MDD oranlarına sahiptir (Holley vd., 2015).

Kroemeke ve Kubicka'nın (2018) yapmış olduğu araştırmada infertilite tedavisi gören 31 evli çift arasında depresif semptomlar, yaşam amacı ve sosyal destek faktörlerinin ilişkisi araştırılmıştır. Sosyal desteğin hem alınması hem de partnere verilmesi durumunda bireylerde olumlu etkiler saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin tedaviye uyum mekanizmalarının önemli ölçüde farklılık gösterdiği ve kadınların daha fazla depresyon riski altında olduğu sonucuna varılmıştır (Kroemeke ve Kubicka, 2018).

Tedavinin başarısız olması durumunda ise çiftler, tekrarlayan bir stres döngüsü yaşamakta ve sorunlar artarak devam etmektedir. Dolayısıyla verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetinin önemi artmaktadır. Bu süreçte ebe ve hemşirelerin vereceği bakım önem taşımaktadır (Vefikuluçay ve Emül, 2021). Başarısız tedavi sonrası evlat edinen ailelerde, kadınların erkeklere oranla hayal kırıklığının sürmekte olduğu ve evlat edinilen çocuğu başarısız üreme yeteneğinin bir sembolü olarak gördüğü bildirilmiştir (Kılıç vd., 2011).

İnfertilite psikolojik danışmanlığı: "Birey veya çifte infertilite tanı, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında; ruh sağlığı alanında uzman bir kişi tarafından bilgi ve beceri kazandırarak bilinçlendirmek, tedavi ile ilgili karar vermelerine ve infertilitenin yarattığı yıkıcı duygularla başa çıkmalarına yardımcı olmak." olarak tanımlanmaktadır. (Seymenler ve Siyez, 2018).

İnfertilite tanısı alan bireylerde stresle baş etme stratejileri öğretilmeli, bireyler tedavi sürecine duygusal olarak hazırlanmalı ve infertilitenin birey ve yakın çevresi üzerindeki etkileri belirlenmelidir (Vefikuluçay ve Emül, 2021). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsüne [National Institute for Health and Care Excellence (NICE)] göre bireyler, infertilite problemi yaşayan benzer insan gruplarıyla etkileşimde bulunduğunda olumlu bir psikolojik etki sağlanabilmektedir (NICE, 2017). Bireysel, çift veya grup temelli psikolojik destek ve müdahale programlarının doğum oranlarına ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla bireylerin infertilite kriziyle duygusal olarak baş edebilmeleri için profesyonel yardım sunmak önem arz etmektedir (Seymenler ve Siyez, 2018). İnfertil bireyler yaşanılan bölgedeki toplumsal cinsiyet algısından ve bölgenin kültüründen olumlu/olumsuz etkilenmektedir. İnfertil bireylerin yardım alabilecekleri kuruluşlar oluşturularak, şiddete uğramalarının önüne geçilmelidir (Bayraktar, 2018).

Gelişmekte olan ülkelerde infertilite bakımına erişimin sınırlı oluşu bu konudaki endişeleri artırmaktadır (Polis vd., 2017). Ülkemizde de bu konu hakkında nitelikli bir hizmet sunmada bazı eksikliklerin olduğu düşünülmektedir (Seymenler ve Siyez, 2018).

İnfertiliteye yönelik olumsuz tutumların araştırılması, bireylerin üreme sağlığı ve infertiliteyle baş edebilmesi için önem arz etmektedir. İnfertilitenin ele alınması ile bireyler için sağlıklı bir yaşam sağlanması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin korunması ve tüm kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesi hedeflemiştir. İnfertilitenin boyutunun belirlenmesi, uygun müdahale ve girişimlerin geliştirilmesi, kaliteli doğurganlık bakımına erişimin sağlanması ve infertilite risk faktörlerinin ve infertilitenin azaltılması kritik öneme sahiptir (WHO, 2023).

### **2.11. Aşı ve Aşılama**

Aşılar virüs ve bakteri gibi mikroorganizmaların çeşitli formlarını içermekte ve hastalıklara karşı bağışıklık oluşturup antikor üretilmesini sağlayarak hastalığa yakalanma riskini azaltmaktadırlar. DSÖ, sadece çocukluk aşılarının her yıl 4 milyondan fazla çocuğun hayatını kurtardığını tahmin etmektedir. Aşıların bileşenleri ve aşıların kendisi güvenilir kabul edilmeden önce kapsamlı bir test aşamasından geçmektedir. Aşılamanın, kol ağrısı ve hafif ateş gibi küçük yan etkileri bulunmaktadır (WHO, 2021).

### **2.12. Dünyada ve Ülkemizde Aşılama Oranları**

DSÖ'ye göre küresel bağışıklama kapsamı 2019 yılında %86'dan 2021'de %81'e düşmüştür. Bir yaşın altındaki yaklaşık 25 milyon çocuk temel aşıları alamamıştır. Hiç aşılanmamış çocuk sayısı 2021 yılından 2019' a kadar 5 milyon artmıştır. Maternal ve neonatal tetanosun yaygınlığının, Afrika ve Asya'da yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk felcinin ise dünyadan eradike edilmesi hedeflenmiştir (WHO, 2024). Dünya genelinde aşılamanın azalmasıyla aşı ile önlenbilir hastalık [vaccine preventable disease (VPD)] vakaları giderek artmaktadır. Çocuk felci insidansı 2018'de 0.1'den 2022'de 0.4'e yükselmiştir (WHO, 2024).

TNSA 2018 Raporu'na göre Türkiye genelinde yaşına uygun tüm aşıları olmuş (BCG, üç doz DTaP- Hib-İPA, üç doz Hepatit B, OPA'nın ilk dozu ve üç doz PCV) 12-23 aylık çocukların oranı %66.9 olarak bulunmuştur (TNSA, 2018). Tüm temel aşıları yapılan 24-35 aylık çocukların oranı %72'dir. Hiç aşılanmamış 12-23 aylık çocukların oranı %2, 24-35 aylık çocukların hiç aşılanmama oranı ise %3'tür (TNSA, 2018). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında 1980'den bu yana görülen aşı ile önlenebilir hastalıkların vaka sayıları paylaşılmıştır. Difteri ve çocuk felcinin azalma yüzdeleri %100'dür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Ülkemizde rutin olarak 13 hastalığa karşı uygulanan aşı bulunmaktadır. Aşıların uygulanma takvimi 2025 yılında Şekil 2.1'deki gibi güncellenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2025)										
	DOĞUM	2 AY SONU	4 AY SONU	6 AY SONU	9 AY SONU	12 AY SONU	18 AY SONU	24 AY SONU	48 AY	13 YAŞ
Hep-B	I									
BCG		I								
KPA		I	II			RAPEL				
DaBT - İPA - Hib - HepB		I	II	III			RAPEL			
OPA				I			II			
Suçiçeği						I				
KKK					EK DOZ	I			II	
Hep-A							I	II		
DaBT-İPA									RAPEL	
Td										RAPEL

- > Hep-B: Hepatit B Aşısı
- > BCG: Verem Aşısı
- > KPA: Konjuge Pnömonok Aşısı
- > DaBT-İPA-Hib-HepB: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı

- > OPA: Oral Polio Aşısı
- > KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
- > Hep-A: Hepatit A Aşısı
- > Td: Erişkin Tetanos difteri Aşısı
- > Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı

Aşı Detayları için  
QR Kodu Okutunuz



**Şekil 2.1.** Ulusal çocukluk dönemi aşılama takvimi (2025)

(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Bunlara ek olarak ücretli olarak yapılabilen Rotavirüs, Meningokok, İnfluenza ve HPV aşıları bulunmaktadır (Yüksel ve Kara Uzun, 2021).

### 2.13. Aşı Tereddüdü ve Reddi

Aşı tereddüdü hızlı bir şekilde yaygınlaşan küresel bir sorun haline gelmektedir (WHO, 2015). ECDC'nin tanımına göre aşı tereddüdü, "Aşılama hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen aşıların kabul edilmesinde veya reddedilmesinde gecikmeyi ifade etmektedir." (ECDC, 2017).

Tüm aşıların uygulanmasını reddetme, kendi iradesi ile yaptırmama durumu ise aşı karşıtlığı olarak nitelendirilmektedir. Aşı karşıtlığı Edward Jenner'in ilk aşığı ürettiğinde bile var olan ve günümüzde de devam eden bir durumdur (Ayçiçek, 2021).

Aşı tereddüdüne neden olan bazı faktörler: kadınların aşılmasının infertiliteye yol açtığı inancı, sağlık uzmanlarına ya da sağlık sistemine güvensizlik, etkili liderlerin yönlendirmeleri, maliyetler, coğrafi engeller ve aşının güvenilirliğine ilişkin endişelerdir. (WHO, 2015). Aşıların infertiliteye neden olduğu inancı Orta Doğu ve Afrika ülkelerinden yayılan asılsız bir inanıştır. Aşığı üreten firmaların çoğunlukla batı kökenli olmasından dolayı, aşıların Müslüman ya da Afrika ülkelerindeki nüfusun artmasını engellemek amaçlı kullanıldığına inanılmaktadır. Aşılar ile infertilite arasında bir ilişki olduğuna dair yapılan bilimsel bir çalışma bulunmamaktadır (Kader, 2019). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ebeveynlerin %68.8'i aşıların yararlı olmadığını, %63.4'ü aşıların immün sistemini zayıflattığını, %47.2'si ise aşıların infertiliteye neden olduğunu düşünmektedir. Ayrıca devlet organlarına güvensizlik ve aşı yoluyla etnik kısırlaştırma yapıldığına dair düşünceleri olan katılımcılar da mevcuttur. Sağlık çalışanları ile aşı karşıtlığı hakkında görüşen ailelerin %65'inin aşıların yan etkilerinden dolayı tedirgin olduğu, %65'inin aşıların immün sistemi zayıflattığını, %50'sinin aşıların otizm ve infertiliteye neden olacağını düşünmeye devam ettiği tespit edilmiştir (İlter, 2020).

Haber ve bilgi sitelerinin güvenilirliğini araştıran bir çevrimiçi hizmet olan NewsGuard'ın 2021 tarihli raporunda, COVID-19 aşıları ve fertilitate hakkında yanlış bilgiler incelenmiştir. Aşıların; kadınların %97'sinde infertiliteye neden olduğu ve abortus riskini artırdığı, erkeklerde ise testisleri, prostatı ve testosteron seviyelerini olumsuz etkilediği iddia edilmektedir. ABD'de yapılan bir ankette 1519 yetişkinin neredeyse üçte birinin, COVID-19

aşılarının infertiliteye neden olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Afro-Amerikan kadınlar ve diğer ırksal-etnik azınlık gruplarında ise aşı yoluyla zorunlu kısırlaştırma düşüncesi yaygındır (Abbasi, 2022).

Sosyo-kültürel farklılıklar, aşıyla önlenebilir hastalıkları tanımama, aşılardan etkilerinin anlaşılabilmesi, medyanın yanlış yönlendirmesi ve dini faktörler de aşı tereddüdüne neden olmaktadır (Alsuwaidi vd., 2023). Sosyal medya, dijital medya, basılı medya, sosyal seferberlik gibi kitlesel iletişim yöntemleri bireylerin aşı hakkındaki kararlarını yönlendirmede etkin olarak kullanılmaktadır (Goldstein vd., 2015).

Aşı karşıtı içerikler sosyal medyada hızla yayılmaktadır. Aşı hakkındaki yanlış bilgilere maruz kalmanın ve dezenformasyonların aşılama görüşlerini doğrudan etkileyebileceği ve aşı tereddüdüne neden olabileceği düşünülmektedir (Hsu vd., 2021; Morgan vd., 2025). Morgan vd. (2025) çalışmasına göre ebeveynlerin %41'inin sosyal medyada aşılama hakkında olumsuz bilgilere maruz kaldıkları düşünülmektedir. Bulgular olumsuz aşı bilgilerine maruz kalan ebeveynlerin çocuklarını aşılatma olasılıkları daha düşük olduğu yönündedir (Morgan vd., 2025).

Bazı çalışmalar eğitim seviyesi ile aşı kabulünün doğru orantılı olduğunu savunurken, bazı çalışmalar da daha yüksek bir eğitim seviyesi olan bireylerde aşı tereddüdünün de artabileceğini göstermiştir (WHO, 2015). DSÖ, etkili iletişimin korkuları ve endişeleri gidermenin ve dolayısıyla aşının kabulünü teşvik etmenin anahtarı olarak nitelendirmiştir (WHO, 2015).

Çoğu büyük din aşılama karşı çıkmaya da bireylerde aşı tereddüdüne neden olmaktadır. Müslüman ağırlıklı toplumlarda çocukların aşılama reddetmeleri nedeniyle Afganistan, Malezya ve Pakistan'da çocuk felci, difteri, kızamık, tetanos ve boğmaca salgınları meydana gelmiştir. 2018 yılında Endonezyalı İslami din adamlarının verdiği fetvada üretiminde domuz bileşenleri kullanılmasından dolayı kızamık ve kızamıkçık aşısının haram olduğu ilan edilmiştir (Alsuwaidi vd., 2023).

Türkiye’de ebeveynlerin pediatrik aşı kararsızlığına ilişkin faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada 12 ay-6 yaş arası çocuğu olan 370 ebeveyn incelenmiştir. Çalışmada aşı tereddüdü prevalansı %13,8 ve aşı reddi prevalansı %4,8 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu ebeveynlerde aşı tereddüdünün anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aşılar hakkında eğitim almama ve sosyal medyada aşı karşıtı grupları takip etme aşı tereddüdü sebepleri arasında yer almaktadır. Aşı kararsızlığı riskinin D vitamini veya demir preparatı kullanmayanlarda 3,74 kat arttığı tespit edilmiştir (Yörük ve Güler, 2021).

