



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**İNERTİLİTEYLE BAŞETME BECERİSİ GELİŞTİRME
PROGRAMININ İNFERTİLİTE KAYNAKLI ALGILANAN
STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Necla AFYONKALE TALAY

Danışman

Prof. Dr. Kurtman ERSANLI

DOKTORATEZİ

Mart, 2018

TELİF HAKKI

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren(.....) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı : Necla

Soyadı : AFYONKALE TALAY

Bölümü : Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

İmza :

Teslim Tarihi :

TEZİN

Türkçe Adı : İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi

İngilizce Adı : The Effects of Coping with Infertility Development Skills Program on Perceived Infertility-Related Stress

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Yazar Adı Soyadı: Necla AFYONKALE TALAY

İmza:

KABUL VE ONAY

Necla AFYONKALE TALAY tarafından hazırlanan “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi **Eğitim Bilimleri** Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans /Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Başkan: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Bu tezin **Eğitim Bilimleri** Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans/ Doktora tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Tarihi: __/__/____

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürü

(İmza ve Mühür)

“Kızım Elvin Duru'ya...”



TEŞEKKÜRLER

Doktora programına başladığım ilk günden itibaren bilgisiyle ışık tutan, tez çalışmam sırasında gösterdiği ilgi, verdiği güven ve bilimsel desteği yanında, yol gösterici olan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Kurtman ERSANLI'ya teşekkürlerimi sunarım. Tezimin planlanmasından itibaren hem akademik alandaki deneyimlerini hem de önerilerini paylaşarak bana destek olan Sayın Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK ve Sayın Doç. Dr. Murat KURT başta olmak üzere, tez çalışma sürecinde önerileriyle destek sunan Sayın Prof. Dr. Melek KALKAN'a, doktora öğrenimi boyunca çalışmalarına katkı sağlayan değerli tüm bölüm hocalarıma ve dostane desteğini esirgmeden süreçle ilgili her sorumda bana rehberlik eden Dr. Meryem VURAL BATIK'a teşekkürü bir borç bilirim. Yıllar önce infertil bir birey olarak tanıştığım, tez çalışmam sürecinde ise örneklemine ulaşmam konusunda özel zaman ayıran ve her zaman destekleyici olan Sayın Prof. Dr. Yaşar Tayfun ALPER'e de şükranlarımı sunuyorum. Çalışma sürecinde gönüllü katılım gösteren infertil bireylere de teşekkür ediyorum. Bugünlere gelmemde emekleri büyük olan, maddi ve manevi desteklerini "Afyon Kalesi" gibi hep yanımda hissettiğim sevgili babama, anneme ve ablama; özellikle çalışabilmem konusunda desteklerini sunan sevgili kayınvalidem ve kayınperime de teşekkürümü borç bilirim. Lisansüstü eğitimime devam etmem için beni her zaman destekleyen, bana cesaret veren, başım sıkıştığında hem meslek, hem de hayat arkadaşım olarak yanımda duran eşim Emrah TALAY'a; en önemlisi "olmayışı ile" doktora yapmaya dair planlar yapmamı sağlayıp, tam da seminer döneminde aramıza katılarak hayatımda yeni bir sayfa açan, her "ders çalışmam lazım, kızım" dediğimde bir şekilde - olgunlukla - ikna olan sevgili kızım Elvin Duru'ya sonsuz teşekkür ederim.

Necla AFYONKALE TALAY

**İNFERİLİTEYLE BAŞETME BECERİSİ GELİŞTİRME
PROGRAMININ İNFERTİLİTE KAYNAKLI ALGILANAN
STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Necla Afyonkale Talay

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mart 2018

ÖZ

Literatürde infertilitenin önemli bir sorun olarak algılandığı ve bireylerin bundan kaynaklanan yoğun stres yaşadıkları belirtilmektedir. Bu noktada infertil bireyler tarafından sürecin iyi yönetilmesi, başedilebilir olması, olumlu başetme becerilerinin kullanılması önem kazanmaktadır. İnfertilite sorunu yaşayan bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürmelerinde, psiko-eğitim ve psikolojik destek süreçlerine ihtiyaç duymaları önemli bir husustur. Bu araştırmanın amacı, araştırma kapsamında hazırlanmış olan “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”nın infertil bireylerin infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyini azaltmaya ve infertilite ile başetme becerileri geliştirmeye yönelik etkililiğini test etmektir. Program ortalama iki saat süren, 10 oturumdan oluşan, psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen, çerçeve bir “Psiko-eğitim Programı”dır. Araştırmada, infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyini belirlemek amacıyla “Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)” ve bireylerin infertilite stresi ile başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla “COMPI İnfertilite Stres ile Başa çıkma Ölçeği (COMPI) kullanılmıştır. “Birebir Eşleştirilmiş 2x3 Faktörlü, Son Faktörde Tekrar Ölçümlü Araştırma Deseni”nin kullanıldığı çalışmada, infertil kadınlarla deney (n=10) ve kontrol grubu (n=10) oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanan “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı” deney grubundaki katılımcılara uygulanmıştır. Programın sonunda deney ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları ön-test, son-test ve izleme testi puan farklarının ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla varyans analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara

göre geliştirilen programın infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin azalmasında; infertilite stresi ile başaıkma ise aktif kaçınma ve pasif kaçınma başaıkma yöntemlerinin daha az kullanımında etkili olduğu görülmüştür. Program, aktif mücadele ve anlam bulma temelli başaıkma yöntemlerinin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir dönüşüm sağlamamıştır. Elde edilen bulgular ilgili alan yazın ışığında tartışılmış ve bazı öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : infertil kadın, infertilite kaynaklı stres, infertilite stresi ile başaıkma, başaıkma becerileri, psiko-eğitim programı.

Sayfa Sayısı : 190

Danışman : Prof. Dr. Kurtman ERSANLI



**THE EFFECTS OF COPING WITH INFERTILITY
DEVELOPMENT SKILLS PROGRAM ON PERCEIVED
INFERTILITY-RELATED STRESS**

Ph.D. Dissertation

Necla Afyonkale Talay

ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

March 2018

ABSTRACT

In the literature, it is stated that infertility has been perceived as an important problem and individuals experience intense stress resulting from it. At this point, the use of positive coping skills is gaining importance as it is well managed and coped by infertile individuals. It is important that infertile individuals need psycho-education and psychological support processes to lead a healthy and happy life. The aim of this research is to test the effectiveness of the "Infertility Coping Skills Development Program", which was prepared in the context of the research, to reduce the stress level of infertile individuals based on perceived from infertility and to improve their ability to cope with infertility. The program is a framework "Psycho-education Program" based on psychological counseling principles, consisting of 10 sessions, which lasts for an average of two hours. In the study, Fertility Problem Inventory (FSE) was used to determine the perceived stress level due to infertility and "COMPI Infertility Stress Coping Scale (COMPI)" was used to determine the strategies of coping with infertility stress of individuals. Experiment (n= 10) and control group (n= 10) were conducted with infertile women in the study using "2x3 Two Way Mixed ANOVA". The "Infertility Coping Skills Development Program" prepared by the researcher was applied to the participants in the experimental group. For data analysis, a two-way Anova technique for Mixed Measures was used to determine whether there was any difference between the pre-test, post-test and follow-up test results of "FSE" and "COMPI". According to the findings, it was found that the program was effective in reducing the perceived infertility- related

stress level, in case of active avoidance and passive avoidance in coping with infertility stress are effective in less use of coping strategies. The program did not make a statistically significant transformation in terms of the use of active confronting coping and meaning based coping strategies. The finding have been discussed in the light of the literature, and some suggestions have been presented.

Key Words : infertile women, perceived infertility-related stress, coping with infertility stress, coping skills, psycho-education program

Number of Pages : 190

Advisor : Prof. Dr. Kurtman ERSANLI



İÇİNDEKİLER

TELİF HAKKI.....	II
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI.....	III
KABUL VE ONAY	IV
TEŞEKKÜRLER	VI
ÖZ.....	VII
ABSTRACT.....	IX
İÇİNDEKİLER	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XIV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
I. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Durumu	1
1.2 Araştırmanın Amacı	7
1.3 Problem Cümlesi	7
1.4 Alt Problemler	7
1.5 Denenceler.....	8
1.6 Araştırmanın Önemi.....	9
1.7 Sayıtlar	12
1.8 Sınırlılıklar	12
1.9 Temel Kavramlar	13
İKİNCİ BÖLÜM	15
II. KURAMSAL ÇERÇEVE	15
2.1 İnfertilite	15
2.2 İnfertilitenin Sosyolojik ve Kültürel Yönü	16
2.3 İnfertilitenin Psiko-Sosyal Yönü.....	19
2.3.1 İnfertilite ve Ruh Sağlığı İlişkisi	20
2.3.2 İnfertilite ve Evlilik İlişkisi.....	27
2.3.3 İnfertilite ve Sosyal İlişkiler	31
2.4 İnfertilite-Stres İlişkisi.....	33
2.4.1 Stresin Üreme Sistemi Üzerine Etkisi	33

2.4.2 Stresin Psiko-Sosyal Yönü.....	35
2.5 İnfertilite ve Başaçıkma.....	38
2.6 İnfertilite ve Psikolojik Destek Hizmetleri	43
2.7 Yurt İçinde İnfertilite İle İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar....	53
2.8 Yurt Dışında İnfertilite İle İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar .	57
2.9 İnfertilite, Stres ve Başaçıkma ile İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar	60
2.10 İnfertil Birey/Çiftlere Yönelik Program ve Gruplar ile İlgili Bazı Araştırmalar	67
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	88
III. YÖNTEM.....	88
3.1 Araştırma Deseni.....	88
3.2 Evren ve Çalışma Grubu.....	89
3.3 Veri Toplama Araçları	92
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu	92
3.3.2 Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)	92
3.3.3 COMPI İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği.....	93
3.3.4 İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı.....	94
3.4 Verilerin Analizi.....	126
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	129
IV. BULGULAR.....	129
4.1 İnfertilite Kaynaklı Algılanan Strese İlişkin Bulgular	129
4.2 İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Yöntemlerine İlişkin Bulgular	132
4.2.1 COMPI Aktif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	133
4.2.2 COMPI Aktif Mücadele Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	136
4.2.3 COMPI Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular	138
4.2.4 COMPI Anlam Bulma Temelli Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	141
BEŞİNCİ BÖLÜM	144
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	144
5.1 Tartışma	144

5.1.1 İnfertilite Kaynaklı Algılanan Strese ilişkin Bulguların Tartışılması	144
5.1.2 COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği Bulgularının Tartışılması	146
5.2 Sonuç ve Öneriler	153
5.2.1 Araştırmacılara Öneriler	154
5.2.2 Uygulamacılara Öneriler.....	155
KAYNAKÇA	156
EKLER.....	173



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: "İnfertil Çiftlerde Danışma İçin Gelişimsel Model" Basamakları İle Her Bir Basamakta Vurgulanacak Konular ve Yaklaşımlar	50
Tablo 2: İnfertil Birey ve Çiftlere Yönelik Program ve Grup Çalışmaları	80
Tablo 3: Araştırma Deseni	89
Tablo 4: Oturum Başlıkları	96
Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı FSE Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	129
Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AK Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	133
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AM Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	136
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı PK Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	138
Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AB Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları	141
Tablo 10: Deney ve Kontrol Gruplarının FSE ve COMPI Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testlerinden Aldıkları Puan Farklarının Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları	143

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Çalışma Akış Şeması	91
Şekil 2: Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) Ortalama Puanları	130
Şekil 3: COMPI Aktif Kaçınma / Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları	134
Şekil 4: COMPI Aktif Mücadele Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları	137
Şekil 5: COMPI Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları	139
Şekil 6: COMPI Anlam Bulma Temelli Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları	142



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASRM	Amerikan Üreme Tıbbi Derneği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
FSE	Fertilite Sorunu Ölçeği
COMPI	COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği
AK	COMPI Aktif Kaçınma / Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi
AM	COMPI Aktif Mücadele Etme Başaçıkma Yöntemi
PK	COMPI Pasif Kaçınma / Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi
AB	COMPI Anlam Bulma Temelli Başaçıkma Yöntemi
YÜT	Yardımcı Üreme Tekniği
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Tedavi
IVF	In Vitro Fertilizasyon
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
PTG	Travma sonrası büyüme
LHRH	Lütein Hormonu Salgılatıcı Hormonu
LH	Lütein Hormonu
FSH	Folikül Uyarıcı Hormonu
E2	Estrojen
HPA	Hipotalamus - Hipofiz - Adrenal Eksen
HPG	Hipotalamus - Hipofiz - Gonodal Eksen

PRL	Prolaktin
CİB	Cinsel İşlev Bozukluğu



BİRİNCİ BÖLÜM

I. GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

Üreme, neslin devamı için önem taşımaktadır. Toplumun en küçük yapı taşı olan aile, özellikle toplumumuzda onaylanmış “üremenin” yani “çocuk sahibi” olabilmenin koşulunu sağlamaktadır. Son yıllarda değişen toplum yapısıyla birlikte evli olmayan bireyler de çocuk sahibi olmaya ilişkin karar alsalar da çoğu yetişkin birey için “çocuk sahibi olmak”, bir aile kurmada ve aile yaşam döngüsü açısından gelişimsel özellikleri -üremenin dışında da- yerine getirmede ve ailenin kendine özgü özelliklerini sonraki kuşaklara aktararak ailenin devamlılığını ve genetik aktarımı sağlamada önem taşıyan faktörlerden birisidir. “Çocuk sahibi olmak” bireysel ve aile döngüsü açısından önemli olduğu kadar aynı zamanda neslin, kültürün, toplumun ve en geniş haliyle insanlığın devamı için de önemlidir.

Aile yaşam döngüsü ve neslin devamlılığını sağlamanın dışında, “çocuk sahibi olmak” ya da “çocuk sahibi olmayı isteme” bireysel gelişimin bir sonucu olup, kişilik gelişimi, sosyokültürel süreçler, ekonomik faktörler, yaşam öyküsündeki değişimler, kader, eş ilişkisindeki kişilerarası süreçler, aile dinamikleri gibi çeşitli psikososyal faktörle ilişkilidir (Kentenich, 2001). Dolayısıyla çocuk sahibi olmak psikolojik, ekonomik, sosyal boyutları olan çok boyutlu bir olgudur. Ancak özellikle çoğu evli birey için genellikle beklenen bir durum olan çocuk sahibi olmak, bazen kadın ve/veya bazen erkek kaynaklı fiziksel sorunlarla ya da belirlenemeyen nedenlerle gerçekleşmeyebilir.

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumu olarak tanımlanmaktadır (Aşçı ve Beji, 2012). Tanımda yer alan cinsel ilişkide bulunmanın amacının cinsel ilişkiye girmek ve cinsel haz almaktan öte, birincil olarak çiftlerin çocuk sahibi olmaya odaklı oldukları dikkate alınmalıdır. Başka bir

tanımda 35 yaş altındaki kadınlar için bir yıl boyunca, 35 yaş ve üzeri kadınlar içinse 6 ay içinde düzenli olarak ve korunmasız cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen başarılı gebeliğin oluşmaması olarak belirtilmektedir (Geller, Nelson & Eichenbaum, 2013; Soto & Copperman, 2011). Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (American Society for Reproductive Medicine-ASRM) infertiliteyi kadın veya erkekte gebe kalmayı önleyen veya doğuma kadar gebeliğin devamını engelleyen üreme sistemi hastalığının (vücut fonksiyonun durdurulması; sistem, organ hastalığı) bir sonucu olarak tanımlamaktadır (American Society for Reproductive Medicine, 2018). İnfertil çiftlerde spontan hamilelik oranı, sağlıklı çift popülasyonundan azdır (Kamel, 2010).

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sosyal yönleri olan, ayrıca bireylerin ve çiftlerin ihtiyaçlarını ve hedeflerini tehdit eden bir krizdir (Aşçı ve Beji, 2012; Frank, 1984). Diğer krizlere benzer şekilde, infertilite süreç içerisinde adaptif ya da maladaptif şekilde çözülerek ilerleyen genel duygusal tepkilerin olduğu psikolojik dengesizlik hali olarak tanımlanır. Ancak infertilitenin diğer krizlerden farklılaştığı nokta, krizler belirlisınırlı bir süreçte (haftalar içinde) çözümlenirken; infertilitede akut stresin ve duygusal karmaşanın artmasını sağlayan iniş çıkışların olmasıdır (Frank, 1984).

İnfertilitenin öncelikle gelişimsel bir kriz olduğu söylenebilir. Doğurganlık kapasitesi kadının ilk kez mens olduğu ergenlik dönemi ile başlayıp, menopozla son bulur ve biyolojik gelişim açısından yetişkin gelişiminin önemli bir fonksiyonudur. Psikolojik ve sosyal gelişim açısından da “ebeveyn olmak” hem kadın hem de erkek için yetişkinliğe geçişi işaret eden önemli bir roldür. Dolayısıyla doğurganlık kapasitesinin yetersiz olması, bireyler için tıbbi bir sorun ya da durum olmanın ötesine geçerek farklı alanlarda sorunlara neden olabilmektedir.

Farklı alanlarda sorunlara neden olması infertiliteyi karmaşık bir yaşam krizi haline de getirmektedir. Çünkü infertilite bireyler için psikolojik açıdan tehdit edici, duygusal olarak stresli olduğu kadar, tedavi aşaması zaman alıcı ve ekonomik olarak yük getiren bir süreçtir. Bu durum infertil bireyin gelecek ile ilgili planlarını, benlik imajını, benlik saygısını, beden algısını, cinsiyet rolleri ve cinselliğe ilişkin bakış açısını, evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkiler; suçluluk, yetersizlik, başarısızlık,

değersizlik, isteksizlik, hayal kırıklığı, kayıp ve kontrol kaybı gibi çeşitli duyguların yaşanmasına neden olabilir.

Herhangi bir kronik hastalıkta olduğu gibi, infertilite ile yaşanan kayıplar ve etkileri insanların yaşam döngüsü boyunca devam etmektedir (Jessup, 2005). İnfertilite sağlıklı oluşun kaybı, mahremiyetin kaybı (yapılan tetkik/müdahalelerle beden mahremiyetinin ve bütünlüğünün kaybı, özellikle belli tarihlerde birleşmelerin önerilmesi ile kadın başta olmak üzere çiftin cinsel yaşamlarındaki mahremiyetin kaybı gibi), geleceğe yönelik ve anne/baba olmayla ilgili beklentilerin/planların kaybı gibi farklı alanlarda yaşanan kayıp sürecidir. Doğurabilir olmak, bir bebeği doğurmak ve beslemek kadınlar için eşsiz ve dişiliğe özgü bir şey iken, öte yandan doğum yapmak ölümlü oluşun karşısında, ölümsüzlüğe ve geleceğe yönelik bir göndermedir de. Dolayısıyla biyolojik açıdan “çocuk doğuramamak” ya da “anne-baba olamamak” aynı zamanda genetik özelliklerin devamlılığı (bir sonraki nesle aktarılamıyor oluşu) ile kendine benzeyen/kendinden olan bir parçayı geleceğe bırakamama açısından da bir tür kayıptır.

İnfertilite kontrol kaybı açısından da bireysel kriz nedeni olabilmektedir. Kadınların kendi bedenlerini kontrol edememelerine dair üzüntü ve hayal kırıklığı yaşadığı; kişinin narsizmine, olgunlaşmış bedenin kimlik temsiline, kendilikle ilişkisine ve özellikle tedavi tekniklerinin cinselliğin kendiliğinden doğasına sınırlamalar getirdiği durumlarda mekanik hale gelen cinsel ilişkiye bir saldırı olduğu aktarılmaktadır (Atak, 2009). Daha önce üreme organlarıyla ilgili sorun yaşamamış çoğu birey, çocuk sahibi olmak istediğinde bunun kolaylıkla olabileceğine inanır. Bunun beklendik şekilde olmaması kişilerin hayatlarıyla ilgili kontrolü kaybetme duygusu yaşamalarına neden olabilmektedir (Oğuz, 2004). Ayrıca günlük rutinin bozulması, pek çok şeyin doktor randevuları ve siklus günleri etrafında planlanması, cinselliğin doktor kontrolüne girmesi, tetkik ve tedavi sürecindeki girişimsel müdahaleler, çevreden gelen özellikle olumsuz geri bildirimlerin varlığı ve yönlendirmesi de kontrol algısı açısından olumsuzdur.

Kültürel-toplumsal bir kriz olması kültürel özelliklerin hastalığı tanımlamadaki etkisi, kültürel süreçlerin birey üzerinde etkisi ve infertilitenin diğerleri üzerindeki etkisi gibi birkaç boyutta tanımlanabilir. Kültür, birçok şeyde olduğu gibi hastalığı

tanımlamada (hastalığı algılama ve hastalık ile mücadele etmede) da belirgin bir etkiye sahiptir. Buna göre infertilite, biyolojik bir sorun olmakla birlikte aynı zamanda kültürel bir olgu olarak da tanımlanabilir (Koçyiğit, 2012). Gelişimsel açıdan menopozal süreç kadının üreme kapasitesinin son bulduğu, beklenen ve normal bir durum olmasına karşın, çoğu kadın için kültürel faktörlerin de etkisiyle çeşitli duygusal sorunlara, kadının eş ilişkisinde, kendilik ve beden algısında olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu durum gözetildiğinde, “doğurgan” olması beklenen kadının fiziksel açıdan çocuk doğuramaz konumda olması, onu toplumsal açıdan da etkileyebilmektedir.

İçinde doğup büyümüş olan, yaşanan toplum ve kültürel özellikler cinsiyet rollerini ve cinsiyete yönelik değerlerin ne olduğunu belirlemektedir. Bu açıdan toplumun ve kültürün öne sürdüğü tutum ve değerler ile kişilerden “kadın” ve “erkek” olarak beklenenler, evli bireyler üzerinde çoğunlukla “çocuk doğurma”, “çocuk sahibi olma” konusunda sınırlayıcı, yönlendirici veya denetleyici olabilmektedir. Kadınlığın annelik ve erkekliğin üretkenlik ile eşdeğer görüldüğü toplumlarda, toplumun çocuksuz kadını dışlaması ve eşinin erkekliğini sorgulaması görülebilmektedir. İnfertilitenin toplumdaki klasik rolleri bozan bir süreç olmasından dolayı, geleneksel cinsel rolleri üstlenenlerde bu sürecin daha stresli yaşanacağı, duygusal sorunlara, evlilik ilişkilerinde bozulmaya ve cinsel işlev bozukluğuna yol açacağı varsayılabılır (Vural ve Beji, 2014). “Çocuk sahibi olamama”, “çocuk doğuramama” konumunda olan bireyler toplumda dışlanma mekanizmasının işlemeyle birlikte ötekileştirilmektedir. Koçyiğit (2012), dışlama mekanizmasının “sosyal baskı” ile işlediğini belirtmektedir. Sosyal baskı görerek ötekileştirilenlerin gruptan ayrı bırakılarak yalnızlaştırıldıkları ve bu sürecin infertil bireyleri yorarak bunalttığı ve nihayetinde mutsuzlaştırıldıkları, bireylerin travmatik bir sürecin etkisine girdikleri ifade edilmektedir. Sosyal baskı, öte yandan toplumun itici güç etkisi yaratmasıyla bireyleri “üretmeye” de itmektir. Ancak bu itici gücün, tedavi arayışına yöneltmede pozitif bir etki yaratabileceği gibi, tedavi süreci ve sonucuna odaklanmayla bedenin tıbbileştirilmesiyle birlikte yoğun stres ve duygusal sorunlara neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca infertilitenin diğerleri üzerindeki etkisi açısından bakıldığında sosyal baskı sadece sorunu doğrudan yaşayanlar üzerinde değil, önce en yakın/kök aile üyelerini sonra da halka halka diğer ilişkili

kişileri, dolayısıyla da toplumu olumsuz etkilemektedir. Şen (2011) ise, infertilite sürecinde yaşanan toplumsal baskının kadınlarda sosyal bir damgalanmaya neden olduğunu, bunun yanı sıra toplumsal bir baskı olmaksızın kadınların içsel olarak da kendilerini damgalanmış hissettiklerini, infertilitenin nedenlerinden bağımsız olarak özellikle sosyal ve duygusal boyutta değişikliklere yol açtığını belirtmiştir.

Yine kültürel-toplumsal etkiler çerçevesinde çocuk sahibi olamamak toplumsal ön kabullerle kadınla ilişkilendirilmekte; süreç erkekten bağımsız olarak sperm azlığı, sperm kalitesinin düşüklüğü ve benzeri sorunlar tümüyle göz ardı edilerek değerlendirilmektedir (Sezgin, 2015). Yanlış bir kanı olmasına rağmen çocuksuzluk nedeni olarak genellikle kadınların erkeklerden daha fazla infertil olduğuna inanılmaktadır (Frame, 2008). İnfertilite konusundaki sosyal baskının her iki cinsiyet tarafından yaşanmasına rağmen toplumun erkek kaynaklı infertiliteyi kamufle etme görevini kadınlara vermesi sonucunda, asıl yükü kadınların taşıdığı; “çocuk sahibi olamama” stresinin eşler arasında cinsel yaşamı olumsuz etkilemekle birlikte, cinselliğin çocuk yapmak üzere yaşanmasına neden olarak tartışmalara, hatta şiddete başvurma gibi travmatik süreçlere neden olduğu ve açıklanamayan infertilite oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (Koçyiğit, 2012). İnfertil birey üzerinde sosyal baskı oluşturan sosyal etkenlerin hepsinin doğrudan baskı oluşturmak veya ötekileştirmek niyetiyle olmayacağı; bazen iyi niyetli olarak kişileri motive etmek ve desteklemek adına yapılan söylem ya da sorulan soruların veya daha çok kadınların maruz kaldığı, birçok insanın fark etmediği, günlük konuşma içerisinde spontan şekilde yer alan “Nasılsınız? Eşiniz, çocuklar nasıl?”, “Çocuğunuz var mı?” ya da “Ne zaman çocuk düşünüyorsunuz?” gibi bir diyoloğun bile zaman içerisinde olumsuz etki yaratabileceği unutulmamalıdır.

İnfertilitenin çeşitli psikolojik zorluklara neden olan kronik ve güçlü stres kaynağı olarak karakterize edildiği belirtilmiştir (Newton, 1999; Schmidt, 2006; Soltani, Shairi, Roshan & Rahimi, 2014). Tedavi arayışı içindeki çoğu infertil, arka planda infertil olma durumuna ikincil olarak gelişen psikososyal stres (psikolojik, sosyal ve çevresel baskılar, kendi veya aile kaynaklarının yetersizliği ile ilgili endişeler) yaşamaktadırlar (Wasser, Sewall & Soules, 1993). İnfertil bireylerin çift olarak yaklaşık %15 ile %20’si yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanılırken duygusal stresle başetmede psikolojik yardıma ihtiyaç duymaktadır (Wischmann, 2001).

Boivin (2001) Avrupa İnsan Reprodüksiyonu ve Embriyoloji Topluluğu'nun (European Society of Human Reproduction and Embryology-ESHRE) infertilite danışmanlığına yönelik yayınladığı rehberde infertiliteye uyumun düşük olmasına ve stres düzeyinin artmasına neden olan risk faktörleri üç başlıkta belirtmiştir. Bunlar: 1- Kişisel faktörler (önceden var olan psikopatoloji, birincil infertilite, kadın olmak, ebeveyn olmayı yaşam amacı olarak kullanmak); 2- Durumsal veya sosyal faktörler (zayıf evlilik ilişkisi, zayıf sosyal örüntü, kişiye infertil olduğunu hatırlatan aile toplantısı gibi durumlar veya hamile bir kadının kendisi gibi kişiler); 3- Medikal tedaviye ait faktörlerdir (ilaç yan etkileri, düşük, başarısız tedavi gibi gebeliği tehdit eden durumlar, tedaviye başlama-sonlandırma gibi karar anları). Bu faktörlerin hepsinin bir arada olması ise stres düzeyini daha da artırmaktadır.

İnfertilite tanısı, bireylerin yaşamlarında daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir süreçtir. Bu süreç içerisinde infertilite hem bireysel, hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken çok bir durumdur. Zorlanma durumunda her birey, belli ölçüde işlevsel olan ya da olmayan şekilde stresli durumla başetmeye çalışmaktadır. İnfertil bireylerde benzer şekilde infertilite kaynaklı yaşanan sorunlar ve algıladıkları stres düzeyi ile başetmeye yönelik çeşitli stratejiler geliştirmektedir.

Başaçıkma insanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri ve/veya yolları olarak tanımlanabilir (Türküm, 1999). Schmidt, Holstein, Christensen ve Boivin (2005), stresle başetmeye ilişkin literatürü de gözden geçirerek, infertil bireylerin kullandıkları başetme stratejilerini değerlendirmeye yönelik geliştirdikleri ölçekte dört tane alt boyuttan söz etmişlerdir. Bunlar Lazarus'un (1997) stresle başetme modeline sonradan eklenen anlam bulma temelli başetme (durumu yeniden pozitif yapılandırma, hedef yönelimli problem odaklı başetme, tinsel inanış ve deneyimler, pozitif anlamla durumu benimseme gibi); aktif-müdacele etme stratejileri (problem yönetimi stratejilerininide içeren problem odaklı başetme, problemi çözüme kavuşturma ya da etkin girişimlerde bulunma, bir adım geri atarak olaya objektif ve daha olumlu bakmak gibi); aktif kaçınma/yok sayma stratejileri ile pasif kaçınma/yok sayma stratejileridir (duygusal odaklı başetmedeki kaçınma, hayal kurma, inkâr etme gibi kullanılan kaçınma stratejileri gibi).

Literatür incelendiğinde, bir taraftan infertilitenin çeşitli duygusal sorunlara, strese ve evlilik sorunlarına neden olabileceğine, diğer taraftan bu sorunların infertilite sürecinde olumsuz etki yaratabileceğine değinildiği görülmektedir. Bu noktada infertil birey tarafından sürecin iyi yönetilebilir, başedilebilir olması, olumlu başetme stratejilerinin kullanılması önem kazanmaktadır. Medikal tedaviler içerisinde psikolojik destek süreçlerinin katılması, süreçle ve infertilite durumuyla başetmede infertilere kolaylık sağlayacaktır. Ek olarak bireylerin tedaviye katılımına, devamlılığına ve tedavi sürecinin gereklerine uymalarına katkı sağlayacak, tedavi sonucunun stres kaynaklı olarak olumsuz etkilenmesini önleyecektir. Bu çalışmada infertil kadınların infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeylerini azaltabilecekleri daha olumlu stratejiler kullanmalarına yönelik beceriler geliştirmeleri hedeflenmiştir.

1.2 Araştırmanın Amacı

İnfertilitenin önemli bir sorun olarak algılandığı ve bireylerin bundan kaynaklanan yoğun stres yaşadıkları bilinmektedir. İnfertilite sorunu yaşayan bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürmelerinde, psikodestek eğitimlerine ihtiyaç duyabilecekleri söylenebilir. Bu araştırmanın amacı, araştırma kapsamında hazırlanmış olan “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”nın infertil kadınların infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyini azaltmaya ve infertilite ile başetme becerileri geliştirmeye yönelik etkililiğini test etmektir. Program psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen, çerçeve bir psiko-eğitim programıdır.

1.3 Problem Cümlesi

İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'nın infertilite sorunu yaşayan kadınların, infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyine etkisi ve infertiliteyle başetme becerisi geliştirmelerindeki etkililik düzeyi nedir?

1.4 Alt Problemler

1. İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların ölçülen zamana bağlı olarak, infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanı ile programa katılmayanların infertiliteden kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

2.İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların ölçülen zamana bağlı olarak, infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanları ile bu programa katılmayanların infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanları arasında anlamlı bir dönüşüm var mıdır?

1.5 Denenceler

Araştırma kapsamında test edilecek denenceler aşağıdadır:

1. İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların infertiliteden kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanına göre anlamlı bir düşüş gösterecektir.

2. İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanları, ölçülen zamana bağlı olarak bu programa katılmayanların infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanlarına göre anlamlı bir dönüşüm vardır.

2.a İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları aktif kaçınma/yok sayma başa çıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları aktif kaçınma/yok sayma başa çıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

2.b İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları aktif mücadele başa çıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları aktif mücadele başa çıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede yüksektir.

2.c İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları pasif kaçınma/yok sayma başa çıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları pasif kaçınma/yok sayma başa çıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

2.d İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları anlam bulma temelli başa çıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı

olarak programa katılmayanların kullandıkları anlam bulma temelli başaçıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede yüksektir.

1.6 Araştırmanın  nemi

Herhangi bir Şekilde gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, üreme yeteneği normal çiftlerde kadınların %20'si 1 ay, %50'si 3 ay, %75'i 9 ay içerisinde olmak üzere toplam %90'ının 1 yıl içerisinde gebe kalması beklenir (Terzioğlu, Yücel ve Karatay, 2008). Başka bir çalışmada ise gebelik odaklı düzenli cinsel birleşme yaşayan sağlıklı bireyler için gebeleğin oluşması her bir siklus döneminde %20-25, ilk 6 ay içinde %60, ilk bir yıl içinde %84, ikinci yıl ise %92 olarak belirtilmektedir (Kamel, 2010).

Yapılan bir prospektif izlem çalışmasında her iki cinsiyet için infertilite oranları ile artan yaş arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. İnfertil bir çiftin ilk yıl sonrasında doğal yollarla gebe kalabilmesi %43-63 oranında yaşa bağlı olarak değişmektedir. Cinsel birleşme sıklığı haftada bir kez olarak ayarlandığında kadın infertilite oranları 19-26 yaş için %15, 27-34 yaş için %22-24, 35-39 yaş içinse %29'dur. Cinsel birleşmenin haftada iki ya da  c olması durumunda da oranlar benzerdir (Dunson, Baird & Colombo, 2004).

Günümüzde evli çiftlerin ortalama olarak %10-15'i yaşamlarını çocuksuz olarak devam ettirmektedirler. Ülkemizde 11 milyon evli çift bulunduğuna göre, 1,1 milyon infertil çift olduğu söylenebilir. Günümüz modern toplumlarında nüfus artışı tehlikesine karşı yapılan yaygın aile planlaması çalışmalarının yanı sıra infertil bireylerin  ocuk sahibi olmaları için de geniş araştırmalar yapılmaktadır (Terzioğlu ve diğerleri, 2008). Aynı Şekilde son yıllarda gittikçe artan bir Şekilde infertilite sorunu, ruh sağlığı çalışanlarının da araştırma ve müdahale alanlarında yer alan önemli konulardan biri haline gelmiştir.

İnfertilite tıbbi bir durumu yansıtıyor olmasına karşın kültürel, toplumsal, psikolojik, ekonomik gibi pek çok faktörle etkilenen ve bunları etkileyen bir durumdur. Bu açıdan doğurganlık sorunu yaşayan ve infertil tanısı alan birey için stres kaynağı olarak çeşitli sorunlara ya da güçlüklere neden olabilir. Kişiler bu durumla başetmek, üstesinden gelmekle ilgili zorlanabilirler. İnfertilite sorunu yaşayan bireylerin tanı ve

tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükleri, bu güçlüklerle başetme biçimlerini, infertilitenin bireysel ve sosyal açılardan anlamlarını ve yaşamlarına olumlu ve/veya olumsuz getirilerini daha yakından ve derinlemesine anlayabilme önemlidir. Toplumumuzda “aile ve çocuk” için verilen değerde dikkate alındığında, “çocuk sahibi olamama”nın getirmiş olduğu ek streslerde göz ardı edilmemelidir.

Jessup’a (2005) göre infertilitenin -travmalarda olduğu gibi- bireylerin yaşamlarında uzun dönemli, yıkıcı etkileri vardır. İnfertil bireylerin ruhsal, fiziksel ve spiritüel olarak yaşadıkları zorlanma düzeyi, yaşamı tehdit eden travmalar yaşayan bireylerden daha az değildir. Medikal tedavideki girişimsel, sistematik ve haftaları/ayları bulan işlemler sonucunda bazı vakalarda aşırı bedensel-duyusal olaylar beklendiği olup, bunlar yaşamı tehdit etmese de vücut ve ruhsal durumu üzerinde travmatik etki yaratabilir.

İnfertilite, yaşam krizi olarak psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Tedavi başarısı üzerinde etkili olabilecek psikososyal sorunların ele alınarak koruyucu önlemlerin alınması, sağlık hizmetinin sunumunda üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunların bilinmesi, infertil bireylerin infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir ve infertiliteye karşı olumsuz tepkilerini azaltabilir (Kırcaan ve Pasinlioğlu, 2013).

Temelde biyopsikososyal bir sorun olan infertilite tedavisi sürecinde, -multidisipliner bir yaklaşımın ayrılmaz parçası olarak- infertilite danışmanlığı önerilmektedir. İnfertilite danışmanlığı, doğurganlık problemleri teşhis edildiği zaman daha doyurucu ve zengin bir yaşamın yollarını aramak, keşfetmek ve açıklamak için bireylere fırsat sunmaktadır. Danışma sürecinde amaç, infertil olan ve medikal tedavi alanlara temel konular hakkında bilgi vermek ile bireysel ve çift gereksinimleri hakkında farkındalık yaratmaktır. Son yıllarda infertilite danışmanlığı, profesyonel biçimde uzmanlık ve yeterlilik gerektiren bir alan olmuştur (Van den Broeck, Emery, Wischmann & Thorn, 2010).

İnfertil tanısı almış olmanın kendisi kadar yardımcı üreme tekniklerinin yer aldığı tedavi süreçlerinin getirdiği zamansal, ekonomik, sosyal, psikolojik gibi çeşitli getiriler, bireylerin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlamakta

ve zaman içerisinde fiziksel/duygusal enerjilerini tüketmektedir. Bireysel farklılıklar olmakla birlikte bireylerin infertilite ile ilişkili algıladıkları stres düzeyi artabilmektedir. Bireylerin -fizyolojik açıdan kontrollerinin sınırlı olduğu bu durum karşısında- yaşamlarının diğer alanlarında kontrol sahibi olabildiklerini fark etmeleri, kendilerine bireysel olarak çeşitli hedefler oluşturabilmeleri, yaşamı ve üretkenliği yeniden anlamlandırabilmeleri algıladıkları stres düzeyini azaltmaya ve daha etkin başatma yolları kullanmalarına olanak sağlayabilir. Bu açıdan bireylere sunulacak psikolojik destek hizmetleri önem kazanmaktadır.

Yapılan literatür taramasında yurt dışı çalışmalarda, infertiliteye yönelik hem bireysel, hem de çift olarak stres, duygusal tepkiler, başatıkma kavramlarının çalışıldığı çok sayıda araştırma olduğu, beraberinde çeşitli psikolojik müdahalelere yönelik yazın ve araştırmaların da olduğu görülmüştür. Ulaşılan kaynaklarda infertilite tedavisi sürecinde bireylere bireysel ve/veya çiftler olarak sunulan destekleyici danışmanlık, psiko-eğitimin ve/veya terapötik müdahalelerin yapılmasının yararlı olacağı belirtilirken, özellikle yurtdışındaki üreme tedavisi süreçlerinde pratik olarak da psikolojik desteğin verildiği görülmektedir. Örneğin Güney Afrika, Güney Avustralya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde YÜT kliniklerinde danışmanlığın (özellikle donasyon gibi üçüncü nesil tedavilerin kullanılacağı durumlarda) zorunlu olduğu; Güney Galler, İngiltere ve Batı Avustralya'da ise zorunlu olmayıp, ulaşılabilir olması gerektiği ifade edilmektedir (Blyth, 2012). Ülkemizde YÜT kliniklerinde psikolojik destek hizmetlerinin ulaşılabilir olması ya da zorunluluğuna dair herhangi bir yasal çerçeve bulunmamaktadır. YÜT kliniklerinin büyük çoğunluğunda psikolojik destek/terapötik süreç verilmemekte ya da ruh sağlığı profesyonelleri tarafından hizmet sunulmamaktadır.

Yurt içinde yapılmış olan çalışmalar gözden geçirildiğinde ise özellikle son dönemde infertilite konulu çalışmaların sayısının arttığı, özellikle bu çalışmaların anne-kız ilişkisi, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, evlilik ve cinsellikle ilgili değişkenler üzerinden, ölçek kullanımının olduğu nicel araştırmalar şeklinde olduğu, psikolojik müdahalenin-danışmanlığın (terapötik müdahale, destekleyici müdahale, psiko-eğitim, danışmanlık... gibi) öneminin sıklıkla vurgulandığı görülmüştür. IVF tedavisi sürecinde sunulan hemşire danışmanlığının etkililiğine yönelik iki çalışmaya ulaşılmıştır (Gürhan, Akyüz, Oflaz, Atıcı & Vural, 2007; Terzioğlu, 2001). Ancak

ulaşılabilen kaynaklar içerisinde psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen, belli bir programın etkinliğinin yordandığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan yapılacak bu araştırmanın katılımcılara psikolojik destek sağlama ve başetme becerilerinin gelişimini sağlayacağı gibi, alandaki bu ihtiyacı karşılayacağı düşünülmektedir.

1.7 Sayıtlılar

Bu araştırmanın sayıtlıları şu şekildedir:

1. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların, uygulanan ölçme araçlarındaki sorulara gönüllülük çerçevesinde içtenlikle ve objektif bir biçimde, doğru cevap verdikleri kabul edilmiştir.
2. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların çalışma konusu açısından kendilerini değerlendirebilme yeterliğinde oldukları varsayılmıştır.

1.8 Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Bu araştırma infertilite sorunu yaşayan bireyler içerisinde, geliştirilmiş olan “İnfertiliteyle Başetme Becerisini Geliştirme Programı”na katılmayı kabul eden kadın bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple elde edilen bulgular katılımcılar ile benzer özellikleri taşıyan bireylere genellenebilir.
2. Çalışma, en az 6 ay öncesinde “infertil” tanısı alan, birincil infertil olan ve en az bir kez yardımcı üreme tekniklerinden herhangi biri kullanılarak tedavi uygulanan, gebeliğin gerçekleşmediği ve/veya son bulduğu kadın bireylerden oluşan deney ve kontrol grubu ile sınırlıdır.
3. Çalışmaya katılacak bireyler birincil infertil tanısı almış olan (çocuğu olmayan) ile eğer var ise önceki evliliği/ilişkisinden çocuğu olmayan kadınlar ile sınırlandırılmıştır.
4. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik (30.09.2014 tarih, 29135 sayılı yönetmelik) gereğince,

üremeye yardımcı tedavi yaptırmak üzere başvuran kadınların evli olmaları gerekmektedir. Bundan dolayı çalışmaya dâhil edilen katılımcılar evli olan kadınlarla sınırlandırılmıştır.

5. Çalışmaya katılacak bireyler daha önceden ve hali hazırda evlilik veya çift danışmanlığı almayan kadınlarla sınırlandırılmıştır.

6. Çalışmaya katılacak bireyler hali hazırda psikiyatrik tanı almayan ve günlük yaşamı/işlevselliği etkileyecek başka bir kronik hastalığı olmayan kadınlarla sınırlandırılmıştır.

7. Deney ve kontrol grubunun eşleştirilmesi katılımcıların kişisel bilgi formunda verdikleri bilgiler ve uygulanan ölçeklerden aldıkları puanların ortalamalarına göre yapılmıştır.

8. İnfertil bireylerin algıladıkları infertilite kaynaklı stres düzeyleri “Fertilite Sorunu Envanteri” ile infertilite ile baş etme becerileri ise “COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği”nden aldıkları puanlar ile sınırlandırılmıştır.

9. Araştırma sonuçları kullanılan istatistiksel analizlerin özellikleriyle sınırlıdır.

1.9 Temel Kavramlar

Fertilite: Doğurganlık, üreme kapasitesi, hamile kalabilme ve çocuk sahibi olabilmektir.

İnfertilite: İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürmemeye durumudur (Aşçı ve Beji, 2012). Buradaki cinsel ilişkide bulunmanın birincil amacının çiftlerin çocuk sahibi olmaya odaklı olmalarıdır.

İnfertil Birey: Üreme yeteneğinin azalmış olduğu birey. Doğal yolla gebelik sağlanamadığı için, yardımcı üreme tekniklerine ihtiyaç duyan kişi.

Stres: 1. Kişinin çevresinden gelen ve mevcut dengeyi veya duygusal, bilişsel, sosyal işleyişi bozma eğilimi gösteren ve onu bu dengeyi korumaya veya bozulan dengeyi yeniden kurmaya yönelik yeni davranışlara zorlayan gerçek ya da algılanan

uyarıcılara verdiği fiziksel-ruhsal-bilişsel tepkiler. **2.** Bahsedilen tepkilere yol açabilen her türlü çevresel veya içsel, geçici veya sürekli fiziksel, kimyasal, ruhsal etken (Budak, 2002).

Başalıkma: İnsanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri ve/veya yollarıdır (Türküm, 1999).

Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT-Assisted Reproductive Technique/ART): İnfertilite de gebeliğin gerçekleşmesi için uygulanan tedavilerin tümüne verilen ad.

Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE): Anne adayının yumurtası ile kocanın spermnin çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirilerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayına transferini kapsayan ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları ifade eder (30.09.2014 tarih, 29135 sayılı ilgili yönetmelik).

In Vitro Fertilizasyon (IVF): Cinsel birliktelik olmaksızın, vücut dışında döllenme ve döllenmiş yumurta hücrelerinin nakline imkan sağlayan tıbbi yöntem. Cerrahi işlem ile kadından alınan yumurtaların erkekten alınan spermiler ile laboratuvar ortamında birleştirilmesi işlemidir. Yardımcı üreme tekniklerinden en sık kullanılan yöntemlerden biri olup, halk arasında genellikle “tüp bebek” olarak ifade edilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın konusu ile ilgili kuramsal bilgilere, konuyla ilgili yapılan yurt içinde ve yurt dışında yapılan bazı araştırmalara yer verilmiştir.

2.1 İnfertilite

İnfertilite, evli bir çiftin en az bir yıl süreyle kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına karşın gebelik oluşmaması şeklinde tanımlanan üreme sistemi bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), infertilite ile ilgili **primer infertilite** (Çiftin en az 12 ay boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması), **sekonder infertilite** (Çiftin canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması veya kadının gebe kalabilmesine karşın canlı doğum yapamaması/gebeliğin canlı bir çocuk doğuracak kadar uzun sürmemesi) gibi tanımlar belirtmektedir (WHO, 2018). İnfertilite sıklığı gelişmiş ülkelerde çiftlerin %8-10'unda infertilite görülmektedir. Üreme sistemi enfeksiyonlarının yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde ise primer infertilite oranları düşükken, sekonder infertilite daha fazladır. WHO'ya göre infertilite nedenleri kadına ait nedenler %40; erkeğe bağlı nedenler %40; her iki cinsiyete bağlı nedenler ise %20 oranındadır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2014). Genel olarak infertilitenin tıbbi nedenleri sperm yetersizliği/düşük kalitede olması, tıkalı ya da zarar görmüş fallop tüpleri, polikistik over sendromu, over yetmezliği, endometriozis, ileri yaş, gebeliğin devam etmediği durumlarda kromozomal anomaliler sayılabilir (Nowoweiski, 2013). Bazı durumlarda gebe kalamamayı veya doğuma kadar devam ettirememeyi açıklayan herhangi bir tıbbi neden bulunamaz ve **açıklanamayan infertilite** olarak adlandırılır. Teknolojik gelişmelerle birlikte tedavi yöntemleri gelişmekte ve tedavide başarı oranları artmaktadır.

İnfertilite oranı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Kadınlarda infertilite oranının 19-26 yaş arasında %8, 27-34 yaş arasında %13-14, 35-39 arasında ise %18 olduğu bildirilmiştir (Dunson ve diğerleri, 2004).

İnfertilite kavramının Türkçe karşılığı tam olmamakla birlikte, genel olarak kullanım açısından kısırılık kelimesi ile sıklıkla karışmaktadır. Kısırılık (ing: barrenness/sterility) “üreme yeteneğinin hiç olmaması ve tedavisi mümkün olmayan bir durumu” yani kalıcılığı ifade ederken, infertilite (ing: infertility) “üreme yeteneğinin azalmış” olması anlamına gelmektedir (Alper, 1999). İnfertile ile anlam kargaşası yaratabilecek diğer bir durum da çocuksuz olmaktır. Çalışmalarda çocuksuz olma ile infertiliteye karşı toplumsal tutumların neredeyse benzer düzeylerde olumsuz olduğu görülmektedir (Kalus, 2006). Çocuksuz olmak (ing: childlessness), infertilite ile ilişkili olabileceği gibi bireyin “çocuk sahibi olmayı istememeleri” ile ilişkili bilinçli-iradi bir seçiminin sonucu da olabilir. Yabancı yazında bilinçli seçim sonucu çocuksuz olmak “voluntarily childlessness” ile ifade edilirken; infertilitenin “istemsiz - irade dışı” olduğu vurgulanarak “involuntarily childlessness” ile ifade edilmektedir. Letherby (2012) infertilitenin biyolojik bir durumken, istemsiz çocuk sahibi olmanın sosyal bir deneyim olduğunu, ancak birincil infertiliteyi kapsayabildiğini ve infertiliteden daha kapsamlı sosyal durumları (çocuğu ölmüş, çocuğunu evlatlık vermiş, çocuğu kendisinden alınmış bireylerin durumu gibi) içerdiğini belirtmiştir.

