

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞAL YOLLA ÇOCUK SAHİBİ OLAN VE OLAMAYAN
KADINLARDA YILMAZLIĞIN YORDAYICILARI**

Aynur AYHAN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

KOCAELİ

2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞAL YOLLA ÇOCUK SAHİBİ OLAN VE OLAMAYAN
KADINLARDA YILMAZLIĞIN YORDAYICILARI**

Aynur AYHAN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Prof. Dr. Aslıhan Özlem POLAT

Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar No: KÜ GOKAEK 2016/21.7 Proje No: 2016/320

KOCAELİ

2019

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

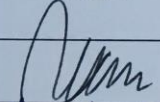
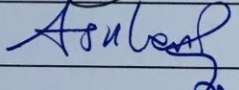
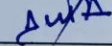
Tez Adı: Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınlarda Yılmazlığın Yordayıcıları

Tez yazarı: Aynur AYHAN

Tez savunma tarihi:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aslıhan POLAT

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Mustafa Yıldız	
ÜYE (DANIŞMAN)	Aslıhan Polat	
ÜYE	Gül Dilek	
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2019

Prof. Dr. Sema AŞKIN KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınlarda Yılmazlığın Yordayıcıları

Amaç: İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen psiko-sosyal bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Bu tezin temel amacı, infertil kadınlarda yılmazlığı yordayan unsurları belirlemektir. Çalışmamızda infertil kadınlarda çocukluk çağı travmaları öyküsü, depresyon düzeyi, infertiliteyle ilişkili stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzlarının yılmazlıkla ilişkileri araştırıldı. Elde edilen bulgular fertil kadınların sonuçlarıyla karşılaştırılarak sonuçların infertilite durumuna göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirildi.

Yöntem: Araştırma Ocak 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yardımla Üreme Teknikleri Merkezi (Tüp Bebek)'nde infertilite tedavisi alan kadınlar ve Kocaeli Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran çalışmaya dahil olma şartlarını karşılayan ve gönüllü olan kadınlarla yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere infertil ve fertil gruplar için ayrı hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formları, ÇÇTÖ, BDE, SBÇTÖ, FSE ve YÖ uygulanmıştır. FSE sadece infertil grupta kullanılmıştır. Uygulamalar bireysel olarak yapılmış ve 30-40 dakika sürmüştür. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

Bulgular: Çalışmamızda hem infertil YÖ toplam puan ortalamasının (149.42 ± 14.67) hem de fertil grubun ortalamasının (147.52 ± 15.04) yüksek olduğu, iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ($t_{(191)}=0.887$, $p>0.05$). İnfertil kadınlarda yılmazlıkla kendine güvenli yaklaşım ($r=0.233$), sosyal destek arama ($r=0.215$), çaresiz yaklaşım ($r=0.263$) ve çocuk olmadan geçen süre ($r=0.265$) ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan çoklu regresyon analizine göre yılmazlıktaki toplam varyansın %22'sini çocuk olmadan geçen süre ve kendine güvenli yaklaşım tarafından anlamlı olarak yordandığı tespit edilmiştir ($R=0.469$; $R^2=0.220$; $F=4.960$; $p \leq 0.001$).

Sonuç: Yapılan bu çalışma, nedensellik çalışmalarına zemin hazırlaması açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: infertilite, yılmazlık, stresle baş etme tarzı, çocukluk travması, depresyon

ABSTRACT

Predictors of Resilience in Women Who Have and not Able to Have Children with a Natural Way

Objective: Infertility is defined as a psycho-social problem affecting individual, family and society, not classified as a life-threatening disease (Kırca and Pasinlioğlu 2013). The main issue of this thesis is to determine predictors of resilience in infertile women. In our study was investigated relationships between resilience and history of childhood traumas, depression level, stress level associated with infertility, stress coping styles in infertile women. Results obtained whether there is any difference according to infertility, is evaluated by comparing the results of fertile women.

Method: The study was conducted with women who having working conditions and volunteer to join study, having infertility treatment in Kocaeli University Medical Faculty Assisted Reproduction Techniques Center and was conducted with women which apply for Obstetrics and Gynecology Department in Kocaeli University between January 2018-June 2018. Socio-demographic form which were prepared differently for infertile and fertile group ÇÇTÖ, BDE, SBÇTÖ, FSE, YÖ were applied to the people who agreed to participate in the study. FSE was applied only to infertile women. These applications were performed individually and took 30 to 40 minutes each. The study was a cross-sectional and descriptive type of study.

Results: In this study YÖ total score averages has been observed to be high both infertile women (149.42 ± 14.67) and fertile women (147.52 ± 15.04), there was no significant difference between the two groups ($t_{(191)}=0.887$, $p>0.05$). In infertile women was found positive significant relationship between resilience with secure approach ($r=0.233$), social support search ($r=0.215$), helpless approach ($r=0.263$) and time without child ($r=0.265$) ($p<0.05$). According to multiple regression analysis, 22 percentage of total variance in resilience significantly determined to be predicted by secure approach and time without child ($R=0.469$; $R^2=0.220$; $F=4.960$; $p \leq 0.001$).

Conclusion: This study is important for preparing the ground for causality studies.

Key words: Infertility, resilience, coping stress style, childhood trauma, depression

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman, emek ve bilimsel desteği için danışmanım Prof. Dr. Aslıhan POLAT'a, ruhsal iyileştirim alanında yeni bir ufuk açan ve araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin ve desteği veren Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a, araştırmanın yapılmasında kolaylık sağlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Doç. Dr. Ahmet Yiğit ÇAKIROĞLU başta olmak üzere Tüp Bebek Tedavi Merkezi birim çalışanlarına, yüksek lisans eğitimim boyunca mesai saatlerinde derslere katılmama tereddütsüz müsaade eden KOÜ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Programlar Şube Müdürü Uzm. Dr. Selim YÜKSEL'e, engin bilgi ve deneyimiyle fikirlerime çanak tutan değerli hocam İktisatçı Prof. Dr. Gökhan KARABULUT'a,

Hayatımın her aşamasında sabır, anlayış ve destek veren annem Hasine Ayhan, babam Ahmet AYHAN, ablalarım Yeliz AYHAN ile Filiz AYHAN, abim Hasan AYHAN, kardeşlerim Mazlum AYHAN, Doğan Ayhan, Şilan AYHAN'a ve bölüme başlamamda ilham kaynağım olan abim Tarık AYHAN'a,

Arkadaşlarım Uzm. Psikolog Nalan ASLAN, Uzm. Psikolog Deniz ORUÇ, Muhasebeci Havva YAZAR, Hemşire Leyla SAKIN'a

Ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara teşekkür ederim.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..../..../2019

Aynur AYHAN

İmza

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. İnfertilite	2
1.1.1. İnfertilitenin Tanımı	2
1.1.2. İnfertilite Yaygınlığı	3
1.1.3. İnfertilite Nedenleri	4
1.1.4. İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler	5
1.1.5. İnfertilitede Tanı ve Tedavi Yöntemleri	7
1.1.6. İnfertilite Tarihçesi ve Farklı Topumlarda İnfertiliteye Yüklenen Anlamlar	13
1.1.7. İnfertil Çiftlerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar	15
1.1.8. İnfertilite ve Psikiyatrik Sorunlar	17
1.2. Yılmazlık	20
1.2.1. Yılmazlığın Tanımı	20
1.2.2. Yılmazlık İçin Yapılan Farklı Tanımlamalar	21
1.2.3. Yılmazlığın Gelişim Süreci	22
1.2.4. Yılmazlıkla İlişkili Unsurlar	24
1.3. İnfertilitede Yılmazlık	25

2. AMAÇ	26
3. YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yerinin Seçimi	27
3.3. Araştırma Örnekleme	27
3.4. Araştırmanın Kontrol Grubu	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.6. Araştırmanın Yöntemi	28
3.7. Veri Toplama Araçları	29
3.7.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK 5, EK 6)	30
3.7.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK 11)	30
3.7.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK 9)	31
3.7.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (EK 8)	32
3.7.5. Fertilite Sorunu Envanteri (FSE) (EK 7)	35
3.7.6. Yılmazlık Ölçeği (EK 10)	36
3.8. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	38
3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması	39
3.9.1. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	39
4. BULGULAR	40
4.1. İnfertil ve Fertil Grubun Sosyo-demografik Özellikleri	40
4.2. İnfertil Grubundaki Kadınların İnfertilite Durumuna İlişkin Özellikleri	44
4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Bulguları	49
4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Bulguları	50
4.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Bulguları	51

4.6.	Fertilite Sorunu Envanteri (FSE) Bulguları	52
4.7.	Yılmazlık Ölçeği (YÖ) Bulguları	58
4.7.1.	İnfertil Grubu ve Fertil Grubundaki Kadınlarda Sosyo-Demografik Değişkenlerin YÖ Puanları İle Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular	58
4.7.2.	İnfertil Grubundaki Kadınların Kategorik Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından YÖ Puanlarının Karşılaştırılması İle İlgili Bulgular	59
4.8.	İnfertil Grupta Yılmazlık Ölçeği (YÖ) İle BDE, ÇÇTÖ, SBÇTÖ ve FSE Puanlarının İlişkisi	61
4.9.	İnfertil kadınlarda YÖ Puanlarını Yordayan Unsurlar	63
5.	TARTIŞMA	64
5.1.	İnfertil Kadınlarda Fertil Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri	64
5.2.	İnfertil Grubun İnfertilite Durumuna İlişkin Özellikleri	67
5.3.	İnfertil ve Fertil Kadınların Depresyon Durumu	70
5.4.	İnfertil ve Fertil Kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı	72
5.5.	İnfertil ve Fertil Kadınlarda Kullanılan Stresle Başa Çıkma Tarzları	74
5.6.	İnfertil Kadınların İnfertiliteyle İlişkili Global Stres Düzeyi	76
5.7.	İnfertil Kadınlarda Yılmazlıkla İlişkili Değişkenler	80
5.8.	Sınırlılıklar	86
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
	KAYNAKLAR DİZİNİ	89
	ÖZGEÇMİŞ	
	EKLER	
	EK 1. Etik Kurul Onayı	
	EK 2. İnfertilite Grubu Aydınlatılmış Onam Formu	
	EK 3. Fertil Grubu Aydınlatılmış Onam Formu	

EK 4. Onam Formu (D₂)

EK 5. Fertil Grubu-Sosyo-Demografik Bilgi Formu

EK 6. İnfertil Grubu-Sosyo-Demografik Bilgi Formu

EK 7. Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)

EK 8. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

EK 9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

EK 10. Yılmazlık Ölçeği (YÖ)

EK 11. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- HÜNEE: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü
- PGD: Preimplantasyon Genetik Tanılama
- İVF-ET: İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi
- HİV-pozitif: Human İmmunodeficiency Virus pozitif
- BDE: Beck Depresyon Envanteri
- ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
- FSE: Fertilite Sorunu Envanteri
- YÖ: Yılmazlık Ölçeği
- RÖGÖ: Rosembaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği
- KOÖ: Kontrol Odağı Ölçeği
- BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği
- PÇE: Problem Çözme Envanteri
- GSP: Global Stres Puanı
- TBT: Tüp Bebek Tedavisi
- YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri
- İVF: İnvitro Fertilizasyon
- CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
- M.Ö.: Millattan Önce
- G.A.: Güven Aralığı
- Y.D.A. : Yabancı Dil Ağırlıklı

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. SBTÖ alt ölçeklerinin madde dağılımları.....	32
Çizelge 3.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi	38
Çizelge 4.1. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	41
Çizelge 4.2. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların eşlerine sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	42
Çizelge 4.3. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların yaşadıkları bölge, yer ve aile tipiyle ilgili özelliklerin dağılımı	43
Çizelge 4.4. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların evlilik biçimi, süresi ve eşle akrabalık bağına dair özelliklerin dağılımı... ..	43
Çizelge 4.5. İnfertil ve fertil grubunun tıbbi hastalık durumu, alkol/sigara kullanımı ve psikolojik destek durumuyla ilgili özelliklerin dağılımı... ..	44
Çizelge 4.6. Kadınların infertilite durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı... ..	45
Çizelge 4.7. Kadınların infertilite durumlarını öğrendiklerinde hissettiği duyguların dağılımı.....	47
Çizelge 4.8. Kadınların infertiliteye çözüm için başvurdukları yöntemlerin dağılımı.....	48
Çizelge 4.9. İnfertil kadınların infertilite durumunu paylaşım özelliklerinin dağılımı.....	48
Çizelge 4.10. İnfertil ve fertil grubun BDE puanlarının depresyon düzeyine göre dağılımı	49
Çizelge 4.11. BDE puanlarının gruplara göre Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması.	50
Çizelge 4.12. İnfertil ve fertil gruptaki kadınlarda kesme puanı üzerinde ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçek puanı alanların dağılımı... ..	50
Çizelge 4.13. İnfertil ve fertil grubun ÇÇTÖ'den ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı.....	51
Çizelge 4.14. İnfertil ve fertil grubun SBTÖ alt ölçek puan ortalamalarının Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılması.....	52
Çizelge 4.15. İnfertil kadınlarda FSE alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	52
Çizelge 4.16. İnfertil kadınların FSE Global Stres Puan (GSP) düzeylerine göre dağılımı.....	53

Çizelge 4.17. İnfertil kadınların FSE puanlarının çalışma durumu açısından ortalamalarının Bağımsız Örneklem için t testiyle karşılaştırılması.....	53
Çizelge 4.18. İnfertil kadınların FSE puan ortalamalarının evi paylaşma durumu açısından Bağımsız Örneklem için t testiyle karşılaştırılması	54
Çizelge 4.19. İnfertil kadınların FSE puanlarının önceden psikolojik destek alma durumu açısından ortalamalarının karşılaştırılması.....	55
Çizelge 4.20. İnfertil kadınlarda sosyo-demografik değişkenlerle FSE toplam puan ve alt ölçek puanlarının ilişkileri... ..	57
Çizelge 4.21. İnfertil ve fertil grubunda sayısal sosyo-demografik değişkenlerle YÖ arasındaki ilişki sonuçları... ..	58
Çizelge 4.22. İnfertil grubunda infertiliteyle ilgili sosyo-demografik değişkenlerin YÖ puanları ile arasındaki ilişki sonuçları.....	59
Çizelge 4.23. İnfertil grubundaki kadınlarda YÖ puanları ile BECK, ÇÇTÖ, SBTÖ ve FSE ölçek puanlarının ilişkileri... ..	62
Çizelge 4.24. İnfertil kadınlarda YÖ puanlarının Çoklu Regresyon Analizi ile incelenmesi (Enter yöntemi).....	62

1. GİRİŞ

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin en az bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe olarak tanımlanmaktadır (Mosher ve Prett 2014).

Dünyada ortalama her 10 kadından biri, Türkiye’de ise evli her 6 kadından biri bu sorunu yaşamaktadır (Koçyiğit 2012). İnfertilite, yüksek prevalansta görülmesi ve infertil çiftlerin yaşadıkları problemler nedeniyle ülkemiz ve diğer gelişmekte olan ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Beklenmedik ve ani bir yaşam krizi şeklinde ortaya çıkan infertilite, beklenilmediği gibi bazen açıklanamayan, tanısı ve tedavisi uzun yıllar alan, yüksek düzeyde stresli ve uyum sağlamada bireyi zorlayan bir haldir. İnfertilite söz konusu olduğunda bireyin bir doktor, avukat veya bilim insanı olması değil infertil olması ön plandadır (Taşçı 2008).

İnfertilitede etken erkek faktörü olsa dahi, karmaşık tedaviler ve girişimsel işlemlere maruz kalan genellikle kadınlardır. İnfertilite sorunun kendisiyle beraber tanı öncesi, tanı sırası ve uzun yıllar alabilen tedavi süreci, kadınlar için duygusal, fiziksel ve maddi olarak stres yüklü bir deneyim olmaktadır. Araştırmalara göre bu süreçte infertil kadınların yaşadıkları stres düzeyi ve depresyon şiddeti HIV-pozitif, kanser, kalp rahatsızlığı olan kadınların yaşadığı stres düzeyi ve depresyon şiddetinden daha yüksektir (Kainz 2001). Terzioğlu ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında Swaffleld tarafından yapılan araştırmaya göre, çiftler yaşadıkları stres nedeniyle ani düşük tehdidi ile karşılaşma, ovülasyonda sıkıntılar yaşama, programdan ayrılma gibi problemler yaşamaktadırlar. Yaşanılan bu stresin üstesinden gelmede kişilerin etkili stresle baş etme yöntemlerini kullanması kadar önemli olan bir kişisel özellik, kişilerin ‘tekrar toparlanma, zorluklara dayanma ve kendi kendini iyileştirme kapasitesi’ olarak tanımlanan (Henderson ve Milstein 1996) yılmazlıklarının yüksek olmasıdır (Sexton ve diğ. 2010). Yapılan çalışmalarda yüksek düzeyde yılmazlığın (psikolojik sağlamlığın), bireyleri infertiliteye bağlı oluşan stresten (Herrmann ve diğ. 2011) ve depresyondan koruyucu, pozitif duyguları arttırıcı işlevi olduğunu göstermektedir (Mak ve diğ. 2011).

1.1. İnfertilite

1.1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin (15-49 yaş arası) en az bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe olarak tanımlanmaktadır (Mosher ve Prett 1991). DSÖ bu süreyi 2 yıla çıkarmakla birlikte oligomenore, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi infertiliteye yol açabilecek hastalıklara sahip çiftlerde infertilite sebeplerinin bir yıldan önce araştırılarak izlenecek tedavi ve müdahalenin belirlenmesi önerilmektedir (Lewis 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) infertiliteyle ilgili uyarlanan tanımlarına göre;

Birincil (Primer) infertilite: En az bir yıl boyunca çiftin gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanmaksızın düzenli olarak haftada 2-3 kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsünün olmaması.

İkincil (Sekonder) infertilite: Çiftin canlı doğumla sonuçlanmış en az bir gebelik öyküsünün olması, fakat daha sonraki süreçte tekrar çocuk sahibi olmak istediklerinde en az bir yıl boyunca gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanmaksızın ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi.

Gebelik Kaybı: Gebe kalabilen kadının gebeliğinin canlı doğum yapacak kadar uzun sürmemesi.

Fertilite hızı: Bir yılda belli bir nüfusta gebe kalma oranıdır. Belirlenen bir toplumda bir yılda gerçekleşen canlı doğum sayısının üreme çağındaki kadın sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır.

Fekondite (fekondabilite) hızı: Sağlıklı çiftlerin gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanmadan düzenli olarak haftada 3-4 kez cinsel ilişkide bulduklarında kadının bir adet döngüsü içinde gebe kalma oranıdır ve bu oranın %26 olduğu belirtilmektedir. Belli adet döngüsü sayısında belirlenen gebeliklerin, düzenli ve herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın ilişkide bulunan kadınların toplam adet döngüsü sayısına bölünmesiyle hesaplanır (T.C. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005). Sağlıklı bir kadının bir aylık süreçte gebe kalma oranı %25, üç ay içinde %57, altı ay içinde %72 ve 1 yıl içinde %85 ve 2 yıl içinde %93 olduğu görülmektedir (Fenkci 2012).

1.1.2. İnfertilite Yaygınlığı

İnfertilite, görülme sıklığı ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklılık gösterebilen bir olgudur. Dünyada %8-12 arasında infertilite oranıyla DSÖ'nün (WHO 1991) tahminlerine göre tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilediği, Türkiye'de ise bu oranın ise %10-20 arasında değiştiği belirtilmektedir (Taşçı ve diğ. 2008). Gelişmekte olan ülkelerde infertilite sıklığının %50'lerde olduğu belirtilmektedir. Bu farklılığın nedeni, bu ülkelerde özellikle klamidyaya, gonore (bel soğukluğu) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını ve sonuçlarını engellemek için tıbbi tedaviye ulaşmanın zor olması, etkin veya hiç tedavi edilememesidir (Bayer ve diğ. 2008).

Aktürk'ün (2006) aktardığı Türkiye'de 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre; 15–49 yaş aralığında olan evli kadın oranının %23 olduğu ve bu oranın yaklaşık 31,3 milyon kadına karşılık geldiği tespit edilmiştir. Söz konusu kadınların %8,5'i infertilite olup yaklaşık 1,5 milyon kadın ve eşleri de hesaba katıldığında 3 milyon kadar insanın infertiliteden direkt olarak etkilendiği görülmektedir.

Bir araştırmada zaman içerisinde infertilite oranlarında bir artışın olduğuna dikkat çekilmektedir. ABD'de 1965'ten söz konusu araştırmanın yayınlandığı 1985'e kadar geçen zamanda 20-24 yaş arasındaki kadınlarda infertilitenin yaklaşık 3 katına çıktığı belirtilmektedir. Son teknolojik gelişmelerle infertilitenin tanılama ve nedenleri saptama yöntemlerinde artış, farklı tedavi seçeneklerinin artması ve sigorta şirketlerinin yapılan bazı müdahalelere ödenekler ayırmasına bağlanmaktadır. Bunların yanında evlilik yaşıyla beraber gebe olma yaşının yükselmesi, rahim içi araçların ve gebelik önleyici ilaçların (intrauterin araç ve kontraseptifler) kullanılması, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artışın olmasının da etkileri olduğu belirtilmektedir (Whiteford ve Gonzalez 1995).

Türkiye'de infertilite oranlarında zaman içerisinde gösterdiği artışa ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri kaynaklık etmektedir. Bu verilere göre 15-49 yaş arası hiç canlı doğum yapmayıp çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı 2008 yılında % 3.9 iken 2013 yılında %11.2 olduğu görülmektedir.

1.1.3. İnfertilite Nedenleri

Sağlık bir çocuğa sahip olabilmek için; kadın ve erkeğin üreme işlevlerini yöneten nöro-endokrin sisteminin uyumlu çalışması, genital organların normal yapıda olması, spermatozoid (menide bulunan ve kendiliğinden hareket edebilen hücre) ve ovumun (yumurta) normal olup sağlıklı bir şekilde aşılması, aşılınmış ovumun uterusu geçişi, zigotun uterusu yerleşmesinin sağlıklı olması, embriyonun gebelik sürecinde normal gelişimini tamamlaması ve sağlıklı doğumun gerçekleşmesi gerekir (Özkan 2019).

Bilinen ve bilinmeyen birçok faktör infertiliteye neden olmaktadır (Fenkci 2012).
Bu nedenler;

1. *Sadece Kadına Ait Nedenler (%37)*

- Ovulasyon Bozukluğu (%20-25)
- Endometriozis (%15)
- Pelvik Adezyon (%12)
- Tubal Blokaj (%11)
- Tubal Anomaliler (%11)
- Servikal Sorunlar (%10)
- Hiperprolaktinemi (%7)
- Pelvik Faktörler (%2)

2. *Sadece Erkeğe Ait Nedenler (%28)*

- Seminifertüül Disfonksiyonu (60-80)
- Post-Testiküler Bozukluk (%10-20)
- Primer Hipogonadizm (%10-15)
- Azoospermik (Karyotip Anomalisi) (%15)
- AZF Genlerinde Bozukluk (Yq Delegasyonu) (%8-15)
- Klinefelter Sendromu (%13)
- Genetik (Majör Kromozom Anomalisi) (%5-7)
- Sekonder Hipogonadizm (%1-2)

3. *Hem Erkek Hem Kadına Birlikte Ait Nedenler (%25)*

4. *Açıklanamayan Nedenler (%10)*

1.1.4. İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler

21. yüzyılda ülkemizde doğurganlık hızı giderek düşmektedir. Sanayileşme sonucu kırsal kesimlerden kentlere yapılan göç hareketlerinin kentlerde bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarında değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir. Kentlerde artan işsizlikle beraber kadınların işgücü piyasasına katılımı, özellikle kadınların eğitim düzeyindeki artışla erken evliliğin zorlaşması, evlilik yaşının geciktirilmesi, evliliğin çekiciliğini yitirmesi, çocuk ölümlerini önleyici sağlık hizmetlerinin etkisiyle modern çekirdek ailenin daha çok benimsenmesi, doğum kontrol yöntemlerine daha kolay erişilmesi, çocuk bakımının maliyetli olması gibi değişikliklerin çiftleri daha az çocuk yapmaya yönelttiği ve dolayısıyla doğurganlıkta azalmanın görülmesi sonucunu getirdiği farklı araştırma sonuçlarına dayanarak tespit edilmiştir (Akça ve Ela 2012).

Kağıtçıbaşı'nın Çocuğun Değeri araştırmasında geleneksel yapının hüküm sürdüğü ailelerde ve kentleşmenin doğurduğu sosyo-ekonomik gelişimle beraber ailelerde çocuğa atfedilen değer, doğurganlıktaki azalmayı açıklar niteliktedir. Araştırmaya göre geleneksel yapıyla geniş ailelerde çocuğun çocukken aile ekonomisine yardım, ilerleyen yıllarda ana-babaya yaşlılık güvencesi şeklinde yaptığı katkı üzerinden değer atfedildiğinden çok çocukluk işlevsel olarak görülmektedir. Çocuk isteme nedeni olarak "yaşlılıkta güvenilecek birinin olması" nı önemseyenler Türkiye'de hem kadınlar hem de kadınlar arasında %77 iken bu araştırmanın yapıldığı gelişmiş teknoloji ABD ve Almanya'da % 7-8 kadardır. Sosyo-ekonomik değişimle hem ekonomik hem de yaşlılık güvencesi olarak çocuğa duyulan maddesel bağımlılık ve çocuğun aileye ekonomik katkısı azalmakta, buna karşılık okuyan çocuğun aileye ekonomik yük getirmesi çocuğun ekonomik değeri yerine psikolojik değerini arttırmaktadır. Bu nedenle çok çocukluk işlevselliğini yitirmekte ve az çocukluğa geçiş olmaktadır (Kağıtçıbaşı 1991).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yapılan anketlerle (1978) Türkiye İstatistik Kurumunun doğum istatistiklerinin sunduğu (TÜİK 2001, 2017) veriler, ülkemizde gerçekleşen doğurganlık hızındaki düşüşü belirgin olarak göstermektedir. Toplam doğurganlık hızı, bir kadının doğurgan olduğu dönem olan 15-49 yaş grubunda doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir. 1978 yılında toplam doğurganlık hızı 4,3 iken 2001 yılında doğurganlık hızının 2.37'a düştüğü, 2017 yılı verilerinde 2.07 olduğu görülmektedir. Ayrıca verilere göre doğurganlık hızında bölgeler arası hatta iller arasında farklılıklar bulunmaktadır. 2017 yılında doğurganlık hızının en

yüksek olduğu il 4,29 çocuk ile Şanlıurfa olurken doğurganlık hızının en düşük olduğu il 1.31 çocuk ile Gümüşhanedir.

Fertiliteyi etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. En önemli faktörler arasında kadın ve erkeğin yaşı, cinsel ilişki (koitus) sıklığı ve cinsel ilişkinin zamanlaması yer alır.

Kadın ve erkeğin yaşı: Bir çiftin çocuk sahibi olmasını en çok etkileyen faktör yaştır. Hem kadın hem erkekte üretkenliğin en yüksek görüldüğü yaşın 24-25 civarı olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda 30 yaşından sonra fertilite hızı düşerken erkeklerde 40 yaşından sonra düşüş başlamaktadır. Ancak erkeklerde üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürebilmektedir (Denson 2006).

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin 7000 kadınla yapmış olduğu Aile Büyümesi Ulusal Anketi sonuçları infertilite oranlarını yaş ile orantılı olarak şöyle sıralamaktadır: 12-29 yaş aralığındaki kadınlarda infertilite oranı %7.2 iken 30-34 yaş aralığında bu oranın %10.9 olduğu, 35-39 yaş aralığında %10.5, 40-44 yaş aralığında ise %20.3 oranına kadar yükseldiği görülmektedir (Chandra ve diğ. 2005).

Yaşla birlikte kendiliğinden düşüklükler, kromozomal anomalilik, geri dönüşü olmayan biyolojik faktörler ve doğumsal kusurların (defektlerin) görülme oranı artmaktadır (Hassold ve diğ 1980, Gill ve diğ. 2010). Ayrıca 30'lu yaşlara girildiğinde pelvik enfeksiyon, endometriyozis gibi infertiliteyi etkileyen hastalıkların görülme oranı da artmaktadır (Menken ve diğ. 1986). Yapılan araştırmalara göre pelvik enfeksiyon tedavi edilmediğinde %40 oranında kronik pelvik ağrı ve tubal hasar sonucu oluşan infertilite ortaya çıkmaktadır (Çağlayan ve Beji 2013).

Kadınlar gibi erkekler de ileri yaşla beraber gonadal (kadın ve erkeklerdeki üreme organları) fonksiyonlarda azalma meydana gelmektedir. Artan erkek yaşından sperm konsantrasyonu (yoğunluk) etkilenmezken, semen hacmi, sperm motilitesi (hareketliliği) ve sperm morfolojisi (normal şekilli spermelerin % cinsinden tespiti) nde azalma görülmektedir (Kuhnert 2004). 1989 ve 2005 yılları arasında 26.609 erkekle yapılan erkeklerdeki fertilite araştırmasında fertilitede 16 yıl içinde ortalama %32'lik bir azalma olduğu bulunmuştur. Ayrıca 35 yaşlarındaki erkeklerin bu sürede sperm kalitesi 76.3 milyondan 49.9 milyona düştüğü görülmektedir (Rolland M ve diğ. 2012). İleri baba yaşı ile çocuktaki genetik hastalıklar arasındaki bağlantıyı destekleyen çok az istatistiksel veri mevcuttur. Ancak kadın ileri yaştaysa erkeklerin 40 yaşından büyük olması, azalan fertiliteye ve bir çiftin doğurganlığına katkıda bulunmakta, otozomal baskın hastalık ve

şizofreni gibi karışık etiyolojisi olan bazı hastalıklar ilerlemiş baba yaşıyla ilişkilendirilmektedir (Kuhnert 2004).

Cinsel İlişki Sıklığı ve Zamanlaması: İnfertilitede cinsel ilişkinin sıklığı önemli bir yere sahiptir. Gebe kalmak isteyen çiftlere haftada en az 2-3 kez cinsel ilişkiye girmeleri önerilmektedir. Gebe olma şansını arttıran faktörlerden bir diğeri çiftlerin yumurtlama (ovülasyon) dönemlerinde cinsel ilişkiye girmeleridir. Sperm 48 saat, yumurta ise 24 saat yaşarken bir kadının vücudunda spermelerin yaşam süresi 72 saattir. Bu nedenle yumurtlama zamanında veya hemen sonrasındaki cinsel ilişki gebe kalma olasılığını arttırdığı belirtilmektedir (T.C. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005).

Cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması üzerine yapılan bir çalışma gebe kalmak isteyen 221 kadınla yürütülmüştür. Cinsel ilişkiye girdikleri günlerin kaydını tutan kadınların günlük idrar örnekleriyle yumurtlama günleri belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre son günü yumurtlama günü olan 6 günlük zaman diliminde cinsel ilişki olduğunda gebeliğin gerçekleştiği, yumurtlamadan önceki 2 günde ilişkide bulunan çiftlerde gebelik şansının en yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yumurtlamadan önceki 5. günde sadece bir kez ilişkiye rağmen bile gebelik gerçekleşmiş olup yumurtlamadan sonra gerçekleşen hiçbir ilişki gebelikle sonuçlanmamıştır. Ayrıca cinsel ilişki sıklığının gebelik oranlarına etkisine bakan araştırmacılar, 6 günlük zaman diliminde 2-3 kez ilişkide bulunanlarda en yüksek gebelik oranları görülürken ilginçtir ki fertil zaman diliminde 4-6 kez ilişkide bulunanlarda daha az gebelik oranlarıyla karşılaşılmıştır (Wilcox ve diğ. 1995).

Günümüzde modern yaşamın getirdiği olumsuz sonuçlar fertilitiyi etkileyen faktörlerden biridir. Bunlar; teknolojide kaydedilen ilerlemelerle elektromanyetik dalga yayan araç gereçlerin kullanımı, fast-food beslenme ve hareketsiz yaşamın sonucunda gelişen obezite, hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdalar, alkol ve sigara kullanımı, stres ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (Amanak ve diğ. 2014). Ayrıca fertilitiyi ilaçlar, toksinler, radyasyon, kadın veya erkeklerde cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonları ve diğ. enfeksiyonlarının da etkilediği belirtilmektedir (T.C. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005).

1.1.5. İnfertilitede Tanı ve Tedavi Yöntemleri

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye yol açan faktörleri belirlemek, prognozla ilgili doğru bilgi vermek, araştırma esnasında danışmanlık, destek ve

eğitim sağlamak ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini sunmaktır. Değerlendirmenin ilk basamağı ayrıntılı öykünün alınması ve fizik muayenedir. İlk değerlendirmeye çiftin beraber alınması çok önemli olduğu belirtilmiştir. İnfertilitenin “iftin ortak sorunu” olduğu vurgusuyla olayın nedenlerinin eşler tarafından anlaşılması sağlanmalıdır (olgar 2006). Anamnez alınırken hasta ve partneri birlikteyken bazı bilgileri ifade etmekten çekinebilecekleri için mahremiyet önem taşımaktadır (Rizk ve diğ. 2008). Çiftlerden alınacak iyi bir anamnezde infertilitenin nedenini belirlemenin mümkün olduğu belirtilmiştir. Sadece bilgi eksikliğinin infertilite nedeninin %25’ini oluşturabildiği aktarılmıştır (zkan 2019).