Ölümcül çiçek hastalığı salgınında aşya direnen halka karşı Birleşik Krallık'ta aşı zorunlu hale getirilmiştir (McClure vd., 2017). Dünya çapında her 5 çocuktan 1'inin hâlâ rutin aşılarının yapılamıyor olması ve her yıl tahminen 1,5 milyon çocuğun aşı ile önlenebilir hastalıklardan dolayı ölmesi tarihteki eski uygulamaları düşündürmektedir (WHO, 2015).

#### **2.14. Bağışıklama Uygulamalarında Ebenin Rolü**

Ebelerin kadın ve çocuk sağlığının korunması ve yükseltilmesinde büyük rolü ve sorumlulukları vardır. Toplumun aşıyla korunabilen hastalıklar hakkında eğitilmesi, aşı güvenilirliğinin oluşturulması, maternal ve çocukluk çağı bağışıklamasının tamamlanması birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler tarafından sağlamaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin aşlamaya yönelik olumsuz tutumları, ebeveynlerin aşı kararlarını da etkileyebileceğinden sağlık çalışanları arasındaki aşı davranışlarının iyileştirilmesi ve hasta ile ebeveynlerdeki aşı tereddüdüyle baş etmek üzere eğitim verilmesi gerekmektedir (Ayçiçek, 2021).

#### **2.15. Tutum Kavramı**

Tutum “belirli bir varlığı bir dereceye kadar iyilikle ya da hoşnutsuzlukla değerlendirerek ifade edilen psikolojik bir eğilim” olarak veya “belirli koşullar altında yapılan tercih ve kararları seçme eğilimi” olarak tanımlanmaktadır. Tutum, her zaman davranışa dönüşmeyen, davranışa yön veren eğilimlerdir ve değişmelerinin uzun ve karmaşık birtakım süreçler gerektirdiği düşünülmektedir (Kaptanoğlu, 2018).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Tezin amacı kadınların infertiliteye karşı tutumlarının aşı tereddüdü ve fertilité farkındalığı ile ilişkisinin tespit edilmesidir.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tiptedir.

#### **3.3. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>1a</sub>:** Aşı tereddüdü düşük kadınların infertiliteye yönelik tutumu, aşı tereddüdü yüksek kadınlara göre daha olumludur.

**H<sub>1b</sub>:** Fertilité farkındalığı yüksek kadınların infertiliteye yönelik tutumu, fertilité farkındalığı düşük kadınlara göre daha olumludur.

#### **3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Kilis/Merkezde bulunan Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'nde (KDH) Şubat 2024 ve Şubat 2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

KDH 2007 Haziran ayında 200 yataklı bir hastane olarak açılmış olup şu anki kapasitesi 321 yataktır. Uluslararası standartlarda 7 adet ameliyathane, 30 yataklı 2.basamak

genel yoğun bakım, 5 yataklı 2.basamak koroner yoğun bakım üniteleri ile doğum salonları bulunmaktadır. Ayrıca 1.basamak 5 yataklı yeni doğan yoğun bakım, 2. basamak 8 yataklı yeni doğan yoğun bakım ünitesi mevcuttur. KDH'nde 10 adet kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum servisinde 15, doğum salonunda ise 10 ebe çalışmaktadır ve normal spontan doğumları ebeler yaptırmaktadır. KDH 2003 yılında Bebek Dostu Hastane unvanını almıştır. KDH, ilin tek hastanesidir. Merkez ve Ek Bina olmak üzere iki ayrı yerleşkede hizmet vermektedir.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Kilis'te yaşayan 18-49 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. TÜİK 2025 verilerine göre Kilis'in 2023 yılındaki 18-49 yaş kadın nüfusu 36189'dur (TÜİK, 2025).

Örneklem; %50 bilinmeyen prevalans, %95 güven düzeyi ve %5 hata payıyla OpenEpi Version 3.01 programı ile 381 olarak hesaplanmıştır. Veri kayıplarının olabileceği öngörülerek örneklemin %10'u örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma örneklemi en az 420 kişi olacak şekilde hesaplanmış ve 431 kişi sonlandırılmıştır.

### **3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

#### **3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18-49 yaş arasındaki kadınlar
- Ana dili Türkçe olanlar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar

#### **3.6.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Okuma-yazma bilmeyen

- Görme, işitme ve bedensel engeli olan kadınlar
- İnfertilite tedavisi alan kadınlar

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği.

#### 3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Aşı Tereddüdü Ölçeği
- Fertilite Farkındalık Ölçeği.
- Kadınların sosyodemografik özellikleri,
- Kadınların tıbbi özellikleri,
- Kadınların obstetrik özellikleri.

##### 3.7.2.1. Sosyodemografik Özellikler

- **Yaş:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Kilo:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Eğitim düzeyi:** Okur yazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite/yüksekokul, lisans üstü seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.
- **Çalışma durumu:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Aylık gelir:** Gelir giderinden az, gelir giderine eşit, gelir giderinden fazla seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.
- **Sosyal güvence:** SGK, bağkur, emekli sandığı seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.

- **Yaşanılan kişi:** Yalnız, çekirdek aile, geniş aile seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.
- **Yaşanılan yer:** İl merkezi, ilçe, köy, kasaba seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.
- **Medeni hal:** Evli, bekar, ayrı yaşıyor, boşanmış seçeneklerinin bulunduğu çoktan seçmeli olarak sorulmuştur.
- **Evlilik yılı:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Sigara kullanımı:** Kadınlara evet, hayır seçenekleri yöneltilmiştir.
- **Alkol kullanımı:** Kadınlara evet, hayır seçenekleri yöneltilmiştir.

### 3.7.2.2. Tıbbi Özellikler

- **Kronik hastalık öyküsü:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Psikolojik hastalık öyküsü:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.

### 3.7.2.3. Obstetrik Özellikler

- **Abortus sayısı:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Gebelik sayısı:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **İlk gebelik yaşı:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **İlk doğum yaşı:** Kadınlara açık uçlu soru olarak sorulmuştur.
- **Önceki doğum şekli:** Vajinal, sezaryen seçenekleri yöneltilmiştir.

## 3.8. Verilerin Toplanması

Tezde kullanılan veriler Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'ne başvuran 18-49 yaş arasında olan ve araştırma kapsamına giren gönüllü kadınlardan yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-5). Veri toplama formlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür. Veriler KDH' nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde ve Servisinde, NST odasında, Dahiliye Servisinde, Cerrahi Servisinde ve Acil Serviste toplanmıştır. Kadınlar anketi doldururken hasta yakınları odadan/kabinden çıkartılarak mahremiyet sağlanmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ile NST odasındaki kadınlar ise muayenelerinden sonra müdahale odasına alınarak mahremiyet sağlanmıştır.

### **3.9. Veri Toplama Araçları**

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Birey Tanıtım Formu ile İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ), Aşı Tereddüdü Ölçeği (ATÖ) ve Fertilitate Farkındalığı Ölçeği (FFÖ) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.10.1. Birey Tanıtım Formu**

Birey Tanıtım Formu literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda katılımcıların sosyo-demografik bilgileri, tıbbi öyküleri ve obstetrik öyküleri olmak üzere 20 soru yer almaktadır (Jurkowski vd., 2021; Özşahin ve Altıparmak, 2021; Sharma vd., 2023) (EK1-1).

#### **3.10.2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği**

Bu ölçek, bireylerin infertiliteye yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla Siyez vd. (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşan 5'li likert tiptedir. Ölçekte sekiz (8) madde pozitif, dört (4) madde ise negatif ifadelerden oluşmaktadır ve ölçekte yer alan 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12 numaralı maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 60, en düşük puan 12'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması infertiliteye yönelik olumlu bir tutum olduğuna göstermektedir. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0.85'tir (Siyez vd., 2018a) (EK-2). Bu çalışmada Cronbach alpha değeri ise 0.824 olarak bulunmuştur.

#### **3.10.3. Aşı Tereddüdü Ölçeği**

Bu ölçek, bireylerin aşı tereddütlerini değerlendirmek amacıyla Yılmaz ve vd. (2021) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, güven eksikliği (7 madde) ve risk algısı (2 madde) olmak üzere iki alt boyuttan, toplamda dokuz (9) maddeden oluşmaktadır: Yanıtlar 5 puanlık

likert ölçeğinde: “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “tarafsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. Toplam puan 9 ile 45 arasında değişmektedir ve belirlenmiş bir kesme noktası yoktur. Yüksek puan düşük aşırı tereddüdünü göstermektedir. Ölçeğin güven eksikliği alt boyutunun cronbach alpha değeri 0.632, riskler alt boyutunun cronbach alpha 0,892’dir. Ölçeğin toplamı için ise cronbach alpha değeri 0,874’tür (Yılmaz vd., 2021) (EK-3). Bu araştırmada elde edilen cronbach alpha değerleri güven eksikliği alt boyutu için 0.922, riskler alt boyutu için 0.059’dur. Ölçeğin toplamı için ise cronbach alpha değeri 0.862 olarak hesaplanmıştır.

### **3.10.2. Fertilite Farkındalığı Ölçeği**

Bu ölçek, bireylerin fertilite farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla Özşahin ve Aksoy Derya (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 19 maddeden oluşmakta ve bedensel farkındalık ve bilişsel farkındalık alt boyutlarının olduğu 5’li likert tiptedir. Bedensel Farkındalık Alt Boyutu 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 (10 madde), Bilişsel Farkındalık Alt Boyutu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 14, 16 (9 madde)’dan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 95’tir, alınan yüksek puanlar daha yüksek doğurganlık farkındalığını ifade etmektedir. Puanların değerlendirilmesinde 19-43 arası puanlar düşük farkındalığı, 44-69 arası puanlar orta düzey farkındalığı, 70-95 arası puanlar ise yüksek farkındalığı göstermektedir. Araştırmada Cronbach alpha değeri ölçeğin toplamı için 0.887’dir (Özşahin ve Aksoy Derya, 2021) (EK-4). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri ölçeğin toplamı için 0.797 olarak bulunmuştur.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin doğrulanmasında ve raporlamada ve DataBeeg 1.0 programı kullanılmıştır. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, minimum-maksimum değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve

basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Çarpıklık ve basıklık değeri  $\pm 3$  arasında olduğundan normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki korelasyonu test etmek için ölçeklerin toplam puanlarına Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Kurulan modeller doğrultusunda çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Kurulan modele İnfertilite Tutum leği puanı, Aşı Tereddüdü leği puanı ve Fertilit Farkındalık leği puanı alınmıştır. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven düzeyinde ve anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.12. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (E-11811414-050.03-340570 sayılı) izin alındı (EK-6). Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (EK-7) alındı. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek gönüllü onam formu ile onamları alındı (EK-5) ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı belirtildi. Araştırmada kullanılan ölçekler için araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır (EK-8). Araştırma, Helsinki Bildirgesi esasları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

### **3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verileri Kilis Prof Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'nde tek merkezde toplandığından, araştırmanın sonuçları sadece bu örneklem grubuna genellenebilir. Hastaneye belirli bir sürede başvuran hastaların örnekleme dahil edilmesi de bir diğer sınırlılık olarak sayılabilmektedir.

## 4. BULGULAR

İnfertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığına etkisi incelenmiş ve araştırma sürecinde elde edilen bulgular tablolar ve açıklamaları halinde aşağıda sunulmuştur.

Elde edilen bulgular yedi başlık altında toplanmıştır.

4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.2. Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach's Alpha Değerleri

4.5. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilitate Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulgular

4.7. Regresyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

### 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.1.** Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=431).

Değişkenler		n	%
Yaş ( $\bar{X}\pm SS$ , 30.98 $\pm$ 8.65)	31 yaş altı	234	54.3
	31 yaş ve üstü	197	45.7
Kilo ( $\bar{X}\pm SS$ , 68.26 $\pm$ 13.75)	68 kg altı	221	51.3
	68 kg ve üstü	210	48.7
Eğitim durumu	İlköğretim	30	7.0
	Lise	89	20.6
	Üniversite ve üzeri	312	72.4
Çalışma durumu	Çalışmıyor	207	48.0
	Çalışıyor	224	52.0

**Tablo 4.1 (devam)**

Aylık gelir	Gelir giderden az	219	50.8
	Gelir gidere eşit	188	43.6
	Gelir giderden fazla	24	5.6
Sosyal güvence varlığı	Yok	89	20.6
	Var	342	79.4
Yaşanılan kişi	Yalnız	32	7.4
	Çekirdek aile	363	84.2
	Geniş aile	36	8.4
Şu anda yaşanılan yer	İl merkezi	355	82.4
	İlçe	59	13.7
	Köy / Kasaba	17	3.9
Medeni durum	Evli	349	81.0
	Bekâr	82	19.0
<b>Toplam</b>		<b>431</b>	<b>100.0</b>
Evlilik süresi ( $\bar{X} \pm SS$ , 10.06 $\pm$ 9.06)	10 yıl altı	224	59.7
	10 yıl ve üstü	151	40.3
<b>Toplam</b>		<b>349</b>	<b>100.0</b>
Sigara kullanma durumu	Kullanıyor	125	29.0
	Kullanmıyor	306	71.0
Alkol kullanma durumu	Kullanıyor	10	2.3
	Kullanmıyor	421	97.7
<b>Toplam</b>		<b>431</b>	<b>100</b>

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 30.98 $\pm$ 8.65’tir. Katılımcıların %54.3’ü 31 yaş altındadır. Kadınların kilo ortalaması 68.26 $\pm$ 13.75’tir. Kadınların %51.3’ünün kilosu 68 kg’ın altındadır (Tablo 4.1).

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %72.4’ü üniversite ve üzeri mezundur. Kadınların %52’si çalışmaktadır. Kadınların aylık gelirlerine göre dağılımı incelendiğinde %50.8’inin geliri giderden azdır. Kadınların %20.6’sının sosyal güvencesi yokken %79.4’ünün sosyal güvencesi vardır (Tablo 4.1).