“İnfertilite”nin ve “infertil olma”nın salt olarak biyolojik ya da tıbbi bir çerçeve içerisinde değerlendirilmesi eksik olacağı gibi, sosyal ve kültürel, psiko-sosyal yönlerinin de birbirinden bağımsız değerlendirilmesinin eksik kalacağı dikkate alınmalıdır. En uygun yaklaşım pek çok yönlerinin etkileşimsel bir süreç oluşturduğunu göz ardı etmeyen, çok boyutlu bir yaklaşım olacaktır. Etkileşimsel süreç olmasından dolayı birbirinden ayırt etmesi güç olmakla birlikte, aşağıda infertilitenin çeşitli yönlerine ve stresle ilişkisine dair açıklamalar başlıklar halinde yer almaktadır.

2.2 İnfertilitenin Sosyolojik ve Kültürel Yönü

Sosyo-kültürel güçlükler zaman içerisinde insan doğum oranları üzerinde çarpıcı bir etki yapabilir olsa da bu etki hâlâ tam olarak anlaşılammıştır (Christie, 1998). İnfertilitede kültürel özellikler, kendine özgün ihtiyaç ve gereksinimleri beraberinde

getirmektedir. İnfertilite ile yaşanan güçlükler kültürel bağlamda daha da karmaşıklaşmaktadır (Burnett, 2009).

Bu bağlamda, kültürel normları yerine getirmediği için infertil kadınların damgalanıyor olması, kadınların kendilerini "öteki" olarak görmeleri sürecini güçlendirmektedir. İnfertilitenin kadınlar üzerindeki bu gizli yükünü algılayabilmek sadece üremenin kültürel yapısının anlaşılmasıyla sağlanabilir (Whiteford & Gonzales, 1995).

Çoğu kültürde doğurganlık, çocuk doğurma ve çocuk sahibi olma büyük değer taşımaktadır. Bu açıdan biyolojik olarak çocuk sahibi olamamak kültürler arasında farklılık gösterse de, bireyi hem kendilik değeri, hem de cinsiyet rolleri açısından olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin Japonya’da özellikle yaşlı insanlarca kadının “aile adının geleceğe aktarmak için varis doğurması gerektiği” şeklinde bir rolünün olduğuna ve infertilitenin kadın kaynaklı olduğuna inanılmaktadır (Matsubayashi, Hosaka & Makino, 2012). Afrika’da infertil kadınların birtakım toplumsal ayrımcılık ve damgalamaya maruz kaldıkları bildirilmektedir (Alhassan, Ziblim & Muntaka, 2014). Benzer görüş bizim toplumumuzda da hâkimdir. Yine çocuk sahibi olmamak/olamamakla ilgili toplumsal kabul ve algılar doğrudan ya da dolaylı olarak bireyler üzerinde etki gösterir. Bu toplumsal kabul ve algılar sosyal açıdan hem bireyler üzerinde, hem de infertilite ve üreme ile ilgili kavramlar açısından önem taşımaktadır. Özellikle pronatalist yani her bireyin çocuk sahibi olması gerektiğine dair inancın kuvvetli olduğu geleneksel görüşün hâkim olduğu kültürlerde bu etki daha fazla olmaktadır. Nijerya’da çocuksuz olmaya ilişkin toplumsal algı ve kabulün araştırıldığı bir çalışmada istemli ya da istemsiz çocuk sahibi olmamanın her ikisinin de negatif duygular uyandırdığı, ancak çocuk sahibi olamamanın (istemli) daha anlaşılır kabul edilebildiği; biyolojik olarak çocuk sahibi olunamasa da sosyal ebeveynlik açısından bir çocuğun evlat edinilmesi gerektiği; infertil eşle devam etmenin de diğerleri tarafından duygusal baskı ve alaya neden olacağı ve başka bir partnerle devam edilmesi gerektiği yönünde beklentilerin olduğu görülmektedir. Cinsiyet farklılığı açısından ise annelik beklentilerini ve normlarını karşılamayan infertil kadınlar ahlaksız oldukları (gizlice kürtaj oldukları varsayılarak) ya da kötü ruhlu varsayılarak erkeklerden daha fazla dışlanmaktadır (Ibisomi & Mudege, 2014).

Kültürel ve sosyal bağlam bireylerin “çocuk sahibi olmaya” yönelik ebeveynlik motivasyonları üzerinde de etkilidir. Hollanda’da yaşayan Türk göçmenler ve Hollandalı infertil çiftlerin ebeveynlik motivasyonlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bireysel ebeveynlik motivasyonlarının (mutluluk, iyi-oluş, ebevenlikle ilgili duygular gibi) her iki grupta da önemli iken, sosyal ebeveynlik motivasyonlarının (kimliğin güçlenmesi/yetişkin olabilmek; soyun devamlılığı; doğurganlığa yönelik örtük veya doğrudan olan sosyal baskı) Türk örneğinde daha fazla olduğu; Türk örneklemini içerisinde Hollanda kültürüne daha fazla uyum sağlayan infertil kadınlarda ise sosyal motivasyonların daha az etkili olduğu bulunmuştur (Rooij, Balen & Hermans, 2006).

Frame (2008) neredeyse tüm batı toplumlarında anneliğin kadın kimliğinin temeli haline getirildiğini, infertil kadın için yüzyıllar boyunca yetersizlik/eksiklik çıkarımının yapıldığı “kısır” kelimesi ile tanımlandığını belirtmektedir. May (1997) kısır olmanın tarihsel bir yükü olan bir terim olduğunu ve üretken olmayan, dölsüz, kuru, boş, yoksun/mahrum, eksik, kusurlu, ayıplı, yetersiz, muhtaç gibi negatif anlamlar taşıdığını, aynı zamanda durum olarak “kusurluluk, suçluluk, kabahatlilik” anlamında moral ve spiritüel başarısızlığı ifade ettiğini belirtmiştir. Modernleşen toplumlarda dahi anneliğin kadınlığın vazgeçilmez görevi olduğuna dair bakış açısı ile kusurluluk, eksiklik algısının devam ettiği söylenebilir.

İnfertil bir birey ve eşi eskiden çocuksuz olmayı ya da evlatlık edinmeyi seçmekte veya genellikle yeğenlerinin “en sevdiği teyzesi/halası/amcası” olarak ebeveynlik ihtiyacını gidermeye çalışmaktaydı. Son yıllarda ise gelişen tıbbi tedavi seçenekleri ile infertilitenin kültürel yapısı değişmektedir. İnfertilitenin tıbbileştirilmesi “kısır” kadının kusurlu toplumsal kimliğine dayanmakta olup, tıbbi müdahale süreci kadınları daha da damgalamakta ve üreme dışında herhangi bir başarı için kadınların değerini düşürmektedir. Whiteford ve Gonzales (1995) infertilitenin damgalanmış kimlik ve medikalleştirilmiş müdahalenin bir yansımasını olduğunu; kimliklerin kültürel yapısının kadınlara toplumsal rollerini oluşturmak için seçimler yapmasını sağladığını; ancak birçok kadının bu seçeneklerden haberdar olmadığını ya da kendileri için damgalanmış olmayan bir kimlik yaratamadıklarını belirtmektedirler. Onlara göre, egemen Amerikan kültürel normları kadınları üretken ve üreme rolleri açısından eşit derecede değerlendirecek hale gelinceye kadar, infertil kadınlar için

sosyal kimlikleri kusurlu kalacaktır. Ayrıca toplumsal açıdan infertil kadınların gizli ve güçlü yükünün algılanıyor oluşunun, üremenin kültürel yapısının anlaşılmasıyla mümkün olabileceğini belirtmektedirler.

Bireyselleşmenin daha belirgin olduğu gelişmiş ülkelerde dahi infertilitenin kültür bağlamında damgalanmaya sebep olduğu göz önüne alındığında, gelişmekte olan ülkeler, Doğu toplumları ve Türk toplumunda olduğu gibi kültürel ve toplumsal değerlerin etkisinin infertil birey üzerinde daha fazla olması şaşırtıcı değildir.

Kültürel faktörler dışında dini faktörler de infertilite ile ilgili tutum ve inançlar üzerinde etkilidir. İnsanlık, eski çağlardan beri doğurganlık ile meşgul olmuş ve çeşitli ritüellerin, sembollerin ve ibadet edilen nesnelere doğurganlığı artıracağına inanılmıştır. Birçok din, doğurganlığın cinsel yakınlığın ve evlilik hedefinin tek sebebi olarak addetmiştir (Atwood, 1993). Çocuk sahibi olmak ya da üremek dini bir görev olarak da görülmüştür (Ibisoni & Mudege, 2014). Bununla birlikte din ve infertilite/infertilite tedavisi arasındaki ilişki karmaşıktır. Din açısından doğurganlığın öneminin vurgulanıyor olması kadınların anne olmayı daha fazla önemsemelerine ve dindar kadınların infertilite tedavisine yönelik arayışa daha fazla girmelerine neden olarak pozitif etki yaratabilir. Aynı zamanda dindarlık ya da dini inançların daha fazla önemsenmesi kaderciliği veya etik kaygıları da beraberinde getirebilir ve negatif etki oluşturabilir. Bu iki etkinin etkileşimini ise dinin infertilite tedavisi almaya yönelik tutumlar üzerindeki etkisini nötürleyeceği varsayımı ile yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde dindarlık tanımlayan kadınların anneliğe daha fazla önem verdikleri; dindarlığın kendisinin infertilite tedavisi arayışı ile ilişkili olmadığı; ancak dini kurum/organizasyonlara katılım gösteren kadınların tedavi hakkında daha fazla etik kaygılar ifade ettiği sonucuna varılmıştır (Greil ve diğerleri, 2010).

2.3 İnfertilitenin Psiko-Sosyal Yönü

Elde edilen literatür incelendiğinde infertilitenin psikolojik açıdan bireye, evlilik ilişkisine ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkilerine değinildiği görülerek, infertilitenin psiko-sosyal yönü 3 alt başlıkta ele alınmıştır. Ancak her alt başlığın kendi içerisinde ve altbaşlıklar arasında etkileşimsel bir sürecin olduğu, her bir alanın diğerinden salt bağımsız bir şekilde ele alınmasının eksik olacağı göz ardı edilmemelidir.

2.3.1 İnfertilite ve Ruh Sağlığı İlişkisi

İnfertilitenin bireyler üzerindeki psikolojik etkilerinden bahsederken iki noktaya açıklık getirmek yararlı olacaktır: Bunlardan ilki insan ruhsal durumunun doğurganlık üzerine etkisi; ikincisi ise infertilitenin insanın ruhsal durumu üzerindeki etkileridir. Psikolojik değişimlerin her iki cinsiyet içinde doğurganlığı/üremeyi etkilediği bilinmektedir. Özellikle de kadınlarda daha karmaşık olmakla birlikte çeşitli duygusal sorunlar (Ör. Anoreksiya nervosa, depresyon, anksiyete bozukluğu) ovulasyonu, menstrüel düzeni bozmakta ya da amenoreye (adet görmemeye) neden olabilmektedir. Vajinusmus, disparoni gibi cinsel işlev bozuklukları ile kısıtlanmış cinsel birleşme doğurganlığı azaltmaktadır (Hajela, Prasad, Kumaran & Kumar, 2016; Sallam & Rizk, 2012).

Günümüzde durumu açıklanamayan infertilite olarak değerlendirilen bireylerin çoğu eskiden “psikojenik infertilite” ile tanımlanmıştır. Frank (1984) infertiliteyi gerektirecek herhangi bir organik patolojinin bulunmadığı; erkek sperm sayısı ve kalitesinde sorun olmadığı halde, koruyucu mekanizma (intrapşik çatışmalarla yüzleşmeyi engelleyen) olarak ruhsal faktörlere bağlı somatik etkilerin gebe kalmayı engelleyecek nitelikte kullanılması durumunda “psikojenik infertilite” tanı kriterlerinin karşılandığını aktarmıştır. Atak (2009) çalışmasında elde ettiği bulgulardan yola çıkarak, açıklanamayan infertilite tanısı alan kadınlarda, üstbenliğin oldukça güçlü olup, dürtülerin işleyişlerine olanak tanımadığını, altbenlikten gelen dürtülerin ketlendiğini, böylelikle çocuk sahibi olmak için gereken cinsel aktiviteyi sürdürmek için cinselliğe yeteri yatırım yapılmadığını ve bedenin arzuyu sürdürmekten korkarak rahmi, dolayısıyla cinselliği ve doğumu inkar edebileceğini ve “kısırlığa” psikosomatik bir semptom olarak sıkı sıkıya bağlanılabileceğini belirtmektedir. Çalışmada anne-kız ilişkisinin açıklanamayan infertilitede önemli bir etkisi olduğu, ideal olarak anlatılan annelerin özellikle kadınsı taraflarıyla özdeşim kurmakta yaşanan güçlüğü, dürtüsel işleyişi ketlediği, hastaların narsisistik yetersizlik ve depresif duygulanımla mücadele etmek için ise tedavi arayışlarını sürdürdükleri belirtilmiştir.

Christie (1998), kantitatif bilimsel araştırmalar açısından infertilite ve psikojenik faktörler arasındaki kanıtların sınırlı ve yetersiz olduğunu; ciddi psikolojik problemleri olan birçok kişinin bebek sahibi olabilirken makul derecede 'normal' görülen birçok bireyin ise çocuğunun olmadığını belirtmektedir. İnfertilite tek başına yaşanan

ambivalansın bir sonucu değildir. Bununla birlikte anneden ayrılma-bireyselleşme sürecinin eksik olduğu bir bağlamda, gebeliğe karşı artmış bir ambivalansın fark edilememiş olması (belki de psiko-nöroendokrinolojik yollar boyunca aracılık edilen) kadın doğurganlığını azaltıyor olabilir. Çünkü bir çocuk doğurmak için, etkin bir ayrılma bireyselleşme sürecine eşlik eden özgürlük duygusu ile kendi ambivalan duyguları hakkında optimal bir farkındalık oluşturma ve kabul etmek için büyüyen kapasitesinin olması yani olgunlaşmak gereken önkoşullardır. Yüksek düzeydeki ambivalans gebeliğin aşırı idealleştirilmesine ve ne pahasına olursa olsun şiddetli bir gebe kalma ihtiyacı şeklinde savunmaya da dönüşebilir. Fakat bu savunma biçimi, nitel olarak bir bebeğe bakım vermek ve onu yetiştirmek konusunda gereken olgun, aşamalı, biraz endişeli hazır oluştan farklıdır. Ashurts ve Hall (1989), yakın ilişki problemi yaşayan ve terapi için yönlendirilmiş ve aynı zamanda infertilite için tetkik ve tedavi gören, depresif kadınların partnerleriyle cinsel birleşme yaşamayarak kendilerine gebe kalma şansı tanımadığını ifade etmiştir.

Psikolojinin doğurganlık üzerindeki etkisine infertilite-stres ilişkisinden bahsedilirken de değinilecektir. Psikolojik faktörleri infertilite nedeni olarak tanımlamak karmaşık ve güçtür. Ayrıca bunların gerçekten bir neden mi, yoksa sadece infertiliteye katkı sağlayan ya da infertilitenin sonucunda ortaya çıkan faktörler mi olduğu sorusu önemli olup net bir cevabın verilmesinin güç olduğu düşünülmektedir.

İnfertilite ve tedavisinde etkili olduğu belirtilen pek çok duygusal faktörden bahsedilmektedir. Çok sayıda duygusal tepkinin/durumun bir faktör olarak ele alınmış ve araştırılmış olması doğurganlıkla ilgili duygusal faktörlerin etkisinin anlaşılmasını kompleks hale getirmektedir (Welsh & Labbé, 2012).

İnfertilitele yapılan psikoterapi seanslarında ortaya çıkan temaların özellikle kadınlarda sıklıkla izolasyon-yalnızlık duyguları, incinmiş hissetme, ağlamaklı olma, üzgün hissetme olduğu belirtilmektedir. Kadınlar genellikle kendilerinin “etraflarının hamileler tarafından çevrili” olduğunu düşünmektedir. Bu algının herkesi “hamile olan veya hamile olmayan” şekilde gören, gebelik ile fazla meşgul olan kadınlarda fantezi gibi görüldüğünü; infertil kadınlarda hamile olanları yoğun biçimde kıskanma, düşmancıl olma, hamile akrabasıyla, iş arkadaşı ya da arkadaşıyla buluşurken korku ve endişe hissetmenin sık gözlemlendiği belirtilmiştir (Christie & Morgan; 2000).

Çoğu infertil birey için hamile kalmayı başarmak bir obsesyona dönüşebilirken, son derece rasyonel olan infertil bireyler dahi batıl inançlı insanlar haline gelerek sıradan olaylar bu bireyler için sembolik anlamlar kazanabilir. İnfertil birey bu “kusurlu” durum ve sonuçları için Tanrı’yı ve ebeveynlerini suçlayabilir. Ailesi ve ebeveynlerince kınanmaktan korkabilir (Frame, 2008). Özellikle eşinin çok fazla çocuk istediğini bilen kadın, eşinin başka bir “doğurgan kadın” için kendisini terk edeceğinden endişelenebilir (Ashurts & Hall, 1989).

Bununla birlikte yaşanan her bir duygusal tepkinin mutlaka infertilite sürecini olumsuz etkileyeceği ya da infertilite nedeni olabileceği gibi bir çıkarıma varılmaması önemlidir. Bir kadının çocuk sahibi olmayı istediği sürece kaygı, gebelikle ilgili derin çatışmalı duygular, hatta duygusal kargaşa yaşaması gibi etkenlerin hepsi içsel düzenlemeleri teşvik eden ve kadının yeni annelik rolü için hazırlanması için birer güç haline de gelebilmektedir (Christie, 1998). Benzer çerçevede infertilite ile baş etme süreci, olumsuz etkilerine karşın travma literatüründe ifade edilen kişisel güçlülük ve büyüme için fırsatta sunabilir (Paul ve diğerleri, 2010).

İnfertilite ile ilişkili çok sayıda karmaşık duygu yaşanmaktadır. Bunların bazıları tetkik ve tedavi süreçleri, alternatifler hakkında karar vermeye dayanan gerçek zorluklarla ilişkili olarak gerçekçi ve rasyonel duygular iken; bazıları mitler, batıl inançlar, büyüsel veya neden-sonuç hakkında çocuksu düşünmeye dayanan irrasyonel duygulardır. Kökeni ne olursa olsun, infertiliteyle ilgili duygular incelenmeyi hak etmektedir. Bunlar şok, inkâr, yalıtım, öfke, suçluluk ve değersizlik, depresyon ve keder/yastır. Düzeyi ve yoğunluğu farklılık gösterse de, çoğu kişi bu duyguları yaşar (Menning, 1977, 1980).

2.3.1.1 Kriz Tepkileri

İnfertil birey ve eşi normal yollarla gebe kalınamayacağını ve çocuk sahibi olamayacağını fark etmeleriyle birlikte -diğer kriz durumlarında olduğu gibi- şok, inkâr ve inanmama aşamalarına dair tepkiler vermektedir (Frank, 1984).

Menning’e göre hiç kimse infertil olmayı beklemez. İnsanlar aile kurmaya karar verdikleri zaman doğurgan olduklarını varsayarlar ve bunu hamilelik için denemelerde bulununcaya kadar bilemezler. Ebeveyn olmak için istek duymanın veya karar

vermenin yeterli olmadığını fark ettiklerinde genellikle verilen ilk tepki, geçici ve yüzeysel olsa da şok tepkisidir. Sonraki aşama inkârdır. İnkârın belli bir amacı vardır. Zihin ve bedenin olaylara kendi hızıyla uyum sağlayabilmesine olanak tanır. Özellikle geri dönüşün mümkün olmadığı ve beklenmedik bir biçimde konulan (doğuştan sperm yokluğu ya da prematür over yetmezliği gibi) teşhişler sonrasında, düşük ve ölü doğum zamanlarında koruyucu savunma mekanizmasıdır. Ancak uzun süreli ve kalıcı başaçıkma mekanizması olarak kullanımı tehlikelidir (Menning, 1977, 1980).

Özellikle önceki hedef ve planlarına ulaşmış, başarı odaklı bireyler medikal tedavi almak yerine ilk olarak “daha fazla” denemeyi (daha fazla cinsel birleşme, dinlenme, okuma materyali edinmek gibi) tercih etmektedir. Bazıları ise hamilelik isteğini reddetmektedir. İnkâr ve inanmama aşamasında bazıları ise geçici bir iyimselik kazanarak tedavi arayışına girerken, bazıları tedavi başlangıcı negatif duygulara zemin oluşturabilir (Frank, 1984).

2.3.1.2 Öfke

İnfertilite tetkik ve tedavi sürecinde, bireyler bedenleri ve kaderleri üzerindeki kontrollerinden feragat etmektedir. En iyi doktor hasta ilişkisinde bile hayal kırıklığı, çaresizlik ve utanç unsuru mevcut olabilir. Öfke kontrol kaybına ve çaresizliğe karşı öngörülebilir bir yanıttır. Öfke bazen rasyonel olabilir. Yani öfke, infertilite test ve tedavisinden kaynaklı acı ve rahatsızlığın karşısında veya aile ve sosyal çevreden gelen “çocuk yapmaya” yönelik baskılara odaklı gerçek ve doğru algılardan kaynaklanabilir. Bazen de daha az rasyonel olan olup; kürtaj yanlılarına, “tavşan gibi” üreyenlere veya çocuk istismarında bulunanlara veya üzerlerinde kontrolü olduğunu algıladıkları sağlık personeline gibi belli hedeflere yansıtılabilir. İrrasyonel öfke birincil duyguların (henüz kabul edilmemiş yoğun acı ve keder gibi) önünde yer alır. Her iki öfkede de asıl hedef durum ve benliğin her ikisidir. Durum “saldırmak” için çok genişken, kendine saldırmak rahatlamaktan öte acı vericidir. Savunma mekanizmaları kendiliği korumak için devreye girer ve öfkeyi yansıtır. Eğer öfke kabullenilmemiş ya da fark edilmemiş ise daha çok bastırılır ve depresyona yol açabilir. Kaynağı ya da türü ne olursa olsun, öfke açığa vurulabilir ve rahatsız edici durumun tekrarlanarak anlatılması ile öfke yok edebilir (Menning, 1977, 1980).

Spielberger'in durumluk ve sürekli öfke tanımları açısından infertil kadınların algıladığı sosyal destek ile geçici duygusal durumu yansıtan durumluk öfke arasında negatif ilişki olduğu; genel kişilik özelliği olarak tanımlanan sürekli öfke ile ise istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca öfke ifadelemesi yüksek (bastırarak veya agresif davranışlar sergileyerek ya da her ikisi birlikte) kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi az olup, yüksek düzeyde sosyal destek algılayan kadınlar öfke deneyimi ve ifadelemesini önlemeye yönelik daha fazla kontrol etme, daha az bastırma eğilimindedirler ve öfkelerini çevredeki diğer insan ve nesnelere doğru yöneltmeyip, uygun şekilde ifade etme eğilimindedirler (Atwood, 1993). Başka bir çalışmada fonksiyonel nedenlerle infertil olan kadınların doğurgan olma ve organik infertil olan kadınlara göre öfkeyi daha fazla bastırma eğiliminde oldukları ve daha az kontrol edebildikleri ile öfkeyi bastırma eğiliminin fonksiyonel nedenlerle oluşan infertilitede yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Fassino, Piero, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002).

2.3.1.3 Yalıtım/İzolasyon

İnfertil birey/çiftin izolasyonu, sosyal ve kişilerarası faktörlerin karmaşık etkileşimiyle oluşmaktadır. İnfertiliteye ilişkin izolasyon farklı formlarda görülebilir. İlkinde infertil birey/çift başkaları tarafından değerlendirilme veya yargılanıyor olmadan korunmak ya da sosyal destek sistemleri tarafından yanlış anlaşıldıkları için problemlerini diğerlerinden saklayabilir. Bunun dost, akraba, arkadaşları çiftin çocuk istemediklerini ve korundukları varsayımı ile hareket ederek, "aile olmaları" noktasında söylemlerle baskı uygulaması ile diğerlerinden sosyal destek alamadıkları için çiftin daha çok birbirine dönmesi şeklinde iki olumsuz sonucu vardır. Özellikle duyguların farklı düzeylerde yaşayan ve tedavi/alternatifler konusunda birinin diğerinden daha fazla motive olduğu çiftlerin birbirine yönelmesi genellikle zordur. Diğer tür izolasyon kendilerine acı veren sosyal olay ve toplantılardan çiftin kendilerini korumalarıdır. Bazen de infertil birey/çift doğurganlıkla ilgili hatırlatıcılardan kaçınmak için yaşam stillerini radikal biçimde değiştirebilirler (Atwood, 1993; Menning, 1977).

2.3.1.4 Suçluluk ve Değersizlik

İnfertil bireyler genellikle infertilite ve yaşamları boyunca yaptıkları (ya da yapmadıkları) bir şeyler arasında doğrudan sebep-sonuç ilişkisi kurma eğilimindedir. İnfertil bireyler ortak ve bireysel geçmişlerini gözden geçirerek, cezalandırıldıkları bir suç aramaktadır. Suçluluk kaynağı “iyi bir insan olmamak” gibi belirsiz bir şey olabileceği gibi evlilik öncesi seks, kürtaj, doğum kontrol kullanımı, eşcinsel düşünce ya da eylemler, mastürbasyon gibi gerçek eylemler de olabilir. Suçluluk kaynağının fark edilmesi sonrasında infertil birey affedilmek ya da mevcut cezalandırılmasının bitmesi için Tanrı veya kaderle pazarlığa ya da telafi etme sürecine girmektedir. Yapılan dua, çekilen acı ve telafi uğraşlarının dikkate alınmadığında ise, doğurganlıkla ilgili adaletsizliğe, Tanrı’ya veya yaşama yönelik daha fazla öfke ortaya çıkmaktadır (Menning, 1977). Benlik saygısı düşük olan bireylerde, infertilite-ye ilişkin suçluluk düşünceleri daha sıktır. Kendine zarar verme davranışları görülebilir. Çocuk sahibi olmayı gerçekten hak etmediklerini düşünen bireyler, diğerlerinin “kötü olduklarını” anlamamaları için infertil olduklarını gizli tutabilirler (Menning, 1980).

Ashurts ve Hall’a (1989) göre törensel halde infertilite kliniklerine başvuruda bulunuyor olmak kendini cezalandırma ve değersizlik onayı için bir ihtiyacı karşılıyor olabilir. Bu ihtiyacın karşılandığı kadınların “anne olmakla” ilgili yoğun yaşadığı ambivalans, annelik içgüdüleri istemsiz engellenmiş olan kadınların yaşadığı yoğun umutsuzluktan farklıdır.

2.3.1.5 Kayıp ve Yas

İnfertilite ile ilişkili kayıp beklentisel, kontrolsüz ve belirsiz niteliktedir. Kayıp duygularının birçoğu benzer şekilde bitmez, dolayısıyla kesin ve tam çözülmesi imkânsızdır (Jessup, 2005).

İnfertilite kaynaklı yaşanan kayıp duygusu “geçmiş, şimdi ve gelecek için planlanmış olan biyolojik çocuğun” kaybının bireysel ve toplumsal anlamlarıyla etkilenecek bireylerde/çiftlerde farklı deneyimlenmektedir. Genel olarak kayıp içeriği (Crawshaw, 2010):

- Kader/talih kontrolünün,
- Beden fonksiyonlarının kontrolünün,
- Genetik devamlılığın,
- Biyolojik anne/baba/ebeveyn/eş olarak geleceğın,
- Hamilelik, doğum ve bebeklikle ilgili fiziksel deneyimlerin,
- Bireysel ve çift olarak doğurgan kimliğinin,
- Akrabalık sistemi içerisinde biyolojik çocuğu katma ile ilgilidir.

İnfertililerin yaşadığı kayıp süreci gerçek bir ölüm ile yaşanan yas sürecinden farklıdır. Çünkü infertilite ile ilgili kayıpların birçoğu sembolik ya da içsel süreçlerle ilgilidir; gerçek yaşamda olmayıp, potansiyellerin kaybıdır. Ortada yası tutulacak somut bir nesne olmadığı gibi yas sürecini işletecek toplumsal ritüeller de yoktur veya bireyler sorunlarını paylaşmadıkları için yas/kayıp konusunda sosyal destekten yararlanamıyorlardır (Frank, 1984; Menning, 1977, 1980).

2.3.1.6 Depresyon ve Anksiyete

İnfertilite ile depresyon ve anksiyete gibi değişkenler arasında pek çok çalışma yapılmıştır. Menning depresyonun infertilitede iki farklı mekanizma şeklinde olabileceğini belirtmiştir: Patolojik depresyon ve normal depresyon. Patolojik depresyon inkâr, öfke, suçluluk, yas gibi duyguların yeterince kabul edilmemesi doğal ve önemli olan bu duyguların bastırılmasına neden olmaktadır. Gerçek duyguların kabulüne kadar da kronik depresyona neden olur. Normal depresyon ise yaşanan çeşitli duyguların ve sıkıntıyla ilişkili belirsiz semptomların meşru halidir. Öfkeden kurtulma, oluşan kaybı kabullenme ve yas tutmanın yaklaştığını gösteren doğal fazdır (Menning, 1977).

Yapılan bir çalışmada kadınlarda yüksek düzeyde anksiyetenin fonksiyonel infertilitede; yüksek düzeydeki depresyonun ise organik kökenli infertilitede yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Fassino ve diğerleri, 2002).

2.3.1.7 Varoluşsal Temalar

Çoğu birey infertiliteyi yaşamın varoluşsal anlamına meydan okuma olarak tanımlarmakta ve tekrarlayan şekilde varoluşsal krizler olarak deneyimlemektedir (Schmidt, 2010).

Öte yandan bir olay ya da krizin travmatik etki yaratıp yaratmayacağına, her birey için “o deneyimin anlamına” bağlı olduğu vurgusu ile infertilitenin stres kaynağı olduğu kadar travma sonrası büyüme (posttraumatic growth-PTG) için bir fırsat olabileceği belirtilmiştir. Bu varsayımın yordandığı bir çalışmada (n=121) örneklemin orta düzeyde PTG puanı ve sosyal destekten memnuniyet ifade ederken; bulgularda sosyal destekten memnuniyet ile travmatik büyümenin alt alanları olan diğerleri ile ilişkiler ve spiritüel büyüme arasında pozitif ilişki olduğu, ancak toplam PTG arasında bir ilişki bulunmadığı bulunmuştur (Paul ve diğerleri, 2010). Başka bir çalışmada ise (n=182, Çinli infertil kadın) psikolojik sağlamlılık, sosyal destek ve pozitif başa çıkma ile travmatik büyüme arasında pozitif ilişki olduğu; yüksek düzeydeki psikolojik sağlamlılık ve algılanan sosyal desteğin olumlu başa çıkmanın infertil kadınlarda travmatik büyümeyi kolaylaştıracak pozitif başa çıkma düzeyini artırdığı belirtilmiştir (Yu ve diğerleri, 2014).

2.3.2 İnfertilite ve Evlilik İlişkisi

İnfertilite bireysel alanda kriz yaratabildiği gibi çoğu bireyin evlilik ilişkisinde de uzun süreli krizlere neden olabilmektedir. İnfertilite, yeni evliliklerde ilk ciddi krizdir. Ebeveyn olmakla ilgili hayal ve beklentilerine ulaşamıyor olmakla karşı karşıya gelen çiftler yaşam döngüsündeki normal sıralamanın dışında hissetme eğilimindedirler. Çünkü tam da ebeveyn olmakla ilgili duygularını, düşüncelerini ve planlarını organize ettikleri bir dönemde bu sorunla karşılaşmaktadırlar. Etkileri yaşam döngüsü boyunca devam edecek şekilde infertilite, çift olarak bireylerin yaşam planlarını ve sonuçlarını geri dönülmez bir şekilde etkilemektedir. Kriz durumuna girmesiyle çift yeniden karar vermeyi gerektiren yeni görevlerle yüzleşir. İnfertilite -neredeyse en baştan itibaren- ebeveynlik karşısındaki varsayımlarını, öncelik ve beklentilerini yeniden gözden geçirmeleri için bireyleri zorlamaktadır. İnfertil olmak, çift olarak bireylerin nasıl bir aileye sahip olmak istedikleri hakkındaki temel soruları (kaç çocuk, ne zaman, nasıl, neden gibi...) yeniden düşünmelerini gerektirir. İlk başta bireysel olarak ortaya çıkan bu düşünceler, zaman içerisinde eşler arasındaki iletişimin bir parçası olmaktadır ve diğer kararların alınmasını (ör: tedaviye devam etmek ya da diğer seçenekler arasında seçim yapmak gibi) şekillendirmektedir. İnfertilitenin yeni görevlerine ayak uyduran çift evlilik amaç ve beklentilerini mutlaka birbirlerine belirtirler ve böylelikle amaçları

doğrultusunda daha koordineli bir şekilde eyleme dönük hareket ederler. Çift olarak bireylerin beraberliğinin devam etmesine de aracı olan, iyileşme ve çözüme yönelik diğer bir görev ise kayıplara rağmen umudun korunmasıdır. Ortak anlamların tekrar yapılandırılması görevi ise karmaşıklığın, çözülmenin ve tinsel boşluğun ortadan kalmasına yardımcı olur. Diğer iki görev ise işbirlikçi/ortak etkinliklerin yeniden yapılandırılması (ayrıca bu görev infertilite ile ilişkili kişisel çabalar için gerekli olan görevlerin yerine getirilmesini de sağlar.) ve ilişkinin yeniden yapılandırılmasıdır. İlişkinin yeniden yapılandırılması diğer görevlerin yerine getirilmesinde destek ve güç kaynağıdır. İletişim (Ör: infertilite kaynaklı yaşanan hayal kırıklığı, başarısızlık, kayıp duygularının paylaşılması; başatma ve deneyimleme sürecindeki farklılıkların ve ortak noktaların fark edilmesini sağlayacak konuşmalar olması) ve birlikte zaman geçirmeyi destekleyen ritüellerin olması bireylerin çift olarak birbirlerine yakınlaşmalarını sağlamaktadır (Jessup, 2005).

Evlilik ilişkisi bağlamında stres düzeyi bireyin eş ilişkisinde partnerlerin birbiri için bakım almasını ve vermesini zorlaştıracak kadar yoğunlaştığı durumlarda eğer dış destek bunu telafi etmede yetersiz kaldı ise, ilişkideki potansiyel işlevsizlik artmaktadır (Crawshaw, 2010). Buna karşın eğer çift güçlü, destekleyici bir ilişkiye sahipse ve problem her ikisi tarafından da sahipleniliyorsa, yaşamlarında çoğu stresli durumla birlikte yüzleşebileceklerini hissetmekte ve profesyonel desteğe ihtiyaç duymamaktadır (Wilkes, Hall, Crosland, Murdoch & Rubin, 2009).

Forooshany, Yazdkhasti, Hajataghaie ve Esfahani (2014) evlilik ilişkisinin (ilişki sorunlarının düzeyi açısından durumu) infertil kadınlar için mental sağlık üzerinde dolaylı ve dolaysız etkisi olduğunu belirtmişlerdir. İnfertil bireylerin cinsiyetten bağımsız kişisel ve evlilik yaşantılarında hemen hemen eşit düzeyde olumsuz duygular yaşamalarına karşın, kadınlar erkeklerden daha fazla ruhsal sorun yaşamaktadırlar. Evlilik ilişkisinin mutluluk üzerindeki etkisi kadınların mental sağlık durumlarını etkilemektedir.

İnfertilite ile yüzleşen çiftlerin yaşadığı klinik düzeydeki stres/sıkıntı iki tür baskı arasındaki karmaşık etkileşimin sonucudur. Bunlardan biri bireysel ihtiyaçlar, beklentiler ve incinebilirlik/hassasiyet (bir kısmı toplumsal cinsiyete dayalı örüntülerden kaynaklanıyor olabilir); diğeri ise sosyal destek ve iletişimde dâhil olduğu ikili ve

sistemik süreçlerdir. Her ikisinin etkileşimi bireylerin çift olarak infertiliteye nasıl tepki vereceğini anlamak için önemlidir (Jessup, 2005).

Evlilik ilişkisinde infertilite kaynaklı değişim ve/veya sorun yaşıyor olmak sürecin normal bir parçasıdır. Ancak bu değişimin ya da sorunların niteliğinin ve/veya şiddetinin ne düzeyde olduğu ile eşlerin her birinin bireysel olarak nasıl etkilediği önemlidir. İnfertilite bazen yeni sorunlar getirdiği gibi, bazen de var olan problemlerin daha da kötüleşmesini sağlayabilmektedir (Jocabs & O'Donohue, 2007). Frame (2008), açıklanamayan infertilitede bireylerin başka bir partnerden çocuk sahibi olabilmek umuduyla eşinden ayrılma kararı alabildiğini belirtmektedir.

İnfertiliteye bağlı gelişebilecek her ilişkide görülebilecek sorunlar iki kaynaklı olabilir. Bunlar: 1) Bireysel farklılıklar 2) İnfertiliteye verilen tepkiler olarak iki başlık altında ifade edilmektedir. Bireysel farklılıklar kişilik özellikleri, başa çıkma yöntemlerindeki farklılıklar, düşünce biçimi ile değer/inanç farklılıklarını içerirken; infertiliteye verilen tepkiler infertilite nedeni olmak, süreçte alınması gereken karar alma aşamalarını, sürecin beraberinde (özellikle tanı/tedavi aşamasındaki) getirdiği gündelik meseleleri ve cinsiyet farklılığına bağlı olan tepkilerdeki farklılığı içermektedir (Jocabs & O'Donohue, 2007).

İnfertilite ve tedavisinin çift ilişkisi açısından bireyler üzerinde paradoksal etkisi söz konusudur. İnfertilite stres ve gerilimle birlikte aynı zamanda ilişkinin güçlenmesi yönünde olanaklar da sunmaktadır (Peterson, Pirritano, Block & Schmidt, 2011; Schmidt, 2006, 2010). Yapılan bir çalışmada -infertilite deneyiminin olumlu sonucu olarak- başarısız tedavi sonrası 5 yıl izlenen çiftlerin evlilik ilişkilerinde yararlılık (ilişkiyi güçlendirme, çiftleri birbirine yakınlaştırma) yönünde olumlu etkisi olduğu; bu etkiyi kadınların genel olarak erkeklere göre daha hızlı ve daha fazla düzeyde, erkeklerin ise zaman içinde artan şekilde deneyimledikleri belirtilmiştir (Peterson ve diğerleri, 2011).

İnfertil bireyler ve evlilik ilişkisi dikkate alındığında iki unsur önem kazanmaktadır: 1) İletişim ve 2) Cinsellik.

2.3.2.1 İletişim

İnfertilite ile başederken, bireylerin partnerleriyle açık iletişim kurabiliyor olmasının önemi vurgulanmaktadır. Bireylerin açık iletişimle elde edecekleri kazanımlar: 1) Yalnızlık ve kopukluğun/ilgisizliğin azalması, 2) İnfertilitenin nasıl yaşandığı ve tepki gösterildiğine dair toplumsal cinsiyet farklılıklarının normalleştirilmesi ve eşlerin birbirlerini anlamalarının sağlanması, 3) Suçluluk, suçlama ve utancın azalması, 4) Görev paylaşımının ve iş bölümünün gerçekleştirilmesi/iyileştirilmesi, 5) Tedavi düzeni dışında birlikte zaman geçirilmesidir (Jessup, 2005).

İnfertil birey için doğurganlık kapasitesinin olmaması yaşam boyu süren yetersizlik ve başarısızlık duygularına yol açabilirken, bu “başarısızlık” evlilik ilişkisinde kolayca “hata/kusura” dönüşerek diğer partner (fertil olan) tarafından herhangi bir tartışma sırasında acı veren bir silaha dönüşebilir (Frame, 2008).

2.3.2.2 Cinsellik

İnfertilitenin varlığı bireyin/çiftin cinselliği veya cinsel yaşamı ile iki şekilde etkileşime girebilir. Birincisi infertilitenin kendisi (tanımla, tedavi süreçleri, infertil olmak) cinsel sorunlara ya da cinsel işlev bozukluğuna katkı sağlayabilir veya bunları kötüleştirebilir. İkincisi var olan cinsel sorunlar (vajinusmus) çocuk sahibi olamamaya zemin oluşturabilir (Read, 2004).

Cinsellik ve cinsel yaşam açısından da bireyler üzerinde infertilitenin dolaylı ya da doğrudan çeşitli etkilerinden söz edilebilir. Bazıları için cinsel yaşamlarına dair soruları cevaplamak ya da çeşitli fiziksel tetkik/araştırmalara maruz kalmaktan ötürü tıbbi tedavi alıyor almak zorlayıcı olabilir. Cinsel isteksizlik ve uyarılma zorluklarına yönelik şikâyetler sık olup, bunların bir kısmı doğurganlığı artırıcı ilaçların yan etkisiyle ilişki olabilir. Bu ilaçlar cinsel uyarılma ve orgazmı da etkileyen otonom sinir sistemi yollarını etkileyebilir ve sonucunda da kadınlarda uyarılma ve orgazm sorunları, erkeklerde de erektil disfonksiyon görülebilir. Diğer etkisi tedavi prosedürünün sıklığı ve zorluğuna bağlı olarak bireylerin kronik şekilde tükenmiş hissetmelerine neden olabilmesidir. Tedavi sürecinde en özel ve samimi alanlarına girilmesiyle bireylerin cinsel spontanlığı ve zevkleri azalabilir. Siklusların takip edilmesiyle birlikte gebelik için cinsel ilişkinin kurulması görev haline gelebilir. Her iki cinsiyette cinselliğin mekanik-tıbbi hale gelmesi veya üçüncü bir tarafça (tıbbi

ekibçe) incelendiği hissedilmektedir. Bundan dolayı hem erkek, hem de kadın kendini değersiz ve “makine gibi sevişmek için” isteksiz veya yetersiz hissedebilir, performans baskısı yaşayabilir, cinsel birleşmeden (ya da sevişmekten) kaçınabilir. Tedavi protokollerinde ne zaman ve ne sıklıkta sevişeceklerinin belirtilmesi, kendi içsel cinsel ritimleri ile cinsel aktivitelere fiziksel katılımlarının farklı olmasına neden olmaktadır. Tedavi, çift olarak bireyler arasında cinsel ilgiyi uyaran ve sürdüren kontrol-teslimiyet arasındaki iç dengeyi bozabilir, istek ve uyarılma sorunlarına neden olabilir. Bu durum zaman içinde bireylerin çift ilişkisinde kopukluk yaşaması ile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca gebe kalmakla ilgili tekrarlayan başarısızlıklar geçmişteki cinsel davranışlar, doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı ve gebelik kayıpları ile ilişkili suçluluk duygularını depreştirir ki bu da cinsel isteği engeller (Ashurts & Hall, 1989; Jessup, 2005; Read, 2004). Sonuç olarak zaman içerisinde birey ve çift için cinsellik haz veren bir eylemler bütünü olmaktan öte “üremeye” odaklı bir eylem haline gelebilmektedir.

Cinsellikle ilgili yetersiz bilgi ve yanlış inançların olması da infertil bireyler arasında cinsel sorunları pekiştirebilir. Uyar (2015), infertil kadınların (n=100) cinsel mitlere inanma düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada infertil kadınların doğurganlık sorunu olmayan kadınlara (n=78) göre cinsel mitlere inanma düzeylerinin yüksek olduğunu ve cinsel doyumda da azalma olduğunu ve bu durumun eğitim seviyesinin düşük olmasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir.

2.3.3 İnfertilite ve Sosyal İlişkiler

İnfertilite başlangıçta iki kişi arasında özel bir problem iken, çiftin YÜT kliniğine başvurma kararı almasıyla birlikte yaşamlarının detayları doktorlar, aile ve arkadaşlar arasında bilinir olmaktadır (Nowoweiski, 2013). Böylece infertilite hem kişisel alanda, hem de çift ilişkisinde yansımalar oluşturduğu gibi bireyleri diğerleriyle olan ilişkilerinde de doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir.

Hamile kalmanın zorlaşması durumunda doğurgan arkadaşlar ve onların çocukları kızgınlık/gücenme merkezi haline gelebilmektedir. Anneler günü, babalar günü gibi özel günler çoğu infertil bireyi umutsuzluğa sürüklemekte veya çocuğu/torunu olan kardeşten uzaklaşmasına neden olmaktadır. Ya da bireyler başkalarının çocuğu ile olunabilecek davetlere katılmaktan hoşlanmamaktadır (Frame, 2008). İnfertil kadın

uzun dönemli arkadaşlıklarda, arkadaşının kendi çocuklarının derdine düşmeye başlaması ile kendini dışlanmış ya da kız kardeşi/görümcesi/gelinleri ebeveynlerine “büyükanne/büyükbaba olma onurunu verdiğinde” kendini garip/başarısız hissedebilmektedir. Yine hamile kadınlar ile bebeği olan genç anneler imrenmeye ve kasvetli bir umutsuzluğa neden olabilirken, çalışma ortamındaki hamile kadınların olması ise infertil kadını yalnız ve dışlanmış hissettirebilmektedir (Ashurts & Hall, 1989). Sonuç olarak infertil kadın kendi sorunlarını hatırlatıcı olduğu için benzer sosyal ortamlardan kaçınabilir. Yaşanan sosyal kaygılar daha fazla strese neden olur, stresin artması durumu daha da kötüleştirmektedir. Çünkü kaçınmayla birlikte süreçte alınabilecek sosyal destek azalmış olmaktadır (Rashidi, Hosseini, Beigi, Ghazizadeh & Farahani, 2011).

Allan (2009), Amerikan infertililerin kendine yardım ve destek aldıkları literatür bilgisinin tersine İngiliz kadınların infertilite ile başa çıkma konusunda kendine yardım ve akran desteğini kullanmadıkları yönündeki izleniminden bahsetmektedir. İnfertil kadınların doğurgan olan kadınlarla olan ilişkilerini duygusal açıdan riskli gördüklerinde, kadınlar için infertilite sosyal hastalık ya da kaos olarak tanımlanabilir.

Sosyal ilişkiler bağlamında değinilebilecek diğer bir konu ise infertil bireyin durumunu diğerleriyle paylaşıp paylaşmadığıdır. İnfertilite ile ilgili deneyimlerin ailelerle paylaşılmasına karşın, destekleyici tutum görememek, infertiliteyi dışlanmış hissettiren, ailelerden birinin destekleyici olması pozitif etki oluşturmaktadır (Wilkes ve diğerleri, 2009). Whiteford ve Gonzales (1995) infertilite hakkında kadınların eşleri ile bile konuşurken çekindiklerini, eşlerin her ikisinin de kayınvalideleriyle konuşmak istemediklerini; ayrıca infertiliteye ilişkin güçlükleri hakkında diğerleriyle konuşmayan çiftlerin cinsel hayatları, potansiyelleri ve olası eksik sonuçları hakkında daha fazla soru ve şakaya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin kendilerini ne kadar açtıkları ve ne hakkında konuştuklarına dair genel olarak 3 tür strateji belirtilmiştir. Birincisi “açık görüşlü strateji” (infertilite ve tedavisine yönelik formal bilgilerin ve duygusal reaksiyonların birlikte paylaşılması), ikincisi “formal strateji” (sadece tedavi tarihleri, yumurta sayısı gibi formal bilgilerin paylaşılması), üçüncüsü ise “gizlilik stratejisi” (her türlü bilginin sır gibi saklanması) (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005; Schmidt, 2006).

İnfertilite -sosyal ilişkilerin bir parçası olarak- kadının çalışma durumunda iş hayatını ve ortamındaki ilişkilerini de etkilemektedir. Yapılan bir çalışma da (n=200) kadınların %87.5'inin sorunlarını iş arkadaşları ile paylaşmada (en çok kendilerinin arkadaşları tarafından anlaşılmadığını hissettikleri için); %67'sinin ise sorunlarını yöneticisi ile paylaşmada güçlük yaşadığı, bu sorunun çoğunlukla (%51.5) cinsiyet farkından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Durmazoğlu, 2015).