1.1.5.1.Çiftlerde infertilite değerlendirilmesi

Anamnez

- Yaş, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvence gibi sosyo-demografik zellikler
- Evlilik ve infertilite süresi
- Varsa nceki gebelikleri ve sonuçları
- Tekrarlayan spontan düşükler, operatif doğum veya komplike seyirli terapötik düşükler
- Daha önce kullanılan doğum kontrol yöntemleri ve kullanma sıklığı
- Cinsel yaşam (korunmasız ilişkide bulunma süresi, haftalık ortalama ilişki sayısı, vajinal (postkoital) duş, ilişki esnasında kayganlaştırıcı kullanımı, ağrılı cinsel ilişki (disparoni) vb.)
- şimdiye kadar yapılan değerlendirmeler, uygulanan tedaviler, sonuçları
- Geçirilmiş ya da mevcut hastalıklar (diabetes mellitus, tiroid işlev bozuklukları, barsak hastalıkları vb.)
- Siklus anamnezi (ilk adet yaşı, düzeni, süresi, günlük ped tüketimi, son adet tarihi ve sondan bir önceki adet tarihi, ağrılı adet görme öyküsü (dismenore))
- Varsa daha önceki jinekolojik muayene ve diğer inceleme sonuçları (zellikle histerosalpingografi, semen analizi, laparoskopi ve histeroskopi)
- Geçirilen ameliyatlar (karın ameliyatları, pelvik, servikal müdahaleler)
- Kullanılan ilaçlar (zellikle psikiyatrik ilaçlar ovülasyon üzerinde olumsuz etki yapabilir)

- Soygeçmiş, özellikle birinci derece akrabalarda birincil infertilite veya tekrarlayan erken gebelik kayıpları öyküsü
- Sigara ve alkol kullanımı, ilaç alerjileri
- Psiko-seksüel faktörler (aşırı çocuk sahibi olma isteği, infertilite sebebiyle birbirini suçlama, geçimsizlik, sosyal baskının getirdiği psikolojik sorunlar, psikolojik bozukluklar, eşler arası cinsel uyumsuzluk, cinsellikten kaçma, utanç, korku duygusu gibi) (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005, Çolgar 2006, Özkan 2019)

Kadında Fiziksel Muayene

- Genel sağlık durumu incelenir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tarama ve değerlendirme yapılır.
- İkincil seks karakterleri (meme gelişimi, tüylenme derecesi) değerlendirilir.
- Üreme organlarını incelemek için karın ve pelvik muayene yapılır.
- Vajinal ve servikal enfeksiyon, pelvik enfeksiyon veya kitle olup olmadığı kontrol edilir.
- Vajinada akıntı durumu, septum veya agenezi varlığı değerlendirilir.
- Serviksin anatomik yapısı ve servikste akıntı varlığı incelenir.
- Ovülasyonun dolaylı olarak tespiti için servikal mukus incelenir.
- Bimanuel muayeneyle vajinal ısı durumu, kollumun hareketi ve hassasiyeti, uterusun duruşu, büyüklüğü, adnekslerde kitle varlığı ve niteliği belirlenir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005, Çağlar ve Saraoğlu 2012).

Erkeklerde Fiziksel Muayene

- İkincil seks karakterleri (vücut yapısı, kıllanmanın dağılımı, meme gelişimi),
- Gırtlak çıktısı, kas gelişimi, penis, skrotum, epididim ve vas deferensteki anomalilikler,
- Dış üreme organlarının gelişimi değerlendirilir.
- Prostat muayenesi ve rektal muayene yapılır (Özkan 2019).

1.1.5.2. Uygulanan Tetkikler

Kadında uygulanan tetkikler oldukça fazladır. Kadında ovulasyon gününün belirlenmesi, postkoital testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histereskopi, laparoskopi ve endokrin testler gibi uygulamalar yapılmaktadır. Erkekten semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon gibi tetkikleri içerir. Semen analizi, erkekte infertilite değerlendirmesinde en önemli tetkik olup DSÖ kriterlerine uygun olarak birer ay arayla iki adet semen analizinin yapılması istenmektedir. Erkek partnerin 3-4 günlük bir cinsel ilişki veya mastürbasyon yokluğunda semen analizi uygulanmaktadır (Özkan 2019).

Erkeğe Yönelik Testler

- Spermiogram
- Endokrin Testler
- Ultrasonografi
- Testiküler Biyopsi
- Sperm Penetrasyon Testi

Kadına Yönelik Testler

- Ovulasyon Tespiti
- Bazal Vücut Isısı
- Serum Progesteron Ölçümleri
- Endometrial Biyopsi
- Servikal Mukusun İncelenmesi
- Ultrasonografi
- Histerosalpingografi
- Laparoskopi

1.1.5.3. Tedavi Yöntemleri

İnfertilite çiftlerin tedavisinde en önemli kural infertilite nedeni/lerinin doğru bir biçimde tespit edilmesi, etkin tedavinin seçilerek uygun bir süre uygulanmasıdır. Tüm sonuçlar çiftlerle konuşulmalı, tıbbi olmayan tedavilerle beraber tıbbi ve cerrahi tedavi programı çiftlere anlatılmalıdır. Tedavi yöntemleri 4 başlık altında toplanabilir:

Tıbbi Olmayan Tedavi

İnfertilitenin tıbbi tedavisine geçmeden önce çiftlerin yaşam tarzında yapılan değişiklikleri içerir. Bu değişiklikler ılımlı günlük egzersiz yapma, alkol, nikotin ve eğlence amaçlı ilaçlardan uzak durma, beden kitle indeksi 17'nin altında ve 27'nin üstünde olanların uygun diyet uygulaması, sıcak küvet banyoları ve saunadan kaçınma, gevşeme, stres yönetimi (yoga, aromaterapi vb), beslenme ve egzersiz programlarına katılma olabilmektedir.

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi semen kalitesini yükseltmek, ovulasyonu indüklemek (uyarım), uterin endometriumu hazırlamak veya oluşmuş gebeliği desteklemek için verilir. Hem erkek ve hem de kadına gerekli görüldüğü durumlarda ilaç tedavisi uygulanabilir. Örneğin; infertilite nedeni ovulasyon problemleri ise ovülasyon indüksiyonu (uyarım) sağlayan ilaçlar verilerek daha fazla oositin olgunlaşması sağlanır.

Cerrahi Tedavi

Hem kadın hem erkek infertilitesinde infertiliteye neden olan problemler için bazı cerrahi uygulamalar kullanılabilir. Örneğin; kadın overlerinde tümör varsa kesip çıkarılır, rahim anormalliğinde rekonstrüktif cerrahi adı verilen yöntemle gebe kalma ve fetüsü taşıma yeteneği geliştirilir, kronik inflamasyon ve enfeksiyonu radyal kemoterapi (kimyasal madde ile dokunun tahribatı) gibi tekniklerle ortadan kaldırılır. Erkeklerde de varikozel cerrahi onarımında fertilitite oranlarının göreceli olarak başarılı olabildiği belirtilmiştir.

Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Yardımcı üreme teknikleri, yumurtanın ve spermin işleminden geçmesiyle uygulanan üreme tedavileridir (Özkan 2019). En sık başvuru olan yardımcı üreme teknikleri aşağıda belirtilmiştir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005, Eşrefoğlu 2017). Bu yöntemleri belirlemeden önce çiftlerle bazı durumların gözden geçirilmesi gerekmektedir (Özkan 2019). Bunlar;

- Çoğul gebelik riskleri
- Çoğul gebelik indirgeme ihtiyacı
- Preimplantasyon Genetik Tanılama (PGD)
- Daha sonra kullanılmak üzere embriyoların dondurulması

- İlaçların ve tedavinin uzun süreli etkilerinin kadınlar, çocuklar ve aileler için muhtemel riskleridir.

En sık başvuru alan yardımcı üreme teknikleri şunlardır:

- İnseminasyon
- Hatching metodları
- Cerrahi yolla sperm izolasyonu
- Fallop tüplerine gamet transferi
- Fallop tüplerine zigot transferi
- İn vitro fertilizasyon
- Tubal embriyo transferi
- Dondurarak koruma
- İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu
- Dondurulmuş embriyo transferi

Yardımcı üreme tekniklerine ilk ışık tutan çalışmalar 1800'lü sonlarına deng-k gelmektedir. İlk defa 1878 yılında deney hayvanlarından, 1939 yılında ise insandan oosit elde edilmiştir. 1968 yılında insan oositinin vücut dışında döllemesi gerçekleştirilmiş, 1971 yılında ilk embriyo nakli yapılmıştır. İlk tüp bebek olan Louise Brown ise 1978 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında dünyaya gelmiştir. Embriyo dondurma ve çözme sonrasında yapılan transfer ile elde edilen gebelikten dünyaya gelen ilk bebek 1983 yılında gerçekleşmiştir. Sonraki yıllarda günümüzde kullanılan diğer yardım üreme teknikleriyle ilgili gelişmeler yaşanmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde 1996-2002 yılları arasında teknik gelişmelerle paralel olarak yardımcı üreme tekniklerinden yararlanan ve dünyaya canlı bebek getiren kadın sayısının 14.500'den 33.000'e yükseldiği belirtilmiştir (Eşrefoğlu 2017).

Ülkemizde 1984 yılında Yardımcı Üreme Teknikleri için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra, ilk İVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesi'nde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Gerçekleştirilen ilk İVF-ET gebeliğinde ilk bebek 18 Nisan 1989'da dünyaya gelmiştir (Benli 2010, Taşkın 2016).

1.1.6. İnfertilite Tarihçesi ve Farklı Toplumlarda İnfertiliteye Yüklenen Anlamlar

Morice ve arkadaşlarının saptamalarına göre üremeye ait ilk kaynaklar antik çağlara kadar uzanır. Bu kaynaklardan biri olan İncil’de “verimli (üretken) olun ve çoğalın” emri yer almaktadır. Yaratılış kitabında da bu kelimeler üç ayrı yerde geçmektedir. Bu nedenle fertilite ve yaratılışın erken yaşamda ve inançlarda yer alması şaşırtıcı değildir. Asırlar öncesi dönemlerde Tanrı, fertilite ve infertilitenin kaynağıydı. Bir kadının üreme yeteneği kadınlığın ölçüsü iken infertilite sorunu kadının verimsizliği, Tanrı’nın yanlış davranışı cezalandırması olarak görülmekteydi. İnfertilitenin insanlığın tarihi kadar eskilere gitmesi muhtemeldir. İnfertiliteyle ilgili ilk metinler, M.Ö. 2200-1950 yıllarına dayanır. Gebeliğin erken tanısı ve infertilitenin önlenmesiyle ilgili ilk reçeteler ilk olarak eski Mısır papirüslerinde kullanılmıştır. Bu papirüslerde infertilite sorununun jinekolojik tedavi ile çözülmekte olduğu belirtilmiştir. Mısır kaynakları, infertilitenin tedavisinde tıbbın babası Hipokrat (M.Ö. 460-370) için de temel olmuştur. İnsandaki ilk yapay dölleme ise Hunter tarafından 1776 ve 1799 yılları arasında elde edilmiştir (1995 alıntı Karaca ve Ünsal 2012).

Çocuk, çoğu kültürde ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktördür. Bu nedenle toplumların çocuksuzluğa yükledikleri anlamlar da farklılıklar göstermektedir (Sexton 2010). Çad Cumhuriyeti’nde yaşayan Sara toplumundaki kısır kadınlar, atalarından birinin veya eşinin isteğini yerine getirmemiş, dini görevlerini yerine getirmemiş olarak kabul edilmektedir. Keza Zaire’deki Yaka toplumunda da kadınların kısır kalmasına atalarının büyü yapması, beddua etmesi veya kendisinin sosyal hatalarının sebep olduğuna inanılmaktadır (Layne 1999, Leonard 2002).

Nijerya kültüründe çoğunlukla kadınlar infertiliteden sorumlu tutulmakta, erkeklere böyle bir durumda eşini boşama veya başka evlilikler yapma hakkı tanınmaktadır (Araoye 2003). Afrika’da evliliğin gerçek anlamına kadının çocuk sahibi olmasıyla ulaşılabileceğine inanılmaktadır. Çocuk toplumda güç ve gurur kaynağı, soyun devamlılığını sağlayan ve anne-baba için yaşlandıklarında bakacak bir güvencedir. Afrika’da infertilite sık görüldüğü için bu nedenle boşanmalar da fazladır. İnfertilite kadından kaynaklandığında erkek eşini boşayabilmekte ancak infertilite erkek kaynaklı olduğunda kadın eşini boşama hakkına sahip olmamaktadır (Leke ve diğ. 1993).

Kenya’da üreme sağlığı ile ilgili problemler açısından Afrika lkeleriyle benzerdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle infertilite oranları ysek olup üreme davranışları üzerinde sosyo-kültürel etkenler rol oynamaktadır. Toplumun üremeyle ilgili yaptığı baskıların çoğu erkek ocuk sahibi olma yönündedir. Bir erkek, ilk eşi infertil olduğunda erkek ocuk sahibi oluncaya kadar bir veya daha fazla eşi almak zorundadır. Kadın sadece kız ocuk doğuruyorsa; eşinin memnuniyeti için erkek ocuk sahibi oluncaya kadar ocuk doğurmalıdır (Leke ve diğ. 1993).

in’e ait tıp metinlerinde infertiliteyi tanımlamak için iki kelime kullanılmaktadır. Erkek infertilitesi için “döllemeye yetersizlik” anlamına gelen *Buyu* kelimesi, kadın fertilitesi için “gebe kalamama” anlamına gelen *Buyun* kelimesi kullanılmaktadır. in’de Hipokrat yeminine benzer metnin yazarı Sun Simio’ya göre “kapalı uterus kadının gebe kalmasını engeller, erkekler ise *jing* ve *qi cold* adlı ciddi hastalıklardan birine yakalanırsa dölleme yeteneğini kaybeder.” İnfertiliteye yol açan diğer etkenler akraba evliliği, bazı zehirli bitkileri yemek, aşırı sex, ciddi hastalıklara yakalanma olarak belirtilmektedir (Qui 2001).

Türkiye’ye bakıldığında geleneksel Türk kültüründe evlilik, ocuk sahibi olmakla eşi tutulmaktadır. Soyun devamlılığını sağlama, çocukken aileye ekonomik katkısı ve anne-babaya yaşlılık güvencesi olma rolleri nedeniyle çocuğun ailede gerekli ve önemli bir yeri olduğu dşnlmektedir. Türk atasözlerinden “ocuk evin meyvesidir”, “ocuksuz ev ttmeyen ocak gibidir” sözleri de toplumun genel anlayışına çanak tutmaktadır. İnfertil kadınlarla ilgili “ocuksuz kadın meyvesiz ağaca benzer”, “Evladı olmayanda merhamet olmaz”, “Oğlanı kızını olmayan avrattan, eski hasır yeydir” gibi değerlendirmelerin yanında kızla erkek ocuk doğuran kadınlarla ilgili “Oğlan doğuran vnsn, kız doğuran dvnsn”, “Oğlanı her karı doğurmaz, er karı doğurur” gibi sözlerle karşılaşılmaktadır. (Ergan 2006).

Türkiye’de ocuk sahibi olmak, var olmanın ve mutlu olmanın koşulu olarak değerlendirilmekte, ocuk sahibi olamamanın sorumluluğu da çoğu zaman kadına yüklenmektedir. Türkiye’de Van ilinde 122 infertil kadınla yapılan bir çalışmada kadınlardan 41’inin eşleri ve eşlerinin aile bireyleri tarafından şiddete uğradıkları ortaya çıkmıştır. Bu kadınların 32’sine ise şiddet ilk kez, infertilite tanısını aldıktan hemen sonra eşleri tarafından uygulandığı belirtilmiştir (Yildizhan ve diğ. 2009). Bu nedenle kadınlar,

çocuk sahibi olabilmek için tıbbi uygulamalar dışında dinle ilgili olsun veya olmasın her türlü öneriye açık olmaktadır. Çocuksuzluğa yönelik çare arayışındaki kadınlara çoğunlukla kadınların ve eşlerinin aileleri ile yakın akrabaları çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler; çeşitli bitki, sebze, meyvelerden oluşturulan karışımları yeme veya içme, çeşitli buğulara oturma, bele bardak koyma, bel/göbek çektirme, kaplıcalara girme, cinsel ilişkiden sonra en az yarım saat dinlenme, karınlarının üzerine çiğ et veya sebze koyma vb. şekilde olmaktadır. Yapılan uygulamaların yarısının jinekolojik sorun yaşayan kadınların biyolojik sağlığını tehdit edebilecek nitelikte olduğu belirtilmektedir (Koçyiğit 2012). Türkiye'nin birçok yerinde türbeler, ziyaret yerleri çocuğu olmayanların çocuk sahibi olmayı dilemek için gittikleri yerler arasındadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Mardin-Diyarbakır mevkinde yer alan Sultan Şeyhmus yatır en ünlü türbelerindendir (Beşer 2017). Koçyiğit'in (2012) araştırmasında kadınların birçoğu gebe kalabilmek için bu örnekteki türbeye benzer türbeleri ziyaret ettiğini, her altı kadından biri hocalara giderek hocalar tarafından önerilen muska taşıma, belli duaları okuma, üzerine dua okunan suyu içme gibi pratikleri uyguladığını belirtmişlerdir.

1.1.7. İnfertil Çiftlerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen psiko-sosyal bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Çiftler, infertiliteyi yaşamlarındaki en zor deneyim olarak bildirmektedirler (Jisha ve Thomas 2016).

Yapılan bir çalışmada çiftlerin %83.3'ü bir çocuğa sahip olma baskısını hissettiklerini belirtmişlerdir (Taşçı ve diğ. 2008). Bu baskının ilk adımı evlendikten sonra toplumun "Ne zaman çocuk yapacaksınız?" şeklindeki sorularıyla gerçekleşmektedir. Arkadaşları, yakın aile üyeleri ve yabancıların doğrudan veya dolaylı olarak yaptıkları baskı, her infertil çiftin çocuksuzluğa bağlı yaşadıkları sıkıntılarını kat kat artırır. Aile büyüklerinin eleştirel ve horlayıcı imaları, arkadaşların dikkatsizce soruları, sağlık görevlerinin fikirleri, yabancıların düzenli olmayan direkt soruları ile çiftler baskıyı farklı biçimlerde deneyimlemektedirler (Koçyiğit 2012, Kızılkaya 1987).

Liretatürde yapılan birçok çalışmada infertil kadınların erkeklerden daha çok sosyal baskıya maruz kaldığı belirtilmektedir. Koçyiğit'in çalışmasında görüşülen her iki kadından birinin doğrudan sosyal baskıya uğradığını belirtmesi bu farklılığa en çarpıcı

örnek teşkil etmektedir. Kadınlar çocuksuzlukla ilgili sorulara yoğun olarak ve zaman içinde artan şekilde karşılaşmaktadır. Bu sorulara karşılık kadınların çocuklarının olamayışını anlatmak durumunda kalmaları, çocuklu ortamların verdiği stresi yaşamaları, çocuklarını seven çiftleri görünce özenmeleri, eşlerini başkalarının çocuklarını severken gördüğünde kendilerini eksik ve yetersiz hissetmeleri, aynı dönemlerde çocuk sahibi olmayı deneyen yakın arkadaşı, kardeşi veya yaşıtlarının çocuklarının olması, özellikle eltilerle yarış halinde olma hissi, kayınvalidelerin boşanma ve/ya kuma tehditlerinin kadınlar üzerinde birer baskı unsuruna dönüştüğü görülmektedir. Eşlerinin sadakatsiz davranışları da bazı kadınların muzdarip olduğu diğer baskılardan olmaktadır. Çocuk sahibi olamayan kadın, anne rolünü yerine getirmediğinden toplum tarafından “verimsiz toprak”, “kuruyan ağaç” olarak görülmektedir (Koçyiğit 2012).

Birçok çalışmada sosyal baskıyı yoğun olarak yaşayan kadınların daha çok köy doğumlu olanlar olduğu ancak kent doğumlu kadınların da yaşadığı baskının azımsanacak düzeyde olmadığı görülmektedir. Geniş ailede yaşayanların daha çok baskı gördüğü, Bu nedenle kadınların evlendikten sonra ayrı eve yerleşmelerindeki en önemli nedenin sosyal baskıdan kurtulmak olduğu belirtilmektedir. Evlendikten 1-2 yıl geçmeden çocuk sorulması huzursuzluklar yaratmış, ayrı eve çıkmak bir çıkış yolu olmuştur. Kadınlara yoğun olarak baskı uygulayanlar daha çok kadınların eltileri ve kayınvalideleri olmaktadır. Yakın aile bireyleri ve komşular da kadınları çocuk sahibi olmaya zorlayan diğer kişiler oldukları belirtilmektedir (Koçyiğit 2012). Yapılan çalışmalar eşin olumsuz tutumu ve eşin ailesi tarafından eleştirel tutumlarıyla karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı görülmektedir (Oğuz 2004, Güz ve diğ. 2003, Gülseren ve diğ. 2006).

İsteddiği zaman gebe kalamayan kadınlar için kontrolün kendisinde olmadığı hissi korkutucu ve hayal kırıcı olmaktadır. Tekrarlayan tedavi başarısızlıklarının yarattığı mutsuzluk duygularına kızgınlık, alınganlık hisleri de eşlik eder ve bu durum en yakın destekçilerinden uzaklaşmalarına neden olur. Uzun süreli arkadaşlarının doğurgan olmalarına duyulan öfkeden kaynaklı ilişkilerini uzak tutarak arkadaşlıklarda bozulmalara yol açabilirler. Ayrıca bireyler kendileri, eş, dost ve aileleriyle olan ilişkileriyle ilgili çeşitli duygularla yüzleşebilirler. Çalışan çiftlerin iş hayatı da çoğunlukla etkilenir. Zaman, stres yaratıcı bir unsurdur. Çünkü tedavi için ihtiyaç duyulduğunda çiftler sürekli izin almak durumunda kalırlar ve iş kısıtlılıkları tedaviye engel teşkil eder. Bu durum hem işveren

hem de çalışma arkadaşları açısından da sıkıntılar yaratmaktadır. Bazı çiftler bu nedenle çözüm olarak işten ayrılabilir. Ancak tedavide hem para hem de sosyal güvenlik desteğine ihtiyaç duyan çift için işten ayrılmak çözüm olmayabilir (Teskereci 2010, Bayram 2009, Dilek 2009).

1.1.8. İnfertilite ve Psikiyatrik Sorunlar

Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda en yüksek ciddi global engellilik sıralamasında 5. sırada yer alan infertilite (WHO 2011), çiftler üzerinde pek çok alanda yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle sağlıklı yaşamı tehdit eden bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

İnfertilitenin eşlerin duygu durumlarını, benlik saygılarını, bedensel imgelerini evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, sosyal yaşantılarını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yönde etkileyerek bu doğrultuda yaşam kalitelerinin düşmesine yol açtığı farklı araştırmalarla gösterilmektedir (Newton ve diğ. 1999, Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Aydın ve Kızılkaya-Beji 2013, Algül 2013).

Kadınların yarısı ve erkeklerin %15'i, infertiliteyi yaşamlarının en üzücü deneyimi olduğunu belirtmişlerdir (Freeman 1985). Kadın ve erkeğin çocuksuz olmaya yönelik psikolojik tepkileri bazı faktörlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Tedavinin hangi aşamada olduğu, yaş, gelir düzeyi, tedavi masraflarını karşılama durumu, uygulanan tanı testleri ve tedavi deneme sayısı, algılanan sosyal destek ve çocuksuzluğa yüklenen anlam gibi faktörler sayılabilir (Eren 2008).

İnceer, kadın açısından çocuksuzluğun doğuramama, bedeni isteklerine uymadığından kontrol kaybı, annelik içgüdüsünün doyurulamaması nedeniyle psikolojik eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, duygusal olarak evlat desteğini alamadığı için kendisini yalnız ve değersiz hissetme, benlik değerinde düşme, yaşlılıkta kendisine bakacak kişinin olmaması, sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyük anne) anlamlarını taşıdığını saptamıştır. Erkek açısından çocuksuzluk ise; doğurtamama, babalık içgüdüsünün doyurulamaması, yalnız kalma korkusu, soyunu sürdürememe, işte destekten yoksun olma, yaşlılıkta kendisine bakacak kişinin olmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyükbaba) anlamlarına gelmektedir (1998 alıntı Sezgin ve Hoccoğlu 2014).

Kadın ve erkeklerin infertilite sorununa farklı yanıtlar verdikleri görülmektedir. Kadınlar duygularını daha çok dile getirdikleri için daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Erkekler ise sıkıntılarını daha az ifade edip sorunu unutmayı veya inkar etme eğilimindedirler. Bu şekilde eşler sorunlarını konuşmadıkları için birbirlerini anlamaları güçleşir, ihtiyaç duydukları duygusal destekten yoksun kalmaları aralarındaki bağın zayıflamasına yol açar. Kadınlar sorunu yalnız yaşadığını düşünmeye başlar (Tarlatis ve diğ. 1993). İnfertil kadınların yalnızlık düzeylerini inceleyen Kavlak ve Saruhan'ın (2002)'in çalışmasına göre kadınların yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenlerle infertil kadınların sıklıkla depresyon yaşadıkları, erkeklerin ise daha çok bastırılmış anksiyetenin yol açtığı psikosomatik belirtiler gösterdikleri bildirilmektedir (Tarlatis ve diğ. 1993).

Kadınlar kendilerini bir aileyi yaratmaktan sorumlu gördükleri için bunun gerçekleşmemesi durumunda hayatlarının amacını kaybederler. İnfertilite kimden kaynaklanırsa kaynaklansın tüm kadınların kendilerini “çorak/verimsiz”, “deforme olmuş”, “kusurlu/eksik/özürlü”, “boş” gibi kelimelerle tarif ettikleri görülmektedir. Kadınlar kayıp olarak gebelik ve doğum yaşantısına kendi yetersizlikleri olarak bakarlar ve en önemlisi bir çocuğunu kaybetmiş gibi acı çekerler (Nachtigall ve diğ. 1992).

İnfertilite, bireyleri beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa itmektedir. Blenner tarafından tanımlanan bu yolculuktaki özgül infertilite evreleri Kırca ve Pasinlioğlu'nun (2013) farklı çalışmalardan derlediği çalışmasında yer almaktadır. Buna göre ilk evre *şok, inanamama, şaşkınlık evresidir*. Çocuk sahibi olamayacaklarını ilk öğrendiklerinde bireyler şok olduklarını, psikolojik olarak çöktüklerini ve kendilerini kaybettiklerini ifade etmişlerdir. Bu evreyi *inkar (yadsıma) evresi* takip eder. Bireyler tanılarında yanlışlık olduğunu düşünerek başka doktorlara veya geleneksel yöntemlere başvurmakta. Çift her ay yaşanan düş kırıklıklarına yetersiz cinsel ilişki, yoğun stres, yorgunluk, geçirdikleri grip gibi nedenler bulmaya çalışabilirler. Çiftlerin karşılaştığı diğer bir evre *kızgınlık ve anksiyete evresidir*. İnfertilitenin kaynaklandığı eş, eşi tarafından terkedilmekten korkar, kadınlar kendilerini eksik ve değersiz görürken, erkekler güçlü-kudretli olma niteliklerinin kaybolduğunu düşünürler. Çiftleri bekleyen sonraki evre *öfke evresi* olmaktadır. Özellikle kadınlar bu sorunun neden kendilerinin başına geldiğini düşünerek kendilerine, bedenlerine, eşlerine öfkelenediklerini belirtmişlerdir. Çiftleri bekleyen bir başka evre *kontrol kaybı evresidir*. Uygulanan tanı testleri, sağlık uygulayıcıları ve çevredeki kişiler

tarafından sorulan sorulara karşılık özel hayatlarıyla ilgili bilgi vermeleri bireyleri özel hayatlarının ihlal edildiği düşüncesine sevk eder. Özellikle hamile ve çocukluların olduğu ortamlardan kaçınırlar. Kişilerin kendi çocuklarından bahsetmeleri, çocuğunuz var sorusu ve onları kıskanmaları nedeniyle kendilerini izole ettiklerini belirtmişlerdir. İnfertil çiftin yaşayabileceği diğer bir evre *suçluluk evresidir*. Bu evrede eşler diğer eşin ebeveyn olmasına engel olduğunu düşünerek erken evlendikleri, korundukları için kendilerini suçlu hissederler. Sosyal baskının da etkisiyle bireyler cezalandırıldıklarını düşünebilirler. Günlük hayattan, ilgi duyduğu aktivitelerden keyif almamaya başlar, hayatın anlamsızlaştığını düşünürler. Bu evrede bireylerde depresyon gelişebilir. Sağlıklı çiftler bu evreyi atlatarak *çözülme evresine* geçer. Durumlarını kabul ederek çevreleriyle iletişim kurmaya başlarlar (Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Oltuluoğlu ve diğ. 2014). Oltuluoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında görüşülen bireylerin çoğu menopoza kadar tedavi alternatiflerini aramaya umutla devam edeceklerini belirtmişlerdir.

Sadock ve Sadock infertilite evrelerinin, Kübler-Ross tarafından tanımlanan ölümcül bir hastalığın terminal döneminde tutulan yas sürecine benzetildiğini saptamıştır. İnfertilitenin ölümcül hastalık gibi yaşamı tehdit eden bir niteliği yoktur, ancak çiftlerin evlilik ilişkilerini tehdit etmektedir. Öbür yandan ölümcül hastalık bireyleri bir araya gelip birbirine yakınlaşırken infertilite bireylerin birbirinden uzaklaşmalarına neden olur (2003 alıntı Özçelik 2007).

İnfertil kadın ve erkeklerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla psikiyatrik hastalıklar yaşama eğiliminde oldukları görülmektedir. İnfertil çiftlerin kontrollere nazaran duygu-durum bozukluğunu 3.4 kat, yaygın anksiyete bozukluğunu 2.7 kat daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Klemetti ve diğ. 2010). Amerikan toplumunda 11000 kadınla yapılan çalışmada da yaygın anksiyete bozukluğu infertilite ile ilişkili bulunmuştur (King 2003).

Literatürde infertil kadınlarla sağlıklı kontroller arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılığın olmadığı araştırmalar (Güz ve diğ. 2003, Gülseren ve diğ. 2006, Oğuz 2004) mevcut olmakla birlikte infertil kadınların fertil yaşlılarından daha depresif olduğu (Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Özkan ve Baysal 2006) hatta depresyon puanlarının iki kat daha fazla olduğunu gösteren bulgularla karşılaşmıştır (Domar ve diğ. 1992). Kadınların infertil süreçte yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyinin ciddi hastalıkları olan kadınlardan farklı olup olmadığı araştırılmış ve infertil

kadınların HIV-pozitif ve kronik rahatsızlığı olanlardan daha düşük; kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyonla aynı düzeyde puan aldıkları görülmektedir (Domar ve diğ. 1993). DSÖ'nün (WHO 2002) raporuna göre infertil kadınların, infertilitenin yarattığı işkenceli yaşamı ve zihinsel acıyı çekmektense ölümü tercih ettiklerini ortaya koymuştur.

Kadınların yaşadıkları stres düzeyi, çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. İnfertilitenin kimden kaynaklandığı, bireylerin yaşadığı stresin önemli belirleyicileridir. Buna göre erkek kaynaklı, kadın kaynaklı ve her ikisinden kaynaklı infertilitede kadınların depresyon puanlarının, açıklanamayan ve henüz tanısı konmamış infertil durumlarından önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Açıklanamayan infertilitede kişiler çok huzursuz olmalarına rağmen henüz karamsar bir tanı almadıkları için hala umutlu oldukları ve bu yüzden depresif belirtiler göstermedikleri şeklinde ifade edilmiştir (Domar ve diğ. 1992). 2-3 yıllık infertite öyküsü, tedavi süresinin uzaması, çalışma hayatından uzak kalma, daha önceki başarısız tedaviler, psikoterapi geçmişi, yetersiz psikolojik destek, düşük sosyoekonomik konum, yabancı uyruklu olma, eşin desteğinin olmaması gibi faktörlerin kadınların anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili faktörlerdendir (Domar ve diğ. 1992, Atherton ve Howel 1995, Conrad ve diğ. 2001, Taşkın ve diğ. 2016).

İnfertil hastalarda yaygın olan anksiyete ve depresyon dışında görülen diğer psikiyatrik hastalıkların; cinsel işlev bozukluğu, distimi, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, psikotizm, paranoya, agorafobi, anoreksiya ve bulimiya nevrozayı içine alan yeme bozuklukları gibi hastalıklar olduğu belirtilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı da görülebilen hastalıklardan biridir (Stewart ve diğ. 1990, Persaud ve Lam 1998, Güz ve diğ. 2003, Klemetti ve diğ. 2010, Aydın ve Kızılkaya-Beji 2013)

1.2. Yılmazlık

1.2.1. Yılmazlığın Tanımı

Bireyin güçlü yönlerine odaklanan pozitif psikolojinin (Duckworth ve diğ. 2005) ilgilendiği *Resillience* terimi Latince *resilliens* kökünden türemiştir ve Tureng İngilizce-Türkçe sözlüğünde “*elastik olma, dirençlilik, çabuk iyileşme gücü, zorlukları yenme gücü*” anlamlarına gelmektedir. Türkiye’de konuyla ilgili yapılan bazı araştırmalarda “*sağlamlık*” (Gizir 2007, Kararımak 2006, Güloğlu ve Kararımak 2010, Arslan 2015, Soylu 2018) veya “*dayanıklılık*” (Basım ve Çetin 2010, Yöndem 2016) ifadeleri kullanılırken bazılarında ise yılmazlık (Gürgan 2006, Bayraklı 2010, Kaner ve Bayraklı 2010, Özcan 2017) kavramı

kullanılmaktadır. Bu çalışmada yılmazlık adını taşıyan ölçeğin kullanılması ve “*resilincy*” kavramını en iyi karşıladığı düşünülerek çalışma boyunca yılmazlık terimi kullanılacaktır.

1.2.2. Yılmazlık İçin Yapılan Farklı Tanımlamalar

Literatürde araştırmacılar tarafından yılmazlıkla ilgili farklı tanımlar yapılmıştır. Richardson’a göre yılmazlık, hayatın akışını bozan stresli yaşam olaylarıyla mücadele ederken kişinin ek korunma ve baş etme becerileri kazandığı bir başa çıkma sürecidir (Richardson ve ark 1990). Rutter (2006) ise yılmazlığı, stres veya sıkıntı içeren bir durumun üstesinden gelmek ya da çevresel risklere karşı direnç göstermek amacıyla kullanılan, ciddi riskler içeren yaşantılara rağmen elde edilen olumlu psikolojik sonuçların birleşimiyle ilgilenen etkileşimli bir kavram olarak tanımlamaktadır (Rutter 2006). Masten ve arkadaşları (1990) yılmazlığı daha genel bir ifadeyle “zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir adaptasyon yeteneğine sahip olmak, bu süreçte gayret göstermek ve sonuçta da başarılı olmaktır” şeklinde tanımlar. Diğer bazı yazarlar ise yılmazlığı zaman içinde artıp azalabilen ve kişiden kişiye değişen bir özellik (Henderson ve Milstein 1996) veya sıkıntılı bir durum yaşanmasına rağmen olumlu bir şekilde uyum gösterebilme ve ruh sağlığını koruyabilme yeteneği (Herrman ve diğ. 2011a) şeklinde belirtmişlerdir. Yapılan tanımlar birbirine benzese de yılmazlıkla ilgili evrensel olarak kabul edilen ortak bir tanım bulunmamaktadır.