Kadınların yaşadıkları kişiye göre dağılımları incelendiğinde, %84.2’sinin çekirdek ailesiyle, %8.4’ü geniş aileyle, %7.4’ü ise yalnız yaşamaktadır. Kadınların yaşadıkları yere

bakıldığında ise %82.4'ü il merkezinde, %13.7'si ilçede, %3.9'u ise köy/kasabada yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Kadınların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %81'i evli, %19'u ise bekârdır. Kadınların ortalama evlilik süresi  $10.06 \pm 9.06$  olarak bulunmuştur. Evli kadınların %59.7'sinin evliliği 10 yıl ve altında, %40.3'ünün ise 10 yılın üstündedir (Tablo 4.1).

Kadınların %29'u sigara kullanmakta %71'i ise kullanmamaktadır. Kadınların %2.3'ü alkol kullanmakta %97.7'si alkol kullanmamaktadır (Tablo 4.1).

#### 4.2. Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.2.** Kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri ile ilgili bulgular

Değişkenler		n	%
Abortus sayısı ( $\bar{X} \pm SS$ , $0.50 \pm 0.89$ )	Yok	306	71.0
	Bir	61	14.2
	İki	37	8.6
	Üç ve üzeri	27	6.3
Toplam gebelik sayısı ( $\bar{X} \pm SS$ , $1.93 \pm 1.70$ )	Yok	123	28.5
	Bir	82	19.0
	İki	71	16.5
	Üç	60	13.9
	Dört	48	11.1
	Beş ve üzeri	47	10.9
<b>Toplam</b>		<b>431</b>	<b>100.0</b>
İlk gebelik yaşı ( $\bar{X} \pm SS$ , $22.62 \pm 3.94$ )	23 yaş altı	151	49.0
	23 yaş ve üstü	157	51.0
<b>Toplam</b>		<b>308</b>	<b>100.0</b>
Yaşayan çocuk sayısı ( $\bar{X} \pm SS$ , $1.46 \pm 1.36$ )	Yok	149	34.6
	Bir	89	20.6
	İki	83	19.3
	Üç	66	15.3
	Dört ve üzeri	44	10.2
<b>Toplam</b>		<b>431</b>	<b>100.0</b>
İlk doğum yaşı ( $\bar{X} \pm SS$ , $23.16 \pm 3.95$ )	23 yaş altı	130	46.1
	23 yaş ve üstü	152	53.9
<b>Toplam</b>		<b>282</b>	<b>100.0</b>
Önceki doğum şekli	Vajinal doğum	174	61.7
	Sezaryen	108	38.3
<b>Toplam</b>		<b>282</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 4.2 (devam)**

Herhangi bir kronik hastalık varlığı (Kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, yüksek tansiyon vb.)	Yok	291	67.5
	Var, (DM, HT, astım, epilepsi, vb.)	140	32.5
Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlık varlığı	Yok	399	92.6
	Var, (depresyon, anksiyete, panik atak, vb.)	32	7.4
<b>Toplam</b>		<b>431</b>	<b>100.0</b>

Kadınların abortus öyküsü ortalaması  $0.50 \pm 0.89$ 'dur. Kadınların %71'inin abortus öyküsünün yokken, %14.2'sinin bir abortus öyküsü, %8.6'sının iki abortus öyküsü bulunmaktadır. Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması  $1.93 \pm 1.70$ 'dir. Kadınların %28.5'inin gebeliği henüz yokken, %19'unun bir gebeliği, %16.5'inin iki gebelik öyküsü vardır (Tablo 4.2).

Kadınların ilk gebelik yaş ortalaması  $22.62 \pm 3.94$ 'tür. Kadınların %49'unun ilk gebeliği 23 yaş altında, %51'inin ise 23 yaş ve üstünde gerçekleşmiştir. Kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $1.46 \pm 1.36$ 'dır. Kadınların %34.6'sının yaşayan çocuğu bulunmamaktadır. Kadınların %20.6'sının bir, %19.3'ünün iki, %15.3'ünün üç ve %10.2'sinin ise dört ve üzeri çocuğu olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Doğum öyküsü olan kadınların ilk doğum yaşı ortalaması  $23.16 \pm 3.95$ 'tir. Kadınların %46.1'inin ilk doğumu 23 yaş altında gerçekleşirken, %53.9'unun ise 23 yaş ve üstünde gerçekleşmiştir. Doğum öyküsü olan kadınların %61.7'si vajinal doğum yaparken %38.3'ü sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 4.2).

Kadınların %32.5'i herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Kadınların %7.4'ü ise tanısı koyulmuş psikolojik bir hastalığa sahiptir (Tablo 4.2).

### 4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

**Tablo 4.3.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

Değişken	arpıklık	Basıklık	Durum
İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	0.309	-0.158	Normal
Aşı Tereddüdü Ölçeği	-0.358	0.462	Normal
Fertilite Farkındalık Ölçeği	0.140	-0.111	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 4.3'te verilmiştir. Verilerin arpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Shao, 2002). Araştırmadaki verilerin dağılımını normaldir.

### 4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach's Alpha Değerleri

**Tablo 4.4.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri ve Cronbach's Alpha değerleri

Değişken	Minimum-Maksimum	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Cronbach's Alpha
İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ)	12.00-51.00	27.19 $\pm$ 7.52	0.824
Aşı Tereddüdü Ölçeği (ATÖ)	11.00-45.00	32.26 $\pm$ 5.83	0.862
Fertilite Farkındalık Ölçeği (FFÖ)	36.00-95.00	64.22 $\pm$ 10.31	0.797

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.4'te verilmiştir. İYTÖ minimum puanı 12.00, maksimum puanı 51.00'dir. İYTÖ puan ortalaması ise 27.19 $\pm$ 7.52'dir. ATÖ minimum puanı 11.00, maksimum puanı 45.00'tir. ATÖ puan ortalaması ise 32.26 $\pm$ 5.83'tür. FFÖ minimum puanı 36.00, maksimum puanı 95.00'tir. FFÖ puan ortalaması ise 64.22 $\pm$ 10.31'dir.

Kadınların FFÖ puan dağılımına bakıldığında %1.4'ünün (6) düşük düzeyde fertilitite farkındalığına, %68.9'unun (297) orta düzeyde fertilitite farkındalığına ve %29.7'sinin (128) ise yüksek düzeyde fertilitite farkındalığına sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach's Alpha değerleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Ölçek güvenilirlikleri hesaplanmış ve iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.50'den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir (Özdamar, 2015). İYTÖ Cronbach Alfa değeri 0.824, ATÖ Cronbach Alfa değeri 0.862 ve ATÖ Cronbach Alfa değeri 0.797'dir.

#### 4.5. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilitite Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

**Tablo 4.5.** Kadınların demografik özelliklerine göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilitite Farkındalık Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler		İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Aşı Tereddüdü Ölçeği	Fertilitite Farkındalık Ölçeği
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>Yaş</b> ( $\bar{X} \pm SS$ , 30.98±8.65)	31 yaş altı	25.89±7.60	33.18±5.64	65.69±10.31
	31 yaş ve üstü	28.74±7.14	31.17±5.88	62.48±10.06
	Test değeri	-3.982**	3.601**	3.262**
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.001*</b>
<b>Kilo</b> ( $\bar{X} \pm SS$ , 68.26±13.75)	68 kg altı	25.92±7.51	33.09±5.67	65.87±9.85
	68 kg ve üstü	28.53±7.32	31.39±5.88	62.49±10.52
	Test değeri	-3.652**	3.046**	3.443**
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.001*</b>

Tablo 4.5 (devam)

Değişkenler		İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Aşı Tereddüdü Ölçeği	Fertilite Farkındalık Ölçeği
Eğitim durumu	İlköğretim (1)	30.90±6.46	30.30±4.50	58.83±12.02
	Lise (2)	31.09±6.99	30.19±5.37	60.95±9.56
	Üniversite ve üzeri (3)	25.72±7.26	33.04±5.90	65.77±9.93
	Test değeri	23.852***	10.525***	13.942***
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
		<b>1&gt;3, 2&gt;3*****</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2*****</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2*****</b>
Çalışma durumu	Çalışmıyor	28.35±7.37	31.30±5.68	62.20±10.56
	Çalışıyor	26.12±7.52	33.15±5.84	66.09±9.72
	Test değeri	3.102**	-3.325**	-3.977**
	p	<b>0.002*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.000*</b>
Aylık gelir	Gelir giderden az (1)	28.53±7.53	31.61±5.56	62.45±9.95
	Gelir gidere eşit (2)	25.90±7.17	32.90±5.88	66.22±10.33
	Gelir giderden fazla (3)	25.00±8.21	33.21±7.28	64.75±10.89
	Test değeri	7.480***	2.842***	6.973***
	p	<b>0.001*</b>	0.059	<b>0.001*</b>
		<b>1&gt;2*****</b>	<b>2&gt;1*****</b>	
Sosyal güvence varlığı	Yok	27.92±7.08	30.98±5.57	62.03±10.49
	Var	27.00±7.63	32.59±5.86	64.79±10.20
	Test değeri	1.029**	-2.341**	-2.260**
	p	0.304	<b>0.020*</b>	<b>0.024*</b>
Yaşanılan kişi	Yalnız	25.88±7.51	34.13±5.04	66.22±8.11
	Çekirdek aile	27.15±7.52	32.19±5.90	64.27±10.51
	Geniş aile	28.78±7.54	31.28±5.60	61.94±9.79
	Test değeri	1.298***	3.184***	1.487***
	p	0.274	0.114	0.227

Tablo 4.5 (devam)

Değişkenler		İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Aşı Tereddüdü Ölçeği	Fertilite Farkındalık Ölçeği
Şu anda yaşanılan yer	İl merkezi (1)	26.40±7.20	32.50±5.84	64.65±10.45
	İlçe (2)	31.24±8.11	31.03±5.91	62.98±9.37
	Köy / Kasaba (3)	29.65±7.43	31.41±4.95	59.71±9.49
	Test değeri	11.989***	1.802***	2.372***
	p	<b>0.000*</b>	0.116	0.095
		<b>2&gt;1****</b>		
Medeni durum	Evli	27.63±7.58	31.96±5.98	64.06±10.20
	Bekâr	25.33±7.03	33.55±4.98	64.90±10.81
	Test değeri	2.505**	-2.235**	-0.663**
	p	<b>0.013*</b>	<b>0.026*</b>	0.508
Evlilik süresi ( $\bar{X}\pm SS$ , 10.06±9.06)	10 yıl altı	26.58±7.82	32.96±6.01	65.67±9.87
	10 yıl ve üstü	29.22±7.06	30.76±5.55	61.83±9.94
	Test değeri	-3.326**	3.598**	3.691**
	p	<b>0.001*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
Abortus sayısı ( $\bar{X}\pm SS$ , 0.50±0.89)	Yok (0)	26.24±7.44	32.63±5.70	64.98±10.43
	Bir (1)	26.56±6.70	33.10±5.74	64.75±9.55
	İki (2)	32.65±6.84	30.24±6.02	60.11±9.81
	Üç ve üzeri (3)	31.93±6.44	28.96±5.88	60.07±9.45
	Test değeri	12.815***	5.335***	4.115***
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.007*</b>
		<b>2&gt;0, 3&gt;0, 2&gt;1, 3&gt;1****</b>	<b>0&gt;3, 1&gt;3****</b>	<b>0&gt;2****</b>
Toplam gebelik sayısı ( $\bar{X}\pm SS$ , 1.93±1.70)	Yok (0)	24.44±7.39	33.92±5.48	66.50±10.70
	Bir (1)	26.46±7.37	33.44±5.41	65.46±10.70
	İki (2)	26.13±7.15	32.68±6.29	65.51±9.27
	Üç (3)	28.60±7.07	30.75±5.62	62.72±10.01
	Dört (4)	29.27±6.08	31.15±5.39	61.96±8.98
	Beş ve üzeri (5)	33.34±6.34	28.30±5.07	58.38±9.17
	Test değeri	12.686***	8.994***	5.694***

Tablo 4.5 (devam)

Değişkenler		İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Aşı Tereddüdü Ölçeği	Fertilite Farkındalık Ölçeği
	P	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
		<b>3&gt;0, 4&gt;0, 5&gt;0, 5&gt;1, 5&gt;2, 5&gt;3****</b>	<b>0&gt;3, 0&gt;5, 1&gt;5, 2&gt;5****</b>	<b>0&gt;5, 1&gt;5, 2&gt;5****</b>
<b>İlk gebelik yaşı</b> ( $\bar{X}\pm SS$ , 22.62±3.94)	23 yaş altı	29.68±7.23	31.13±5.37	62.05±9.88
	23 yaş ve üstü	26.96±7.15	32.05±6.25	64.52±10.04
	Test değeri	3.321**	-1.391**	-2.175**
	p	<b>0.001*</b>	0.165	<b>0.030*</b>
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b> ( $\bar{X}\pm SS$ , 1.46±1.36)	Yok (0)	24.93±7.88	33.68±5.81	66.20±10.92
	Bir (1)	27.19±6.73	33.12±5.31	64.66±9.62
	İki (2)	27.07±7.13	31.82±6.32	64.59±9.33
	Üç (3)	29.17±6.92	30.26±5.11	61.97±9.88
	Dört ve üzeri (4)	32.09±6.47	29.52±5.26	59.32±10.13
	Test değeri	9.930***	7.646***	4.888***
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>	<b>0.001*</b>
		<b>3&gt;0, 4&gt;0, 4&gt;1, 4&gt;2****</b>	<b>0&gt;3, 0&gt;4, 1&gt;3, 1&gt;4****</b>	<b>0&gt;3, 0&gt;4, 1&gt;4****</b>
<b>İlk doğum yaşı</b> ( $\bar{X}\pm SS$ , 23.16±3.95)	23 yaş altı	29.84±6.97	31.17±5.16	62.00±9.59
	23 yaş ve üstü	27.14±6.91	31.80±6.14	64.18±9.96
	Test değeri	3.259**	-0.919**	-1.868**
	p	<b>0.001*</b>	0.359	0.063
<b>Önceki doğum şekli</b>	Vajinal doğum	28.82±7.00	31.39±5.60	63.69±9.22
	Sezaryen	27.69±7.11	31.70±5.90	62.35±10.73
	Test değeri	1.310**	-0.455**	1.111**
	p	0.191	0.649	0.267
<b>Sigara kullanma durumu</b>	Kullanan	28.50±7.81	31.82±6.07	63.29±10.88
	Kullanmayan	26.65±7.35	32.44±5.73	64.60±10.06
	Test değeri	2.329**	1.010**	-1.204**
	p	<b>0.020*</b>	0.313	0.229