Sosyal ilişki bağlamında bahsedilebilecek diğer bir konu, infertil bireylerin tanı ve tedavi sürecinde sağlık personeli ile kurduğu ilişkidir. Profesyonel ilişki içerisinde açıklayıcı, mekanik olmayan, işbirliğini vurgulayan, bireylerin içinde bulunduğu ruhsal durumun gözetildiği bir ilişki/iletişim biçimi infertil bireylerin süreçte daha az stres algılamalarına sebep olabileceği gibi, tedavi sürecinde kendilerinde kontrol algısı yaratarak, tedaviye devamlılığı ya da tedavinin gereklerini yapmayı kolaylaştıracaktır. Salam ve Rizk (2012), sağlık profesyonellerine yönelik tanılama, tetkik ve tedavi sürecinde hem kadın, hem erkeğin güveninin kazanılarak, çift olarak tedaviye alınmasını; bireylerin/çiftlerin psikolojik ihtiyaçlarını göz önünde bulunduracak şekilde soruların seçilmesini ve ifade edilmesini; bireylere kendilerine konulan tanı ve tedaviyi düşünmeleri için yeterli zaman verilmesini; her muayenede değişen işleyiş şemasının sağlık ekibiyle kooperasyonu engelleyeceğini ve gerekirse üçüncü kişilerin (kayınvalide, anne gibi) katılımının teşvik edilmesini önermektedir.

2.4 İnfertilite-Stres İlişkisi

Yapılan literatür çalışmasında ulaşılan kaynaklar gözden geçirildiğinde infertilite ve stres ilişkisinin daha çok psikolojik belirtiler, tedavi öncesi, esnası ve sonrası süreçler, başa çıkma, uyum, iyi oluş gibi kavramlarla araştırıldığı; biyolojik açıdan doğrudan ilişkisine yönelik çalışmaların kısıtlı olup, daha çok hayvan deneyleri üzerinde yapılan çalışmaların sonuçları ile genellendiği veya stres karşısında sinir ve endokrin sistemleri üzerinde meydana gelen değişim/tepkilerin incelendiği çalışma sonuçları üzerinden açıklanmaya çalışıldığı görülmüştür.

2.4.1 Stresin Üreme Sistemi Üzerine Etkisi

Stres, homeostatik dengeyi bozan fizyolojik ve psikolojik şartların (stresörlerin) sebep olduğu vücut değişiklikleridir. Bu değişimleri yani stresin psikofizyolojisini ve

kadınlardaki üreme sistemini kavramak, stres-üreme-infertilite ilişkisi açısından da önemlidir.

Kadınlarda üreme sistemi kısaca şöyledir: Hipotalamus tarafından salgılanan lütein hormonu salgılatıcı hormonu (LHRH) petüiter bezi (hipofizin ön lobunda) uyararak lütein hormonu (LH) ve follikül uyarıcı hormonu (FSH) salınımı gerçekleşir. Bu iki hormonla estrojen (E2) sentezi için ve sonrasında yumurta oluşumu için follikülleri uyarılır. Menstrual dönemin ilk yarısında LHRH, LH, FSH ve E2 hormonları salgılanırken; ikinci yarısında yumurtalıklarda progesteron salgılanır. Bunların baskın hormon halini almasıyla rahim duvarı uyarılır, yumurtaların olgunlaşması sağlanır. Yumurtlama sonrası döllenme olduğu takdirde gebelik oluşur (Sapolsky, 2000, çev.2004; Zanganeh & Shooshtary, 2009).

Stres karşısında merkezi sinir sistemi ve periferinde bireyi ve türleri korumaya yardımcı olan değişiklikler meydana gelir. Bu değişimler adaptif davranışların ve periferik fonksiyonların harekete geçirilmesini ve beslenme, üreme, büyüme gibi biyolojik açıdan maliyetli davranış ve istemsiz fonksiyonları inhibe eder. Kısa süreli stresin vücut üzerindeki etkileri de (büyüme, üreme, katabolizma, immün sistem gibi) kısa ve belli sürelidir, geçici olarak yararları vardır ve/veya kişi için olumsuz bir sonuç getirmez. Ancak stres tepkisinin aktivasyonu uzun süreli olduğunda stres karşısında organizmanın hayatta kalma potansiyelini en üst düzeye çıkaran adaftif bir sistem olan Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal eksen (HPA) aktive olur. HPA ekseninin kadın üreme sistemi üzerinde farklı düzeylerde baskılayıcı etkisi vardır. HPA aktivasyonun gonadal aktivitenin kazanılmasını sağlayan Hipotalamus-Hipofiz- Gonadal (HPG) eksenini baskılama potansiyeline sahip olduğu kanısı evrensel olarak uzun süredir mevcuttur. Ancak HPA-HPG arasındaki ilişkiyi insanlar üzerinde doğrulayan veriler az ve dolaylı olup gerek hayvan gerekse insan araştırmalarında ilişkinin aydınlatılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Chrousos, Torpy & Gold, 1998; Ferin, 1999).

Artan stres düzeyinin ve belirli ruhsal rahatsızlıkların (anoreksiya nervosa gibi) kadının HPG eksenini önemli ölçüde değiştirdiği bilinmektedir. Bu değişimin kadın üreme hormonlarının da ortamını değiştirdiği belirtilmektedir. LHRH yoğunluğu azalır, prolaktin (PRL) ve glukokortikoidler (*adrenal korteksten stres durumunda üretilen steroid hormon) petüiter bezinin LHRH'a olan duyarlılığını bloke eder. Aynı

zamanda yumurtalıklar etkilenecek, LH'ya karşı az tepki verirler. Ayrıca stres durumunda salgılanan PRL gonadotropin ve over hormonlarını baskılar. Progesteron salınımına engel olarak, rahim duvarının olgunlaşmasını engeller. LH, FSH ve E2 salınımı baskılanmasıyla yumurtlama azalır, menstrual döneme giriş uzar, siklus düzensizleşir. Yani özellikle kronik stres HPA ve HPG eksenleri üzerinde olumsuz etkiye neden olarak, kadınlar için infertilite oranının artmasına katkıda bulunabilir (Balcıoğlu & Savrun, 2001; Hajela ve diğerleri, 2016; Sapolsky, 2000: çev.2004; Zanganeh & Shoostary, 2009).

2.4.2 Stresin Psiko-Sosyal Yönü

İnfertilitenin gerek sosyal-kültürel, gerekse psikososyal ve ekonomik yönünün getirilerinin bireyler üzerindeki etkileri genel olarak stres kavramıyla ifade edilebilir. Stres genel olarak olumsuz bir etken gibi algılanmasına karşı stresin uyum sağlayıcı, motive edici, gelişimi sağlayan olumlu etkilerinin de olabildiği ve bu açıdan belli bir miktar stres düzeyinin yararlı olduğu göz ardı edilmemelidir. Ancak bu çalışmada stresin infertil bireyler üzerindeki sıkıntı/rahatsızlık yaratan olumsuz etki yaratan yönüne (distress) odaklanılmıştır.

Yapılan literatür çalışmasında infertilite-stres ilişkisine yönelik varsayımlara sıklıkla değinildiği ve kuramsal/teorik bilgilerle temellendirilmeye çalışıldığı; ancak araştırma sonuçlarının infertilite-stres ilişkisinin varlığı yönünde tutarlılık göstermediği dikkat çekmiştir. Çalışmalarda farklı değişkenler ile stres düzeyleri arasındaki ilişki, stresin tedavi süreci, tedavi sonuçları ve hamilelik oranları üzerine etkisi gibi farklı konular çerçevesinde araştırmalar yapıldığı görülmüştür.

İnfertilite, nedeni genetik bir bozukluk ya da kanser teşhisi almak gibi tek bir duruma bağlı olduğunda, bireyler tarafından uyum sağlamak için özel başa çıkma stratejilerini içeren, zaman-sınırlı bir kriz/akut stres olarak deneyimlenebilir. Bununla birlikte çoğu birey için getirdiği ek sorunlara/değişimlere uyum ve dengenin sağlanabilmesi için farklı başa çıkma stratejileri gerektiren uzun bir süreçli kronik bir durumdur. Akut ya da kronik stres olsun, infertilite önemli yaşam hedeflerini tehdit eden, kişisel kaynakları zorlayan ve geçmişten çözülmemiş problemleri potansiyel olarak uyandıran, çözülmeyen bir sorun olarak algılanan veya yaşanan yaşam krizidir (Burns & Covington, 2006).

Çoğu çalışmada stresin (ya da ilişkili semptomların) infertilite tarafından tetiklendiği ve bazen de başarılı hamilelik oranlarını azaltarak doğurganlık sorunları tedavisini zorlaştırdığı bildirilmektedir. Buradan hareketle infertilite ve stres arasındaki ilişki çift yönlü olup, bu ilişkinin zaman içerisinde kısır döngüye dönüştüğü söylenebilir. İnfertilite ve stres arasındaki ilişki 3 kategoride değerlendirilebilir: 1) İnfertil olmak ve başarısız infertilite tedavisinin strese sebep olması. 2) Stresin ve duygudurum bozukluklarının (kronik stresin beynin nörokimyasal yapısındaki değişimi ile) infertiliteye katkı sağlaması 3) İnfertilitenin mevcut bir duygudurum bozukluğunun alevlenmesine neden olabilecek strese neden olması (Youssef, Rizk, Decotis & Rezk, 1992). İnfertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006).

İnfertilite sürecinde “infertil olma”nın kendisi stres kaynağı olabileceği gibi tetkik/ muayene/tanıma ardından gelen ve kendi içinde pek çok işlem basamağından oluşan ve belki de her basamakta “sonlandırma ya da devam” şartlarının oluşup oluşmadığının gündeme geldiği tedavi süreci de başlı başına bir stres kaynağıdır. Ayrıca tedavinin sonucunun başarısız olması (yani gebeliğin olmaması) dışında başarılı olan bir tedavinin doğumla sonuçlanıp sonuçlanmayacağı ve doğuma kadar geçen sürede çoğu birey için stres verici olabilir. Yaşam amacını ebeveynlik olarak gören bireylerin infertiliteden daha fazla stres algılayarak, ebeveynliği çok az önemseyenlerin daha az stres ve uyumsuzluk riski yaşayacağı beklenebilir (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991). Stanton’a (1991) göre eğer çocuk sahibi olmak bireyin temel yaşam amacı ise ve birey bu yeteneğinin engellendiğini hissedip, çözüm bulamaz ise, infertilite birey için oldukça stresli olabilir. Bu durumda infertil birey olumsuz duyguların oluşması açısından risk altındadır.

Yapılan gözden geçirme çalışmasında genellikle bireylerin IVF tedavisine başlangıç aşamasında psikolojik açıdan uyumlu oldukları, ancak hem kadınların hem de erkeklerin tedavi sonuçlarını beklerken ve sonucun başarısız olduğu durumlarda stres düzeylerinin yükseldiği; tedavinin başarılı olma durumunda ise hamilelik boyunca yaşanan stres düzeyinin normal şekilde gebelik sağlayanlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir (Eugster & Vingerhoets, 1999). Başka bir gözden geçirme çalışmasında ise, genel olarak YÜT ile tedaviye başlayan kadınların norm gruplarına yakın duygusal tepkiler verdiği; başarısız tedavilerden sonra artan negatif duyguların

ardışık başarısız döngülerde de devam ettiği; çoğu kadının başarısız tedavi sonuçlarına karşı uyum sağlarken, bir kısmının subklinik düzeyde duygusal tepkiler vermeye devam ettiği bildirilmiştir. Araştırmacılar tedavi sonucunda gebeliğin gerçekleşmesi halinde negatif duyguların hızla ortadan kalktığını ifade ederek; bu durumu, tedavi stresinin daha çok başarısız tedavi olasılığı tarafından belirlendiği şeklinde açıklamışlardır (Verhaak, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007).

IVF sonuçlarına stresin uzun ve kısa vadeli etkilerinin araştırıldığı sistematik gözden geçirme çalışmasında tedavi sırasındaki stresin olumsuz IVF sonuçlarına etkisinin olduğunu düşündüren kanıtlar olduğu, ancak bu çalışmaların heterojen olmadığı belirtilmiştir (Klonoff-Cohen, 2005). Başka bir prospektif çalışmada ise kadın doğurganlık sorunlarının veya diğer yaşam olaylarına bağlı ortaya çıkan duygusal sıkıntının tedaviyle hamile kalma şansını tehlikeye atmadığı, yani aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmektedir (Boivin, Griffiths & Venetis, 2011). Benzer şekilde başka çalışmalarda da anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olmasının ya da iyi oluşun gebelik sonuçlarını olumsuz etkilemediği belirtilmiştir (Anderheim, Holter, Bergh & Möller, 2005; Milad, Klock, Moses & Chatterton, 1998). Buna karşın stres düzeyi ile tedavi sonuçları arasındaki ilişkinin özellikle kadınlarda belirgin olup, stresin doğrudan ya da dolaylı yollarla tedavi sonucunu etkilediği, özellikle kişisel ve evlilik alanlarında yaşanan infertilite kaynaklı stresin sosyal alanda algılanan stres düzeyinden daha fazla etkili olduğu gibi çalışma sonuçları da mevcuttur (Balk, Catov, Horn, Gecsi & Wakim, 2010; Boivin & Schmidt, 2005).

Wasser ve diğerleri (1993) çalışmalarında yapılan infertilite değerlendirmesinde gebe kalamayışın fonksiyonel nedenlere bağlandığı kadınların, anatomik nedenlere bağlanan kadınlara göre daha fazla psikososyal stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonucu ise psikososyal stresin infertilitenin bazı formlarında (nedenlerine göre) etiyolojik açıdan katkı sağladığı ile açıklamışlardır. Aynı çalışma bulgusunu Khalid, Crome ve O'Brien (2006), nedeni açıklanamayan infertilitenin anatomik olarak nedeni tanımlanabilir olan infertiliteden daha fazla stres verici olduğu şeklinde yorumlamışlardır. Yüksek stres düzeyine sahip olmaya ilişkin diğer bir değişkenin anneliği fazla önemseme ve çocuk sahibi olmayı daha çok isteme olduğu; anneliği çok daha fazla önemseyen kadınların çocuk sahibi olmayı önemsemeyen kadınlara

göre daha fazla stres yaşadıkları ifade edilmiştir (Greil, Shreffler, Schmidt & McQuillan, 2011).

2.5 İnfertilite ve Başaçıkma

İnfertilite kaynaklı stresle başaçıkmaya yönelik yapılan çalışmalarda infertilite durumuna özgü niteliklerle birlikte sıklıkla Lazarus ve Folkman'ın başaçıkma modeline gönderme yapıldığı görülmektedir.

Lazarus ve Folkman'ın (1980) başaçıkmayı stresli durum tarafından oluşturulan içsel ve/veya dışsal gereklilikleri yönetmek, tolere etmek, azaltmak veya en aza indirmek için yaptıkları bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımladıkları aktarılmıştır. Başaçıkma kavramı sonuçlarından bağımsız olarak, gereksinimleri yönetme çabalarının tümüdür. Psikolojik süreçler dikkate alındığında stres olabilecek olaylar ve kişinin algılaması, olaya verdiği anlam önem kazanmaktadır. Kişinin olayı olumsuz/ tehdit algılaması psikolojik ve fizyolojik tepki zincirinin ortaya çıkmasında önem kazanmıştır. Stres karşısında kişi iki tür değerlendirme yapmaktadır: Bunlar birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirmedir. Birincil değerlendirme yaşanan durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Var olan durum kişi için yarar sağlayıcı ya da nötr olarak değerlendirilirse olumlu duygular ve tepkiler oluşacak; zarar verici, tehdit olarak değerlendirilirse olumsuz duygu ve tepkiler ortaya çıkacaktır. Yaşantının tehdit edici algılanması ile başaçıkma kaynakları ve seçeneklerin değerlendirilmesini içeren ikincil değerlendirme yapılıır. Durumun gerekliliklerine göre fiziksel (sağlık, enerji, dayanıklılık...), sosyal (bilgi, sosyal ağ ve destek sistemleri), psikolojik (umut, problem çözme becerileri, kendilik değeri...) ve maddi (para, araç, gereç..) gibi başaçıkma kaynakları değerlendirilir (Folkman, 1984). Başka ifadeyle ikincil değerlendirmede kişi içinde bulunduğu durumla/stresle ilgili duygusal ve davranışsal tepkilerini içeren eylem planı yapmaktadır ki bunlar da başaçıkma stratejileri ve/veya yöntemleridir. Başaçıkma karmaşık ve dinamik bir yapı içermektedir, yaşanan olayın boyutlarından öte kişinin durumla ilgili değerlendirmelerinden büyük ölçüde etkilenmektedir ve bir başaçıkma yöntemi diğerinden daha üstün değildir (Türküm, 1999). Ayrıca bir kişilik özelliği olarak değil, deneyim yoluyla benimsenen ve kişinin sosyal çevresi ve referans gruplarından öğrendiği tepkiler olarak görülmektedir (Schmidt ve diğerleri, 2005).

İnfertil bireyin birincil değerlendirme aşamasında “Bu durumda tehlikeli olan nedir?” sorusuyla infertiliteye eşlik eden tehdit ve güçlüklerin niteliğini ve büyüklüğünü değerlendirmesi beklenmektedir. Örneğin, “İnfertilite önemli bir yaşam hedefini, benlik saygısını veya finansal güvenliğini hangi ölçüde tehdit ediyor?” ya da “Kişisel gelişim veya evlilik bağının güçlenmesi için bir fırsat yaratıyor olabilir mi?” gibi sorular sorulabilir. İnfertilitenin zarar için yüksek bir potansiyel taşıdığını ya da az fayda sağladığını değerlendiren infertil bireylerin sıkıntı yaşama olasılığı artabilmektedir. İkincil değerlendirmede ise infertil bireyin “Bu durumda ne yapabilirim?”, “Başarıma stratejilerimi bu stresöre karşı korumak için nasıl kullanabilirim?” gibi sorularla psikolojik uyum sağlamaya yönelik katkı sağlaması beklenir. Ancak bu süreçte adaptif ya da maladaptif başarıma yolları kullanılabilir (Stanton, 1991; Demyttenaere ve diğerleri, 1998).

Başarımanın iki belirgin formu bulunmaktadır. İlki duygu odaklı başarıma, diğeri ise problem odaklı başarımadır. Duygu odaklı başarımada gerilim/tehdidi düşürecek duyguları düzenlemeye yöneliktir. Problem odaklı başarıma ise stres/sıkıntı oluşturan durumu yönetmeye yöneliktir. Eğer stresli durum değişebilir, kontrol edilebilir olarak değerlendiriliyor ise problem odaklı; değişebilir olarak değerlendirilmiyor ise duygu odaklı başarıma kullanılır. Kaçınma ya da olumlu yeniden değerlendirme duygu odaklı başarımaya örneklerdir (Folkman, 1984; Stanton, 1991). Folkman (1997), yaşantı tehdit edici/olumsuz algılanmış ise sıkıntı oluşmadan önce kişinin “anlam temelli başarıma” adını verdiği yeni bir değerlendirme yaptığını belirtmiştir. Ona göre bu süreçte yeniden yapılandırma, hedef doğrultusunda problem odaklı başarıma, manevi inançlar ve uygulamalar ve olağan olaylara pozitif anlamlar verme gibi yöntemlerle başarıma süreci güçlenerek devam edebilir.

Başarımanın iki genel başlığı olan duygu odaklı ve problem odaklı başarıma infertil bireyler tarafından değişen kombinasyonlar halinde kullanılabilir. Bu başlıkların içinde, bireyler savunmacı (koruyucu) veya aktif olabilir. Duygular veya davranışlar savunmacı olduğunda (defansif) birey ya da çiftler “takıntılı/saplanmış” olurlar. Amansız bir acı, öfke ve ruminasyon sergilerler; meşgul olma veya manik bir tavır içinde olma halinde olurlar; alternatifleri tartışmayı reddederler; diğerlerine ilişkin farkındalık veya şefkat duyguları gibi yansıtıcı başarıma veya karar verme

süreçleri engellenir. Diğerleri (aile, arkadaş veya profesyoneller) gebeliğin asla oluşmayacağı ile ilgili düşünceleri tolere etmede zorlandıklarında, bireyler farkına varmadan savunmacı olma eğilimlerini artırabilirler. Aktif başaııkmada ise duygular eylemler aracılığı ile boşaltılır, tedavi başarısızlığı olasılıkları daha iyi tolere edilir, diğerlerine karşı empati ve yansıtma yeteneği mevcuttur. Aktif başaııkmayı kullanan kişiler kendilerini bireysel deneyimlerinin dışında tutarak infertiliteye daha geniş bakabilirler; bazıları biyolojik ebeveyn olamayacaklarının üzüntüsünü yaşarken evlat edinmeyi düşünebilir (Crawshaw, 2010). Stanton ise (1991) hem duygu odaklı, hem de problem odaklı başaııkmanın infertilite deneyiminde etkili olabileceğini belirtmektedir. Çünkü infertilite genelde hem kronik, hem de kontrol edilemezdir. Bireyler çocuğa sahip olmak isteyebilirler ve bütün seçenekleri kullanmaya devam etseler dahi, ebeveyn olmak tamamen onların kontrolü altında değildir. Duygusal odaklı başaııkma algılanan kontrol eksikliği ve sıkıntıyı hafifletebilirken, problem odaklı başaııkma tanı ve tedavi sürecine uzun süreli devamlılığı sağlayabilir.

İnfertilite stresi ile başaııkma yönelik araştırmalarda başaııkma yöntemleri olarak farklı sınıflandırılmaların kullanıldığı, temelde ise duygu ve problem odaklı başaııkmanın ve/veya Lazarus ve Folkman'ın geliştirdiği Stresle Başaııkma Tarzları Ölçeği'nin (Ways of Coping Questionnaire-WOCQ) kullanıldığı görölmektedir. Schmidt (2006), infertil bireylerin infertilite stresi ile nasıl başaııktıklarını belirlemeye yönelik geliştirdiği ölçekte başaııkma yöntemlerini dört alt boyutta toplamıştır. Bunlar aktif kaçınma, aktif mücadele etme, pasif kaçınma ve anlam bulma temelli başaııkmadır. Donkor ve Sandall (2009) çalışmalarında bireylerin infertilite deneyimleri ile nasıl başettiklerine yönelik a) inkâr etme/arzulu düşünme (problemin bittiğini düşünme, hatırlatan ve rahatsız olunan yerlerden kaçınmaya yönelik); b) diğerleriyle konuşma (duyguları hakkında konuşma, öneri alma, benzer sorunu yaşayan ve çocuk sahibi olanlarla konuşma gibi); c) kontrol altına alma (başka aktivitelerle uğraşma, başka çözüm yolları bulma, bilgi sahibi olmaya çalışma gibi kontrol algısına yönelik uğraşlar); d) normalmiş gibi davranma (duygularının diğer şeyleri etkilemesine izin vermeme, eşinden başka kimseyle sorunları konuşmama, duygularını ve sorunları diğerlerinden saklama); e) kader/kabul/suçlama (dua etme, Allah'ın isteği olarak kabul etme, mucizenin olmasını bekleme, hayatta önemli olanları yeniden keşfetme, kendini suçlama) başaııkma yöntemlerini kullanmışlardır. Demyttenaere

ve diğerleri (1998) ise başaıkma yöntemlerini aktif başetme, palyatif başaıkma, kaçınma, sosyal destek arama, depresif-regresif başaıkma, olumsuz duyguların ifade edilmesi ve rahatlatıcı düşünceler olarak tanımlamışlardır.

Cinsiyet açısından infertiliteyle başetmede, her iki cinsiyette de toplumsal olarak damgalanma etkilerini yansıtan farklı yollar kullanmaktadırlar. Kadınlar erkeklere göre daha fazla ve uzun süreli duygusal etkilenmekte olup daha geniş bir aralıkta diğerlerinden destek aramaktadırlar, başetme adına sadece eylemlere yönelmekten daha fazla duygularını diğerleriyle konuşmayı tercih etmektedirler. Eşlerine sıkıntı-larını dile getirmek için yeni yollar bulmaya çalışırlar. Erkekler ise eşlerine göre daha fazla inkâr etme ya da işe odaklanma gibi kaçınma stratejilerini kullanırken, inferti-lite nedenlerini daha çok şansa bağlamaktadırlar. Yas tutmaktan öte çözülecek bir problem olarak görmekte, bu süreçteki duygularını kendilerine saklama eğiliminde olup, duygu yüklü konuşmalardan kaçınmaktadırlar (Crawshaw, 2010; Jessup, 2005). Peterson ve diğerleri (2006) infertil bireylerin başaıkma davranışlarını inceledikleri çalışmada (n= 1026, 520 kadın, 506 erkek) kadınların tüm başaıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını, erkeklere kıyasla yüzleşme (stresörle mücadele etme), sorumluluk alma, sosyal destek arama ve kaçma-kaçınma stratejilerini sıklıkla kul-lanırken, erkeklerin uzaklaşma, kendini kontrol etme ve planlı problem çözmeye stratejilerini daha sık oranda kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada kaçma-kaçınma ile sorumluluk alma başaıkma stratejilerinin artmış infertilite kaynaklı stres ve düşük evlilik uyumu ile yüksek korelasyonlu olduğu, uzaklaşma (her iki cinsiyet için), sosyal destek arama (kadınlar için) ve planlı problem çözmeye (erkekler için) stratejilerinin ise düşük infertilite kaynaklı stresle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Jordan ve Revenson (1999) yaptıkları meta-analiz çalışmasında 1966-1995 arasında evli çiftlerde infertiliteyle başaıkma cinsiyet farklılığına yönelik yapılan çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Bulgularda kadınların sosyal destek arayışı, kaçma/kaçınma, planlı problem çözmeye, olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini erkeklerden daha sık kullandıkları bulunmuştur.

Sosyal destek arama bir başaıkma stratejisi olarak tanımlanmakta ve sıklıkla stresle ilişkisinin ters orantılı olduğu vurgulanmaktadır. Rahatsız eden kişilerarası ilişkiler, bireylerin yaşam olaylarıyla baş etme kapasitesini azaltmaktadır. Dolayısıyla sosyal

ilişkilerdeki güven eksikliği, özdeğerin ve özgüvenin azalması, kendini suçlama/sorumlu tutma, durumun kontrol edilememesi anlamına gelmektedir ve böylelikle stres düzeyi artmaktadır. İnsanlar etkili başetme yolları kullanmak yerine öfkelenme, ağlama ve kaçınma gibi yöntemleri kullanırlar. Bununla birlikte sosyal destek almak -tek başına- infertil bireyin problemlerinin çözümünde büyük bir etkiye sahip değildir. Bireyin kendine güveni düşük olduğu ve kendini işe yaramaz hissettiği süreçte stresle başetme de etkili çaba göstermeyecektir. Bireyin zorluklarla yüzleştikçe ve sorunları aştığı süreçte uyum kapasitesi ve becerileri artacak, böylelikle sosyal desteği de artacaktır (Rashidi ve diğerleri, 2011).

Tedavi gören kadınlar için görünüşte sınırsız tedavi olanakları kadınların bilişsel başa çıkma stratejilerini benimsemelerini engelleyebilir. Farklı tedavi seçeneklerini düşünmeye veya bunları denemeye devam etme olasılığının daha yüksek oluşu, kadınların temel yaşam hedefinin kaybolmasıyla karşı karşıya kalmalarına ve nihai çocuksuzluğu kabul etmeye başlamalarının engellenmesine neden olabilir (Verhaak ve diğerleri, 2007).

Duygusal açıdan hassas veya stresli hisseden ve güvensiz bağlanma stiline sahip olan bireyler olayları, diğerlerini (eşi dâhil) “iyi ve kötü” şeklinde ayırarak, daha çok savunmacı başa çıkmayı kullanmaktadır. Ayırtırmayı daha katı yapan bireyler başkalarına karşı karmaşık duygularını daha az ifade eder ve çift ilişkisinde problem çözücü ve yapıcı diyalogu daha az kullanırlar (Crawshaw, 2010). Bağlanma özellikleri ile infertilite ile ilişkili sıkıntılar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kaçınan bağlanma stili olan kadınların ilişki ve sosyal stres dâhil olmak üzere infertilite kaynaklı algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu; bağlanma kaygısı yaşayan kadınların eşlerinde de infertilite kaynaklı stres düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (Doneralli, Kivlighan, Allegra & Lo Coco, 2016). Başka bir çalışmada ise güvenli bağlanma stili olan kadın ve erkeklerin daha fazla iyi oluş ve evlilik uyumu ile daha az infertilite kaynaklı sıkıntı yaşadıkları; yetişkin bağlanma stillerinin infertil bireylerin ve eşlerinin infertilite stresine verdikleri tepkileri/uyumu etkilediği belirtilmiştir (Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff & Manovich, 1998). Schmidt (2010) kullanılan başa çıkma stratejileri ile infertilite deneyiminin partnerlerin birbirlerine daha yakınlaşması ve evliliğin güçlenmesi gibi evlilik yararlarının düzeyleri arasında da ilişki olduğunu ifade etmiştir.

Sprittüelite, dini inanç ve eylemlerin zorlu durumlarla başa çıkma bireylere yardım ettiği bilinmektedir. Dini başa çıkma yollarının İranlı kadınlarda depresyonu yordayıp yordamadığının araştırıldığı bir çalışmada (n=72) kadınların %30'unun depresif belirtiler gösterirken, dini eylemlerin (ör. Dua etmek) dini başa çıkma stratejisi olarak sık kullanıldığı; buna karşın pasif (ör. Bir şey yapmamak, Allah'tan çözümü beklemek) ve negatif din (ör. Allah'ın takdirine hayal kırıklığı yaşamak) stratejilerinin nadiren kullanıldığı; dini eylem, aktif dini başa çıkma (ör. Elimden geleni yaptıktan sonra Allah'a bırakmak) ve hayır olarak yeniden değerlendirme (ör. Allah'ın takdiri olarak görmek) stratejilerinin depresyonun azalmasında yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Aflakseir & Mahdiyar, 2016).

İranlı infertil kadınların başa çıkma stratejilerinin infertilite stresini ne düzeyde yordadığına yönelik yapılan bir çalışmada (n=120) katılımcıların en çok pasif kaçınma stratejisini kullandığı (özellikle eğitim seviyesi düşük olanlarda), sonrasında anlam bulma temelli başa çıkma, aktif mücadele ve aktif kaçınmanın kullanıldığı; aktif kaçınma başa çıkma stratejisi kullanımının yüksek düzeyde stres için, anlam bulma temelli başa çıkma stratejisi kullanımının ise düşük düzeyde stres için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Farklı başa çıkma stratejilerinin farklı etkileşimlerinin olup, aktif kaçınma kontrolün olmadığı durumlarda iyi bir strateji olabileceği ile anlam bulma temelli başa çıkma acı veren -zorlu olaylarla yüzleşmeyi gerektiren durumlarda iyi oluşu sağlayacak nitelikte olabileceği belirtilmiştir (Aflakseir & Zarei, 2013).

2.6 İnfertilite ve Psikolojik Destek Hizmetleri

Yurtdışı literatürde kullanılan “infertilite danışmanlığı (infertility counselling)” kavramının infertil bireylere sunulan ve/veya sunulması önerilen çeşitli psikolojik destek hizmetlerini kapsadığını ifade etmek yararlı olacaktır. Bu hizmetlerin bazı kaynaklarda danışmanlık türü olarak; bazılarında ise danışmanın görevi/verilen hizmet olarak ifade edildiği görülmüştür.

YÜT'nin ilk kullanılmaya başlandığı dönemlerinde daha çok doktor ve hemşirelerin psikososyal danışma hizmeti vermesine karşın, zaman içerisinde danışma sürecinde gerekli olan akademik ve profesyonel yeterliğe ilişkin nitelik ve deneyimler YÜT süreciyle ilgili yasal düzenlemeler içerisinde belirlenmiştir. İnfertilite danışmanlığı ile ilgili standartlarda (yasal yetki ve otoritesi olan kurumlar tarafından hazırlanan

kılavuzlarda) “infertilite danışmanı” olarak süreci yürütecek kişinin en az lisans düzeyindeki eğitime ek olarak infertilite alanında mesleki bilgi ve yeterlilik (uzmanlık) kazanmış ruh sağlığı profesyoneli olması gerektiği belirtilmektedir (Blyth, 2012). Ülkemizde ise genel yaklaşımın halen doktor ve hemşirelerin sunduğu danışmanlık çerçevesinde olduğu görülmektedir. Ayrıca bu yaklaşım çerçevesinde “infertilite danışmanlığı”nın daha sık olarak hemşirelik alanında yapılan yayın ve çalışmalarda vurgulandığı dikkat çekmiştir.

YÜT sürecinde ruh sağlığı profesyonelleri tarafından infertilite psikolojik değerlendirme, hastayı hazırlama ve eğitim; destekleyici danışmanlık şeklinde üç başlıkta hizmet verilebilir. Psikolojik değerlendirmede kişilerin YÜT’ü yeterince tolere edip edemeyecekleri, tedavi rejimini anlayıp doğru uygulayabilecekleri, potansiyel etik sorunlarla ve olası başarısızlıkla başedip edemeyecekleri değerlendirilir. İnfertil bireyin tedavi öncesinde hazırlanması ve eğitimi, özellikle onları rahatsız edecek etik kararların önceden konuşulmasına, süreçte yaşadıkları kaygıları rahat ifade edebilecekleri bir ilişkinin kurulmasına yardım eder. Destekleyici danışmanlıkta ise infertil bireylerin YÜT tedavisinde duygusal zorluklarla baş etmelerinde yardımcı olunur (Greenfeld, 1997).

Blyth (2012) infertilite ve infertilite danışmanlığı ile yaptığı gözden geçirme çalışmasında infertilite danışmanlığını beş başlıkta toparlamıştır: 1) Sonuç (etki-bilgilendirme) danışmanlığı: İnfertilite, önerilen infertilite tedavisi ve/veya donasyonun aile, bireyler ve doğacak çocuk üzerindeki etkilerinin birey ve çiftle incelenmesini içerir. Bu tür bir danışmanlık tedavi öncesinde veya tedavi sırasında bir değişiklik yapılması düşünülürse, geri dönüşü olmayan bir karar alınmasından önce yeterli sınamanın yapılması için infertil bireylere sunulur. Eğitimli bir psikososyal danışmanlığı gerektirir. 2) Destekleyici danışmanlık: Tetkik, tanılama, tedavi ve donasyon süreci boyunca duygusal ve psikolojik destek sağlanmasını içerir. Sadece danışman tarafından değil, tedavi ekibindeki diğer profesyonellerce de sağlanabilir. 3) Terapötik danışmanlık: İnfertilite ve tedavisinde yaygın olan rahatsız edici ve stresli sonuçlara odaklanılır. Bu tür bir danışmanlık klinik alanda uzmanlığı ve belki de özel bir alanda uzmana (ör. Yas ya da cinsel terapist gibi) yönlendirmeyi içerir. Bu açıdan infertilite danışmanının kendi yeterliklerini ve ne zaman başka bir uzmana yönlendirmesi gerektiğini bilmesi gerekir. 4) Karar verme danışmanlığı: İnfertilite

tedavisi sürecinde önemli kararların alınması gerektiği durumlarda verilir. 5) Kriz danışmanlığı: Tedavi sürecinde olumsuz sonuç ya da kriz yaşayanlara yönelik verilir.

Strauss ve Boivin (2001) ise danışmanlık sürecinde yer alan ve pratikte birbirleriyle çakışabilen görevleri dört başlıkta ifade etmişlerdir: 1) Bilgi toplama ve analiz: Tedavi sürecinin birey üzerindeki duygusal ve sosyal etkileri hakkında bilgi edinmek. 2) Sonuç (etki) ve karar verme danışmanlığı: Verilen herhangi bir bilginin kişi için spesifik anlamına odaklanmak; tedavi ve ebeveynlik seçenekleri ile ilgili karar verirken bireyin düşünülmesi ve gözden geçirilmesi gereken tüm bilgileri harmanlamasına yardım etmek; önerilen eylem planının kendileri, aileleri ve tedavi sonucunda doğacak çocuk açısından sonuçlarını/etkilerini anlamalarını sağlamak Özellikle üçüncü yardımcı üreme teknikleri olan yumurta/sperm/embriyo donasyonlarında önemlidir. 3) Destekleyici danışmanlık: Amaç sıkıntı yaşayan infertil bireylere duygusal destek sağlamaktır. Duygusal destek, hasta merkezli bir tedavi sürecinin bir parçası olmalıyken, destekleyici danışmanlık infertil bireyin duygusal ve fiziksel sıkıntılarla kendi başlarına başetmelerini sağlayacak kaynaklara odaklanır ve stresli durumlarda kullanılacak başetme stratejileri çalışılır. Tedavi sonrasında bireyler artık YÜT kliniğinin hastası değildir, ancak daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu yüzden destekleyici danışmanlık hizmeti tedavi sonrasında da devam etmelidir. 4) Terapötik danışmanlık: Bireysel sorunlar ve öyküsü (aile öyküsü dâhil); durumun kabulü; infertilitenin anlamı, etkisi ve yas; gelecek için alternatif yaşam biçimleri ve benlik kavramı üzerinde çalışma; sıkıntıyı en aza indirmek için başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi; sorun/çatışma çözümü; cinsellik, evlilik ve kişiler arası ilişkiler gibi özel konular odaklanılır.

İnfertil bireylerin psikoterapisinde biyopsikososyal yaklaşıma göre, infertiliteye neden olan ya da tetkik ve tedavi sürecinde ortaya çıkan, tedavi başarısı üzerinde belirleyici olabilecek stres ve psikiyatrik bozukluklar ile kültürel özellikleri göz ardı etmemenin önemli olduğu belirtilmektedir (Özçelik, Karamustafalıoğlu ve Özçelik 2007).

Görüşmelerde infertil birey ve eşinin yaşamlarında, özellikle stres altında, infertilite ile nasıl başettiklerini duymak ve iletişim kalıplarının nasıl olduğunu görmek; onların

problem çözüme, duygu işleme ve başağıkmadaki farklılıkları tolere etme potansiyelleri hakkında güvenilir bilgi vermektedir (Crawshaw, 2010).

Yüksek düzeyde stresli infertil bireylere verilecek olan danışma hedefleri “1- duyguların ifadesini sağlamak, 2- sıkıntı kaynaklarını belirlemek, 3- sıkıntıyı en aza indirmek ve danışana bununla başetmede yardım etmek” olduğu belirtilmektedir (Boivin, 2014).

İnfertilite sunulan danışmanlık ve çift terapisinin amacı mevcut durumdaki yaşam kalitesini artırmak ile infertilite ve medikal tedavisiyle başağıkmada destek oluşturmaktır (Wischmann ve diğeri, 2001). Yapılacak psikolojik müdahaleler iyilik halini ve doğurganlığı artırabilir (Krause ve diğeri, 1996; Youssef ve diğeri, 2012). Ayrıca infertilite ve tedavisinin bireyin/çiftin sadece psikolojik ve fiziksel iyi oluşunu etkilemediğinin, aynı zamanda aile yaşamı, iş ve kariyer yaşamı ve cinsel yaşam, sosyal ilişkiler, tatil gibi diğeri alanları da etkilediğinin profesyoneller tarafından hatırlanması önemlidir (Nowowski, 2013). Dolayısıyla infertilite tetkik ve tedavisinde psikolojik destek hizmetlerinin tüm birey ve çiftler açısından ulaşılabilir olması gereklidir (Khalid ve diğeri, 2006). İnfertilite kliniklerinde kurum içinde yer alan bir psikolojik destek biriminin yer alması önerilmektedir. Bu durum psikolojik ve cinsel danışmanlık açısından katkı sağlama noktasında infertilite tedavisi gören pek çok hasta tarafından istenen bir durumdur. Ayrıca bir ruh sağlığı servisine yönlendirilmesinde karşılaşılan dirençlerin üstesinden gelme konusunda da yarar sağlayacaktır (Youssef ve diğeri, 2012). Danışma sürecinin odak noktası istenilen ya da hedeflenen bir durumun olmaması olup süreçte tanı koymaktan daha çok kişisel ve psikososyal özellikler tarafından belirlenen öznel olarak tanımlanmış acı ele alınır (Kertenich, 2001). Ayrıca çocuksuz olmak infertil bireyin kendi iradi kararları ya da kontrolü ile değiştirilemez bir durum iken, psikolojik destek hizmetleri içerisinde ruh sağlığı profesyoneli ile çalışması bireyin deneyimlerine ilişkin yeni bir çerçeve oluşturmaya, farkındalık kazanmaya, bireysel olarak gelişim yönünde değişim ve dönüşüm yaşayabilmesine fırsat sunacaktır.

Literatürde infertilitenin bireysel krizlere neden olduğu ve psikolojik stres düzeyini artırdığı belirtilmektedir. İyilik hali, anksiyete, depresyon ve bedensel belirtileri ile ilgili psikolojik danışma etkinliğini test eden sistematik çalışmalara yönelik meta-

analizi yapılmıştır (n=30). Çalışmaların çoğu infertiliteden acı çeken kadın ve erkeklerin psikolojik danışmanlıktan yarar sağladığını göstermiştir. En büyük sonuç, istemsiz çocuk sahibi olamayan kişilerin öznel iyi oluşlarının artmasıdır (Strauss, 2002). Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında infertil gruplara uygulanan bireysel/çift ve grup terapilerinin infertilite kaynaklı stres, depresyon ve anksiyete gibi negatif duyguların azaltılmasındaki ve başarılı gebeliğin sağlanmasındaki etkisini inceleyen 22 çalışma gözden geçirilmiştir. Analiz sonucunda psikoterapinin (grup, bireysel, çift) negatif duyguların azaltılmasında etkili olurken, başarılı gebeliğin oluşumunda muhtemel etkisinin olduğu, psikoterapinin eşlik ettiği IVF tedavisindeki gebelik oluşumu ile medikal tedavinin olmadığı psikoterapilerdeki başarı oranının neredeyse aynı olduğu belirtilmiştir (Liz & Strauss, 2005).

İnfertiliteyle ilgili danışmanlık sürecine katılacak infertil bireyler için dikkat edilmesi ve danışma dışında tutulması önerilen özelliklerden de bahsedilmektedir. Genel tanılama prosedürü olarak infertilite ile çalışılacağına tüm infertilitele değerlendirme seansları yapılabilir. Buna karşın çoğu infertil bireyin/çiftin daha fazla danışmanlık sürecine ihtiyacı olmayabilir. Duygusal sıkıntılar günlük işlevselliği etkilemiyorsa, aile ve arkadaşlar tarafından duygusal destek alınıyorsa genellikle danışmanlığa ihtiyaç duyulmamaktadır. Ayrıca danışmanlık istemeyen infertilitele de devam etmek mümkün olmamaktadır. Kronik, uzun dönemli ve hayati tehlikesi olan depresyonlu kişilerin antidepresan tedavi ve doğrudan psikoterapi ihtiyacı olduğundan ve birincil cinsel sorunların da (örneğin birincil erektil disfonksiyon, infertilite deneyiminden önce olan uyarılma bozukluğu,) cinsel terapi gerektirdiğinden, bu tür infertilitele danışmanlığı dışında tutulması önerilmektedir (Freeman, 1984).

İnfertilitenin tanı alan birey dışında çift sorunu olarak ele alınması gerekliliği infertilite danışmanlığının çiftlere yönelik sunulmasını da beraberinde getirmiştir. İnfertilite açısından çalışılabilecek konular hem bireysel, hem de çift danışmanlığı sürecinde benzerlik göstermektedir. Freeman (1984) infertil birey ve partneriyle çalışırken, infertilite danışmanlığının yararlı olabileceği konular/özellikler ise şu şekilde özetlenmiştir:

1. Çiftin biri ya da her ikisi için infertiliteyle ilgili konuşmalarını engelleyen ve gerilimi, depresyonu veya her ikisindeyalıtım duyguları varsa danışma iletişimi olanaklı kılar ve destek oluşturur.
2. Gerilim ve anksiyete, depresyon, aşağılık, değersizlik duyguları genellikle günlük işlevselliği ve çift ilişkisini olumsuz etkileyen duygulardır. Bu duyguları ve etkilerini fark etmek, desteklemek, tartışmak hastaların daha fazla kontrol hissetmelerine ve duygusal sıkıntının azalmasına yardım eder.
3. Çiftlerde desteklenmeme, anlaşılmama, öfke, suçluluk, korku gibi duygulara neden olan ilişki problemleri destekleyici ve davranışçı danışma yaklaşımlarından etkilenir.
4. Cinsel problemler, genellikle isteksizlik, ikincil erektil disfonksiyon veya hamile kalma girişimlerine bağlı diğer güçlükler davranışçı tekniklere, desteğe ve eğitime cevap vermektedir.
5. Hamileliğe ilişkin ambivalan duygular tartışılabilir. Günümüzde ambivalan duygular ve hamilelik motivasyonu normaldir ve pek çok kişide vardır. Ambivalan duyguların ciddiyetinin tespiti ve belli bir düzeye kadar çoğu insanda olabileceğiyle ilgili çiftleri rahatlatmak önemlidir.
6. Tedavi hamilelikle sonuçlanmadığında kayıp duyguları kaçınılmazdır. Bu durumda destekleyici danışmanlık çifte kayıp duygularının tanımlanması ve yas süreciyle çalışılmasında yardım eder.

Stark, Keathley ve Nelson (2011) ise infertil çiftlerle çalışan ruh sağlığı danışmanlarına yönelik “İnfertil Çiftlerde Danışma için Gelişimsel Model”i tasarlamışlardır. Yaptıkları literatür çalışması sonucunda araştırmacılar çiftlerin infertilite ile başa çıkma sürecinde nerede olduklarına dayanan üç aşamalı bir model geliştirmişlerdir. Her bir basamakta danışanların infertilite ile başa çıkmalarına yardım edecek strateji ve yaklaşımlar tanımlamışlardır. Modele ait basamaklar Tablo 1’de verilmiş olup şu şekildedir:

1. **Erken Aşama:** Değerlendirme ve eğitimi içermektedir. Çoğu yıllarca doğum kontrolüne odaklanmış olan çiftler, hamile kalmanın düşündüklerinden daha zor

olduğunu öğrenirler. Danışmanlar, çiftlerde **a)** Cinsel davranış ve bozuklukları, **b)** Aile, cinsiyet, cinsellik ve üremeye ilişkin değerleri, **c)** Bireysel ve ilişkideki güçlü yanları değerlendirmelidir. YÜT, her iki cinsiyet içinde streslidir ve çiftler süreçte ne olacağını bildiklerinde stresleri azalmaktadır. Ayrıca çiftler, başarısız gebeliklerle sonuçlanan bir geçmişten dolayı cinselliği bir görev gibi algılayarak hamile kalmaya odaklanmış olabilirler. Eğitim aşamasında YÜT hakkındaki mevcut prosedür ile cinsel disfonksiyonları önlemeye yönelik eğitim verilmelidir.

2. Orta Aşama: Cinsel problemler, psikososyal konular, tekrarlayan düşükler çiftlerin birbirini de etkilediği temel konulardır. Örneğin psikososyal konular bireyin arkadaşları ve ailesindeki yeri, her düşükle değişen çiftin dayanıklılığıdır. Bireyin özsaygısının zedelenmesi özellikle erkeklerde cinsel problemlere neden olmaktadır. Cinsel problemlerde cinsel terapi, bilişsel davranışçı terapi kullanılmaktadır. Psikososyal ve yas/kayıp (düşükler de dâhil) sorunlarında ise öyküsel teknikler kullanılmaktadır. Öyküsel danışmanlıkta, her bir danışan, partnerinin karşısında hikâyesini paylaşmak ve farklı bakış açılarından hikâyesini yansıtmak için yönlendirilir. Çünkü kadın ve erkekler yas-kayıplara yönelik farklı tepkiler verebilmektedir. Bu teknikler birbirlerinin bakış açısından görebilmeyi ve iyi iletişim kalıplarının oluşmasını sağlar. Grup danışması da bu aşamada çiftlerin daha az yalnız hissetmesine yardımcı olabilir.

3. Son Aşama: Bu aşama infertilite tedavisinin sonlandığı ve çiftlerin kendi kaderlerine bırakıldığı aşamadır. Danışmanlık sürecinde temel konu birbirinden bağımsız olmayan infertilitenin ve ebeveynliğin kabulüdür. YÜT ile veya evlat edinmeyle ebeveynlik amacına ulaşmış olan pek çok infertil kadın ve erkek farklı hissetmeye devam etmektedir. Bu aşamada bilişsel terapi infertil ebeveynlerin anksiyete, tükenmişlik, postpartum depresyon duygularının kabulünde yararlı olabilir. Tersine ebeveyn olma hayalinden vazgeçen çiftlerde varoluşsal bir krizle karşı karşıya kalırlar. Öyküsel ve varoluşçu terapide çocuksuz bir yaşamda anlamlar oluşturmada bu çiftlere yardım edebilir.