Yılmazlık ilk bakışta stresin olumsuz etkilerini azaltan ve uyumlu olmayı teşvik eden bir kişilik özelliği olarak görülmektedir (Jacelon 1997). Bu açıdan bazı araştırmalar genetik özelliklere odaklanarak bazı kişilerin doğuştan yılmaz olduklarını öne sürmektedir (Block ve Block 1980). Ancak yapılan çalışmalar yılmazlığın öğrenilebilir bir kişisel özellik olduğunu da ortaya çıkarmıştır (Beardslee ve Podorefsky 1998). Yılmazlık, karşılaşılan durumlar karşısında algılanarak fark edilen, öğrenilen ve gelişimsel süreç içeren bir olgu olmaktadır (Masten ve diğ. 1990).

Yılmazlık kavramı davranış bilimciler tarafından üç çeşit olguyu tanımlamak için kullanıldığı belirtilmiştir:

1) Ebeveynleri uyuşturucu kullanan veya uzun süreli yoksulluk gibi “yüksek risk” in olduğu ortamlarda yaşayan çocuklarda gelişimsel açıdan görülen olumlu sonuçları belirtmek

2) Ebeveynlerin boşanması gibi uzun süreli stres altında yaşayan çocukların yeterliliklerini devam ettirebildiğini ifade etmek

3) Özellikle iç savaş ve toplama kamplarında yaşanan dehşetin oluşturduğu travmalardan iyileşerek kurtulmayı anlatmak

Davranış bilimciler bu üç olguda da yılmaz bireylerin etnik, coğrafi ve sosyal sınıf sınırlarını aşan ortak bazı niteliklerinin olduğunu, aileden ve toplumdan uzun dönemli destek gördüklerini tespit etmişlerdir (Henderson ve Milsten 1996).

1.2.3. Yılmazlığın Gelişim Süreci

Yılmazlık olgusu, çocukların ve yetişkinlerin yaşadıkları stresten, risklerden ve travmalardan nasıl kurtuldukları araştırmacıların psikiyatri, psikoloji ve sosyoloji alanlarında ilgi odağı olduğu tespit edilmiştir. Stres ve risk altındaki bireylerin (ihmal, istismar ve kayıp veya basit sıradan yaşam stresleri içeren olaylar) kaçınılmaz olarak psikopatoloji geliştirecekleri veya yoksulluk, istismar, eğitim başarısızlığı ve şiddeti içine alan bir kısır döngüye mahkum olduğu görüşlerine karşın yapılan bir çok çalışmanın bu görüşlere adeta meydan okuduğu belirtilmiştir (Henderson ve Milstein 1996).

McGowan (1964) tarafından yapılan kitap incelemesinde Goertzel ve Goertzel tarafından 1962 yılında yazılan kitabın 20. yüzyılda yetişen 400 fazla seçkinin biyografilerini konu aldığı ve çocukluklarında çok ciddi sayılan sıkıntılarla karşılaşmalarına rağmen topluma önemli katkılar yapan kişiler oldukları belirtilmiştir.

Yılmazlıkla ilgili en kapsamlı araştırmalardan sayılan bir başka çalışma Werner tarafından yapılmıştır. Hawaii'deki Kauai Adası'nda çok ırklı bir topluluktan olan ve 1955'de doğan 698 bebeğin alındığı çalışma yaklaşık 40 yıl sürmüştür. Doğum öncesi ve sonrası komplikasyonları olan, farklı psikopatolojileri olan ebeveynlere ve eğitim düzeyi düşük anneye sahip, boşanma, sürekli yoksulluk, kronik tartışmaların olduğu ailelerde yaşayan çocukların %30'u "yüksek riskli" olduğu düşünüldü. Bu çocukların farklı yaşlardaki gelişimleri izlenmiştir. Bu çocukların 2/3'ünde yaşamlarının ilk 10 yılında ciddi öğrenme ve davranış problemleri geliştirdikleri, 18 yaşlarında ruhsal sağlık problemleri ve suç kayıtlarına sahip oldukları görülmüştür. Fakat dört veya daha fazla risk faktörü yaşayan çocukların 1/3'ü ise bunlar yerine kendine güvenen, yetenekli normal yetişkinler oldukları saptanmıştır (Werner ve Smith 1992, Werner 1993, Werner 1995). Bu çocuklara

“yılmaz çocuklar” denmiştir. Bu çocukların çocukluk ve ergenlik dönemlerinde herhangi bir öğrenme veya davranış problemi gözlenmeyip aksine ev yönetiminde, okulda ve sosyal hayatlarında başarı gösterdikleri, 40 yaşla beraber bu çocuklardan birinin bile işsiz olmadığı, suç kaydının yer almadığı belirtilmiştir. Ergenlik dönemlerinde ciddi baş etme problemleri yaşayan yüksek riskli gençlerin çoğunda 40’lı yaşlarla beraber iyileşme olduğu, iş, aile, sosyal ilişkilerinden memnun, yaşadıkları toplulukta vatandaş olarak sorumluluk sahibi oldukları görülmüştür (Werner ve Smith 1992, Werner 1993, Werner 2004, Werner 2005). Werner yüksek riskli bir çevreye maruz kalan gençleri yılmaz bireyler yapan özellikleri kategorize etmiştir. Bunlar dirençli, sosyal olarak sorumluluk sahibi, hoşgörülü/sabırlı, başarı odaklı, iyi iletişim kuran, öz saygıya sahip olmak gibi kişisel özellikleri içerir. Ayrıca sıkıntılarla karşılaşan genç insanlara ailesi dışında hem içsel hem de dışarıdan yardım eden çevresel desteklerin olduğuna da işaret edilmiştir (Werner 2005).

Richardson ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilen Yılmazlık Modeli’ne göre, yaşamının herhangi bir döneminde sıkıntı yaşayan birey, ideal olarak sıkıntısını azaltan bireysel ve çevresel koruyucu faktörlerle karşılaşır. Yeterli düzeyde korunursa, birey yaşamında önemli bir aksama yaşamadan sıkıntılı duruma uyum gösterir. Birey, rahat bir bölgede veya dengede (homeostazis) kalır veya yaşadığı sıkıntılı durumun üstesinden gelme sürecinde sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirdiği ve duygusal olarak güçlendiği için artmış bir yılmazlık düzeyine doğru ilerler. Birey yeterli düzeyde korunamazsa psikolojik aksaklık sürecine girer, sonra zamanla yeniden bütünlüğe kavuşur. Yeniden bütünleşme biçimini, mevcut olan kişisel ve çevresel koruyucu faktörler belirler. Bu modele göre yeniden bütünleşme 4 farklı biçimde gerçekleşebilir. Bunlar;

- 1) Alkol, uyuşturucu madde kullanımı, intihar girişimi gibi işlevsel olmayan özellikler edinme
- 2) Benlik değerinde düşme
- 3) Sıkıntılı olaylarla baş etme kapasitesinde yetersizlik şeklinde ortaya çıkan uyum bozukluklarıyla ilgili özellikler edinme
- 4) Kişinin kendini rahat hissettiği bölgeye dönmesi veya yılmazlık düzeyinin artması şeklinde sıralanmaktadır.

1.2.4. Yılmazlıkla İlişkili Unsurlar

Literatürde yılmazlık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel noktanın ortak olduğu görülmektedir. Bunlar; a) risk ve/veya zorluk b) koruyucu faktörler ve b) olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik faktörleridir (Gizir 2007, Kararımak 2006, Wang ve Zhang 2015). Yılmazlık kavramının kavramsallaştırılmasıyla ilgili bahsedilen bu faktörler araştırma sonuçlarıyla aşağıda açıklanmıştır.

Alanyazın incelendiğinde, yılmazlığın ortaya çıkabilmesi için bir risk faktörünün olması gerektiği göze çarpmaktadır (Gizir 2007, Güloğlu ve Kararımak 2010). Birey, aile veya toplumda sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına neden olabilecek risk faktörleri genetik, biyolojik, psiko-sosyal ve demografik koşulları içermektedir (Terzi 2008). Sevilen birinin kaybı, işten çıkarılma, terörist saldırısı, ciddi sağlık problemleri, yoksulluk, şiddet ve doğal afetler gibi stres yaratan olaylar risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Basım ve Çetin 2010, Güloğlu ve Kararımak 2010).

Yılmazlığın ortaya çıkabilmesi için travmatik yaşantıların oluşturduğu risk durumunda bireyin koruyucu faktörleri harekete geçirmesi gerekmektedir (Güloğlu ve Kararımak 2010). Koruyucu faktörler, risk ya da zorluğun etkisini yumuşatan, azaltan ya da ortadan kaldıran durumları tanımlamaktadır. Yılmazlığın açıklanmasında rol oynayan birçok faktörden söz edilebilmesine karşın yapılan çalışmalarda bu faktörlerin üç genel kategori altında toplanabileceği öne sürülmüştür (Haase 2004, Gizir 2007, Terzi 2008). Farklı çalışma bulgularından derleme yapan Masten ve Coastworth (1998) koruyucu faktörleri 3 başlıkta toplamıştır:

1. **Bireysel faktörler:** Öz-güven, öz-saygı, özyeterlilik, entellektüel kapasitenin yüksek olması, sosyal becerilere sahip olma, yumuşak başlı ve herkes tarafından sevilen biri olma.
2. **Aile ile ilgili koruyucu faktörler:** Anne-baba ile yakın ilişki, sosyo-ekonomik açıdan avantajlı olma, çekirdek aile dışında destekleyici ve sıcak aile bağlarına sahip olma, iyi ebeveyn nitelikleri.
3. **Ailenin dışındaki koruyucu faktörler:** Kişilerin zorlukların üstesinden gelme çabalarına aile dışındaki bir yetişkinle (arkadaşlar, öğretmenler, komşular ve diğer kişiler) olumlu ve sıcak bir ilişki, sosyal bir çevrenin içinde yer alma ve iyi okullarda okuma.

Yılmazlık araştırmalarında riskleri ve koruyucu faktörleri tanımlamak yeterli olmamakta, bunun yanında elde edilen akademik ve sosyal alanlardaki yeterlik/yeterkinlik gibi olumlu sonuçların da belirlenmesi gerekmektedir. Yeterlik kavramı var olan çevresel koşullarda bireysel gelişim sürecini sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmek için etkili bir uyum örüntüsü gösterme anlamına gelmektedir (Masten ve Coastworth 1998). Gizir'in (2007) Masten ve Reed'in (2002) çalışmasından aktardığına göre üzerinde en çok çalışılan olumlu sonuç değişkenleri;

- Akademik başarı
- Olumlu sosyal ilişkiler /sosyal yeterlik
- Düşük davranış problemleri
- Düşük duygusal problemler ya da belirtiler
- Psikopatolojinin var olmaması
- Psikososyal uyum bileşenlerinin varlığı (yaşa uygun spor ve diğer aktivitelere katılmak) olarak sıralanabilir.

1.3. İnfertilitede Yılmazlık

İnfertilitenin çiftlerin duygu durumlarını, benlik saygılarını, bedensel imgelerini evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, sosyal yaşantılarını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yönde etkileyerek bu doğrultuda yaşam kalitelerinin düşmesine yol açtığı farklı araştırmalarla açığa çıkarılmıştır (Newton ve diğ. 1999, Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Aydın ve Kızılkaya-Beji 2013, Algül 2013). Tanı öncesi, tanı sırası ve uzun yıllar alabilen tedavi süreci özellikle infertilite sorunu olan kadınlar için duygusal, fiziksel ve maddi olarak stres yüklü ve zorlayıcı bir deneyim olabilmektedir. Kadınların infertil süreçte yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyinin kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyon gibi ciddi hastalıkları olan kadınlarla benzer olduğu bulgulanmıştır (Domar ve diğ. 1993).

Çiftlerin çoğu, tedavinin kendisini aşırı veya orta düzeyde stresli olarak tanımlarken (Verhaak ve diğ. 2007) tedaviyi bırakan kadınların 2/3'ü tedaviyi bırakma nedeni olarak yaşadıkları duygusal maliyetler olduğunu, yaklaşık yarısının ise tedavilerle baş edememek olduğunu belirtmiştir (Hammarberg 2001).

Ölümcül hastalık gibi yaşamı tehdit eden bir niteliği olmamasına rağmen ölümcül bir hastalığın terminal döneminde tutulan yas süreci gibi bir süreç yaşayan infertil kadınların (2003 alıntı Özçelik 2007) tedaviyi bırakmalarına kadar uzanan bu deneyimi

yaşarken sahip oldukları yılmazlık düzeyinin, algıladıkları psikolojik stresi azaltarak koruyucu ve önemli bir rol üstlendiği belirtilmiştir. Çünkü yılmazlık bireylerin kendisine, dünyaya ve geleceğe pozitif bakmayı sağlayan iyilik haline aracılık etmektedir. Diğer bir ifadeyle kendilerine güven duyma eğiliminde olan yılmaz bireyler, dünyayı pozitif olarak algılama ve gelecek için umutlu olma eğilimine sahiptir (Mak 2011). Araştırmalar yüksek düzeyde yılmazlığa sahip infertil hastalarının, yaşadıkları sorunların üstesinden gelerek hem günlük rutinlerin hem de hastalık koşullarının yarattığı değişimlerden kolayca ve hızlıca iyileşebildiklerini göstermiştir. Ayrıca bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin korunmasına yardım ederek fertiliteye bağlı yaşam kalitelerini arttırdığı belirtilmiştir (Li ve diğ. 2019).

2. AMAÇ

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen psiko-sosyal bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Kadınların infertil süreçte yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyinin ciddi hastalıkları olan kadınlardan farklı olup olmadığını araştırıldığı bir çalışmaya göre infertil kadınların stres düzeyinin kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyonla aynı düzeyde olduğu görülmüştür (Domar ve diğ. 1993). DSÖ'nün (WHO 2002) raporu da infertil kadınların, infertilitenin yarattığı işkenceli yaşamı ve zihinsel acıyı çekmektense ölümü tercih ettiklerini ortaya koymuştur.

Konuyla ilgili kaynaklar incelendiğinde yüksek düzeyde yılmazlığın (psikolojik sağlamlığın), bireyleri infertiliteye bağlı oluşan stresten (Herrmann ve diğ. 2011b) ve depresyondan koruyucu, pozitif duyguları artırıcı işlevi olduğunu göstermektedir (Mak ve diğ. 2011). İlgili literatürde yılmazlığın yoksul olan, cinsel tacize uğrayan, savaş ortamında yaşayan, doğal afete maruz kalan, kronik veya ölümcül sonuçlara yol açabilecek hastalığı olan risk gruplarındaki bireylerle çalışıldığı araştırmalara rastlanmaktadır.

Bu araştırmanın amacı çok çalışılmayan bir konuyu, infertilitesi olan kadınlarda yılmazlıkla ilişkili değişkenleri incelemektir. Literatür incelemesine dayanarak 18-45 yaş arası doğal yolla çocuk sahibi olamayan (infertil) kadınlarda yılmazlıkla ilişkili olabilecek çocukluk çağı travmaları öyküsü, depresyon düzeyi, infertiliteye bağlı stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları gibi faktörlerin yılmazlıkla ilişkilerini saptamak amaçlanmıştır. Bu

araştırmayı özgün kılan yönü, infertil olan kadınlarla infertilite problemi yaşamayan fertil kadınların karşılaştırılmasıdır. Bu araştırmanın infertil kadınların yılmazlık düzeylerini ve yılmazlığı yordayan değişkenlerin belirlenmesi ve tedavi süreci boyunca kendilerine eşlik eden sağlık profesyonellerine ve kurumlara danışmanlık ve psikolojik destek hizmetlerinde rehberlik etmesi amaçlanmaktadır. İnfertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığını korumaya yönelik çalışmalar yapılması da yine öngörülen katkılar arasındadır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma infertilite sorunu olan kadınların çocukluk çağı travmaları öyküsü, depresyon düzeyi, infertiliteye bağlı stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ile yılmazlık düzeyi arasındaki ilişkileri ortaya koyması bakımından tanımlayıcı bir çalışmadır. Katılımcılardan tek seferde veri toplanması bakımından ise kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yerinin Seçimi

Araştırmanın infertil grubu için doğal yolla çocuk sahibi olamayan ve Yardımla Üreme Teknikleri için başvuran kadınlara ulaşmak üzere Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yardımla Üreme Teknikleri Merkezi (Tüp Bebek) tercih edildi. Araştırmanın fertil grubu için doğal yolla en az bir çocuk sahibi olmuş kadınlara ulaşmak için Kocaeli Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği tercih edildi.

3.3. Araştırma Örneklemi

Araştırma evrenini Ocak 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yardımla Üreme Teknikleri Merkezi (Tüp Bebek)'ne üreme problemi nedeniyle başvuran (doğal yolla çocuk sahibi olamayan) ve tedavi görmekte olan, araştırma kapsamına alınma kriterlerine sahip olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 18-45 yaş aralığında olan, Kocaeli'de ikamet eden 101 evli kadın oluşturdu. Araştırma için 87 katılımcıdan veri toplanmış fakat analizler yapılırken ölçeklerinden eksik yanıtlar olduğu tespit edilen 7 kişinin verileri değerlendirme dışı bırakıldı. Örnekleme dahil etme ölçütleri en az okur-yazar olmak, 18-45 yaş aralığında olmak, Kocaeli'nde ikamet ediyor olmak olarak belirlendi. İnfertil grup için ek olarak doğal yolla çocuk sahibi

olmamak ve infertilite tedavisinde olmak, fertil grup için ise gebe olmamak ve doğal yolla en az bir çocuk sahibi olmak olarak belirlendi. Bu ölçütlere uygun olan kadınlara araştırmadan bahsedilmiş, kabul eden kişilere belirlenen ölçekler uygulandı. Örnekleme dahil edilmeme ölçütleri ise okuma-yazma bilmemesi, herhangi bir zihinsel engelliliğe, gerçeği değerlendirme yetisini bozacak herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olması, kadın dışındaki bir cinsiyette olması ve Kocaeli dışında ikamet ediyor olmasıydı.

3.4. Araştırmanın Kontrol Grubu

Fertil grubu, Kocaeli Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne kadın doğum yakınmaları nedeniyle muayene için gelen, üreme problemi olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma-yazma bilen, evli, yaşayan en az bir çocuğu olan, 18-45 yaş aralığında, Kocaeli'de ikamet etmekte olan 105 kadın oluşturdu. Çalışmaya katılan 105 kişiden 6 kişinin kullanılan ölçeklerdeki verilerinin eksik olması nedeniyle analize dahil edilmedi, 99 kişinin verileri analizde temel alındı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Yılmazlık Ölçeği

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- İnfertilite durumu
- Kadınların sosyo-demografik özellikleri
- Kadınların sağlık ve menstruasyon özellikleri
- İnfertil kadınların infertilite öyküsü ve tedavi özellikleri
- Beck Depresyon Envanteri
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- Fertilite Sorunu Envanteri

3.6. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın veri toplama aşamasında Ocak 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Yardımla Üreme Teknikleri Merkezi (Tüp Bebek)'ne üreme problemi nedeniyle tedavi için başvuran (doğal yolla çocuk sahibi olamayan)

kadınlar ve Kocaeli Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne kadın doğum yakınmaları nedeniyle muayene için gelen, üreme problemi olmayan kadınlarla gerçekleştirildi. Araştırmacı iki merkezin aynı kurumda yer alması nedeniyle sabah birinci merkezde ve öğlen ikinci merkezde bulundu.

Uygulama iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada merkeze tedavi amacıyla gelen tüm katılımcılara araştırmadan bahsedilmiş ve aydınlatılmış onam formunu okumaları istendi. Gönüllülük ve gizlilik ilkelerine uyulacağı vurgulandı. Araştırmanın hazırlık ve yayınlanma süreçlerinde kişisel bilgilerin kimseye paylaşılmayacağı, kesinlikle gizli kalacağı, sadece bilgisayar ortamına aktarılırken inceleneceği ve elde edilecek bulguların sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı açıklandı. Katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmış kişilerden ilk başta sosyo-demografik formu doldurmaları istendi. İkinci aşamada ise katılımcılara diğer ölçekler (BDÖ, SBTÖ, ÇÇTÖ, FSE, YÖ) uygulanmıştır. FSE sadece infertil kadınların doldurması sağlandı. Soru maddelerinin katılımcılarda yorgunluk etkisi nedeniyle hatalı bildirimlerin önüne geçmek için ölçekler katılımcılar olarak farklı sırayla uygulandı.

Uygulamaların hepsi bireysel olarak yapılmış olup uygulamalar 30-40 dakika aralığında tamamlandı. Tüm uygulamalar her iki merkezin hemşire odasında gerçekleştirildi. Araştırmada kullanılan ölçeklerle güvenilir sonuçlar elde edebilmek açısından literatürde geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmaların incelenerek seçildi.

Araştırmada, örnekleme oluşturan infertilite sorunu olan kadınlar için toplumda sıklıkla damgalama unsuru olan kısırılık terimi yerine doğal yolla çocuk sahip olamayan kadınlar ifadesi tercih edildi. Damgalayıcı bir unsur barındırmayan bu ifadenin gerek topluma gerek bu sorundan müzdarip çiftlere yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olma istemine umut aşılabilir nitelikte olabileceği düşünüldü. Araştırma yazını boyunca dilin akıcılığını sağlamak açısından çocuk sahibi olamayan kadınlar için bilimsel bir ifade olan infertilite terimi, en az bir çocuk sahibi olan kadınlar için ise fertil terimi kullanılacaktır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri toplama amacıyla öz bildirim ölçekleri kullanıldı. Demografik bilgilerin alınması için araştırmacı tarafından infertil ve fertil grupları için ayrı

olarak hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formları kullanıldı. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Stresle Başa Çıkma Tarzları Envanteri (SBÇTÖ) ve Yılmazlık Ölçeği her iki grupta da kullanıldı. Bireyin infertiliteyle ilişkili global stres düzeyini ölçmek üzere Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) ise sadece infertil grupta kullanıldı.

3.7.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK 5, EK 6)

İnfertil grup ve fertil grup için ayrı ayrı hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu kadınların sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon ve infertilite ile ilgili özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır. İnfertilite ile ilgili özellikleri içeren sorular sadece infertil gruptaki kadınlara soruldu. Diğer iki bölümdeki sorular ise her iki gruba yöneltildi.

Sosyo demografik özellikler bölümü kadının yaşı, kadının öğrenim durumu, mesleği, çalışma durumu, eşinin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, çalışma durumu, aylık gelir durumu, sağlık güvencesinin varlığı, yaşanan yer, bölgedeki durumu, aile tipi, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, evlenme biçimi, eşiyile akrabalık bağına sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Sağlık ve menstruasyon özellikleri bölümü kadının tıbbi hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumu, ilk adet yaşı, adet düzensizliği yaşama, toplam gebelik sayısı, psikolojik destek öyküsü, şu an psikolojik destek alma durumu, şu an psikiyatrik ilaç kullanma durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

İnfertilite özellikleri bölümü çocuk olmadan geçen süre (infertilite süresi), tedavi süresi, infertilite nedeni, infertilite tipi, düşük sayısı, kürtaj sayısı, gebelik sayısı, tüp bebek deneme sayısı, infertil olduklarını öğrendiklerinde hissettiği duygular, tedavi için ilk başvurduğu yer, başvurduğu çözüm yöntemleri, eş veya eşinin ailesinin çözüm arayış durumu, eşin veya eşinin ailesinin davranışlarında değişiklik durumu, infertilite durumu paylaşma durumu, sosyal destek kaynağını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.7.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK 11)

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirti düzeyini ve şiddet düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan envanter Beck tarafından 1961'de geliştirilmiştir. Toplam 21 öz-bildirim cümlesi içeren dörtlü likert tipinde cevaplanan bir ölçektir. Her

maddesi 0-3 aralığında artan puanlar alır ve toplam puanlar bu puanların toplanmasıyla elde edilir. Testten en az 0, en çok 63 puan alınabilir. Depresyon şiddeti 4 derecede değerlendirilir. 0-10 arası olan puanlar normal, 11-17 arası olan puanlar hafif düzeyde depresyon, 18-29 arası olan puanlar orta düzeyde depresyon ve 30-63 arası olan puanlar şiddetli depresyonun olduğunu ifade etmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirtilerinin şiddetli olduğunu göstermektedir. BDE puanı 17 ve üzerinde olmanın tanı gerektirecek depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmektedir (Hisli 1989). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçüte bağlı geçerliliği r: 0.75 ve test-yarılama yöntemi güvenilirliği r:0.74 olarak bulunmuş ve ülkemizde kullanılabilir olduğu bildirilmiştir.

3.7.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK 9)

Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu öz-bildirim değerlendirme ölçeği, 1995'te 54 maddeye düşürülmüş ve Şar ve arkadaşları tarafından kısaltılarak 28 maddelik formu Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçek ile 20 yaş öncesi çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmali de konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorularını da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir.

ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (Örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplanmasıyla ÇÇTÖ toplam puanı elde edilir. Alt ölçek puanları 5-25 arasında, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmektedir, toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puanlı (en yüksek) cevaplar hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanmasıyla 0-3 puan arasında minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle

değerlendirilmektedir. Şar ve arkadaşları tarafından Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ)'nin Türkçeye uyarlanan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının bulgularına göre; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan her birine en alt düzeyden puan vererek evet yanıtının verilmesinin pozitif öz-bildirim olarak düşünülmesi gerektiği ifade edilmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan olarak değerlendirilebileceği ifade edilmektedir. Toplam puan için bu sınırın 35 ve üstü olabileceği görülmektedir. Bu arada, ÇÇTÖ'nün bir önceki biçimi olan 53 maddelik versiyonu ile 28 maddelik şimdiki biçimi arasındaki yüksek korelasyonlar ölçeğin her iki versiyonu ile de yapılan çalışmalarda elde edilen bulguların karşılaştırılabilirlik özelliği taşıdığını da göstermektedir.

Şar ve arkadaşlarının (2012) yaptığı güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında klinik olan ve olmayan denekler üzerinde iki hafta ara ile yapılan test-tekrar testinde ÇÇTÖ toplam puanının korelasyon katsayısı 0.90 ($p < 0.001$, $N=48$) idi. Alt puanlar için korelasyon katsayıları şöyle olmuştur: Duygusal istismar ($r=0.90$ $p=0.001$), duygusal ihmal ($r=0.85$ $p < 0.001$), fiziksel istismar ($r=0.90$ $p < 0.001$), cinsel istismar ($r=0.73$ $p < 0.001$), fiziksel ihmal ($r=0.77$ $p < 0.001$), minimizasyon ($r=0.71$ $p < 0.001$).

3.7.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (EK 8)

Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin Türk gençlerine uyarlanmış kısaltılmış hali Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında çalışılmış ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" olarak adlandırılmıştır. Dörtlü Likert tipinde cevaplanan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri, bireylerin stresle baş etmede kullandıkları bilişsel ve davranışsal stratejileri göstermektedir. Ölçeğin faktör analizi 5 faktörlü bir yapıyı ortaya çıkarmıştır.

Çizelge 3.1. SBTÖ alt ölçeklerinin madde dağılımları

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) 30 Madde	
Etkili Başa Çıkma Yöntemleri	Etkisiz Başa Çıkma Yöntemleri
Kendine Güvenli Yaklaşım (7 madde) (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26)	Çaresiz Yaklaşım (8 madde) (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28)
İyimser Yaklaşım (5 madde) (2, 4, 6, 12, 18)	Boyun Eğici Yaklaşım (6 madde) (5, 13, 15, 17, 21, 24)

Sosyal Destek Arama (4 madde) 1, 9, 29, 30)	
--	--

Ölçeğin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçeklerden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama etkili başa çıkma yöntemleri olarak yer alırken çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım etkisiz başa çıkma yöntemleri olarak ele alınmaktadır. Soruların puanlaması 0-3 arası değişmektedir. ‘Sizi ne kadar tanımlıyor/size ne kadar uygun’ ‘Sizi ne kadar tanımlıyor/ size ne kadar uygun’ şeklinde sorulan sorulara verilen “hiç uygun değil” yanıtı 0 puan, “uygun değil” yanıtı 1, “uygun” cevabı 2, “tamamen uygun” cevabı 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Maddelerden 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Alt ölçekler birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Her faktöre ait sorulardan alınan puanlar toplanır ve o faktöre ait soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama bir puan elde edilir. Etkili baş etme ve etkisiz baş etme faktörlerinin puanları ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça bireylerin stresle başa çıkmada etkili yöntemler kullandıklarını göstermektedir. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça bireylerin stresle başa çıkmada etkisiz yöntemler kullandıkları anlaşılmaktadır.

Ölçeğin Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, ölçek üç aşamalı faktör analizine tabi tutulmuştur. İlk faktör analizi çalışması üniversite öğrencileri üzerinde (N=575) Ana Eksenler (Principal Axis) yöntemiyle yapılmış ve 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Aynı örneklem üzerinde Grafik Yöntemlere (Screen Test) göre yapılan faktör analizi sonucunda ise ölçeğin 5 faktöre indirgenebileceği görülmüştür. İkinci faktör analizi çalışması, özel ve kamu bankalarında çalışan (N=426) kişiler üzerinde Ana Eksenler Yöntemi ile yapılmış ve 7 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Üçüncü faktör analizi çalışması ise yaşları 14-45 arasında değişen (N=232) kişiler üzerinde Ana Eksenler Yöntemi ile yapılmış ve öz değeri 1’in üzerinde olan beş faktör bulunmuştur. Ölçeğin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ile saptanmış ve “İyimser Yaklaşım” alt ölçeği için elde edilen güvenilirlik katsayıları $\alpha=0.68$ ile $\alpha=0.49$ arasında bulunmuştur.

“Kendine Güvenli Yaklaşım” alt ölçeği için bu değer $\alpha=0.62$ ile $\alpha=0.80$ arasında, “Çaresiz Yaklaşım” alt ölçeği için bu değer $\alpha=0.64$ ile $\alpha=0.73$ arasında, “Boyuneğici Yaklaşım” alt ölçeği için ise $\alpha=0.47$ ile $\alpha=0.72$ arasında bulunmuştur. Son olarak “Sosyal Desteğe Başvurma” alt ölçeği için de bu değer $\alpha=0.47$ ile $\alpha=0.45$ arasında değiştiği saptanmıştır. Bu sonuca göre beş alt ölçeğin güvenilirlik katsayılarının 0.45 ile 0.80 arasında değiştiği gözlenmiştir.

Ölçeğin Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan geçerlik çalışmasında; psikolojik sorun belirtileriyle ilişkilerine, daha sonra çeşitli kişilik boyutları ve durumsal değişkenlerle ilişkileri ve farklı ölçümlere göre ayrılmış karşıt grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Psikolojik sorunlarla ilişkiler “Sosyal Desteğe Başvurma” dışındaki tüm alt ölçekler, üç çalışmada da çeşitli belirti ölçümleriyle anlamlı ilişki içinde çıkmıştır. Ölçeğin çeşitli kişilik boyutlarıyla ilişkilerini belirleme amacıyla yapılan geçerlik çalışmasında; “Strese Yatkınlık”, “A-Tipi Kişilik”, “Genel İyimserlik”, “Yaşam Doyumu” ve “Gelecekte Umut” gibi değişkenlerle ilişkilerine bakılmıştır. Strese yatkınlık puanı ile sosyal desteğe başvurma dışındaki tüm alt ölçekler arasında anlamlı korelasyonlar bulunduğu saptanmıştır. A-Tipi Kişilik açısından bakıldığında ise A-Tipi davranışlar arttıkça, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımların azaldığı, çaresiz yaklaşımın ise arttığı saptanmıştır. Yaşam Doyumu, Genel İyimserlik ve Gelecekte Umut puanları birer kişilik boyutu olarak ele alındığında, puanlar arttıkça iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı kullanma sıklığının arttığı; çaresiz ve boyun eğici davranışları kullanma sıklığının ise azaldığı görülmüştür. Alt ölçeklerin durumsal değişkenlerle olan ilişkisini belirleme amacıyla üç ayrı çalışma yapılmış ve sonuçta elde edilen korelasyonların anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın son aşamasında ölçeğin geçerliğini belirleme amacıyla, Karşıt Gruplar Karşılaştırmaları yapılmıştır. Bu amaçla stresle başa çıkma dereceleri değişen 4 farklı grup oluşturulmuş ve SBÇTÖ'nin alt ölçekleriyle ölçülmeye çalışılan başa çıkma tarzlarının bu gruplarda nasıl değiştiğine bakılmıştır. Bu amaçla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda “Sosyal Desteğe Baş Vurma” dışındaki tüm alt ölçeklerde gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sonuç olarak elde edilen bulgular SBÇTÖ'nin alt ölçeklerinin etkili ve etkisiz olmak üzere iki boyutta toplandığını; bu iki alt boyutun ise kendi içinde, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”,

“Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Desteğe Başvurma” olmak üzere beş alt boyuta ayrıştırılabileceğini göstermiştir.

3.7.5. Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) (EK 7)

Bireyin infertilite ile ilişkili global stres düzeyini ölçen Fertilité Sorunu Envanteri, Newton ve arkadaşları tarafından 1999’da geliştirilmiştir. Ölçeğin Fertilité Sorunu Envanteri’nin geçerlilik-güvenilirlik çalışması Eren tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayıları kadınlar için $\alpha=0.89$ ve erkekler için $\alpha=0.88$ olarak bulunmuştur. Hem birincil hem de ikincil infertiliteye sahip hastalarda kullanılan, 46 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek maddelerinde yer alan ifadelere ne ölçüde katıldıkları/katılmadıkları sorulan sorulara “Hiç katılmıyorum” ile “Tamamen katılıyorum” cevabı arasında değişen altılı Likert tipi bir ölçüm sınıflaması bulunmaktadır. Ölçek, infertilite ile ilişkili özgül alanlardaki stresi değerlendiren toplam beş alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçek puanları, her bir alt ölçek maddelerinin aldığı puanların toplanmasıyla elde edilir. Global stres puanı, her bir maddenin aldığı puanın ya da her bir alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin standart Global Stres Puanı ortalaması 134.4 ± 33.8 ’dir. * ile işaretlenmiş maddeler tersten puanlanmaktadır (6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6).