**Tablo 4.5 (devam)**

Değişkenler		İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Aşı Tereddüdü Ölçeği	Fertilite Farkındalık Ölçeği
<b>Alkol kullanma durumu</b>	Kullanan	24.50±11.53	34.80±5.61	69.60±10.29
	Kullanmayan	27.25±7.41	32.20±5.83	64.10±10.29
	Test değeri	-1.145**	1.395**	1.673**
	p	0.253	0.164	0.095
<b>Herhangi bir kronik hastalık varlığı (Kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, yüksek tansiyon vb.)</b>	Yok	26.25±7.16	32.65±5.96	64.96±10.19
	Var	29.14±7.90	31.44±5.49	62.70±10.43
	Test değeri	-3.782**	2.025**	2.136**
	p	<b>0.000*</b>	<b>0.043*</b>	<b>0.033*</b>
<b>Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlık varlığı</b>	Yok	26.96±7.44	32.47±5.73	64.62±10.29
	Var	30.00±8.05	29.59±6.54	59.28±9.30
	Test değeri	-2.206**	2.708**	2.841**
	p	<b>0.028*</b>	<b>0.007*</b>	<b>0.005*</b>

\*p<0.05, \*\*Bağımsız gruplarda t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi, \*\*\*\*Bonferroni düzeltmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Kadınların yaşları ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Yaşı 31 yaş ve üstü olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması 28.74±7.14, 31 yaş altı olan katılımcıların ise 25.89±7.60'dır. Yaşı 31 yaş altı olan katılımcıların ATÖ puan ortalaması 33.18±5.64, 31 yaş ve üstü olanların ise 31.17±5.88'dir. Yaşı 31 yaş altı olan kadınların FFÖ puan ortalaması 65.69±10.31, 31 yaş ve üstü olan kadınların ise 62.48±10.06'dır (Tablo 4.5).

Kadınların kiloları ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Kilosu 68 kg ve üstü olan kadınların İYTÖ puan ortalaması 28.53±7.32, 68 kg altı olan kadınların ise 25.92±7.51'dir. Kilosu 68 kg altı olan katılımcıların ATÖ puan ortalaması 33.09±5.67, 68 kg ve üstü olan kadınların ise

31.39±5.88'dir. Kilosu 68 kg altı olan kadınların FFÖ puan ortalaması 65.87±9.85, 68 kg ve üstü olan kadınların 62.49±10.52'dir (Tablo 4.5).

Kadınların eğitim durumları ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu ilkokul olan kadınların İYTÖ puan ortalaması 30.90±6.46, lise olan kadınların 31.09±6.99, üniversite ve üzeri olan kadınların ise 25.72±7.26'dır. Eğitim durumu ilkokul olan kadınların ATÖ ölçeği puan ortalaması 30.30±4.50, lise mezunlarının 30.19±5.37, üniversite ve üzeri olanların ise 33.04±5.90'dır. Eğitim durumu ilkokul olan kadınların FFÖ puan ortalaması 58.83±12.02, lise mezunlarının 60.95±9.59, üniversite ve üzeri olan kadınların ise 65.77±9.93'tür (Tablo 4.5).

Kadınların çalışma durumları ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Çalışan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması 26.12±7.52'dir. ATÖ puan ortalaması çalışan kadınlarda 33.15±5.84'tür. FFÖ puan ortalaması ise çalışan kadınlarda 66.09±9.72'dir (Tablo 4.5).

Kadınların gelir durumları ile İYTÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Gelir durumu "Gelir giderden az" olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması 28.53±7.53'tür. "Gelir gidere eşit" olan kadınların FFÖ puan ortalaması ise 66.22±10.33'tür. Kadınların gelir durumları ile ATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların sosyal güvence varlığı ile ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Sosyal güvencesi olan katılımcıların ATÖ puan ortalamaları 32.59±5.86'dır. Sosyal güvencesi olan kadınların FFÖ puan ortalaması 64.79±10.20'dir. Kadınların sosyal güvence varlığı ile İYTÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların yaşadıkları kişi ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların şu anda yaşadıkları yere ile İYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Şu anda yaşanan il olan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $26.40\pm 7.20$ 'dir. İlçede yaşayan kadınları İYTÖ puan ortalaması ise  $31.24\pm 8.11$ 'dir. Kadınların şu anda yaşadıkları yere ile ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların medeni durumları ile İYTÖ ve ATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Evli olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması  $27.63\pm 7.58$ 'dir. Bekâr olanların ise İYTÖ puan ortalaması  $25.33\pm 7.03$ 'tür. Evli kadınların ATÖ puan ortalaması  $31.96\pm 5.98$ 'dir. Bekarların ise ATÖ puan ortalaması  $33.55\pm 4.98$ 'dir. Kadınların medeni durumları ile FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların evlilik süresi ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Evlilik süresi 10 yıl ve üstü olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması  $29.22\pm 7.06$ 'dır. Evlilik süresi 10 yıldan az olan kadınların ATÖ puan ortalaması  $32.96\pm 6.01$ 'dir. 10 yıldan az evliliği olan kadınların FFÖ puan ortalaması ise  $65.67\pm 9.87$ 'dir (Tablo 4.5)

Kadınların abortus öyküsü sayısına göre İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Abortus öyküsü sayısı iki olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması  $32.65\pm 6.84$ 'tür. Bir tane abortusu olan kadınların ATÖ puan ortalaması  $33.10\pm 5.74$ 'tür. Abortusu olmayan kadınların FFÖ puan ortalaması ise  $64.98\pm 10.43$ 'tür (Tablo 4.5).

Kadınların toplam gebelik sayısı ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Gebelik sayısı beş ver üzeri olan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $33.34\pm 6.34$ 'tür. Gebeliği olmayan katılımcıların ATÖ puan ortalaması  $33.92\pm 5.48$ 'dir. Gebeliği olmayan katılımcıların FFÖ puan ortalaması ise  $66.50\pm 10.70$ 'tir (Tablo 4.5).

Kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması  $22.62 \pm 3.94$ 'tür. Kadınların ilk gebelik yaşları ile İYTÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). İlk gebelik yaşı 23 yaşın altında olan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $29.68 \pm 7.23$ , 23 yaş ve üzerindeki kadınların ise  $26.96 \pm 7.15$ 'tir. İlk gebelik yaşı 23 yaşın altında olan kadınların FFÖ puan ortalaması  $62.05 \pm 9.88$ , 23 yaş ve üzerindeki kadınların ise  $64.52 \pm 10.04$ 'tür. Kadınların ilk gebelik yaşları ile ATÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). Yaşayan çocuk sayısı dört ve üzeri olan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $32.09 \pm 6.47$ 'dir. Yaşayan çocuğu olmayan kadınların ise ATÖ puan ortalaması  $33.68 \pm 5.81$ 'dir. Yaşayan çocuğu olmayan kadınların FFÖ puan ortalamasının  $66.20 \pm 10.92$ 'dir (Tablo 4.5).

Kadınların ilk doğum yaşı ortalaması  $23.16 \pm 3.95$ 'tir. Kadınların ilk doğum yaşı ile İYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). İlk doğum yaşı 23 yaşın altındaki kadınların İYTÖ puan ortalaması  $29.84 \pm 6.97$ , 23 yaş ve üzerindeki kadınların İYTÖ puan ortalaması ise  $27.14 \pm 6.91$ 'dir. Kadınların ilk doğum yaşı ile ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların doğum şekli ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.5).

Kadınların sigara kullanımı ile İYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). Sigara kullanan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $28.50 \pm 7.81$ , kullanmayanların ise  $26.65 \pm 7.35$ 'tir. Kadınların sigara kullanımı ile ATÖ ve FFÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların alkol kullanımı ile İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.5).

Kadınların herhangi bir kronik hastalık varlığına göre İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan kadınların İYTÖ puan ortalaması  $26.25\pm 7.16$ 'dır. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların ATÖ puan ortalaması  $32.65\pm 5.96$ 'dır. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların FFÖ puan ortalaması ise  $64.96\pm 10.19$ 'dur (Tablo 4.5).

Kadınların tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlık varlığına göre İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik hastalığı olan katılımcıların İYTÖ puan ortalaması  $30.00\pm 8.05$ 'tir. Psikolojik hastalığı olmayan katılımcıların ATÖ puan ortalaması  $32.47\pm 5.73$ 'tür. Psikolojik hastalığı olmayan katılımcıların FFÖ puan ortalaması ise  $64.62\pm 10.29$ 'dur (Tablo 4.5).

#### 4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımına Yönelik Bulgular

**Tablo 4.6.** Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon katsayılarının dağılımı

Değişken		1	2	3
1- İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	r	1	-0.456	-0.269
	p		<b>0.000*</b>	<b>0.000*</b>
2- Aşı Tereddüdü Ölçeği	r		1	0.353
	p			<b>0.000*</b>
3- Fertilite Farkındalık Ölçeği	r			1
	p			

\* $p<0.05$

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu test etmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

İYTÖ ile ATÖ arasında orta düzeyde ( $r=-0.456$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

İYTÖ ile FFÖ arasında düşük düzeyde ( $r=-0.269$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

ATÖ ile FFÖ arasında düşük düzeyde ( $r=0.353$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

#### 4.7. Regresyon Analizi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Regresyon analizi sonuçları

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	$R^2$
1	İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği	Sabit	50.152	2.325	-	21.573	<b>0.000*</b>	60.894	<b>0.000*</b>	0.222
		Aşı Tereddüdü Ölçeği	-0.532	0.059	-0.413	-9.054	<b>0.000*</b>			
		Fertilite Farkındalık Ölçeği	-0.090	0.033	-0.123	-2.710	<b>0.007*</b>			

\*p<0.05

Aşı tereddüdünün ve fertilite farkındalığının infertiliteye yönelik tutum üzerindeki etkisini araştırmak için çoklu doğrusal regresyon uygulanmıştır. Kurulan modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=60.894, p<0.05).

Aşı Tereddüdü Ölçeğinin İnfertiliteye Yönelik Tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü ( $\beta=-0.532$ , p<0.05) bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %22.2'si açıklanmaktadır ( $R^2=0.222$ ).

Fertilite Farkındalık Ölçeğinin İnfertiliteye Yönelik Tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde negatif yönlü ( $\beta=-0.090$ , p<0.05) bir etkisi olduğu görülmektedir. Kurulan modelin %22.2'si açıklanmaktadır ( $R^2=0.222$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada infertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı ile ilişkisi incelenmiştir. Kadınların sosyodemografik, tıbbi ve obstetrik özellikleri ile ölçek puanları arasındaki farklar belirlendi. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği, Aşı Tereddüdü Ölçeği ve Fertilitate Farkındalık Ölçeği arasındaki korelasyon incelendi.

Araştırmanın temel bulguları literatür ışığında, aşağıdaki dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.2. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre Aşı Tereddüdü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

5.3. Kadınların Sosyodemografik, Obstetrik ve Tıbbi Özelliklerine Göre Fertilitate Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulguların Tartışılması

## **5.1. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Çalışma sonucunda İYTÖ puan ortalaması  $27.19 \pm 7.52$  olarak hesaplanmıştır. Şenoymak vd. (2024) çalışmasında İYTÖ puan ortalaması 50, Dönmez ve Emül (2021) çalışmasında  $46.00 \pm 7.59$ , Çakır vd. (2020)  $47.25 \pm 6.40$ , Bayram Değer'in (2024) çalışmasında  $49,10 \pm 7,51$  olarak bulunmuştur. Emül vd. (2020) araştırmasında ebe ve hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ) puan ortalaması  $47,00 \pm 7,82$  olarak bulunmuştur. İYTÖ puanının literatüre göre düşük olması kültürel farklılıklardan ve geleneksel aile yapısından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Yaşı 31 yaş ve üstü olan katılımcıların İYTÖ puanlarının, 31 yaş altı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Acar ve Satılmış (2022) çalışmasında ise 20 yaş ve altındaki katılımcıların İYTÖ puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dönmez ve Emül (2021) çalışmasında katılımcıların yaşları ilerledikçe infertilite bilgilerinin arttığı fakat İYTÖ puanlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Dönmez ve Emül'ün (2021) çalışması hemşirelik öğrencileri üzerinde yapıldığından dolayı verilen derslerin etkisiyle üst sınıf öğrencilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir. İnfertilite hakkında bilgi düzeyi arttıkça infertilitenin önemi ve insan hayatını pek çok yönden olumsuz etkilediği de bilinmektedir. Bu etkiden dolayı infertilite bilgi düzeyi ile infertilite tutumunun negatif korelasyon gösterdiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve lise olan katılımcıların İYTÖ puanlarının, üniversite ve üzeri olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Şenoymak vd. (2024) çalışmasında ise üniversite ve üzeri eğitime sahip katılımcıların İYTÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Bir başka çalışmada yine üniversite ve üzeri mezunların infertiliteye yönelik daha olumlu tutum halinde oldukları bulunmuştur (Erol, 2019). İnfertilite tutumu pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Çalışmaların her biri farklı yerlerde yapılmıştır. Araştırmalardaki bu farklı sonuçların o bölgedeki kültürel, sosyolojik özelliklerin farklı olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Şu anda yaşanan yer ilçe olan katılımcıların İYTÖ puanlarının, il merkezi olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çokan Dönmez ve Güner Emül (2021) çalışmasında katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerlere göre değerlendirildiğinde köyde yaşayanların İYTÖ puan ortalamalarının şehirde ve ilçede en uzun süre yaşayanlardan düşük olduğu bulunmuştur. Tezde ilçede yaşayan bireylerin İYTÖ puanının ilde yaşayan bireylere göre fazla bulunmasının nedeninin bilgi eksikliğinden dolayı infertilitenin ciddiyetinin ve öneminin bilinmemesi olduğu düşünülmektedir. Bunu destekleyen diğer veri de üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki kadınların diğer katılımcılara göre İYTÖ puan ortalamasının (25.72) düşük olması söylenebilir.