Tablo 1: "İnfertil Çiftlerde Danışma İçin Gelişimsel Model" Basamakları İle Her Bir Basamakta Vurgulanacak Konular ve Yaklaşımlar

Erken Aşama	Orta Aşama	Son Aşama
1) Değerlendirme - Cinsel davranış ve bozukluklar hakkında bilgi almak - Değerlerin incelenmesi (aile, cinsiyet, cinsellik, üreme gibi) - Bireysel ve ilişkisel güçlü yönlerin tanımlanırken, evlilik uyumsuzluğuna dair işaretlerin gözlenmesi	Cinsel problemler (Bilişsel-davranışçı terapi) Psikososyal konular (Cinsiyet bakışının da yer aldığı öyküsel terapi, grup terapisi)	İnfertilitenin Kabulü (Birbirini dışlamayacak şekilde varoluşçu terapi, öyküsel terapi)
2) Eğitim - Yardımcı üreme teknikleri hakkında bilgilendirme - Cinsel işlev bozukluğundan koruma	Tekrarlayan düşük (Öyküsel terapi, grup terapisi)	Ebeveynlik (Bilişsel-davranışçı terapi)

Jessup (2005), infertil çiftleri tedavi ederken klinisyenlere yönelik bir çerçeveden bahsetmektedir. Bu çerçevede terapistin eşler arasındaki iletişimin geliştirilmesine, hastalık öyküsünün her bir çiftten ayrı dinlenilmesine, duygu düzenlemesinin desteklenmesine, eğitime, kayıp ve yas için şimdi ve burada kalabilmeye, eğlence ve keyif almak için yeniden bir çerçeve oluşturulmasına yönelik çalışması önerilmektedir. İletişim kalıplarının işlevsel hale getirilmesi ile savunuculuk ve gizlilik yerini dürüstlük ve kabule bırakır. Her bir eşin kendi "bireysel/eşsiz" hastalık öyküsünü dinliyor olması, bireylerin farklılıklarını kabul etmelerini ve birbirlerine olan anlayışını artırdığı gibi empati kurmalarını destekler ve savunuculuğun azalmasını sağlar. Ayrıca yeniden anlamlar oluşturmada terapötik etki sağlar. İnfertilite deneyimi ile artan duygusal uyarılmanın düzenlemesine yönelik destek ile infertilite-nin travmatik etkileri ile bireyler daha iyi başedebilir. Bireylere gevşeme egzersizleri, farkındalık alıştırmaları, yönlendirilmiş imajinasyon, odaklanma teknikleri gibi yöntemler, infertilite ile ilgili kendi kendine yardım literatüründe yer alan sıcak banyo, yürüyüş gibi palyatif yöntemlerden daha fazla bireyleri güçlendirir. Böylelikle bireyler partnerleriyle işbirliğine dayalı problem çözümünü içeren daha fazla seçeneğe odaklanabilirler. İnfertil çiftlerin belirli bir eğitimsel ve kaynak desteğine de ihtiyaçları vardır. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastaların bilgilendirilmesi genellikle daha olumlu sonuçlara yol açmaktadır. Hem gerçek, hem de ileriye dönük

kayıp ve yas açısından terapistin yapacağı iki şeyden ilki çiftin devam etme kapasitesini desteklemek, ikincisi ise kayıplara ilişkin kendini açma davranışına eşlik eden, kaynağı ne olursa olsun bu kayıp duygularının altında yatan duyguları anlatırken çiftin gerek duyacağı zemini hazırlamaktır. İlk görev için terapist yönlendirici bir şekilde destekleyici olurken, ikinci görev için destekleyici bir yolla yorumlayıcı olur. “Bebek üretimi” ile sevişmenin birbirinden ayrılmasına yönelik terapist müdahalesi ve alıştırmalar doğrultusunda çiftler haz için cinsel yaklaşmanın geri kazanıldığı cinsel uyarılma ve davranışlar açısından yeni bir denge oluşturabilirler. Ayrıca terapist infertilite dışında çiftin ortak zaman geçirmelerine yönelik planlar yapmaları için yönlendirici olabilir.

Psikolojik destek ve müdahalede psikodinamik yaklaşım, gevşeme ve stres yönetimi, bilişsel davranışçı müdahaleler, kişiler arası terapi yaklaşımı, psiko-eğitim, yas yönetimi, cinsel ve evlilik terapisi, kriz danışmanlığı ve kendine-yardım grupları olabilir. Seçilen bazı vakalarda farmakolojik tedavi gerekebilmektedir (Greenfeld, 1997; Youssef ve diğerleri, 2012).

İlgili literatürde bilişsel davranışçı terapinin temel alındığı çalışmaların fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca önerilen yaklaşımlarından biri farkındalık temelli müdahalelerdir. Deneyim yoluyla farkındalık geliştirme açık ve yargılayıcı olmayan bir yolla, an an, kişisel olaylara (duygu, düşünce, bedensel duyum, anılar gibi) temas etmeyi sağlamaktadır. Sıklıkla insan zihni içsel durumlarda bastırarak, uzaklaştırarak, savaşılarak (ör. Akılcı tartışma gibi) fazladan acı çekme eğilimindedir. Kognitif birleştirme ve deneyimsel kaçınma, psikolojik acının alevlenmesine katkı sağlayan ve psikopatolojiyle ilişkisi bilinen duygu regülasyonu sürecine örnektirler. Tersine farkındalık ve kabul becerileri iyilik, şefkat, istekli oluş tutumları ile ilişkilendirilmiştir. Bu tutumlar psikolojik uyum göstergeleri, ruh sağlığı ve yaşam kalitesini destekleyen olarak tanımlanan gelişme deneyimleridir. Ayrıca içten olma, öz-kendi kendini yatıştırabilme, kendine yargılayıcı olmama, kendi deneyimini daha büyük insan deneyiminin bir parçası olarak algılama gibi niteliklerle tanımlanabilecek duygu regülasyon sürecinin bir parçası olan öz duyarlılık, yalıtım ve olumsuz deneyimleri ile aşırı özdeşim kurmayı azaltır (Galhordo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2011).

Diğer bir yaklaşım türü ise kısa süreli psikoterapi teorik altyapısının temel alınmasıdır. İnfertilite travmatik olabilir ve kriz teorisi bu dengesizliğin dayanılmaz olduğunu ve kısa sürede çözülmeye çalışıldığını varsaymaktadır. Durağanlığa dönüş, olay öncesindeki işlevsellik düzeyinde olabilir, güçlülük ve duygusal içgörü ile daha yüksek bir seviyeye çıkabilir veya önceki çözülmemiş problemlerle ilişkilendirilerek daha kötüleşebilir. Kriz durumunda umursamama ve öneri verilmesine duyarlı olma ile algılanan destek önemlidir. Sürece ilişkin belli bir patern olmadığı gibi, bireyin tedavi deneyimi, kişiliği ve ilişkileri ile ilgili pek çok permütasyon vardır. Herkes tarafından paylaşılan tek faktör infertillerin canı istediği zaman üreyemeyeceği ve tedavi sonucunun kişilerin kontrolü dışında olduğudur. Bundan dolayı da çaresizlik veya engellenme duyguları yaygındır. Süreçte anksiyeteyi azaltmak ve kişilerin neler olduğuna ilişkin biraz kontrol hissetmeleri için bilgilendirmenin önemi vurgulanmaktadır. Medikal tedavide genellikle hastalar soru sormaktan korkarlar. Eğitimsel teknikler bilgi sağlayacak ve bireylere nerelerde bilgiye ihtiyaç duydukları, sorunları ve karmaşıklığı açıklığa kavuşturmak için neler öğrenecekleri konusunda yardım edecektir. İnfertilite deneyiminden kaynaklanan duyguların tanımlanması danışma sürecinin ayrılmaz parçasıdır. Başarılı hamileliğin olmadığı durumlarda kayıp duyguları yaşayan bireylere/çiftlere yardım önemlidir. Yas süreciyle çalışırken bazıları infertilite tedavisini sonlandırır ve diğer uğraşlara yönelirler. Benlik saygısının yeniden yapılandırılması ve oluşturulması infertilite danışmanlığında temeldir. Kariyeri olan veya çocuk doğurmaya alternatifini olan kadınlar dahi başarısızlık ve narsistik incinme yaşayabilirler. İnfertilite hakkında bir şey yapamamanın yetersizliği ağır bir darbedir. Danışma, bireyin güçlü yönlerini, alternatifleri düşünmeyi ve değerlendirmeyi, kendilik değerini tanımlamaktadır (Freeman, 1984).

İnfertil bireylere ve çiftlere yönelik ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yürütülen grup çalışmaları da söz konusudur. Farklı şekilde yapılandırılabilen (açık-kapalı, tek cinsiyet ya da çift grupları... gibi) grup çalışmaları destek (daha çok güncel konulara odaklanılır) ya da terapötik gruplar (daha fazla biyografik ve uzun süreli konulara odaklanılır) olarak adlandırılmaktadır. Pratikte çoğu zaman bu iki yaklaşım birbiriyle örtüşmektedir. Süreçte psiko-eğitimsel metodlar güvenilir tedavi seçeneklerini açıklamak ve bilgi vermek için; rol oynama ve iletişim alıştırmaları gibi etkileşimsel teknikler hem grup içindeki, hem de grup dışındaki ilişkileri geliştirmek için;

keşfedici ve analitik yöntemler ise kişisel ve biyografik konuların anlaşılması ve başatme becerilerinin yanı sıra kişisel büyümenin artırılması için kullanılır (Thorn, 2001).

Grup çalışmalarının başka bir formu da psiko-eğitimsel olan ya da psiko-eğitim bileşeni içeren gruplardır. Boivin (2003, aktaran Covington, 2006) infertilite ile ilgili psikolojik müdahaleleri gözden geçirdiği sistematik çalışmada en güçlü etkiye sahip müdahalelerin eğitim unsurunu içeren, grup ya da sınıf formatında olan çalışmalar olduğunu belirtmiştir. Grup çalışmaları infertilite hastalarına onaylanma ve normalizasyonu sağlama gibi önemli etkilere sahiptir ve kişilere beceri geliştirme fırsatları sunar. Psiko-eğitim grupları infertil bireylere spesifik bilgi sağlayan (örn. enjeksiyon eğitimi, kilo verme ve sigarayı bırakma), tedaviye yönlendiren veya sağlık odaklı sınıflar ya da medikal sürecin genel bir görünümünü, süreçte neler bekleyebileceğini ve tedavi ekibiyle nasıl çalışılacağını içeren programlardır. İnfertilitenin fizyolojik olduğu kadar psikolojik bir deneyim olduğuna yönelik tipik duygusal veya evlilikte görülebilecek tepkileri, etkili başa çıkma stratejilerini, gevşeme, fiziksel ve psikolojik sağlığı koruma gibi konuları içeren danışmanlık ve destek hizmetleri bireylere yardımcı olur. Psiko-eğitimin birincil amacı infertil bireyi tıbbi teşhisi, tedavisi ve eşlik eden ya da ilgili psikososyal etkileri hakkında bilgisini artırarak eğitmek ve hazırlamak, böylece bireyin kontrol duygusunu geliştirmek ve çaresizlik duygusunun azaltmaktır (Covington, 2006; Verhaak & Burns, 2006).

Bununla birlikte grup çalışmalarının dezavantajlı yönleri vardır. Bunlar ruhsal sorunu olanların grup sürecine alınıp alınmaması, potansiyel katılımcılar için değerlendirme prosedürünün uygulanıp uygulanmayacağı; yeterli katılımcı sayısı elde etmenin güç oluşundan dolayı her başvuruyu kabul edebilme; üyelerin hamile kalabilmeleri, gönüllülük, katılıma devamlılık ya da oturumlara geç kalma; danışmanın cinsiyetinin grup dinamikleri üzerindeki etkisi gibi sayılabilir (Thorn, 2001).

2.7 Yurt İçinde İnfertilite İle İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar

Yurt içinde yapılan araştırmalarla ilgili yapılan literatür çalışmasında infertilite ile ilişkili olarak cinsel işlev bozukluğu/cinsel sorunlar, yaşam kalitesi, evlilik uyumu, depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek, yalnızlık, umutsuzluk, benlik saygısı gibi çeşitli değişkenlerin ele alındığı çalışmalara rastlanmıştır.

Alibaşoğlu (2010), infertil kadın ve erkeklerde (n=121) infertiliteden kaynaklanan duygusal semptomların, cinsel işlev ve evlilik uyumu alanındaki olası sorunları cinsiyet farkına göre değerlendirdiği çalışmasında, cinsiyet açısından depresif semptom ve durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı fark yokken, kadınların süreklilik kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ayrıca kadınlarda benlik saygısı, evlilik doyumunun ve cinsel doyumlarının erkeklere göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Kadınlarda depresyon ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki bulunurken, çift uyumunun depresif belirti düzeyini azalttığı ve cinsel işlev niteliğini doğrudan etkilediği görülmüştür.

Algül ve Aksu (2014), infertilite sorunu yaşıyan çiftlerde infertilitenin, cinsel işlev durumu ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n=107, 52K, 55E), infertilitenin çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularında araştırmaya katılan infertil kadınlardan çoğunda ve erkeklerden daha fazla düzeyde cinsel işlev bozukluğu olduğu, cinsiyetler açısından yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark bulunmakla birlikte kadınların yaşam kalitesi puanının erkeklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

İnfertilitenin cinsel işlev ile evlilik uyumu üzerindeki etkisinin incelendiği başka bir araştırmada, infertil grup (n=220) ve kontrol grubu (n=110) arasında cinsel işlev bağlamında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Çift uyumu açısından ise infertil grubundaki kadın ve erkeklerin kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur. Gruplar arasında depresyon açısından farklılık bulunmamıştır (Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez, 2011).

İnfertil bireylerin evlilik uyumlarının depresyon, anksiyete ve algılanan sosyal destek, infertilite kaynaklı stres düzeyi gibi değişkenler üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, infertil çift (n=104) ve sağlıklı ve çocuklu kontrol grubundan (n=44) oluşan örneklemden elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. Bulgularda infertil çiftlerde evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin düştüğü, aileden algılanan sosyal desteğın evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Ancak kadınların eşleriyle olan iletişimi azaldıkça aileden algıladıkları sosyal destek düzeyinin arttığı, infertil kadınların infertil erkeklere göre daha fazla

psikososyal bozulma ve evlilik uyumunda düşme bildirdiği belirtilmiştir (Bodur, Coşar ve Erdem, 2013; Bodur, Coşar ve Karabacak, 2013).

Eğin (2016) 228 infertil kadınla yaptığı çalışmada depresyon düzeyi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuç olarak infertilitenin kadınları psikolojik olarak negatif yönde etkilediği ve depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasında anlamlı düzeyde ve ters yönlü ilişki olduğu görülmüştür.

Engin ve Pasinlioğlu (2002), Erzurum ve yöresinde infertil kadınların (n=83) infertilite ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı nitelikte bir araştırma yapmışlardır. Kadınların infertilite tedavisi için ilk başvurdukları yerler arasında en yüksek oranda (toplam %80.7) sağlık kuruluşu ya da sağlık personeli iken, ilerleyen zaman ve tedaviden sonuç alınamaması ile birlikte hocaya/yatıra (%50.6) ve ara ebesine (%44.6) başvuru oranının önemli derecede arttığı görülmüştür. Kadınların tamamı, infertilite tedavisinde kullanılan geleneksel (kocakarı) ilaçları bildiklerini, %71'i ise bunları kendilerine uyguladıklarını belirtmişlerdir. Kocakarı ilaçlarını uygulayan kadınların %66'sının sağlığı olumsuz yönde etkilenmiştir.

Erdem ve Apay (2014), 238 infertil kadınla yaptıkları çalışmada depresyon ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma bulguları kadınların algıladıkları sosyal desteğin azalması durumunda, depresyon belirtileri düzeyinin arttığı yönünde olmuştur. Demografik değişkenler açısından eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıkça depresyon belirtilerinin düzeyinin azaldığı ile algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı bulunmuştur.

Kavlak ve Saruhan (2002), infertil kadınların yalnızlık düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada (n=150), infertil kadınların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. İnfertil kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvence durumları, gelir durumları, evlilik sayısı, infertilite süresi, psikolojik destek ihtiyacı olma durumları ve sosyal destek durumlarının etkilediği istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Oğuz (2004) çalışmasında, IVF tedavisine katılan kadınlardaki depresyon, anksiyete oranlarını, benlik saygısı ve öfke kontrollerini, evlilik ilişkilerini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmiştir. İnfertil grup (n=38) ve kontrol grubu (n=30) ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığına depresyon, anksiyete, benlik saygısı, evlilik uyumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsel yaşam açısından da anlamlı fark görülmezken; infertil kadınlarda cinsel ilişki kurma arzusu ve kuruluk hissinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Derinlemesine görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada (n=14) yapılan içerik analizi sonucunda şok, inkar, öfke, suçluluk, yalnızlık ve yabancılaşma, depresyon ve yas, kabullenme temalarının infertil bireyler tarafından sıklıkla kullanıldığı görülmüştür. İnfertiliteye karşı bireylerin ilk tepkilerinin “şok” olduğu, özellikle erkek kaynaklı infertilitede erkeklerin daha fazla şok yaşadığı, eğitim seviyesi düşük kadınların problemin çözümü için öncelikle geleneksel yöntemlere başvurduğu, infertil kadınların erkelere göre daha fazla anksiyete, depresyon ve yalnızlık yaşadığı, çiftler üzerinde sosyal baskının etkin olduğu belirlenmiştir. Kadınların erkelere göre kendilerini yetersiz ve değersiz hissettikleri, infertilitenin bireylerin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediği, olumsuzluğu erkeklerin annelerinin daha fazla etkilediği belirlenmiştir. İnfertil bireylerin çoğunluğunun kendilerini suçladıkları, suçlama nedenleri arasında çoğunlukla geç evlenmeleri ve çocuk yapmamak için korunmalarının olduğu; insanların çocukları ile ilgili konuştuklarında, çocuk ve hamilelikle ilgili soru sorduklarında ve çevresindeki insanları kıskandıklarında diğerlerinden uzaklaştıkları belirlenmiştir. Kadınlar kendilerine, bedenlerine, eşlerine öfkelenirken, erkeklerin de bu durumun neden başlarına geldiğini düşünerek, Tanrı’ya ve kendilerine öfkelenedikleri saptanmıştır (Oltuluoğlu, Günay ve Aylaz, 2014).

Keskin ve Gümüş (2014), çalışmalarında infertilite tedavisi gören kadınlarda umutsuzluk ve umutsuzluğu etkileyebilecek benlik saygısı, çift uyumu, kişilik özellikleri ve sosyodemografik değişkenleri incelenmişlerdir. Bulgularda kadınların çift uyumu ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişki negatif yönde orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Benlik saygısı ile umutsuzluk düzeyi arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sorumluluk, beceriklilik ve kendini unutma şeklindeki üç karakter özelliği kadınlarda umutsuzluğu yordayan değişkenler olarak saptanmıştır. Görücü usulü ile evlenmiş olan ve infertilite tedavisi görme süresinin uzadığı kişilerde

umutsuzluk düzeyi yüksek iken, düşük gelir durumundaki kadınların umutsuzluğu anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Şen, Bulut ve Şirin (2014), primer infertil kadınlardan oluşan örnekleme (n=134) eşler arası uyum incelenmiştir. Primer infertil kadınlarda eşler arası uyumun iyi düzeyde olduğu; şehirde yaşayan, çalışan, gelir durumu iyi olan ve evlilik yılı fazla olan kadınların eşler arası uyumunun daha fazla olduğu, erkek ailelerinin yaklaşık olarak yarısının suçlama eğiliminde olduğu, infertil kadınların yaklaşık yarısının sosyal destek kaynağı olarak kendi ailesini gördüğü saptanmıştır.

Tashbulatova ve diğerleri (2013), çalışmalarında infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu (CİB) prevalansı ile cinsel fonksiyonları etkileyen faktörleri incelemiştir (n=200). Bulgularda CİB prevalansı %35,5 (n=71) olarak bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, eşe karşı hisleri, erkekte ise infertilite faktörünün ve depresyonun varlığı ile CİB arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadının eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri ve eşe karşı hisleri ile cinsel fonksiyonun, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini ve klitoral duyarlılığın ilişkili olduğu; eğitim durumu ve gelir düzeyi yüksek, çalışan infertil kadınlar da CİB prevalansının daha düşük olduğu; cinsel işlev ile depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. İnfertil kadınlar CİB açısından normal popülasyondan daha yüksek riske sahiptir.

İnfertilite ve tedavi sürecinin neden olduğu psikolojik etkilenme düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (n=334), yaş, evlilik süresi ve çocuk isteme süresi arttıkça kadınların infertiliteden etkilenme düzeylerinin arttığı bulunmuştur. İlkokul mezunu, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu kötü olan kadınlar infertiliteden daha çok etkilenmektedirler (Ünal, Kargın ve Akyüz, 2010).

2.8 Yurt Dışında İnfertilite İle İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar

Yapılan literatür çalışmasında ulaşılabilen, çeşitli değişkenlerin incelendiği çalışmalardan bazıları şunlardır:

Aarts ve diğeri (2011) infertil kadınlarda yaşam kalitesi ile duygusal sıkıntı olarak depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada (n=583) değişkenler arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Akuziki ve Kai (2008) çalışmalarında pozitif (yardımcı) ve negatif (yardımcı olmayan) sosyal etkileşimi belirleyebilmek için infertil Japon kadınlarla (n=24) yapılandırılmış görüşmeler yapmışlardır. Örnekleme ilişkilerinde insanların “infertil olmalarıyla ilgili kendini daha iyi hissetmesini sağlayan veya yardımcı olan neler söylediklerini/yaptıklarını” ve “infertil olmalarıyla ilgili öfkeliendiren, üzen, inciten veya yardımcı olmayan (yardım etmeye çalışırken bile) neler söyledikleri/yaptıkları” hakkında konuşmaları istenmiştir. İçerik analizi sonucunda her iki etkileşim içinde dokuz başlık oluşmuştur. *Pozitif etkileşim için:* İnfertilite ve tedavisiyle ilgili yaşanan sıkıntıyı yakından dinleme, bunlara doğru anlayış ve sempati gösterme, zor zamanlarda cesaret verici olma, ilgilenme ve endişelenme, çocuk konusunda meraklı ve müdahale edici olmama, tedavi hakkında kadının kararına saygılı olma ve bekle-gör tutumu izleme, infertilite hakkında umutsuz olmamak, doğurganlık tedavisi hakkında yararlı bilgiler vermek, maddi destek sağlamak. *Negatif etkileşim içinse:* Çocuklar konusunda meraklı olma, çocuk konusu olduğunda müdahaleci olma, uygunsuz ilgi ve tavsiyelerde bulunma, tasasız ve duyarsız olma, infertilite ve yardımcı üreme tekniklerine negatif tutum gösterme, çocuk sahibi olamama hakkında hayal kırıklığı yaşama, çocuk sahibi olmamakla ilgili eleştirilme, çocuk sahibi olmamayı kasıtlı varsaymak, ilişki kurmaktan kaçınmadır.

Alhassan ve diğeri (2014) Ganalı infertil kadınlarda (n=100) depresyon prevalansını ve şiddetini yaş, infertilite türü ve infertilite süresi açısından ilişkisini incelemişlerdir. Bulgularda depresyon prevalansı %62 düzeyinde ve yaş ile infertilite süresi ile pozitif ilişki bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre, depresyon düzeyi 26 ve üzeri yaş grubunda, eğitim seviyesi düşük ya da formal olmayanlarda, çalışmayan kadınlarda, birincil infertil olan ile 3 yıl/üzeri öncesinde tanı almış kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İnfertil kadınlar arasında iyimserlik ve kötümserlik özelliklerinin IVF tedavisinin başarısızlığı ile olası ilişkisini değerlendiren çalışmada, ilk IVF tedavisi alan kadınlar (n=198), kötümser olmanın IVF tedavisini düşük yanıt vermede bir risk faktörü

olabileceği görülmüştür. İyimser olma ile tedavi başarısı arasında olası bir ilişki bulunmamıştır (Bleil ve diğerleri, 2012).

Kadın infertilitesi veya erkek infertilitesi kaynaklı tedavi işlemlerinde eşlerin günlük duygusal, fiziksel ve sosyal reaksiyonlarının incelendiği çalışmada (n=40) çiftler tedavinin başlangıcı ve sonuna kadar olan (yaklaşık 35 gün) süreçte izlenmişlerdir. Bulgular tedavi işlemleri sürecinde kadınların da erkeklerin de benzer patern gösterdikleri yönündedir. Reaksiyonların en önemli psikolojik belirleyicisi, tedavi prosedürünün belirsizliği olup, eşlerin duygusal sıkıntı ile umut, yakınlık gibi pozitif duygular gibi ambivalan duygular yaşamakta oldukları görülmüştür (Boivin ve diğerleri, 1998).

Tebriz’de yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda (n=1012) sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ve bunun yordayıcı faktörleri (bazı klinik ve demografik özellikler açısından) değerlendirilmiş ve bu çalışmada Tahran’da yapılan başka bir çalışmanın verileri “İranlı kadınların normatif verileri” olarak kabul edilmiştir. Bulgularda infertil kadınların yaşam kalitesi puanlarının normal popülasyondan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Charandabi, Kamalifard, Sedaghiani, Montazeri & Mohammadian, 2012).

Kliniğe başvuran ve henüz YÜT başlanmamış olan infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete prevelansı incelenmiştir. Psikiyatrist tarafından yapılan yapılandırılmış görüşmeler sonucunda, örneklemin %23’ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %23.2’sinde depresif bozukluk, %17’sinde ise distimik bozukluk saptanmıştır. Tanı alan ve almayan kadınların yaş, cinsiyet, gelir ve infertilite olma süreleri açısından farklılık bulunmamıştır (Chen, Chang, Tsai & Juang, 2004).

Domar, Zuttermeister ve Friedman (1993), grup terapisi için kayıt yaptıran infertil kadınlar (n=149) ile farklı kronik hastalığı olan kadınları (136 kronik ağrı, 22 kardiyak tedavi gören, 93 kanser, 77 hipertansiyon ve 11 HIV pozitif) psikolojik semptomlar açısından karşılaştırmışlardır. Bulgularda infertil kadınların kanser, kardiyak problemlili, hipertansiyonlu kadınlarla eşdeğer düzeyde semptom gösterirken; kronik ağrılı ve HIV pozitifli gruplardan daha düşük semptom düzeyleri olduğu bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete puanları bakımından infertil kadınların, kronik

ağırlı gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu; diğer gruplarla anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Tedaviye yönelen infertil kadınlarda depresyonun kişisel, ailesel ve sosyal yordayıcılarının araştırıldığı bir çalışmada (n=193) örneklemin %72.5'i farklı düzeylerde depresif semptom göstermiştir. Regresyon analizinde irrasyonel ebeveyn kognisyonları ve akrabaları tarafından uygulanan psikolojik baskı depresyonun yordayıcısı olarak bulunmuştur. İnfertilitenin erkek kaynaklı olması durumunda depresyon düzeyinin azalttığı belirtilmiştir (Farzadi & Ghasemzadeh, 2008).

İranlı infertil kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı ve cinsel fonksiyon ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada (n=502) cinsel işlev bozukluğunun prevalansının yüksek olduğu, bu durumun evlilik konusundaki bilgi eksikliği, toplumdaki eğitim eksikliği ve yanlış kültürel inançlarla ilişkili olabileceği ile beden kitle indeksinin yükselmesinin kadınların cinsel işlevlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Jamali, Zarei & Jahromi, 2014).

Lewis, Liu, Stuart ve Ryan (2013) IVF'e hazırlık sürecinde olan kadınlarda (n=321) depresif semptomların düzeyini araştırmışlar, bulgularda kadınların düşük düzeyde depresyon belirtileri tanımladıklarını ve diğer popülasyonlarla (doğum sonrası, birinci basamak ve genel popülasyonla) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığını belirtmişlerdir.

2.9 İnfertilite, Stres ve Başaıkma ile İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar

Yapılan literatür çalışması sonucunda infertilite ile stres ve başaıkma ya yönelik sırasıyla yurtiçinde ve yurt dışında ulaşılabilen çalışmalar şunlardır:

Belen (2012) çalışmasında infertil bireylerde (n=72 kadın, 50 erkek) yaşam kalitesi ve başaıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bulgularda kadınların pasif kaçınmayı, erkeklerin ise anlam bulma temelli kaçınmayı sık kullanırken; kadınların aktif kaçınmayı, erkeklerin ise aktif mücadeleyi en az kullandıkları bulunmuştur. Başaıkma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise pasif kaçınma ile duygusal, zihin/beden ve sosyal alt boyutlarının; aktif kaçınma ile duygusal, zihin/beden, sosyal ve tolerans alt boyutlarının; aktif mücadele ile zihin/beden alt

boyutunun negatif yönde ilişkili olduğu; anlam bulma temelli başaçıkmanın ise ilişkiisel boyutta pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Evlilik uyumu ile infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında global stres düzeyi ile evlilik uyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Bodur, Coşar ve Erdem, 2013; Bodur, Coşar ve Karabacak, 2013).

Dağ, Yiğitoğlu, Aksakal ve Kavlak (2015) tarafından yapılan, infertil kadınların (n=127) stres düzeyleri ile başaçıkma yöntemlerinin araştırıldığı çalışmada, stres düzeyinin iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve kendine güvenli yaklaşım ile istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulunmuştur.

Gözen, Eskiocak, Kılıç ve Molla (2005), infertilite olgularının %15'inin bilinmeyen nedenlerden kaynaklandığını, stresin de bu nedenlerden biri olabileceğini belirterek, zihinsel stresin sperm parametrelerine etkisini değerlendirmişlerdir (n=36). Bulgular- da, sperm konsantrasyonunun, ileri hızlı hareketli sperm yüzdesinin ve normal sperm morfolojisinin yüzdesinin stres döneminde azalmış olduğu görülmüştür. Bu durumun olası bir infertilite gelişimine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.

Karaca ve Ünsal (2015a, 2015b) infertil kadınları etkileyen psikososyal faktörleri ve başaçıkma yollarını belirlemeyi amaçladıkları çalışmanın il aşamasında primer infertil tanısı alan kadınlara (n=118) stres düzeyini belirlemeye yönelik ölçek uygulanmış, ikinci olarak bu kadınlar içerisinde randomize seçilenler ile (n=24) derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bulgularda kadınların infertil olmaya bağlı stres yaşadıkları ve bu stresin ortalama stres düzeylerinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. İçerik analizinde başa ıkmayı temsil eden 9 tema toplanmıştır: Çocuksuz olma, olumsuz benlik kavramı, algılanan sosyal baskı, algılanan sosyal destek, psikolojik belirtiler, toplumsal çekilme ve izolasyon, manevi başetme, umutlanmak/hayatı yeniden yapılandırma, geleneksel metodları kabullenme. Bulgu- larda sosyal baskı ve damgalanmanın fazla olduğu; infertilitenin bireyin kendini ve hayatı algılamasını olumsuz etkilediği; stresle başa ıkmanda duygu odaklı yöntem- lerin daha sık kullanıldığı (dini/manevi başetme, sosyal kaçınma gibi) ve tıp dışı geleneksel yöntemleri kullanma yollarını denedikleri bulunmuştur.

Yılmaz ve Oksay (2017) tarafından infertilite tedavisi gören çiftlerin başetme deneyimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma yapılmıştır (n=206 çift). Bulgularda infertilite kaynaklı stresin kişisel alanda kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu, evlilik ve sosyal alanlarda cinsiyetler arasında fark olmadığı; kadınların aktif kaçınma, aktif mücadele ve pasif kaçınma başa çıkma yöntemlerini erkeklerden daha sık kullandığı ile anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi kullanımında cinsiyetler arasında fark olmadığı görülmüştür.

Aflekseir ve Zarei'nin (2013) Şiraz'da yaptıkları çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların (n=120) başetme stratejilerinin infertilite kaynaklı stresi yordamadaki etkisini araştırmışlardır. Bulgularda sırasıyla pasif kaçınma/yok sayma stratejilerinin, anlam bulma temelli başa çıkmanın, aktif-mücadele stratejilerinin ve aktif kaçınma/yok sayma stratejilerinin kullanıldığı; anlam bulma temelli başetmenin stres düzeyini düşürürken, aktif kaçınma/yok sayma stratejilerinin yüksek stres düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

İnfertil kadınlar (n=70) ve fertil (doğurganlık açısından sağlıklı) kadınların (n=70) genel sağlık durumları ve başetme stratejilerinin karşılaştırıldığı çalışmada, genel sağlık açısından iki grup arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, fertil kadınların daha yüksek düzeyde puan aldıkları bulunmuştur. Problem merkezli başa çıkma, duygu merkezli başa çıkma ile anksiyete, depresyon açısından ise gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Bakhshayesh, Kazeraninejad, Mongabadi & Raghebian, 2012).

İnfertilitenin bilişsel algısı, başa çıkma yolları ve infertilite tedavisi ve duygusal sonuçları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (n=310) zamansal perspektif (hastalığın başlangıç zamanı, hastalıkta beklenen süreç ve iyileşme zamanını ifade eden), infertilitenin sonuçları ve kontrol edilebilirliğine ilişkin değerlendirmenin kadınların uyum sağlama düzeylerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Araştırmada ifade edilen başa çıkma yöntemlerinden yüksek sıkıntıyla ilişkilendirilen içsel-öfke (inkar, suçluluk, sosyal kaçınma, kendini ihmal etme) ve problem yönetiminin (bilgi arama, planlama, karar vermede kontrolü sürdürme, sosyal destek arama) ve düşük sıkıntıyla ilişkilendirilen kendini korumaya (kendine yatırım yapma, ödünleme, meşgul olma, kendine bakım verme) yönelik stratejilerin kısmen yoğun kullanımı sıkıntı düzeyine

aracılık ettiği ifade edilmiştir. Başka ifade ile bulgular başaşikmanın biliş-duygu ilişkisinde önemli bir rol oynadığı; şiddetli sonuçlar algılayan kadınların aynı zamanda infertil olduklarını reddetmekte olduğu ve kendilerini suçladıklarını göstermiştir (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2004).

Aşılama tedavisi boyunca çiftlerin kullandığı başetme süreçlerinin depresif belirtileri ne düzeyde yordadığının araştırıldığı çalışmada (n=43 çift) tedavi sonucunun olumsuz olmasının depresif belirtileri anlamlı düzeyde artırdığı ve başaşikma stratejilerinin önemli yordayıcı olduğu görülmüştür. Kaçınma şeklindeki başaşikmanın zamanla artan sıkıntı/stres düzeyini; girişim/mücadele odaklı başaşikmanın ise azalan sıkıntı/stres düzeyini yordayıcı olduğu bulunmuştur. Tedaviden (aşılama öncesi) önceki ilk ölçümde bildirilen aktif başaşikma stratejilerinin olumsuz tedavi sonuçlarına uyum sağlamada yararlı iken, kaçınma stratejilerinin daha fazla sıkıntıya yol açtığı belirtilmiştir (Berghuis & Stanton, 2002).

Boivin (2001) prospektif çalışmasında, infertil kadınlarda geçmiş IVF tedavilerini kontrol ederek, IVF sürecindeki biyolojik cevap üzerinde tedavi öncesi ve tedavi sırasındaki duygusal (anksiyete, depresyon, iyimserlik) ve başaşikma değişkenlerinin etkisi ile başarı beklentisini incelemiştir (n=50). Bulgularda IVF'in uyarı aşamasında anksiyete ve pozitif duygulanımla (ihtiyatlı iyimserlik), bekleme aşamasının da birincil olarak anksiyete ile ilişkili olduğu görülmüştür. Başaşikma çabaları (katarsis, problem-odaklı olma, kabul etme, destek arama, relaksasyon gibi) her iki aşamada da anlamlı artış göstermektedir. Tedavi öncesindeki negatif duygulanım ve kaçınma davranışı IVF sırasında düşük biyolojik cevap ile pozitif duygulanım ise daha fazla olumlu cevapla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca IVF sırasındaki duygusal ve başaşikma değişkenleri (pozitif duygulanım dışında) ile biyolojik değişkenler ilişkili bulunmamıştır.

Kadınlarda depresyon düzeyi ve başaşikmanın IVF sonuçlarına etkisinin araştırıldığı çalışmada (n=98) IVF tedavisi sonucunda hamile olan kadınların hamile olmayan kadınlardan palyatif başaşikmayı (stresi azaltan yöntemler) daha sık; olumsuz duyguların dışavurumunu ise daha az kullandıkları; infertilite nedeni dikkate alındığında kadın faktörlü infertililerin daha fazla depresif başaşikmayı kullandıkları bulunmuştur. Bulgularda aktif başaşikma ve rahatlatıcı/yatıştırıcı fikirler gibi koruyucu başa-

çıkma mekanizmaları kadın kaynaklı infertilitede koruyucu olurken, negatif duyguların dışavurumu gibi başa çıkma mekanizmaları (kendine yönelik suçluluğa dönüşerek) depresif semptomatoloji ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Tersine erkek kaynaklı infertilitede ise aktif başa çıkma ve rahatlatıcı/yatıştırıcı mekanizmalar depresif semptomatoloji ile pozitif yönde; negatif duyguların dışavurumu ise doğrudan partnere yöneltilmediği için negatif yönde depresif semptomatoloji ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresyon semptomatolojisi açısından hamile kalan ve kalmayanlar arasında farklılık yoktur (Demyttenaere ve diğerleri, 1998).

Yetişkin bağlanma stilleri, bağlanma anksiyetesi ve infertilite stresi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, bağlanma anksiyetesi ve kaçınmalı bağlanmanın hem kadınlarda (n=316), hem de erkeklerde (n=316) infertilite kaynaklı algılanan stresle ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkeklerde infertilite stresi ve ilişki kaygısının partnerinin kaçınmalı bağlanmasıyla ilişkili olduğu bulunurken; kadınlarda infertilite stresi ve ebeveynlik gereksinimlerinin partnerinin bağlanma kaygısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Donarelli ve diğerleri, 2012).

Gana'da infertilite tedavisi gören kadınların (n=615) başetme stratejilerinin açıklanması amacıyla yapılan çalışmada kadınların damgalanmadan kaçınmak için doğurganlık sorunlarını başkalarıyla paylaşmadıkları, çoğunun dini inanç ile başetmeye çalıştığı, diğerlerinin de eşinin desteği ile rahatladığı, infertiliteyi hatırlatan durumlardan kaçındığı ve ekonomik bağımsızlıkları ile başetmeye çalıştığı belirtilmiştir (Donkor & Sandall, 2009).

IVF tedavisi sonuçları ile son 12 ayda yaşanan stresli olaylar arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada ise (n=809) tedavi sonucunda gebeliğin olduğu kadınlar, gebe kalmayanlara göre daha az doğurganlık sorunu ile ilgili negatif olay belirtmişlerdir. Yapılan regresyon analizi negatif olay sayısının gebelik için önemli yordayıcı olduğunu göstermiştir. Negatif olayların sayısının, tedavide toplanan oosit sayıları olmak üzere IVF sonuçlarını etkilemekte olduğu belirtilmiştir (Ebbesen ve diğerleri, 2009).

İnfertilite tedavisinin getirdiği stres ve sosyal destek arasındaki ilişkinin çiftlerde (n=150) incelendiği çalışmada, sosyal destek ile tedaviyle ilişkili stres arasında

negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ehsanpour, Mohsenzadeh, Kazemi & Yazdani, 2009).

Faramarzi ve diğerleri (2014), infertil kadınlarda öz-yeterlik ile depresyon, anksiyete, infertilite kaynaklı algılanan stres ve genel sağlık arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bulgularda özyeterliğin depresyon, yoğun anksiyete, infertilite kaynaklı stres (sosyal kaygı ve evlilik kaygıları alt boyutlarında) ile negatif yönde ilişkili olduğu; sağlıklı davranış düzeyi ile (genel zihinsel iyi oluşu değerlendiren) ise pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Demografik bilgiler açısından yaşın artması, eğitim düzeyinin artması, çalışmama durumu, infertilite süresinin artması düşük öz-yeterlilikle ilişkilendirilmiştir.

Başka bir çalışmada başa çıkma yöntemleri ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişki araştırılmıştır (n=168 çift). Bulgularda kaçma/kaçınma, uzaklaşma ve sorumluluk almanın depresyon ve anksiyete için yordayıcı olduğu; sosyal destek aramanın hem depresyon ve anksiyete için negatif yordayıcı iken, planlı problem çözmenin sadece depresyon için negatif yordayıcı olduğu görülmüştür (Faramarzi, Pasha, Esmaelzadeh, Jorsarai ve diğerleri, 2013).

Greil ve diğerleri (2011) yaptıkları çalışmada primer (n=399) ve sekonder infertil (n=628) kadından oluşan örnekleme infertilite türü, infertil olup hamile kalma niyetinin olması (gebelik için çaba harcayan) ve hamile kalma niyetinin olmaması (gebelik için çaba harcamayan) değişkenleri ile infertiliteyle ilişkili sıkıntı ve genel sıkıntı düzeylerini incelemişlerdir. Bulgularda genel sıkıntı düzeyinin infertilite türü veya niyetlilik durumuna göre değişmediği; primer infertil olan grupta ve gebelik için çaba harcayan grupta infertiliteyle ilişkili sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

İnfertilite nedeni kadın faktörlü (n=50) ve erkek faktörlü (n=50) olan infertil kadınların kullandıkları başa çıkma yönteminin stres düzeyleri ve evlilik doyumu üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmada, kadın faktörlü infertililerin daha fazla duygu odaklı ve daha az başarılı başa çıkma yöntemleri kullanırken, erkek faktörlü kadınların daha fazla problem odaklı başa çıkma kullandığı ve kadın faktörlü infertililerin evlilik doyumlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Jafarzadeh, Golzari, Jomehri, Poursamar & Sahraian, 2015).

Milad, Kolock, Moses ve Chatterton (1998) stresin psikolojik ve fizyolojik belirteçlerini değerlendirmek ve gebelik sonuçlarıyla ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n=40) embriyo transferinden sonra 13.-20.-27. günlerde aldıkları ölçüm sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Bulgularda tüm kadınların stres düzeyinin yüksek olduğu, hamile olan ve olmayan gruplar arasında stres düzeyi açısından ve stres hormon belirteçleri açısından farklılık olmadığı, psikolojik ölçümler ile fizyolojik stres hormon konsantrasyonları arasında çok az bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Musa ve diğerleri (2014) depresyon, anksiyete ve stres ile başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada (n=124 çift) eşler arasında başa çıkma açısından farklılık olmadığı, duygu odaklı başa çıkma ile yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Maladaptive başa çıkma kadınlarda erkeklere göre daha fazla olumsuz etki yaratmaktadır. Beklenmedik şekilde kaçınmacı başa çıkma ile psikolojik sıkıntı arasında ilişki bulunmamıştır.

Bireysel ve çift olarak kadın ve erkeklerin başatma süreçlerinin ve infertilite kaynaklı stres, evlilik uyumu, depresyonla ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada tedaviden üç ay öncesinde örnekleme (n=1026; 420'si çift) ilgili ölçekler uygulanmıştır. Bulgular, hem erkek, hem de kadınlar için kaçma-kaçınma, sorumluluk alma, öz-denetim ile artan stres, depresyonla ve azalan evlilik uyumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sosyal destek arama ise, sadece artan evlilik uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Cinsiyet farklılığı açısından kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla infertilite kaynaklı stres ve depresyon yaşadıklarını belirttiği görülmüştür (Peterson, 2002).

Rashidi ve diğerleri (2011) yaptıkları çalışmada (n=201) infertilite kaynaklı stres, başa çıkma, sosyal destek ve kişilik eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bulgularda infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin problem odaklı/aktif başa çıkma, sosyal destek ve dışadönüklük ile negatif yönde ilişkili iken; duygu odaklı başa çıkma, nörotik eğilimler ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir.

IVF tedavisine başlandıktan 12 ay sonrasındaki infertilite kaynaklı stresin yordayıcısı olarak başatma ve iletişim stratejileri incelenmiştir (n=816). Bulgularda aktif kaçın-

ma/yok sayma stratejisinin yüksek stres için önemli yordayıcısı olduğu, erkeklerde aktif mücadele stratejisinin düşük stresle (evlilik kaygıları alanında), kadınlarda ise anlam bulma temelli yaklaşımın orta ya da yüksek düzeyde kullanılmasının düşük stresle (kişisel ve evlilik alanında) önemli yordayıcı olduğu bulunmuştur (Schmidt ve diğerleri, 2005; Schmidt, 2006).

Başarısız IVF tedavisi gören infertil kadın ve erkeklerin beş yıllık dönemde izlendiği ve kullandıkları başa çıkma stratejileri ile evlilik yararı (ilişkiyi güçlendirme, çiftleri birbirine yakınlaştırma) olup olmadığının incelendiği çalışmada tedaviye başlangıçta, 1 yıl sonra ve 5 yıl sonra (sırasıyla n=2027, n=707, n=239) ölçümler yapılmıştır. Bulgularda anlam bulma temelli başa çıkma artış gösteren tek başa çıkma stratejisi olup, 1. ve 5. yıllarda hem kadın hem de erkekler için artış göstermektedir. Aktif kaçınma başa çıkmanın kullanımı 1 yıl içinde artmış, 5 yıl sonrasında temel düzeyine (ilk ölçüm) geri dönmüştür. Zaman içerisinde bireysel ve partner tarafından kullanılan başa çıkma stratejilerin evlilik yararı üzerindeki etkisi incelendiğinde ise aktif kaçınma için cinsiyet etkileşiminde önemli bir partner etkisi olduğu ve bunun cinsiyete göre farklılaştığı belirtilmiştir. Anlam temelli başa çıkma kullanımı kadın ve erkeklerin daha fazla evlilik yararı sağlamalarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkeklerin anlam temelli başa çıkma stratejisini kullanmaya devam etmesi evlilik yararını artırırken, kadınlarda 1. yıl artışa sebep olmuş, 5. yıla kadar daha az olumlu etkilediği görülmüştür. Aktif kaçınma başa çıkmayı kullanan kadınlar eşlerinde evlilik yararını azaltmaktadır. Buna karşın aktif kaçınmayı kullanan erkeklerin eşlerinde evlilik yararı artmıştır (Peterson ve diğerleri, 2011).

2.10 İnfertil Birey/Çiftlere Yönelik Program ve Gruplar ile İlgili Bazı Araştırmalar

Yapılan literatür çalışmasında BDT olmak üzere farklı yaklaşımları temel alındığı çeşitli program/müdahalelerin uygulandığı ve farklı değişkenler üzerinden etkililik düzeyinin araştırıldığı görülmektedir. Ulaşılabilen bazı çalışmalar şunlardır:

Yapılan bir çalışmada infertilite stresi, infertilite öz-yetkinlik, karar vermede çatışmalar, evlilik seçimleri ve başa çıkma stilleri gibi değişkenler üzerinde online psiko-egitim programının etkililiği incelenmiştir (n=190). Ön-test, son-test ve bir ay sonraki izlem uygulamaları sonrasında elde edilen bulgularda infertilite kaynaklı

algılanan stres düzeyinde azalma (sosyal endişeler, cinsel endişeler, çocuksuz yaşamın reddiyle ilişkili endişeler), infertilite öz-yetkinliğinde artış, karar almada artış (tıbbi kararlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğunu hissetme, karar alırken kar-zarar hakkında daha bilgili, net olma) olduğu bulunmuştur. İki deney grubunun (n=97) ve iki kontrol grubunun (n=93) yer aldığı çalışmada, programın evlilik uyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır. Deney grubunda 60 dakikadan fazla programa katılanların global streslerinin daha fazla düştüğü ve yetkinliklerinin arttığı bulunmuştur. Anksiyete yaşayan, ekonomik gelir düzeyi yüksek, infertilite nedeni belli olan ve 4 ya da daha fazla tedavi almış olan infertil kadınlar için programın daha yararlı olduğu belirtilmiştir (Cousineau ve diğerleri, 2008).

Stres yönetimi eğitiminin infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmada IVF uygulanacak infertil kadınlardan oluşan deney grubuna 10 oturumdan oluşan, 1 buçuk saat süren program uygulanmıştır. Bulgularda deney (n=35) ve kontrol (n=35) grubunda algılanan stres düzeyinin ortalama düzeyde olduğu, eğitim sonrasında algılanan stres düzeyleri açısından ön-test ve son-test ölçümleri ile iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Delpasand, Ahadi & Jomehri, 2015).

Gebe kalmak için çalışan infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada randomizasyon ile üç grup oluşturulmuştur: BDT grubu (n=56), destek grubu (n=65) ve kontrol grubu (n=63). BDT grubu, 2 saat süren, haftalık ve 10 oturumdan oluşan grup programına alınmıştır. Oturumlar gevşeme egzersizleri, kognitif yapılandırma, duygu ifadeleme, infertilite ile ilgili beslenme ve egzersizler hakkında bilgilendirme gibi konuları kapsamıştır. Destek grubuyla ise haftalık 2 saat süren (1. saatte infertilite tedavisiyle ilgili birbirlerini kontrol etme ve önceki haftanın özetini yapma; 2. saatte ise özgüven, evlilikleri, arkadaşları, sivrüalite, iş gibi konular üzerine konuşmak) oturumlar yapılmıştır. Program öncesinde, 6. ve 12. aylarda uygulanan psikolojik ölçeklerden elde edilen bulgularda, BDT grubundaki ve destek grubundaki katılımcıların anlamlı düzeyde pozitif değişim (depresyon, tükenmişlikte azalma, düşük evlilik sıkıntısı gibi) gösterdikleri bulunmuştur. Kontrol grubunun zaman içerisinde psikolojik sıkıntılarının arttığı görülmüştür (Domar, Clapp, Kessel, Orav & Freizinger, 2000).