Alt ölçekler;

Sosyal sorunlar (10 madde)

Yüksek puan: Yorum ve eleştirilere duyarlılık, infertilite hatırlatıcıları, sosyal aktivitelerde zorluk, aileden ve yaşlılarından uzaklaşma / yabancılaşma
(9*, 12*, 14, 27, 30, 35*, 39, 40, 43, 44*)

Cinsel sorunlar (8 madde)

Yüksek puan: Azalmış cinsel haz/eğlence ya da cinsellikte kendine güvende azalma, zamanlanmış cinsel ilişki zorlukları
(3, 4*, 7*, 13, 17, 22, 32, 37)

İlişki sorunları (10 madde)

Yüksek puan: İnfertilite hakkında açıkça ve yapıcı olarak iletişimde zorluk, cinsiyet farklılığını anlama-kabullenme, gelecekteki ilişkilere dair endişeler
(11, 16, 18*, 21, 24, 26, 33*, 36, 45, 46*)

Ebeveyn olma ihtiyacı (10 madde)

Yüksek puan: Ebeveyn rolü ile yakın özdeşim, yaşamın temel ya da öncelikli bir amacı olarak ebeveynlik

(2, 5, 6, 8, 10, 19, 23*, 29, 34, 42)

Çocuksuz yaşam biçimini red (8 madde)

Yüksek puan: Çocuksuz yaşam biçimi ya da devamlılığına negatif bakış, gelecekteki doyum ya da mutluluğun bir çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmaya bağlı olması, diğer rollerden doyum sağlamada güçlük

(1*, 15*, 20*, 25*, 28*, 31*, 38*, 41*)

Global stres (46 maddenin tamamı)

Yüksek puan: İnfertilite ile mücadele eden aynı cinsiyetten bireylerle karşılaştırıldığında, infertiliteye bağlı stres ve psikolojik stresin yüksek düzeyde olduğunu gösterir (Eren 2008).

3.7.6. Yılmazlık Ölçeği (EK 10)

Yılmazlık Ölçeği, Gürgan tarafından 2006'da üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir. 50 maddeden oluşan ölçeğin 5'li Likert tipinde bir ölçüm sınıflaması bulunmaktadır. Ölçeğin derecelendirilmesi “ Hiç tanımlamıyor (1), Biraz tanımlıyor (2), Orta düzeyde tanımlıyor (3), İyi tanımlıyor (4), Çok iyi tanımlıyor (5)” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz maddeler, bu derecelemenin tam tersi şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 50, en fazla 250 puan alınabilmektedir. Ölçek puanlarındaki artış, bireylerin yılmazlığının yüksekliğini, azalma ise yılmazlığın düşüklüğünü göstermektedir.

Yılmazlık Ölçeği'nin geçerlik çalışmasında ölçüt geçerliği ve yapı geçerliğine bakılmıştır. Uzman görüşlerine dayanarak yılmazlık ile pozitif ve negatif yönde ilişkili toplam 8 kavramın olduğu düşünülmüştür. Yılmazlıkla pozitif yönde ilişkili olduğu düşünülen kavramlar: “öğrenilmiş güçlülük”, “umutluluk”, “içten kontrol odaklılık”, “problem çözme becerisi” dir. Yılmazlıkla negatif yönde ilişkili olduğu düşünülen kavramlar ise; “öğrenilmiş güçlülük”, “dıştan kontrol odaklılık”, “umutsuzluk, yaşama negatif bakabilme”, “problem çözme becerilerinde yetersizlik” dir. Yılmazlıkla ilişkili kavramları belirlemek için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış 3 ölçek ve bir envanter kullanılmıştır. Bunlar; Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ),

Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Problem Çözme Envanteri (PÇE)'dir. Yılmazlık Ölçeği ile Kontrol Odağı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, ve Problem Çözme Envanteri arasındaki negatif korelasyon, Yılmazlık Ölçeği'nin geçerliliğini göstermekte olduğu ve ölçmek istediği amacı ölçebilecek özellikte olduğu söylenebilir.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test-tekrar test güvenirliği ile ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Çalışma evreninden seçkisiz olarak seçilen toplam 49 üniversite öğrencisine ölçek bir ay ara ile uygulanmıştır. Uygulama sonunda yapılan analiz sonucunda birinci ve ikinci uygulamada alınan puanlar arasındaki korelasyon 0.89 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$, $N=49$, $ss=11.57$, $t=-2.51$). Bu sonuç ölçeğin kararlılığı için oldukça iyi bir kanıt olarak düşünülmüştür. Güvenirlik kanıtı olarak da hesaplanan iç tutarlık katsayıları aynı grupta farklı zamanlarda Cronbach Alfa değeri 0.78 ve 0.87 olarak bulunmuştur. Geçerlik çalışmasına katılan grup için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri de (0.80) yukarıdaki değerlere oldukça yakın olduğu değerlendirilmiştir.

Güvenirlik analizini değerlendirmek için Cronbach's Alpha katsayısına bakılmıştır. Cronbach's Alpha katsayısına bakılırken kullanılan kriter aralıkları şöyledir:

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

SBTÖ, ÇÇTÖ, FSE, BDÖ ile YÖ ölçek güvenirlikleri Çizelge 3.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi

Ölçekler		Cronbach Alfa Değeri (α)	Madde Sayısı
SBÇTÖ Alt Ölçekleri	Kendine güvenli yaklaşım	0.796	7
	İyimser yaklaşım	0.728	5
	Sosyal desteğe başvurma	0.449	4
	Boyun eğici yaklaşım	0.574	6
	Çaresiz yaklaşım	0.725	8
ÇÇTÖ Alt Ölçekleri	Fiziksel istismar ok	0.869	5
	Cinsel istismar	0.916	5
	Duygusal istismar ok	0.462	5
	Fiziksel ihmal ok	0.541	5
	Duygusal ihmal	0.824	5
	ÇÇTÖ toplam	0.684	28
FSE Alt Boyutları	Ebeveyn olma ihtiyacı	0.742	10
	Çocuksuz yaşam biçimini red	0.736	8
	İlişki sorunları	0.633	10
	Cinsel sorunlar	0.688	8
	Sosyal sorunlar	0.679	10
	FSE toplam puan	0.765	46
BDÖ	BDÖ toplam puan	0.856	21
YÖ	YÖ toplam puan	0.728	50

3.8. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan araştırmanın uygulanması için gerekli yasal izinler alınmıştır. Alınan etik kurul onayının numarası; Karar no: KÜ GOKAEK 2016/21.7, Proje no: 2016/320 dir.

3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin ve Hesaplamaların Tanımlanması

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış, hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Verilerin çözümlenmesi ve analizi IBM SPSS programının 23.0 versiyonuyla yapılmıştır.

Bağımlı değişkenin analizi için katılımcılar belirli özellikleri ve ölçeklerden aldıkları puanlara göre gruplanmıştır. BDÖ'nden alınan puanlara göre depresyon şiddeti normal, hafif düzeyde, orta düzeyde ve şiddetli olarak gruplanmıştır. ÇÇTÖ'den alınan puanlar kesme puanı olan 35 altı (ÇÇTÖ yok), 35 ve üstü (ÇÇTÖ var) olarak gruplanmıştır. FSE ham puanları hesaplanırken (ölçeğin orijinal versiyonunda belirtildiği gibi) her alt boyutun toplam puanı ve global stres puanının %0-16, %16- 50, %50-84, %84-98 aralıklarından hangisine işaret ettiği (%16 ve altı: düşük stres, %16-84: orta düzey stres, %84-98: hafif yüksek stres, %98 ve üstü: çok yüksek stres) belirlenmiştir. SBÇTÖ atotoplam puan hesaplanmayıp karşılaştırma grubuna göre alt ölçeklerden alınan puanlar

Bezer şekilde katılımcılar yaş grubuna (18-25, 25-35, 36 ve üstü), eş yaş grubuna (24-35, 36 ve üstü yaş), aylık gelir durumu (0-1999 TL, 2000-3999 TL, 4000-5999 TL, 6000 ve üstü TL), evi paylaşma durumu (geniş, çekirdek), evlilik biçimi (severek, görücü usulü, kaçarak, diğer), evlilik süresi (1 yıl, 1-5 yıl, 5 yıldan fazla) göre de gruplanmış, Ayrıca infertil kadınlar infertiliteyle ilişkili özellikleri olan infertilite tipine (birincil/ikincil infertilite), tedavi yöntemi (aşılama/TBT), infertilite nedeni (erkek kaynaklı/kadın kaynaklı/her ikisi kaynaklı/açıklanamayan sebeplerle) ve tedavi süresine (0-2 yıl, 2-6 yıl, 6 ve üstü yıl) de gruplandırılmıştır. Analizler bu gruplar üzerinden yapılmıştır.

3.9.1. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov Testi ile değerlendirilmiş ve analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde ve ortalama hesaplamaları, normal dağılan değişkenler için Ki-kare, Student t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova), Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan değişkenler için ise Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman Korelasyon Analizi yöntemlerinden yararlanılmıştır. Çoklu regresyon analizinde Linear Regresyon Analizi (Enter yöntemi) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Burada araştırma sorumuzu cevaplamak amacıyla, araştırmaya katkıda bulunan katılımcılardan, uygulanan ölçekler aracılığıyla toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda ulaşılan bulgular yer almaktadır.

4.1. İnfertil ve Fertil Grubun Sosyo-demografik Özellikleri

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.1'de yer almaktadır. İnfertil grup ile fertil grubun yaş ve aylık gelir ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Mann-Whitney U testi analizleri yapılmıştır. İnfertil grup ile fertil grup arasında eğitim durumu ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için Ki Kare testleri yapılmıştır.

Tüm kadınların ortalama yaşı 35.10 ± 6.95 idi. İnfertil grubun ortalama yaşı 31.45 ± 0.56 iken fertil grubun ise ortalama yaşının 38.58 ± 0.65 olduğu görülmüştür. Fertil grubun yaş ortalama puanları infertil gruptan daha yüksek bulunmuştur ($t_{(192)} = -8.280$, $p < 0.01$).

Grupların eğitim durumları incelendiğinde her iki grupta da en yüksek oranlarda lisans ve üstü eğitim düzeyinin olduğu, iki grubun eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

İnfertil gruptaki kadınların %69.1'inin ($n=65$) aktif olarak herhangi bir işte çalışmadığı, 16 kişinin ise bir mesleği olduğu halde aktif olarak çalışmadığı; fertil gruptakilerin ise % 41.4'ünün ($n=41$) ise aktif olarak herhangi bir işte çalışmadığı öğrenilmiştir. Çalışma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1).

İnfertil grubun aylık gelir ortalamasının yaklaşık 3124 TL, fertil grubun ise aylık gelir ortalaması 5100 TL olduğu anlaşılmıştır. Gelir durumu ortalamasının iki grupta birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür ($z=5.351$, $p \leq 0.001$). Her iki grupta kadınların çoğu SSK'lı olup tümünün herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (n=99)		İstatistiksel Analiz Ki kare; p
Değişkenler		n	%	n	%	
Yaş	18-25 yaş	12	12.8	4	4.0	46.992; ≤0.001***
	25-35 yaş	60	63.8	23	23.2	
	36 ve üstü	22	23.4	72	72.7	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	4	4.3	4	4.0	30.467; ≤0.001***
	İlkokul	19	20.2	18	18.2	
	Ortaokul	17	18.1	8 4	8.1	
	Lise	24	25.5	13	4.0	
	Önlisans	5	5.3	52	13.1	
	Lisans ve üstü	25	26.6		52.5	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	29	30.9	58	58.6	14.981; ≤0.001***
	Çalışmıyor	65	69.1	41	41.4	
Sosyal Güvence	Emekli	3 5	3.2	20	20.2	
	Bağ-KUR	84	5.3	5	5.1	
	SSK	0 1	89.4	50	50.5	
	GSS	1 0	0.0	6	6.1	
	Yeşilkart		1.1	0	0.0	
	Özel Sigorta		1.1	2	2.0	
	Diğer		0.0	16	16.2	
Gelir Durumu	0-1999 TL	35	37.2	15	15.2	25.365; ≤0.001***
	2000-3999 TL	41	43.6	35	35.4	
	4000-5999 TL	13	13.8	23	23.2	
	6000 ve üstü TL	5	5.3	26	26.3	
	Toplam	94	100.0	99	100.0	

*Ki Kare Testi *p<0.05, **p<0.01, ***p≤0.001.

Araştırmaya katılan infertil ve fertil gruptaki kadınların eşleriyle ilgili sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.2’de sunulmuştur. İnfertil gruptaki kadınların eşlerin ortalama yaşının 35.11±0.57, fertil gruptakilerin ise 42.06±0.69 olduğu tespit edilmiştir. İki

grup açısından eşlerin yaş, eğitim durumu ve çalışma durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0.05$).

Çizelge 4.2. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların eşlerine sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (n=99)		İstatistiksel Analiz Ki kare; p
		n	%	n	%	
Yaş	24-35 yaş	56	59,6	15	15,2	40.818; $\leq 0.001^{***}$
	36 ve üstü	38	40,4	84	84,8	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	3	3,2	0	0	44.174; $\leq 0.001^{***}$
	İlkokul	15	16,0	13	13,1	
	Ortaokul	18	19,1	49	4,0	
	Lise Ön- lisans	27	28,7	23	9,1	
	Lisans ve üstü	2	2,1	50	23,2	
		29	30,9		50,5	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	91	96,8	86	86,9	6.266; 0.012*
	Çalışmıyor	3	3,2	13	13,1	

*Ki Kare Testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p\leq 0.001$.

Araştırmaya alınan katılımcılar Kocaeli’de ikamet etme şartıyla alınmıştır. Deney grubundaki kadınların %83’ünün kent merkezinde yaşadığı, %23.4’ünün yurtiçi göçle bölgeye geldikleri ve %18.1’inin geniş ailede yaşadığı bulgulanmıştır. Kontrol grubundakiler de deney grubuna benzer şekilde daha çok kent merkezinde ve %12.1’i geniş ailede yaşamaktaydı. İki grubun yaşadıkları bölge, yer ve aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için uygulanan Ki Kare testi analizine göre iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4.3).

İnfertil grubun %60.6’sı severek evlenmiş olup %17’si eşiyile bir akrabalık bağının olduğunu belirtmiş, 5 yıldan fazla süredir evli olanlar hem infertil grupta (%58.5) hem de fertil grupta (%89.9) en yüksek oranlardaydı. İki grup arasında evlilik biçimi ve eşle akrabalık bağı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testinin sonuçlarına göre iki grupta anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur ($p<0.05$). Evlilik süresi aralıklarının iki grupta istatistiksel olarak farklı olup

olmadığı Ki kare testi ile ölçülmüş ve aralıkların gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.3. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların yaşadıkları bölge, yer ve aile tipiyle ilgili özelliklerin dağılımı

Değişkenler		İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (n=99)		İstatistiksel Analiz Ki kare; p
		n	%	n	%	
Bölgedeki Durumu	Yerli (3 yıl)	72	76.6	78	78.8	1.207; 0.547
	Yurtiçi göç	22	23.4	20	20.2	
	Yurtdışı göç	0	0.0	1	1.0	
Yaşanılan Yer	Köy	8	8.5	2	2.0	4.759; 0.930
	Belde (kasaba)	8	8.5	6	6.1	
	Kent	78	83	91	91.9	
Aile Biçimi	Geniş	17	18.1	12	12.1	1.343; 0.246
	Çekirdek	77	81.9	87	87.9	

*Ki Kare Testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

Çizelge 4.4. İnfertil ve fertil gruptaki kadınların evlilik biçimi, süresi ve eşle akrabalık bağına dair özelliklerin dağılımı

Değişkenler		İnfertil Grup		Fertil Grup		İstatistik Analiz Ki kare; p
		n	%	n	%	
Evlilik Biçimi	Severek	57	60.6	68	68.7	3.793; 0.285
	Görücü usulü	25	26.6	23	23.2	
	Kaçarak	5	5.3	6	6.1	
	Diğer	7	7.4	2	2.0	
Evlilik Süresi	1 yıl	3	3.2	0	0.0	25.611; ≤ 0.001 ***
	1-5 yıl	36	38.3	10	10.1	
	5 yıl +	55	58.5	89	89.9	
Eşle Akrabalık Bağı	Var	16	17.0	9	9.1	2.689; 0.101
	Yok	78	83.0	90	90.9	

*Ki Kare Testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

Çizelge 4.5'te infertil ve fertil grubunun tıbbi sağlık durumu, alkol/sigara kullanımı ve psikolojik destek durumuna ilişkin özellikler verilmiştir. Çizelgede infertil kadınların % 18.1'i geçmişte psikolojik destek aldığı, şu an psikolojik destek alan kişi sayısının 3, psikiyatrik ilaç kullanan ise 1 kişi olduğu dikkat çekmektedir.

Çizelge 4.5. İnfertil ve fertil grubunun tıbbi hastalık durumu, alkol/sigara kullanımı ve psikolojik destek durumuyla ilgili özelliklerin dağılımı

Değişkenler		İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (n=99)		İstatistiksel analiz Ki kare; p
		n	%	n	%	
Tıbbi hastalık durumu	Var	23	24.5	25	25.3	0.016; 0.900
	Yok	71	75.5	74	74.7	
Sigara kullanma durumu	Var	25	26.6	41	41.4	5.123; 0.077
	Yok	62	66.0	54	54.5	
	Bırakmış	7	7.4	4	4.0	
Alkol kullanma durumu	Var	2	2.1	8	8.1	3.478; 0.062
	Yok	92	97.9	91	91.9	
Adet düzensizliği	Var	28	29.8	16	16.2	5.086; 0.024*
	Yok	66	70.2	83	83.8	
Psikolojik destek öyküsü	Evet	17	18.1	28	28.3	2.804; 0.094
	Hayır	77	81.9	71	71.7	
Şu anda psikolojik destek durumu	Evet	3	3.2	8	8.1	2.145; 0.143
	Hayır	91	96.8	91	91.9	
Psikiyatrik ilaç alımı	Evet	1	1.1	11	11.1	8.348; 0.004**
	Hayır	93	98.9	88	88.9	

*Ki Kare Testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

4.2. İnfertil Grubundaki Kadınların İnfertilite Durumuna İlişkin Özellikleri

Çizelge 4.6'da sunulan infertil kadınların infertiliteye ilişkin özelliklere yer verilmiştir. Kadınların %90.4'ü birincil infertilite, %9.6'sı ikincil infertiliteydi. İnfertilite nedenine göre oranlandığında; kadın kaynaklı infertilite en yüksek oranda (%37.2) olup daha sonrasında infertilite durumuna herhangi bir açıklama getirilemeyen olgular (%33.0) gelmektedir.

Kadınlar, en yüksek oranda (%48.9) 2-6 yıl arası, 8 kişi ise 10 yıldan fazla süredir çocuk sahibi olamamaktadır. Kadınların tedavi oldukları yıl ortalaması ise 2.19 idi Yüksek bir oranda tedaviye yeni başlayan olguların (%39.4) yanında 10 yıldan fazla süredir tedavi görenlerin (%4.3) de olduğu tespit edilmiştir. (Çizelge 4.6).

Kadınların %80.9'u değişen sayılarda tüp bebek tedavi yöntemini, %39.4'ü ise değişen sayılarda aşılama yöntemini kullanmışlardır. %62.8'inin hiç gebelik öyküsü yokken gebeliği düşükle sonuçlanan kadınların oranının %23.3, kürtajla sonuçlananların ise %14.9 olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Kadınların infertilite durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ort	SS	
Çocuk olmadan geçen süre	0-1 yıl	12	12.8	2.95	1.07
	1-2 yıl	12	12.8		
	2-6 yıl	46	48.9		
	6-10 yıl	16	17.0		
	10 yıl üstü	8	8.5		
Tedavi süresi	0-1 yıl	37	39.4	2.19	1.13
	1-2 yıl	14	14.9		
	2-6 yıl	35	37.2		
	6-10 yıl	4	4.3		
	10 yıl üstü	4	4.3		
İnfertilite nedeni	Erkek	14	14.9		
	Kadın	35	37.2		
	Her ikisi	14	14.9		
	Açıklanamayan	31	33.0		
İnfertilite tipi	Birincil	85	90.4		
	İkincil	9	9.6		
Düşük durumu	Yok	72	76.7	0.36	0.77
	Var	22	23.3		
Kürtaj durumu	Yok	80	85.1	0.19	0.49
	Var	14	14.9		

Çizelge 4.6. Kadınların infertilite durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı (devam)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ort	SS	
Gebelik sayısı	Hiç yok	59	62.8	0.65	1.13
	1 gebelik	21	22.3		
	2 gebelik	6	6.4		
	3 gebelik	6	6.4		
	4 gebelik	1	1.1		
	5 gebelik	1	1.1		
TBT var mı?	Evet	76	80.9		
	Hayır	18	19.1		
TBT sayısı	Hiç yok	18	19.1	1.79	2.08
	1 deneme	36	38.3		
	2 deneme	20	21.3		
	3 deneme	11	11.7		
	4 deneme	3	3.2		
	5 deneme	2	2.1		
	6 deneme	1	1.1		
	8 deneme	1	1.1		
	10 deneme	1	1.1		
	14 deneme	1	1.1		
Aşılama sayısı	Hiç yok	57	60.6	0.69	1.01
	1 deneme	17	18.1		
	2 deneme	14	14.9		
	3 deneme	4	4.3		
	4 deneme	2	2.1		

*TBT: Tüp bebek tedavisi olanları ifade etmektedir.

Kadınlara doğal yolla çocuk sahibi olamayacaklarını ilk öğrendiklerinde ne hissettikleri sorulmuş ve alınan yanıtlarda Çizelge 4.7’de belirtilen farklı duyguları hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.7. Kadınların infertilite durumlarını öğrendiklerinde hissettiği duyguların dağılımı

Duygu Durumu	Sayı*	Yüzde*
Üzgün	54	37.8
Suçluluk	5	3.5
Kontrol kaybı	1	0.7
Eksiklik	12	8.4
Çöküntü	9	6.3
Korku	9	6.3
Endişe	13	13.8
Çaresizlik	11	9.1
Normal	14	9.8
Diğer	15	10.5
Toplam	143	100.0

*Sayı ve yüzdeler kişi üzerinden değil belirtilen cevaplar üzerinden verilmiştir (Bir kişi birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir).

Katılımcılar infertilite durumunu öğrendikten sonra tedavi için ilk olarak hastaneye veya özelde bir kadın doğum uzmanına başvuranlar %79.8 oranında, tıbbi kurumlar dışındaki yerlere başvuranlar ise %20.2 oranındaydı. İnfertilite durumuna çözüm için kadınlar tarafından denenmiş farklı yöntemler Çizelge 4.8’de sunulmuş olup bu yöntemler dışında kadınların ailesi veya eşi tarafından kuma getirme, boşanma vb. çözüm arayışları olan hiçbir olguya ise rastlanmamıştır.

Çizelge 4.9’da infertil kadınların infertiliteyi paylaşma durumları yer almaktadır. Çizelgeye göre kadınların %90.4’ü (n=85) infertilite durumunu bir başkası (ailesi, eşinin ailesi, arkadaşları) ile paylaşmıştır. Paylaşım sonucu eşinin davranışlarının olumsuz yönde değiştiğini bildirenlerin oranı %14.8 iken eşinin ailesinin davranışlarında destek ve tedaviye teşvik yönünde değişiklik olduğunu bildirenler yüksek oranlardaydı.

Çizelge 4.8. Kadınların infertiliteye çözüm için başvurdukları yöntemlerin dağılımı

Yöntemler		n	%
Doktor/hastane	Evet	88	93.6
	Hayır	6	6.4
Türbe ziyareti	Evet	7	7.4
	Hayır	87	92.6
Hoca/yatır	Evet	17	18.1
	Hayır	77	81.9
Büyü yapma	Evet	2	2.1
	Hayır	92	97.9
Muska yaptırma	Evet	18	19.1
	Hayır	76	80.9
Bitkisel ilaçlar	Evet	28	29.8
	Hayır	66	70.2
Ara ebe	Evet	4	4.3
	Hayır	90	95.7
Diğer	Evet	5	5.3
	Hayır	89	94.7

Çizelge 4.9. İnfertil kadınların infertilite durumunu paylaşım özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Paylaşım durumu	Paylaşan	85	90.4
	Paylaşmayan	9	9.6
Paylaşılan kişiler*	Aile ile	80	85.1
	Eşin ailesi ile	65	69.1
	Arkadaşlar ile	60	63.8
	Herkesle	46	48.9
Eşin davranışında değişiklik durumu	Var	10	10.6
	Yok	84	89.4
Eşin olumsuz yönde davranış değişikliği	Sinirli/çok üzüyor/ soğuk/suçlayıcı vb.	14	14.8
Eşin ailesinde değişiklik durumu	Var	82	87.2
	Yok	12	12.8

Çizelge 4.9. İnfertil kadınların infertilite durumunu paylaşım özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Eşin ailesinde değişiklik biçimi*	Destek	59	50.0
	Tedaviye teşvik	43	36.4
	Acıma	8	6.7
	Hor görme	3	2.5
	Suçlama	5	4.2
	Toplam	118	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Bulguları

Tüm katılımcıların BDE'den aldıkları puanların ortalaması 9.81 ± 7.52 idi. Kesme puanı 17 olarak alındığında infertil grubundaki kadınların %51.1'inde, fertil grubundakilerin %27.3'ünde depresyon mevcuttu (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. İnfertil ve fertil grubun BDE puanlarının depresyon düzeyine göre dağılımı

Depresyon Düzeyi	İnfertil Grubu (n=94) n (%)	Fertil Grubu (n=99) n (%)
Normal	46 (%48.9)	72 (%72.7)
Hafif düzeyde depresyon	28 (%29.8)	19 (%19.2)
Orta düzeyde depresyon	16 (%17)	7 (%7.1)
Şiddetli depresyon	4 (%4.3)	1 (%1)

BDE puanlarının gruplara göre farklılık gösterip göstermediğini araştırmak için Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Buna göre infertil grup ile fertil gruptaki kadınlar arasında BDE puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. İnfertil gruptaki kadınların fertil grubundan daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. BDE puanlarının gruplara göre Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması

N=193	İnfertil Grup (N=94)	Fertil Grup (N=99)	z	p
	Ort.±SS	Ort.±SS		
BDE Puanları	11.37±8.33	8.33±6.36	-2.557	0.011*

*Mann-Whitney U testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Bulguları

Tüm kadınların ÇÇTÖ toplam puan ortalaması 33.9 ± 8.3 'tü. İnfertil grubunun ÇÇTÖ toplam puan ortalaması 33.5 ± 7.5 iken fertil grubunun ortalaması 34.24 ± 9.01 'di (Çizelge 4.4.2). İnfertil grubunda çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı %38.4, kontrol grubunda ise %31.9 oranındaydı. İnfertil grubundaki tüm kadınlarda çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar ve cinsel istismarın görüldüğü, sonrasında duygusal istismar (%43.6), fiziksel ihmal (%38.3) ve duygusal ihmalin (%24.5) geldiği bulgulanmıştır. Fertil grubundaki kadınların da tamamında fiziksel istismar ve cinsel istismarın olduğu, sonrasında yüksekte düşüğe bakıldığında fiziksel ihmal (%39.4), duygusal istismar (%36.4) ve duygusal ihmal (%33.3) puanlarının kesme puanının üzerinde olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. İnfertil ve fertil gruptaki kadınlarda kesme puanı üzerinde ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçek puanı alanların dağılımı

ÇÇTÖ Alt Ölçek Puanları		İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (N=99)	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel istismar	var	94	100	99	100
Cinsel istismar	var	94	100	99	100
Duygusal istismar	var	41	43.6	36	36.4
Fiziksel ihmal	var	36	38.3	39	39.4
Duygusal ihmal	var	23	24.5	33	33.3
ÇÇTÖ toplam	var	38	38.4	30	31.9

İnfertil ile fertil grup arasında ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Buna göre deney grubu ile kontrol grubu arasında ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. İnfertil ve fertil grubun ÇÇTÖ'den ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

ÇÇTÖ Alt Ölçek Puanları	Aralık	İnfertil Grup (n=94)		Fertil Grup (n=99)		z	p
		Ort.	SS	Ort	SS		
Fiziksel istismar	5-25	5.30	0.93	5.87	2.27	-1.394	0.163
Cinsel istismar	5-25	5.34	1.29	5.55	2.42	-0.756	0.449
Duygusal istismar	7-25	6.79	2.14	6.40	1.92	-1.161	0.246
Fiziksel ihmal	7-25	6.68	2.17	6.70	2.31	-0.324	0.746
Duygusal ihmal	12-25	9.42	3.68	9.69	4.39	-0.092	0.927
ÇÇTÖ toplam	25-125	33.55	7.50	34.24	9.01	-0.118	0.906

*Mann-Whitney U testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$.

4.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Bulguları

İnfertil ve fertil grubun SBTÖ alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma değerleri ve uygulanan Mann-Whitney U test sonuçları Tablo 4.14'te yer almaktadır.

İnfertil ve fertil grubun sosyal destek arama yaklaşımı ($U=3534.000$, $z=-2.920$), boyun eğici yaklaşım ($U=3609.000$, $z=-2.707$) ve etkisiz baş etme ($U=3725.000$, $z=-2.396$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Bu alt ölçeklerde deney grubunun puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Deney ($U=3891.000$, $z=$ ve kontrol grubunun etkili baş etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarında ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Çizelge 4.14. İnfertil ve fertil grubun SBTÖ alt ölçek puan ortalamalarının Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılması

SBTÖ Alt Ölçekleri	İnfertil grup	Fertil grup	İstatistiksel analiz	
	Ort±ss (Aralık)	Ort±ss (Aralık)	z	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	16.21+2.98 (8-21)	15.6+3.24 (3-21)	-1.304	0.192
İyimser Yaklaşım	10.03+2.92 (1-15)	9.98+2.65 (2-15)	-0.646	0.518
Sosyal Destek Arama	8.38+2.36 (1-12)	7.59+1.68 (4-12)	-2.920	0.004**
Çaresiz Yaklaşım	12.21+5.01 (0-22)	11.13+3.88 (1-22)	-1.837	0.066
Boyun Eğici Yaklaşım	7.86+3.08 (0-17)	6.83+2.74 (1-14)	-2.707	0.007**
Etkili Baş etme	34.62+6.07(11-45)	33.25+5.97 (13-48)	-1.967	0.049*
Etkisiz Baş etme	20.07+6.93 (4-35)	17.96+5.79 (2-36)	-2.398	0.017*

*Mann-Whitney U testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

4.6. Fertilite Sorunu Envanteri (FSE) Bulguları

Fertilite Sorunu Envanteri sadece infertil grup olan deney grubuna uygulanmıştır. Ölçeğin standart Global Stres Puanı (GSP) ortalaması 134.4 ± 33.8 'dir. Çizelge 4.15'te infertil kadınların FSE alt boyutları ve global stres puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların global stres puan ortalaması 136.71 ± 26.49 olarak belirlenmiştir. Ayrıca kadınların FSE alt boyutlarından aldığı en yüksek ortalama puanın ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu (38.47 ± 8.53) olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.15. İnfertil kadınlarda FSE alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

FSE Alt Ölçek Puanları	Madde Sayısı	Ortalama±SS	Min-Max
Ebeveyn olma ihtiyacı	10	38.47 ± 8.53	20-58
Çocuksuz yaşam biçimini red	8	27.00 ± 7.20	10-45
İlişki sorunları	10	27.54 ± 7.63	11-54
Cinsel sorunlar	8	17.55 ± 6.00	7-32
Sosyal sorunlar	10	26.13 ± 8.18	10-52
FSE Toplamı	48	136.71 ± 26.49	75-213

Çizelge 4.16'da infertil kadınların GSP düzeylerine bakıldığında; hiç kimsenin "düşük puan" almadığı, %95.7'inin "çok yüksek" puan aldığı görülmektedir.

Çizelge 4.16. İnfertil kadınların FSE Global Stres Puan (GSP) düzeylerine göre dağılımı

GSP Düzeyi	Aralık	Sayı	Yüzde
Düşük düzey stres	0-16	0	0.0
Orta düzey stres	16-84	1	1.1
Hafif yüksek stres	84-98	3	3.2
Çok yüksek stres	98 ve üstü	90	95.7
Toplam		94	100.0

Kadınların çalışma durumuna göre FSE toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını ölçmek için Bağımsız Örneklem için t testi ve test sonuçları Çizelge 4.17’de yer almaktadır. t testi sonuçlarına bakıldığında, çalışma durumuna göre FSE global stres puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($T_{(92)}= 2.001$, $p<0.05$). Buna göre çalışmayan infertil kadınların FSE global stres puan ortalamaları ($140.30\pm ss=27.39$), çalışan kadınların puan ortalamalarından (128.65 ± 22.76) yüksek çıkmıştır. Çalışma durumuna göre ebeveyn olma ihtiyacı alt ölçek puanlarında da anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($T_{(92)}=2.699$, $p<0.05$). Çalışmayan infertil kadınların ebeveyn olma ihtiyacı puan ortalamalarının (40.01 ± 9.32), çalışan kadınların aldıkları puan ortalamalarından (35.03 ± 5.06) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.17. İnfertil kadınların FSE puanlarının çalışma durumu açısından ortalamalarının Bağımsız Örneklem için t testiyle karşılaştırılması

FSE Alt Ölçek Puanları	Çalışma Durumu		İstatistiksel Analiz	
	Çalışıyor (n=29)	Çalışmıyor (n=65)		
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
FSE toplam puan	128.65±22.76	140.30±27.39	2.001	0.048*
Ebeveyn olma ihtiyacı	35.03±5.06	40.01±9.32	2.699	0.008**
Çocuksuz yaşam biçimini red	25.72±5.75	27.56±7.73	1.149	0.253
İlişki sorunları	26.55±7.74	27.98±7.60	0.839	0.404
Cinsel sorunlar	16.86±5.22	17.86±6.33	0.744	0.459
Sosyal sorunlar	24.48±9.30	26.87±7.59	1.315	0.192

*Bağımsız Örnekler için t testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p\leq 0.001$.

Çalışma durumlarına göre çocuksuz yaşam biçimini red, sosyal sorunlar, ilişki sorunları ve cinsel sorunlar alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Evi paylaşma durumuna göre FSE puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Bağımsız Örneklem için t testi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.18’de sunulmuştur. Buna göre evi paylaşma durumuna göre FSE global stres puan ortalamaları anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($t_{(92)}=2.014$, $p<0.05$). Buna göre geniş ailede yaşayan infertil kadınların FSE global stres puan ortalamaları (148.23 ± 21.66) çekirdek ailede yaşayan kadınların puan ortalamalarından (134.17 ± 26.90) yüksek çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan kadınların ilişki sorunları puan ortalamaları ile çekirdek ailede yaşayanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t_{(92)}=2.990$, $p<0.01$). Geniş ailede yaşayan kadınların ilişki sorunları puan ortalamalarının (32.35 ± 7.63) çekirdek ailede yaşayanların ortalamalarından (26.48 ± 7.26) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Evi paylaşma durumlarına göre çocuksuz yaşam biçimini red, ebeveyn olma ihtiyacı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Çizelge 4.18. İnfertil kadınların FSE puan ortalamalarının evi paylaşma durumu açısından Bağımsız Örneklem için t testiyle karşılaştırılması

FSE Alt Ölçek Puanları	Evi paylaşma durumu		İstatistiksel Analiz	
	Geniş aile (n=17)	Çekirdek aile (n=77)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
GSP	148.23±21.66	134.16±21.66	2.014	0.047*
Ebeveyn olma ihtiyacı	40.41±8.97	38.05±8.44	1.032	0.305
Çocuksuz yaşam biçimini red	28.29±7.80	26.71±7.08	0.817	0.416
İlişki sorunları	32.35±7.63	26.48±7.26	2.990	0.004**
Cinsel sorunlar	19.41±5.64	17.14±6.03	1.419	0.159
Sosyal sorunlar	27.76±7.08	25.77±8.40	0.904	0.368

*Bağımsız Örnekler için t testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$.