Evli olan katılımcıların İYTÖ puanlarının, bekâr olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bunu destekleyen bir bulgu da evlilik süresi 10 yıl ve üstü olan katılımcıların İYTÖ puanlarının, evli olmayan katılımcılara göre daha fazla olmasıdır. Şenoymak ve diğerlerinin (2024) çalışmasında ise İYTÖ puanı bekarlar, çocuksuz bireyler ve hiç gebelik yaşamamış kadınlar arasında daha olumlu bulunmuştur. Acar ve Satılmış (2022) çalışmasında da bekarların İYTÖ Puanı evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı bölgede evlilik dışı cinsel yaşam hoş karşılanmadığından bekar katılımcıların infertilite ile ilgili sorulara karşı olumsuz tutumlar sergileyebileceği düşünülmektedir.

Toplam gebelik sayısı beş ve üzeri olan katılımcıların İYTÖ puanları, diğer tüm gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Aynı şekilde yaşayan çocuk sayısı dört ve üzeri olan katılımcıların İYTÖ puanları, diğer tüm gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Bunun sebebi çok sayıda gebelik deneyimi yaşamış veya dört ve üzeri çocuğa sahip olan kadınların infertilite deneyimi yaşamayacaklarını düşünmeleri ya da infertilite korkusu yaşamamaları olabilir.

Murugappan vd. (2019) çalışmasında infertilite yaşayan hastalarda diyabet, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, serebrovasküler hastalık, iskemik kalp hastalığı ve madde bağımlılığı geliştirme olasılığı infertilite yaşamayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda kronik ve psikolojik bir hastalığı olan kadınların olmayanlara göre İYTÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi kronik hastalığı olan bireylerin infertilite riski taşıdığını düşünmelerinden veya infertiliteyi de bir kronik hastalık olarak görmelerinden dolayı olabilir.

Yapılan araştırmalarda sigara kullanımının fertilitiyi olumsuz etkilediği katılımcılar tarafından yüksek oranda bilinmektedir (Çokan Dönmez ve Güner Emül, 2021; Jurkowski, 2021; Ren vd., 2023). Buna karşın bu araştırmada sigara kullanan bireylerde İYTÖ puanı kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Siyez vd. (2018b) araştırmalarında ise sigara kullanımı ve infertilite tutumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

## **5.2. Kadınların Sosyodemografik, Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine Göre Aşı Tereddüdü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular**

Araştırmamızda Aşı Tereddüdü Ölçeği (ATÖ) ortalamasının  $32.26 \pm 5.83$ , olarak bulunmuştur. Altunbaş (2024) çalışmasında  $32.03 \pm 7.598$ , Sayan Kaya vd. (2025) 32, Çebi ve Mandiracıoğlu (2024)  $32,29 \pm 5,1$  olarak bulunmuştur. Verilerimiz literatür ile uyumludur.

Katılımcıların yaş ortalaması 31'dir. Yaş 31 altı olan katılımcıların ATÖ puanlarının, 31 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görölmektedir. 2022 yılında yapılan araştırmada 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların COVID-19 aşısına yönelik tutumu diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha olumlu bulunmuştur (Öztürk Çopur ve Karasu, 2022). Özceylan vd. (2020) yaptığı araştırmada ise genç yaş gruplarında aşı şirketlerine güvenmeyenlerin sayısı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Altunbaş'ın (2024) çalışmasında da genç yaşa sahip kadınların aşılamayla ilgili ciddiye ve engel algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumuna baktığımızda üniversite ve üzeri olan katılımcıların ATÖ puanlarının, ilkokul ve lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görölmektedir. Özceylan vd. (2020) araştırmasında da yüksek eğitim düzeyindeki katılımcıların daha az eğitilmiş olanlara göre aşıların yararsız olduğunu düşünmekte ve aşılara güvenmemektedir. Son yıllarda aşıya kolay erişebilen eğitilmiş bireyler arasında aşı reddinin yaygınlaştığı görölmektedir. Eğitime açık bu bireylere doğru bilgi sağlanarak aşı tereddüdü ve reddini azaltmaya yönelik uygulamalar yapılabilmektedir.

Araştırmada çalışan katılımcıların aşı tereddütlerinin çalışmayan katılımcılara göre daha az olduğu görölmektedir. Altunbaş'ın (2024) çalışmasında katılımcıların çalışma

durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fakat eğitim seviyesi ve istihdam durumu kadınların bilgi ve kültür seviyelerini etkilediğinden aşı tereddüdü ile bu etkenlerin negatif korelasyon göstermesi beklenen durumdur.

Özceylan vd. (2020) çalışmasında Türkiye'nin düşük sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerinde (Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu) aşılama oranı ve bilgisi düşük düzeyde bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerde (Marmara, Akdeniz, Ege Denizi ve Orta Anadolu) ise aşılamanın faydalı olmadığını düşünenlerin oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aşılamaı faydasız bulan bireylerin çoğunluğu, yüksek gelire sahip, genç, yüksek eğitimli kadınlardan oluşmaktadır. Aşı şirketlerine güvenmediğini belirten katılımcıların sayısı genç yaş, yüksek eğitim ve yüksek gelir gruplarında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Öztürk Çopur ve Karasu'nun (2022) araştırmasında da yine gelir durumunu iyi olarak nitelendiren katılımcıların aşıya karşı olumsuz tutumlarının olduğu bulunmuştur. Sayan Kaya vd. (2025) çalışmasında ise aşı tereddüdü ile yaş, eğitim, medeni hal ve gelir düzeyi gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu araştırmada abortus öyküsü olmayan katılımcıların ATÖ puanlarının, üç ve üzeri abortusu olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Kader'e (2019) göre halk arasında aşılamaın infertiliteye neden olduğuna yönelik inanışlar mevcuttur (Kader, 2019). Dolayısıyla üç ve üzeri abortus öyküsü olan kadınların aşılaraya yönelik tereddütlerinin kaynağı aşının infertiliteye neden olduğu gibi yanlış inanışlardan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Gebeliği olmayan katılımcıların aşı tereddütlerinin üç gebeliği olan katılımcılara göre daha az olduğu görülmektedir. Benzer şekilde daha önce doğum yapmamış katılımcıların aşı tereddütlerinin doğum yapmış katılımcılara göre daha az düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde gebelik ile aşı tereddüdü ilişkisi hakkında veri bulunamamıştır.

Araştırmada ortalama yaşın üstündeki kadınların aşı tereddüdünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Üç, dört ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadınların bir çocuğu olan veya olmayan

katılımcılara göre yaş ortalamasının daha yüksek olacağından bu sonucun yaşla ilgili olduğu düşünülmüştür.

Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınların aşı tereddütlerinin, kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Öztürk Çopur ve Karasu'nun (2022) araştırmasında kronik hastalığı olanların COVID-19 aşısına yönelik olumsuz tutum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu olumsuz tutumunun bireylerin, kronik hastalıkları nedeniyle daha savunmasız oldukları düşüncesinden kaynaklanabilmektedir. Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlık varlığı olmayan katılımcıların da ATÖ puanlarının, olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

### **5.3. Kadınların Sosyodemografik, Obstetrik ve Tıbbi Özelliklerine Göre Fertilite**

#### **Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmada FFÖ puan ortalamasının  $64.22 \pm 10.31$  olduğu görülmektedir. Kocaarslan ve Hasbek Dağlar (2024) çalışmasında FFÖ toplam puan ortalaması  $64,17 \pm 11,63$ 'tür. Kadınların %4,3'ünün düşük, %59,6'sının orta, %36,1'inin yüksek düzeyde fertilite farkındalığına sahip olduğu bulunmuştur. Özşahin ve Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında toplam FFÖ puan ortalaması  $70,89 \pm 10,50$  olarak bulunmuş ve fertilite farkındalığının katılımcıların yarısından fazlasında yüksek olduğu bildirilmiştir. Aktaş vd. (2024) çalışmasında katılımcıların fertilite farkındalık düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınların %1.4'ünün düşük, %68.9'unun orta ve %29.7'sinin ise yüksek düzeyde fertilite farkındalığı olduğu görülmektedir. Elde edilen veriler literatürle benzerdir.

Katılımcıların yaşlarına göre FFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Yaşı 31 yaş altı olan katılımcıların FFÖ puanlarının, 31 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında kadınların FFÖ toplam ve boyut puanlarının yaş arttıkça azaldığı, ancak bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Aktaş vd. (2024) çalışmasında ise 18-29 yaş grubunun farkındalığının 30 ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genç yaşlarda

fertilite isteğinin yüksek olması nedeniyle fertilite farkındalığının yüksek çıkması beklendik bir sonuçtur. Çalışma sonuçları ve literatür bu durumu desteklemektedir.

Kilosu ortalama değer olan 68 kg'ın altındaki katılımcıların FFÖ puanlarının, 68 kg ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında benzer şekilde FFÖ toplam ve tüm boyut puan ortalamalarının BKİ puanları arttıkça anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur. Nouri vd. (2014) çalışmasında da BKİ ne kadar düşükse, fertilite farkındalığı da o kadar yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim durumları ile FFÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve eğitim durumu üniversite ve üzeri olan katılımcıların FFÖ puanlarının, ilkökul ve lise olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında üniversite mezunlarının FFÖ puan ortalaması ortaokul-lise mezunlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Aktaş vd. (2024) çalışmasında da eğitim düzeyinin artmasıyla fertilite farkındalığı düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Fertilite bilgi düzeyini belirlemek amacıyla 2016'da yapılan bir araştırmada uygulanan ön testte, üniversite eğitimi almış katılımcıların puanlarının üniversite eğitimi almamış katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Garcia vd., 2016). Ren vd. (2023) çalışmasında da aynı şekilde yüksek eğitilmiş bireylerin fertilite farkındalık seviyeleri yüksek olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada çalışan katılımcıların FFÖ puanlarının, çalışmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında da çalışan kadınların FFÖ toplam puanları, çalışmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aktaş vd. (2024) çalışmasında da aynı sonuca varılmıştır. Çalışan kadınların eğitim seviyeleri daha yüksek olabileceğinden dolayı FFÖ puanlarının da yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca çalışan kadınların bilgi kaynaklarına erişim olanağının daha fazla olması ya da sosyal çevrelerinin etkileri fertilite farkındalığına olumlu etki sağlayabilmektedir.

Araştırmada aylık geliri "Gelir gidere eşit" olan katılımcıların FFÖ puanlarının, "Gelir giderden az" olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılardan sosyal güvencesi bulunanların FFÖ puanları bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında ise düşük ekonomik statüye sahip kadınların FFÖ puanı yüksek statüdekilere göre yüksek bulunmuştur.

Evlilik süresi 10 yıl altı olan katılımcıların FFÖ puanlarının, evlilik süresi 10 yıl ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Evlilik yılı ilerledikçe çiftler çocuk sahibi olmakta ve fertilitelerini sınırlandırmaktadır. Bu doğrultuda evlilik yılı az olan kadınların fertilitite isteği yüksek olacağından farkındalığının da yüksek olması beklendik bir sonuçtur.

Bu araştırmada abortus öyküsü olmayan katılımcıların FFÖ puanlarının, iki abortusu olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Fertilitite farkındalığı yüksek kadınların abortus sayısının az olması beklendik bir durumdur. Fakat Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında abortus ile FFÖ arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Gebeliği olmayan katılımcıların FFÖ puanlarının, beş ve üzeri gebeliği olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca gebeliği olmayan katılımcıların FFÖ puanlarının, ortalama gebelik yaşı olan 23 yaş altındaki katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde ilk gebelik yaşı ile ilgili bir bulgu bulunmamaktadır.

Katılımcıların ilk doğum yaşları ortalama değer olan 23'ün üstüne çıktıkça FFÖ puan ortalaması azalmaktadır. Özşahin ve Altıparmak (2021) çalışmasında ise ilk çocuk sahibi olma yaşı ile FFÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızın yapıldığı bölgede evliliklerin ve çocuk doğurmanın ertelenmemesi gerektiği inancı yaygındır. Bu düşünce yapısı FFÖ puanına yansımış olabilir.

#### **5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmada ölçekler arasında uygulanan Pearson korelasyon analizinde İYTÖ ile ATÖ arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Bu sonuç 'Aşı tereddüdü düşük kadınların infertiliteye yönelik tutumu, aşı tereddüdü yüksek kadınlara göre daha olumludur' hipoteziyle ( $H_{1a}$ ) çakışmaktadır. Bireylerin infertilite tutumu ile aşı tereddüdü arasındaki negatif korelasyon beklenmeyen bir

durumdur. Bunun sebebi aşılar hakkında bilgi eksikliğinden ve toplumdaki yanlış inanışlardan kaynaklı olabilmektedir. Bağımlı değişken olan infertilite tutumunun aşı tereddüdünden etkilenebileceği gibi, aşı tereddüdü de infertilite tutumundan etkilenebilmektedir. Literatürde infertilite tutumu ile aşı tereddüdü arasındaki ilişki hakkında yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

İYTÖ ile FFÖ arasında düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Fertilite farkındalığı yüksek kadınların infertiliteye yönelik tutumu, fertilite farkındalığı düşük kadınlara göre daha olumludur' hipoteziyle (H<sub>1b</sub>) çalışmaktadır. Bireylerin infertiliteye karşı olumlu tutumları ile fertilite farkındalığının arasında negatif bir korelasyon olması beklenmeyen bir durumdur. Bu sonucun bireylerin infertilite hakkında yetersiz bilgiye sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Seymenler (2017) araştırmasında da katılımcıların infertilite bilgi düzeylerinde önemli eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Bağımlı değişken olan infertilite tutumunun fertilite farkındalığından etkilenebileceği gibi, fertilite farkındalığı da infertilite tutumundan etkilenebilmektedir. Literatürde infertilite tutumu ve fertilite farkındalığı ile ilgili yapılan araştırma bulunmamaktadır.