Djurkovic-Lazic, Lazic ve Djuric (2000), tekrarlayan düşükleri olan kadınlar dâhil, infertil çiftlerde (n=24) BDT terapisinin etkinliğini incelemişlerdir. Program gebelik şansını da optimize edebilecek şekilde cinsel işlevsellik ve doyumun artırılması, evlilik iletişim becerilerinin geliştirilmesi, anksiyete, çaresizlik ve depresyon düşüncelerinin azaltılması gibi konuları içermektedir. 4 ay sonraki izlemde, tüm çiftlerde anksiyete, depresyon ve çaresizlikle ilgili problem odaklı düşüncelerde %62 oranında önemli azalma olduğu ve çiftlerin %70'inin evlilik sıkıntısında azalma belirttiği görülmüştür.

İnfertil kadınlarda infertilite kaynaklı algılanan stresin iyileştirilmesinde antidepresan (fluoksetine) ve BDT'nin etkililiği incelenmiştir. Çalışmada IVF merkezine başvuran ve çalışmaya katılımı kabul eden infertil kadınlardan, örnekleme alınma kriterlerini karşılayanlar randomize olarak 3 gruba ayrılmıştır: 1. Deney/BDT grubu (n=29), 2. Antidepresan grubu(n=30), 3.Kontrol grubu (n=30). BDT grubuna haftada bir gün, iki saat süren ve toplamda 10 oturumdan oluşan bir program uygulanmıştır. Katılımcı sayısı 8-12 arasında olmuştur. Antidepresan grubuna ise 90 gün boyunca günde 20 mg. fluoksetin tedavisi verilmiştir. Oturum içeriğine bakıldığında ilk 3 seans genel olarak BDT'ye oryantasyon ve infertilitenin sebeplerine odaklanılmış ve jinekolog tarafından her bir kadın için infertilite nedenleri açıklanılmış; kognitif terapi ise infertilite kaynaklı stresle ilişkili olarak sosyal kaygıyı, cinsel kaygıyı, evlilik/ilişki kaygısını, çocuksuz yaşam stiline reddi ve ebeveynlik ihtiyacına yönelik disfonksiyonel tutumları/inançları içermiştir. 4.-6. seanslarda infertiliteyle ilgili irrasyonel inançları sorgulanmış; 7.-10. seanslarda katılımcılara infertiliteyle ilgili disfonksiyonel inançları değiştirmeye yönelik çeşitli teknikler öğretilmiş; 5.-10. seanslarda ise Beck'in bilişsel modeline Jacobson gevşeme egzersizi eklenmiştir. Program öncesinde her üç grupta da kadınların çocuksuz yaşamın reddetme düzeylerinin ve evlilik/ilişki kaygılarının diğer alt ölçekler arasında en yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda BDT temelli programın sosyal kaygı, cinsel kaygı, evlilik/ilişki kaygısı, çocuksuz yaşam stiline reddi, ebeveynlik ihtiyacı gibi boyutlarda, genel olarak infertilite kaynaklı stresi azaltmakta antidepresan tedavisine göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Faramarzi, Pasha, Esmailzadeh, Kheirkhah ve diğerleri, 2013). Aynı örnekleme yapılan başka bir yayında ise BDT temelli programın anksiyete, sosyal fonksiyon ve psikosomatik belirtiler açısından anlamlı düzeyde azalma

sağlarken, antidepresan tedavisinin anksiyete, sosyal fonksiyon ve depresyon ortalama puanlarını düşürdüğü belirtilmiştir (Faramarzi ve diğerleri, 2008).

Galhordo ve diğerleri (2011) çalışmalarında “İnfertilite için Farkındalık Temelli Program” ile infertilite değerleri açıklama, farkındalık ve kabul becerilerini ve iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlamıştır. Örneklem deney grubu (n=45) ve kontrol grubu (n=30) oluşmuştur. Program farkındalık temelli stres azaltma programı ile kabul ve yüklenim terapisinin temel prensiplerini temel almakta olup infertilite ile ilgili temel konuları içermektedir. Deneyimleri paylaşma ve sosyal destek sağlamak için grup formatında olup haftalık 2 saatlik ve 10 oturumdan oluşmaktadır ve 3 oturuma eşler de katılmaktadır. Bulgular programa katılan kadınlarda depresyon ve anksiyete semptomlarının, içsel utancın, zihinsel kaptırmanın anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir. Tersine psikolojik esneklik/kabul, öz-duyarlılık ve infertiliteyle başetmede yetkinlik açısından anlamlı bir artış olmuştur. Kontrol grubunda psikolojik ölçümlerde herhangi anlamlı bir değişim olmamıştır. Farkındalık temelli programın uygulandığı başka bir çalışmada da (deney grubu n=55; kontrol grubu n=37, randomize olmayan) benzer bulgular bulunmuştur. Oturum içeriklerinde metaforlar, deneyimsel alıştırmalar, psiko-eğitsel süreç, infertilite deneyimleri, iletişim, meditasyon, hatha yoga yer almakta olup bir oturumda farklı seçim yapan (evlat edinen, donasyon çocuk sahibi olan ve çocuksuz bir yaşamı seçen) ve deneyimlerini paylaşmak isteyen 3 misafir, oturuma dâhil edilmiştir (Galhordo, Cunha & Pinto-Gouveia, 2013). Sonuç olarak farkındalık temelli programın infertilite de etkili bir psikolojik müdahale yöntemi olabileceği ifade edilmiştir.

Gürhan ve diğerleri (2007) çalışmalarında IVF tedavisi sürecinde 60 dakikalık bir grup eğitimi ile 20 dakikalık iki bireysel oturumdan (eşlerin katılımı isteğe bağlı) oluşan, girişimsel müdahale aşamasında da eşlik edilen bir program uygulamışlardır. Program içeriğinde duygular, endişe, psikososyal stres, başa çıkma yöntemleri, gevşeme egzersizi gibi konular yer almış olup; bulgularda deney grubu (n=37) ve kontrol grubu (n=30) arasında depresyon düzeyi ve başa çıkma yöntemleri arasında farklılık olmadığı bulunmuştur.

Sanat terapisi temelli destekleyici programın etkililiğinin araştırıldığı bir çalışmada (n=21) haftalık, 2 saat süren, yarı yapılandırılmış 8 oturum düzenlenmiştir. Oturum-

lar infertilitenin doğası, suçluluk, korku, engellenmişlik, acı, stres, tedavi sürecindeki bedeller, iletişim gibi konuları içermiştir. Bulgularda umutsuzluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalması, programın etkililiğine işaret etmiştir (Hughe & Silva, 2011).

Depresif infertil kadınlarda depresyonun azaltılması, sosyal uyumun artırılması ve doğurganlıkla ilgili sıkıntıların azaltılmasında kişilerarası psikoterapinin (n=12) ile kısa süreli destekleyici terapinin (n=10) etkililiğinin karşılaştırıldığı randomize bir çalışmada 12 oturumdan oluşan programlar uygulanmıştır. Kişilerarası psikoterapinin uygulandığı grupta oturumlar yapılandırılmış, 50 dakika süren, bireysel oturumlar olup oturumlarda infertilite ve depresif tablonun medikal modelin anlatıldığı psiko-eğitim, terapötik ittifakın sağlanması, hasta rolünü veren mevcut ilişki paternlerinin incelenmesi, depresyonla bağlantısı, doğmamış çocuğun, üreme yeteneğinin, annelik rolünün kaybına yönelik yasın çalışılması, yaşam koşullarına uyum sağlamayı güçleştiren rol geçişlerinin çalışılması (1.-3. seans); kaybedilen üreme yeteneğinin kaybına ilişkin yaşanan uyum sorununun ele alınması, normalleştirme, sosyal beceri ve destek oluşturma (4.-9. seans); sonlandırma, süreç kazanımları, gelecekteki kişilerarası stresle başetme becerilerinin geliştirilmesi (10.-12. seans) konuları çalışılmıştır. Kısa süreli destekleyici terapinin uygulandığı grupta ise oturumlar yarı-yapılandırılmış, danışan merkezli, depresyon hakkında psiko-eğitimin olduğu, medikal modele odaklanmayan, etkileşime odaklı ve destekleyici bir yaklaşımla kişinin güçlü yanlarına vurgu yapan ve teorik çerçeve ya da belirli temalar sunmayan oturumlar düzenlenmiştir. Bulgularda her iki terapinin de depresyon puanlarının azalmasında etkili olduğu; kişilerarası terapinin etkililiğinin diğerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, 6 ay sonraki izlemde de kazanımların devam ettiği bulunmuştur (Koszycki, Bisserbe, Blier, Bradwejn & Markowitz, 2012).

Krause ve diğerlerinin (1996), nedeni açıklanamamış infertil çiftlerle yaptıkları çalışmada cinsel işlev ve doyumunu arttırmak, çaresizliği azaltacak kognitif stratejiler geliştirmek, çifte etkili iletişim becerileri öğretmek amaçlanmıştır. Çalışmada medikal değerlendirme, psikolojik görüşme yapılmış ve anketler uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan çiftlerin her üyesine 6 ay boyunca psikolojik danışma verilmiştir. Tekrarlanan medikal ve psikolojik sonuçlar tedavi almayan çiftlerin

sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar psikolojik programın yaşamın farklı alanlarında, özellikle cinsel yaşamda çiftlerin stresini azalttığını; umutsuzluk, depresyon ve çaresizlikte azalma olduğunu ve hastaların bir kısmında infertilite parametrelerinde iyileşme olduğunu göstermiştir.

Farkındalık temelli programın kadın infertillerde gebelik oranı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkiliğinin araştırıldığı randomize olmayan kontrollü çalışmada, deney grubuna (n=58) 6 haftalık, 2-2 buçuk saat süren oturumlar uygulanmıştır. Oturumlarda duygusal, düşünsel, nefes farkındalığı ve alıştırmaları; meditasyon, hatha yoga gibi yönlendirilmiş vücut taraması; kabullenme, akışa bırakma, sabretme, kendini izleme gibi psikolojik kavramlar; farkındalık uygulamalarını günlük yaşama aktarabilme; infertilite ve IVF tedavisiyle ilgili açıklamalar; infertil kadınlar için tasarlanmış yoga; farkındalık yürüyüş ve hareketlilik uygulamaları çalışılmıştır. Çalışma esnasında deney grubundakiler uyku kalitesinin arttığını ifade etmişlerdir. Bulgularda kontrol grubunda (n=50) herhangi bir değişim olmaz iken deney grubunda öz-farkındalık, duygu regülasyonu, infertilite ile başa çıkma stratejileri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu; 6 ay sonraki izlemde hamilelik oranlarının deney grubu yönünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (deney grubu %44.83, kontrol grubu %26) (Li, Long, Liu, He & Li, 2016).

Duygu odaklı ve problem odaklı terapilerin infertil kadınlar üzerindeki etkililiğinin araştırıldığı bir çalışmada bir grup (n=10) ile duygu odaklı yaklaşımla, diğer grup (n=10) ile problem odaklı yaklaşımla 90 dakika süren 6 haftalık oturumlar düzenlenmiştir. Duygu odaklı grupta doğurganlık sorunlarına yönelik duyguları ifade etme; bu duygulara karşı koyabilmek için keyifli etkinlikler yapma ve rahatlayabilme; işlevsel olmayan inançların etkisini azaltabilme hedeflenirken; problem odaklı grupta infertilite ile ilgili süreçte kontrol duygusunu artırmak için tıbbi personel ve diğerleriyle iletişimi artırma; infertilite bilgi kaynaklarını artırma; problem çözme stratejilerini geliştirmek hedeflenmiştir. Bulgularda her iki grupta da genel stres düzeyinin kontrol grubuna (n=9) göre anlamlı düzeyde az olduğu; son-test ölçümlerinde duygu odaklı grubunun problem odaklığa göre daha fazla etkili olduğu; 1 ay sonraki izlemde duygu odaklı grubunun kontrol grubuna göre daha az düzeyde depresyon ve daha fazla iyi oluş bildirirken, 18 ay izleminde ise anlamlı farklılığın

olmadığı; problem odaklı grubun 18 ay izleminde çocuk sahibi olma oranlarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (McQueeney, Stanton & Sigmon, 1997).

Aşılama tedavisine başlanacak olan kadınlarda gerçeklik terapisinin etkililiğinin incelendiği yarı-deneysel bir çalışmada deney grubuna (n=20) 90 dakikalık 10 oturumdan oluşan program uygulanmıştır. Program gerçeklik terapisi kavramına aşinalık kazanılması ve grup etkileşiminin sağlanması; katılımcıların kendi kimlikleriyle ve başarılı-başarısız kimlik türlerini tanımları; yaşamlarında sorumluluk almanın önemi ve bunu nasıl ele alabilecekleri; gerçeklik terapisi ve baş etme perspektifinden kaygıya giriş; gerçek ihtiyaç ve gereksinimleri ile seçim kavramına aşinalık kazanmaları; problem çözme, yaşamlarını planlama, aşılama hazırlık konusunda bilgi sahibi olmaları; tıbbi müdahale ve getirilerine aşinalık kazanmaları; seçilen tıbbi müdahaleleri reddetme haklarına ilişkin katılımcıların bilgilendirilmesi gibi konuları içermektedir. Bulgularda deney grubunda hem durumluk hem de süreklilik anksiyetesinin anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (Mezreji & Toozandehjani, 2016).

İnfertil kadınlarda iyi oluş terapisinin etkililiğinin araştırıldığı çalışmada deney grubuna 45-60 dakika süren 8 oturumlu bir psiko-eğitsel bir program uygulanmıştır. Oturumlar iyi oluş, grup kuralları, günlük iyi oluş çizelgeleri tutma (2. seans); iyi oluşla ilişkili düşünce-inançların fark edilmesini öğrenme (3.-5. seans); Ryff'ın 6 basamaklı iyi oluş kavramının tanımlanması (6.-8.seans) konularını içermiştir. Bulgularda deney grubunda (n=11) kontrol grubuna göre (n=11) program etkililiği yönünde istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Moeenizadeh & Zarif, 2017).

Mosalanejad, Koolee ve Shoyokn (2012), spiritüel psikoterapinin hamilelik üzerindeki özgün etkisini göstermek amacıyla çalışmalarında grup terapisi ardından hamile kalan iki olgudan bahsetmişlerdir. Spiritüel grup terapisinin daha büyük anlamlar, aşkınlık ve daha büyük amaçlar gibi temaların oluşmasında gerekli olan malzemenin grup ortamında ortaya çıkmasını sağladığı belirtilmektedir. Terapi programı haftalık olan ve 1,5 saat süren 10 oturumlu bir programdır ve içeriği: hedef ve grup kurallarının tanımlanması; unutulmuş olan kapasitelerinin hatırlatılması; anksiyete ile ilişkili faktörlerin tanımlanması ve diğer tüm stratejilerin açığa

çıkarılması; yardımcı üreme tekniklerinin tanımlanması ve tedavi türleri hakkında bilgi verilmesi; kişisel kimliğin devamı için gerekli olan sevginin anlamının bulunması/keşfedilmesi; aileleriyle nasıl iyi ilişki kurulacağı; yaşam ve evlilik felsefesinin vurgulanarak infertilite probleminin gizli anlamını bulma; yaratıcılığın değerinin farkına varılması; hayata anlam verecek uğraşlar oluşturabilme (organ bağısı, hayır kurumlarına yardım gibi); yaşamın anlamını anlamak ve niteliğini vurgulayacak değerler bulmaktır. Olguların ön-test ile son-test ölçümlerinde depresyon, anksiyete ve stres puanlarında düşüş olduğu; bir olgunun izlem sırasında, diğerinin de beş ay sonra hamile olduğu belirtilmiştir.

Mosalanejad, Koolae ve Jamali (2012a) yaptıkları çalışmada BDT grubunun, infertil kadınların psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Yaş, sosyoekonomik düzey, eğitim ve infertilite süresi açısından eşleştirilmiş deney (n=15) ve kontrol grubu (n=16) herhangi bir tedavi YÜT süreci içinde yer almaktadır. Deney grubuna 15 oturumluk, 1,5 saat, haftalık, 4 ay süren BDT programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise son-test sonrası etik kurallara uymak için infertiliteyle ilgili yeni yaklaşımların olduğu 1 saatlik eğitim oturumu düzenlenmiştir. Program içeriği hedef ve grup kurallarının tanımlanması ve üyelerin tanışması (1 seans); stres kapasitelerinin ve stresle ilişkili faktörlerin anlaşılması, gevşeme egzersizi (1 seans); anksiyete ile ilişkili faktörlerin tanımlanması ve diğer tüm stratejilerin açığa çıkarılması negatif ve saptırılmış düşüncelerin fark edilmesi, zihinsel, bedensel ve sosyal açıdan bu faktörlerin etkilerinin farkına varılması (2 seans); düşünce nasıl değiştirilir ve pozitif düşüncelerle yer değiştirilmesi, duygusal katarsis için yazılı ödevlendirme, YÜT tedavisi, gevşeme tekniği (2 seans); negatif düşünceleri engelleme teknikleri, imajinasyon, biofeedback, gevşeme egzersizi (3 seans); duyguların, gereksinimlerin ifadenmesini ve infertilite krizlerinin çözümü kolaylaştıracak iletişim ve problem çözme teknikleri (2 seans); birliktelik ve evlilik felsefesinin/spiritüelitede ardından çiftin cinsel ilişkisinin geliştirilmesi, gevşeme egzersizi (2 seans); araştırmacıların ulaştığı infertilite konuları ve yeni tekniklerin katılımcılara sunulması (1 seans); kısa özetin yapılması (1 seans) olarak düzenlenmiştir. Bulgularda psikolojik dayanıklılık açısından deney grubu lehine her iki grup arasında anlamlı farklılık görülürken; baş etme stratejileri açısından (kaçınma odaklı; bilişsel odaklı; davranış odaklı başa çıkma) gruplar

arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ancak bilişsel yönelimli başaçıkma stilinde deney grubunun ön-test ile son-test skorlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada aynı örnekleme BDT'nin infertil kadınlarda stres, depresyon ve anksiyetelerini azaltmadaki etkisini incelenmiştir. Bulgularda deney grubunun depresyon, anksiyete, stres, psikolojik sıkıntı, dayanıklılık skorları ortalamalarında ön-test ve son-test uygulamalarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Mosalanejad ve diğerleri, 2012b).

Mosalanejad ve Koolee (2013) logoterapi grup müdahalesinin infertilite ile ilişkili endişeler ve algılanan stres düzeyine etkisinin araştırıldığı randomize çalışmada deney grubuna (n=33) 12 oturumluk, 2 saatlik logoterapi-spiritüel grup terapisi uygulanırken; kontrol grubuna (n=32) herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Oturumlar tanışma, hedef ve kurallarının ve yaşamın anlamının tanımlanması (1 seans); öz farkındalık, anksiyete ile ilişkili faktörlerin ve stratejilerin belirlenmesi gibi katılımcılardan bilgi toplamak (2 seans); benliğin korunması ve sevginin anlamını bulma yolu olarak diğerleriyle nasıl iletişim kurulacağı (1 seans); aile bağlarını güçlendirerek yaşamın anlamını bulma (1 seans); acının anlamı (2 seans; IVF tedavileri, umutla birlikte diğer alternatif seçimleri (2 seans); çalışarak ya da yardım etme yoluyla anlamlar bulma (1 seans); doğa ve devamında sanatla etkileşimde bulunarak yaşama dair anlamlar bulma (1 seans) içeriğinde düzenlenmiştir. Bulgularda deney grubunun endişe ve stres düzeylerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Psikolojik müdahale olarak umut terapisinin infertil kadınların psikolojik sıkıntı (anksiyete, depresyon ve stres) düzeyine etkisinin araştırıldığı deneysel bir çalışmada müdahale grubu (n= 28) 2 ay süren, 2 saatlik 8 oturumdan oluşan program uygulanmıştır. Program içeriği ölçek ve tanışma (1 seans); umut belirleme (tanım, sonuçları, iyimserlik, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, 1 seans); umut takviyesi (amaçlılık gibi bileşenlerin tanımlanması, insanların hayata karşı tutumlarının umut üzerindeki etkisi, olumlu-olumsuz duyguların paylaşımı, 2 seans); umut geliştirme (infertilite ile terapötik müdahale ile uzun dönemli hedefler belirleme, evlilik doyumunu, 2 seans); umudu koruma (yaşam hedeflerine ulaşmak için girişimde bulunma, 1 seans); infertilite tedavisi, stratejileri, psikolojik teknikler hakkında çalışma (1 seans); son-test uygulaması ve özet yapılması (1 seans) olarak düzenlenmiştir.

Bulgularda programın etkililiği yönünde müdahale ve kontrol (n=31) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 6 ay sonraki izlemde kontrol grubunda hamilelik görülmezken, müdahale grubunda %33.3 oranında gebelik görülmüştür (Mosalanejad, Abdolahifard & Jahromi, 2014).

İnfertil kadınlarda infertilite stresinin azaltılmasında hatha yoganın etkililiğini araştıran bir çalışmada 49 kadına 6 hafta süren 2 saatlik (15 dakika nefes; 40 dakika deneyimler, yoga, stres, anksiyete, depresyon, bedenin gevşeme cevabı, başatme, yaşam biçimi, ebeveynlik yolculuğu, kendine bakım konularında grup paylaşımı; 55 dakika yoga; 10 dakika progresif gevşeme) seanslar uygulanmıştır. Bulgular depresyon, anksiyete düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olurken, doğurganlıkla ilişkili yaşam kalitesinde anlamlı bir artışın olduğu; çift uyumunda ise farklılığın olmadığı bulunmuştur (Oron ve diğerleri, 2015).

Peterson ve Eifort (2016), olumsuz IVF tedavisi sonrasında tek denekli (çift) bir çalışma yürütmüşlerdir. Kabul ve Kararlılık Terapisi temelinde 20 oturum süren programda farkındalık, kabul stratejileri, değerler (ebeveynlik dâhil sağlık, aile, arkadaşlar, yeni ilişkiler, spiritüalite gibi), infertilite ile ilişkili bilişsel yapılandırma ve infertilite ile ilgili kaçınılan durumlarla yüzleşme gibi konular çalışılmıştır. Programın başlangıcından bir yıl sonrasına kadar 7 farklı ölçüm alınmış olup, bulgularda özellikle kadın katılımcı için programın infertilite kaynaklı algılanan stresi azaltması yönünde etkili olduğu bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada 37 infertil çiftle “iletişim ve stres yönetimi eğitimi” konulu bir program uygulanmıştır. Program içeriği katılımcıların ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuştur. İçerikte infertilite ve tedavisine yönelik psikolojik tepkiler ve genel iletişim teorileri; infertiliteyle ilgili mitler ve bunların nasıl yönetileceği; stres yönetimi, psikolojik savunma stratejileri, genel ve spesifik olarak infertilite ile ilişkisi, başa çıkma stratejileri, stres yönetimi, duygusal ve savunma stratejilerinin bedensel deneyiminin nasıl olduğu; infertilite ve eş ilişkisi; başarısız tedaviyi sonlandırma, evlat edinme gibi karar alma ve gelecek yaşam hedefleri stratejileri oluşturma konuları yer almıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubu (n=37 çift) partnerleriyle iletişimlerinin geliştiğini, infertilite ve tedavisi hakkında daha sık konuştuklarını, tartışmalarda/konuşmalarında farklı perspektifler oluştura-

bildiklerini belirtmişlerdir. Evlilik yararının anlamlı düzeyde arttığı, ancak infertilite kaynaklı strese bir değişim olmadığı bulunmuştur (Schmidt, Thomsen, Boivin & Anderson, 2005; Schmidt, 2006).

Sexton, Byrd, O'Donohue ve Jacobs (2010) çalışmalarında hazırladıkları web sitesi üzerinden sunulan BDT temelli stresle başa çıkma psiko-eğitim programının genel stres ve infertilite kaynaklı stres düzeylerini azaltmada etkililiğini araştırmışlardır. Bulgularda deneysel grup (n=15) kontrol grubu (n=16) karşılaştırıldığında genel stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu, ancak infertilite kaynaklı stres açısından farklılık olmadığı bulunmuştur.

Başka bir çalışmada BDT temelli stres yönetimin programının infertil kadınların (n=40) evlilik doyumu üzerinde olan etkililiği araştırılmıştır. Çalışmada deney grubuna 10 oturumdan oluşan, 2 saat süren oturumlar uygulanmıştır. Program sonunda ve izlem ölçümlerinde evlilik doyumunun programın etkililiği yönünde deney grubunda (n=20) artış gösterdiği bulunmuştur (Solati, Jaferzadeh & Dehkordi, 2016).

Soltani ve diğerleri (2014), tamamlayıcı tedavi olarak duygu odaklı terapinin infertil çiftlerdeki duygusal stresi etkileyen faktörler üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yarı-deneysel çalışmada 12 İranlı çift (random seçimle kontrol ve deney grubu oluşturularak) örnekleme oluşturmuş, örnekleme depresyon, anksiyete ve stres ölçeği uygulanmıştır. Deney grubuna 10 oturumluk bir program uygulanmıştır. Oturumlar sırasıyla tanışma, terapötik işbirliğinin oluşturulması, çiftlerin etkileşimsel potansiyellerini keşfetmek ve bağlanma sorunlarının değerlendirilmesi; ortak oturumlarda elde edilemeyecek bilgilerin alınması için her bir çiftle yapılan ayrı bireysel görüşme; iletişim paternlerinin ve bunların şekilendirdiği duygusal tepkilerin tanımlanması; çift sözleşmesinin (bağının) yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi; bağlanma ihtiyaçları temelinde çiftlerin duygusal etkileşimlerinin derinleştirilmesi; diğerlerine ilişkin kendini açma; çiftlerin isteklerinin ve ihtiyaçlarının netleştirilmesi yanı sıra değişen olay ve etkileşimlerle yeniden yapılandırılması; eski sorunlara yeniden çözümler bulma; çiftlerde dostane ilişkileri de içeren terapötik kazanımların günlük yaşamda adapte edilmesi; sonlandırma ve önceki negatif etkileşimler ile oturumlardaki yapıcı uygulamalar arasındaki farkların belirlenmesi konularını içermektedir. Bulgularda, iki grup arasında iş, eğitim, yaş, gelir, evlilik ve infertilite ile anlamlı bir

ilişkili olmadığı görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Terzioğlu'nun (2001) yaptığı ilk IVF tedavisine başlayacak olan çiftlerden deney grubunda (n=30) yer alan çiftlere IVF döngüsü boyunca üreme sistemi ve fizyolojisi, infertilite tanımı, nedenleri, IVF aşamaları ve süreçte yaşayabilecekleri herhangi soruna dair 15-30 dakika süren, 5 defa olan hemşire danışmanlığı verilmiştir. Kontrol grubunda (n=30) yer alan çiftlere ise IVF tedavisindeki rutin prosedür uygulanmıştır. Tedavi başlangıcı, embriyo transferi sonrası ve gebelik testi sonucu alınmadan depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesine yönelik ölçümler yapılmıştır. Bulgularda deney grubunda depresyon ve anksiyete puanlarının daha düşük iken, yaşam kalitesi ve gebelik oranlarının daha fazla olduğunu bulunmuştur.

Tuschen-Caffier, Florin, Krause ve Pook (1999) nedeni belirlenemeyen infertil çifti (n=17) BDT terapi programına dâhil etmişlerdir. Araştırma psikobiyolojik yönelimli olup; hipotezleri grup terapisine katılan çiftlerin gebelik oranının epidemiyolojik çalışmalardaki oranından fazla olacağı; programa katılan erkeklerin semen kalitesinin kontrol grubundan yüksek olacağı ile gruba katılan bireylerin psikolojik değişkenler açısından ilerleme kaydedeceği şeklindedir. Program içeriği gebelik şansını en iyi duruma getirecek, cinsel işlevselliği ve doyumunu artıracak, çaresizlik düşüncelerini azaltacak, evlilik iletişim becerilerini geliştirecek davranışsal modellerden oluşmuştur. Bulgular terapi grubuna katılan erkeklerde sperm toplamında iyileşme olduğunu, çaresizlik düşüncelerinin ve evlilik sıkıntılarının azaldığını göstermiştir. Sperm kalitesinin arttığı ve canlı doğum oranının %30 civarında artış gösterdiği bulunmuştur. 6. ay izleminde, problem odaklı düşünceler azalmıştır.

Hatha yoganın kadınlarda stresin azalmasına yönelik etkililiğinin araştırıldığı bir randomize olmayan çalışmada (n=143) kadınlara ilk IVF tedavisine başlamadan önce 3 ay sürecek bir program (n=45) uygulanmış ve kontrol grubu (n=75) ile depresyon, anksiyete ve genel sıkıntı (distress) düzeyleri karşılaştırılmıştır. Program içeriği 25 dakikasını beden gerginliğinin azalması, 45 dakikasını yoga pozisyonları ve son 20 dakikasını derin gevşemeye odaklıdır. Bulgularda hatha yoganın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sıkıntıları azaltıcı etkisi olduğu bulunmuştur (Valoriani ve diğerleri, 2014).

Wischmann ve diğeri (2001) infertilite danışmanlığı ile çift terapisinin etkinliğini karşılaştırdıkları çalışmada eğitim, yaş, önceki infertilite tedavi biçimleri, önceki ilişki durumu gibi değişkenler açısından fark olmayan 3 bağımsız grup oluşturmuşlardır. Gruplar 1) Bekleme grubu (Danışma için 3 aydır bekleyen çiftler, n=23), 2) Danışma grubu (2 saat danışmanlık alan, n=110), 3) Terapi grubu (10 seanslık çift terapisi uygulanan, n=24). Tedavi sonrasında her iki tedavi grubunda da çocuk isteği şiddetinde ve istenilmeyen bir durum olarak çocuksuz olmaktan kaynaklı acı/üzüntü düzeyinde azalma olmuştur. Bu azalış kadın hastalarda erkek hastalardan daha fazladır. Bulgular çift terapisinin psikolojik danışmadan daha etkili olduğunu göstermiştir.

İnfertil birey ve çiftlere yönelik program/müdahale etkililik düzeyinin araştırıldığı çalışmalara ilişkin özet bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: İnfertil Birey ve Çiftlere Yönelik Program ve Grup Çalışmaları

Araştırmacı	Örneklem	Çalışma Konusu	Desen	Detay
Cousineau ve diğerleri (2008)	Deney grubu Kontrol grubu (infertil kadın)	Online psiko-eğitim programı (infertilite kaynaklı stres, infertilite öz-yetkinliği, karar alma, evlilik uyumu, başaçıkma)	Ön-test Son-test İzlem (1 ay)	Deney grubu: Yarı yapılandırılmış, 45 dakikalık 2 oturum online olarak 4 hafta içinde tamamlamaları. Kontrol grubu: -
Delpasand ve diğerleri, (2015)	-Deney grubu (n=35) -Kontrol grubu (n=35) (IVF uygulanacak infertil kadın)	Stres yönetimi eğitiminin etkililiği (İnfertilite kaynaklı algılanan stres)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 10 oturum, 90 dakika süren Kontrol grubu: -
Domar ve diğerleri (2000)	-BDT grubu (n=55), -Destek grubu (n=65) -Kontrol grubu (n=63). (infertil kadın)	BDT'nin etkinliği (psikolojik sıkıntı)	Ön-test Son-test İzlem	Deney grubu: BDT temelli, 10 oturum, 2 saatlik ve haftalık Destek grubu: Haftalık ve 2 saat süren Kontrol grubu: -
Djurkovic-Lazic ve diğerleri (2000)	-BDT grubu (n=24) (çift)	BDT'nin etkinliği (cinsel işlevsellik ve doyum, evlilik kaynaklı sıkıntı, depresyon, anksiyete, çaresizlik)	Ön-test Son-test (4 ay sonra)	

Faramarzi ve diğerleri (2008-2013)	-Deney/BDT grubu (n=29) -Antidepresan grubu (n=30) -Kontrol grubu (n=30) (infertil kadın)	BDT'nin etkinliği (infertilite kaynaklı algılanan stres/depresyon, anksiyete, sosyal fonksiyon, psikosomatik semptom)	Ön-test Son-test	Deney grubu: BDT temelli 10 oturum, 2 saatlik ve haftalık, 8-10 katılımcı Antidepresan grubu: 90 gün boyunca 20mg/günde fluoksetin Kontrol grubu: -
Galharado ve diğerleri (2011)	-Deney grubu (n=45), -Kontrol grubu (n=30). (infertil kadın-üç oturumda eş katılımı)	İnfertilite için Farkındalık Temelli Program (Farkındalık, Kabul ve Yüklenim terapileri temelinde) (Kabul becerileri, iletişim becerileri, depresyon, anksiyete, utanç, psikolojik esneklik, öz - duyarlılık)	Ön-test Son-test	Deney grubu: -2 saatlik ve haftalık -10 oturum Kontrol Grubu: -
Galharado ve diğerleri (2013)	-Deney grubu (n=55), -Kontrol grubu (n=37). (infertil kadın- üç oturumda eş katılımı, bir oturumda ise evlat edinen, donasyon çocuk sahibi olan ve çocuksuz bir yaşamı seçen 3 infertil davet edilmiş)	İnfertilite için Farkındalık Temelli Program (depresyon, anksiyete, utanç, zihinsel kaptırma, teslim olma, deneyimsel kaçınma, farkındalık, kendine merhamet ve infertilite öz - yeterlik)	Ön-test Son-test	Deney grubu: -2 saatlik ve haftalık -10 oturum Terapist ve katılımcı manuelleri Farkındalık egzersizlerinin olduğu cd Metaforlar, deneyimsel alıştırmalar, psiko- eğitsel süreç, infertilite deneyimleri, iletişim, meditasyon, hatha yoga Kontrol grubu:-

Gürhan ve diğerleri. (2007)	Deney grubu(n=37) Kontrol grubu (n=30) (İnfertil kadın-eşler isterse katılmış)	Hemşire danışmanlığı (depresyon, başağrı yöntemleri)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 1 grup eğitimi,20 dakika süren, 2 bireysel görüşme (invazif girişimlerde de eşlik edilmiş); duygular, kaygı, psikososyal stres, gevşeme egzersizi, başağrı yöntemleri. Kontrol grubu: -
Hughes & Silva (2011)	-Deney grubu (n=21) İnfertil kadın	Sanat terapisi temelinde destekleyici program (umutsuzluk, depresyon, anksiyete)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 2 saatlik, haftalık, 8 oturum infertilitenin doğası, suçluluk, korku, engellenmişlik, acı, stres, tedavi sürecindeki bedeller, iletişim
Koszycki ve diğerleri (2012)	-Kişilerarası psikoterapi grubu (n=12) -Kısa süreli destekleyici terapi grubu (n=10) (Depresif infertil kadın)	(depresyonun azaltılması, sosyal uyumun artırılması ve doğurganlıkla ilgili sıkıntılarının azaltılmasında)	Ön-test Son-test İzlem (6 ay sonra)	Kişiler arası psikoterapi grubu: 50 dak. Yapılandırılmış, bireysel oturumlar. Kısa süreli destekleyici grup terapisi: -Danışan merkezli, yarı yapılandırılmış oturumlar
Krause ve diğerleri (1996)	Deney-kontrol grubu (çiftlerle)	BDT Program etkinliği (cinsel işlev ve doyum, çaresizlik, iletişim becerileri)	Ön-test Son-test	-6 ay boyunca, her üyeye danışma

Li ve diğeri (2016)	-Deney grubu (n=58) -Kontrol grubu (n=50) (IVF uygulanacak infertil kadın)	Farkındalık Temelli Program (gebelik oranı ve yaşam kalitesi)	Ön-test Son-test İzlem (6 ay sonra gebelik oranı)	6 haftalık, 2-2buçuk saat süren oturumlar farkındalık alıştırmaları; meditasyon, hatha yoga, kabullenme, psikolojik kavramlar; farkındalık uygulamalarını günlük yaşama aktarabilme; infertilite ve IVF tedavisiyle ilgili açıklamalar, günlük aktiviteler
Mezreji & Toozandehjani (2016)	Deney grubu (n=20), -Kontrol grubu (n=20) (aşılama tedavisine başlayacak infertil kadın)	Gerçeklik terapisinin etkililiği (anksiyete)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 10 oturum, 90 dakikalık gerçeklik terapisine kavramsal giriş,sorumluluk, seçim, anksiyete ile başa çıkma, problem çözme, başarılı-başarısız kimlik türlerini ve kendi kimliklerini tanıma, tedavi ve getirileri... Kontrol grubu: -
Moeenizadeh & Zarif (2017)	Deney grubu (n=11) Kontrol grubu (n=11) (infertil kadın)	İyi oluş terapisi odaklı psiko-eğitsel programın etkililiği (iyi oluş, depresyon, anksiyete,stres)	Ön-test Son-test	8 oturum, 45-60 dakika süren, -İyi oluş, günlük iyi oluş çizelgeleri tutma, iyi oluşla ilişkili düşünce-inançların fark edilmesini öğrenme Ryff'ın 6 basamaklı iyi oluş kavramının tanımlanması Kontrol grubu: -
Mosalanejad ve diğeri (2012)	Grup terapisi ardından hamile kalan 2 olgu sunumu	Spiritüel psikoterapi grubunun hamilelik üzerine özgün etkisi	-	-1,5 saat süren, haftalık - 10 oturum

Mosalanejad ve diğeri (2012a-b)	- Deney grubu (n=15), -Kontrol grubu (n=16) (infertil kadın)	BDT'nin etkinliği (psikolojik duyarlılık, başalıkma, stres, depresyon, anksiyete)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 1,5 saatlik, haftalık, 15 oturum / 4 ay Kontrol grubu: 1 saatlik infertilite ile ilgili eğitim
Mosalanejad & Koolee (2013)	- Deney grubu (n=33), -Kontrol grubu (n=32) (infertil kadın)	Logoterapi grup müdahalesinin etkinliği (infertilite stresi)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 12 oturum, 2saatlik Anlam(yaşam, ası, sevgi, yeni anlamlar bulma), öz-farkındalık, anksiyete, benlik, iletişim, Aile bağlarını güçlendirme, umut Kontrol grubu: -
Mosalanejad ve diğeri (2014)	- Deney grubu (n=28), -Kontrol grubu (n=31) (infertil kadın)	Umut terapisinin etkinliği (psikolojik sıkıntı (anksiyete, depresyon ve stres)	Ön-test Son-test İzlem (6 ay sonra)	Deney grubu: 8 oturum, 2 saatlik -umut belirleme/ geliştirme/koruma, infertilite tedavisi ve psikolojik teknikler hakkında çalışmak Kontrol grubu: -
Oron ve diğeri (2016)	-Deney grubu (n=49) (infertil kadın)	Hatha yoga etkinliği	Ön-test Son-test	Deney grubu: 6 ay, haftada 2 saat -yoga, stres, anksiyete, depresyon, bedenin gevşeme cevabı, baş etme, yaşam biçimi, ebeveynlik yolculuğu, kendine bakım

Peterson ve Eifert (2011)	Deney grubu (1 infertil çift)	“Kabul ve Kararlılık terapisi” etkililiği	Ön-test, 5 İzlem (programın ve IVF tedavisini farklı aşamaları, 3 ay + 12 ay sonra)	20 oturumluk süreç
Schmidt (2005, 2006)	Deney grubu (n=37) (çift)	“İletişim ve stres yönetimi eğitimi” etkinliği (infertilite ile ilgili mitler, stres yönetimi, başa çıkma, somatik eş ilişkisi, gelecek yaşam hedefleri.)	Ön-test Son-test İzlem (12 ay sonra)	Deney grubu: 18 saatlik, yapılandırılmış oturum -eğitim, grup çalışmaları, tartışma, beden egzersizleri Kontrol grubu: -
Sexton ve diğerleri (2010)	- Deney grubu (n=15), -Kontrol grubu (n=16) (infertil kadın)	Online BDT temelli stresle başa çıkma psiko-eğitim program etkililiği (genel stres, infertilite kaynaklı stres)	Ön-test Son-test	Deney grubu: -psiko-eğitim, davranışsal beceriler, problem çözme becerileri, diğer becerilere yönelik doküman, video, alıştırılmalar içeren web sitesi Kontrol grubu: -

Solati ve diğerleri (2016)	Deney grubu (n=20) Kontrol grubu (n=20) (İnfertil kadın)	CBT temelli stres yönetimi programı	Ön-test Son-test İzlem (3 sonra)	Deney grubu: 10 oturum, 2 saatlik Kontrol grubu: -
Soltanı ve diğerleri, (2014)	Duygu Odaklı Terapi Deney grubu: (n=12) Kontrol grubu: (n=12) (çift)	DOT etkinliği (duygusal stres, depresyon, anksiyete)	Ön-test Son-test	10 oturum
Terzioğlu (2001)	- Deney grubu (n=30), -Kontrol grubu (n=30) (İlk IVF tedavinse başlayan infertil kadın)	Hemşire danışmanlığının etkisi (anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi)	Ön-test 2 ölçüm (embriyo transferi ve gebelik testi öncesinde)	Deney grubu: IVF döngüsü boyunca 5 defa, 15-30dakika süreli infertilitenin tanımı, tedavi süreci, karşılaşılabilecek olası sorunlar Kontrol grubu: -
Tuschen-Coffer ve diğerleri (1999)	BDT Psikobiyolojik yönelimli çalışma (n=17) - (çift)	BDT etkinliği (sperm kalitesi ve sayısı; çaresizlik, evlilik kaynaklı sıkıntı)	Ön-test Son-test İzlem(6 ay sonra)	Deney grubu: Cinsel işlevselliği ve doyumunu artıracak, iletişim becerileri, çaresizlik, sıkıntı duygularını azaltmaya yönelik davranışsal modeller Kontrol grubu: -

Valoriani ve diğerleri (2004)	Deney grubu (n=45) Kontrol grubu (n=75) (ilk IVF tedavisine başlayacak infertil kadınlarda)	Hatha yoganın etkililiği (stres, anksiyete, depresyon)	Ön-test Son-test	Deney grubu: 3 ay süren, 90 dakikalık yoga dışında meditasyon, nefes egzersizleri içerir. Kontrol grubu: -
Wischnann ve diğerleri (2001)	-Çift terapisi grubu (n=24) -İnfertilite danışmanlığı (n=110) -Kontrol grubu (n=23)	Çift terapisi ile İnfertilite danışmanlığının etkinliğinin karşılaştırılması (istenilmeyen bir durum olarak çocuksuzluk kaynaklı duygusal sorunlar)	Ön-test Son-test	-

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

III. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın evren ve çalışma grubu, araştırma deseni, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, yapılan deneysel işlemler ve verilerin analizine ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

3.1 Araştırma Deseni

Araştırma kapsamından hazırlanmış olan infertiliteyle başetme becerisi geliştirme programının infertil bireylerin infertilite ile ilişkili algıladıkları stres düzeyine ve infertilite ile başetme becerileri üzerindeki etkisinin incelendiği bu deneysel çalışmada “Birebir Eşleştirilmiş 2 (grup: deney ve kontrol) x 3 (zaman: ön-test, son-test, izlem testi) Faktörlü, Son Faktörde Tekrar Ölçümlü Araştırma Deseni” kullanılmıştır.

Araştırmanın iki bağımsız, beş bağımlı değişkeni bulunmaktadır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden biri “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”, diğeri ise zaman etkisi yani uygulanan müdahale programının etkisinin kalıcılığıdır. Bağımlı değişkenleri ise Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) ile belirlenen bireylerin infertilite ile ilgili algıladıkları stres düzeyi ve COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği ile belirlenen bireylerin infertilite ile başetmede kullandıkları dört farklı başetme stratejisinin herbiridir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Deney grubu ile yapılan çalışmaların bitimi itibariyle son-test uygulamaları, 1 ay sonrasında da izlem uygulamaları yapılmış olup, araştırmanın deseni Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3: Araştırma Deseni

Gruplar	Ön Test	İşlem	Son Test	İzlem Testi
Deney grubu	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği	İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği
Kontrol grubu	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği	-	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği	Fertilite Sorunu Envanteri COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği

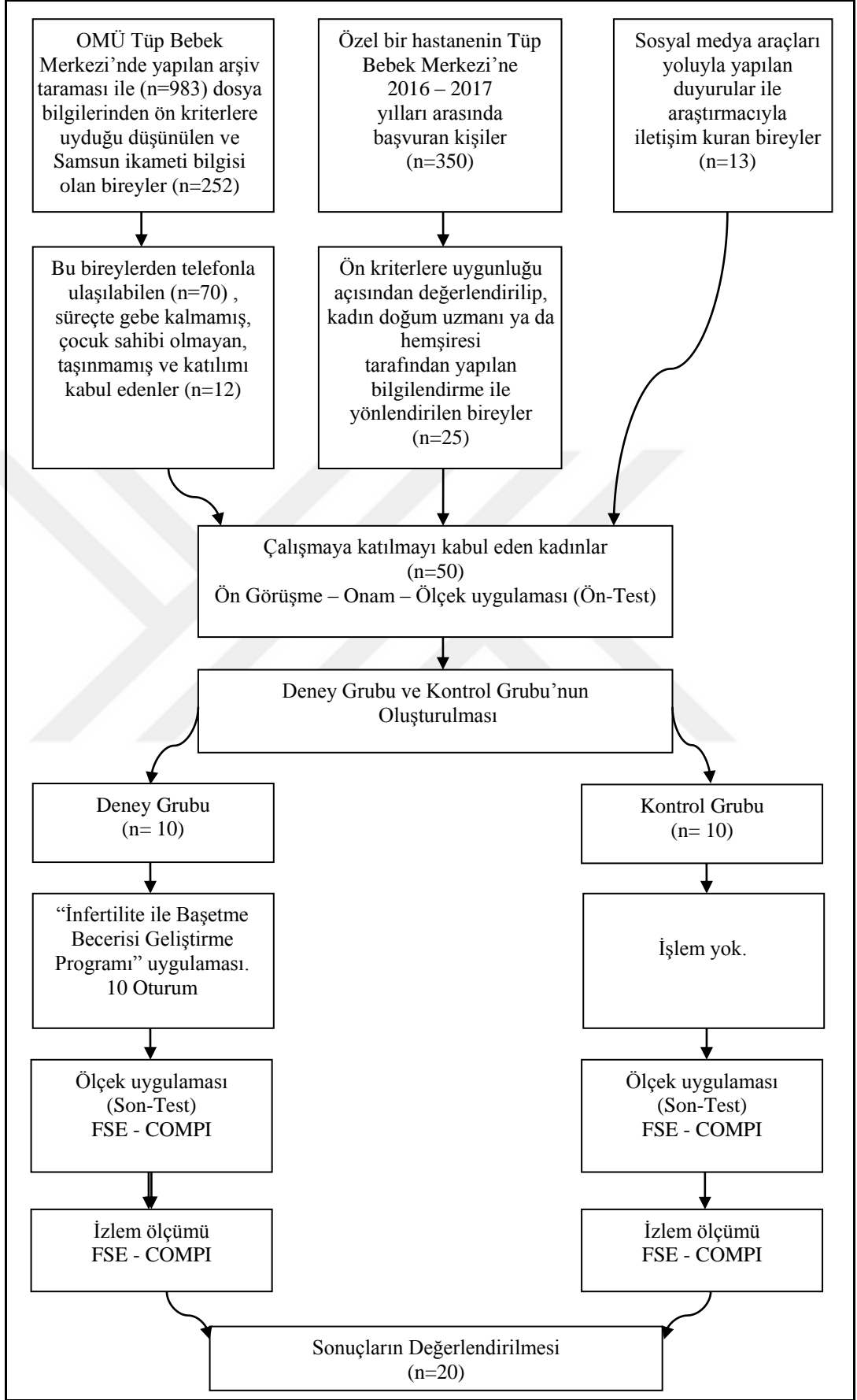
3.2 Evren ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini doğurganlık sorunu nedeniyle Samsun ilinde yaşayan, "birincil infertil" tanısı almış olan ve yardımcı üreme tekniği ile çocuk sahibi olmak isteyen ancak başarılı sonuç alamayan kadın bireyler oluşturmaktadır. Çalışma grubu ise OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Erişkin Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde yapılan arşiv taraması sonucunda araştırmacı tarafından telefonla aranan ve çalışma hakkında bilgilendirilen; özel bir hastanenin tüp bebek merkezlerinde kadın doğum uzmanı/sorumlu hemşire tarafından bilgilendirilerek yönlendirilen; sosyal medyadan yapılan duyurular aracılığı ile ulaşılan "İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı"na gönüllü katılmak isteyen ve katılım için gerekli olan ön kriterleri karşılamış olan 50 kadından oluşmuştur.