İnfertil kadınların FSE puan ortalamalarında önceden psikolojik destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem için t testi yapılmış ve Çizelge 4.19’da test sonuçları gösterilmiştir. T testi sonuçlarına göre; önceden psikolojik destek alan kadınların sosyal sorunlar puan ortalamalarının (29.82±6.68) Aynı şekilde önceden psikolojik destek alanların cinsel sorunlar puan ortalamalarının (20.82±6.38) psikolojik destek almayanların ortalamalarından (16.83±5.70) daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak bu farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur ($t_{(92)}=-2.555, p<0.05$).

Kadınların önceden psikolojik destek alma durumlarına göre FSE toplam puan, çocuksuz yaşam biçimini red ve ebeveyn olma ihtiyacı alt ölçek puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Şu anda psikolojik destek alan kişi sayısı 3 ve psikiyatrik ilaç kullanan 1 kişi olduğu için analize ihtiyaç duyulmamıştır.

Çizelge 4.19. İnfertil kadınların FSE puanlarının önceden psikolojik destek alma durumu açısından ortalamalarının karşılaştırılması

FSE Ölçek Puanları	Psikolojik destek alma durumu		İstatistiksel Analiz	
	Aldı (n=17)	Almadı (n=77)		
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
GSP	145.58±26.8	134.75±26.17	-1.537	0.128
Ebeveyn olma ihtiyacı	39.70±6.99	38.20±8.85	-0.653	0.516
Çocuksuz yaşam biçimini red	24.47±8.77	27.55±6.74	1.614	0.110
İlişki sorunları	30.76±8.79	26.83±7.22	-1.951	0.054
Cinsel sorunlar	20.82±6.38	16.83±5.70	-2.555	0.012*
Sosyal sorunlar	29.82±6.68	25.32±8.29	-2.088	0.040*

*Bağımsız Örnekler için t testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p\leq 0.001$.

Çizelge 4.20’de FSE toplam puan ve alt boyutları ile sosyo-demografik değişkenler arasında ilişkileri belirlemek için Spearman Korelasyon Testi yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılan Spearman korelasyon katsayısı değeri -1.00 ile +1.00 arasında değişmektedir. Değerin +1.00’a yaklaşması iki değişken arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyonu gösterirken, -1.00’a yaklaşması iki değişken arasında yüksek

düzye de negatif korelasyon olduğunu yani değişkenler arasında ters orantılı bir ilişkinin varlığını göstermektedir.

Çizelge 4.20 incelendiğinde; kadınların yaşının FSE toplam puan ($r=-0.357$) ve ebeveyn olma ihtiyacı ($r=-0.383$) ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Kadınların yaşının sosyal sorunlar ($r=-0.253$) ve cinsel sorunlar alt boyutu puanları ($r=-0.265$) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kadınların yaşının FSE diğer alt boyutlarla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Kadınların eş yaşı ile ebeveyn olma ihtiyacı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.213$, $p<0.05$). Kadınların eş yaşının FSE toplam puan ve FSE diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların aylık gelirinin FSE toplam puan ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0.259$, $p<0.05$). Aylık gelirin ebeveyn olma ihtiyacı ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlarla ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Kadınların ilk evlilik yaşının FSE toplam puan ($r=-0.441$) ile arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır ($p<0.01$). Buna göre kadınların ilk evlilik yaşı arttıkça FSE global stres puanı düşmektedir. Kadınların ilk evlilik yaşının ebeveyn olma ihtiyacı ($r=-0.431$) ile arasında da orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Yani kadınların ilk evlilik yaşı arttıkça ebeveyn olma ihtiyacı azalmaktadır. Kadınların ilk evlilik yaşının FSE diğer alt boyutlarla karşılaştırmasında ise, sosyal sorunlar ($r=-0.384$), ilişki sorunları ($r=-0.327$) ve cinsel sorunlar ($r=-0.351$) ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$). Çocuksuz yaşam biçimini red alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların evlilik süresinin FSE ilişki sorunları alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.239$, $p<0.05$). Evlilik süresinin FSE toplam puan ve diğer alt ölçekleri ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlarda ilk adet yaşı ile FSE ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.251$, $p<0.05$). Kadınlarda ilk adet yaşı ile

FSE sosyal sorunlar alt boyutu puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.212$, $p<0.05$). Kadınların ilk adet yaşının FSE diğer alt boyutları ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlarda gebelik sayısının FSE toplam puan ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.251$, $p<0.05$). Gebelik sayısı ile çocuksuz yaşam biçimini red alt boyutu puanı arasında da pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.232$, $p<0.05$). Ancak gebelik sayısının ebeveyn olma ihtiyacı, sosyal sorunlar, ilişki sorunları ve cinsel sorunlar alt ölçek puanları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların çocuk olmadan geçen süre, tüp bebek deneme sayısı ve aşılama sayısının FSE alt ölçekleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.20. İnfertil kadınlarda sosyo-demografik değişkenlerle FSE toplam puan ve alt ölçek puanlarının ilişkileri

Değişkenler	FSE Alt Ölçek Puanları					
	FSE toplam puan	Ebeveyn olma ihtiyacı	Çocuksuz yaşam biçimini red	Sosyal sorunlar	İlişki sorunları	Cinsel sorunlar
Yaş	-0.301**	-0.347**	-0.064	-0.253*	-0.145	-0.265*
Eş yaşı	-0.166	-0.213*	-0.063	-0.102	-0.065	-0.144
Aylık gelir	-0.259*	-0.338**	-0.119	-0.143**	-0.174	-0.131
İlk evlilik yaşı	-0.441**	-0.431	-0.015	-0.384	-0.327**	-0.351**
Evlilik süresi	0.137	0.013	-0.034	0.078	0.239*	0.131
Çocuk olmadan geçen süre	0.033	-0.043	-0.094	0.056	0.090	0.085
Tedavi süresi	0.073	0.055	-0.101	0.111*	0.731	0.112
İlk adet yaşı	-0.184	-0.251*	0.024	-0.212	-0.078	-0.002
Gebelik sayısı	0.230*	0.105	0.232*	0.175	0.096	0.166
Tüp bebek deneme sayısı	-0.059	0.029	-0.036	-0.059	-0.024	-0.135
Aşılama sayısı	0.177	0.200	-0.024	0.141	0.025	0.128

*Sperman Korelasyon Analizi ; * $p<0.05$, ** $p<0.01$.*

4.7. Yılmazlık Ölçeği (YÖ) Bulguları

Yılmazlık Ölçeği toplam puan ortalaması 148.45±14.86'ydı. İnfertil grubun YÖ toplam puan ortalaması 149.42±14.67 iken fertil grubun ortalaması 147.52±15.04 bulunmuştur.

İnfertil grup ile fertil grup arasında YÖ puan ortalamalarını karşılaştırmak için Bağımsız Örneklemeler İçin t testi uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre iki grup açısından YÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($t_{(191)}=0.887$, $p>0.05$).

4.7.1. İnfertil Grubu ve Fertil Grubundaki Kadınlarda Sosyo-Demografik Değişkenlerin YÖ Puanları İle Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular

İnfertil gruptaki ve fertil gruptaki sayısal sosyo-demografik değişkenlerle YÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek için Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır. Uygulanan test sonuçları Çizelge 4.21'de yer almaktadır.

Çizelge 4.21 incelendiğinde sosyo-demografik değişkenlerden aylık gelirin fertil grubunda YÖ puanları ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.337$, $p<0.01$). İnfertil grubunda ise aylık gelirle YÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların eş yaşı, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk adet yaşı ve gebelik sayısının YÖ puanları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.21. İnfertil ve fertil grubunda sayısal sosyo-demografik değişkenlerle YÖ arasındaki ilişki sonuçları

Değişkenler	İnfertil Grup (N=94)		Fertil Grup (N=99)	
	r	p	r	p
Eş yaşı	0.077	0.459	0.025	0.807
Aylık gelir	0.116	0.266	-0.337	0.001**
İlk evlilik yaşı	-0.094	0.368	-0.111	0.273
Evlilik süresi	0.202	0.051	0.053	0.600
İlk adet yaşı	-0.012	0.909	0.092	0.365
Gebelik sayısı	-0.063	0.547	0.110	0.280

*Spearman Korelasyon Testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$.*

İnfertil grubunda infertiliteyle ilgili sosyo-demografik değişkenlerin YÖ puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır. Test sonuçları Çizelge 4.22’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22 incelendiğinde sosyo-demografik değişkenlerden çocuk olmadan geçen süre ile yılmazlık puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.265$, $p<0.05$). Buna göre infertil kadınlarda çocuk olmadan geçen süre arttıkça yılmazlık puanları artmaktadır. Tedavi süresi ve tüp bebek deneme sayısının YÖ puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Çizelge 4.22. İnfertil grubunda infertiliteyle ilgili sosyo-demografik değişkenlerin YÖ puanları ile arasındaki ilişki sonuçları

Değişkenler	YÖ Toplam Puanı	
	r	p
Çocuk olmadan geçen süre	0.265	0.010
Tedavi süresi	0.173	0.095
Tüp bebek deneme sayısı	0.116	0.267

*Spearman Korelasyon Testi * $p<0.05$, ** $p<0.01$.*

4.7.2. İnfertil Grubundaki Kadınların Kategorik Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından YÖ Puanlarının Karşılaştırılması İle İlgili Bulgular

Deney grubundaki kadınların yaş grupları (18-25 yaş, 26-35 yaş, 36 ve üstü yaş) arasında YÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını ölçmek için Tek Yönlü ANOVA Testi uygulanmıştır. Buna göre YÖ puan ortalamaları, yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Aylık gelir durumu sınıflamaları (düşük, orta, yüksek, çok yüksek) arasında YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını anlamak için Tek Yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre aylık gelir durumu sınıflamalarının YÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

İnfertite nedenine (erkek, kadın, her ikisi ve açıklanamayan) göre YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için uygulanan Tek Yönlü

ANOVA Testi sonuçlarına göre kadınların infertilite nedenine göre yılmazlık puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

İnfertil kadınların eğitim durumlarına göre YÖ puan ortalamalarını değerlendirmek için Bağımsız Gruplar için t testi kullanılmıştır. Buna göre lise öncesi ($N=40$, $X=153.72$, $ss=15.07$) ile lise ve sonrası ($N=54$, $X=146.24$, $ss=13.65$) eğitim mezunu kadınların YÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($t_{(92)}=2.513$, $p<0.05$). Lise öncesi eğitim mezunu kadınların YÖ puan ortalamalarının lise sonrası eğitim mezunu kadınların ortalamalarından daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

İnfertilite durumunu paylaşanlar ile paylaşmayanların YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklemeler için t testi uygulanmıştır. T testi sonucuna göre infertilite durumunu paylaşan ($N=85$, $X=149.85$, $ss=13.95$) ile paylaşmayanların ($N=9$, $X=145.33$, $ss=20.92$) YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Geçmişte psikolojik destek alan kadınlarla almayanların YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklemeler için t testi uygulanmıştır. Buna göre geçmişte psikolojik destek alan ($N=17$, $X=149.25$, $ss=15.42$) ile almayanların ($N=77$, $X=150.17$, $ss=11.00$) YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Tüp bebek denemesi olan kadınlarla olmayanların YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklemeler için t testi uygulanmıştır. Tüp bebek denemesi olan ($N=76$, $X=149.07$, $ss=14.58$) ve olmayan ($N=18$, $X=150.88$, $ss=14.58$) kadınların YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

İnfertil kadınların sigara kullanım durumuna göre YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklemeler için t testi uygulanmıştır. Sigara kullanan kadınlar ($N=25$, $X=150.96$, $ss=15.05$) ile kullanmayanların ($N=69$, $X=148.86$, $ss=14.6$) YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertil kadınların infertilite tipine göre YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem için t testi uygulanmıştır. Birincil infertilite olan kadınlar (N=85, X=150.37, ss=14.73) ile ikincil infertilite olan kadınların (N=9, X=140.44, ss=11.09) YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ($p>0.05$).

İnfertil kadınların infertilite durumu için ilk başvurduğu yere (tıbbi kurum, tıp dışı kurum) göre YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem için t testi uygulanmıştır. Tıbbi kurumlara giden kadınlar (X=148.37, ss=15.55) ile tıp dışı kurumlara gidenlerin (X=153.57, ss=9.78) YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ($p>0.05$).

4.8. İnfertil Grupta Yılmazlık Ölçeği (YÖ) İle BDE, ÇÇTÖ, SBTÖ ve FSE Puanlarının İlişkisi

Araştırmaya katılan infertil grubu ile fertil grubunda yılmazlık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediğinden infertil kadınlarda YÖ puanın BDÖ, SBTÖ, ÇÇTÖ ve FSE ölçek puanlarıyla ilişkilerini incelemek için Spearman Testi uygulanmıştır. Test sonuçları Çizelge 4.23'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.23 değerlendirildiğinde; hem infertil grubundaki kadınların BDÖ toplam puanıyla ile YÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

İnfertil kadınların BDE depresyon durumuna göre YÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için uygulanan t testi sonucuna göre depresyon durumunun yılmazlık puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.23'teki bulgularda; ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçeklerinin YÖ puanları ile arasında deney grubunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

SBTÖ alt ölçeklerinin YÖ puanı ile arasındaki ilişkilere bakıldığında; kendine güvenli yaklaşım ile YÖ puanı arasında deney grubunda ($r=0.233$, $p<0.05$) pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kendine güvenli yaklaşım puanı arttıkça YÖ puanı artmaktadır. İnfertil grupta iyimser yaklaşım ile YÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Sosyal destek arama puanının YÖ puanı ile arasında infertil

grubunda pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.215$, $p<0.05$). Yani kadınlarda sosyal destek arama arttıkça YÖ puanı da artmaktadır.

İnfertil grupta çaresiz yaklaşım ile YÖ puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.263$, $p<0.05$). Buna göre infertil kadınlarda çaresiz yaklaşım puanı arttıkça YÖ puanının arttığı söylenebilir. İnfertil grupta boyun eğici yaklaşım ile YÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertil grupta ise stresle etkili baş etme ile YÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İnfertil grubunda stresle etkisiz baş etme yönteminin YÖ puanı ile arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.220$, $p<0.05$).

YÖ Puanı ile FSE toplam puan ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.23. İnfertil grubundaki kadınlarda YÖ puanları ile BECK, ÇÇTÖ, SBTÖ ve FSE ölçek puanlarının ilişkileri

Ölçekler	YÖ Toplam Puan	
	r	p
BECK top	0.189	0.068
Duygusal istismar	0.011	0.916
Fiziksel istismar	-0.136	0.191
Fiziksel ihmal	0.040	0.703
Duygusal ihmal	-0.023	0.825
Cinsel istismar	0.088	0.401
ÇÇTÖ toplam puan	0.017	0.870
Kendine güvenli yaklaşım	0.233	0.024*
İyimser yaklaşım	0.022	0.833
Sosyal destek arama	0.215	0.037*
Etkili Baş Etme	0.174	0.094
Çaresiz Yaklaşım	0.263	0.010*
Boyun Eğici Yaklaşım	0.069	0.506
Etkisiz Baş Etme	0.220	0.033*
FSE Global Stres Puanı	0.017	0.869

Ebeveyn Olma İhtiyacı	-0.078	0.456
Çocuksuz Yaşam Biçimini Red	-0.120	0.251
İlişki Sorunları	0.183	0.077
Cinsel Sorunlar	0.049	0.638
Sosyal Sorunlar	0.009	0.932

Sperman Korelasyon Testi * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

4.9. İnfertil kadınlarda YÖ Puanlarını Yordayan Unsurlar

İnfertil kadınlarda YÖ puanlarının yordayıcıları Çoklu Regresyon Analizi ile incelenmiş ve analiz sonuçları Çizelge 4.24'te gösterilmiştir.

İnfertil kadınlarda BECK toplam puan, çocuk olmadan geçen süre, stresle etkili baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve stresle etkisiz baş etme yöntemlerinden çaresiz yaklaşım puanlarının YÖ puanlarını yordayıp yordamadıklarını belirlemek için analiz edilmiştir. Çizelge 4.24 incelendiğinde çocuk olmadan geçen süre ve kendine güvenli yaklaşımın yılmazlığı anlamlı olarak yordadıkları bulunmuştur ($R=0.469$; $R^2 =0.220$; $F=4.960$; $p \leq 0.001$). Diğer değişkenler (BECK toplam puan, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım) kontrol edildikten sonra çocuk olmadan geçen süre ve kendine güvenli yaklaşım değişkenlerinin beraber YÖ puanlarındaki toplam değişimin %22'sini açıkladıkları söylenebilir.

Çizelge 4.24. İnfertil kadınlarda YÖ puanlarının yordayıcılarının Çoklu Regresyon Analizi ile incelenmesi (Enter yöntemi)

Değişkenler	Beta	Std.β (%95 GA)	t	p
BECK toplam	0.361	0.205	1.651	0.102
Çocuk olmadan geçen süre	0.073	0.228	2.307	0.023*
Kendine güvenli yaklaşım	1.229	0.250	2.351	0.021*
Sosyal destek arama	0.805	0.129	1.281	0.204
Çaresiz yaklaşım	0.472	0.161	1.282	0.203
R= 0.469 R ² = 0.220 Adjusted R=0.176 F=4.960 $p \leq 0.001$ ***				

* Çoklu Regresyon Analizi *GA=Güven Aralığı * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

5. TARTIŞMA

Araştırma doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınlarda çocukluk çağı travmaları öyküsü, depresyon düzeyi, infertiliteye bağlı stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları gibi faktörlerin yılmazlıkla ilişkileri ve doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınlarla da karşılaştırarak bu sonuçların iki grupta farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Bu bölümde kantitatif (nicel) yöntem kullanılarak elde edilmiş veriler kullanılarak elde edilmiş veriler literatür bilgileriyle tartışılarak sunulmuştur.

5.1. İnfertil Kadınlarla Fertil Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde infertil ve fertil gruptaki kadınların; sosyo-demografik özellikleri, evlilik öyküleri, tıbbi hastalık durumu, alkol/sigara kullanımı, psikolojik destek durumu ve infertilite öyküsü literatür bilgileriyle karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Analize dahil edilen infertil gruptan 94 kişi, fertil gruptan 99 kişiyle ilgili bulgular değerlendirilmiştir.

Kadın yaşının infertiliteyi etkileyen en önemli faktör olduğu bilinmektedir. Literatürde kadının doğurganlık döneminin 18-45 yaş arası olduğu bildirilmesine rağmen biyopsikososyal yönden en uygun çocuk doğurmanın yaşının 20-34 olduğu (Çolgar 2006) ve üretkenliğin en yüksek olduğu yaşın 24-25 civarı olduğu belirtilmektedir (Denson 2006). Çalışmamız kapsamına alınan infertil gruptaki kadınların %63.8'inin yaşlarının 26-35 yaş arasında oldukları, bu gruptaki kadınların yaş ortalamasının 31.45 ± 0.56 olduğu, fertil grupta kadınların ise yaş ortalamasının 38.58 ± 0.65 olduğu belirlendi. İnfertil grubun fertil gruptan daha genç olduğu görülmektedir.

Taşçı ve arkadaşlarının (2008) infertil kadının evlilik ilişkilerini değerlendirdiği çalışmasında infertil kadınların yaş ortalaması 30.4 ± 5.2 olarak belirlenmiştir. Upkong ve Orji'nin (2006) infertil kadınlarda görülen psikiyatrik morbiditenin yaygınlığını ve ruh sağlığında bozulmayla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada infertil kadınların yaş ortalamasının 34.5 ± 5.5 olduğu görülmüştür. Monga ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise infertil kadınların yaş ortalaması 33.5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki infertil kadınların yaş ortalaması Taşçı, Monga ve Upkong'un yaptıkları

çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir ve kadınların 2/3'ü literatürde belirtilen biyopsikososyal yönden en uygun doğurma yaşlarındadır.

Eğitim düzeyinin çocuksuz olmaya yüklenen anlamda, infertiliteye verilen tepkilerde önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Donkor 2007, Miles 2009). Çalışmamızda infertil gruptaki kadınlardan %42.5'inin lise öncesi, %57.4'ünün lise ve sonrası eğitim düzeyine sahip olduğu, fertil gruptaki kadınların yarısının ise lisans ve üstü seviyede eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. İki gruptaki kadınların eğitim düzeyi arasında anlamlı olarak farklılık olduğu, fertil gruptaki kadınların eğitim düzeyinin deney grubunun eğitim düzeyinden yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de lise ve üstü eğitime sahip kadınların oranı %21'dir. Çalışma bulgularımız Türkiye ortalamasının üzerinde çıkmıştır.

Ev dışında çalışmanın kadınlar için yararlı olduğunu (Barnett ve Hyde 2001), kadınların psikolojik olarak iyi olmasını teşvik ederek saygın işler yapmasını, ruh sağlığının en yüksek düzeye varmasını sağladığı belirtilmektedir (Barnett ve Baruch 1985). İnfertil gruptaki kadınların %69.1'inin aktif olarak herhangi bir işte çalışmadığı, 16 kişinin ise bir mesleği olduğu halde aktif olarak çalışmadığı belirlenmiştir. Fertil grupta kadınların % 41.4'ünün ise aktif olarak herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de çalışan kadın oranı %31'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre Şubat 2014 itibari ile 15-64 yaş arası kadınların işgücüne katılım oranı %31,8'dir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil kadınların %68'inin çalışmadığı, Bayram'ın (2009) çalışmasında ise çalışmayan infertil kadınların oranının %71 olduğu bildirilmektedir. Koçyiğit'in (2012) 60 infertil kadınlı yaptığı çalışmasında kadınların 1/4'ünün ise eşlerinin, özellikle kök ailelerinin veya eşlerinin kök ailelerinin istememesi nedeniyle hiç çalışmadıkları belirtilmiştir. Araştırma bulgularımız TNSA verilerini yansıtmakla birlikte Taşçı ve Bayram'ın çalışma bulgularıyla da benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin durumu değerlendirildiğinde; infertil gruptaki kadınların eşlerinin 35.11 ± 0.57 yaş ortalamasına, %61.7'sinin lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu, 3 kişi dışında hepsinin çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Fertil gruptaki kadınların eşlerinin ise yaş ortalamasının (42.06 ± 0.69) daha yüksek olduğu ve %82.8'inin lise ve üstü eğitim düzeyiyle eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu, ancak

çalışma durumu açısından %86.9'luk bir oranla eşlerin deney grubundaki eşlerden daha az çalışma oranının olduğu belirlenmiştir. Tetkik ve uygulamalara kadınların daha çok maruz kalması nedeniyle işten ayrılmanın olması, aileye ekonomik katkısının düşük olması ve tedavi masraflarının pahalı olması nedeniyle çalışan eş oranının daha fazla olduğu düşünülmüştür.

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Mart 2017 verilerine göre yoksulluk sınırı 4.823,31 TL olarak belirlenmiştir. Bu bilgiye göre çalışmamıza katılan infertil gruptaki kadınların %80.9'u, fertil gruptaki kadınların ise %50.5'inin aylık 4000 TL altı gelir ile yoksulluk sınırı altında yaşadığı görülmektedir. Bu durum olguların çoğunun tanı ve tedavi ile ilgili sıkıntıların yanında ekonomik olarak da zorluk yaşayabilecekleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan infertil gruptaki kadınların %60.6'sının severek evlendiklerini ve %17'sinin eşiyle akrabalık bağının olduğunu belirtmiştir. Fertil grupta ise %68.7'sinin severek evlendiği, %9.1'inin eşiyle akrabalık bağının olduğu belirlenmiştir. Oğuz (2004) çalışmasında; infertil çiftlerin yarısının, fertil grubun ise %60'nın severek evlendikleri belirtilmiş olup sonuçlar çalışma bulgularımızla benzerdir.

İnfertilite, çiftlerin evlilik ilişkilerini etkileyen bir krizdir. Evlilik sürelerine bakıldığında; infertil gruptaki kadınların %58.5'inin evlilik süresinin 5 yıl ve daha fazla süredir evli oldukları bulunmuştur. Bayram'ın (2009) çalışmasında infertil kadınların %65,5'inin 5 yıl ve üzeri, Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında olguların %70,1'inin 5 yıl ve üzeri, Uğur'un (2014) çalışmasında ise %56,7'sinin 6 yıl ve üzeri süredir evli olduğu ve bulgularımızla uyumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınan infertil gruptaki kadınların %83'ünün kent merkezinde yaşadığı, %76.6'sının bölgenin yerlisi (3 yıl) oldukları, %23.4'ünün ise evlilik veya tedavi nedeniyle Kocaeli'ye göç ettikleri belirlenmiştir. Fertil grupta kadınların % 91.9'unun kent merkezinde yaşadığı, bölgenin yerlisi olanların ise %78.8 oranında olduğu görülmüştür. Bu durumun tedavi uygulamalarının sık olması, tedavi olunan hastanenin şehirden, özellikle köy ve beldelerden uzak olması, ulaşımın maliyetli ve zaman almasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Aile tipi olarak deney grubunda çekirdek aile yapısında yaşayanların % 91.9, fertil gruptakilerin ise % 87.9 oranında olduğu tespit edilmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008)

çalışmasında olguların %93.1'inin, Oğuz'un (2004) çalışmasında %81.6'sının çekirdek ailede yaşadığı belirtilmiştir. Çalışma bulgularımız Taşçı ve Oğuz'un çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok, toplumsal ve zihinsel "iyilik hali" üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Nijerya'da infertil kadınların ruh sağlığının incelendiği çalışmada psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı infertilite grubunda % 46.4, fertil grubunda yaygınlığı %12.5 olarak bulunmuştur (Upkong ve Orji 2006). Psikiyatrik morbiditenin yüksek görüldüğü infertil kadınların profesyonel destek alması önemli olmaktadır. Ancak çalışmamızda infertil grubundaki kadınlarda geçmişte psikolojik destek almayanların oranı %81.9, fertil grupta ise %71.7 idi. İnfertil grupta şu anda psikolojik destek alan 3 kişi, psikiyatrik ilaç kullanan 1 kişi olduğu belirlenmiştir. İnfertil kadınların yalnızlık düzeylerini inceleyen Kavlak (1999), çalışmasında kadınların %78.7'sinin psikolojik destek almadığını bulmuştur. Altıntop ve Kesgin'in (2018) çalışmasında tedavi süresince psikolojik destek alanların %4 gibi bir orana sahip olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların yarıya yakınının psikolojik destek almak istedikleri, bunlardan 61 kişinin bunu tedavi sırasında, 48 kişinin tedaviden önce, 21 kişinin tedaviden sonra, 7 kişinin ise tüm aşamalarda almak istedikleri belirtilmiştir. Taşçı'nın (2008) çalışmasındaki infertil kadınların yarısının da ara sıra psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumlu olup literatür bulgularıyla beraber kadınların süreç boyunca psikolojik destek ihtiyacını açığa çıkarması açısından önemlidir.

5.2. İnfertil Grubun İnfertilite Durumuna İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan infertil kadınların %48.9'u 2-6 yıl arasında, %17'si 6-10 yıl arası çocuk sahibi olamadıkları ve ortalama infertilite süresinin 5.03 yıl olduğu saptanmıştır. Karaca ve Ünsal'in (2015) çalışmasında %60 oranında infertil kadının 1-5 yıl arası çocuk sahibi olamadıkları belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan farklı çalışmalarda sırasıyla ortalama 3.5, 4.81, 6.01, 6.08, 6.36 ve 7.1 yıl olarak 3.5-7.1 yıl arasında değişen sürelerde infertilite sorunu yaşandığı görülmektedir (Peterson ve diğ. 2003, Uğur 2014, Teskereci 2010, Karaca ve Ünsal 2015, Oğuz 2004, Taşçı ve diğ. 2008). Çalışma bulgumuz Uğur'un (2014) (4,81 yıl), Teskereci'nin (2010) (6,01 yıl) ve Karaca ve Ünsal (2015) (6.08 yıl) çalışma sonuçlarına yakındır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %90.4'ü birincil infertiliteydi. İnfertilite nedenine göre kadınların %37.2'si kadın kaynaklı iken %33'ünün infertilite durumuna ilişkin herhangi bir açıklama getirilemediği belirlenmiştir. Oğuz'un çalışmasında %34.2'si kadından, %31.6'sı erkekten kaynaklanan infertilite vakaları olduğu belirtilmiştir (Oğuz 2004). Taşçı ve arkadaşlarının çalışmasında infertilite nedeninin %49.3 oranında eşlerinden kaynaklandığı, kadınların %19.4'ünün ise kadın kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Taşçı ve diğ. 2008). Peterson ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların %71'inin kadın faktörlü infertiliteye sahip olduğu belirtilmiştir (Peterson ve diğ. 2003). Toplumda infertilitenin daha çok kadından kaynaklandığı görüşü hakimdir. Bu nedenle infertilite genel olarak kadının sorunu olarak kabul edilir (Oğuz 2004). Halbuki infertilite kimden kaynaklanırsa kaynaklansın çiftin ortak sorunudur, böyle bir durumda hem kadın hem erkek çocuk sahibi olma mutluluğuna erişmemektedir. Kadınla erkek arasındaki bu farklarla ilgili olarak sosyal rol teorisi öne sürülmektedir.

Araştırmamızda kadınların %80.9'u değişen sayılarda TBT, %39.4'ü ise değişen sayılarda aşılama yöntemini (uterusa sperm enjeksiyonu) kullanmıştır. Kadınların %20.2'si ise hem aşılama hem de TBT kullandığını belirtmiştir. Altıntop ve Keskin'in (2018) çalışmasında vakaların %39,4'ü en az bir kere sadece TBT olduklarını, %23,5'i en az bir kere sadece aşılama olduklarını belirtmişlerdir. Hem tüp bebek hem aşılama tedavisi görenler %33'lük bir orana sahip olup Koçyiğit'in (2012) çalışmasında bu oran %60'a kadar varmıştır. Çalışmamızdaki kadınların literatürdeki çalışmalardan daha yüksek oranlarda YÜT'ü kullandıkları görülmektedir. Bunun nedeninin tedavi altında olan kadınların çalışmamıza dahil edilmesi olduğu söylenebilir. Tedavide olmayan infertil kadınların da YÜT'ü kullanma durumlarını değerlendiren çalışmalar yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan infertil kadınların tedavi süreleri incelendiğinde, %54.3'ü 0-2 yıl arası, %8.6'sı 6 yıl ve üzerinde olduğu ve infertilite tedavi süresi ortalamasının 2.94 olduğu belirlenmiştir. Oğuz'un (2004) yaptığı çalışmada infertil kadınların %50'si 0-2 yıl arası, %38.2'si 6 yıl ve üstü süredir tedavi gördükleri ve tedavi süresi ortalamasının 4.51 yıl olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgumuzun Oğuz'un çalışmasıyla benzer olduğu kadar farklı sonuçlara da sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızdaki doğal yolla çocuk sahibi olamayacaklarını öğrendiklerinde ne hissettikleri soruldu. Kadınların yarısı, kendilerini üzgün hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde Freeman'ın (1985) çalışmasına katılan kadınların yarısı infertiliteyi yaşamlarının en üzücü deneyimi olarak tarif etmişlerdir. Üzüntüye eşlik eden birden fazla duyguyu birarada yaşadıkları tespit edildi. Kendilerini suçlu hissettikleri, kontrol kaybı, eksiklik, çöküntü, korku, endişe, çaresizlik gibi duygulara kapıldıkları görülmüştür.

İnfertilite durumunu öğrendikten sonra kadınların %79.8 tedavi için ilk olarak tıbbi kurumlara, %20.2'si ise tıbbi kurumlar dışındaki yerlere başvurmuşlardır. Çalışmamıza tedavide olan kadınlar alındığı için %93.6'lık yüksek bir oranla çözüm için doktora/hastaneye gittikleri görülmüştür. Koçyiğit'in (2012) çalışmasında çare arayışında olan kadınlara özellikle eşin aile üyeleri tarafından birtakım uygulamaların önerildiği belirtilmiştir. Tedaviler başarısızlıkla sonuçlandığında inancın kendilerine baskı uygulayanlara ve cevabını bulamadıkları sorulara cevap imkanı sağladığını, bu sayede kendilerinin zihinsel ve fiziksel sağlıklarının korunduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda kadınların birden fazla genekselle veya dini yöntemlere (türbe ziyareti, hocaya/yatıra gitme, ara ebeye gitme, büyü, muska yaptırma, bitkisel ilaçlar) başvurdukları görülmüştür. Koçyiğit'in (2012) çalışmasında da her 6 kadından biri gebe kalabilmek için hocalara başvurduğu belirtilmiştir. Söz konusu çalışmada kadınlar tarafından başvuru bazı uygulamaların kadınların biyolojik sağlığını tehdit eder nitelikte olduğunu tespit etmişlerdir. Ayaz ve Efe (2010)'nin çalışmalarında her üç infertil kadından birinin geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıklarını ve uygulamaları sırasında yan etkilerini yaşadıklarını saptamışlardır. Bu nedenlerle çiftlerin infertilite problemi için kullandıkları geleneksel uygulamaların zararlarından korunmaları için eğitim programları ve danışmanlık hizmeti, kültürel değerlerine saygı duyularak hemşireler tarafından gerçekleştirilmelidir (Ayaz ve Efe 2010).

Yapılan bir çalışmada infertil çiftlerin %29'unun infertilite problemini gizlediği saptanmıştır (Allison 2011). Kuveyt'te de infertil kadınların dışlanacaklarını düşündükleri için durumlarını saklama eğiliminde oldukları görülmektedir (Fido ve Zahid 2004). Çalışmamızda infertil kadınların çoğunluğunun infertilite durumunu bir başkası ile paylaştığı (%90.4), kendi ailesiyle paylaşanların (N=80) eşinin ailesiyle (N=65)

paylaşanlardan sayıca fazla olduğu görülmüştür. Kadınların çoğu paylaşım sonucu eşinin ailesinin tedaviye teşvik edici destek gördüğünü, 14 kişi ise eşinin davranışlarının olumsuz (sinirli, soğuk, suçlayıcı, çok üzüyor) yönde değiştiğini bildirmiştir.