ATÖ ile FFÖ arasında düşük düzeyde ( $r=0.353$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Fertilite farkındalığı yüksek kadınların doğurganlığı olumsuz etkileyen faktörleri bilmesi ve aşıların infertiliteye neden olduğu gibi asılsız iddialara itibar etmemesi sebebiyle aşuya olan tereddütlerinin daha az olması beklenen bir durumdur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

İnfertilite tutumunun fertilitate farkındalığı ve aşı tereddüdü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Kadınların sosyodemografik özelliklerinden; yaş, kilo, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar oluşturmaktadır.
- Kadınların tıbbi ve obstetrik özelliklerinden; abortus öyküsü, gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, çocuk sayısı, ilk doğum yaşı, doğum şekli, kronik ve psikolojik hastalık varlığı süresi İYTÖ, ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar oluşturmaktadır.
- Katılımcıların yaş ortalaması  $30.98 \pm 8.65$ 'tir. Yaşları ortalamasının altında olan katılımcıların İYTÖ puan ortalamaları üstünde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. ATÖ ve FFÖ puan ortalamaları ise yaşları ortalamasının altında olan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların FFÖ puanı ilköğretim ve lise düzeyindekilerin FFÖ puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. İYTÖ'nde ise en yüksek puan lise mezunlarına aittir. ATÖ puanlarına bakıldığında üniversite ve üzeri seviyesindekilerin puanları daha yüksektir. Bulunan bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır.

- Çalışma durumuna baktığımızda çalışan kadınların çalışmayanlara göre FFÖ ve ATÖ puanları daha yüksek, İYTÖ ise daha düşük bulunmuştur. Aylık gelir durumu yüksek olan kadınların ATÖ puanı diğer gelir gruplarına göre en yüksek, İYTÖ ise en düşüktür. FFÖ puanı en yüksek olan grup ise gelirin gidere eşit olduğu gruptur.
- Bekar olan katılımcıların İYTÖ puanı evli olanlara göre daha fazla olup FFÖ tutum puanları ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır. Evlilik yılı 10 yıl ve üzeri olan kadınların İYTÖ puanı en yüksek, ATÖ puanı ise en düşük bulunmuştur.
- Kadınların obstetrik öykülerine bakıldığında üç ve üzeri abortus öyküsü olan kadınların ATÖ puanı en düşüktür. FFÖ puanlarına bakıldığında ise hiç abortusu olmayan kadınların puanları en yüksek olarak belirlenmiştir. Beş ve üzeri çocuğu olan kadınların ATÖ ve FFÖ puanlarının en düşük, İYTÖ puanının ise en yüksek olduğu görülmektedir. Dört ve üzeri çocuğu olan kadınların ATÖ ve FFÖ puanları en düşük, İYTÖ puanının ise en yüksek olduğu görülmektedir. Hiç doğum yapmayan grubun FFÖ ve ATÖ puanları en yüksek olarak bulunmuştur. İlk doğumunu 23 yaş ve altında yapan kadınların İYTÖ puanı ise doğum yapmayanlara ve ilk doğumunu 23 yaşının üstünde yapanlara göre daha yüksektir.
- Sigara içenlerin İYTÖ puanı içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. ATÖ ve FFÖ puanları ise içmeyen grupta daha fazladır.
- Herhangi bir kronik hastalığı bulunun katılımcıların İYTÖ puanı yüksekken ATÖ ve FFÖ puanları daha düşük bulunmuştur. Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayanlarda FFÖ ve ATÖ puanları tanısı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İYTÖ puanı ise psikolojik hastalığı bulunanlarda daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırma sonucunda İYTÖ ile ATÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde negatif yönlü bir korelasyon ( $\beta=-0.532$ ,  $p<0.05$ ) saptanmıştır. Dolayısıyla ‘Aşı tereddüdü düşük kadınların infertiliteye yönelik tutumu, aşı tereddüdü yüksek kadınlara göre daha olumludur’ hipotezi ( $H_{1a}$ ) reddedilmiştir.

- Araştırma sonucunda İYTÖ ile FFÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü düşük düzeyde bir korelasyon ( $\beta=-0.090$ ,  $p<0.05$ ) saptanmıştır. Dolayısıyla ‘Fertilite farkındalığı yüksek kadınların infertiliteye yönelik tutumu, fertilite farkındalığı düşük kadınlara göre daha olumludur’ hipotezi ( $H_{1b}$ ) reddedilmiştir.
- Aşı tereddüdünün infertiliteye yönelik tutum üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $R^2=0.222$ ). Kurulan modelin %22.2’si açıklanmaktadır.
- Fertilite farkındalığının infertiliteye yönelik tutum üzerindeki etkisini araştırmak için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $R^2=0.222$ ). Kurulan modelin %22.2’si açıklanmaktadır.

## 6.2. Öneriler

Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar doğrultusundaki öneriler, ebelik hizmet alanına yönelik ve araştırmacılara yönelik olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

### *Ebelik hizmet alanına yönelik öneriler:*

- Kadınların infertilite bilgi düzeyinin artırılması amacıyla eğitimler verilip kampanyalar düzenlenerek tutumlarının daha olumlu olması sağlanmalı,
- Kadınların aşı tereddüdü ve varsa yanlış inanışları tespit edilmeli ve buna yönelik açık uçlu sorular sorulmalı ve aşuların infertilite neden olduğuna dair iddiaların asılsız olduğu araştırmalar kaynak alınarak açıklanmalı,
- Kadınların aşı konusunda fikirleri ve tereddüt nedenleri dinlenilmeli, bunların infertilite tutumlarına olumsuz etki etmemesi için soruları tarafsızca yanıtlanmalı ve bilgilendirme yapılmalı,
- Kadınların kendi kendine de doğru ve güvenilir bilgiye ulaşabilmeleri için kadınlar kanıta dayalı ve güncel sitelere yönlendirmeli,

- Ebeler; kadınların infertilite tutumları ve aşı tereddütleri konusunda güncel araştırmaları takip ederek, bilgi sahibi olmalı ve etkili bir şekilde aktarabilmek için iletişim kurma becerilerini geliştirecek eğitimler almalı,
- Kadınlara fertilitte farkındalığı kazandırmak amacıyla özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği alanlarda ve okullarda kadınlara eğitimler verilerek fertilitte farkındalığının artırılması sağlanmalı.

***Araştırmacılara yönelik öneriler:***

- Bireylerin infertiliteye yönelik tutumunu etkileyen faktörler hakkındaki araştırmaların yaygınlaştırılması,
- Farklı sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi ve bölgesel farklılıklar dikkate alınıp örneklem çeşitlendirilerek infertiliteye yönelik tutum hakkında araştırmalar artırılmalı,
- Aşı tereddüdü gibi tutumlar zaman içinde değişebildiğinden, çalışma gerekirse tekrarlayarak zamansal karşılaştırmalar yapılmalı,
- Nicel verilerin yanı sıra bireylerin düşünce ve duygularını derinlemesine anlamak adına nitel görüşmeler yapılarak çalışmanın derinliği artırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Abbasi, J.(2022). Widespread Misinformation About Infertility Continues to Create COVID-19 Vaccine Hesitancy. *JAMA*. 15(11), 1013-1015. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2404>
- Acar, Z., ve Satılmış, İ. G. (2022). Cultural perspective on infertility in Turkish society: the Istanbul sample. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(3), 635-650. <https://doi.org/10.52538/duhes.1127267>
- ACOG. (2019a). Committee Opinion 781: Infertility Workup for the Women’s Health Specialist. *Obstetrics & Gynecology*, 133(6), 1294–1295.
- ACOG. (2019b). Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/fertility-awareness-based-methods-of-family-planning> (Erişim tarihi: 01.01.2025)
- ACOG. (2021). E Modüle, Infertility. <https://www.acog.org/education-and-events/emodules/emod003> (Erişim tarihi: 05.12.2024)
- Afroughi, S. and Pouzesh, M. (2018). Prevalence and Risk Factors of Infertility in a Sample of Iranian Couples. *Journal of Biometrics & Biostatistics*, 09(04). <https://doi.org/10.4172/2155-6180.1000407>
- Akoku, D. A., Vukugah, T. A., Tihnje, M. A., ve Nzubepie, I. B. (2022). Childbearing intentions, fertility awareness knowledge and contraceptive use among female university students in Cameroon. *PLoS ONE*, 17(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276270>
- Aktaş Reyhan, F., Boylu Gülek, İ., and Ertaş, E. (2024). Determination of Women’s Fertility Awareness Levels and Influencing Factors. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 7(2), 134-142. <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1448679>
- Alsuwaidi, A. R., Hammad, H. A. A. K., Elbarazi, I., and Sheek-Hussein, M. (2023). Vaccine hesitancy within the Muslim community: Islamic faith and public health perspectives. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2190716>
- Altunbaş, N. (2024). Kadınların Human Papilloma Virüsü Enfeksiyonu ve Aşısına İlişkin İnanç Düzeylerinin ve Aşı Olmaya Yönelik Tereddütlerinin Belirlenmesi. *GÜSBD*, 13(3), 1141- 1148
- Ayçiçek, H. (2021). Toplum Bağışıklamasında Ebelerin Roller ve Güncel Sorun; Aşı Karşıtlığı. *Biruni Health and Education Sciences Journal*, 4(1), 60-67.
- Bayraktar, E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(3), 234-238.
- Bayram Değer, V. (2024). Öğrencilerin infertiliteye yönelik tutumları ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşleri. *Akd Tıp D*, 11(1), 39-48. <https://doi.org/10.53394/akd.1396231>
- Bu, F. L., Feng, X., Yang, X. Y., Ren, J. and Cao, H. J. (2020). Relationship between caffeine intake and infertility: a systematic review of controlled clinical studies. *BMC Womens Health*, 20(1):125. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00973-z>
- Carson, S. A. and Kallen, A. N. (2021). Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*, 326(1), 65–76. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4788>
- CDC. (2014). National public health action plan for the detection, prevention, and management of infertility. Atlanta. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/media/pdfs/infertility/DRH-NAP-Final-508.pdf>
- CDC. (2024a). Infertility: Frequently Asked Questions <https://www.cdc.gov/reproductive-health/infertility-faq/>
- Çağlar, M. ve Güngör Satılmış, İ. (2019). İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistemik derleme. *Andrology Bulletin*, 21(4), 170-176

Çakır, D., Dağlar, G., ve Bilgiç, D. (2020). Ebelik ve Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin İnfertiliteye İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 109-114.

Çebi F, Mandıracıoğlu A. (2024). Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Aşı Tereddüdü ve İlişkili Etmeler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1):57-6.

Chenafi-Adham, S., Boussetta-Charfi, O., ve Pillet, S. and Bourlet, T. (2024). Impact of Human Papillomavirus (HPV) on Male and Female Fertility. *Pathogens*, 7;13(12):1076. <https://doi.org/10.3390/pathogens13121076>.

Çokan Dönmez Ç. ve Güner Emül, T. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin İnfertiliteye İlişkin Bilgi Düzeyleri, Tutumları ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ordu University J Nurs Stud*, 4(3), 375-381. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.929199>

Dönmez, Ç., ve Emül, T. G. (2021). The knowledge and attitudes of nursing students infertility and determination of factors affecting these variables. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 375-381.

Duane, M., Stanford, J. B., Porucznik, C. A., and Vigil, P. (2022). Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning. *Frontiers in Medicine*, 24(9):858977. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.858977>

ECDC. (2017). Vaccine hesitancy. <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-vaccines/vaccine-hesitancy> (Erişim tarihi: 10.10.2024).

Emül, G., Çokan Dönmez, Ç. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2020). Ebe ve Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4). <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-80920>

Erol, D. Y. (2019). Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi.

Garcia, D., Vassena, R., Prat, A. and Vernaev, V. (2016). Increasing fertility knowledge and awareness by tailored education: a randomized controlled trial. *Reprod Biomed Online*, 32(1), 113-20. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.10.008>.

GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*, 403(10440):2057-2099. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6)

Goldstein, S., MacDonald, N. E., Guirguis, S., Eskola, J., Liang, X., Chaudhuri, M., Dube, E., Gellin, B., Larson, H., Manzo, M. L., Reingold, A., Tshering, K., Zhou, Y., Duclos, P., Hickler, B., and Schuster, M. (2015). Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 33(34), 4212-4214. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.042>

Holley, S. R., Pasch, L. A., Bleil, M. E., Gregorich, S., Katz, P. K. and Adler, N. E. (2015). Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril*, 103(5):1332-9. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.02.018>

Hsu, A. L., Johnson, T., Phillips, L. and Nelson, T. B. (2021). Sources of Vaccine Hesitancy: Pregnancy, Infertility, Minority Concerns, and General Skepticism. *Open Forum Infect Dis*, 9(3). <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab433>.