Ön kriterler en az 6 ay öncesinde "infertil" tanısı alan, birincil infertil olan, en az bir kez yardımcı üreme tekniklerinden herhangi biri kullanılarak tedavi uygulanmış olmasına karşın gebeliğin gerçekleşmemesi ve/veya son bulmuş olmasıdır. Rutin bir ölçek uygulamasının kişilerde katılıma ilişkin beklenti oluşturma olasılığı gözetilerek, sadece ön kriterleri karşılayan kişilerle ön görüşme yapılmış ve ölçekler uygulanmıştır. Ayrıca öngörüşme sonrasında yapılacak ölçek uygulamasının, ölçeğin kişiler tarafından "öylesine doldurulmasını" engelleyebileceği varsayılmıştır.

Yukarıda bahsedilen aşama sonrasında, çalışma grubuna dâhil edilme prosedürü şöyledir: Araştırmacı tarafından yapılan öngörüşmede program hakkında bilgi verilmesi dışında, genel ruhsal durumun yordanmasına ilişkin gözlem yoluyla klinik bir değerlendirme yapılmış, bu esnada kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan ve dışlama ölçütlerini oluşturan kriterler şunlardır: Birincil olarak psikiyatrik hastalığın olmaması (infertiliteyle ilişkili ikincil gelişen depresif belirtiler ve/veya anksiyete semptomları, cinsel sorunlar dışında özellikle kişilik bozukluğunun, madde/alkol bağımlılığının, psikotik bozukluk ya da psikotik özellikli OKB/duygulanım bozukluğunun, cinsel işlev bozukluğunun olmaması) ile genel zihinsel gelişim geriliğinin olmaması, günlük işlevselliği etkileyecek düzeyde kronik hastalığın olmaması, çalışma sürecinde psikoterapi almıyor olması ve gevşeme egzersizi/meditasyon kullanmıyor olması. Katılım için gönüllülük esas olup, öngörüşme sonunda bireylere Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) (Fertility Problem Inventory) ile COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği (COMPI) (The COMPI Coping Strategy Scales) uygulanmıştır. Uygulama sürecine ilişkin gerekli izinler Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve özel bir hastanenin başhekimliğinden yazılı olarak, ilgili tüp bebek merkezlerinin sorumlularından ise sözel olarak izin alınmıştır (Ek 1).

Grupların oluşturulmasında ise ölçeklerden alınan puanlar ile yaş, eğitim, infertil tanısı alma süresi ve görülen toplam tedavi sayısı dikkate alınarak birebir eşleme yöntemi ile bir deney ve bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney ve kontrol grubuna atama işleminde randomizasyon yapılmamıştır. İyi bir etkileşimin gerçekleşmesi için katılımcı sayısının 8-12 arasında değişebileceği, grubun katılımcı sayısının 12 kişiden fazla olması durumunda grup etkileşiminin olumsuz yönde etkilenebileceği belirtilmektedir (Çakır, 2012). Bu bilgi dikkate alınarak, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar arasında (n=50) deney grubuna 10, kontrol grubuna 10 kadın birey atanmış, araştırma grubu toplam 20 katılımcıdan oluşturulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden, ancak çalışma grubu dışında kalanlara herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Çalışma akış şeması Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1: Çalışma Akış Şeması

Deney grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ($\bar{x} \pm ss$) 32.9 ± 4.70 , kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ($\bar{x} \pm ss$) ise 33.90 ± 3.75 'dir. Her iki gruptaki katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde ilköğretim, lise, lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitim gördükleri; infertil tanısı alma süreleri açısından bir yıl, üç yıl, dört yıl, beş yıl ve üzeri olarak tanı alma sürelerinin olduğu ve aldıkları tedavi sayısı açısından bir kez, iki kez, üç kez, beş kez olmak üzere eşit biçimde dağılım gösterdiği görülmüştür. Katılımcıların deney ve kontrol grubuna birebir eşleme yolu ile atanmasından sonra gruplar arası denkleğin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek amacıyla katılımcıların ön-test puanları arasında ve diğer değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir. İki grup arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla, Bağımsız Gruplar t Testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan formda yaş, cinsiyet, eğitim ile “infertil” tanısı alma süresi, daha önce alınan yardımcı üreme tedavisinin olup olmadığı, varsa kaç kez olduğu gibi bilgilere ilişkin sorular yer almaktadır. Formda çalışmaya dâhil olma kriterlerini içeren 16 madde yer almaktadır (EK 2). Ayrıca beraberinde “Bilgilendirici Onam Formu” verilmiştir (EK 3).

3.3.2 Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)

Orijinal adı “Fertility Problem Inventory” olan ölçek Newton (1999) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek doğurganlık sorunu yaşayan bireylerin infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyini belirlemeye yönelik olup, 46 maddeden oluşmaktadır (EK 4). Sosyal Kaygı, Cinsel Kaygı, İlişki Kaygısı, Ebeveynlik Gereksinimi, Çocuksuz Yaşam Stilinin Reddi olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır.

Ölçekte alt ölçek puanları ham puanlar toplanarak, toplam puanı ifade eden “Global Stres” ise alt ölçek puanlarının toplamı ile elde edilmektedir. 1 “kesinlikle katılıyorum” ile 6 “kesinlikle katılmıyorum” arasında değişen 6'lı likert tipi ölçektir. Toplam puan 46 ile 276 arasında değişmekte ve puanın yükselmesi infertilite kay-

naklı stresin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Global Stres için ham puanların yüzdelik değerleri verilmiş, %16'nın altı düşük stres (87 puan altı), %16-84 arası ortalama stres (87-146 puan arası), %85-98 arası hafif yüksek (147-181 puan arası), %98'in üzeri çok yüksek (181 üzeri) stres olarak tanımlanmıştır. Global Stres ortalama puanı kadınlar için ($\bar{x} \pm ss$) 134.4±33.8'dir. Ölçeğin orijinal güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı (α) alt ölçekler için sırasıyla .87, .77, .82, .80, .84 iken, Global Stres için .93'dür. Global Stres için test tekrar test korelasyon katsayısı kadınlar için .83'tür. Benzer ölçekler yöntemi ile tutarlığa yönelik depresyon, anksiyete arasındaki korelasyon pozitif ve evlilik uyumu arasındaki korelasyon ise negatif olarak bulunmuştur ($p < .01$).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlik güvenilirlik çalışması "Fertilite Sorunu Envanteri (FSE)" adıyla 2008 yılında Eren tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine bakıldığında FSE'nin cronbach alpha katsayıları kadınlar için $\alpha = 0.89$ olarak bulunmuştur. Global Stres ortalama puanı kadınlar için ($\bar{x} \pm ss$) 139.31±28.80'dir (Eren, 2008).

3.3.3 COMPI İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği

Orijinal adı "The COMPI Coping Strategy Scales" olan ölçek 1996 yılında Schmidt tarafından geliştirilmiştir (EK 5). İnfertiliteye ilişkin belirli stresörlerle başa çıkma stratejilerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri üç kaynaktan edinilmiştir. Birincisi Folkman ve Lazarus'un 1984'te geliştirdiği Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ways of Coping Questionnaire)'dir. İkincisi Folkman'ın 1997'de anlam temelli başa çıkma ile revize ettiği ölçektir. Üçüncü kaynak ise Schmidt tarafından yürütülen nitel görüşme çalışmasıdır. İlk iki kaynaktan 15 madde alınmış, yedi tanesi infertilitenin belirli stresörleri dikkate alınarak yeniden formüle edilmiştir. 5 madde ise görüşmeler doğrultusunda Schmidt tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kavramsal içeriği bakımından "Aktif Kaçınma/Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" olarak dört alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek için alınan puanın yükselmesi, kişinin ilgili stratejiyi daha fazla kullandığı şeklinde yorumlanabilir. Ölçekte 1. ile 17. maddeler 4'lü likert ölçeği ile 18. ve 19. maddeler ise 3'lü

derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Alt ölçekler için iç tutarlılık katsayısı (α) sırasıyla kadınlar için .68, .76, .46, .59'dır. Alt ölçek puan ranjı 4-16; 7-26; 3-12; 5-20 aralığında; ortalamaları ise ($\bar{x} \pm ss$) 6.98 \pm 2.27; 15.67 \pm 4.09; 9.13 \pm 1.97; 11.20 \pm 2.992dir. (Schmidt, Holstein, Christensen, ve diğerleri, 2005; Schmidt, Holstein, Christensen, 2005; Schmidt, 2006).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği" adıyla 2012 yılında Yılmaz tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (α) sırasıyla kadınlar için sırasıyla .67, .68, .62, .70; korelasyon güvenirlik katsayısı ise sırasıyla kadınlar için $r=.66$ ile $.75$; $r=.40$ ile $.78$; $r=.72$ ile $.79$; $r=.63$ ile $.72$ 'dir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği ölçümler arasında tutarlık olduğuna işaret etmek-tedir. Uygulama doğrulayıcı faktör analizi sonucunda tüm maddelerinin kendi boyutu ile olan faktör yükleri kadın grubunda 0.32 ile 0.82 arasında bulunmuştur (Yılmaz, 2012; Yılmaz ve Oskay, 2016).

Belen (2014) yaptığı çalışmada "COMPI Doğurganlık Sorunları ile Baş Etme Becerileri Ölçeği" ismiyle aynı ölçeği kullanış olup, çalışmasında (n=72 K; 50 E) Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı alt ölçekler için sırasıyla, .65; .73; .64; .78 olarak bulunmuştur (Belen, 2014).

3.3.4 İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı

Bu program, infertil bireylerin infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyinin azaltılmasına ve infertilite ile başetme becerilerinin geliştirilmesine yönelik oluşturulan, psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen, çerçeve bir psiko-eğitim programıdır. Program ortalama 2 saat sürecek şekilde toplamda 10 oturumdan oluşmaktadır. Çerçeve program olması nedeniyle, uygulama sürecinde her oturum sonrasında bir sonraki oturum içeriği tekrar gözden geçirilmiş ve böylelikle süreçte ortaya çıkan gereksinimlere göre oturum içeriklerinin revize edilebilir olması sağlanmıştır. Bu amaçla her oturum sonunda katılımcıların doldurması için "Oturumu Değerlendirme" formunu hazırlanmıştır.

Oturum içerik ve başlıklarının hazırlanabilmesi için ilk olarak yapılan literatür çalışması ile infertil bireylerin psikolojik ihtiyaçları ve algıladıkları stres düzeyini etkileyen faktörlere ilişkin yazın incelenmiştir. Ayrıca yapılan benzer deneysel

çalışmaların etkililiği ve oturum içerikleri gözden geçirilmiştir. Ulaşılabilen çalışmalarda eğitsel süreç, çeşitli yaklaşımlarla (Bilişsel Davranışçı Terapi, Duygu Odaklı, Farkındalık Temelli, Spiritüel Psikoterapi gibi) grup oturumlarının yapıldığı görülmüştür. Hazırlanan programda eklektik bir yaklaşım ile bilişsel-davranışçı yaklaşım, varoluşçu yaklaşım temelinde psiko-eğitsel bir süreç oluşturulmuştur. Ayrıca oturum başlarında ve sonlandırma aşamalarında grup terapilerinde kullanılan çeşitli oyunlara (psikodrama, sanat terapisinde kullanılabilen) yer verilmiştir.

İlk hafta tanışma oyunu ardından hedeflenen temalar/konuların çalışılması planlanmış, sonlandırma oyunu ve oturum özetlenmesi ile oturum sonlandırılmıştır. Diğer oturumlarda ise önceki haftanın özeti, ev ödevlerinin tartışılması, ısınma oyunu, hedeflenen temalar/konuların çalışılması, çalışılan varoluşsal kavrama ait tartışma bölümü ve ödevlendirme, sonlandırma oyunu ve oturum özetlenmesi olarak bir çalışma planı oluşturulmuştur. İlk oturumlarda giriş etkinliği olarak ısınma oyunları ve sonlandırma oyunlarının olmasına dikkat edilmiş olup, özellikle içerik açısından yoğun olan sonraki oturumlarda giriş etkinliği ya da sonlandırma oyunundan bir tanesi kullanılmıştır. 10.oturumun içerik açısından varoluşçu bir yaklaşım temelinde “anlam” konusu üzerine (infertilitenin anlamı, çocuksuz bir yaşamın anlamı, çocuksuz bir yaşam oluşturma ya da seçenekler üretme gibi) çalışılması planlanmıştır. Varoluşsal temalara ilişkin deneyimlere günlük yaşamda karşılaşabilmemize rağmen, çoğumuzun bu kavramlara pek de yakın olmayabileceği varsayımı ile 2. ile 9. oturumların her birinde “Varoluşsal Kavramlar:” alt başlığında bir kavramın çalışılması ve oturum sonunda bir sonraki haftaya kadar ilgili kavram hakkında ödevlendirmenin yapılması planlanmıştır. Böylelikle katılımcıların 10.oturuma bilişsel açıdan hazırlanmaları hedeflenmiştir. Sadece 5. oturumun içerik açısından yüklü olabileceği öngörülerek, oturum içerisine varoluşsal kavram ilgili bölüm konulmamıştır. Belli bir oturuma katılamama söz konusu olduğunda, bir sonraki oturumdan önce katılımcıya devam edemediği oturum içeriği hakkında bilgilendirme yapılmış, oturum içerisinde yer alan alıştırmalar ve bilgilendirme broşürleri verilmiştir. Böylelikle çalışmaya ilişkin bütünlük korunmaya çalışılmıştır. Oturum başlıkları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Oturum Başlıkları

Oturum	Başlık	Çalışılan Varoluşsal Kavram
1.	Tanışma	
2.	İnfertilite Yolculuğum?	Özgürlük
3.	İnfertilite Kaynaklı Stres ve Başetme	Seçim-Sorumluluk
4.	Başetme Yolculuğum: 1 - <i>Duygularım Nasıl Oluşur?</i>	Farkındalık
5.	Başetme Yolculuğum: 2 - <i>İnfertilite Yaşantımın ve Duygularımın Kabulü</i>	-
6.	Başetme Yolculuğum: 3 - <i>İnfertilite ve Evlilik İlişkim</i>	Gereksinim / İhtiyaç
7.	Başetme Yolculuğum: 4- <i>Etkili İletişim Becerileri Geliştirme ve Kendini Açma (Evlilik İlişkisinde Sağlıklı İletişim)</i>	Acı-Boşluk
8.	Başetme Yolculuğum: 5 - <i>Kendimi Güçlendiriyorum/Güç Kaynaklarım</i>	Şükran/Minnet/ Takdir
9.	Başetme Yolculuğum: 6 - <i>Cinsellik</i>	Ben Kimim / Kendimi Tanıma
10.	Sonlandırma Geleceğe Olumlu Bakış	Anlam

3.3.4.1 Oturum İçerikleri ve Özetleri

3.3.4.1.1 Birinci Oturum: Tanışma

Amaç

Katılımcıların tanışması ve etkileşimini sağlamak; programın tanıtımı ve program hakkında bilgilendirmek; program sürecindeki grup ilkelerinin anlatımı; katılımcıların beklentilerini gözden geçirmek; “infertil olmanın” dışında geçmişleri ve güçlü yönleriyle birey/kadın” olarak bireysel tarihlerinin olduğunu vurgulamak; infertiliteye ilişkin tanım ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirme (Medikal-Biyolojik süreç, tedavi süreci hakkında) yapmak; bireysel olarak güçlü-zayıf yönleri hakkında farkındalık oluşturmak.

Hedef

- Üyelerin birbirleri ile tanışmasının sağlanması.

- Program hakkında bilgilendirmenin yapılması.
- Grup süreci ile ilgili kuralların aktarılması.
- Gruptan beklentilerin ifade edilmesi.
- “İnfertil olmanın” dışında geçmişleri ve güçlü yönleriyle “birey/kadın” olarak bireysel tarihlerinin olduğu vurgulanması.
- İnfertilite tanımının ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirme yapılması.
- Bireysel olarak güçlü-zayıf yönleri hakkında farkındalık oluşturulması.

İşlem

- Lider kendini tanıtır ve üyelerin birbirini tanımalarını sağlamak için bir tanışma oyunu oynanır.
- Program hakkında (programın adı, amacı, önemi, oturum sayısı, her bir oturumun ana konusu ve süresi gibi) bilgi verilir.
- Grubun kuralları ve üyelerin sorumlulukları (gizlilik, devamlılık, aktif katılım ve dinleme, saygı, gönüllülük gibi) açıklanır.
- Üyeler programdan beklentilerini ifade eder. İfade edilen beklentiler ile programın amaçları arasında genel itibariyle belirgin farklılık olup olmadığı gözden geçirilir. Olabilecek ise amaçlara yönelik gerekli revizyon ya da tersi durumda katılımcıya ilgili açıklama yapılır.
- “İnfertil olmanın” dışında geçmişleri ve güçlü yönleriyle “birey/kadın” oldukları ve bireysel bir tarihlerinin olduğu vurgulanır.
- İnfertilite tanımının ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirme yapılır.
- Alıştırmalar yapılır.
- Sonlandırma oyunu ile bireysel olarak ve çift olarak güçlü-zayıf yönleri hakkında farkındalık oluşturulur.
- Özetleme yapıldıktan sonra oturum sonlandırılır.

Birinci Oturumun Özeti

İlk olarak grup lideri kendini tanıttıktan sonra, katılımcıların birbirleriyle tanışmalarını sağlayacak bir tanışma oyunu oynanmıştır. Odanın iki farklı kısmına lider tarafından deniz, orman isimleri verilmiştir (Projeksiyonda kelime çiftlerine uygun görseller kullanılmıştır). Katılımcılara bu ikisinden hangisinin kendilerine daha yakın

geldiğini düşünmeleri, sonrasında da seçtikleri yere geçmeleri ve oluşan küçük grup içerisinde birisiyle eşleşmesi istenmiştir. Ardından katılımcılardan eşleştiği kişiyle birbirlerini tanımaları için yaklaşık 5'er dakika kadar sohbet etmeleri; yaklaşık 10 dakika sonra (grupun genel izlenimi de dikkate alınarak) her bir katılımcıdan eşleştiği katılımcıyla ilgili öğrendiklerini diğer katılımcılara aktarması söylenmiştir. Ardından hakkında bilgi verilen kişiye kendisiyle ilgili eklemek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuş, varsa katılımcı bunu da paylaşmıştır. Bu işlem her bir katılımcı için tekrarlanır. Tanışma oyunundan sonra katılımcılara psiko-eğitim programının amacı, içeriği, kuralları ve üyelerin sorumlulukları açıklanmış, programdan beklentileri sorulmuş; paylaşımlar sonrasında özetleme yapılarak devam edilmiştir.

Öncelikle yaşamdaki güncel sorunlar çerçevesinde bazen hali hazırdaki ilişkilerimize ve olaylara negatif bakma eğilimi gösterebileceğimize dair bir giriş yapılarak, “infertilite” sorunu öncesinde de bir birey olarak geçmişlerinin olduğu, “çeşitli sorunlara ya da infertiliteye” rağmen burada olmalarının kendilerinde güçlü yönlerin ya da olumlu yaşantılarının olduğuna dair bir işaret olduğu belirtilmiştir. Ardından Alıştırma 1.1 (**Kendi Tarihçem: “İnfertilite öncesi” yaşam öyküm**) uygulanmış ve deneyimleriyle ilgili paylaşımda bulunulmuştur. Her bir katılımcı ilk önce bireysel olarak bir çizgi üzerinde, doğumlarından “infertil” tanısı konuncaya kadar geçen sürede yaşamlarında olan, önemli gördükleri olayları yer ve tarih gösterilerek (olumlu ve olumsuz yaşantıları birlikte gözeterek) yazmaları istenmiştir.

İnfertilite tanımının ve tedavi sürecine ilişkin kişilerin mevcut bilgilerinin ne düzeyde olduğu ya da yanlış bilgilerinin olup olmadığı hakkında farkındalık yaratmak amacıyla infertilite ile ilgili maddelerin olduğu Alıştırma 1.2 (**İnfertilite Hakkında Bildiklerim**) uygulanmıştır. Katılımcılardan her bir madde için, çok düşünmeden ya da akıl yürütmeden doğru-yanlış şeklinde cevaplamaları istenmiş, sonrasında literatür ışığında hazırlanmış olan bilgilendirme yapılmıştır.

Oturumun sonunda sonlandırma oyunu olarak grup içi etkileşimin pekiştirilmesi amacıyla “Hediye Yaka Kartı” etkinliği uygulanmıştır (Yurtsever, 2014). Ayrıca bireysel olarak güçlü yönleri hakkında farkındalık oluşması da amaçlanmıştır. Grup lideri katılımcılara kendisiyle ilgili daha önce düşünmediği ya da kendine pek de söyleyemediği olumlu bir cümleyi söylemesini istemiştir. Örneğin “Ben güvenili-

rim.”, “Ben değerliyim.”, “Sevilmeyi hak ederim.”, “Dışadönüğüm.” gibi. Düşünmeleri için bir zaman tanınmış olup, tüm paylaşımlar sona erdiğinde herkesten ısınma oyunundaki eşine bir yaka kartı hazırlaması ve ona hediye etmesi istenmiştir. Yaka kartını yaparken konuşurken eşleştiği kişinin söylediklerini anımsaması ve sembollerin kullanılabilceği hatırlatılır. Bitiminde kartı hazırlayan yaptığı yaka kartı ile ilgili; kartı alanda kendisine hediye edilen yaka kartı ile ilgili söylemek istedikleri varsa paylaşır.

Oturumda paylaşılan konuların özetlemesi yapılarak oturum sonlandırılmıştır. Oturum içeriğinin yer aldığı “**Bilgilendirme Broşürü (BB)**” dağıtılmıştır. Bu oturum yaklaşık bir saat 47 dakika sürmüştür. Oturum sonunda oturum içeriği ile ilgili olumlu-olumsuz noktaların ve yeniden yapılandırılması istenen bölümlerin olup olmadığının sorulduğu “**Oturum Değerlendirme Formu (ODF)**” verilmiştir.

*Bilgilendirme broşürü ve oturum değerlendirme formu tüm oturumların sonunda verilmiştir.

3.3.4.1.2 İkinci Oturum: İnfertilite Yolculuğum

Amaç

İnfertilite ve tedavisine yönelik psikolojik tepkiler hakkında bilgilendirmek; bireysel tanı konma süreci ve yaşantılar ile infertil birey, infertil eş ve infertil çift olmanın getirdiklerinin paylaşılmasını sağlamak (bireysel, toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyal...) infertiliteyle ilgili mitler hakkında bilgilendirmek. Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmelerini sağlamak.

Hedef

- İnfertilite ve tedavisine yönelik psikolojik tepkiler hakkında bilgilendirme yapılması.
- Bireysel tanı konma süreci ve yaşantıları ile infertil birey, infertil eş ve infertil çift olmanın getirdiklerinin paylaşılmasının (bireysel, toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyal...) sağlanması.

- İnfertiliteyle ilgili mitler hakkında bilgilendirme yapılır ve bunların nasıl yönetilebileceği çalışılması.
- Varoluşçu kavramların kazandırılması amacıyla “özgürlük” ile ilgili katılımcıların düşüncelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.
- İnfertilite ve tedavisine yönelik psikolojik tepkiler hakkında bilgilendirme yapılır.
- Bireysel tanı konma süreci ve yaşantıları ile infertil birey, infertil eş ve infertil çift olmanın getirdiklerinin paylaşılması (bireysel, toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyal...) sağlanır.
- İnfertiliteyle ilgili mitler hakkında bilgilendirme yapılır.
- Katılımcılardan “özgürlük” kelimesinden ne anladıkları sorulur ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

İkinci Oturum Özeti

İki oturum arasındaki süreçle ilgili katılımcıların paylaşmak istediklerinin olup olmadığı sorulmuş, ardından ilk oturumun özeti grup lideri tarafından yapılmıştır. Katılımcıların birbirlerini daha iyi tanımalarını kolaylaştırmak, ortak ve farklı yanlarını kabul etmeyi öğrenmelerini sağlamak ve aynı zamanda grup birliğini artırmak amacıyla ısınma oyunu olarak “Benzerlikler” etkinliği uygulanmıştır (Altınay, 2003). Bu etkinlikle, grubun birbiriyle kaynaşması hedeflenmiştir. Katılımcılara kağıtlar dağıtılmış, kendisinde olan ve başkalarında olup olmadığını merak ettikleri en az beş özelliği yazmaları istenmiştir. Gerekli zaman verildikten sonra kağıtlar toplanmıştır. Grup lideri tarafından yazılanlardan seçilen bir özellik okunarak, aynı özelliklere sahip katılımcıların odanın belli bir yerinde toplanmaları ve sonrasında

birlikte biraz sohbet etmeleri istenmiştir. Çalışmanın tamamlanması ile birlikte paylaşım aşamasına geçilmiş olup, katılımcıların etkinlik sırasında farkına vardıkları şeyler ile yaşadıkları duygular konusunda konuşmaları istenmiştir.

İnfertilitenin sadece tıbbi bir durum olmayıp, aynı zamanda ruhsal, sosyal, ekonomik, kültürel gibi farklı yönleri olan ve çeşitli alanlara yönelik sorunları da beraberinde getiren bir durum olduğu yönünde bilgi aktarımı yapılmıştır. Bireysel farklılıklardan dolayı her sorun alanının tüm infertil tanısı olan kişide söz konusu olmayacağı vurgulanmıştır.

Bireysel tanı konma süreci ve yaşantıları ile infertil birey, infertil eş ve infertil çift olmanın getirdiklerinin (bireysel, toplumsal, kültürel, ekonomik, sosyal...) paylaşılmasına yönelik Alıştırma 2.1 (“**İnfertil Birey, İnfertil Eş ve İnfertil Çift Olmanın Getirdikleri**”) uygulanmıştır. Katılımcıların paylaşımı sonrasında grup lideri tarafından paylaşımlara yönelik özetleme yapılmıştır. İnfertiliteyle ilgili mitler hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Öncelikle infertiliteye ve çocuk sahibi olamamaya ilişkin çoğu insan için genel geçer olabilecek ya da çoğunlukla doğruymuş gibi algılanan birtakım ifadelerin yer aldığı Alıştırma 2.2 (“**İnfertilite Hakkında...**”) katılımcılara dağıtılıp ifadeleri doğru ya da yanlış olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Ardından katılımcılarından maddelere neden doğru, neden yanlış dedikleri hakkında paylaşımda bulunmaları istenmiş, etkileşimsel bir süreçte mitler tartışılmıştır.

Katılımcılardan “özgürlük” kelimesinden ne anladıkları sorulmuş, katılımcıların paylaşımı ardından varoluşçu bir çerçevede “özgürlük” kavramı kısaca açıklanmıştır. İkinci oturum itibariyle her oturumu sonlandırmadan benzer şekilde bazı kelime/kavramların verileceği ve kısaca bunlar hakkında fikirlerinin alınacağı ve sonrasında grup lideri tarafından açıklama yapılacağı bilgisi verilmiştir. Ardından sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili yaklaşık bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılmış ve ödev kağıdı (“**Bana Göre Özgürlük...**”) verilmiştir. Oturum özetinin grup lideri tarafından yapılması ardından, ODF ve BB dağıtılmıştır. Oturum bir saat 54 dakika sürmüştür.

3.3.4.1.3 Üçüncü Oturum: İnfertilite Kaynaklı Stres ve Başetme

Amaç

Stres tanımı, stres türleri, bedenin stres karşısındaki cevabı, stres yönetimi/başetme hakkında bilgilendirilmeyi yapmak, stres toleransı ve stresle ilişkili faktörlerin anlaşılmasını sağlamak; infertilite kaynaklı algılanan stres ile stresin genel ve spesifik olarak infertilite ile ilişkisine değinilerek, infertilite kaynaklı stresi arttıran risk faktörleri ve başa çıkma stratejileri hakkında bilgilendirmek; doğru nefes alma ve gevşeme tekniklerini öğretmek. Ayrıca 10. oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerini sağlamak.

Hedef

- Stres tanımı, stres türleri, stres durumunda bedendeki değişimler, stres yönetimi/başetme hakkında bilgilendirilmenin yapılması.
- Stres toleransı ve stresle ilişkili faktörlerin anlaşılmasının sağlanması.
- İnfertilite kaynaklı algılanan stres ile stresin genel ve spesifik olarak infertilite ile ilişkisine değinilerek, infertilite kaynaklı stresi arttıran risk faktörleri ve başa çıkma stratejileri hakkında bilgilendirme yapılması.
- Doğru nefes alma ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi.
- Varoluşçu kavramların kazandırılması amacıyla “seçim” ve “sorumluluk” kavramları ile ilgili katılımcıların düşüncelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özet yapılır. Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.
- Stres tanımı, stres türleri, stres durumunda bedendeki değişimler, stres yönetimi/başetme hakkında bilgilendirilme yapılır.
- Stres toleransı ve stresle ilişkili faktörlerin anlaşılması sağlanır.

- İnfertilite kaynaklı algılanan stres ile stresin genel ve spesifik olarak infertilite ile ilişkisine değinilerek, infertilite kaynaklı stresi arttıran risk faktörleri ve başačkma stratejileri hakkında bilgilendirme yapılır.
- Doğru nefes alma ve gevşeme teknikleri öğretilir.
- Katılımcılardan “sorumluluk” kelimesinden ne anladıkları sorulur ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılır. “...Bugünkü çalışmamızın sonuna yaklaşıyoruz. Bugüne ilişkin kavramımız “sorumluluk”. Sizce sorumluluk nedir?... Sorumluluk dendiğinde aklınıza neler geliyor?... Kendimize, çevremizdekilere, eşimize, hayata... Sorumluluklarımız nelerdir?...” gibi ifadelerle katılımcıların fikirleri alınır. Varoluşçu çerçevesinde “sorumluluk” kavramı kısaca anlatılır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ile oturum sonlandırılır.

Üçüncü Oturum Özeti

İkinici oturumun özeti yapılarak oturuma başlanmış, ev ödevi ile ilgili geri bildirim alınmıştır. Özetleme kısmında yavaş yavaş katılımcıların özetleme yapmaya başlamasını sağlamak amacıyla 2.oturuma yönelik sorular sorulmuştur. Giriş etkinliği olarak “Heykel Oyunu” etkinliği -çalışma konusuna uyarlanarak- uygulanmıştır (Altınay, 2003; Acar, 2007). Katılımcıların ayrı ayrı, aynı anda kendilerine yönelmelerinin sağlandığı, içgörü kazanıldığı, aynı zamanda sürece ısınmanın sağlandığı bir etkinliktir. Katılımcılardan içinde pek çok heykelin olduğu ünlü bir antik kentte olduklarını düşünmeleri, hepsinin ayağa kalkarak dolaşması, bu sırada içlerinden geldiği bir heykel olmaları (istedikleri bir yerde, istedikleri gibi durarak) istenmiştir. Seçtikleri ve oldukları heykelin nasıl bir yerde olduğunu, nasıl bir malzemedен yapıldığını, boyutlarını vs. fark etmelerine dair yönergeler verilmiştir. Ardından heykellerin altında bir plaket olduğunu düşünmeleri ve plakette infertilite/infertil olmalarıyla ilgili bir şeyler yazıyor olsaydı, ne yazdığını fark etmeleri yönergesi verilmiştir. Bir müddet sonra etkinliğin sonlandırılmasıyla katılımcılar deneyimleri ile ilgili paylaşımında bulunmuşlardır. Neler hissettikleri, heykellerin detaylarıyla ilgili kendi hayatları arasındaki bağın-ilişkinin ne olduğu, benzerliklerin olup olmadığı, “heykel”ken söylediklerinin ve duygularının ne olduğu

ve yaşantısıyla bağ kurup kurmadığı, plakette ne yazdığı ve bunun katılımcı için anlamının ne olduğu gibi konularda paylaşımları sağlanmıştır.

Öncelikle katılımcılara yöneltelen çeşitli sorularla, katılımcıların stresle ilgili görüşlerini belirtmeleri sağlanmıştır. Literatür çerçevesinde stres tanımı, stres türleri, stres durumunda bedendeki değişimler, stres yönetimi/başetme hakkında bilgilendirilme yapılmıştır. “Streslen korunma ve başaçıkma” hakkında bilgilendirme yapılmadan önce hem genel stresle, hem de infertilite kaynaklı stresle başaıkmaya yönelik katılımcıların kullandığı stratejilere yönelik soruları içeren Alıştırma 3.1 (“**Stresle baş ederken...**”) katılımcılara dağıtılmıştır.

Stres toleransı ve stresle ilişkili faktörlerin anlaşılmasını sağlamak amacıyla kırmızı kurşun kalem ve esnek bir plastikten çubuk şeklinde iki materyal katılımcılara gösterilmiştir. Hangisinin daha güçlü/dayanıklı olduğu sorulmuş, katılımcılardan spontane cevaplar alınıp birkaç katılımcıya cevaplarının nedeni sorulmuştur. Ardından kaleme ve plastik çubuğa da aynı oranda baskı uygulanmıştır. (Kalemin esnemezken, plastik çubuğun esneyebilir olması görselleştirilmiş). Katılımcılara yönelik hangi malzemenin güçlü-dayanıklı olduğu tekrar sorulmuştur. Bu metaforla esnek olma, baskıyı tolere etme/uyum sağlama ve stresli olaylarla baş edebilme düzeyi ile stresle ilişkili olabilecek faktörlerle ilgili açıklama yapılmıştır.

İnfertilite kaynaklı stresle ilgili olarak öncelikle infertilite-stres arasındaki ilişkiye dair katılımcıların görüşleri alınmıştır. Ardından söz konusu ilişki ve infertiliteye uyumun düşük olmasını ve stres düzeyinin artmasına neden olan risk faktörleri, infertilite kaynaklı stresle başetmeye dair bilgi verilmiştir.

Bedenin stres karşısında verdiği tepkilere gönderme yapılarak, ilk önce tam ve doğru nefes nasıl alınacağı uygulamalı olarak anlatılmıştır. Katılımcıların doğru nefes alma tekniğini kavramları gözlemlendiğinde, yine uygulamalı olarak (ncesinde relaksasyonu sağlayabilecek bir müzik açılarak) Jacobson aşamalı kas gevşetme tekniği öğretilmiştir.

Katılımcılardan “seçim-sorumluluk” kavramlarından ne anladıkları sorulmuş, katılımcıların paylaşımı ardından varoluşcu bir çerçevede kavramlar kısaca açıklanmıştır. Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili yaklaşık bir sayfalık bir

metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılmış ve ödev kağıdı (“**Bana Göre Seçim-Sorumluluk...**”) verilmiştir. Katılımcıların da teşvik edilmesiyle oturum özetlemesi yapılarak, ODF ve nefes ve gevşeme egzersizlerinin detaylı açıklandığı BB dağıtılmıştır. Oturum bir saat 45 dakika sürmüştür.

3.3.4.1.4 Dördüncü Oturum: Başetme Yolculuğum /

I - Duygularım Nasıl Oluşur?

Amaç

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelinde duyguların oluşumunda olayların kendisinden öte, kişilerin olaya bakış açısı ve o anda aklından geçen düşüncelerinin etkili olduğunun kavranması ile olumsuz düşüncelerle ilgili farkındalık oluşturmak; olumlu-pozitif düşüncenin önemini kavranmasını sağlamak; düşünce-duygu arasındaki ilişkinin kavranması ardından bu ilişkinin bazı bedensel tepkilere neden olabildiğini öğretmek; stresle başetmede olumlu-pozitif düşünmenin önemli yollardan biri olduğunu kavratmak; ayrıca 10. oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmelerini sağlamak.

Hedef

- BDT temelinde duyguların nasıl oluştuğu, otomatik düşünceler ve özellikleri, sorgulama ile bilişsel hatalar hakkında bilgilendirme yapılması.
- Olumlu-pozitif düşüncenin önemini kavranmasını sağlanması.
- Düşünce-duygu arasındaki ilişkinin kavranması ardından bu ilişkinin bazı bedensel tepkilere neden olabildiğinin öğretilmesi.
- Stresle başetmede olumlu-pozitif düşünmenin önemli yollardan biri olduğunun kavratılması.
- Varoluşçu kavramların kazandırılması amacıyla “farkındalıkla” ilgili katılımcıların düşünmelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır. Ev ödevi konuşulur.

- BDT temelinde duyguların nasıl oluştuğu, otomatik düşünceler ve özellikleri, sorgulama ile bilişsel hatalar hakkında bilgilendirme yapılır.
- Olumlu-pozitif düşüncenin önemini kavranması sağlanır. Örnek olay-durumlar (senaryolar) üzerinden olası olumlu-olumsuz düşünce çiftlerinin verilmesi, her bir düşünce biçimine verilebilecek olası duygusal tepkilerin neler olabileceğinin tartışılması gibi alıştırmalar yapılır.
- Düşünce-duygu arasındaki ilişkinin kavranmasının ardından bu ilişkinin bazı bedensel tepkilere neden olabileceği ve davranış paternimizi de etkilediği öğretilir.
- Stresle başetmede olumlu-pozitif düşünmenin önemli yollardan biri olduğu vurgulanır.
- Katılımcılardan “farkındalık” kelimesi ile ilgili sorular sorulur ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

Dördüncü Oturum Özeti

Bir önceki oturumla 4.oturum arasında geçen süreç ve önceki oturum hakkında özetleme yapılmış (daha çok katılımcılar tarafından yapılması desteklenerek) ve ev ödevi gözden geçirilmiştir. “Sizce duygularımız nasıl oluşur?” sorusuyla katılımcıların görüşleri alınmıştır. Sonrasında BDT temelinde duygu-düşünce arasındaki ilişki vurgulanarak, duygularımızın içinde bulunduğumuz olaylar değil, olay sırasında “o anda aklımızdan geçen düşüncelerimiz” ile ilgili olduğu, düşüncelerimizin olumlu olması durumunda olumlu duygular, olumsuz olması durumunda ise olumsuz duygular yaşadığımız konularında örnekler üzerinden bilgi verilmiştir. Otomatik düşünceler ve ortak özellikleri hakkında verilen bilgi ardından, Alıştırma 4.1 (“**Otomatik Düşüncelerimi Fark Ediyorum**”) anlatılarak, bir sonraki oturuma kadar en az iki ABC formu doldurmaları istenmiştir. Otomatik düşüncelerin nasıl fark edilebileceği ile bilişsel hatalar hakkında bilgi verilerek, olumsuz düşüncelerin fark edilmesi ve sorgulanmasında kullanılabilecek teknikler üzerinde çalışılmıştır. Bilgilendirme sürecinin etkileşimsel devam etmesine dikkat edilmiştir.

Olumlu-olumsuz düşünce arasındaki farkın ayırt edilmesi ve olumlu düşüncenin önemini kavranmasının sağlanması amacıyla düşünce içeriğinin işlevsel/gerçekçi/rasyonel olup olmamasıyla ilgili olduğu örneklerle açıklanmıştır. Alıştırma 4.2 (“**Düşünceyi Yeniden Yapılandırma**”) dağıtılmıştır. Oturum içerisinde çalışılanları dikkate alarak, alıştırmada ilk sütunda verilen olumsuz düşüncelerin yaratacağı olası duyguları yazmaları, ardından cümleleri olumlu düşünce haline çevirmeleri ve sonucunda oluşabilecek olası duyguyu yazmaları istenmiştir. Süreçte alternatif olumlu düşünceleri bulmada zorlanmaları yanında, katılımcıların farklı duyguları ifadelemeye yönelik sözcük dağarcıklarının yetersizliği ile ilişkili olarak alıştırmanın “Yaratacağı Olası Duygu” sütununa sıklıkla “kötü hisseder” vb. ifadeler yazdıkları ya da grup liderinden yardım ihtiyacında oldukları gözlenmiştir.

Bir önceki oturumdaki stres durumunda ortaya çıkan bedensel tepkilere gönderme yapılarak, olumsuz düşünce-duygu arasındaki ilişkide bedensel tepkilerin de değiştiği vurgulanmıştır. Bir önceki oturum içeriğine de gönderme yapılarak, stresle başetmede olumlu düşüncenin önemi tekrar belirtilmiş, stresle başetmede olumlu-pozitif düşünmenin önemli yollardan biri olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların olumlu düşünce veya hangi tür düşüncelerin kendilerinde ne tür etkiler yarattığı, mutlu-mutsuz ettiği, özellikle infertilite ile ilgili yaşadıkları olumsuz duyguları tetiklediği veya yaşamlarındaki etkisi üzerine sorular sorularak katılımcılar arasında paylaşım başlatılmıştır.

Katılımcılardan “farkındalık” kavramından ne anladıkları sorulmuş, katılımcıların paylaşımı ardından varoluşçu bir çerçevede kavram kısaca açıklanmıştır. Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili yaklaşık bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılmış ve ödev kağıdı (“**Bana Göre Farkındalık...**”) verilmiştir.

Sonlandırma etkinliği olarak bitirilmemiş işlerin tamamlanmasını kolaylaştırmak adına “Yüklere Veda” etkinliği uygulanmıştır. Bu etkinlikte katılımcılardan kendilerine dağıtılan kâğıtlara geçmişten getirdikleri ve gelecekle ilgili olan “yüklerini” (tercihen infertilite yaşantılarıyla ilişkili) yazmaları istenmiştir. Her katılımcının istediği kadar madde yazabileceği söylenerek, özellikle geçmişteki olumsuz deneyim, yaşantı, kişi ve durumlarla ilgili bitmemiş işlerini yazmaları vurgulanmıştır. Hazır olduğunda her katılımcının ortaya gelmesi, kâğıdını yakarak ortaya

konulan çömlek içinde atması istenmiştir. Tercihe bağlı sesli veya sessiz söylemek istedikleri varsa, söylemeleri ve yazdıkları ile vedalaşmaları istenmiş, tüm katılımcılar işlemi tamamladığında deneyimle ilgili paylaşımında bulunmuşlardır.

Oturum özetinin ortaklaşa yapılmasının ardından ODF ve BB dağıtılmış ve oturum sonlandırılmıştır. Oturum bir saat 45 dakika sürmüştür.

3.3.4.1.5 Beşinci Oturum: Başetme Yolculuğum/

2 - İnfertilite Yaşantımın ve Duygularımın Kabulü

Amaç

Çocuk sahibi olmaya ilişkin karar verme sürecinden bugüne kadar olan yaşantılardaki duygulara yönelik farkındalık yaratmak; infertil olmaya ilişkin uyumu kolaylaştıracak “kabul” hakkında bilgi vermek; farklı aşamalarda tedavinin sonlandırılması gerektiğinde yaşanan (ya da olası olan) duygularla (kaygı, kayıp ve yas gibi) ilgili farkındalık yaratmak; tedavinin farklı aşamalarındaki sonlandırma yaşantılarının, benzer yaşantılarda neyin işe yaradığı ya da yaramadığına ilişkin deneyimlerin diğer üyelerle paylaşılmasını sağlamak. Böylelikle duyguları ve etkilerini fark etme, destekleme, tartışma ortamı yaratarak, üyelerin daha fazla kontrol hissetmelerine ve duygusal sıkıntının azalmasına yardım etmek.

Hedef

- Çocuk sahibi olmaya ilişkin karar verme sürecinden bugüne kadar olan yaşantılardaki duygulara yönelik farkındalık yaratılması ve bunların ifade edilmesi.
- İnfertil olmaya ilişkin uyumu kolaylaştıracak “kabul” hakkında bilgi verilmesi,
- Farklı aşamalarda tedavinin sonlandırılması gerektiğinde, yaşanan (ya da olası olan) duygularla ilgili (kaygı, kayıp ve yas...) farkındalık yaratılması ve ifade edilmesi.
- Tedavinin farklı aşamalarındaki sonlandırma yaşantılarının, benzer yaşantılarda neyin işe yaradığı ya da yaramadığına ilişkin deneyimlerin diğer üyelerle paylaşılmasının sağlanması.

- Böylelikle duyguları ve etkilerini fark etme, destekleme, tartışma ortamı yaratarak, üyelerin daha fazla kontrol hissetmelerine ve duygusal sıkıntının azalmasına yardım edilmesi

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır. Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak “Güvenli Yer” çalışması yapılır.
- Çocuk sahibi olmaya ilişkin karar verme sürecinden bugüne kadar olan yaşantılardaki duygulara yönelik farkındalık yaratılır ve katılımcıların ifade etmesine olanak tanınır.
- İnfertil olmaya ilişkin uyumu kolaylaştıracak “kabul” hakkında bilgi verilir.
- Farklı aşamalarda tedavinin sonlandırılması gerektiğinde, yaşanan (ya da olası olan) duygularla ilgili (kaygı, kayıp ve yas...) farkındalık yaratılır ve katılımcıların ifade etmesine olanak tanınır.
- Tedavinin farklı aşamalarındaki sonlandırma yaşantılarının, benzer yaşantılarda neyin işe yaradığı ya da yaramadığına ilişkin deneyimlerin diğer üyelerle paylaşılmasını sağlar.
- Böylelikle duyguları ve etkilerini fark etme, destekleme, tartışma ortamı yaratarak, üyelerin daha fazla kontrol hissetmelerine ve duygusal sıkıntının azalmasına yardım edilmesi sağlanır.
- Oturum sonlandırılır.

Beşinci Oturum Özeti

Önceki oturumun özeti yapılır. Bazı katılımcılar “Düşüncenin Yeniden Yapılandırılması” alıştırmalarının kendileri için zor/karmaşık olduğunu ifade etmişlerdir. Ev ödevleri gözden geçirilmiştir. Giriş etkinliği olarak “Güvenli Yer” çalışması yapılmıştır (EMDR.1.düzey eğitim kitabı, 2010). Bu çalışmayla oturum içeriği dikkate alınarak, katılımcıların ego güçlerinin desteklenmesi ve gerektiğinde gevşemek, rahatlayabilmek için kullanabilecekleri bir egzersiz öğrenmeleri amaçlanmıştır. Oturumdaki kazanım olarak kullanılan konunun özellikle bazı katılımcılar için ağır

gelebileceği ve/veya devam eden yas süreçlerini tetikleyebileceği öngörülerek, özellikle ego güçlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir.

Çocuk sahibi olmaya ilişkin karar verme sürecinden bugüne kadar olan yaşantılardaki duygulara ve ilgili faktörlere yönelik farkındalık oluşturmak adına çalışılmıştır. Olumsuz duyguların (suçluluk, kızgınlık, öfke, üzüntü, keder, çaresizlik, cezalandırılmışlık, kaygı, umutsuzluk...) ve bu duygulara ilişkin çeşitli soruların yer aldığı Alıştırma 5.1. ("**Duygularım**") katılımcılara dağıtılmıştır. Ardından katılımcıların paylaşımı sağlanmıştır.

İnfertil olmaya ilişkin uyumu kolaylaştıracak "kabul" hakkında çalışılmıştır. Önce katılımcıların "kabullenme" ile ne anladıkları sorulmuş, görüşleri alınmıştır. Kendilerini gözden geçirmeleri ve kabullenme düzeyi açısından Alıştırma 5.1.'de yer alan cetvel üzerinde 0-10 arasında puan vermeleri istenmiştir. Puanlama ardından kabullenme ile ilgili açıklama yapılmıştır. Bazı sosyal destek gruplarında dua olarak kullanılan "Tanrım; değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenebilmem için huzur, değiştirebileceklerim için cesaret ve aralarındaki farkı kavrayabilmem için akıl bağışla" sözü okunup, katılımcıların görüşleri alınmıştır. Ardından nefes çalışması ile birlikte bu söze odaklanmaları ve kendi kendilerine tekrarlarken duygu, düşünce, bedensel duyum ve imajlarını fark etmeleri yönünde yönerge verilmiştir. Katılımcılar deneyimle ilgili paylaşımında bulunmuşlardır.

Farklı aşamalarda tedavinin sonlandırılması gerektiğinde, yaşanan ya da olası duygulara yönelik çalışılmıştır. Öncelikle tedavi sürecinin farklı aşamalarında tedaviyi sonlandırmaya ilişkin hekimin karar verebileceği ya da çifte bu yönde seçenek sunulabileceği; çiftin belli durumlarda kritik kararlar alma ile yüz yüze gelebileceği (Örneğin üçlü tarama testini yaptırma/yaptırmama veya yüksek risk durumunda ileri tetkikleri kabul etme/etmeme ya da gebeliği sonlandırma/sonlandırmama gibi); bunların kritik anlar olup, karar verme aşamalarının kaygı yaratabileceği; sonlandırma kararlarının ise temelde kayıp süreci olduğuna ve kayıp-yas sürecine dair bilgi verilmiştir. Liderin yönelteceği sorularla katılımcıların paylaşımında bulunmaları sağlanmıştır.