5.3. İnfertil ve Fertil Kadınların Depresyon Durumu

İnfertilite ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; depresyonla ilgili çok fazla araştırma yapıldığı görülmektedir. Upkong ve Orji'nin (2006) çalışması infertil kadınlarda psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda (%46.4) bulunduğunu, Fertil grupta ise psikiyatrik morbidite yaygınlığının %12.5 olduğunu göstermiştir. İnfertil ve fertil grubun depresyon oranlarının ise sırasıyla %43 ile %11.5 olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde infertil kadınların fertil yaşlılarından daha depresif olduğu (Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Özkan ve Baysal 2006) çalışmaların yanında depresyon puanlarının iki kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Domar ve diğ. 1992). Dikkat çekici başka bir çalışmada kadınların infertil süreçte yaşadıkları depresyon ve anksiyete düzeyinin ciddi hastalıkları olan kadınlardan farklı olup olmadığı araştırılmış ve infertil kadınların HIV-pozitif ve kronik rahatsızlığı olanlardan daha düşük ancak ölüm riski bulunan kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyonla aynı düzeyde puan aldıkları görülmektedir (Domar ve diğ. 1993). Ramezanadeh ve arkadaşları (2004), İran'da 370 infertil kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %87'sinde anksiyete, %40'ında depresyon tespit etmişlerdir. De Klerk ve arkadaşları (2005) ise, Hollanda'da 391 kadınla IVF tedavisi sırasında yaptıkları çalışmada; kadınlardan tedavi döngüsü boyunca, her gün duygularını kaydetmeleri istenmiş ve çalışma sonucunda IVF tedavisi sırasında kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları da literatürle paralellik göstermiş, infertil kadınların depresyon puanları fertil grubun puanlarından daha yüksek çıkmıştır. Deney grubundaki kadınların %21.3'ünde, fertil grubun ise %8.1'inde orta ve şiddetli düzeyde depresyon tespit edilmiştir.

Ramezanadeh ve arkadaşları (2004), anksiyete ve depresyonun infertilite süresi ve eğitimle ters orantılı olduğunu, kadının meslek sahibi olması ve çalışmasının depresyonu azalttığını belirtmiştir. Oğuz (2004), çalışmasında; yaş, yaşanan yer, çalışma durumu, eğitim düzeyi, infertilite süresi, tedavi süresi ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını

belirtilmiştir. Keskin'in (2007) çalışmasında eşin eğitim durumunun depresyon belirtilerini azalttığı saptanmıştır. Upkong ve Orji (2006), yaş arttıkça depresyon bulgularında azalma olduğu, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, eşin ailesinden destek görmemenin depresyon puanlarını artırdığını belirtmiştir. Domar ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında erkek kaynaklı, kadın kaynaklı ve her ikisinden kaynaklı infertilitede kadınların depresyon puanlarının açıklanamayan ve henüz tanısı konmamış infertil durumlarından önemli ölçüde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Açıklanamayan infertilitede kişilerin çok huzursuz oldukları ancak henüz karamsar bir tanı almadıkları için hala umutlu ve depresif belirtiler gösterdikleri söylenmektedir.

Çalışmamızda infertil kadınlarda depresyon ile yaş, aylık gelir, kadının çalışma durumu ve eğitim durumu arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ancak kadınların evlilik süresi, infertilite süresi ve tedavi süresi ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışma sonuçlarımız belirtilen çalışmaların bazı sonuçlarıyla (Upkong ve Orji 2006, Ramezanadeh ve diğ. 2004, Oğuz 2004) paralellik gösterirken bazı sonuçlarıyla (Oğuz 2004, Ramezanadeh ve diğ. 2004) farklılık göstermektedir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı grubun bireysel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

YÜT infertilite tedavisinde çiftlere yeni seçenekler sunduğu gibi aşırı düzeyde duygusal, fiziksel ve ekonomik yükler de getirmektedir. Verhaak ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında çiftlerin %80'i YÜT tedavisini aşırı veya orta düzeyde stresli bir tedavi biçimi olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmayla paralellik gösteren Domar'ın (1992) çalışmasında YÜT denemesine başlamadan önce kadınların %37'sinin depresyon puanları kesme puanının üstünde çıkmıştır. Ayrıca kadınların en yüksek depresyon puanına infertilitelerinin 3. yılında ulaştıkları belirtilmiştir. Hastalar için 3. yıl, en çok hayal kırıklığına uğradıkları, heveslerinin kırıldığı zaman olabilmektedir. 2. yıla kadar iyimser olan kadınlar 3. yıla kadar umutsuzluk hissetmeye ve son olarak duygularını çözümlenmeye başlar. Evlat edinme veya çocuksuz bir şekilde yaşama gibi alternatiflerle yaşamına devam eder. 6. yıldan sonra infertil kadınların depresyon düzeyinin 4. yıldakinden önemli ölçüde düştüğü anlamına gelmediği, uzun dönemli infertilite tedavisinin uzun bir süre yüksek düzeyde depresif belirtilere neden olabildiği belirtilmiştir (Domar 1992). İnfertil kadınların yaşadığı bu stres ve depresyonun, gelecekle ilgili belirsizlik, tedavi süreci ve teknikleriyle

ilgili yaşanan kaygı ve fertilité kapasiteleriyle ilgili korkulardan kaynaklı olabileceği düşünölmektedir (Lalos ve diğ. 1985). Çalışmamızda da Verhaak, Domar ve Lalos'un belirttiği duygulara ve algılamalara sahip olmanın infertil kadınların depresyon düzeylerini arttırdığı söylenebilir. Bunun yanında kadınların yaklaşık 1/5'inde orta ve şiddetli depresyon görölməsi, infertil kadınlarda depresyonun çok genel ve önemli bir problem olduğunu ve bu süreçte kadınların alacağı psikolojik desteğin önemini göstermektedir.

5.4. İnfertil ve Fertil Kadınlarda Çocukluk Çağı Travmaları Sıklığı

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın yetişkinlikte ruhsal sorunlar yaşama riskini arttırdığı, özellikle kişilik bozuklukları, disosiyatif belirtiler, depresyon, kendine fiziksel zarar verme, intihar, alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal davranış bozuklukları gibi sorunların yaşanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca çevreleriyle kurulan ilişkilerde korkak, çekingen, antisosyal davranışlar görölebilmektedir (Zoroğlu ve diğ. 2001, Durmuşoğlu ve Doğru 2006).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerinde suç mağduru çocuk sayısının yılda 122 bini geçtiği, bunların %10 oranında cinsel suçlar olduğu bildirilmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin hazırladığı Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması Bilgilendirme Dosyası'nın erişkin kadınlarda yaşam boyu çocukluk çağı cinsel istismarı yaşama sıklığı incelendiğinde; tecavüz sıklığı %0,9 iken, cinsel istismar tanımlaması tecavüzle sınırlı tutulmadığında bu oranın %45'e yükseldiği görölmektedir. Yaklaşık 40 yıldır yayınlanan uluslararası çalışmalarda, ortalama yaşam boyu çocukluk çağı cinsel istismar sıklığının kadınlarda %20, erkeklerde ise %5-10 oranlarında olduğu aktarılmıştır. Taner ve Gökler'in (2004) alışmasında cinsel istismarın sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olduğu ancak sıklıkla gizli kaldığı belirtilmiştir. Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünölmektedir. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda literatürde bildirilen oranlar farklılıklar göstermektedir (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünölmektedir. Çalışmamızda infertil kadınların %38.4'ünün fertil grubundakilerin ise %31.9'unun çocukluk çağı travması yaşadığı ve iki grup açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. İnfertil ve fertil grubundaki kadınların tamamında cinsel istismar öyküsüne rastlanmıştır. Çalışmamızın verileri, sunulan tüm literatür sonuçlarından yüksek çıkmıştır. Araştırmamızı uygularken çocukluk çağı travmalarına yönelik ölçek

aşamasında soruları cevaplamada kadınların tereddütte kaldıkları ve araştırmacıya yöneltilen “Gerçek olanı mı işaretleyeyim?” şeklindeki sorularla yaşadıklarını paylaşmak için güven duygusuna ihtiyaç duydukları gözlenmiştir. Birkaç kişi, yaşadığı istismar durumunu bu çalışma vesilesiyle ilk defa paylaştığını belirtmiştir. Bu durum ve kadınlarda yüksek oranda cinsel istismar varlığı, tanı ve tedavi aşamasında travma öyküsünün değerlendirilmesinin ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanacak danışmanlıkta güven verici terapötik bir ilişki kurulmasının önemli olacağı düşünülmüştür.

Çocukluk cinsel istismarının uzun dönemli etkilerini ölçmeyi hedefleyen bir çalışmada; çocukluk cinsel istismar öyküsü olan yetişkin kadınların çoğunlukla cinsel karmaşa, cinsel işlev bozuklukları ve depresyon yaşadıkları kanıtlanmıştır (Beitchman ve diğ. 1992). Çocukluk travmaları olan bireylerin yetişkinlikte cinsel işlev bozukluklar sonucunu doğurması, cinselliğin “üreme” amacıyla gerçekleştirildiği, özellikle kadınlar için fertil zamanlar dışında cinsel eylemlerin “anlamsız” hale geldiği belirtilen infertilitenin (Elliott 1998) cinsel istismar öyküsü olan çalışmamızdaki kadınlarda cinsellikle ilgili sorunlara yol açabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca literatürde travmatik yaşam olaylarına maruz kalan kadınlarda çift uyumunun azaldığını belirten araştırmalara rastlanmıştır (Oral Seyhan 2016).

Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) ergen yaştaki 839 lise öğrencisiyle yaptıkları araştırmalarında, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarını kendine fiziksel zarar verme davranışı, özkıyım girişimi ve dissosiyatif yaşantıların sıklığını saptamak ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini incelendiği çalışmada; öğrencilerin %16.5’i ihmal, %15.8’i duygusal istismar, %13.5’i fiziksel istismar ve %10.7’si cinsel istismara (ensest dâhil) uğramıştır. Cinsel istismar ve enseste maruz kalmış kızların, daha çok duygusal istismar yaşadıkları, travma belirten bireylerin birden fazla travma türü bildirdiği belirtilmiştir (Zoroğlu ve diğ. 2001). Dünya Sağlık Örgütü ve Ankara Üniversitesi’nin hazırladığı Türkiye’de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması (2013) Raporuna göre; araştırmaya alınan 2.257 öğrencinin %9.8’i duygusal istismar, %21.1’i fiziksel istismar, %7.9’u cinsel istismar, %8.8’i duygusal ihmal ve %5.7’si fiziksel ihmal yaşadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda infertil ve fertil kadınlarda çocukluk travma türlerinin yaygınlığı incelendiğinde; her iki grupta da cinsel istismar ve fiziksel istismarın olduğu, duygusal istismarın %43.6 ile %36.4,

duygusal ihmalin %24.5 ile 33.3 ve fiziksel ihmalin %38.3 ile %39.4 oranlarında iki çalışmadan da yüksek çıkmıştır. 2012 yılında yapılan Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı çalışmasında bakım verenler tarafından çocuklukta çimdikleme, acı biber sürme, kulak çekme ve tokat atmak en yaygın uygulanan fiziksel istismar tipleri arasındadır (Cankur ve diğ. 2012). Bu uygulamalar geleneksel toplumumuzda çocuklarda disiplin etme yöntemi olarak sık uygulanmasından dolayı oranların yüksek olduğu söylenebilir.

5.5. İnfertil ve Fertil Kadınlarda Kullanılan Stresle Başa Çıkma Tarzları

Folkman ve arkadaşları (1986) tarafından stres, birey-çevre etkileşiminde kişinin iyi uyumunu tehlikeye düşüren ve mevcut kaynaklarını zorlayan ya da aşan talepler olarak tanımlanmıştır. Literatürde infertilitenin mi strese, stresin mi infertiliteye neden olduğu henüz netleştirilmemiştir. Fakat infertilite ile artmış stres arasında bir ilişkinin olduğu kabul edilmektedir (Türkçapar ve diğ. 2008, Kendirci 2010).

Hammarberg ve arkadaşlarının (2001) yardımcı üreme tekniklerini deneyimleyen kadınlarla yaptığı bir izlem çalışmasında; infertilite ile ilgili yapılan tetkik sonuçlarını bekleme, tedavisiye başlama, oosit toplama işlemi, embriyo transferi sonrasında sonucu bekleme ve tedavinin başarısız olduğunu öğrenmeyi içeren süreçler özellikle stresli olarak belirlenmiştir. Stresin etkilerini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmada 151 kadın IVF siklusu öncesinden başlanarak incelenmiştir. Stres düzeyleri arttıkça toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve bebek doğum ağırlıklarının düştüğü bulunmuştur (Klonoff-Cohen 2001). Ayrıca tedavi sürecinde yaşanan bu stresin bireyler tarafından “psikolojik yük” nedeniyle tedavi bırakmalarına etkide ettiği farklı çalışma sonuçlarıyla gösterilmiştir (Hammarberg ve diğ. 2001, Olivius ve diğ. 2002, Domar 2008).

Çalışmamızda infertil kadınların fertil grubundaki kadınlara göre daha çok etkisiz baş etme yöntemlerini kullandıkları ve boyun eğici yaklaşım gösterdikleri tespit edilmiştir. Bunun göstergelerinden birinin kadınların birden fazla geleneksel ve dini yöntemleri (türbe ziyareti, hocaya/yatıra gitme, ara ebeye gitme, büyü, muska yaptırma, bitkisel ilaçlar) kullanmalarındır. Dağ'ın (2014) çalışmasında da stresle başa çıkmada kadınların geleneksel ve alternatif tıp uygulamalarını kullandıkları, yaşadıklarını kadercilik anlayışıyla yorumladıkları belirtilmiştir. İnfertilite sürecinde kadınların dini inanç ve uygulamalarının

arttığı ve bu durumun kişilere rahatlama ve dayanma gücü verdiği belirtilmiştir. Kadınlar tedavide sağlık personeli tarafından gereken her şeyin yapıldığına ve artık çocuk sahibi olmamalarının takdiri ilahi, doğumun bir kader ve çocuğun Allah'ın bir mucizesi olduğuna inanmaktadırlar. Bu nedenle sürekli dua etmektedirler. Kadınlardan biri ise çocuksuzluğu Allah tarafından verilen bir ceza olduğu düşüncesiyle karşılaştığı olumsuz bir deneyimde tüm dini inanç ve uygulamalarını bırakabildiğini belirtmiştir. İslam ülkelerinden biri olan İran'daki bir çalışmada da, çoğu infertil kadının (%79.3) bir baş etme stratejisi olarak Tanrıya inanma ve dua etmeyi denediğini ve bunun geniş bir şekilde uygulandığını göstermektedir (Farzadi ve diğ. 2007). Başka gözlenen etkisiz baş etme stratejisi olarak sorununun çevreden saklama, boşanma, uyuma gibi etkisiz baş etme yöntemlerini kullandıkları belirtilmektedir (Dağ 2014).

Çalışmamızdaki infertil kadınların fertil kadınlara göre stresle baş etmede daha fazla sosyal destek ihtiyacı duydukları görülmektedir. Tarlatzis ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada da infertil kadınların sosyal destek ihtiyacından söz edilmiştir. Bir grup üniversite öğrencisinden ard arda 21 gün boyunca gün içinde kendileri için en stres verici olayı hatırlamaları; olayı nasıl değerlendirdiklerini, hangi başa çıkma stratejilerini kullandıklarını ve bunların etkili olup olmadığına ilişkin algılarını, bu stratejileri hangi sıralarda kullandıklarını belirtmeleri istenmiştir. Araştırma sonucunda ortaya çıkan cinsiyet farklılıkları, erkeklerin problem odaklı, kadınların ise, destek arama ve duygusal odaklı stratejilere daha yoğun bir biçimde yöneldikleri bulunmuştur (Akbağ 2000). Dağ'ın (2004) çalışmasında kadınlar, problemlerini birilerine anlatmalarının, bu sorunları birinin dinlemesinin ve ağlamalarının kendilerini çok rahatlattığını belirtmişlerdir. Bunu sadece çok güvendikleri, sevdikleri ve onları anlayan kişiler ile yapabildiklerini ve sıkıntılarını anlatmaya çok ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki kadınlardan birkaçı yaptığımız araştırma vesilesi ile problemlerini anlatmalarının ve bu sorunları birinin dinlemesinin kendilerini çok rahatlattığını ifade etmişlerdir.

İnfertilite sürecinde yaşadıkları stresle baş edebilmek için kadınların kitap okumak, film/televizyon izlemek, gezmek, müzik dinlemek, düşünmemek, çalışmak, temizlik yapmak, evcil hayvan beslemek, kişisel gelişim aktivitelerinde bulunmak, kurslara gitmek, spor yapmak, alışveriş yapmak, dışarıda yemek yemek gibi eylemlerde buldukları belirtilmiştir (Dağ 2014). Vyas ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında infertilite

tedavisinde başarısızlık yaşamış olan 554 çifte hipnoz ile psikoterapi tedavisi uygulanmış ve %71.67'si tedavi sonrası gebe kalmıştır. Mosalanejad ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında 61 infertil kadına iki ay uygulanan umut terapisinin kadınların psikolojisini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumlu etkilediği, infertil kadınların ve ailelerinin genel sağlık düzeylerini yükselteceği, YÜT yanında verildiğinde infertil bireylerin yaşam kalitesini artırıp, problemlerine uyum sağlamalarına yardımcı olacağı bulunmuştur. Bu nedenlerle infertil çiftlerin değerlendirilmesi sırasında infertilite krizi ele alınırken çiftlerin yaşadıkları güçlükler ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri değerlendirilmelidir (Özçelik ve diğ. 2007).

5.6. İnfertil Kadınların İnfertiliteyle İlişkili Global Stres Düzeyi

İnfertil kadınların doğal yolla çocuk sahibi olamamaları nedeniyle yaşadıkları stres düzeyini ölçmek amacıyla kullandığımız FSE'ye göre sonuçlar, standart puan ortalamasından fazla çıkmıştır. İnfertil kadınlardan hiçbiri "düşük puan" almayıp, %95.7'si "çok yüksek" puan almıştır. Literatürde aynı ölçüm aracını kullanan çalışmalarda da infertil kadınların stres düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu dikkat çekmektedir (Karaca ve Ünsal 2015, Peterson ve diğ. 2003, Eren 2008, Freeman 1985). Bu çalışmalardan birinde kadınların yarısı fertilitayı yaşamlarının en üzücü deneyimi olarak ortaya koymuşlardır (Freeman 1985). Dikkat çeken başka bir çalışmada kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları global stres puanının kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyonlu hastaların global stres puanlarıyla benzer olduğu bulunmuştur (Domar 1993). Çalışma bulgularımızda kadınların bu kadar yüksek stresli olması, literatürde bildirilen infertil kadınların infertiliteye bağlı yüksek düzeyde stres yaşadıkları bilgisini desteklemektedir.

İnfertil kadınların yüksek düzeyde stres yaşamalarının nedenleri farklılıklar göstermekle beraber en başta gelen nedenlerden biri anne olamamak, çocuk sahibi olma duygusunun tatmin olmamasıdır (Podolska ve Bidzan 2011). Literatürdeki birçok çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde çalışmamızın sonuçları, kadınların infertil olmakla ilgili en sıkıntı verici durumun ebeveyn olma ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır (Karaca ve Ünsal 2015, Eren 2008, Peterson 2003). Kadınlar için çocuk sahibi olamamak aynı zamanda üretkenliğin, kadınlığın kaybıyla eş görülebilmekle birlikte hamile olmak, loğusa kadın, kayınvalide, büyük anne gibi sosyal rol kayıpları da beraberinde getirebileceği bildirilmektedir (1998 alıntı Sezgin ve Hocoğlu 2014). Kadınlar kendilerini bir aileyi

yaratmaktan sorumlu gördükleri için infertilite durumunda hayatlarının amacını kaybettikleri algısına varabilmektedir (Nachtigall ve diğ. 1992). Çalışmamızda da bu algılamalara sahip olmanın kadınların stres düzeyini arttırdığı söylenebilir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %96.2'si "anne olmak" için çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir (Keskin 2007).

Çalışmamız çalışma durumunun kadınların yaşadıkları stres düzeyini etkilediğini göstermektedir. Çalışmayan kadınların infertiliteyle ilişkili stres düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu yüksek stres düzeyinin özellikle ebeveyn olma ihtiyacında olduğu dikkat çekmektedir. Benzer sonuçlar Karaca ve Ünsal (2015)'in çalışmasında da görülmektedir. Çalışan infertil kadınlarda infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğünü belirten çalışmalar bulunmaktadır (Podolska ve Bidzan 2011, Upkong ve Orji 2004). Bir işte çalışmanın kadınların enerjilerini ve dikkatlerini çocuk odaklı olmaktan biraz daha uzaklaşmalarına olanak tanıdığı düşünülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyinin infertiliteye bağlı stres üzerinde yaptığı etkisiyle ilgili literatürde farklı sonuçlar veren çalışmalar yer almaktadır. Karaca ve Ünsal'in (2015) çalışmasında ilkökul mezunu kadınların infertiliteye bağlı stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eren'in (2008) çalışmasında ise kadınların eğitim durumu ile infertiliteyle ilişki stres arasında bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları da Eren'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Kadınların stres düzeyinde eğitim durumlarının belirleyici bir rolü olmadığı anlaşılmakta, eğitim düzeyi ne olursa olsun annelik bir kadının ve kadın kimliğinin vazgeçilmez unsuru olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda infertil kadınların çoğu çekirdek ailede yaşamakta olup %18.1'i geniş ailede yaşamaktadır. Kadınların evi paylaşma durumu infertiliteyle ilişkili yaşadıkları stres düzeyinde önemli bir etkiye sahiptir. Çekirdek aile veya geniş aile olsun her iki durumda da kadınların infertiliteyle ilişkili yaşadıkları stres düzeyi standart puanın üzerinde bulunmuştur. Ancak geniş ailede yaşayanların daha fazla stres yaşadıkları ve ilişki sorunları alt boyutunda daha fazla puan alındığı görülmektedir. Çalışmamız evi paylaşma oranları ve sonuçlar açısından Karaca ve Ünsal'in (2015) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre görüşülen her iki kadından biri (%48,3), sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını (Koçyiğit 2012), başka bir çalışmada çiftlerin %83.3'ü bir çocuğa sahip olma baskısı hissettiklerini belirtmişlerdir (Taşçı ve diğ.

2008). Bu baskının ilk adımı evlendikten sonra toplumun “Ne zaman çocuk yapacaksınız?” şeklindeki sorularıyla olmaktadır. Ülkemizde geniş ailelerde genellikle kayınvalide, eltiler, kayınbirader gibi eşin yakın aile üyelerinin yaşadığı bilinmektedir. Koçyiğit’in (2012) çalışmasında infertil kadınlara yoğun baskı uygulayan ve onları çocukluluğa zorlayanların başında eltiler ve kayınvalidelerin geldiği belirtilmiştir. Çalışmamızda da geniş ailede bu baskıya maruz kalmanın kadınların yaşadıkları stres düzeyini arttırdığı söylenebilir. Literatürdeki birçok çalışma eşin olumsuz tutumu ve eşin ailesi tarafından eleştirel tutumlarıyla karşılaşan infertil kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Oğuz 2004, Güz ve diğ. 2003, Gülseren ve diğ. 2006).

Kadınların yaşı arttıkça infertiliteyle ilişkili stres düzeyinin azaldığı, daha az ebeveyn olma ihtiyacı duydukları, sosyal sorunların ve cinsel sorunların da azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların yaşı gibi eşlerin yaşı da arttıkça ebeveyn olma ihtiyacının azaldığı görülmüştür. Ancak kadınların yaşadıkları ilişki sorunları yaşla beraber azalmamıştır. Çiftlerin yaşlarının artmasıyla çiftler infertil durumla yaşamaya, farklı ilgi alanları ve yaşam alternatifleriyle ebeveynlik yaşamın temel ve öncelikli amacı olmaktan çıktığı söylenebilir. Kadınların yaşının artışıyla daha az sosyal sorun yaşamaları, toplumun zamanla çiftlerin çocuksuzluklarını kabul ettiği veya bireylerin çevreden gelen tepkilere karşı duyarsızlaştığı şeklinde açıklanabilir. Oğuz’un (2004) da belirttiği gibi infertiliteye ait bu krizi uzun yıllar paylaşan infertil çiftler, uzun süren tedaviler nedeniyle ortak kararlar, tutumlar ve duygulanımlar paylaşmaktadırlar. Bu paylaşımlar evliliğin devamı için bir sözleşme niteliğine sahip olmaktadır. Ayrıca çocuk sahibi olma konusunda tıbbi destek alabilmeleri ve ortak hedeflerindeki kararları uygulayabilmeleri için stabil bir ilişkiye sahip olmaları gerekmektedir.

Çocuk sahibi olmak isteyen çiftler ne kadar süreceği belli olmayan bir sürece girmektedirler. Bu nedenle gelir durumu, pahalı ve uzun soluklu tedaviye başlamada ve sürdürmede önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü infertilite tedavisi çiftlere maddi yük getirmektedir. 09.02.2005- 25722 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi Yönetmeliği ile, infertilite bir sağlık sorunu olarak kabul edilerek tüm sosyal güvenlik kurumları tarafından kapsam dahiline alınmıştır. Çalışmamıza katılan çiftlerin tamamının sosyal güvencesi olmasına rağmen infertilitenin uzun süredir devam eden bir sorun olması, tanı ve tedavi sürecinde yapılan tetkiklerin, uygulanan

işlemlerin, kullanılan ilaçların tamamının sosyal güvence kurumları tarafından karşılanmaması nedenleriyle çiftlerin ekonomik durumunun olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Karaca ve Ünsal'in (2015) çalışmasında geliri giderini karşılamayan kadınların stres düzeylerinin daha yüksek çıktığı görülmektedir. Çalışma bulgumuzda da aylık gelir düştükçe kadınların infertiliteyle ilişkili stresinin arttığı tespit edilmiştir. Ancak düşük gelirliler olsun veya yüksek gelirliler olsun tüm kadınların ebeveyn olma ihtiyacı duydukları, kadınların yüksek gelirliler olmaları yaşadıkları sosyal sorunları, ilişki sorunları ve cinsel sorunları azaltmadığı gibi, kadınların düşük gelirliler olmalarının da bu sorunları arttırmadığı sonucuna varılmıştır.

Son zamanlarda evlenmek için eğitimlerinin tamamlanmasını bekleyen kadınların sayısının artışı, bu kadınların gebeliklerinin ileri yaşlara ertelenmesine yol açtığı söylenmektedir (Lewis 2009). Çalışmamızda kadınların ilk evlilik yaşı arttıkça FSE toplam puanının azaldığı, kadınların daha az ebeveyn olma ihtiyacı duyduğu, yaşanan sosyal sorunlar, ilişki sorunları ve cinsel sorunların azaldığı görülmektedir. Chandra ve arkadaşlarının aktardığı Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin Aile Büyümesi Ulusal Anketinin vardığı sonuç olan yaşla orantılı olarak infertilite oranlarının artması (Chandra ve diğ. 2005) günümüzde bilinen bir durumdur. Bu nedenle ilk evlenme yaşı yükselen kadınlardan çocuk sahibi olmaları konusunda daha az beklenti duyulduğu, kadınların infertiliteyle ilişkili daha az stres yaşamaları, sosyal, cinsel ve ilişki sorunlarının azalması sonuçlarını doğurduğu düşünülmüştür.

İnfertil kadınlarda çocuk olmadan geçen süre ile infertiliteyle ilişkili stres arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Uzun süredir bu sorunla karşı karşıya olmalarına rağmen kadınların stres düzeylerinin hala yüksek olması çocuk sahibi olamamayı henüz kabullenmediklerini göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların infertilite tipinin, sosyal destek (kendi ailesi, eşinin ailesi, arkadaş, akraba, hiç kimse) alma durumu, eşle akrabalık bağı, infertilite nedeni, tedavi süresi, YÜT deneme sayısı, evlilik biçimi (severek, görücü usulü, kaçarak, diğer) ve sorunu çevresiyle paylaşma durumunun global stres puanlarında bir değişiklik yaratmadığı görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak infertil kadınların bir çocuk sahibi olsun veya olmasın, infertilite nedeni kimden kaynaklanırsa kaynaklansın, infertil olmalarının üzerinden geçen sürenin ne kadar olduğu, tedaviye yeni başlıyor veya uzun süredir tedavi

alıyor olmasının, sosyal destek almasının infertiliteyle ilişkili stres düzeylerini değiştirmediği, standart puanın üzerinde strese sahip oldukları anlaşılmaktadır. Teskereci'nin (2010) alışmasında kadınlarda evlilik sũresi, infertilite sũresi ve tedavi sũresi uzadıkça infertilite ile ilişkili algıladıkları global stres, infertilite ile ilişkili sosyal ve cinsel stresin arttığı belirtilmiştir. Karaca ve Őnsal'in (2015) alışmasında ise infertilite sũresi, sorunu çevresiyle paylaşma durumu ve infertilite nedeninin kadın faktũrũ olmasının stres puanları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımız Teskereci ile Karaca ve Őnsal'in çalışma sonuçlarından farklılıklar gũstermektedir.

5.7. İnfertil Kadınlarda Yılmazlıkla İlişkili Değişkenler

İnfertilitenin çiftlerin duygu durumlarını, benlik saygılarını, bedensel imgelerini evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, sosyal yaşantılarını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yũnde etkileyerek bu doğrultuda yaşam kalitelerinin dũřmesine yol açtığı farklı araştırmalarla açığa çıkarılmıştır (Newton ve diğ. 1999, Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Aydın ve Kızılkaya-Beji 2013, Algũl 2013). Tanı ũncesi, tanı sırası ve uzun yıllar alabilen tedavi sũreci ۆzellikle infertilite sorunu olan kadınlar için duygusal, fiziksel ve maddi olarak stres yũklũ ve zorlayıcı bir deneyim olabilmektedir. Kadınların infertil sũrete yaşadıkları depresyon ve anksiyete dũzeyinin kanser, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyon gibi ciddi hastalıkları olan kadınlarla benzer olduğu bulgulanmıştır (Domar ve diğ. 1993).

Yılmazlık, zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir adaptasyon yeteneğine sahip olmak, bu sũrete gayret gũstermek ve sonuçta da başarılı olmak şeklinde tanımlanmaktadır (Masten ve diğ. 1990).

Yılmazlık bireylerin kendisine, dũnyaya ve geleceğe pozitif bakmayı sağlayan iyilik haline aracılık etmektedir. Diğer bir ifadeyle kendilerine gũven duyma eğiliminde olan yılmaz bireyler, dũnyayı pozitif olarak algılama ve gelecek için umutlu olma eğilimine sahiptir (Mak 2011).

Yılmazlıkla ilgili yapılan çalışmalar, yılmazlık dũzeyi yũksek kişilerin, yoksulluk, şiddet, afet, hastalık gibi pek çok stresli durumda daha başarılı mũcadele ettikleri belirlenmiştir. Bu kişilerin, etkili problem çözme yeteneği, etkili iletişim becerileri gibi olumlu niteliklere sahip oldukları vurgulanmıştır (Öz ve Yılmaz-Bahadır 2009).

Yılmaz bireylerin doğuştan getirdiği ve sonradan kazandığı bazı özellikleri vardır. Aslında bu özellikler tüm bireylerde mevcuttur ancak bu özelliklerin, bireyin sıkıntılarının üstesinden gelebileceği düzeyde olması önemlidir. Çalışmamızda hem fertil hem de infertil grupta tüm kadınların yılmazlıklarının yüksek olduğu, standart puanla aynı puan aldıkları, iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızdaki infertil kadınların yılmaz bireyler olması sevindirici bir durum olarak değerlendirilmiştir. Araştırmalar yüksek düzeyde yılmazlığa sahip infertil hastalarının, yaşadıkları sorunların üstesinden gelerek hem günlük rutinlerin hem de hastalık koşullarının yarattığı değişimlerden kolayca ve hızlıca iyileşebildiklerini göstermiştir. Ayrıca bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin korunmasına yardım ederek fertilitateye bağlı yaşam kalitelerini arttırdığı belirtilmiştir (Li ve diğ. 2019).

Yılmazlığın yaşamsal sağlık sorunlarıyla karşılaşıldığında psikiyatrik belirtilere karşı kalkan görevi görerek direnç kaynağı aldığı düşünülmektedir. Yılmazlığı yüksek bireylerin stresli olaylarla daha etkili bir şekilde mücadele ettikleri söylenebilir. Bu yüzden yılmazlık, strese neden yaşamsal olayların olumsuz etkilerini azaltıcı ve ruhsal hastalıkların oluşumunu önleyici bir rol oynadığı düşünülebilir (Mak 2011; Çuhadar ve diğ. 2014). Yılmazlığın gelişimi, birçok içsel ve dışsal değişkenin biraraya gelerek ortaya çıkardığı koruyucu faktörlerin mevcut olmasıyla önemli ölçüde bağlantılıdır. Sosyal yeterlilik, özerklik, hayatta anlam algısı, benlik saygısı, problem çözme becerileri, sosyal destek gibi koruyucu faktörler kişinin strese olumlu yanıtlar vermesinde önemli işlevlere sahiptir. Bunların yanında bireyin ilgi duyduğu, yapmaktan keyif aldığı faaliyetlerin olması stresli durumlara uyum göstermede destekleyici olmaktadır (Şahin ve diğ. 2012).