Inhorn, M. C., and Patrizio, P. (2014). Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411-426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>

İlter, H. (2020). Konya İlinde Çocukluk Çağı Aşı Reddi Konusunda Anne-Baba Görüşleri ve Aşılama

Etkileyen Faktörler. (Yayımlanmamış doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Jurkowski, L., Manubens, R., Ryberg, J. O., and Rossi, M. (2021). Fertility awareness, attitudes towards parenting, and knowledge about assisted reproductive technology among university students in argentina. *Jornal Brasileiro de Reproducao Assistida*, 25(3), 453–458. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20210019>

Kader, Ç. (2019). Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 377-88. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.590304>

Kaptanoğlu, Ş. N. (2018). Tersyüz Sınıf Modeline Dayalı Çevrimiçi İnfertiliteyi Önleme Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin İnfertilite Konusundaki Bilgi, Tutum ve Ders Motivasyonuna Etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi.

Karaca, B., ve Çımat, A. (2022). Türkiye’de Doğurganlık ve İşsizliğin Kadın İstihdamı Üzerindeki Etkisi: ARDL Sınır Testi ile Analizi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 23(50), 102-118.

Kılıç, M., Ejder Apay, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve Kültür. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(2), 109-115.

Kocaarslan Hasbek, Ö. ve Dağlar, G. (2024). Kadınlarda Fertilitate Farkındalığının ve Fertilitateyi Etkileyen Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Advances in Women’s Studies*, 6(1), 19-27. <https://doi.org/10.51621/aws.1432578>

Kroemeke A. and Kubicka E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PLoS One*. 13(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Kuohung, W. and Hornstein, M. D. (2020). Causes of Female Infertility. *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility?search=infertility&topicRef=7396&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility?search=infertility&topicRef=7396&source=see_link)

Lakoma K., Kukharuk, O. and Sliz, D. (2023). The Influence of Metabolic Factors and Diet on Fertility. *Nutrients*, 15(5):1180. <https://doi.org/10.3390/nu15051180>.

Liang C., Chung, H. F., Dobson, A. J. and Mishra, G. D. (2024) Association of a history of depression with infertility, miscarriage and stillbirth: a longitudinal cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 33(55), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000374>.

Lynch, C. D., Sundaram, R., Maisog, J. M., Sweeney, A. M. and Buck Louis G. M. (2014). Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study-the LIFE study. *Hum Reprod*, 29(5):1067-75. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu032>

Macit, M. S., ve Akdevelioğlu, Y. (2017). An overview of the relationship between fertility and caffeine intake. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(2), 138-145.

Maher, J. Y., Pal, L., Illuzzi, J. L., Achong, N., and Lundsberg, L. (2021). Racial and ethnic differences in reproductive knowledge and awareness among women in the United States. *F&S Reports*, 3(2), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2022.03.006>

Margiana, R., Yousefi, H., Afra, A., Agustinus, A., Abdelbasset, W. K., Kuznetsova, M., Mansourimoghadam, S., Ajam Ekrami, H., and Mohammadi, M. J. (2023). The effect of toxic air pollutants on fertility men and women, fetus and birth rate. *Reviews on Environmental Health*, 38(3), 565–576. <https://doi.org/10.1515/reveh-2022-0032>

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. and Stevens, G. A. (2012). 1990'dan bu yana kısırılık yaygınlığında ulusal, bölgesel ve küresel eğilimler: 277 sağlık araştırmasının sistematik bir analizi. *PLoS*, 9(12).

- McClure, C. C., Cataldi, J. R., and O'Leary, S. T. (2017). Vaccine Hesitancy: Where We Are and Where We Are Going. *Clinical Therapeutics*, 39(8), 1550–1562. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.07.003>
- Morgan J. C., Badlis, S., Head, K. J., Zimet, G., Cappella, J. N. and Kornides, M. L. (2025). Types of HPV Vaccine Misinformation Circulating on Twitter (X) That Parents Find Most Concerning: Insights From a Cross-Sectional Survey and Content Analysis. *J Med Internet Res*, 12. <https://doi.org/10.2196/54657>.
- Morshed-Behbahani, B., Lamyian, M., Joulaei, H., Rashidi, B. H. and Montazeri, A. (2020). Infertility policy analysis: a comparative study of selected lower middle- middle- and high-income countries. *Globalization and Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00617-9>
- Mosanya A. U., Aluh D. O., Anosike C., Akunne M. O., Anene-Okeke C. G., ve İsa, A. (2023) Predictors of fertility awareness among selected married women of childbearing age in Nigeria: a cross-sectional survey. *Afr Health Sci*. 23(3):79-89. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i3.11>.
- Murugappan, G., Li, S., Lathi, R. B., Baker, V. L., and Eisenberg, M. L. Increased risk of incident chronic medical conditions in infertile women: analysis of US claims data. (2019). *Am J Obstet Gynecol*, 220(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.214>.
- NICE. (2017). Fertility Problems. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/fertility>
- Noguera-Navarro C., Candela-González J. ve Orenes-Piñero E. (2025) Nutritional Changes to Improve Female Fertility: Role of Obesity, Hormones, Dietary Patterns and Endocrine Disrupting Chemicals. *Obstet Gynecol Surv*. 80(1):44-60. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001330>
- Nouri, K., Huber, D., Walch, K., Promberger, R., Buerkle, B., Ott, J. and Tempfer, C. B. (2014). Fertility awareness among medical and non-medical students: a case-control study. *Reprod Biol Endocrinol*, 26(12), 94. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-94>.
- Özceylan, G., Toprak, D. and Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Hum Vaccin Immunother*, 16(5), 1034-1039. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1717182>
- Özdamar, K. (2016). Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özşahin, Z. ve Aksoy Derya, Y. (2022). Fertility awareness scale development study in Turkish women. *European Journal of Integrative Medicine*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102101>
- Özşahin, Z., and Altıparmak, S. (2021). Determining the effects of women's fertility awareness levels on obstetric history. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 7(1), 132-142.
- Öztürk Çopur, E. ve Karasu, F. (2022). Bireylerin COVID-19 Aşısı Hakkında Düşünce ve Tutumları: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 7(2), 525-33. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2021-84513>
- Pedro, J., Brandão, T., Schmidt, L., Costa, M. E., ve Martins, M. V. (2018). İnsanlar doğurganlık hakkında ne biliyor? Doğurganlık farkındalığı ve ilişkili faktörler üzerine sistematik bir inceleme. *Upsala Tıp Bilimleri Dergisi*, 123 (2), 71–81. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186>
- Penzias, A., Azziz, R., Bendikson, K., Cedars, M., Falcone, T., Hansen, K., Hill, M., Jindal, S., Kalra, S., Mersereau, J., Racowsky, C., Reindollar, R., Shannon, C. N., Steiner, A., Stovall, D., Tanrikut, C., Taylor, H. and Yauger, B. (2021). Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 116(5), 1255–1265. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.08.038>
- Polis, C. B., Cox, C. M., Tunçalp, Ö., McLain, A. C., and Thoma, M. E. (2017). Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: An application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. *Human Reproduction*, 32(5), 1064–1074. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex025>

Ren, Y., Xie, Y., Xu, Q., Miaochen, U., Zheng, Y., Lin, L. and Niu, C. (2023). Üniversite öğrencilerinin doğurganlık farkındalığı ve onu etkileyen faktörler: sistematik bir inceleme. Üreme Sağlığı. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01628-6>

Sadeghi, M. R. (2015). Unexplained infertility, the controversial matter in management of infertile couples. J Reprod Infertil, 16(1):1-2.

Sakali, A. K., Bargiota, A., Bjekic-Macut, J., Macut, D., Mastorakos, G. And Papagianni M. (2024). Environmental factors affecting female fertility. Endocrine. 86(1):58-69. <https://doi.org/110.1007/s12020-024-03940-y>.

Saraç, M., and Koç, İ. (2017). Prevalence and Risk Factors of Infertility in Turkey: Evidence From Demographic and Health Surveys, 1993-2013. Journal of Biosocial Science, 50(4), 472-490. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000244>

Sayan Kaya, F. B., Doğruyol, A. R., Öztürk, H., Canbaz, S. and Ören Çelik, M. M. (2025). Vaccine hesitancy and acceptance among hemodialysis patients: a cross-sectional study in Turkey. BMC Public Health, 25(1), 1037.

Seymenler, S. (2017). Üniversite Öğrencilerinin İnfertilite ile İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi.

Seymenler, S. ve Siyez, D. M. (2018). İnfertilite psikolojik danışmanlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10(2), 186-197.

Shao, A. T. (2002). Marketing Research: An Aid to Decision Making, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.

Sharma, A., Kamboj, N., Saraswathy, K. N., Puri, M., Babu, N., and Mahajan, C. (2023). Knowledge, attitude, and practice of infertility: a comparative study in infertile and fertile Indian women. Journal of Biosocial Science, 55(5), 947-959. <https://doi.org/10.1017/S0021932022000347>

Sis Çelik, A. and Kırca, N. (2018). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 231:111-116. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.032>

Siyez, D. M., Esen, E., Baran, B., Seymenler, S., Kağınacı, D. Y., and Siyez, E. (2018a). Development of the Attitudes toward Infertility Scale (ATIS): validity and reliability study. *Cukurova Medical Journal*, 173-180. <https://doi.org/10.17826/cumj.403064>.

Siyez, D. M., Seymenler, S., Kağınacı, Y., Esen, E., Siyez, E., and Baran, B. (2018b). Investigating university students' attitudes towards infertility in terms of socio-demographic variables. *Health Psychology Report*, 6(4), 351-360. <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.77181>.

Skoracka, K., Ratajczak A. E., Rychter, A. M., Dobrowolska, A. ve Krela-Kaźmierczak I. (2021). Female Fertility and the Nutritional Approach: The Most Essential Aspects. *Adv Nutr*. 12(6), 2372-2386. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab068>

Şenoymak, İ., Tural, E., Tuzcular, E., ve Eğici, M. T. (2024). Exploring attitudes towards infertility: insights from a primary healthcare setting. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 5(4), 193-197.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP). <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77803/genisletilmis-bagisiklama-programi-gbp.html#>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Bağışıklama programı ve aşı takvimi. <https://asi.saglik.gov.tr/bagisiklama-programi-ve-asi-takvimi/asi-takvimi.html>

TNSA. (2018). Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)

- Topdemir Koçyiğit, O. T. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim dergisi*, 1(1), 27-37.
- Vander Borgh, M., ve Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62), 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Vefikuluçay Yılmaz, D., ve Güner Emül, T. (2021). İnfertilite Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi.
- TÜİK. (2023). Doğurganlık Verileri. <https://icmje.org/disclosure-of-interest/>
- TÜİK. (2025). İstatistiklerle Kadın. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2024-54076#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,02'sini%20ise%20erkekler%20olu%C5%9Fturdu.>
- WHO. (2015). Vaccine hesitancy: A growing challenge for immunization programmes. <https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes> (Erişim tarihi: 01.05.2024)
- WHO. (2021). Vaccines and immunization: What is vaccination? <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination> (Erişim tarihi: 01.05.2024)
- WHO. (2022a) Body mass index (BMI). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- WHO. (2023). Infertility prevalence estimates 1990-2021.
- WHO. (2024). Immunization coverage. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- Yassa, M., Arslan, E. and Gülbahar, D. S. (2019) Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Med J*, 44(2): 410-41.
- Yılmaz, N., Öke, P., ve Sönmez, S. (2021). Aşı Tereddüdü Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(3), 499-517. <https://doi.org/10.22139/jobs.962519>
- Yörük, S., and Güler, D. (2021). Factors associated with pediatric vaccine hesitancy of parents: a cross-sectional study in Turkey. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 17(11), 4505–4511. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1953348>
- Yüksel, F. ve Kara Uzun, A. (2021). Ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 1–8. <https://doi.org/10.12956/tchd.825092>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Boyacı, İ., Racowski C., de Mouzon J., Sokol R., Rienzi L., Güneş, A., Schmidt L., Cooke, I. D., Simpson, J.L. and van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Fertil Steril*, 108(3), 393-406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>
- Zhang, H., Qian, S., Chen, J. And S., Chen. (2024). Association between tea, coffee and caffeine consumption and risk of female infertility: a cross-sectional study. *Reprod Biol Endocrinol* 22(91), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12958-024-01261-3>

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Bengü Sena ALTUN
<b>Eğitim</b>	
<b>Lise</b>	Mustafa Kaynak Anadolu Lisesi-Denizli (2017)
<b>Lisans</b>	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2019-2022)
<b>Yüksek Lisans</b>	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2022-2025)
<b>Yabancı Dil Bilgisi</b>	
<b>İngilizce</b>	Orta derecede
<b>Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar</b>	
<b>Kuruluş Adı</b>	

## EKLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>EK-1.</b> Birey Tanıtım Formu.....	67
<b>EK-2.</b> İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ).....	70
<b>Ek-3.</b> Aşı Tereddüdü Ölçeği.....	71
<b>EK-4.</b> Fertilitate Farkındalık Ölçeği (Fertility Awareness Scale).....	72
<b>EK-5.</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	73
<b>EK-6.</b> Etik Kurul Karar Formu.....	75
<b>EK-7.</b> Kilis İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	77
<b>EK-8.</b> Ölçek Kullanım İzinleri.....	78

## EK-1. Birey Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Yukarıda adı yazan çalışma Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü. Dr. Öğr. Üyesi Öznur Yaşar danışmanlığında, Ebelik Yüksek Lisans öğrencisi olan Bengü Sena Altun tarafından yürütülmektedir. Bu veriler; “İnfertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı ile ilişkisinin incelenmesi” amacıyla toplanmaktadır. Araştırma için Etik Kurul’dan onay alınmıştır. **Araştırmanın tüm aşamalarında bilgileriniz gizli tutulacak, elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.** Anketin yanıtlanması gönüllülük esasına dayalıdır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:.....

Adı Soyadı:.....

Tarih:../../.....

1. Kaç Yaşındasınız?

Belirtiniz: .....

2. Kaç kilosunuz?

Belirtiniz:.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okur yazar değil                      b. Okuryazar                      c. İlkokul                      d. Ortaokul  
e. Lise                      f. Üniversite/Yüksekokul                      g. Lisans üstü

4. Mesleğiniz nedir?

Belirtiniz: .....