Tedavinin farklı aşamalarındaki sonlandırma yaşantılarının, benzer yaşantılarda neyin işe yaradığı ya da yaramadığına ilişkin deneyimlerin diğer üyelerle paylaşıl-

ması sağlanır. Bir önceki işlem basamağı devamında çeşitli sorularla paylaşım ortamı devam ettirilmiştir.

Oturumun genel içeriği ile duyguları ve etkilerini fark etme, destekleme, tartışma ortamı yaratarak, üyelerin daha fazla kontrol hissetmelerine ve duygusal sıkıntının azalmasına yardım edilmesi amaçlanmıştır.

Özetleme yapılarak oturum sonlandırılır. İçeriğin yoğun ve yüklü olmasından dolayı varoluşçu kavrama dair bu oturumda yer almamıştır. Oturum sonunda ödev olarak Alıştırma 5.2. (“**Seçtiğim Duygular**”) dağıtılır. Bu alıştırmada, katılımcılardan Alıştırma 5.1’de seçilen 3 duygu ve kabullenme puanının 3 gün sonra tekrar gözden geçirilmesi istenmiştir. ODF ve BB dağıtılmış ve oturum sonlandırılmıştır. Bir önceki oturumda katılımcıların duygu ifadelemesine yönelik yaşadığı güçlük dikkate alınarak, oturum içeriği dışında farklı duyguların yer aldığı bir liste ve giriş etkinliği olan “Güvenli Yer” çalışmasının yönergesi de BB’ye dâhil edilmiştir. Oturum bir saat 45 dakika sürmüştür.

3.3.4.1.6 Altıncı Oturum: Başetme Yolculuğum/

3. İnfertilite ve Evlilik İlişkim

Amaç

İnfertilite tanısı ve ilgili yaşantılardan katılımcıların ilişkilerin ne yönde ve ne düzeyde etkilendikleri ile farkında olmadan ilişkilerini zedeleyecek tehlikelere dair farkındalık oluşturmak; infertilite kaynaklı her ilişkide görülebilir olan sorunların kaynaklarına dair farkındalık oluşturmak; ilişkide yaşanabilecek sorunlar/çatışmalar ve çözümüne yönelik farkındalık kazandırmak; katılımcıların evlilik ilişkisinin güçlendirilmesini sağlamak; ortak yaşam alanları/aktiviteler oluşturabilmek. Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerini sağlamak.

Hedef

- İnfertilite tanısı ve ilgili yaşantılardan katılımcıların ilişkilerin ne yönde ve ne düzeyde etkilendikleri ile farkında olmadan ilişkilerini zedeleyecek tehlikelere dair farkındalık oluşturması.
- İnfertilite kaynaklı her ilişkide görülebilir olan sorunların kaynaklarına dair farkındalık oluşturulması ve bilgilendirilmesi.
- İlişkide yaşanabilecek sorunlar/çatışmalar ve çözümüne yönelik becerilerin geliştirilmesi.
- Katılımcıların evlilik ilişkisinin güçlendirilmesinin sağlanması ve ortak yaşam alanları/aktiviteler oluşturabilmesi.
- Ayrıca 10. oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır. Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.
- İnfertilite tanısı ve ilgili yaşantılardan katılımcıların ilişkilerinin ne yönde ve ne düzeyde etkilendikleri ile farkında olmadan ilişkilerini zedeleyecek tehlikelere dair farkındalık kazanmaları sağlanır.
- İnfertilite kaynaklı her ilişkide görülebilir olan sorunların kaynaklarına dair farkındalık oluşturulur ve bilgilendirilir.
- İlişkide yaşanabilecek sorunlar/çatışmalar ve çözümüne yönelik becerilerin geliştirilir.
- Katılımcıların evlilik ilişkisinin güçlendirilmesini sağlamak amaçlanır ve ortak yaşam alanları/aktiviteler oluşturulur.
- Ayrıca 10. oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünceleri sağlanır.

- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

Altıncı Oturum Özeti

İki oturum arasındaki süreç ve geçen oturumun özeti yapıp ödevler gözden geçirilmiştir. Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu ile başlanmıştır. “İp Çözmece” etkinliği sonrasında ise yaşantıyla ilgili paylaşımda bulunulmuştur. Katılımcılardan 2’şerli olarak eşleşmeleri, farklı renkte olan ve birbirine dolaşmış veya farklı zorluk derecesinde düğümlenmiş olan (bir kısmı hiç açıklamayacak gibi) iplerden istediklerini alabilecekleri söylenmiştir. Sonrasında belli bir zaman içerisinde dolaşmış olan ve/veya düğümlenmiş olan ipleri çözmeleri istenmiştir. Çalışmaya gönderme yapılarak yaşamda da farklı sorunlarla karşılaşıldığı, bazılarının kolaylıkla, bazılarının zorlanarak/fazla çaba göstererek veya destek alınarak çözülebileceği, bazılarının ise çözülemez olduğu, sorunların yaşamın bir parçası ve normal olduğu vurgulanarak, oturum içeriği ile ilişkilendirilmiştir.

İnfertilite sadece bireysel bir sorun olmayıp, bir çift sorunu olduğu; infertilite ve tedavi sürecinin getirdiklerinin hem bireysel olarak, hem de çift olarak kişileri etkilediği gibi çift ilişkisinde de birtakım değişimlere ya da sorunlara neden olabileceği ve bunların sürecin normal bir parçası olduğu aktarılmıştır. Ancak infertilitenin bazen yeni sorunlar getirdiği gibi, bazen de var olan problemlerin daha da kötüleşmesini sağladığı, bazı çiftleri ise birbirine yakınlaştırebildiği vurgulanmıştır. İnfertilite tanısı ve ilgili yaşantılardan katılımcıların ilişkilerinin ne yönde ve ne düzeyde etkilendikleri ile farkında olmadan ilişkilerini zedeleyecek tehlikelere dair farkındalık oluşturmak amacıyla Alıştırma 6.1. (“İnfertilite İlişkime Bedel mi Ödetiyor?”) uygulanmıştır. Katılımcılardan ilişkinin farklı alanlarına yönelik maddeleri okumaları ve kendilerini gözeterek doğru-yanlış şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Ardından madde başlıkları aktarılmış, paylaşımda bulunulmuştur.

İnfertilite kaynaklı her ilişkide görülebilir olan sorunların kaynaklarına dair farkındalık oluşturmak ve bilgilendirmek amacıyla infertilite ile ilgili genel sorunlar iki başlık altında (1-Bireysel farklılıklar, 2-İnfertiliteye verilen tepkiler) aktarılmıştır.

İnfertilite sürecinin ötesinde ilişkide yaşanabilecek sorunlar/çatışmaların çözümüne yönelik farkındalık kazandırmak amacıyla çatışma tanımı, çatışma çözme, çatışmayı yönetme hakkında etkileşimsel süreç içerisinde bilgi verilmiştir. Öncesinde infertilite ile bireylerin doğurganlık sorununa fazla odaklanmış oldukları ve ilişkileri dâhil yaşamın pek çok alanına dair önceliklerinin azaldığı; infertilite ile uğraşmak ilişki içerisinde zaman, enerji, sabır, şefkat gerektirdiği aktarılmış ve infertiliteden bağımsız olarak pek çok ilişkide zaman zaman sorunlar/çatışmalar yaşanabileceği belirtilerek, çatışma konusuna geçiş yapılmıştır. Alıştırma 6.2. (“**Çatışma-Sorun Karşısında...**”) mutlu-mutsuz evliliklerin farkının ne olduğu katılımcılara sorulmuş ve görüşleri alınmıştır. Verilen yanıtlar özetlenmiş ve belirleyici faktörlerden birinin çatışma yönetimi (çiftlerin çatışmamasından öte, çatışmayı nasıl yönettikleri/tartıştıkları) olduğu belirtilmiştir. Katılımcılarla etkileşimsel süreçte çatışma ile ilgili çeşitli sorular sorularak, görüşleri alınmıştır. Ardından soruların cevapları ile çatışmaları çözmede yardımcı olabilecek yöntemlerin kullanılması hakkında bilgi verilmiştir. Çatışmanın başlangıcının sert bir etkileşimle başlanmasının süreci olumsuz etkileyeceği ile bunu azaltmak için kullanılabilecek yöntemlerden biri olan “frene basma zamanı” hakkında aktarılanlarla ilgili katılımcılar olumlu geribildirim vermişlerdir. Alıştırma 6.3 (“**Kendi Çözüm Listem**”) dağıtılmış, bahsedilenleri gözeterek kendilerinin kullanabileceği çözüm listesini oluşturmaları, bir sonraki oturuma kadar eğer gerekirse bu listeden faydalanmaları istenmiştir.

Çatışma durumunda sürecin yönetilmesinde güç kaynağı ya da tampon görevi görebilecek nitelikte önemli noktanın çiftin iyi zamanlarda neyi, ne kadar ve nasıl yaptıklarıyla ilgili olduğu vurgulanmıştır. Ardından çift ilişkisinin güçlendirilmesi adına yapılabileceklerden ve bu yöntemlerden biri olarak ortak yaşam aktiviteleri oluşturmak için seçeneklerden bahsedilmiştir. Alıştırma 6.4 (“İlişki Kumbaram”) dağıtılmıştır. Katılımcılardan kendi ilişkilerini güçlendirmede kullandıkları ya da kullanabilecekleri yeni şeyler var ise bunları yazmaları istenmiştir. Yazdıklarından en az iki tanesini sonraki oturuma kadar eşleriyle birlikte yapmaları istenmiştir.

Varoluşçu kavramlar çerçevesinde “İhtiyaç/Gereksinim” kavramları hakkında katılımcıların görüşleri alınarak kavramlar kısaca açıklanmıştır. Kavramlarla ilgili ödevlendirme yapılması ardından özetleme yapılmış ve oturum sonlandırılmıştır. Oturum süresi bir saat 58 dakikadır. ODF ve BB dağıtılmıştır.

Amaç

Kendini açma, iletişim, etkili iletişimin özellikleri, ben dili/sen dili, sözlü-sözsüz iletişim, aktif dinleme, pozitif geri bildirim, empati konularında bilgilendirmek; iletişim paternlerinin keşfi ve şekillendirdiği duygusal tepkilerin tanımlanmasını sağlamak; kişiler arası ilişkide yeni bir iletişim paterni kazandırmak ve gereksinimlerini ifade etme becerisini geliştirmeyi öğretmek. Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmelerini sağlamak.

Hedef

- Kendini açma, iletişim, etkili iletişimin özellikleri, ben dili/sen dili, sözlü-sözsüz iletişim, aktif dinleme, pozitif geri bildirim, empati konularında bilgilendirilmesi.
- İletişim paternlerinin keşfi ve şekillendirdiği duygusal tepkilerin tanımlanmasını sağlama.
- Kişiler arası ilişkide yeni bir iletişim paterni kazandırmak ve gereksinimlerini ifade etme becerisini geliştirmesinin öğretilmesi.
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır. Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.
- Kendini açma, iletişim, etkili iletişimin özellikleri, ben dili/sen dili, sözlü-sözsüz iletişim, aktif dinleme, pozitif geri bildirim, empati konularında bilgilendirilme yapılır.

- İletişim paternlerinin keşfi ve şekillendirdiği duygusal tepkilerin tanımlanması sağlanır.
- Kişiler arası ilişkide yeni bir iletişim paterni kazandırmak ve gereksinimlerini ifade etme becerisini geliştirmesi öğretilir.
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmeleri sağlanır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

Yedinci Oturum Özeti

Önceki oturumun özeti yapılarak ve ödevler ile ilgili paylaşımlar çalışılarak oturuma başlanmıştır. Giriş etkinliği olarak katılımcılardan bir gönüllü istenmiştir. Gönüllü olan katılımcıya diğerlerinin görmeyeceği şekilde tahta üzerine çizilen birbirlerine farklı şekilde konumlandırılmış/birbirine temas eden geometrik şekillerin olduğu bir çizim gösterilmiştir. Gönüllü katılımcının diğerlerine beden hareketlerini kullanmadan çizimi anlatması, diğerlerinin de kendi kağıtlarına anlatıma göre şekilleri çizmeleri istenmiştir. Anlatımın ve çizimlerin bitmesinin ardından, her katılımcının çizimleri ile örnek çizim arasında farklılık olup olmadığına bakılmış, deneyim hakkında paylaşımda bulunulmuştur. Etkinlikle ilişkilendirilerek, oturum içeriği olan iletişim konusunda vurgu yapılmıştır.

Kendini açma, iletişim, etkili iletişimin özellikleri hakkında etkileşimsel süreçte kısa bilgi verilmiştir. Kendini açma kavramından ne anladıkları katılımcılara sorulmuş, birkaç katılımcının görüşü alındıktan sonra, kavram grup lideri tarafından açıklanmıştır. Kendini açma davranışı içerisindeyken, nasıl bir iletişim kullanılacağı ve nelere dikkat edileceği belirtilerek, iletişim başlığı altındaki konulara geçiş yapılmıştır.

İletişim paternlerinin keşfi ve şekillendirdiği duygusal tepkilerin tanımlanması sağlanır. İnfertil bir çiftin ilişkisinde yer alabilecek, çeşitli durumların örneklendirildiği Alıştırma 7.1. (“İletişim Kalıpları”) dağıtılmıştır. Kişilerden bireysel olarak

kendi ilişkilerini düşünüp, benzer durumlarda nasıl bir dil kullanabileceklerini düşünmeleri ve olası ifadelerini A kutucuğuna yazmaları istenmiştir.

Eş ilişkisi başta olmak üzere iletişim problemleri kaynaklı sorun/çatışma yaşama olasılığını azaltmak, duyguların, gereksinimlerin ifadenmesine yönelik becerilerin geliştirilmesi sağlanması amacıyla Alıştırma 7.2. (“**Kendini İfade Etme Becerisinin Öğretimi**”*) çalışma kağıdı dağıtılmıştır. Çalışma kağıdı üzerinden etkileşimsel bir süreçte devam edilmiş, iletişim kullanılması önerilen genel tutumlar dışında empati, sözlü-sözsüz iletişim, ben dili-sen dili, etkin-edilgin dinleme gibi konular verilen örneklerle çalışılmıştır (Scuka, Nordling & Guerny, 2004, akt. Yalçın, 2012- Kısmi değiştirilmiştir). Alıştırma 7.1’e geri dönülerek B kutucuğuna yeni çalışanlar çerçevesinde cevaplar yazmaları ve A kutucuğuna yazdıkları ifadeler ile farklılık olup olmadığını gözden geçirmeleri istenmiştir. Katılımcıların bir kısmı ifadelerin benzer olduğunu, bazıları ise farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılardan “Acı-Boşluk” kelimelerinden ne anladıkları sorulmuş ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılmıştır. İlgili kavramlarla ilgili ödev verildikten sonra özetleme ile oturum sonlandırılmıştır. Oturum iki saat 16 dakika sürmüştür. ODF ve BB dağıtılmıştır.

3.3.4.1.8 Sekizinci Oturum: Başetme Yolculuğum/

5. Sosyal Destek Kaynaklarım

Amaç

Sosyal destek sistemleri ve algılanan sosyal destek hakkında bilgilendirmek; ayrıca infertilitenin diğerleriyle (akraba, arkadaş, iş arkadaşları...) olan ilişkilere etkisi hakkında farkındalık oluşturmak; kişisel anlamda başetmede yararlı olabilecek yollardan biri olarak sanatsal faaliyetlerin kullanımını vurgulamak. Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerini sağlamak.

Hedef

- Sosyal destek sistemleri ve algılanan sosyal destek hakkında bilgi verilmesi.

- İnfertilitenin diğerleriyle (akraba, arkadaş, iş arkadaşları...) olan ilişkilere etkisi hakkında farkındalık oluşturulması.
- Kişisel anlamda başetmede yararlı olabilecek yollardan biri olarak sanatsal faaliyetlerin kullanımının vurgulanması.
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmelerini sağlamak.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır. Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.
- Sosyal destek sistemleri ve algılanan sosyal destek hakkında bilgi edinmeleri sağlanır.
- İnfertilitenin diğerleriyle (akraba, arkadaş, iş arkadaşları...) olan ilişkilere etkisi hakkında farkındalık oluşturulur.
- Kişisel anlamda başetmede yararlı olabilecek yollardan biri olarak sanatsal faaliyetlerin kullanımı vurgulanır.
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünmeleri sağlanır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

Sekizinci Oturum Özeti

Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılmış ve ev ödevi konuşulmuştur. Giriş etkinliği olarak katılımcıların sosyal destek kaynakları hakkında farkındalık yaratmak amacıyla “Sevgi Bağı” etkinliği yapılmıştır. Boş A4 kağıtları ve boya kalemleri verilmiş, kağıdın ortasına bir yuvarlak çizerek kendi isimlerini yazmaları, kendileriyle sevgi bağı olduğunu düşündüğü (ya da bir şekilde kendilerini iyi hissettiren) kişilerin isimlerini çizdikleri kalp

içerisine yazmaları ve daire-kalpler arasına karşılıklı ok işareti koymaları istenmiştir. Ayrıca o kişinin çağrıştırdıklarına göre bir renk seçebilecekleri ve kalbi boyayabilecekleri belirtilmiştir. Katılımcıların bitirmeleri sonrasında, deneyim ve fark ettiklerine dair paylaşımında bulunulmuştur.

İnfertilitenin diğerleriyle (akraba, arkadaş, iş arkadaşları...) olan ilişkilere etkisi hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla infertilite tanısının sosyal yaşam üzerindeki etkisinin olabileceği ve bu etkinin bazen stres kaynağı olabileceği belirtilmiştir. Süreçte bazı kişilerin infertilite sürecini diğerleri ile paylaşırken ve var olan ilişkilerini daha da güçlendirirken; bazılarının ise paylaşmama ve “çaktırmama” adına yoğun çaba harcamakta olduğu ve ek gerilim yaşadığı açıklanarak, Alıştırma 8.1 (**“İnfertilite ve Diğerleriyle Olan İlişkilerim...”**) dağıtılmıştır. Katılımcıların soruları cevaplaması ardından grup paylaşımı başlatılmıştır. Ardından sosyal destek sistemleri ve algılanan sosyal destek hakkında bilgilendirilir.

Kişisel anlamda başetmede yararlı olabilecek yollardan biri olarak sanatsal faaliyetlerle uğraşmanın (resim, müzik, yazı yazmak gibi) yarar sağlayıcı olduğu belirtilmiştir. Çoğu zaman olumsuz deneyimler ve duyguların dışavurumunu ifade edebilmemizi, belki de fark etmemizi sağlayabileceği ifade edilerek, sonlandırma etkinliğine geçilmiştir. Katılımcılardan “infertilitenin resmi”ni yapmaları istenir. Katılımcılardan infertiliteyle ilgili bir resim yapmaları istenmiştir. Katılımcılar grup olarak resim yapmaya karar vermişlerdir. Büyük boy bir kağıt yine katılımcıların tercihi ile yere serilmiştir. Uygulama sonrası çizilen resimler hakkında ve deneyimleri ile ilgili katılımcıların paylaşımı sağlanmıştır. Grup etkileşiminin yoğun olduğu bir çalışma olduğu gözlenmiştir.

Etkinlik sonunda varoluşçu kavramlardan “Şükran/Minnet/Takdir” kelimelerinden ne anladıkları sorulmuş ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılmıştır. İlgili kavramlarla ilgili ödev verildikten sonra özetleme ile oturum sonlandırılmıştır. Oturum iki saat 06 dakika sürmüştür. ODF ve BB dağıtılmıştır.

3.3.4.1.9 Dokuzuncu Oturum :Başetme Yolculuğum/

6. Cinsellik

Amaç

Cinsellik ve ilgili tanım/kavramlar, sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel mitler hakkında bilgi vermek; mevcut cinsel yaşamlarına ilişkin ve infertilite ile tedavi süreçlerinin cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili farkındalık yaratmak (böylelikle etkilenmiş olan eş cinselliğine ilişkin farkındalık yaratmak); cinsellik ve cinsel ihtiyaçlarına ilişkin eş ilişkisinde iletişim kurabilmesine yönelik desteklemek; kendi cinselliklerinin keşfedilmesi ve cinsel yaşamlarının zenginleşmesine katkı sağlamak. Ayrıca 10. Oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerini sağlamak.

Hedef

- Cinsellik ve ilgili tanım/kavramlar, sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel mitler hakkında bilgi verilmesi.
- Mevcut cinsel yaşamlarına ilişkin ve infertilite ile tedavi süreçlerinin cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili farkındalık yaratılması (böylelikle etkilenmiş olan eş cinselliğine ilişkin farkındalık yaratılması).
- Kendi cinselliklerinin keşfedilmesi ve cinsel yaşamlarının zenginleşmesine katkı sağlanması.
- Cinsellik ve cinsel ihtiyaçlarına ilişkin eş ilişkisinde iletişim kurulabilmesine yönelik desteklenmesi;
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşüncelerinin sağlanması.

İşlem

- Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ve geçen oturumun özeti yapılır.
- Ev ödevi konuşulur.
- Giriş etkinliği olarak ısınma oyunu oynanır.

- Cinsellik ve ilgili tanım/kavramlar, sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel mitler hakkında bilgi verilir.
- Mevcut cinsel yaşamlarına ilişkin ve infertilite ile tedavi süreçlerinin cinsel yaşamlarına etkisiyle ilgili farkındalık yaratılır (böylelikle etkilenmiş olan eş cinselliğine ilişkin farkındalık yaratılır).
- Kendi cinselliklerinin keşfedilmesi ve cinsel yaşamlarının zenginleşmesine katkı sağlanır.
- Cinsellik ve cinsel ihtiyaçlarına ilişkin eş ilişkisinde iletişim kurulabilmesine yönelik desteklenir.
- Ayrıca 10.oturumdaki çalışma konusuna katılımcıların hazır olmalarına zemin oluşturmak amacıyla, varoluşçulukla ilgili seçilmiş bir kavram hakkında düşünceleri sağlanır.
- Sonraki oturuma kadar bu kavramla ilgili bir sayfalık bir metin yazmaları yönünde ödevlendirme yapılır.
- Özetleme ve oturum sonlandırılır.

Dokuzuncu Oturum Özeti

Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ardından, önceki oturumun özeti yapılmış ve ev ödevi konuşulmuştur. Giriş etkinliği olarak “Ayıp Kelimeler (Utama-Söyle)” oynanmıştır. Oyunun amacı katılımcıların bir taraftan cinsellikle ilişkili konuşmalarını cesaretlendirmek, diğer taraftan konuşabilir olmanın zorluklarını, toplumsal-kültürel öğelerin etkileri üzerine farkındalık oluşturmalarını sağlamaktır. Katılımcılardan iki gruba ayrılmaları istenmiş, tahtaya cinsel yaşamla ilgili bazı kavramlar ya da cinsel organların ismi yazılmıştır (Örneğin sevişmek, cinsel ilişki, vajina, penis, mastürbasyon, orgazm.) Katılımcılardan her bir kelimeye denk gelen (eş anlamlı olarak kullanılan) bildikleri kelimeleri, olabildiğince çok sayıda yazmaları (argo olabilir, toplumun farklı kesimlerinde kullanılan eş anlamlı kelimeler olabilir, anatomik adı olabilir...) istenmiştir. Etkinlik sonunda grupları temsilen her katılımcının kelimeleri okuması istenmiş, okunan kelimeler lider tarafından tahtaya yazılmıştır. Katılımcılar deneyim hakkında paylaşımda bulunmuşlardır.

Çeşitli sorular sorularak (cinsellik nedir? Cinsel ilişki nedir? Cinsel birleşme nedir? Cinsellik zaman başlar/biter? ... gibi), öncelikle katılımcıların düşünceleri öğrenil-

miştir. Ardından sorulan kavramlar dâhil, sağlıklı cinsel yaşam hakkında bilgi verilmiştir. Cinsel mitlerin yer aldığı Alıştırma 9.1. (“**Cinsel İnanışlar**”) dağıtılmıştır. Her katılımcının üzerinde çok da düşünmeden, spontane bir şekilde ifadeleri okumaları ve “doğru (D)-yanlış (Y)” şeklinde cevaplamaları istenip ardından tüm maddelerin yanlış olduğu vurgulanarak, katılımcılarla etkileşim halinde mitler hakkında ve olası etkilerine yönelik süreç devam ettirilmiştir.

Mevcut cinsel yaşamlarına ilişkin farkındalık yaratılması amacıyla Alıştırma 9.2 (“**Cinsel Yaşamımda...**”) dağıtılmıştır. Çalışma kağıdında yer alan maddeleri okumaları ve uygunluğunu gözeterek “evet” ya da “hayır” şeklinde işaretlenmesi istenmiştir. Alıştırmanın ikinci kısmında “Çocuk sahibi olmak istemenize karşın gebe kalmakla ilgili sorun yaşadığınızı ilk fark ettiğiniz dönemi düşünün. Sizce sonrasında cinselliğe bakış açınızda ya da cinsel yaşamınızda herhangi bir değişim oldu mu?” sorusuna cevap vermeleri istenmiştir. Alıştırma ile ilgili paylaşım kısmında grup lideri cinsellikle ilgili konuşabilmek, cinselliğin kadınlık görevi olarak algılanmasının getirdiği olumsuzluklar, dokunuşlar, olumsuz etkileyen faktörler konularında bilgi vermeye devam etmiştir. Ardından cinsel yaşamı hareketlendirebilecek (vur-kaçlar, sensitive focus (SF), fantezi kurma, kişisel bakıma dikkat etme... gibi) öneriler liste halinde katılımcılarla paylaşılmıştır. SF egzersizini bir sonraki oturuma kadar yapmaları yönünde öneride bulunulmuştur. Son olarak çift olarak cinsellik ve cinsel ihtiyaçlara ilişkin iletişim kurabilmeye yardım amacıyla yarım bırakılmış cümlelerin olduğu Alıştırma 9.3 (“**Cinsellik Hakkında Konuşabilmek...**”) katılımcılara eşleriyle birlikte yapmaları için ödev olarak verilmiştir.

Varoluşçu kavramlardan “Ben Kimim?/Kendini Tanıma” sorusu ile ilgili düşünceleri sorulmuş ve katılımcıların paylaşımı ardından kısa bir açıklama yapılmıştır. “Ben Kimim?” sorusuna ilişkin kendileriyle ilgili yazmaları için ödev verildikten sonra özetleme yapılmıştır. Oturum iki saat sürmüştür. Oturumun sonlandırılması ile ODF ve BB dağılmıştır.

3.3.4.1.10 Onuncu Oturum: Sonlandırma –

Geleceğe Olumlu Bakış / Geleceğe Yeni Bir Bakış

Amaç

Varoluşçu bir yaklaşımla infertilitenin anlamı, çocuksuz bir yaşamın anlamı hakkında farkındalık yaratmak; çocuksuz bir yaşam oluşturma ya da seçenekler (evlatlık, koruyucu aile olmak, donasyon, yumurta/sperm/embriyo dondurma ya da “üretkenliği” başka bir alana yöneltmeye dair ek planlar) üretmeye yönelik bireysel olarak kendini gözden geçirmeyi sağlamak; yeni anlamlar oluşturma kapasitesini desteklemek ve gelecek yaşam hedefleri/stratejileri oluşturabilmeye yönelik çerçevenin yapılandırılmasını desteklemek.

Sonlandırma aşamasında katılımcıların başkalarının gözüyle kendi iyi-güçlü yönlerini fark edebilmeleri ve başkalarından bunu duyduklarındaki hislerini fark edebilmeleri; sürecin gözden geçirilmesi ve sonlandırmayı yapmak.

Hedef

- Varoluşçu bir yaklaşımla infertilitenin anlamı, çocuksuz bir yaşamın anlamı hakkında farkındalık yaratılması.
- Çocuksuz bir yaşam oluşturma ya da seçenekler (evlatlık, koruyucu aile olmak, donasyon, yumurta/sperm/embriyo dondurma, ya da “üretkenliği” başka bir alana yöneltmeye dair ek planlar) üretmeye yönelik bireysel olarak kendini gözden geçirmeyi sağlamak
- Yeni anlamlar oluşturma kapasitesinin desteklenmesi. Böylelikle gelecek yaşam hedefleri/stratejileri oluşturabilmeye yönelik çerçevenin yapılandırılmasına destek olunması.
- Sonlandırma aşamasında katılımcıların başkalarının gözüyle kendi iyi-güçlü yönlerini fark edebilmeleri ve başkalarından bunu duyduklarındaki hislerini fark edebilmeleri;
- Sürecin gözden geçirilmesi ve sonlandırmanın yapılması.

İşlem

- Varoluşçu bir yaklaşımla infertilitenin anlamı, çocuksuz bir yaşamın anlamı hakkında farkındalık yaratılması
- Çocuksuz bir yaşam oluşturma ya da seçenekler (evlatlık, koruyucu aile olmak, donasyon, yumurta/sperm/embriyo dondurma, ya da “üretkenliği” başka bir alana yöneltmeye dair ek planlar) üretmeye yönelik bireysel olarak kendini gözden geçirmesi sağlanır.
- Yeni anlamlar oluşturma kapasitesinin desteklenmesi. Böylelikle gelecek yaşam hedefleri/stratejileri oluşturabilmeye yönelik çerçevenin yapılandırılmasına destek olunur.
- Sonlandırma aşamasında katılımcıların başkaların gözüyle kendi iyi-güçlü yönlerini fark edebilmeleri ve başkalarından bunu duyduklarındaki hislerini fark edebilmeleri sağlanır.
- Süreç gözden geçirilir ve sonlandırmanın yapılması.

Onuncu Oturumun Özeti

Önceki oturumundan sonraki süreçle ilgili paylaşım ardından, dokuzuncu oturumun özeti yapılmış ve ev ödevi konuşulmuştur. Giriş etkinliği olarak “Hayatınızı Gözden Geçirin” etkinliği uygulanmıştır. İmajinasyona dayalı çalışma üç aşamalıdır. Birinci aşamada katılımcılara bir film yapımcısının yaşamlarının filmini çekmek için teklifte bulunduğu, katılımcılardan böyle bir durumda doğduğu günden bu yana olup bitmiş olaylardan oluşacağı (dolayısıyla katılımcının etki gücünün az olduğu vurgulanarak) ve senaryoyu hazırlamaları söylenmiştir. Filmin bütçesi, hangi sahnenin ne kadara çekileceği, kimlerin oynayacağı, filmin türü, filmin posterinin nasıl olacağı... gibi sorulara cevap bulması istenmiştir. İkinci aşamada ilk filmin hasılat rekoru kırdığı ve ikinci filmin çekilmek istendiği (geleceğe dair), senaryoda nelerin olmasını isteyecekleri, anlamlı ilişkilerini, bütçesini, türünü... tekrar hayal etmeleri (katılımcının yaratıcı kontrolünün olduğu vurgulanarak) istenmiştir. Üçüncü aşamada ise ileri sarma aşamasında katılımcıdan öleceği günü (yaş) düşünmesi ve o yaşta hayatından tatmin olmuş hissetmek için neler yapmış-başarmış-deneyimlemiş olması gerektiğini

düşünmesi doğrultusunda yönerge verilmiştir. Çalışmanın sonunda bugüne geri dön-
meleri söylenerek, etkinliğin ardından katılımcılar arasında paylaşım başlatılmıştır.

“Anlam, yaşamın anlamı” hakkında katılımcıların görüşleri alınmıştır. İkinci
oturumdan bu zamana kadar verilen her bir kavramın temelde katılımcılar için bir ön
hazırlık olarak verildiği yönünde açıklama yapıldıktan sonra, varoluşçuluğun genel
çerçevesi ile “anlam” üzerinde çalışılmıştır. Ardından bireysel olarak “infertilitenin
ve çocuksuz bir yaşamın anlamı” üzerine katılımcıların kendi/bireysel tanımları
hakkında paylaşım başlatılmıştır.

Çocuksuz bir yaşam oluşturma ya da seçenekler (evlatlık, koruyucu aile olmak,
donasyon, yumurta/sperm/embriyo dondurma, ya da “üretkenliği” başka bir alana
yönelmeye dair ek planlar) üretmeye yönelik bireysel olarak kendini gözden
geçirmesini sağlamak amacıyla katılımcılara “Sizce infertil bir birey olarak, ne tür
opsiyonlarınız ya da seçenekleriniz var? İleriye dönük yaşamınızda ne gibi
seçenekler üretebilirsiniz?” sorusu sorulmuştur. Gelen yanıtlar tahtaya yazılıp eksik
olan seçenekler varsa lider tarafından eklenmiştir. Her bir seçenekle ilgili ilk önce
bireysel olarak düşünmeleri istenmiş, sonrasında grup paylaşımı başlatılmıştır.

Yeni anlamlar oluşturma kapasitesinin desteklenmesine, gelecek yaşam hedefleri/
stratejileri oluşturabilmeye yönelik çerçevenin yapılandırılmasına destek olunması
amacıyla Alıştırma 10.1. (“**Gelecek Hakkında Planlarım**”) katılımcılara dağıtılır.
Alıştırma sonunda oluşturdukları seçenekler doğrultusundaki bir yaşamın,
“Hayatınızı Gözden Geçirin” etkinliğinin 3 aşamasındaki ölüm sahnesinde sürece
uygun bir hayata işaret edip etmediğini gözden geçirmeleri istenmiştir.

Sonlandırma etkinliği olarak “İltifat Yağmuru” etkinliği uygulanmıştır ve yaşantıyla
ilgili paylaşımda bulunulmuştur. Katılımcıların başkalarının gözüyle kendilerinin iyi-
güçlü yönlerini fark edebilmeleri ve başkalarından bunu duyduklarındaki hislerini
fark edebilmeleri amaçlanmıştır. Gruptaki herkesin adı yazılıp bir kutuya atılmıştır.
Her biri kutudan ismini çektiği diğer katılımcı ile ilgili güzel-olumlu şeyler
düşünmesi; sırayla kendisine çıkan katılımcının adını söyleyerek, ona doğru “Senin
... özelliğini seviyorum.”, “Hayatında ... ulaşmanı isterim/dilerim”, “Yaşamında
...’nın sana mutluluk getirmesini dilerim”, “Senin gruba olan katkının ... olduğunu
düşünüyorum.” gibi ifadeler kullanması; diğerinin ise dinleyip, ardından teşekkür

etmesi açıklanmıştır. Katılımcılardan birisi isimleri söylemeyip, tahmin edilmesini önermiştir ve diğer katılımcılar bu öneriyi onaylamıştır. Etkinlik ardından başkalarından güzel sözler duymanın da kendimize güzel şeyler söylemek gibi iyi hissettirdiği ve çevremizdeki kişilere bunu yapmamızın onlar için de iyi olacağını vurgulanmıştır (Çetin, Bilbay & Kaymak, 200- Kısmi değiştirilmiştir.).

Oturum ve genel olarak program gözden geçirilerek, katılımcıların oturumlarla ilgili düşünceleri, kazanımları, bunları yaşamlarına aktif bir biçimde katıp katmamaya ilişkin nerede oldukları, onlara iyi gelen veya gelmeyen yönleri ve önerileri üzerinde konuşulmuştur. Grup liderinin teşekkürü ve oturumlarla ilgili kendi deneyimini paylaşımı sonrasında Katılım Belgeleri dağıtılmıştır. Son-test uygulaması yapılaması ve BB'lerin dağıtılması ile oturum sonlandırılmıştır. Oturum iki saat 14 dakika sürmüştür.

3.4 Verilerin Analizi

Bu araştırmada “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının” infertilite sorunu yaşayan bireylerin, infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyine etkisi ve infertilite ile başetme becerisi geliştirmelerindeki etkililik düzeyi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.00 paket programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde kullanılacak testleri belirlemek amacıyla deney ve kontrol gruplarının Doğurganlık Sorunları Envanteri'nden (FSE) ve COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği'nin (COMPI) her bir altölçeğinden elde ettikleri puanların normal dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda yapılan işlemler:

- Uç değerlerin olup olmadığının belirlenmesi amacıyla ilgili ölçeklere ait ham puanlar Z puanına dönüştürülüp, ± 3 standart sapma uzaklıkta değerlerin olup olmadığı incelenmiştir. Mertler ve Vannatta'ya (2005) göre +3'den büyük ya da -3'den küçük Z değerine sahip katılımcıların olmaması uç değerlerin olmadığını düşündürmektedir (aktaran Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2014). Yine uç değerlerin olup olmadığını değerlendirmek için ortalama değerleri ile düzeltilmiş ortalama değerlerine dikkat edilmiştir. Ortalama ve düzeltilmiş ortalama değerlerinin birbirine yakın olması uç değer olmadığına işaret etmektedir (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko, 2013).

- Deney ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları ön-test puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi tüm ölçümlerin amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri hesaplanmıştır. Değerlerin kendi standart hatalarına bölünmesiyle çıkan indekslerin $\alpha=.05$ için 1.96'dan ve $\alpha=.01$ için 2.58'den küçük çıkması dağılımın normalden aşırı sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilmektedir. Ayrıca ortalama, ortanca, modun birbirine yaklaşıyor olmasının da dağılımın normalden aşırı uzaklaşmadığının bir ölçüsü olduğu belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2013).

- Örneklem sayısının küçük olduğu ($n \leq 50$) durumda Shapiro-Wilks testinin kullanılması önerilmektedir. Analiz sonucunda anlamlılığın $>.05$ 'den olması normal dağılıma işaret etmektedir (Durmuş ve diğerleri, 2013). Bu doğrultuda Shapiro-Wilks testi ile dağılımın normalliği test edilmiştir.

- Deney ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları ön-test puanlarının varyanslarının homojenliği test edilmiştir.

Yapılan işlemler sonucunda;

- Deney ve kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları ön-test puanları Z puanına dönüştürüldüğünde uç değerlerin olmadığı görülmüştür. Ölçek puanlarının ortalama ve ayarlanmış ortalama değerlerinin de birbirine yakın olması uç değerlerin olmadığı yani veri kaybının olmadığı yönünde değerlendirilmiştir.

- Ölçeklerin ön-test ölçümlerinden alınan puanların basıklık ve çarpıklık indeksleri incelendiğinde deney ve kontrol grupları için sırasıyla infertilite kaynaklı algılanan stres puanı basıklık indeksinin .071; 1.240, çarpıklık değerinin .518; 1.091 olduğu görülmüştür. İnfertilite ile baş etmede kullandıkları yöntemler için ise her bir alt ölçek için deney grubunun puanlarına ait basıklık indeksinin .703; .791; .168; .229 ve çarpıklık indeksinin 1.180; .874; .139; .901 olduğu görülmüştür. Kontrol grubu için ise baş etme yöntemlerine ait puanların sırasıyla basıklık indeksinin .737; 1.035; .040; .361 çarpıklık indeksinin .678; .739; .675; 1.125 olduğu görülmüştür.

- Yapılan Shapiro-Wilks testi ile dağılımın normalliği test edildiğinde, verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir (deney grubu için FSE .810; COMPI

sırasıyla .775; .265; .594; .318; kontrol grubu için FSE .418; COMPI sırasıyla .741; .115; .841; .069, $p>.05$).

- Varyansların homojenliği testinden elde edilen veriler, deney ve kontrol gruplarının infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi ($p=.298$, $p>.05$) ve infertilite ile başetmede kullandıkları stratejileri (sırasıyla $p=.599$; $p=.241$; $p=.828$; $p=.254$, $p>.05$) ön-est puanları açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Yani grupların birbirine benzer olduğunu görülmüştür.

Elde edilen bulgular doğrultusunda verilerin büyük çoğunluğunun deney ve kontrol gruplarının farklı zamanlarda alınan ölçümlere ilişkin koşullarda normal dağılım göstermesi nedeniyle analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler aşağıda verilmiştir:

1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri, infertilite kaynaklı algılanan stres puanları ve infertilite ile başetmede kullandıkları strateji puanlarına ilişkin betimsel istatistikler yapılmıştır.
2. Denenceleri test etmek için 2x3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü varyans analizi kullanılmıştır. Bu analiz aracılığı ile deney ve kontrol grubu ile uygulanan programın ortaya çıkardığı etkinin kalıcılığına ilişkin temel etki incelenmiştir. Uygulanan programın etkisinin ve bu etkinin kalıcılığının zaman içerisinde değişiklik gösterip göstermediği deney ve kontrol grupları açısından incelenmiştir. Böylelikle yapılan analiz ile grup ve programın ortaya çıkardığı etkinin kalıcılığı (zaman) ortak etkisi incelenmiştir. Farkın anlamlı çıkması durumunda, bu farkın hangi grupların ortalamaları arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden biri (Tukey, LSD, Bonferroni) uygulanmıştır. Söz konusu analize ilişkin sayıtlıların karşılanma durumu bulgular bölümünde verilmiştir. Ayrıca tekrarlı ölçümler için varyans analizinin varsayımlarından olan kovaryans matrislerinin homojenliği, “Box Kovaryans Matrislerinin Denkliği” testi ile test edilmiştir. Elde edilen istatistiklerin anlamlılığı .05 düzeyinde sınanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

IV. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın denencelerini test etmek amacıyla yapılan istatistiksel analizler ve elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1 İnfertilite Kaynaklı Algılanan Strese ilişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Fertilité Sorunu Envanteri (FSE) ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5’de verilmiştir.

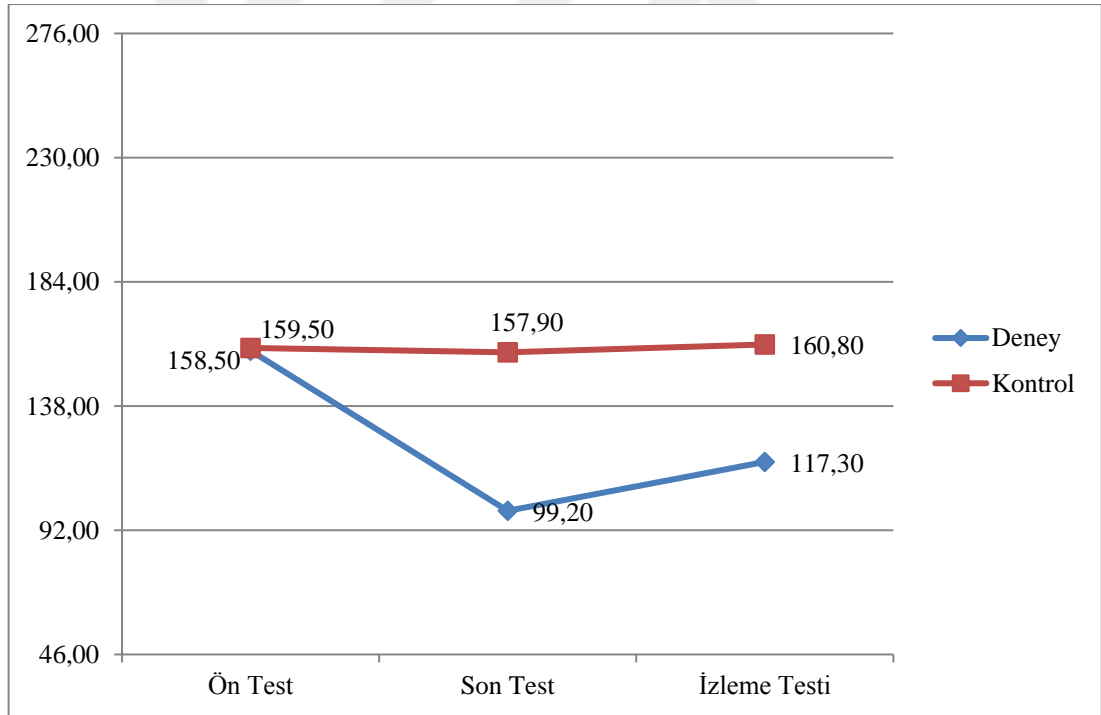
Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı FSE Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ön-Test ($\bar{x} \pm ss$)	Son-Test ($\bar{x} \pm ss$)	İzleme Testi ($\bar{x} \pm ss$)	Gruplara Göre Birleşik Ortalama ($\bar{x} \pm ss$)
Deney Grubu (n=10)	158.50±20.37	99.20±27.61	117.30±37.52	125±28.5
Kontrol Grubu (n=10)	159.50±16.05	157.90±12.90	160.80±13.42	159.4±14.12
Zamana Göre Birleşik Ortalama	159.00±17.86	128.55±36.70	139.05±35.36	142.2±21.31

Not: FSE’den alınan Global Stres puanının yükselmesi infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 5’de görüldüğü gibi, deney grubunun infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi puan ortalamaları ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 158.50±20.37, son-test için 99.20± 27.61 ve izleme testi için 117.30±37.52’dir. Kontrol grubunun ise infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 159.50±16.05, son-test için 157.90±12.92 ve izleme testi için 160.80±13.42 olduğu görülmektedir.

Deney grubu ile kontrol grubundaki katılımcıların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi ön-test puan ortalamaları birbirine yakın iken, programa katılan deney grubundaki katılımcıların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin azaldığı; kontrol grubunun ise ön-test ortalamasına yakın bir düzeyde olduğu görülmektedir. Ayrıca izleme ölçümlerine bakıldığında, deney grubunun infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi puan ortalamasının ön-test ortalamasından düşük iken; kontrol grubunun infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi ön-test ölçümlerine yakın bir düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların hangi grupta olduklarına bakılmaksızın elde edilen gruplar toplamı ortalamasının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 159.00 ± 17.86 , son-test için 128.55 ± 36.70 , izlem testi için 139.05 ± 35.36 olduğu; zaman etkisini göz önünde bulundurmaksızın toplam puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) ise deney grubu için 125.00 ± 28.5 , kontrol grubu için 159.40 ± 14.12 , gruplar toplamı için 142.20 ± 21.31 olduğu görülmektedir.



Şekil 2: Fertilite Sorunu Envanteri (FSE) Ortalama Puanları

Denence 1 “İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı’na katılan kadınların infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanı, ölçülen zamana bağlı

olarak programa katılmayanların infertiliteden kaynaklı algıladıkları stres düzeyi puanına göre anlamlı bir düşüş gösterecektir.”

Denence 1'in test edilmesi amacıyla deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan 2X3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü ANOVA testine ilişkin bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

ANOVA'ya ilişkin verilerin küresellik sayıltısı Mauchly küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Küresellik varsayımı sağlanmıştır (Mauchly $W=.749$, $\chi^2_{(2)}=4.92$, $p>.05$).

Programın ortaya çıkardığı etkinin kalıcılığına ilişkin temel etki anlamlı bulunmuştur ($F_{2-36}=30.807$, $p<.001$, $\eta^2=.63$). Programın ortaya çıkardığı etkinin kalıcılığına ilişkin temel etkinin hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi olan Bonferroni testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre ön-test ile son-test ($q=30.45$, $p<.001$) ve izlem testi ($q=19.95$, $p<.002$); son-test ile izlem testi ($q=-10.50$, $p<.013$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Grup temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{1-18}=13.812$, $p<.002$, $\eta^2=.43$). Bir diğer ifade ile programın ortaya çıkardığı etkinin kalıcılığının değerlendirildiği ölçüm alınan zamandan bağımsız olarak deney ve kontrol grubundaki katılımcıların üç farklı ölçüm zamanının birleşiminden elde edilen FSE puanları açısından farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Tablo 5'de ilgili ortalamalar incelendiğinde deney grubunun FSE puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Grup ve program etkisinin kalıcılığının değerlendirildiği ölçüm zamanının etkileşim etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{2-36}=28.794$, $p<.000$, $\eta^2=.615$). Bir diğer ifade ile uygulanan programın etkililiği ve bu etkinin kalıcılığı açısından deney ve kontrol grupları açısından farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla, grupların FSE'nin ön-test, son-test ve izlem testinden aldıkları puan ortalamaları üzerinden Tukey testi uygulanmıştır. Tukey testi sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- a. Deney ve kontrol grubunun FSE ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($q=-1.00$, $p>.05$).
- b. Deney grubunun ön-test ve son-test ($q=59.30$, $p<.001$ ile izlem puanları ($q=-41.20$, $p<.003$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna karşın son-test puanları ile izlem puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bir başka ifade ile deney grubunda uygulanan program etkili olmuş ve bu etki program sonlandırıldıktan sonra da devam etmiştir.
- c. Kontrol grubunun ön-test ile son-test ($q=-1.60$ $p>.05$) ve izlem puanları ($q=-1.30$, $p>.05$); son-test ile izlem puanları ($q=-2.90$, $p>.05$) arasında farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bir başka ifade ile kontrol grubunun FSE puanlarında üç farklı zaman diliminde herhangi bir değişim gözlenmemiştir.
- d. Son-test ölçümünde deney grubunun FSE puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($q=-58.70$, $p<.001$).
- e. İzlem ölçümünde deney grubunun FSE puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($q=-43.50$, $p<.001$).

4.2 İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Yöntemlerine İlişkin Bulgular

Denence 2 “İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı’na katılan kadınların infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanları, ölçülen zamana bağlı olarak bu programa katılmayanların infertiliteye ilişkin stresörlerle başetmede kullandıkları yöntem puanlarına göre anlamlı bir dönüşüm vardır.”