İnfertil kadınların yılmazlık düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında infertil kadınların yılmazlık düzeyinin yaş değişkenine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, yılmazlığın yaşa göre değişmediğini gösteren önceki araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Bektaş ve Özben 2016, Bildirici 2014, Gökmen 2014, Ülker-Tümlü ve Receptoğlu 2013). Bazı bireyler için küçük yaşlarda risk alarak davranışta bulunmanın olumlu ya da olumsuz birçok sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Bazı bireyler için ise ileri yaşlarda olmak geldikleri yaşam pozisyonlarını korumayla sonuçlanabilmektedir. İleri yaştaki bireylerin küçük yaştakilere göre yaşamlarında daha az

değişiklik yapma eğiliminde oldukları söylenebilir. Bu durum bazı bireyler için problemlerini çözmede daha az çevresel kaynaklara ulaşmaları anlamına gelirken bazı bireyler açısından güvenli pozisyonlarını korumalarına ve etkili problem çözme becerilerini uygulamalarına olanak tanımaktadır. Bu açıdan bakılırsa çalışmamızdaki infertil kadınların yılmazlıkları üzerinde yaşın etkisinden ziyade kişisel ve sosyal özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir başka sonuca göre infertil kadınların yılmazlık düzeyleri onların aylık gelirine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bektaş'ın (2016) çalışmasında evli bireylerin (485 kadın, 350 erkek) sorunlar karşısında algıladıkları ekonomik durumun dışsal kaynaklara ulaşımı kolaylaştırması, barınma, kişisel gelişim ihtiyaçlarını karşılaması işlevleriyle yılmazlık düzeyini farklılaştırdığı belirtilmiştir. Ekonomik durumun infertil kadınlara da bu imkanları sağlaması, tedavi masraflarını karşılamalarını kolaylaştıracak olması yönünden bakıldığında önemli olmaktadır. Werner tarafından (2005) yılmazlık bireysel, ailevi ve sosyal/çevresel olarak sınıflanmaktadır. Umutla giriştikleri uzun tedavi sürecinde ekonomik birikimlerini çocuk sahibi olmak için harcamalarına rağmen çalışmamızdaki infertil kadınların ortalama 2-3 yıllık tedavi sürecinde başarılı bir sonuçla karşılaşmamaları nedeniyle çevresel koruyucu faktörlerden sayılan aylık gelirin kadınların yılmazlığında farklılık yaratmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Masten ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında akademik başarının saf bir şekilde bilişsel olması, birikimli doğası veya devam eden stres baskısını daha hızlı bir şekilde geri yansıtılabildiği için akut stres karşısında daha fazla sağlam durmayı sağladığı belirtilmiştir. Gizir'in (2007) çalışmasında da aktarılan Masten ve Reed (2002)'in sonuçlarına göre akademik başarı, yılmazlık çalışmalarında üzerinde en çok çalışılan olumlu sonuç değişkenlerinden biridir. Çalışmamızda eğitim durumu ile yılmazlık arasında bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Ancak literatürden farklı olarak lise öncesi eğitim mezunu infertil kadınların lise ve sonrası eğitim mezunu kadınlarından daha yılmaz oldukları bulunmuştur. Eğitim düzeyinin düşüklüğü literatürde farklı çalışmalarda bir risk faktörü olarak değerlendirilse de farklı sebeplerle akademik hayatına devam edemeyen bireylerin yılmazlığında Werner'in (2005) belirttiği gibi içsel faktörlerin rol oynadığı söylenebilir. Dezavantajlı ortamlarda büyüyen çocukları yılmaz bireyler yapan özelliklerin incelendiği

niteliksel bir çalışmada sorumluluk sahibi olmanın bireylerin yaşamlarında başarı göstermelerinde itici bir güç olduğu belirtilmiştir (Seban ve Perdecı 2016). Çalışmamızdaki infertil kadınların da yaşamlarında sorumluluklarını yerine getirirken alışkanlık kazandıkları ve bu alışkanlıklarını farklı durumlarda kullandıkları, bunun dışında farklı içsel koruyucu faktörlerin eğitim düzeyinin düşüklüğünün yaşamındaki etkisini azaltmış olabileceği söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer sonuca göre infertil kadınların yılmazlık düzeyleri, kadınların bir işte çalışıp çalışmamalarına göre anlamlı bir biçimde farklılık göstermemektedir. 4 infertil kadının eşi çalışmadığı için karşılaştırma çalışan eşlerle yılmazlık karşılaştırılamamıştır. Evli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini sosyo-demografik özellikler açısından inceleyen Bektaş'ın (2016) çalışmasında evli bireylerin (485 kadın, 350 erkek) dayanıklılık düzeylerinin yaş, cinsiyet, kadının veya eşinin bir işte çalışmasına göre farklılaşmadığı, kadının ve eşinin eğitim durumu arttıkça arttığı bulunmuştur. Bildirici (2014)'nin İstanbul'da özel gereksinime ihtiyaç duyan çocuğa sahip 106 anne ile yürüttüğü çalışmasında ise annelerin aile yükleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkileri incelenmiş ve çalışma durumuna göre yılmazlığın farklılaşmadığı sonucu bulunmuştur. İnfertil kadınların yılmazlık düzeylerinin çalışma durumuna göre farklılaşmaması, çalışma koşullarıyla ilgili olabilir. Bazı bireyler için yoğun iş temposu, çalışma saatlerinin fazlalığı, yapılan işin karşılığında düşük ücret gibi nedenlerle sorunlar karşısında dayanıklılık gösteremeyip sorunun çözümü olarak işten ayrılabilirler. Söz konusu tedavi sürecinde işyerinden sık izin almak durumunda kalan infertil kadınlarda da benzer durum söz konusu olabilir. Bu açıdan bakıldığında çalışmak, çalışmamızdaki infertil kadınlar için bir risk faktörü olarak ele alınabilir. Diğer yandan çalışmayı seven, işinde başarılı olan, esnek çalışma saatleri olan kadınlar için dikkati çocuk sahibi olmaktan uzaklaştırabileceği için çalışmak koruyucu bir faktör olabilir.

Çalışmamızda kadınların çocuksuz olduğu süre arttıkça yılmazlık düzeyinin de arttığı görülmektedir. Çocuk sahibi olamayacağını ilk öğrendiklerinde kadınların kendilerini üzgün, çaresiz, eksik hissettikleri görülmüştür. Ancak zaman ilerledikçe kadınların çocuksuz bir şekilde yaşamaya alıştıkları, farklı yaşam alternatifleri geliştirmelerinin kadınların yılmazlıklarını arttırıcı bir işlev gördüğü çıkarımında bulunulabilir. Kadınların tedavi sürecinde diğer hastalarla karşılaşmaları, yakınlaşmaları

nedeniyle kendilerini yalnız hissetmedikleri, bu sorunu sadece kendisinin yaşamadığına tanık olmalarının duygusal olarak iyi hissettirdiği kadınlar tarafından çalışma esnasında ifade edilmiştir.

Çalışmamızda bu değişkenler dışında infertil kadınların evlilik süresi, tedavi süresi, gebelik sayısı, tüp bebek deneme sayısı, infertilite durumunu paylaşma, geçmişte psikolojik destek alması, infertilite nedeni ve infertilite tipinin yılmazlık düzeyini azaltıcı veya arttırıcı bir etki yaratmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda infertil kadınların yılmazlıklarının depresyon düzeyi, infertiliteyle ilişkili stres düzeyi, çocukluk çağı travmaları ve stresle baş etme tarzları ile ilişkileri incelendiğinde;

Hjemdal ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, psikiyatrik belirtilerle yılmazlık arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Min ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada düşük ve orta düzeyde yılmazlığın anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde olduğu gibi çalışmamızda da infertil kadınların depresyon oranları fertil kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ancal literatürün aksine infertil kadınların depresyon düzeyleriyle (normal, hafif, şiddetli) yılmazlık puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızdaki infertil kadınların yaşanan ruhsal problemlere rağmen infertilite sorunu karşısında yılmaz yapan niteliklere sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmamızdaki infertil kadınların infertilite olmaktan dolayı yüksek düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır. Ancak bu stres düzeylerinin (düşük, orta, hafif yüksek, çok yüksek) yılmazlıkla anlamlı olarak ilişkili olmadığı görülmüştür. Hermann ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınlarda yüksek düzeyde yılmazlığın düşük düzeyde infertiliteyle ilişkili global stres ve diğer alt ölçeklerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Sexton'un (2010) çalışmasında da yılmazlığın infertiliteyle ilişkili stres ve genel stresle negatif bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Çalışmamızda infertil kadınlar yılmaz bireyler olmalarına rağmen infertilite olmaktan dolayı halen stres düzeyleri yüksek düzeyde kalmıştır. İnfertilitenin çiftlerin duygu durumlarını, benlik saygılarını, bedensel imgelerini evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, sosyal yaşantılarını ve gelecekle ilgili planlarını olumsuz yönde etkilediğini (Newton ve diğ. 1999, Kırca ve Pasinlioğlu 2013,

Aydın ve Kızılkaya-Beji 2013, Algül 2013) açığa çıkararak farklı çalışmalardan yola çıkarak infertilite stresinin bireylerde direnç gösterdiği söylenebilir.

Çocukluk çağı travmalarının yılmazlıkla ilişkileriyle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Sexton ve arkadaşlarının (2015) 4 aylık postpartum (lohusalık) olan 18 yaş üstü kadınlarla yaptığı çalışmada yılmazlıkla kişilerin yaşadıkları çocukluk çağı travma yaşantıları arasında bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Aydın (2018)'in 18 yaş üzeri 205 yetişkinle (130 kadın, 75 erkek) İstanbul'da yaptığı tez çalışmada Yetişkinlerin Psikolojik sağlamlık düzeyleri ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında sırası ile duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Gamzeli ve Kahraman (2018) tarafından 18-65 yaş arası 248'i kadın, 144'ü erkek katılımcıyla yapılan çalışmada çocukluk çağı travmaları belirtilerinin yılmazlığı yordadığı, çocukluk çağı travmasına uğramayan bireylerin yılmazlık düzeylerinin çocukluk çağı travmasına uğrayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve cinsiyet açısından çocukluk çağı travması belirtileri olan kadınların yılmazlıklarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise infertil kadınların yılmazlığı ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ÇÇTÖ'sü olan (n=38) ile olmayan (n=54) kadınların yılmazlıklarının anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travması geçirmiş çalışmamızdaki infertil kadınların yılmazlık düzeylerinin halen yüksek olması travmalarının üstesinden geldikleri, yaşanan travma karşısında yılmayıp yaşamlarını sürdürdükleri söylenebilir. Çalışma bulgumuzun literatür bulgularıyla örtüşmemesi bu farklılığın çalışma gruplarımız ile yılmazlık düzeyini ölçmede kullanılan ölçeğin farklı olması ve çalışmaya dahil etme yaş aralığının bizim çalışmamızdan daha geniş tutulmasıyla (18 ve üstü) ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda infertil kadınların stresle etkili baş etme ile yılmazlıkları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Stresle baş etmede etkili yöntemler kullandıkça kadınların yılmazlıklarının artmakta ya da yılmazlığı yüksek olan bireylerin stresle daha etkili baş edecekleri şeklinde yorumlanabilir. Yılmazlığı yüksek bireyler, olumsuz duygularla daha iyi baş edebilirler, daha güçlü bir inançla doğruyu test edip kendilerini daha güçlü bir tavırla yansıtabilirler ve yüksek sorumluluk duygusuna sahiptirler (Min ve diğ. 2013). Bütün bu özelliklerin çalışmamızda kadınların infertiliteyle

daha başarılı şekilde etkili baş etmede, stresin azaltılmasında katkıları olabilir. Toplumumuzda kadınlar bir sorunla karşılaştıklarında sorununu kendisine yakın gördüğü eşi, abla, anne, elti, arkadaş gibi yakın çevresindeki kadınlarla paylaşma ve destek alma eğiliminde olmaktadır. Çalışma esnasında kadınların hastane randevusuna kendilerine eşlik eden bu kişilerden biriyle geldikleri gözlenmiştir. Bu şekilde insanların desteğini almak, bireyleri rahatlatarak, hastalığın yarattığı kaygı ve stresi azaltmada katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmamızda stresle baş etmede sosyal destek arama davranışı gösteren kadınların yılmazlıklarının da arttığı görülmüştür. Kendine güvenli yaklaşım yılmazlık ile arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Stresle baş etmede etkili olan yöntemlerden biri olan kendine güvenli yaklaşımın kullanımı arttıkça yılmazlıkları da artmaktadır. Yaşanılan sıkıntıların üstesinden gelirken kadınların baş edebileceklerine dair kendilerine duydukları güven sıkıntılı durumu atlatmalarını kolaylaştırarak yılmazlıklarını güçlendirir.

5.8. Sınırlılıklar

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, çalışmamız kesitseldir. Çalışmamızın bölgesel olması ikinci sınırlılığdır. Marmara Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden örneklerle bu çalışmanın yapılması planlanmıştır. Ancak araştırmanın yapılacağı zaman diliminde Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde sürmekte olan savaş nedeniyle infertil kadınlarda ölçümlenecek stres üzerinde infertilite olma ile savaşın etkisinin birbirinden ayırt etmenin mümkün olamayacağı düşüncesiyle bu araştırma deseninden vazgeçilmiştir.

Örnekleme ilgili kısıtlılıklardan biri çalışma örnekleminin sadece Kocaeli Üniversitesi'nde Tüp Bebek Tedavi Merkezi'nde tedavi gören kadınlardan oluşmasıdır. Konuyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalarda tedavide olmayan örneklem ya da tedavi olanlarla beraber tedavi olmayan örneklemin de kullanılması önerilmektedir. Böylelikle farklı gruplar arasında karşılaştırma imkanı sağlanmış olacağı ve dolayısıyla daha kapsamlı bilgilere ulaşılabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza örneklemin eşlerinin dahil edilmemiş olması da sınırlılıklardan biridir.

Başka bir sınırlılık, verilerin toplandığı ölçüm araçlarının kendini bildirimle dayanıyor olmasıdır. Çalışmanın önemli kısıtlılıkları arasında yer alan bir diğeri de veri toplama aşamasında gerçekleşmiştir. Araştırmacının refakatinde veri toplama araçlarının doldurulduğu ortam, yoğun başvurunun olduğu Tüp Bebek Tedavi Merkezi'nin hemşireler

tarafından ilaçları uygulama yöntemleri hakkında bilgilendirmenin yapıldığı hemşire odasında yapılmıştır. Odaya giriş ve çıkışın yoğun olduğu kalabalık bir ortamda madde sayısı fazla olan ölçeklere katılımcıların odaklanmasını zorlaştırmış olabilir. Aynı zamanda, ölçeklerin uzunluğu katılımcılarda yorgunluk etkisi yaratmış olabilir.

Araştırmada nedenselliğe ilişkin çıkarımların yapılamaması ve araştırma bulgularının yalnızca ilişkisellik sınırları düşünülmektedir. Jacelon'un (1997) yılmazlık tanımında yılmazlık bir kişilik özelliği olarak ele alınmasından yola çıkılarak çalışmamızda kişilik özelliklerini değerlendiren ölçüm parametlerinin kullanılmaması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Son olarak, bu konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmaların boylamsal araştırma yöntemi kullanılarak çalışılmasının kadınlarda tanı ve tedavi sürecindeki uygulamalarla birlikte ortaya çıkan değişimlerini, davranış örüntülerini ve tedavi başarısı veya başarısızlığına etkilerini gözlemleme imkanı sağlaması açısından yeni çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sınırlılıklarının giderildiği daha geniş ölçekli çalışmalar daha aydınlatıcı olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda infertil olan kadınlarda çocukluk çağı travmaları öyküsü, depresyon düzeyi, infertiliteye bağlı stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları gibi faktörlerin yılmazlıkla ilişkileri araştırılmıştır. Amaç infertil kadınlarda yılmazlığı yordayan değişkenleri belirlemektir. Elde edilen bulgular kontrol grubu olan fertil kadınların sonuçlarıyla literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

İnfertil kadınların düşük yılmazlığa sahip olduğunu belirten (Sexton 2010) çalışmaların aksine çalışmamızdaki iki grubun da yılmazlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki infertil kadınların yılmazlıklarının yüksek çıkması, çoğunluğunun sorununu çevresiyle paylaşması, eşlerinden olumsuz tepki alanların az, eşinin ailesinden destek ve tedaviye teşvik edici yaklaşımlar alanların çoğunlukta oluşunun kadınları tedavide tutan ve tedaviyi sürdürebilmelerini sağlayıcı etkiler yarattığı düşünülmüştür. Literatürde “psikolojik yük” nedeniyle tedaviyi yarım bıraktığını bildiren çiftler araştırma konusu olmuştur. Çevrelerinden damgalayıcı, dışlayıcı, olumsuz tutumlarla yani sosyal baskıyla yoğun olarak karşılaşan kadınların baş etme mekanizmalarını zorlayarak onları tedaviyi bırakmaya kadar götürebilecek psikolojik yüke katkıda bulunmuş olabilir. Bu sonuçların gelecekte derinlemesine yapılacak nicel ve nitel çalışmalara zemin oluşturması beklenmektedir. Bu çalışmada tedavide olan infertil kadınların incelenmesi nedeniyle sonuçların genellenebilirliği tedavi sürecindeki infertil kadınlarla sınırlıdır. Tedavi alan ve almayan infertil kadınların yılmazlıklarını inceleneceği, kadınların tedaviyi sürdürmelerine kaynaklık eden koruyucu faktörlerin ve tedaviyi yarım bırakmalarına etkide bulunan risk faktörlerinin tanımlanacağı araştırmalar yapılabilir.

Çalışmamızda hem fertil hem de infertil kadınların çocukluk çağı travmalarının yılmazlıkla anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı ancak literatürden (Zoroğlu ve ark. 2001) daha yüksek oranlarda çocukluk çağı travması öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç kadınlarla yapılan ilk değerlendirmede travma öyküsünün alınmasını önemli kılmaktadır. Araştırmayı uygularken çocukluk çağı travmalarına yönelik ölçek aşamasında cinsel istismarla ilgili soruları cevaplamakta tereddütte kalan ve güven duymaya ihtiyacı olan kadınlarla karşılaşmıştır. Bu nedenle tanı ve tedavi aşamasında sağlık profesyonelleri tarafından sağlanacak danışmanlıkta güven verici terapötik bir ilişkinin kurulmasıyla

travma geçmişinin değerlendirilmesi ve ihtiyaç halinde profesyonel destek için yönlendirme yapma açısından önem taşımaktadır.

Çalışmada infertil kadınların infertiliteyle ilişkili global stres ile yılmazlık arasında literatürün aksine bir ilişkinin olmadığı, literatür (Karaca ve Ünsal 2015, Eren 2008, Peterson 2003, Keskin 2007, Podolska ve Bidzan 2011) bulgularıyla tutarlı olarak ortalama değerlerin üzerinde infertiliteyle ilişkili strese sahip oldukları sonucu elde edilmiştir. Yaşı genç, ilk evlilik yaşı düşük, çalışmayan, geniş ailede yaşayan infertil kadınların stres düzeyi yüksektir. Kadınların eğitim düzeyi, yaş aralığı veya gelir durumu farketmeksizin “ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu”nda en yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda infertil kadınlar stresle baş etmede hem etkisiz (boyun eğici yaklaşımı) hem de etkili (sosyal destek arama) yöntemler kullanmışlardır. Kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve çaresiz yöntem kullanmanın kadınların yılmazlıklarının arttırdığı, kendine güvenli yaklaşım ile çocuk olmadan geçen sürenin yılmazlığı yordayan değişkenler oldukları belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada değişkenler aralarında ilişkileri belirlenen değişkenlerle ilgili nedensellik çalışmalarına zemin hazırlaması açısından önemlidir.

Literatürde infertil kadınlarda depresyon oranlarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu sonucu birçok çalışma (Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Özkan ve Baysal 2006, Upkong ve Orji 2006, Domar ve diğ. 1992) tarafından tespit edilmiş olup bu sonuç çalışma bulgularımızla da pekiştirilmiştir. Yaygınlığı farklı çalışmalarla kanıtlanan bu durum kadınlar için sadece bir arzuya ulaşamama olarak tanımlanabilecek bir durum olmayıp bireyin yaşam amacını kaybetme başta olmak üzere çeşitli kayıplar duygusunu yaşatabilen ciddi bir kriz olmaktadır. Domar’ın (1992) çalışmasında kadınların en yüksek depresyon düzeyine infertilitelilerinin 3. yılında ulaşıldığı belirtilmiştir. Çalışmamızdaki kadınların infertilite süresinin ortalamasının 2.95 olması ve yaklaşık yarısında farklı düzeylerde depresyon görülmesi çalışmamızdaki kadınların literatüre göre ruhsal bozukluklar açısından risk altında olduğunu ve profesyonel destek ihtiyacını göstermektedir. Ancak şu an psikolojik destek aldığını ifade eden 3, psikiyatrik ilaç kullanan ise 1 kişiydi. Bu nedenlerle infertilite sürecinde farklı stres durumlarıyla karşılaşan çiftlere özellikle de çalışmamızda stres düzeyinin olduğu kadınlara psikolojik desteğin sağlanması elzemdir.

Kadınların yılmazlığını arttıran koruyucu faktörlerin geliştirilmesi, güçlendirilmesi ve yılmazlık için risk faktörü oluşturan unsurları azaltma veya ortadan kaldırma yoluna gidilebilir. Böylece infertiliteyi deneyimleyen ve umutla giriştikleri zorlu tedavi sürecinde ilk değerlendirmelerin yapıldığı andan başlanarak tedavinin her aşamasında başta uygulamalara en çok maruz kalan kadınlara ve çiftlere sağlanacak danışmanlık hizmetleri ve psikolojik destek uygulamalarının sağlanması önerilmektedir. Bu desteğin bireyleri sadece depresyondan korumakla kalmayıp bu süreçte evliliklerinde, sosyal veya kültürel yaşantılarında infertiliteyle ilişkili yaşanan stres düzeyini minimize etmek ve yaşam kalitelerini arttırmak hedeflenebilir. Tedavi başarısını da olumlu etkilediği farklı araştırmalarca kanıtlanmış olan stres yönetimi, stresle baş etme yöntemleri gibi bilişsel davranışçı yaklaşımların psikolojik destek sunacak psikologlara, tedavi uygulayıcıları olan hemşirelere, kısacası tedavinin her aşamasında hastalara eşlik eden tüm sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akbağ M, Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2000.
- Akça H, Ela M. Türkiye’de Eğitim, Doğurganlık ve İşsizlik İlişkisinin Analizi. *Maliye Dergisi*, Temmuz-Aralık 2012; Sayı 163.
- Aktürk F.S. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Algül Ö. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Allison J. Conceiving silence: Infertility as discursive contradiction in Ireland. *Med Anthropol Q*, 2011; 25: 1-21.
- Alpay EH, Aydın A, Bellur Z. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2017; 20: 218-226.
- Altıntop İ, Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018; 11(55): 1-14.
- Amanak K, Karaöz B ve Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; Vol. 13 Issue 4, p.345-350. 6p, (doi:10.5455/pmb.1-1368624240).
- Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West Afr J Med*. 2003; 22(2): 190-196.
- Arslan G. Ergenlerde psikolojik sağlamlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015; 5 (44): 73-82.
- Atherton F, Howel D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. *J Public Health Med*. 1995; 17: 157-160, (doi:10.1093/oxfordjournals.pubmed.a04).
- Ayaz S, Efe SY. Traditional practices used by infertile women in Turkey. *Int Nurs Rev: International Council of Nurses*, 2010: 383-7, (doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00797.x.)
- Aydın E. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
- Aydın S, Kızılkaya-Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013; 10: 8-13.
- Barnett RC, Baruch GK. Women’s involvement in multiple roles and psychological stress. *J Pers Soc Psychol*. 1985; 49: 135–145.
- Barnett RC, Hyde JS. Women, men, work, and family. *Am Psychol*. 2001; 56: 781–796.
- Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 22.
- Bayer ST, Alper MM, Penzias AS. Boston IVF İnfertilite El Kitabı (2.baskı). Çev. Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2008.

Bayraklı H. Zihinsel engelli ve engelli olmayan çocuğa sahip annelerde yılmazlığa etki eden değişkenlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2010.

Bayram GO. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

Beardslee WR, Podorefsky MA. Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Selfunderstanding and Relationships. *Am J Psychiatry*, 1998; 145: 63-69.

Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D ve Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1992, Volume 16, Issue 1, 101–118.

Bektaş M, Özben Ş. Evli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016, 14(1), (doi:10.18026/cbusos.16929).

Benli S. İnfertil Kadınlarda Depresyon Ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya, 2010.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L ve diğ. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 1994; 151(8):1132-1136.

Beşer MU. İnanç ve Kültür Turizmi Noktasında Bir Örnek: “Mardin Sultan Şeyhmus Türbesi”, syf: 1028-1038, 18.Ulusal Turizm Kongresi Bildiriler Kitabı; 18-22 Ekim 2017, Mardin.

Bildirici F. “Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki”, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

Block JH, Block J. The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. Collins WA (Ed) *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: Minnesota Symposia on Child Psychology*, 1980; 13: 39-101.

Cankur S, Kırımsoy E, Şekercioğlu G ve diğ. Çocukların ev içinde yaşadıkları şiddet araştırması. İstanbul: Genç Hayat Yayınları; 2012.

Chandra A, Martinez GM, Mosher WD ve diğ. Fertility, family planning and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth, National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 2005; 23(25).

Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R. Alexythymia in male infertility. *Hum Reprod* 2001; 16: 587-592.

Çağlar M, Saraoğlu M. Kadın İnfertilitesine Yaklaşım. Fenksi İV (Ed) *Üreme Sağlığı ve Üremeye Yardımcı Tedaviler*. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.

Çağlayan N, Beji NK. Pelvik İnflamatuvar Hastalık ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2013; 29(3): 154-159, (doi:10.5222/otd.2013.154).

Çolgar U (Ed) *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite*, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006.

Çuhadar D, Tanrıverdi D, Pehlivan M ve diğ. Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives, *Eur J Cancer Care*, 2014; 1-10.

Dağ H. Neuman Sistemler Modeli'ne Göre İnfertil Kadınların Yaşadığı Stresörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2014.

De Klerk C, Heijnen EMEW, Macklon NS ve diğ. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Human Reproduction*, 2005; 21(3): 721-727, (doi:10.1093/humrep/dei395).

Denson V. Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract.* 2006; 1: 380-386.

Dilek N. Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi, 2009.

Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1993; 14 Suppl. 45:52.

Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC ve diğ. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril.* 1992 Dec; 58(6): 1158-63.

Domar AD. Akıl/Beden Bağlantısı. Çev.(Ed) Işık AZ, Vicdan K. *Boston IVF İnfertilite El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008; 177-185.

Donkor ES, Sandal J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 2007; 65: 1683-1694, (doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.003).

Duckworth AL, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1(1): 629-651, (doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144).

Durmuşoğlu N, Doğru SSY. Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006; (15): 237-246.

Eliot S. The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can j Hum Sex*, 1998; 7: 295-303.

Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Uzmanlık tezi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.

Ergan NG. Türk Atasözleri ve Deyimlerinde Aile ve Akrabalık Anlayışı. 2006, Çukurova Üniversitesi Türkojji-Makale Bilgi Sistemi. Erişim: 14 Şubat 2019, <http://turkojji.cu.edu.tr/YENI%20TURK%20DILI/14.php>

Eşrefoğlu M. Embriyoloji. İstanbul Tıp Kitabevleri, 2017.

Farzadi L, Mohammadi-Fosseini F, Seyyed-Fatemi N ve diğ. Assessment of stressors and coping strategies of infertile women. *Journal of Medical Sciences*, 2007; 7(4): 603-608.

Fenki İV (Ed) Üreme ile ilgili tanımlar, ölçütler, infertilite, etiyojji ve prevelansı. Fenki İV. *Üreme Sağlığı ve Üremeye Yardımcı Tedaviler*. İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.

Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 294-300.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Shetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes, *J Pers Soc Psychol.* 1986; 50: 992-1003.

Freeman EW, Boxer AS, Rickels K ve diğ. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer, *Fertil and Steril*, 1985; 43: 48.

Gamzeli A, Kahraman S. Yetişkinlerde çocukluk çağı ruhsal travmaları belirtilerinin psikolojik sağlamlığa etkisi. III. Uluslararası Al-Farabi Sosyal Bilimler Kongresi, 9-11 Kasım 2018, Ankara.

Gill SK, Broussard C, Devine O ve diğ. Association between maternal age and birth defects of unknown etiology-United States, 1997-2007. Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology, 2012; 94(12), 1010-1018, (doi:10.1002/bdra.23049).

Gizir CA. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2007; 3(28): 113-128.

Gökmen B. “Özel eğitim okulu yöneticilerinin psikolojik dayanıklılık ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (İstanbul örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D (Ed) Adverse Childhood Experiences Survey Among University Students in Turkey Study, 2013.

Güloğlu B, Kararımk Ö. Üniversite öğrencilerinde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık. *Ege Eğitim Dergisi*, 2010; 11(2): 73-88.

Gülseren L, Çetinay P, Tokatlıoğlu B ve diğ. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*. 2006; 51: 421-426.

Gürđan U. Yılmazlık Ölçeği (YÖ):ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2006, 2(39): 45-74.

Güz H, Özkan A, Sarısoy G ve diğ. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2003; 24: 4, 267-271, (doi: 10.3109/01674820309074691).

Haase JE. The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Am J Pediatr Oncol*, 2004; 21: 289-299, (doi:10.1177/1043454204267922).

Hammarberg K. Women’s experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 2001; 16(2): 374-383, (doi:10.1093/humrep/16.2.374).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). Turkish Fertility Survey: 1978. Vol.1 and Vol 2. Hacettepe University, Ankara, 1980.

Hassold T, Chen N, Funkhouser J ve diğ. A cytogenetic study of 1000 spontaneous abortions. *Ann. Hum. Genet.* Londra, 1980; 44(2): 151-78.

Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools: Making it happen for students and educators [online]. Thousand Oaks, California: Corwin Press (1996) https://books.google.com/books/about/resiliency_in_schools.html?isbn=0761946705 (Erişim: 22 Mart 2019).

Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N ve diğ. What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 2011; 56(5): 258-265.

Herrmann D, Scherg H, Verres R ve diğ. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J. Assist. Reprod. Genet.* 2011, 28(11): 1111-17, (doi:10.1007/s10815-011-9637-2).

Hisli N. Beck Depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7(23): 3-13.

Hjemdal O, Vogel P.A, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2011; 18: 314-321.

Jacelon CS. The trait and process of resilience. *J Adv Nurs*. 1997; 25: 123-129.

Jisha PR, Thomas I. Quality of Life and Infertility: Influence of Gender, Years of Marital Life, Resilience, and Anxiety. *Psychol Stud*. 2016; 61(3): 159-169, doi: 10.1007/s12646-016-0358-6.

Kağıtçıbaşı Ç, Türkiye’de Aile Kültürü, *Çağdaş Kültürümüz: Olgular-Sorunlar*, Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği Yayınları 2, İstanbul, 1991; 49-57.

Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 2001; 11: 481-485.

- Kaner S, Bayraklı H. Aile Yılmazlık Ölçeği: geliştirilmesi, geçerliği ve güvenilirliği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2010; 11(2): 47-62.
- Karaca A, Ünsal G. İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stresi Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015; 12(2): 126-132.
- Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *J Psychiatr Nurs /Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2012; 3(2): 80-85, (doi: 10.5505/phd.2012.02486).
- Kararımak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2006; 3(26): 129-142.
- Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2002; 41(4): 229-232.
- Kavlak O. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999: 2- 5.
- Kendirci A. İnfertilitenin Çiftler Üzerinde Yarattığı Stresin Çözümünde Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımları. 4. *Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi*. Antalya, 2010; 191.
- Keşkin G. İnfertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun in-vitro fertilizasyon- embriyo transferi (IVF-ET) sonuçlarına etkisi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. 2007.
- Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5: 162-78.
- Kızılkaya N. İnfertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin psiko-sosyal değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1987.
- King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med*, 2003; 56: 739-751.
- Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S ve diğ. Infertility, mental disorders and well-being: a nation wide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89: 677-682.
- Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L ve diğ. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and sterility* 2001; 76(4): 675-87.
- Koçyiğit OT. İnfertilite ve sosyokültürel etkileri. *İnsanbil Dergisi*, 2012; 1(1):27- 38.
- Kuhnert B. Reproductive functions of the ageing male. *Human Reproduction Update*, 2004; 10(4), 327-339, (doi:10.1093/humupd/dmh030).
- Lalos A, Lalos O, Jacobsson L ve diğ. Psychological reactions to the medical investigations and surgical treatment of infertility. *Gynecol. Obstet. Invest.*,1985; 20: 209-217.
- Layne LL. Fertility, gender and health: contributions toward a comparative anthropology of reproduction. *Reviews in Anthropology*, 1999; 28: 33-52.
- Leke RJI, Oduma JA, Bassol-Mayagoitia S ve diğ. Regional and geographical variations in infertility: effects of environmental, cultural and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives. Supplements*, 1993; 101(2): 73-80.
- Leonard L. Looking for children: the search for fertility among the Sara of southern Chad. *Medical Anthropology*, 2002; 21: 79-112.
- Lewis V. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Çev. H. Rıfat Gürsoy, Lale Delilbaşı Veri Medikal Yayıncılık, 2009.

- Li Y, Zhang X, Shi M ve diğ. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019; 17(38), (doi: 10.1186/s12955-019-1099-8).
- Mak WWS, Ng ISW, Wong CCY. Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *J Couns Psychol*. 2011; 58(4): 610-617, (doi:10.1037/a0025195).
- Masten AS, Coastworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *Am Psychol*. 1998; 53(2): 205-220.
- Masten AS, Morison P, Pellegrini D ve diğ. Competence under stress: risk and protective factors. In Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH ve Weintraub S (Ed) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press, 1990; 236-256, (doi:10.1017/cbo9780511752872.015).
- McGowan J. Review of Cradles of eminence. *Am J Orthopsychiatry*, 1964; 34(4): 784-785, (doi:10.1037/h0097536).
- Menken J, Trussel J, Larsen U. Age and Infertility. *Science*. New Series, 1986; 233(4771): 1389-1394.
- Miles LM, Keitel M, Jackson M ve diğ. Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27: 238-257, (doi:10.1080/02646830802350880).
- Min J, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorder. *Qual Life Res*. 2013; 22: 231-241.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz ES ve diğ. Impact of infertility on quality of life. *Marital Adjustment and Sexual Function*. *Urology*, 2004; 63: 126- 30.
- Mosalanejad L, Abdolahifard K, Jahromi MG. Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Acupunct Med*. 2013;31(2):151-6.
- Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril* 1991; 56: 192-193.
- Nachtigall RD, Becker G, Wozny M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's *response to infertility*. *Fertil Steril*, 1992; 57(1): 113-21, (doi:10.1016/S0015-0282(16)54786-4).
- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility related stress. *Fertil Steril*, 1999; 72: 54-62.
- Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri, Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, 2004.
- Olivius K, Friden B, Lundin K ve diğ. Cumulative probability of live birth after three in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles. *Fertility and Sterility*, 2002; 77(3): 505-510, (doi:10.1016/s0015-0282(01)03217-4).
- Oltuluoğlu H, Günay U, Aylaz R. İnfertil Çiftlerin Duygu Durumları: Niteliksel Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 23: 92-8.
- Oral Seyhan M. *Travmatik yaşam olayları ve cinsel işlevler: Öz-duyarlık ve çift uyumunun rolü* Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı 2016.
- Özcan B, Artar M. Boşanmış aile çocuklarının yılmazlık özellikleri ve koruyucu faktörlerinin incelenmesi. *Turkish Studies International Academic Journals*, 2017; 12(14): 295-316, (doi:10.7827/TurkishStudies.11779).