5. Aylık gelirinizi belirtiniz.  
a. Gelir giderden az      b. Gelir gidere eşit      c. Gelir giderden fazla
6. Sosyal güvenceniz var mı? Varsa belirtiniz.  
a. Var.....      b. Yok
7. Kimlerle yaşıyorsunuz?  
a. Yalnız      b. Çekirdek aile      c. Geniş aile
8. Şu anda yaşadığınız yer neresidir?  
a. İl merkezi      b. İlçe      c. Köy      d. Kasaba
9. Medeni durumunuz nedir?  
a. Evli      b. Bekar      c. Ayrı yaşıyor      d. Boşanmış
10. Evliyseniz kaç yıldır evlisiniz?  
a. Evli değilim      b. Belirtiniz.....
11. Daha önce düşük yaptınız mı?  
Belirtiniz: .....
12. Geçirdiğiniz gebelik sayısı nedir?  
Belirtiniz: .....
13. İlk gebelik yaşınız nedir?  
Belirtiniz:.....
14. Yaşayan çocuk sayınız nedir?  
Belirtiniz.....
15. İlk doğum yaşınız nedir?  
a. Daha önce doğum yapmadım      b. Belirtiniz:.....

16. Önceki doğum şekliniz (Varsa) nedir?

- a. Daha önce doğum yapmadım      b. Normal doğum      c. Sezaryen

17. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet: gün\adet.....      b. Hayır

18. Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Evet (belirtiniz).....      b. Hayır

19. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, yüksek tansiyon vb.)

- a. Yok      b. Var (belirtiniz).....

20. Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

- a. Yok      b. Var (belirtiniz).....

## EK-2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ)

MADDELER	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Çocuk sahibi olamayan çiftlerin hayatı eksiktir.					
2. İnfertil biriyle ilişki yaşamam.					
3. Bir ilişki kuvvetliyse çocuk sahibi olamamak bu ilişkiyi sarsmaz.					
4. Eğer bir kadın infertil ise bu durum partnerinin/ eşinin ondan ayrılması için bir neden değildir.					
5. Çocuk sahibi olamayan kadın kusurludur.					
6. Partnerim/eşimin infertil olduğunu öğrensem kahrımdan ölürdüm.					
7. Çocuk sahibi olamayacak olsam da ilişkimde mutlu olabilirim.					
8. Çocuk sahibi olamayan erkek kusurludur.					
9. İnfertil olduğumu bilsem bunu evlenmeden önce partnerimle/eşimle paylaşmazdım.					
10. Çocuk sahibi olamayacağımı öğrensem bunu çevrem ile paylaşmaktan çekinmem.					
11. İnfertil olsam “neden ben” diye kahrolurdum.					
12. Partnerimden/eşimden çocuk sahibi olamıyorsa tekrar evlenirim.					

### EK-3. Aşı Tereddüdü Ölçeği

MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Düzeyde	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Aşılar sağlığım için önemlidir.					
2. Aşılar etkilidir.					
3. Aşı yaptırmak toplumdaki diğer kişilerin sağlığı için önemlidir.					
4. Devlet tarafından topluma sunulan aşı programındaki tüm aşılar faydalıdır.					
5. Yeni aşılar eski aşılarından daha fazla risk taşır.					
6. Devletin aşı programından aşılar hakkında aldığım bilgiler inandırıcı ve güvenilirlerdir.					
7. Aşı yaptırmak kendimi hastalıktan korumak için iyi bir yoldur.					
8. Genellikle doktorumun veya sağlık kuruluşunun aşılar hakkındaki önerilerine uyarım.					
9. Aşıların ciddi yan etkileri olduğu konusunda endişeliyim.					

#### EK-4. Fertilité Farkındalık Ölçeği (Fertility Awareness Scale)

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
<b>Doğurganlığımı korumak için; (To preserve my fertility)</b>				
1.				
Herhangi bir sağlık problemim olmasa da bir sağlık profesyoneli (hekim, ebe) tarafından düzenli olarak muayene olmaya dikkat ederim				
2.				
Stres yaratan durumlardan uzak durmaya dikkat ederim				
3.				
Cep telefonumu bel, göğüs ve kalbe yakın bölgelerde taşımamaya dikkat ederim.				
4.				
Güneş ışığından faydalanmaya özen gösteririm (Günde 15 dk).				
5.				
Kahve, çay, kola gibi içecekleri fazla miktarda tüketmekten kaçınırım (2 fincandan fazla).				
6.				
Eşim/partnerim ile birlikte cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için prezervatif (kondom, kılıf) kullanmaya özen gösteririm.				
7.				
Gebeliklerim arasındaki sürenin en az 2 yıl olmasına dikkat ederim.				
8.				
Düzenli olarak egzersiz yapmaya özen gösteririm (haftada 3-4 gün en az 30 dk).				
9.				
Çocuk sahibi olmayı ileri yaşlara (35 yaş ve üstü) ertelememeye dikkat ederim.				
10.				
Vajinal akıntımındaki değişiklikleri (renk, koku, miktar) düzenli olarak takip ederim.				
11.				
Genital bölgemdeki anormal değişiklikleri takip ederim.				
12.				
Gebe kalma ihtimalimin artacağı ya da azalacağı günleri takip ederim.				
13.				
Yumurtlama dönemimde vücut sıcaklığımın yükseleceğini bildiğim için vücut sıcaklığımı düzenli olarak takip ederim.				
14.				
Yatak odası ve çocuk odasında televizyon bulundurmamaya özen gösteririm.				
15.				
Stresli durumlara karşılaştığımda uygun başatme teknikleri geliştirebilirim.				
16.				
Cinsel ilişki ile ilgili korkularımı, stres kaynaklarımı eşimle/partnerimle paylaşıyorum.				
17.				
Vajinal akıntıda anormal bir değişiklik fark ettiğimde sağlık profesyonellerine danışıyorum.				
18.				
Adet döngülerimin düzenli olup olmadığını takip ederim.				
19.				
Doğum yaptıktan sonraki ilk cinsel ilişkiden itibaren bir doğum kontrol yöntemi kullanmaya dikkat ederim.				

## **EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

İnfertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Bu araştırmanın amacı “kadınların infertiliteye karşı tutumlarının aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı ile ilişkilerinin varlığının ve derecesinin tespit edilmesidir”. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz, bu formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, infertilite tutumunun aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığı arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır. Balıkesir Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sorumlu araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Öznur Yaşar veya Bengü Sena Altun tarafından veri toplanacak ve elde edilen veriler kaydedilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için infertilite tutumu, aşı tereddüdü ve fertilitate farkındalığına ilişkin veriler yüz yüze anket yöntemleri kullanılarak toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur Yaşar ve Bengü Sena Altun tarafından Balıkesir Üniversitesi’nin Ebelik Anabilim Dalı’nda gerçekleşecek olan ölçüme dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana

gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence araştırmacılar tarafından verildi (*Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim*).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde, Sayın Bengü Sena Altun’u .....no’lu telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdı iki kopya şeklinde düzenlenir ve bir kopyası katılımcıya verilir.

Tarih: .... /....  
/.....

**Gönüllü Katılımcının**  
**Yasal Temsilcisinin**

**Sorumlu Araştırmacının Ya da**

**Adı ve Soyadı:**

**Adı ve Soyadı:**

**Adres:**

**Adres**

**Telefon:**

**Telefon:**

**İmza:**

**İmza:**

\*lm yapılacak değişkenlere ilişkin yöntemler detaylı bir şekilde metin içine yazılmalıdır.

\*\* Sorumlu araştırmacı: Araştırma konusu ile ilgili dalda uzmanlık veya doktora eğitimini tamamlamış kişi(leri) ifade eder.

\*\*\*Yardımcı araştırmacı: Sorumlu araştırmacının gözetiminde araştırma ekibinde yer alan kişi(leri) ifade eder.

\*\*\*\*Tüm boşluklar düzenlenirken kalın karakter ile yazılmalıdır.

## EK-6. Etik Kurul Karar Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.01.2024-E.340570



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :E-11811414-050.03-340570  
Konu : Etik Kurul Karar Formu

18.01.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR

Kurulunuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.  
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ziya İLHAN  
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu :BSPL21CF6T Pin Kodu :98362

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çalışma Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon:2666121400 Faks:2666121412

Web: <http://www.balikesir.edu.tr>

Keşif Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Volkan Koç

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 2666121400-101517





**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İnfertilite Tutumunun Aşı Tereddütü ve Fertilite Farkındalığı ile İlişkisinin İncelenmesi.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI-SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Öznur YAŞAR
KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
VARSA İDARI SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI		
DESTEKLEYİCİ		
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI		
YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ		Bengü Sena ALTUN Yüksek Lisans Öğrencisi-Ebelik Bölümü
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Kesitsel ve Korelasyonel Tıpta Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2024/2	Tarih: 09/01/2024
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Üvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof.Dr.	Ziya İLHAN	Başkan		X	
Prof.Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Başkan Yrd.		X	
Prof.Dr.	Figen EŞMELİ	Üye		X	
Doç.Dr.	Ozkan İŞİK	Üye		X	
Doç.Dr.	Celalettin ÇEVİK	Üye		X	
Doç.Dr.	Emrah ÖZCAN	Üye		X	
Dr.Öğr.Üyesi	Emrah ÖZDEMİR	Üye		X	

## EK-7. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.  
KILIS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-34007727-770-242728428  
Konu : Araştırma İzin Başvurusu (Bengü Sena  
ALTUN)

03.05.2024

### DAĞITIM YERLERİNE

Balıkesir Üniversitesi Ebelik Bölümü öğrencisi Bengü Sena ALTUN'ın '**İnfertilite Tutumunun Aşu Tereddütü ve Fertilitate Farkındalığı ile İlişkinin İncelenmesi**' konulu çalışmayı Müdürlüğümüze bağlı Prof. Dr. Alaeddin YAVAŞÇA Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup komisyonumuzca uygun görülmüştür.

15.02.2024-15.02.2025 tarihleri arasında veri toplamaya yönelik beyan edilen çalışmanın;

Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilerek yürütülmesi,

Beyan edilen süre içerisinde tamamlanmaması durumunda Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek ek süre talebinde bulunulması,

Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışmanın sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüze iletilmesi,

Araştırmadan elde edilecek verilerin Kilis İl Sağlık Müdürlüğünden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almadan yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ilerdeki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mehmet ÖZTİN  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Kararı

Dağıtım:

Gereği:

Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesine

Bilgi:

Bengü Sena Altun (05523191226)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: A28F888E-31C5-4A96-B128-7C330C82E638

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Öncüpınar Mahallesi Çevre Yolu Üzeri Merkez/KILIS 79000  
Telefon No: 03488221515 Faks No: 03488139230  
e-Posta: [kilis@saglik.gov.tr](mailto:kilis@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <https://kilisism.saglik.gov.tr>  
Kep Adresi: [kilissaglik@hs01.kep.tr](mailto:kilissaglik@hs01.kep.tr)

Bilgi için: PERİHAN POLAT  
Ebe  
Telefon No: 03488221515 - 106



## EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri



### İNFERTİLİTE TUTUM ÖLÇEĞİ Gelen Kutusu x



**Bengü Sena Altun**

Merhaba hocam, Ben Bengü Sena Altun. Balıkesir Üniversitesi Ebelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "İnfertilite Tutumunun Aşı Tereddütü ve Fertilite Farkınd



**Erol ESEN**

Sayın hocam, Öncelikle ilginiz için ekip adına teşekkür ederim. Yarın ofise gider gitmez ölçeği sizlere iletmiş olurum. Kolaylıklar Erol Esen Gönderen: Bengü Se



**Bengü Sena Altun**

Teşekkür ederim. İyi çalışmalar. 15 Ara 2024 Paz, saat 19:06 tarihinde Erol ESEN <erol.esen@cbu.edu.tr> şunu yazdı:



**Bengü Sena Altun**

Merhaba hocam, Geri dönüşünüzü bekliyorum. Teşekkür ederim. Sayın hocam,



**Erol ESEN** <erol.esen@cbu.edu.tr>

Alıcı: ben ▾

Ölçme aracı ektedir.

Kolaylıklar



## ÖLÇEK İZNI

Gelen Kutusu x



**Bengü Sena Altun**

Merhaba hocam, Ben Bengü Sena Altun. Balıkesir Üniversitesi Ebelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "İnfertilite Tutumunun Aşı Tereddütü ve Fertilite Fark



**zeliha özşahin**

Merhaba ölçeği yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim. 31 Oca 2024 Çar 21:14 tarihinde Bengü Sena Altun <mathersena@gmail.com> şunu



**Bengü Sena Altun** <mathersena@gmail.com>

Alıcı: zeliha

Teşekkür ederim hocam. İyi çalışmalar dilerim.

31 Oca 2024 Çar, saat 21:18 tarihinde zeliha özşahin <[zeliha.ozsahin@inonu.edu.tr](mailto:zeliha.ozsahin@inonu.edu.tr)> şunu yazdı:



ÖLÇEK İZNI Gelen Kutusu x



**Bengü Sena Altun**

Merhaba hocam, Ben Bengü Sena Altun. Balıkesir Üniversitesi Ebelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "Infertilite Tutumunun Aşı Tereddüdü ve Fertilite Fark



**Necla YILMAZ** <neclabardak@sdu.edu.tr>

Alıcı: ben

Bengü hanım merhaba, Türkiye'ye uyarladığımız "Aşı Tereddüdü" ölçeğini çalışmanızda veri toplama aracı olarak kullanabilirsiniz. Ölçeğin puanlaması ve boyutlandırması yayır

İyi çalışmalar dilerim.

&&&

*Doç. Dr. Necla Yılmaz*

*Süleyman Demirel Üniversitesi*

*İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*

*Sağlık Yönetimi Bölümü*



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...



Balıkesir Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası  
Çalış Yerleşkesi/BALIKESİR



(0 266) 612 14 62  
sagbilen@balikesir.edu.tr  
<http://www.balikesir.edu.tr>