- Öz F, Bahadır-Yılmaz E. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009; 82–89.
- Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8: 140-148
- Özkan HA (Ed) Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. Baskı). Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2019.
- Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynaecol* 2006; 33: 44-46.
- Persaud RN, Lam RW. Manic reaction after induction of ovulation with gonadotropins. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 447-448.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples *Family Process*, 2003; 42(1): 12- 59.
- Podolska MZ, Bidzan M. Infertility as a psychological problem. *Ginekol Pol* 2011; 82: 44-9.
- Qui RZ. Sociocultural dimensions of infertility and assisted reproductions in the Far East. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" WHO Headquarters. Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001; 75-80.
- Ramezanzadeh F, Aghssa M, Abedinia N ve diğ. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*, 2004; 4: 9, (doi:10.1186/1472-6874-4-9).
- Resilience, Erişim: 15 Mayıs 2019, <https://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/resilience>
- Richardson GE, Neiger BL, Jensen S ve diğ. The resiliency model. *Health Education*, 1990; 21(6); 33–39, (doi:10.1080/00970050.1990.10614589).
- Rizk B, Garcia-Velasco J, Sallam H ve diğ. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Cambridge University Press, 2008. Çev. Timur Gürkan, Güneş Tıp Kitapevi, 2012.
- Rolland M, Le Moal J, Wagner V ve diğ. Decline in semen concentration and morphology in a sample of 26 609 men close to general population between 1989 and 2005 in France. *Human Reproduction*, 2012; 28(2), 462–470, (doi:10.1093/humrep/des415).
- Rutter M. İmplications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, USA: Blackwell Publishing, 2006; 1-12, (doi: 10.1196/annals.1376.002).
- Seban D, Perdeci B. Alt sosyoekonomik düzey bir ailede yetişen çocukların akademik başarıları ile yılmazlıkları arasındaki ilişki: Bir vaka incelemesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi - Journal of Qualitative Research in Education*, 2016; 4(3): 106-126, (doi:10.14689/issn.2148-2624.1.4c3s6m).
- Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT ve diğ. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Archives of Women's Mental Health*, 2010; 13(4), 347–358. doi:10.1007/s00737-009-0142-x.
- Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6: 165-84.
- Shipman K, Zeman J, Penza S, & Champion K. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Dev. Psychopathol* 2000; 12: 47-62.
- Soylu Y. Boşanmış kadınlarda psikolojik sağlamlığı açıklamaya yönelik bir model geliştirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2018; 8(49): 81-100.
- Stewart D, Robinson GE, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1196-1199.

Şahin M, Yetim A, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2012; 5(8): 373-380.

Şahin N, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10: 56-73.

Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32(4):1054-63, (doi:10.5336/medsci.2011-26947).

T.C. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, *Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.

Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004, 35: 82-86.
Tarlatis I, Tarlatis BC, Diakogiannis I ve diğ. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Hum Reprod*. 1993; 8: 396-401.

Tarlatis I, Tarlatis BC, Diakogiannis I ve diğ. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Hum Reprod*. 1993; 8: 396-401.

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O ve diğ. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008; 5 (2) 105-10.

Taşkın Mİ, Usta A, Cüce C ve diğ. İnfertil Kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler, *Eur J Health Sci* 2016; 2(3): 79-84, (doi: 10.5505/eurjhs.2016.63634).

Tencer HL. Verbal And Emotional Abuse As Predictors Of Change in Close Friendship in Early Adolescence, *Society For Research In Adolescence*, 2002; 4: 771-779.

Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008; 35: 297-306.

Teskereci G. İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2010.

TPD (Türkiye Psikiyatri Derneği) Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması Bilgilendirme Dosyası. http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057-CocukCinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf (Erişim: 26 Nisan 2019)

Türkçapar F, Vardereleli K, Türkçapar MH. İnfertilite ve Psikolojik Boyutları. MN Çiçek (ed). *Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite*. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008; 339-344.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Doğum İstatistikleri, 2001. Erişim: 26 Nisan 2019, <https://www.memurlar.net/haber/151058/iste-turkiye-nin-dogum-istatistikleri.html>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni, Doğum İstatistikleri, 2017. Erişim: 26 Nisan 2019, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588>

Türkiye İstatistik Kurumu. Hane Halkı İşgücü İstatistikleri Şubat 2014, Erişim: 26 Nisan 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16007>

Türkiye İşçi Hakları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) Haber Bülteni. Erişim: 26 Nisan 2019, <http://www.turkis.org.tr/MART-2017-ACLİK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d1446>

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara, 2009.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.

Uğur AS. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. İstanbul, 2014.

Upkong D, Orji E, Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(4): 259- 65.

Ülker-Tümlü G ve Receptoğlu E. “Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki”, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2013; 3: 205-213, (doi: 10.5961/jhes.2013.078).

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306-10.htm> (Erişim:21 Nisan 2019)

Verhaak CM, Smeenk JM, Nahuis MJ ve diğ. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007; 22: 305-308, (doi:10.1093/humrep/del355).

Vyas R, Adwanikar G, Hathi L ve diğ. Psychotherapeutic intervention with hypnosis in 554 couples with reproductive failure. *J Indian Med Assoc* 2013; 111(3): 167-73.

Wang JL, Zhang DJ. Resilience theory and its implications for chinese adolescents. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 2015, 117(2): 354-375.

Werner EE, Smith RS Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood [online]. Ithaca, NY: Cornell University Press (1992) [https://books.google.com.tr/books?isbn=0801480183_\(Erişim: 21 Nisan, 2019\)](https://books.google.com.tr/books?isbn=0801480183_(Erişim: 21 Nisan, 2019)).

Werner EE. Journeys From Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. *Pediatrics*, 2004;114;492, (doi: 10.1542/peds.114.2.492).

Werner EE. Resilience end Recovery: Finding from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 2005; 19(1): 11-14.

Werner EE. Resilience in development. *Current directions in psychological science*. 1995; 4(3): 81-84.

Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 1993; 5(4): 503-515.

Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*, 1995; 40(1): 27-36, (doi:10.1016/0277-9536(94)00124-c).

WHO Current Practices and Controversies in Assisted Production. Geneva, 2002.

WHO. İnfertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. Geneva: WHO, Programme on Maternal and Child Health and Family Planning, Division of Family Health, 1991.

WHO. World Report On Disability, 2011, (Erişim: 01 Mart 2019) http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. *The New England Journal of Medicine*, 1995; 23: 1517-1521.

Yildizhan R, Adali E, Kulusari A ve diğ. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 104: 110-2, (doi:10.1016/j.ijgo.2008.10.007).

Yöndem ZD, Bahtiyar M. Ergenlerde psikolojik dayanıklılık ve stresle baş etme. *Int. J. Soc. Sci.* 2016; 45: 53-62,

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal-Kora M ve Alyanak B. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(2): 69-78.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Aynur AYHAN

Doğum yeri ve tarihi: Mardin, 22.02.1989

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekar

Çalıştığı Kurum: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

İletişim Adresi: Turgutreis mah. Karaosmanoğlu cad. 424. Sok. No:18 Daire:2
Esenler/İSTANBUL

Telefon: 05395242551

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

Lise: Nusaybin (Y.D.A.) Lisesi (Mardin) (2003-2007)

Lisans: İstanbul Üniveritesi Psikoloji Bölümü (2007-2011)

Yüksek Lisans: Kocaeli Üniversitesi Ruhsal Rehabilitasyon (2016-)

Yabancı Dili: İngilizce

3. Unvanları

Psikolog

4. Mesleki Deneyimi

Bağlar Belediyesi Kardelen Kadın Danışma Evi (2011-2012)

Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü (2014-2017)

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (2017-)

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Ruhsal Rehabilitasyon Uzmanları Derneği

İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Mezopotamya Psikologları Derneği

6. Bilimsel Etkinlikler

Verdiği konferans ya da seminerler: Kadına Yönelik Şiddet, İletişim Becerileri, Ergenlikte Yeme Bozuklukları, Unutkanlık/Alzheimer/Bunama, Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi

Atölye ve Grup Çalışmaları: Obeziteli kadınlarda düşünce ve davranış değişikliği grup çalışması - Şiddet gören kadınlarda grup çalışması - Alkollüyken araç kullanan sürücülere yönelik odak grup çalışması.

Sözlü Bildiri: Koçoğlu Alım N, Yüksel S, Ayhan A ve diğ. 2006-2013 yılları arasında Kocaeli’de SÜDGE’yi Tamamlayan Sürücülerin Tekrar Alkollü Araç Kullanma Durumları, 6. Karayolu Trafik Güvenliği Sempozyumu ve Sergisi Sunulan Bildiriler El Kitabı (1. Basım), 2. Cilt, 2016.

Poster Bildiri: Koçoğlu Alım N, Yüksel S, Ayhan A ve diğ. 2011-2014 Kocaeli’de Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Alan Sürücülerin Tanımlayıcı Özellikleri, 18. Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 2015.

Makale: Yıldız M, İpçi K, İncedere A ve diğ. Toplumsal İşlevselliğin Toplum Temelli Araştırması: Kocaeli’de Bir Ön Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;3(3):1-5.

EKLER

(EK-1)

Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ			
	Telefon	0262 303 74 50			
	Faks	0262 303 74 63			
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr			

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınlarda Yılmazlığın Yordayıcıları			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/320			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Aslıhan Polat			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.Yardımla Üreme Teknikleri Merkezi (Tüp Bebek) ve kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	Çok Merkezli	Ulusal	Uluslararası
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	21.09.2016/KOGOEK01.1	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2016 / 217	Proje No: 2016/320	Tarih: 21/12/ 2016
	Doç. Dr. Aslıhan Polat sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	KATILIMADI
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	KATILIMADI

* Gerekçe ve öneriler: İlgili raporların alınması ve tamamlayıcı olarak eklenmesi onaylanmıştır.
 Karar: Ekli ile onaylanmıştır. 26.12.2016.

(EK-2)

İnfertilite Grubu Aydınlatılmış Onam Formu



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ÇALIŞMA GRUBU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

- Çalışmanın adı:** Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınların Yılmazlık Düzeylerinin Yordayıcıları
- Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları**
 - Sorumlu Araştırmacı:** Aslıhan POLAT
Uzmanlık alanı: Doç. Dr.
Kurumu: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD
E-posta adresi: aslihanp@yahoo.com
Telefon numarası: 0262 303 82 19; 0542 342 55 99
 - Yardımcı Araştırmacı:** Aynur AYHAN
Uzmanlık alanı: Yok
Kurumu: Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan ve Kronik Hastalıklar Şubesi
E-posta adresi: cawacibu47@gmail.com
Telefon numarası: 0262 321 00 90; 0539 524 25 51

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu araştırmanın amacı; Doğal yolla çocuk sahibi olan ve doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınların yılmazlık düzeylerini belirleyen yordayıcıların değerlendirmesini yapmak için planlanmıştır.

4. Neden ben seçildim?

Kocaeli'de ikamet ediyorsanız,
Kadın olmanız,
18-45 yaş arasında olmanız,
Okuma-yazmanızın olması,
Doğal yolla çocuk sahip olamamanız,
Tedavide olmanız,
Herhangi bir zihinsel rahatsızlığa sahip olmamanız
Gerçeği değerlendirme yetisini bozan herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmamanız nedeniyle sizi seçtik.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllüdür. Katılmayı reddetmeniz durumunda herhangi bir ceza ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırma kapsamına giren soru formlarını ve ölçekleri yaklaşık 30 dk. boyunca cevaplamanızı bekleyeceğiz.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınların yılmazlıklarını belirleyen/yordayan etkenlerin açığa

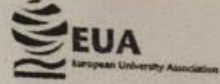
Beige Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Form 5	27.04.2016/KOGEK01.	1/3
	2	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



çıkılmasıyla tedavi sürecinde ve sonrasında hem bireylere hem de ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda profesyonellere faydalarının olacağı umulmaktadır.

9. Araştırma masrafları:

Katılımcı gönüllüye araştırma amaçlı uygulanacak hiçbir şey için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Araştırma bütçesi araştırmayı yürüten araştırmacılar tarafından karşılanacak.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Eğitim sırasında veya sonrasında herhangi bir sorun ile karşılaşırsanız; sorumlu araştırmacıya ve sizinle görüşme yapan psikoloğa istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Telefon numaraları her katılımcıya verilecektir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Gizlilik: Araştırma süresince elde edilen tüm bilgileriniz ve kişisel detaylarınız gizli kalacaktır. Görüşmeleri araştırmayı yürüten psikolog tarafından yapılacaktır.

Bilgilere giriş: Sizden toplanan veriler sizinle görüşmeyi yapan psikolog tarafından değerlendirilecek olup kimsenin bu bilgilere ulaşması mümkün değildir.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonunda çalışmamız uluslararası veya ulusal yayın organlarında yayınlanacaktır. İsteyen katılımcılar çalışmacılardan birebir bilgi alabilecektir. Yapılan yayının bir örneği sizinle paylaşılabilir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Sonuçlar bilimsel verilerin paylaşıldığı uluslararası birimlerde katılan gönüllülerin kimlikleri açıklanmadan, toplu veriler halinde yayınlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Sorumlu Araştırmacı: Aslıhan POLAT

Uzmanlık alanı: Doç. Dr.

Kurumu: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD

E-posta adresi: aslihanp@yahoo.com

Telefon numarası: 0262 303 82 19; 0542 342 55 99

15. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederiz

16. İAEK onayı:

İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilmeli ve antetli kağıda karar numarası ile basılmalıdır.


17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01. 2
		2/3



(EK-3)

Fertil Grubu Aydınlatılmış Onam Formu



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KONTROL GRUBU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

- 1. Çalışmanın adı:** Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınların Yılmazlık Düzeylerinin Yordayıcıları
- 2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları**
 - 1.Sorumlu Araştırmacı:** Aslıhan POLAT
Uzmanlık alanı: Doç. Dr.
Kurumu: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD.
E-posta adresi: aslihanp@yahoo.com
Telefon numarası: 0262 303 82 19; 0542 342 55 99
 - 2.Yardımcı Araştırmacı:** Aynur AYHAN
Uzmanlık alanı: Yok
Kurumu: Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan ve Kronik Hastalıklar Şubesi
E-posta adresi: cawacibu47@gmail.com
Telefon numarası: 0262 321 00 90; 0539 524 25 51
- 3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyac duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu araştırmanın amacı; Doğal yolla çocuk sahibi olan ve doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınların yılmazlık düzeylerini belirleyen yordayıcıların değerlendirmesini yapmak için planlanmıştır.
- 4. Neden ben seçildim?**

Kocaeli’de ikamet ediyorsanız,
Kadın olmanız,
18-45 yaş arasında olmanız,
Okuma-yazmanızın olması,
Doğal yolla en az bir çocuk sahip olmanız,
Şu an gebe olmamanız,
Herhangi bir zihinsel rahatsızlığa sahip olmamanız
Gerçeği değerlendirme yetisini bozan herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmamanız nedeniyle sizi seçtik.
- 5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılım gönüllüdür. Katılmayı reddetmeniz durumunda herhangi bir ceza ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.
- 6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Araştırma kapsamına giren soru formlarını ve ölçekleri yaklaşık 30 dk boyunca cevaplamanızı bekleyeceğiz.
- 7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?**

Araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır
- 8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?**

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki doğal yolla çocuk sahibi olamayan kadınların yılmazlıklarını belirleyen/yordayan etkenlerin açığa

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01. 2	1/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



çıkarmasıyla tedavi sürecinde ve sonrasında hem bireylere hem de ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda profesyonellere faydalarının olacağı umulmaktadır.

9. Araştırma masrafları:

Katılımcı gönüllüye araştırma amaçlı uygulanacak hiçbir şey için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Araştırma bütçesi araştırmayı yürüten araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Eğitim sırasında veya sonrasında herhangi bir sorun ile karşılaşırsanız; sorumlu araştırmacıya ve sizinle görüşme yapan psikoloğa istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Telefon numaraları her katılımcıya verilecektir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Gizlilik: Araştırma süresince elde edilen tüm bilgileriniz ve kişisel detaylarınız gizli kalacaktır. Görüşmeleri araştırmayı yürüten psikolog tarafından yapılacaktır.

Bilgilere giriş: Sizden toplanan veriler sizinle görüşmeyi yapan psikolog tarafından değerlendirilecek olup kimsenin bu bilgilere ulaşması mümkün değildir.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonunda çalışmamız uluslararası veya ulusal yayın organlarında yayınlanacaktır. İsteyen katılımcılar çalışmacılardan birebir bilgi alabilecektir. Yapılan yayının bir örneği sizinle paylaşılabilir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Sonuçlar bilimsel verilerin paylaşıldığı uluslararası birimlerde katılan gönüllülerin kimlikleri açıklanmadan, toplu veriler halinde yayınlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Sorumlu Araştırmacı: Aslıhan POLAT

Uzmanlık alanı: Doç. Dr.

Kurumu: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları ABD

E-posta adresi: aslihanp@yahoo.com

Telefon numarası: 0262 303 82 19; 0542 342 55 99

15. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederiz

16. İAEK onayı:

İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilmeli ve antetli kağıda karar numarası ile basılmalıdır.

17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;




Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Form 5	27.04.2016/KOGOEK01. 2	2/3

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu

(EK-4)

Onam Formu (D2)

	<p>T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ</p> <p>GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</p>	 European University Association		
ONAM FORMU (D²)				
Araştırmanın Adı: Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan ve Olamayan Kadınların Yılmazlık Düzeylerinin Yordayıcıları				
	Evet	Hayır		
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?				
Gönüllü	Araştırmacı			
İmza:	İmza:			
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:			
Tarih:	Tarih:			
KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu		Belge Kodu Form 5	Rev. Tarihi / No.su: 27.04.2016/KOGOEK01. 2	Sayfa 3/3

(EK-5)

Fertil Grubu Sosyo-Demografik Form

Yaşınız:.....

Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil ilkokul lise
okur-yazar ortaokul lisans ve üstü

Mesleğiniz:.....

Şu anda aktif çalıştığınız bir işiniz var mı? evet..... ... hayır

Eşinizin yaşı:.....

Eşinizin eğitim durumu:

okur-yazar değil ilkokul lise
okur-yazar ortaokul lisans ve üstü

Eşinizin mesleği:.....

Şu anda aktif çalıştığı bir iş var mı? evet..... . hayır

Ailenizin aylık geliri:.....

Sosyal güvenceniz:

Emekli Bağ-KUR SSK GSS Yeşilkart Özel sigorta
Diğer.....

Yaşadığınız yer: Köy Kasaba (belde) Kent

Bölgedeki durumunuz: Yerli (3 yıl) Yurtiçi göç Yurtdışı göç

Evi kimlerle paylaşıyorsunuz? geniş (kaynana,görümce vs.)

çekirdek

diğer.....

İlk evlilik yaşı:.....

Evlilik süreniz:.....

Evlilik biçiminiz: severek görücü usulü kaçarak diğer.....

Eşinizle akrabalığınız var mı? evet..... hayır

Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? evet..... hayır

Sigara kullanıyor musunuz? kullanıyorum kullanmıyorum bıraktım

Alkol kullanıyor musunuz? evet hayır

İlk menarş (adet) yaşıınız:.....

Adet düzensizliğiniz var mı? var yok

Toplam gebelik sayısı:.....

Daha önce psikolojik destek aldınız mı? evet hayır

Şu anda psikolojik destek alıyor musunuz? evet hayır

Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? evet hayır

(EK-6)

İnfertilite Grubu-Sosyo-Demografik Form

Yaşınız:.....

Eğitim durumunuz:

Okur-yazar değil ilkokul lise
okur-yazar ortaokul lisans ve üstü

Mesleğiniz:.....

Şu anda aktif çalıştığınız bir işiniz var mı? evet..... hayır

Eşinizin yaşı:.....

Eşinizin eğitim durumu:

okur-yazar değil ilkokul lise
okur-yazar ortaokul lisans ve üstü

Eşinizin mesleği:.....

Şu anda aktif çalıştığı bir iş var mı? evet..... hayır

Ailenizin aylık geliri:.....

Sosyal güvenceniz:

Emekli Bağ-KUR SSK GSS Yeşilkart Özel sigorta
Diğer.....

Yaşadığınız yer: Köy Kasaba(belde) Kent

Bölgedeki durumunuz: Yerli (3 yıl) Yurtiçigöç Yurtdışı göç

Evi kimlerle paylaşıyorsunuz? geniş çekirdek

İlk evlilik yaşı:.....

Evlilik süresiniz:.....

Evlilik biçiminiz: severek görücü usulü kaçarak
diğer.....

Eşinizle akrabalığınız var mı? evet..... hayır

Çocuk olmadan geçen süre:.....

Tedavi gördüğünüz süre:.....

Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? evet..... hayır

Sigara kullanıyor musunuz? kullanmıyorum bıraktım kullanıyorum

Alkol kullanıyor musunuz? evet hayır

İlk menarş (adet) yaşıınız:.....

Adet düzensizliğiniz var mı? var yok

İnfertilite nedeni: erkek kadın her ikisi açıklanamayan

İnfertilite tipi: 1. fertilite 2. fertilite

Düşük sayısı:

Kürtaj sayısı:.....

Toplam gebelik sayısı:.....

Tüp bebek tedavisinde kaçınıcı denemeniz:

Doğal yollarla çocuk sahibi olamayacağınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?

üzgün eksiklik/yarım aile korku çaresizlik

suçluluk çok kötü endişe normal

kontrol kaybı diğer.....

Tedavi için ilk başvurduğunuz yer:

hastane/kadın doğum uzmanı diplomalı ebe hoca/yatır

sağlık ocağı/aile hekimi ara ebe(yerli ebe) diğer.....

Çözüm için şu ana kadar başvurduğunuz yöntemler:

doktor/hastane türbe ziyaretleri hoca/yatır büyü yapma

muska yaptırma bitkisel ilaçlar ara ebe diğer.....

Aile ya da eşiniz tedavi dışında kuma getirme, boşanma girişimi vb. farklı çözüm arayışları oldu mu?

evet ise..... hayır

Eşinizin ailesinin davranışlarında değişiklik oldu mu?

hor görme

destek

tedaviye teşvik

suçlama

acıma

Eşinizin davranışlarında değişiklik oldu mu?

evet

hayır

Evet ise; sınırlı

soğuk

çok üzüyor

suçlayıcı

İnfertilite durumunuzu paylaştığınız kişiler:

kendi ailesiyle paylaşma

arkadaşlarıyla paylaşma

hiç kimseyle

eşinin ailesiyle paylaşma

herkesle paylaşma

Sosyal destek alıyor musunuz?

aile

eş

arkadaş

akraba

hiç kimse

Daha önce psikolojik destek aldınız mı?

evet

hayır

Şu anda psikolojik destek alıyor musunuz?

evet

hayır

Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

evet

hayır

(EK-7)

Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)

FERTİLİTE SORUNU ENVANTERİ

İsim: _____

Aşağıdaki ifadeler fertilite (kısırlık) sorunları ile ilgili farklı görüşleri/fikirleri dile getirmektedir. Lütfen, her ifadenin sol tarafındaki çizgiye, o ifadeye ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmek için bir numara yazınız. Eğer çocuğunuz varsa, yanıtlarınızı çocuk sahibi olduktan sonra, şu anda hissettiklerinize göre veriniz.

Lütfen, her maddeye özel dikkat gösteriniz. Aşağıdaki yanıt seçeneklerini kullanınız.

- 6 = Tamamen Katılıyorum
5 = Katılıyorum
4 = Kısmen Katılıyorum
3 = Pek Katılmıyorum
2 = Katılmıyorum
1 = Hiç Katılmıyorum

1. ___ Çocuğu olmayan çiftler, çocuğu olan çiftler kadar mutludur.
2. ___ Bir çiftin ilişkisinde en önemli iki olay; hamilelik (gebelik) ve doğumdur.
3. ___ Kısırlık (fertilite) sorunu nedeniyle, cinsel ilişkiden aldığım hazzı kaybettiğimi farkettim.
4. ___ Eşim için eskiden olduğu kadar çekici olduğumu hissediyorum.
5. ___ Bana göre ebeveyn olmak, tatmin edici bir mesleki kariyerdan daha önemli bir amaçtır.
6. ___ Evliliğimde çocuğa (başka bir çocuğa) ihtiyaç var.
7. ___ Kendimi, hemcinslerimden hiç farklı hissetmiyorum.
8. ___ İnsanın çocuğu olana kadar kendisini gerçek bir yetişkin gibi hissetmesi zor.
9. ___ Bana çocuklar hakkında soru sorulmasından rahatsızlık duymuyorum.
10. ___ Çocuksuz (başka bir çocuğumun olmadığı) bir gelecek beni korkutur.
11. ___ Eşimi üzmemek için, ona ne hissettiğimi belli edemiyorum/gösteremiyorum.
12. ___ Aile bireylerinin, bize her zamankinden farklı davrandığını düşünmedim/düşünmüyorum.

- 6 = Tamamen Katılıyorum
5 = Katılıyorum
4 = Kısmen Katılıyorum
3 = Pek Katılmıyorum
2 = Katılmıyorum
1 = Hiç Katılmıyorum

13. ___ Cinsellikte başarısız olduğumu hissediyorum.
14. ___ Tatiller benim için her zamankinden daha zor (geçiyor).
15. ___ Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmamasının bazı avantajlarını görebiliyorum.
16. ___ Eşim, kısırlık sorununun beni nasıl etkilediğini anlamıyor.
17. ___ Cinsel ilişki sırasında tek düşündüğüm, bir çocuk (ya da tekrar bir çocuk) sahibi olmak istediğim.
18. ___ Eşim ve ben, kısırlık sorunumuz ile ilgili konuları aşmak için *birlikte* çaba harcıyoruz.
19. ___ Kısırlık sorunumuz nedeniyle kendimi boşlukta (boş) hissediyorum.
20. ___ Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmadan da mutlu bir yaşam hayal edebiliyorum.
21. ___ Eşimin, sorunumuza farklı şekilde tepki vermesi beni endişelendiriyor.
22. ___ Cinsel ilişkiye girmek zor geliyor, çünkü tekrar bir hayal kırıklığı yaşamak istemiyorum.
23. ___ Çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmak, yaşamımın temel belirleyeni/önceliği değil.
24. ___ Eşim, benim hakkımda oldukça hayal kırıklığına uğramış durumda.
25. ___ Bazı zamanlar, gerçekten bir çocuk (başka bir çocuk) isteyip istemediğimi merak ediyorum.
26. ___ Eşim ve ben, kısırlık sorunumuz hakkında birbirimizle daha açık konuşabiliriz.
27. ___ Aile toplantıları benim için her zamankinden daha zor (geçiyor).

- 6 = Tamamen Katılıyorum
5 = Katılıyorum
4 = Kısmen Katılıyorum
3 = Pek Katılmıyorum
2 = Katılmıyorum
1 = Hiç Katılmıyorum

28. ___ Çocuğumun (başka bir çocuğumun) olmaması, başka tatmin edici / keyifli şeylerle ilgilenmek için bana zaman / olanak sağlar.
29. ___ Çoğu zaman, ebeveyn olmak için doğduğumu hissediyorum.
30. ___ Kendimi, çocukları olan arkadaşlarımla kıyaslamaktan alıkoyamıyorum.
31. ___ Benim mutlu olmam için çocuk (başka bir çocuk) sahibi olmam gerekli değil.
32. ___ Cinsel ilişkiye girmek için kritik (önemli) bir günü kaçırsak epey sinirlenebilirim.
33. ___ Bu sorun yüzünden eşimle ayrıldığımızı hiçbir zaman hayal bile edemem.
34. ___ Kendimi bildim bileli ebeveyn olmak istemişimdir.
35. ___ Çocukları olan arkadaşlarımla hala pek çok ortak noktamız var.
36. ___ Kısırlık sorunumuz hakkında konuşmayı her deneyişimizde, bu bana yine bir tartışmayla sonlanacakmış gibi geliyor.
37. ___ Bazen öyle çok baskı hissediyorum ki, cinsel ilişkiye girmek zorlaşabiliyor.
38. ___ Eşimle çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmasa da uzun ve mutlu bir ilişkimiz olabilir.
39. ___ Küçük çocuğu olan arkadaşlarımla zaman geçirmek bana zor geliyor.
40. ___ Çocuklu aileleri gördüğümde, kendimi dışlanmış hissediyorum.
41. ___ Çocuksuz olmanın, bana cazip gelen özgür bir tarafı var.
42. ___ Bir çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmak için hemen her şeyi yapacağım.

- 6 = Tamamen Katılıyorum
5 = Katılıyorum
4 = Kısmen Katılıyorum
3 = Pek Katılmıyorum
2 = Katılmıyorum
1 = Hiç Katılmıyorum

43. ___ Arkadaşlarımın ya da ailemin bizi arka planda tuttuğunu hissediyorum.
44. ___ Başkalarının, çocukları hakkında konuşması beni rahatsız etmiyor.
45. ___ Kısırlık nedeniyle eşimle birbirimizden uzaklaştığımızdan endişe ediyorum.
46. ___ Kısırlık sorunumuz ile ilgili konuştuğumuzda, eşim benim söylediklerimle rahatlıyor gibi görünüyor.

(EK-8)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin

		Sizi ne kadar tanımlıyor/Size ne kadar uygun				
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Hiç uygun değil	Uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen
1	Kimsenin bilmesini istemem.					
2	İyimser olmaya çalışırım.					
3	Bir mucize olmasını beklerim.					
4	Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.					
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.					
6	Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.					
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.					
8	Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.					
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.					
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.					
11	Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.					
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.					
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.					
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım.					
15	Problemin çözümü için adak adarım.					
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.					
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.					
18	Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.					
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.					
20	Problemi adım adım çözmeye çalışırım.					
21	Mücadeleden vazgeçerim.					
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.					
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.					
24	Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.					
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürdüm.					
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.					
27	Benim suçum ne diye düşünürüm.					
28	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.					
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.					
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.					

(EK-9)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırdı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, söküük ya da kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailemdelikiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

(EK-10)

Yılmazlık Ölçeği (YÖ)

ACIKLAMA: Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak her maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna (sizi ne derece tanımladığına) karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ifadeleri dikkate alarak yanındaki boşluklardan bir tanesine çarpı (X) işareti koyunuz. Örneğin ifadelerden bir tanesi size hiç uygun değilse “hiç tanımlamıyor”, size oldukça uygunsuzsa “çok iyi tanımlıyor” seçeneklerini işaretleyiniz. Lütfen bütün ifadeleri cevaplayınız.

	YILMAZLIK ÖLÇEĞİ	Tanımlama düzeyi				
		Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Orta düzeyde tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
	ÖLÇEKLE İLGİLİ İFADELER					
1	Genel olarak olaylara kötümser bakarım					
2	Güçlülükler karşısında yılmadan, sabırla mücadele ederim					
3	Kimsenin fark edemediği yaratıcı çözüm yollarını görebilirim					
4	Atılgan bir kişi değilim					
5	İyi liderlik yapamam					
6	Kararlarımın sonuçlarına baktığımda genellikle isabetli kararlar verdiğimi görürüm					
7	Çevremdeki olanak ve fırsatları kolay görüp değerlendiririm					
8	Başarı için olabildiğince yüksek ama ulaşılabılır hedeflerim var					
9	İnanmış olduğular için çaba göstermek zor geliyor					
10	Kendi yaşamım üstünde kontrol sahibi değilim					
11	Parlak bir geleceğe sahip olma duygusu ve umudu içindeyim					
12	Çevremdekiler üzerinde olumlu izlenimler bırakarak onların güvenini kazanırım					
13	Meraklıyım, sorular sorar, bilmediğim şeyleri öğrenmek için araştırırım					
14	Kendimi yaşama pek bağlı hissetmiyorum					
15	İçinde yer aldığım gruplarda etkin rol oynarım					
16	Zorluklar karşısında dayanaksızım					
17	Sokulgan (arkadaş canlısı, sıcakkanlı) değilim					
18	Başkalarının üstesinden gelemeyeceği olumsuz yaşam koşulları ile baş etmeyi bilirim					
19	Kendime her zaman güvenirim					
20	Sorumluluklar üstlenmek bana zor geliyor					
21	En zor şartlarda bile kendi kendimi iyileştirme yetisine sahibim					
22	Hedeflerime ulaşmak için kendimi güdüleyebilirim					
23	İnanmış şeyler için sonuna kadar mücadele ederim					

YILMAZLIK ÖLÇEĞİ		Tanımlama düzeyi				
ÖLÇEKLE İLGİLİ İFADELER		Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Orta düzeyde tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
24	Zor olan durumları bile lehime çevirmekte hünerliyim					
25	Çıkabilecek problemleri önceden kestirecek önlemlerimi alırım					
26	Sahip olduğum özellikleri değerli bulmuyorum					
27	Çatışmalarımı çözmekte sıkıntılar yaşıyorum					
28	Zor bir durumda kaldığımda genellikle o durumdan çıkış yolumu bulabilirim					
29	Çözüm yollarını hemen görerek uygulamaya koyarım					
30	Planlar yaptığım zaman, onları sonuna kadar götürürüm					
31	Genellikle gülecek bir şeyler bulabilirim					
32	Olaylar karşısında genellikle çaresiz kaldığımı hissediyorum					
33	Rahat ve kolay iletişim kuramam					
34	Kendi biricikliğimi içinde yaşadığım toplumla çatışmadan ortaya koyabilirim					
35	Yeni insanlarla tanışmak, yeni yaşantılar beni ürkütür					
36	Kendimle barışığım					
37	Genellikle bir duruma birçok yönden bakabilirim					
38	Yaşamımı anlamsız buluyorum					
39	Yapmak zorunda olduğum şeyler için yeterli enerjiyi bulamıyorum					
40	En zor durumlarda bile kendime inancımı kaybetmem					
41	Yaşamımda azimli bir insan olmayı beceremedim					
42	Kendimi güçlü hissetmiyorum					
43	Yaşamımda üstlendiğim rollerimden zevk almıyorum					
44	Anlatım ve ifadelerimle karşımdakileri ikna edemem					
45	Sözlü ve yazılı olarak kendimi ifade etmeyi başarıyorum					
46	Diğer insanlardan gelen sinyalleri iyi okurum					
47	Problemlerin kaynağını saptayamıyorum					
48	Dertlerimi unutabilmek için yaratıcılığımı kullanabilirim					
49	Neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar veremem					
50	İnanmışığım şeyler için tehlikeleri göze almak zor geliyor					

(EK-11)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğimi ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0.** Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dūřünmek zorlařıyor.
 3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.
- 21-0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilęimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilęiliyim.
 2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilęiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilęimi tamamen kaybettim.

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2019

Prof. Dr. Aslıhan Polat