Bu denecenin test edilmesi amacıyla yapılan istatistiksel işlemler COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği (COMPI) ‘nin her bir alt ölçeği için alt başlıklar halinde sunulmuştur:

4.2.1 COMPI Aktif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular

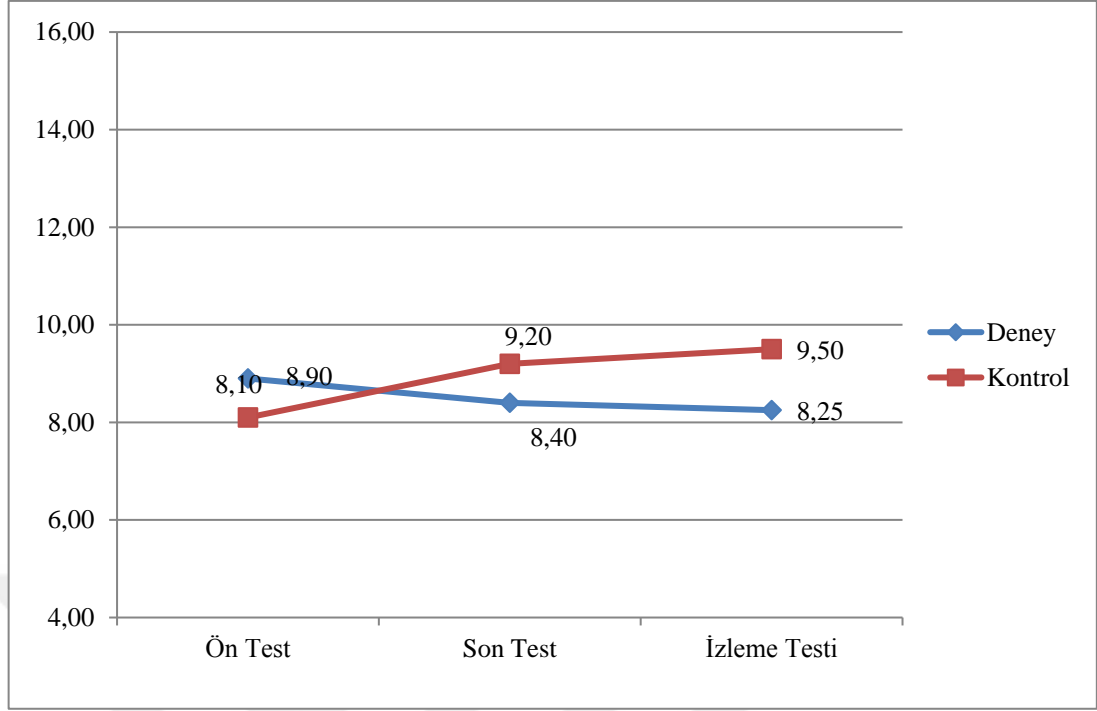
Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların COMPI Aktif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi (AK) ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6’de verilmiştir.

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AK Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ön-Test ($\bar{x} \pm ss$)	Son-Test ($\bar{x} \pm ss$)	İzleme Testi ($\bar{x} \pm ss$)	Gruplara Göre Birleşik Ortalama ($\bar{x} \pm ss$)
Deney Grubu (n=10)	8.90±2.59	8.40±2.18	8.25±2.78	8.51±2.51
Kontrol Grubu (n=10)	8.10±2.46	9.20±2.20	9.50±2.36	8.93±2.34
Zamana Göre Birleşik Ortalama	8.50±2.52	8.80±2.19	8.87±2.57	8.72±2.66

Tablo 6’da görüldüğü gibi, AK puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) deney grubunda ön-test için 8.90±2.59; son-test için 8.40±2.18 ve izleme testi için 8.25±2.78 olduğu; kontrol grubunda ise ön-test için 8.10±2.46; son-test için 9.20±2.20 ve izleme testi için ise 9.50±2.36 olduğu görülmektedir. Ortalama puanlara bakıldığında deney grubu ile kontrol grubundaki katılımcıların AK ön-test puan ortalamaları birbirine yakın iken, programa katılan deney grubunun AK puan ortalamalarının diğer ölçümlerde azalmasına karşın; kontrol grubunda artış gösterdiği görülmektedir.

Katılımcıların hangi grupta olduklarına bakılmaksızın elde edilen zamana göre birleşik ortalamasının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 8.50±2.52, son-test için 8.80±2.19, izlem testi için 8.87±2.57 olduğu görülmektedir. Zaman etkisine bakılmaksızın gruplara göre birleşik ortalamaların ($\bar{x} \pm ss$) ise deney grubunda 8.51±2.51, kontrol grubunda 8.93±2.34, gruplar toplamında grubunda 8.72±2.66 olduğu görülmektedir.



Şekil 3: COMPI Aktif Kaçınma / Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları

Denence 2.a *"İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları aktif kaçınma/yok sayma başaçıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları aktif kaçınma/yok sayma başaçıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede düşüktür."*

Denence 2.a'nın test edilmesi için deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların aktif kaçınma'nın ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puan farklarının ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan 2x3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü ANOVA testine ilişkin bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

ANOVA'ya ilişkin verilerin küresellik sayıltısı Mauchly küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır (Mauchly $W=.385$, $\chi^2(2)=16.22$, $p<001$). Bu nedenle Greenhouse Geisser düzeltmesini ($\epsilon \leq 75$) içeren varyans analizi sonuçları kullanılmıştır.

Program etkisinin kalıcılığına ilişkin temel etki anlamlı bulunmamıştır ($F_{1.238-22.291}=761$, $p>.05$, $\eta^2=.041$). Bir diğer ifade ile grup etkisi olmaksızın ön-test, son-test, izlem testi puanları arasında bir fark bulunmamıştır.

Grup temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{1-18}=938$, $p>.05$, $\eta^2=.05$). Deney ve kontrol grubunun birleşik AK puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Zaman temel etkisi ve grup temel etkisi anlamlı olmamakla birlikte grup ve zamanın ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{1.238-22.291}=7.626$, $p<.008$, $\eta^2=.298$). Farklı ölçüm zamanlarında elde edilen AK puanları deney ve kontrol grubu açısından bir farklılık göstermektedir. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla, grupların FSE'nin ön-test, son-test ve izlem testinden aldıkları puan ortalamaları üzerinden LSD (En az anlamlı farklar=Least Significant Differences) testi uygulanmıştır. LSD testi sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

a. Deney ve kontrol grubunun AK ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($q=-1.60$, $p>.05$).

b. Deney grubunun ön-test ve son-test ($q=2.10$, $p>.05$) puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, ön-test ile izlem testi arasında ($q=2.70$, $p<.015$) anlamlı bir fark bulunmuştur. Son test ile izlem testi ($q=.60$, $p>.05$) puanları arasında farklılık bulunmamıştır. Bir başka ifade ile deney grubuna uygulanan programın PK puanları üzerindeki etkisi program sonlandırıldıktan sonra ortaya çıkmıştır.

c. Kontrol grubunun ön-test ile son-test ($q=-1.10$, $p>.05$) ve izlem puanları ($q=-1.40$, $p>.05$); son-test ile izlem puanları ($q=.30$, $p>.05$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bir başka ifade ile kontrol grubunun AK puanlarında üç farklı zaman diliminde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde herhangi bir değişim gözlenmemiştir.

d. Son-test ölçümünde deney grubu ile kontrol grubunun AK puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($q=-1.60$, $p>.05$).

e. İzlem ölçümünde deney grubunun AK puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($q=-2.50$, $p<.023$).

4.2.2 COMPI Aktif Mücadele Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular

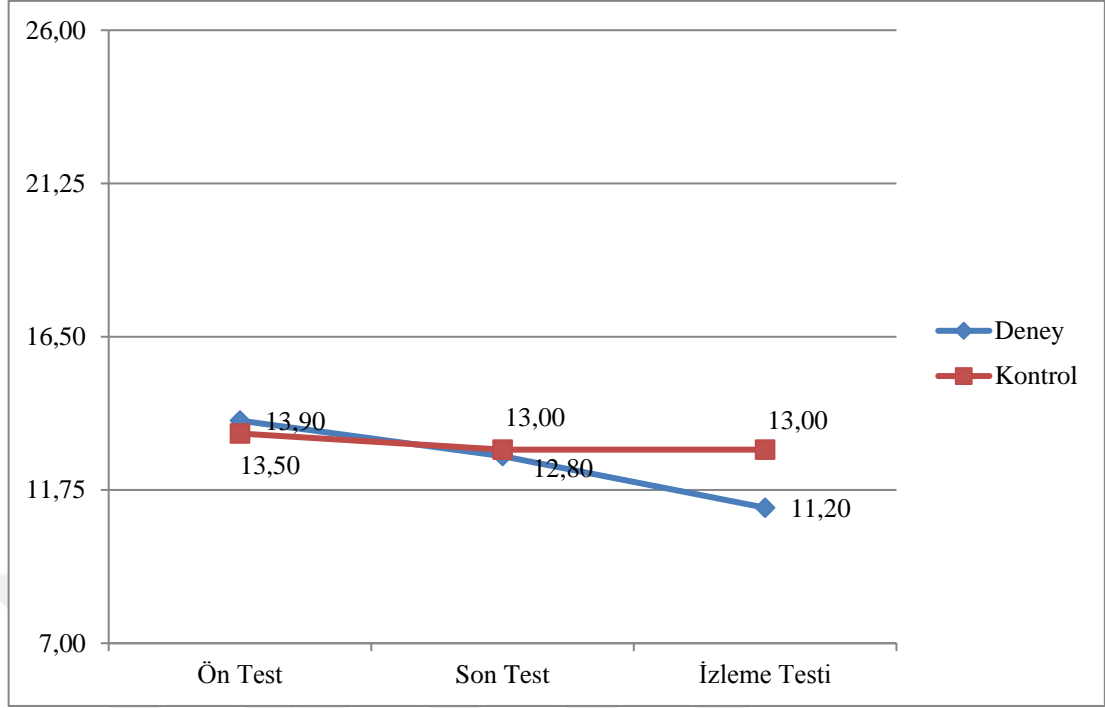
Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların COMPI Aktif Mücadele Başaçıkma Yöntemi (AM) ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AM Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ön-Test ($\bar{x} \pm ss$)	Son-Test ($\bar{x} \pm ss$)	İzleme Testi ($\bar{x} \pm ss$)	Gruplara Göre Birleşik Ortalama ($\bar{x} \pm ss$)
Deney Grubu (n=10)	13.90±4.62	12.80±4.82	11.20±3.96	12.63±4.46
Kontrol Grubu (n=10)	13.50±3.47	13.00±3.09	13.00±2.82	13.16±3.12
Zamana Göre Birleşik Ortalama	13.70±4.04	12.90±3.95	12.10±3.39	12.90±3.79

Tablo 7’de görüldüğü gibi, AM puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) deney grubunda ön-test için 13.90±4.62; son-test için 12.80±4.82 ve izleme testi için 11.20±3.96; kontrol grubunda ise ön-test için 13.50±3.47; son-test için 13.00±3.09 ve izleme testi için 13.00±2.82 olduğu görülmektedir. Ortalama puanlara bakıldığında deney grubu ile kontrol grubundaki katılımcıların AM ön-test puan ortalamaları birbirine yakın iken, programa katılan deney grubunun AM puan ortalamalarının diğer ölçümlerde azalmasına karşın; kontrol grubunda son-test ortalamasının düştüğü ve izlem ölçümünde sabit kaldığı görülmektedir.

Katılımcıların hangi grupta olduklarına bakılmaksızın elde edilen zamana göre birleşik ortalamaların ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 13.70±4.04, son-test için 12.90±3.95, izlem testi için 12.10±3.39 olduğu görülmektedir. Zaman etkisine bakılmaksızın gruplara göre birleşik ortalamaların ($\bar{x} \pm ss$) ise deney grubunda 12.63±4.46, kontrol grubunda 13.16±3.12), gruplar toplamında grubunda 12.90±3.79 olduğu görülmektedir.



Şekil 4: COMPI Aktif Mücadele BaşaÇıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları

Denence 2.b “İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı’na katılan kadınların kullandıkları aktif mücadele başaÇıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları aktif mücadele başaÇıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede yüksektir.”

Denence 2.b’nin test edilmesi için deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Aktif Mücadele’nin ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puan farklarının ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan 2X3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü ANOVA testine ilişkin bulgular Tablo 10’da verilmiştir.

ANOVA’ya ilişkin verilerin küresellik sayıltısı Mauchly küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır (Mauchly $W=.566$, $\chi^2(2)=9.676$, $p<.008$). Bu nedenle Greenhouse Geisser düzeltmesini ($\epsilon \leq .75$) içeren varyans analizi sonuçları kullanılmıştır.

Zaman temel etkisi ($F_{1.395-25.104}=1.296$, $p>.05$, $\eta^2=.067$) ve grup temel etkisi ($F_{1-18}=.169$, $p>.05$, $\eta^2=.01$) anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde zaman ve grup ortak

etkisinin de ($F_{1.395-25.104}=.655$, $p>.05$, $\eta^2=.03$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

4.2.3 COMPI Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların COMPI Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma (PK) ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8’de verilmiştir.

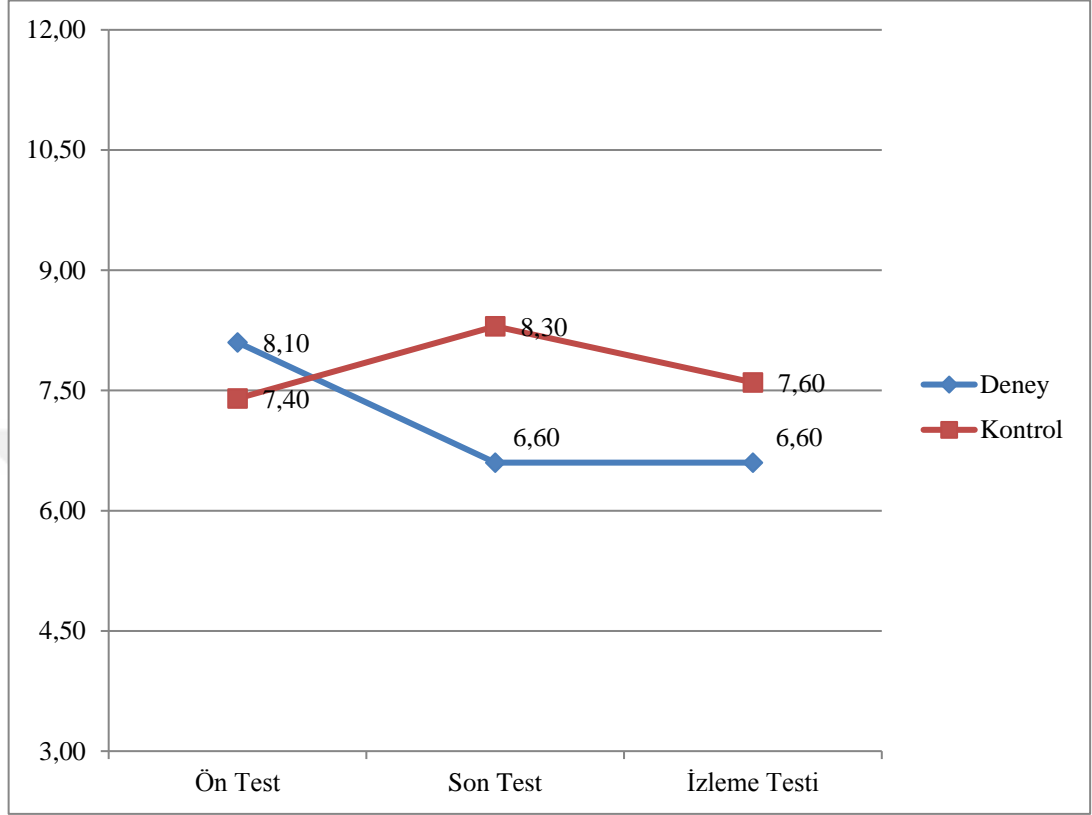
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı PK Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ön-Test ($\bar{x} \pm ss$)	Son-Test ($\bar{x} \pm ss$)	İzleme Testi ($\bar{x} \pm ss$)	Gruplara Göre Birleşik Ortalama ($\bar{x} \pm ss$)
Deney Grubu (n=10)	8.10±2.13	6.60±1.77	6.60±2.11	7.10±2.00
Kontrol Grubu (n=10)	7.40±1.77	8.30±1.76	7.60±2.06	7.76±1.86
Zamana Göre Birleşik Ortalama	7.75±1.95	7.45±1.76	7.10±2.08	7.43±1.93

Tablo 8’de görüldüğü gibi, PK puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 8.10±2.13; son-test için 6.60±1.77 ve izleme testi için 6.60±2.11; kontrol grubunda ise ön-test için 7.40±1.77; son-test için 8.30±1.76 ve izleme testi için 7.60±2.06 olduğu görülmektedir. Ortalama puanlara bakıldığında deney grubu ile kontrol grubundaki katılımcıların PK ön-test puan ortalamaları birbirine yakın iken, programa katılan katılımcıların PK puan ortalamalarının diğer ölçümlerde azalmasına karşın; kontrol grubunda son-test ortalamasının artış gösterip, izleme ölçümünde ön-test ortalamasına yakın bir değere azaldığı görülmektedir.

Katılımcıların hangi grupta olduklarına bakılmaksızın elde edilen zamana göre birleşik ortalamasının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 7.75±1.95, son-test için 7.45±1.76, izlem testi için 7.10±2.08; zaman etkisine bakılmaksızın gruplara göre birleşik ortalama-

ların ($\bar{x} \pm ss$) ise deney grubunda 7.10 ± 2.00 , kontrol grubunda 7.76 ± 1.86 , gruplar toplamında grubunda 7.43 ± 1.93 olduğu görülmektedir.



Şekil 5: COMPI Pasif Kaçınma/Yok Sayma Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları

Denence 2.c “İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı’na katılan bireylerin kullandıkları pasif kaçınm /yok sayma başaçıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları pasif kaçınma/yok sayma başaçıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede düşüktür.”

Denence 2.c’nin test edilmesi için deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Pasif Kaçınma’nın ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puan farklarının ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan 2X3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü ANOVA testine ilişkin bulgular Tablo 10’da verilmiştir.

ANOVA’ya ilişkin verilerin küresellik sayıltısı Mauchly küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır (Mauchly $W=.620$, $\chi^2_{(2)}=8.119$,

$p < .017$). Bu nedenle Huynh-Feldt düzeltmesini ($\epsilon \leq .75$) içeren varyans analizi sonuçları kullanılmıştır.

Programın kalıcılığına ilişkin zaman temel etkisi anlamlı bulunmamıştır ($F_{1.631-29.355} = 2.610$, $p > .05$, $\eta^2 = .127$). Bir diğer ifade ile grup etkisi olmaksızın ön-test, son-test, izlem testi puanları arasında bir fark bulunmamıştır.

Grup temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{1-18} = .684$, $p > .05$, $\eta^2 = .037$). Deney ve kontrol grubunun birleşik PK puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Grup ve program etkisinin kalıcılığının değerlendirildiği ölçüm zamanının etkileşim etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{1.631-29.355} = 9.390$, $p < .001$, $\eta^2 = .343$). Bir diğer ifade ile uygulanan programın etkililiği ve kalıcılığı açısından deney ve kontrol grupları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla, grupların PK'nın ön-test, son-test ve izlem testinden aldıkları puan ortalamaları üzerinden LSD testi uygulanmıştır. Ancak yapılan analizde puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, yani programın etkililiği ve kalıcılığı açısından gruplar arasındaki anlamlı farklılığın kaynağı belirlenememiştir.

Bununla birlikte farkın kaynağı belirlenememiş olsa da, Şekil 5'de görüldüğü gibi ilgili ortalamalar incelendiğinde deney grubuna son-test puan ortalaması bir düşüş göstermiş olup, bu düşüş izlem testinde de sabit düzeyde kalmıştır. Diğer taraftan kontrol grubunun ortalamaları incelendiğinde ön-testten son-teste doğru puan ortalamalarının arttığı, izlem testinde ise tekrar ön-test düzeyine düştüğü görülmektedir. En az farklar testi yapılmış olmasına rağmen farkın kaynağına dayalı yapılan Post Hoc testlerinde anlamlı bir farklılık görülmemiş olsa da, etkileşim etkisinin anlamlı çıkmış olması ve puan ortalamaları dikkate alındığında programın etkililiğinden söz edilebilir.

4.2.4 COMPI Anlam Bulma Temelli Başaıkma Yöntemine İlişkin

Bulgular

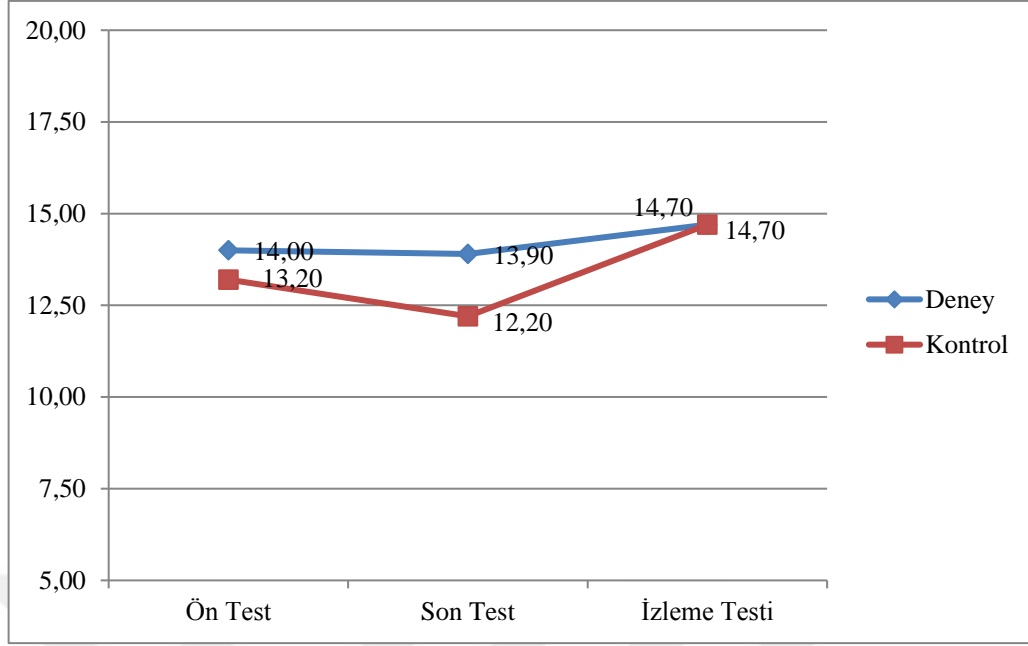
Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Anlam Bulma Temelli Başaıkma Yöntemine (AB) ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9’de verilmiştir.

Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testi Ölçümlerinden Aldığı AB Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Gruplar	Ön-Test ($\bar{x} \pm ss$)	Son-Test ($\bar{x} \pm ss$)	İzleme Testi ($\bar{x} \pm ss$)	Gruplara Göre Birleşik Ortalama ($\bar{x} \pm ss$)
Deney Grubu (n=10)	14.00±3.71	13.90±3.28	14.70±2.40	14.20±3.13
Kontrol Grubu (n=10)	13.20±2.48	12.20±2.85	14.70±2.36	13.36±2.56
Zamana Göre Birleşik Ortalama	13.6±3.09	13.05±3.06	14.70±2.38	13.78±2.84

Tablo 9’da görüldüğü gibi, AB puan ortalamalarının ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 14.00±3.71; son-test için 13.90±3.28 ve izleme testi için 14.70±2.40; kontrol grubunda ise ön-test için 13.20±2.48; son-test için 12.20±2.85 ve izleme testi için 14.70±2.36 olduğu görülmektedir. Ortalama puanlara bakıldığında deney grubu ile kontrol grubundaki katılımcıların AB ön-test puan ortalamaları birbirine yakın iken, programa katılan deney grubunun AB puan ortalamalarının son-test ölçümünde azaldığı, izleme testinde ise artış gösterdiği; kontrol grubunda da benzer şekilde AB son-test ortalamasının düştüğü ve izlem ölçümünde artış gösterdiği görülmektedir.

Katılımcıların hangi grupta olduklarına bakılmaksızın elde edilen zamana göre birleşik ortalamaların ($\bar{x} \pm ss$) ön-test için 13.60±3.09, son-test için 13.05±3.06, izlem testi için 14.70±2.38; zaman etkisine bakılmaksızın gruplara göre birleşik ortalamaların ($\bar{x} \pm ss$) ise deney grubunda 14.20±3.13, kontrol grubunda 13.36±2.56, gruplar toplamında grubunda 13.78±2.84 olduğu görülmektedir.



Şekil 6: COMPI Anlam Bulma Temelli Başaçıkma Yöntemi Alt Ölçeği Ortalama Puanları

Denence 2.d *"İnfertilite İle Başetme Becerisini Geliştirme Programı'na katılan kadınların kullandıkları anlam bulma temelli başaçıkma yöntem puanı, ölçülen zamana bağlı olarak programa katılmayanların kullandıkları anlam bulma temelli başaçıkma yöntem puanına göre anlamlı derecede yüksektir."*

Denence 2.d'nin test edilmesi için deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların Anlam Bulma'nın ön-test, son-test ve izleme testi ölçümlerinden aldıkları puan farklarının ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan 2x3 faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü ANOVA testine ilişkin bulgular Tablo 10'da verilmiştir.

ANOVA'ya ilişkin verilerin küresellik sayıltısı Mauchly küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Küresellik varsayımı sağlanmıştır (Mauchly $W=.951$, $\chi^2_{(2)}=.861$, $p<.650$).

Zaman temel etkisi ($F_{2-36}=.483$, $p>.621$, $\eta^2=.03$) ve grup temel etkisi ($F_{1-18}=2.208$, $p>.05$, $\eta^2=.11$) anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde zaman ve grup ortak etkisi de ($F_{2-36}=.483$, $p>.05$, $\eta^2=.03$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Başka bir ifade ile uygulanan program açısından deney grubu kontrol grubuna göre herhangi bir farklılık oluşturmamıştır. Yani ön-test, son-test ve izlem puanları açısından iki grup arasında bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 10: Deney ve Kontrol Gruplarının FSE ve COMPI Ön-Test, Son-Test ve İzleme Testlerinden Aldıkları Puan Farklarının Ortalamalarına İlişkin Varyans Analizi Sonuçları

Ölçekler	F	p	Çoklu Karşılaştırma
FSE	13.812	.002*	D < K
Grup			
Zaman	30.807	.001*	Dö>Ds Dö>Di Ds>Di
Grup x Zaman	28.794	.000*	Dö>Ds Dö>Di Ds>Ks Di>Ki
COMPI AK			
Grup	.938	.346	
Zaman	.761	.419	
Grup x Zaman	7.626	.008*	Dö>Di Di<Ki
COMPI AM			
Grup	.169	.686	
Zaman	1.296	.280	
Grup x Zaman	.655	.475	
COMPI PK			
Grup	.684	.419	
Zaman	2.610	.100	
Grup x Zaman	9.390	.001*	
COMPI AB			
Grup	2.208	.155	
Zaman	.483	.621	
Grup x Zaman	.483	.621	

Not: Deney (D)-Kontrol (K); Deney Ön-Test (Dö)-Deney Son-Test (Ds)-Deney İzleme Testi (Di)-Kontrol Son-Test (Ks)-Kontrol İzleme Testi (Ki)

BEŞİNCİ BÖLÜM

V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Tartışma

5.1.1 İnfertilite Kaynaklı Algılanan Strese ilişkin Bulguların Tartışılması

“İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”na katılan kadınların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyleri azalırken; kontrol grubunda yer alan kadınların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmayıp, sabit kalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Ayrıca izleme ölçümlerine bakıldığında, programa katılan kadınların infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi puan ortalamasının ön-test ortalamasından düşük iken; kontrol grubunun infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin ön-test ölçümlerine yakın bir düzeyde olduğu görülmektedir. Her ne kadar izlem testlerinde puan ortalamalarında sayısal açıdan artış olduğu görülse de, son-test - izlem testi arasındaki puan ortalamaları dikkate alındığında programın etkiliğinin devam ettiği söylenebilir. Bu çalışmada infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyini belirlemek için kullanılan FSE’yi geliştiren Newton (1999), kendi çalışmasında ölçek puanlarının işaret ettiği aralıkları (stres düzeylerini) belirlemiştir. Newton’un ifade ettiği stres düzeyleri açısından grupların puan ortalamaları dikkate alındığında, deney ve kontrol grubunun başlangıçta “hafif yüksek” düzeyde stres düzeyi yaşarken; diğer ölçümlerde deney grubunun stres düzeyinin “ortalama stres” düzeyine düştüğü, buna karşın kontrol grubunun “hafif yüksek” düzeyde kaldığı görülmektedir. Bu durum uygulanan programın, bireylerin infertiliteye ilişkin yaşadıkları stres düzeyi üzerinde olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Program öncesi, bitimi ve sonrasında alınan izlem ölçümlerinden elde edilen verilere ilişkin yapılan istatistiksel analizler, programın infertilite kaynaklı algılanan stresi azaltma yönünde etkili oluşuna ve bu etkinin kalıcılığının olduğuna işaret etmektedir.

İnfertilite tıbbi bir tanı olmaktan öte bireyleri kişisel olarak etkilediği gibi, yaşamın pek çok alanında da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Her bireyin farklı ve biricik olduğu ve farklı düzeylerde etkilenebilecekleri gözetsilse bile, infertilite durumu doğrudan ya da dolaylı olarak, az ya da çok bireylerin yaşamında değişim yaratmaktadır. Gelişimsel açıdan olduğu kadar toplumsal, kültürel, dini etkenler çerçevesinde çoğu kişi “bir gün istediğinde” çocuk sahibi olacağını varsaymakta ve “infertil olma” durumunu pek de gözetsmemektedir. Dolayısıyla “istediği zaman çocuk sahibi olamayacağını” öğrenen kişi için infertil tanısını almak ve ilgili tanı/tedavi sürecine başlamak, bireyler için ek stres kaynakları oluşturmakta, stres düzeyini (olumsuz stres) artırmaktadır. Çalışmalarda özellikle kadınlarda yaşanan stres düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Eshanpour ve diğerleri, 2009; Gözen ve diğerleri, 2005; Karaca ve Ünsal, 2015a,2015b; Milad ve diğerleri, 1998). Forooshany ve diğerleri (2014) kadınların daha fazla endişe duyma ve tedaviye ilişkin daha fazla kişisel sorumluluk alma eğiliminde olduklarını, infertiliteyi araştırma ve tedavi sürecinde daha fazla olumsuz duygu yaşayabileceğini belirtmişlerdir.

Literatürde “stres ve infertilite” arasındaki ilişkiye sıklıkla değinilmekte olup, stres veya ilişkilendirilebilecek diğer değişkenlere yönelik çeşitli müdahale programlarının etkililiğini inceleyen çalışmalara rastlamak mümkündür.

Delpasand ve diğerleri (2015) hazırladıkları stres yönetimi eğitiminin infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyine olan etkisini araştırdıkları çalışmada, programın IVF tedavisine başlangıç aşamasında olan kadınların stres düzeyinin anlamlı düzeyde azalmasında etkili olduğunu bulmuşlardır. Faramarzi, Pasha, Esmaelzadeh, Kheirkhah ve diğerleri (2013) çalışmalarında infertilite kaynaklı stresin iyileştirilmesine yönelik antidepresan ile BDT temelli geliştirdikleri programın etkililiğini karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda BDT temelli programa katılan infertil kadınların antidepresan kullanan gruba ve kontrol grubuna göre stres düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada BDT temelli stres yönetimi programının evlilik doyumunun artması yönünde etkililiği olduğu bulunmuştur (Solati ve diğerleri, 2016). Benzer şekilde Mosalanejad ve Koolee (2013) logoterapi grup müdahalesinin infertilite ile ilişkili endişeler ve algılanan stres düzeyine etkisinin araştırmışlar ve deney grubunun diğer gruba göre stres ve endişe düzeyleri-

nin azaldığını bulmuşlardır. Terzioğlu (2001) IVF tedavisinin başlangıcı ve gebelik testi sonucu alınıncaya kadar olan tedavi sürecinde deney grubuna 15-30 dakika süren, 5 kez psiko-eğitim temelli hemşire danışmanlığı (üreme sistemi ve fizyolojisi, infertilite tanımı, nedenleri, IVF aşamaları ve süreçte yaşayabilecekleri herhangi soruna dair konulara ilişkin) sunmuştur. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında deney grubunda depresyon, anksiyete düzeylerinin azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir.

Farklı yaklaşımlarla temellenen çeşitli programların infertilite sürecinde yaşanabilecek çeşitli duygusal belirtiler ve strese yönelik etkililiğinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Mosalanejad ve diğerleri (2014) umut terapisinin; Oron ve diğerleri (2015) ile Valoriani ve diğerleri (2014) hatha yoganın; Sexton ve diğerleri (2010) web üzerinden sunulan BDT temelli stres yönetimi programının; Soltani ve diğerleri (2014) duygu odaklı terapinin; Moeenizadeh ve Zarif (2017) iyi oluş odaklı programın stres düzeyini azaltmaya yönelik etkililiğinden bahsedilmektedir. Kabul ve Kararlılık Terapinin etkiliği üzerine yapılan tek örneklemlili bir çalışmada (başarısız IVF tedavisi sonrasındaki bir çift ile) ön-test ölçümlerinde kadının eşinden daha fazla düzeyde stres ve depresyon düzeyi belirtirken, bir yıl sonraki izlemde anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur (Peterson & Eifert, 2011). Buna karşın infertil çiftlerde iletişim ve stres yönetimi eğitime yönelik bir eğitim programının eşler arasındaki ilişkiyi güçlendirmesi gibi evlilik yararını anlamlı düzeyde arttığı, ancak infertilite kaynaklı stres üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Schmidt ve diğerleri, 2005; Schmidt, 2006).

5.1.2 COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği Bulgularının Tartışılması

“İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”nın infertilite stresi ile başaçıkma da kullanılan yöntemler açısından etkililiğine dair farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Alt ölçeklerden alınan puanların ortalamalarına bakıldığında programa katılan kadınlar tarafından program sonrasında aktif kaçınma ve pasif kaçınmaya yönelik başaçıkmanın daha az kullanıldığı; buna karşın katılmayanlarda ise aktif kaçınmaya yönelik başaçıkma kullanımının artarken, pasif kaçınmaya yönelik başaçıkmanın önce artış gösterdiği, sonrasında ilk ölçüm seviyesine yaklaşacak şekilde azaldığı görülmüştür.

Her iki başaçıkma yöntemi açısından, farklı ölçüm zamanlarında programa katılan ve katılmayan kadınlar arasında farklılığın anlamlı olduğu, başka bir ifade ile elde edilen bulgular programın etkilili oluşuna ve bu etkinin kalıcılığına işaret etmektedir. Aktif kaçınma başaçıkma yöntemi açısından farklılığın deney grubunda ön-test ile son-test arasında anlamlı bir farklılık olmayıp, ön-test ile izlem testi arasında anlamlı bir farklılığın oluşu, programın sonlandırılması ardından etkisinin ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum programa katılan kadınların, sonlandırma ardından da aktif kaçınma başaçıkma yöntemine ilişkin programın kazanımlarına yönelik süreci işlemlemeye devam etmiş olabilecekleri ile açıklanabilir. Ayrıca programa katılan kadınların izlem testi puan ortalamasının, programa katılmayan kadınların izlem testi puanından düşüktür. Pasif kaçınma başaçıkma yöntemi açısından programın etkililiğine ve bu etkinin kalıcılığına işaret eden farklılığın kaynağının belirlenememiş olması, bu çalışmanın sınırlılığı ile ilişkili olabilir. Her ne kadar farklılığın kaynağı belirlenememiş olsa da, grup ve zaman ortak etkisine dair bulgular ve pasif kaçınma başaçıkma yöntemi puan ortalamaları dikkate alındığında, programın etkililiği ve bu etkinin kalıcılığı söz konusudur.

Bununla birlikte alt ölçeklerden alınan puanların ortalamalarına bakıldığında program sonrasında aktif mücadele başaçıkma yöntemi kullanımının programa katılan kadınlarda azalmasına karşın katılmayan kadınlarda sabit kaldığı; anlam bulma temelli başaçıkmanın ise her iki gruptaki kadınlarda bir miktar azalma gösterip, sonra arttığı görülmüştür. Ancak infertilite stresiyle başaçıkma yöntemlerinden olan aktif mücadele ile anlam bulma temelli başaçıkma yöntemlerinin kullanımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Başka bir ifadeyle, “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı”nın aktif müdahale ve anlam bulma temelli başaçıkma yöntemlerinin daha sık kullanılmasına ilişkin etkililiğinin olmadığına işaret etmektedir.

İnfertilite süreci aslında doktora başvurma ve tıbbi tanı almadan öncesinde bireylerin ebeveyn olmaya karar vermeleri ve gebeliğın oluşmasına yönelik düzenli cinsel birleşmelere başlamaları ardından gebeliğın gerçekleşmemesi durumunda başlayan bir süreçtir. Çoğu kişi bir şekilde etrafındaki birilerinin çocuğının olmadığını duymuş, şahit olmuş olsa da, kendisinin bir gün “infertil” tanısı alabileceğini düşünmez, doğurgan olduğunu varsaymaktadır. Bununla birlikte infertilite nasıl baş

edilebileceğinin de bilinmediği karmaşık bir süreçtir. Yine her bireyin biricik ve tek oluşu gözetildiğinde, infertilite durumuyla baş etmeye yönelik en ideal, mükemmel yöntemlerden ya da “sihirli formüller”den bahsedilemeyeceği bir gerçektir. Ancak hangi yöntem ya da becerilerin infertilite kaynaklı stresle başaçıkma işe yarar olduğuna dair bir çerçeveden söz edilebilir.

Ayrıca Stanton’ın (1991) ve Crawshaw’un (2010) belirttikleri gibi başaçıkma bireyler farklı/değişen kombinasyonları kullanabilirler. Peterson ve diğerleri (2006) çalışmalarında kadınların tüm başaçıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını belirtmişlerdir. Stanton ise (1991) algılanan kontrol eksikliği ve sıkıntıyı hafifletebilmede duygu odaklı, tanı ve tedavi sürecine uzun süreli devamlılığı sağlayabilmede problem odaklı başaçıkmanın infertilite deneyiminde etkili olabileceğini belirtmektedir. Aflakseir ve Zarei (2013), farklı başaçıkma stratejilerinin farklı etkileşimlerinin olup, aktif kaçınma kontrolün olmadığı durumlarda iyi bir strateji olabileceği ile anlam bulma temelli başaçıkmanın acı veren-zorlu olaylarla yüzleşmeyi gerektiren durumlarda iyi oluşu sağlayacak nitelikte olabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde başaçıkma çabalarının doğasında adaptif ya da maladaptif olmayıp, stresöre bağlı olarak aynı stratejinin farklı psikososyal sonuçlar doğuracağı ifade edilmiştir (Jordan & Revenson, 1999). Bununla birlikte infertil birey/çift infertilite deneyimi ve tedavisi boyunca baş etme stratejilerini yeniden değerlendirmek, düzenli bir şekilde yeniden düzenlenmek zorunda kalmaktadır (Verhaak & Burns, 2006). Bu doğrultuda savunma mekanizmalarında olduğu gibi infertilite stresiyle başaçıkma sürecinde tek bir başaçıkma yönteminin belirgin ya da sürekli kullanılmasından öte, farklı kombinasyonların zamanlama ve bağlam içerisinde değerlendirilerek kullanılması ve yeniden gözden geçirilmesi en ideal strateji olacaktır.

Ayrıca başaçıkma yöntemlerinin deneyim yoluyla benimsenen, kişinin sosyal çevresi ve referans gruplarından öğrendiği tepkiler olduğu (Schmidt ve diğerleri, 2005) bilgisi gözetildiğinde, başaçıkma yöntemlerine dair değişimin daha uzun vadede ya da daha az düzeyde olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan literatür çalışmasında belli bir programın ya da psikolojik müdahalenin doğrudan başaçıkma yöntemleri üzerine etkililiğinin araştırıldığı az sayıda çalışmaya ulaşılmış olup; yapılan çalışmaların çoğunun daha çok betimsel nitelikte olduğu

görülmüştür. Mosalanejad ve diğerleri (2012a) BDT temellinde hazırladıkları programın dayanıklılık ve başaçıkma yöntemleri üzerindeki etkiliğine yönelik yaptıkları çalışmada programın dayanıklılık üzerinde etkili olurken, başaçıkma yöntemleri (bilişsel odaklı, kaçınma odaklı, davranış odaklı) üzerinde anlamlı bir değişim yaratmadığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise iletişim ve stres yönetimini içeren programın, infertil bireylerin başaçıkma yöntemleri açısından farklılık oluşturmadığı belirtilmiştir (Schmidt ve diğerleri, 2005; Schmidt, 2006). Gürhan ve diğerleri (2007) hemşire danışmanlığına yönelik verdikleri program sonrasında gruplar arasında depresyon düzeyleri ve başaçıkma yöntemleri arasında farklılık olmadığını belirtmiştir. Cousineau ve diğerleri (2008) çalışmalarında online programlarının kaçma kaçınmayı sık kullanan ve planlı problem çözümünü sık kullanmayan infertil kadınlarda daha etkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca programın uzaklaşmayı (infertilite deneyimini düşünmemek için meşgul olmayı kullanma) başaçıkma mekanizması olarak kullanan kadınlarda infertilite kaynaklı stresi artırdığı ifade edilmiştir.

İnfertilite ve başaçıkma yöntemleri için yapılmış olan çalışmalarda genellikle kaçma-kaçınmaya yönelik başaçıkma yöntemlerini stres ve negatif duygulanım (depresyon, umutsuzluk, anksiyete gibi) ile pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve kadınlarda sık kullanıldığı belirtilmektedir (Afleksair & Zarei, 2013; Berghuis & Stanton, 2002; Faramarzi, Pasha, Esmaelzadeh, Jorsarai ve diğerleri, 2013; Peterson ve diğerleri, 2006). Peterson ve diğerleri (2011) aktif kaçınmanın yüksek düzeydeki stresle ilişkili iken, pasif kaçınmanın stresle ilişkili olmadığını belirtmiştir. Başaçıkma yöntemi olarak kaçınmanın sıklıkla kullanımı, infertilite deneyiminin duygusal yüklerinden korunmak için kullanılan bir tür savunma stratejisidir (Peterson ve diğerleri, 2011; Schmidt, 2006). Ancak stresin artması kaçınmacı bir yaklaşımın uzun vadede kullanılmasının bir sonucudur (Stanton, 1991). Bu çalışmada aktif ve pasif kaçınma başaçıkma yöntemlerinin kullanımının azalması ile infertilite kaynaklı stres düzeyinin azalması literatür bilgisiyle uyumludur. Benzer şekilde Li ve diğerleri (2016) aktif ve pasif kaçınmaya yönelik başaçıkma kullanımının, uyguladıkları programın etkililiği yönünde azaldığını ifade etmiştir.

Çalışmada başaçıkma yöntemlerine ait bulgularda beklenenin aksine aktif mücadele açısından programın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkililiğinin olmadığı bulunmuştur. Li ve diğerlerinin (2016) farkındalık temelli programın etkililiğini

araştırdıkları çalışmada -bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde- aktif mücadele başa ıkmaaya istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı belirtilmiştir.

Aktif mücadele başaçıkma yöntemine ait ortalama puanlar dikkate alındığında ise programa katılan kadınların aktif mücadeleyi kullanımında az miktarda düşüş olduğu görülmektedir. İlgili alt ölçeğin maddelerine bakıldığında madde içeriklerinin duyguları dışa yansıtırma, başkalarından anlayış bekleme, bir başkasına ya da çocuğu olmayan birisine danışma, infertilite ile ilgili araştırma yapma ve infertiliteye ilişkin duyguları başkalarıyla konuşma (sosyal destek arayışı diye ifade edebiliriz) gibi eyleme dönük davranışlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durumun olası açıklanması şöyle yapılabilir: İnfertilite kronik bir durum olmakla birlikte, bireylerin kontrolünün kısmi düzeyde olduğu ve temelde belirsiz olan bir süreçtir. İnfertil birey mevcut koşullar içerisinde ekonomik koşullarını, mevcut tedavi seçeneklerini, bireysel ve sosyal kaynaklarını optimum düzeyde kullanmasına karşın tedavi sonucunda gebeliğin oluşması ve/veya oluşan gebeliğin canlı doğumla sonuçlanmasını kesin bir şekilde kontrol edememektedir. En ideal seviyede tüm koşulların kontrol edildiği varsayılsa bile yine tedavi sonucunun nasıl olacağı belirsizdir. Dolayısıyla aktif bir mücadele başaçıkma yöntemi alt ölçeğinde belirtilen davranış eylemi içerisinde olma veya bilgi edinme çabasının sık kullanımı tanı aşamasının ilk dönemlerinde ya da tedavi seçeneklerinin kullanımı veya tedaviye devamlılık açısından, oluşabilecek yeni gelişmeleri takip açısından ve bilgilenme yoluyla kontrol algısının artması açısından fayda getirebilir. Ancak salt belirgin olarak kullanımı infertilite stresiyle baş etmede kişinin stres düzeyini azaltmayı sağlamayabilir. Bununla birlikte duyguların dışa vurumu ya da başkasıyla çocuğun olmayışı, tanı ve tedavi sürecindeki duygular hakkında paylaşımda bulunmak yine bağlam içerisinde değerlendirilmelidir. Paylaşımda bulunmak ve duyguları yansıtmak kişinin kendini ifade etmesi açısından fayda getirdiği kadar, sosyal destek kaynaklarını kullanmasını da sağlayacaktır. Ancak paylaşımda bulunulan kişinin olası sözel ve sözel olmayan tepkileri, empatik bir anlayış içerisinde olup olmaması, “çocuk sahibi olamamayı” nasıl algıladığı gibi faktörler bu başaçıkma yönteminin etkilerini belirleyici olacaktır. Demyttenaere ve diğerleri (1998) olumsuz duyguların ifadesi (dışavurumu) gibi bir başaçıkmanın en azından IVF tedavisi açısından psikolojik durumu kötüleştirebileceğini belirtmişlerdir. Stanton (1991) yaptığı çalışmada aktif mücadelenin erkekler

için stresle ilişkili olduğuna dair istisnai bir bulgu belirtmiştir. Schmidt (2006) ise erkeklerde sık kullanılan aktif mücadele başaçıkma yönteminin düşük stresi yordayıcı olduğunu belirtmiştir. Bu iki bulgudan elde edilen bilgi, cinsiyet farkı gözetmeden değerlendirilir ise belki de aktif mücadele başaçıkma yönteminin azalması, infertilite kaynaklı stresin azalması ile pozitif yönde ilişkili olabilir. Eğer istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, alt ölçek puanlarında azalma oluşu program etkisi ile oluştu ise bunun oturum içeriklerinde yer alan bazı temalarla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Örneğin ruminatif biçimde tüm detayları ya da tetkik sonuçlarını bilmeye çalışmanın ve buna benzer tutum içerisinde olmanın zaman içerisinde infertiliteye odaklı olmayı beraberinde getirdiği, bireyin kendini ve yaşamı sadece “infertil olma” haliyle görebileceği ve zamanla bununda stres kaynağı olabileceği; infertil olma dışında bireysel yönlerinin olduğuna ve yaşamın diğer alanlarına yöneltilen ilginin başaçıkma yararlı olabileceği; kendini açma davranışının duygu ifadelemesi ve sosyal destek kaynaklarını kullanmada önemli olmasına karşın kendini açma davranışını kiminle/neyi/nerde/nasıl sergilemenin de önemli olduğu; infertilite yaşantısına dair duyguların çalışılması gibi. FSE sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, deney grubundaki kadınların ortalama puanlarının azalmış olması aktif mücadeleye yönelik olası olumsuzlukların azalmış olabileceği ile ilişkili olabilir. Peterson ve diğerleri (2011) hem duygu odaklı, hem de problem odaklı başaçıkma yönelik ifadeler içeren COMPI aktif mücadele başaçıkma yöntemi alt ölçeğinin düşük stresle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Lykeridou ve diğerleri (2011) çalışmalarında aktif ve pasif kaçınma gibi aktif mücadele başaçıkma yönteminin de infertilite kaynaklı stresle pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Spiritüel, yeni anlamlar bulma, dini inanç ve eylemlerde bulunma gibi yolların zorlu durumlarla başaçıkma bireylere yardım ettiği bilinmektedir. Folkman (1997) birincil değerlendirme ardından stresöre ilişkin durumun tehdit algılanması durumunda bireylerin yeni bir değerlendirme yaptıklarını, anlam bulma temelinde durumu değerlendirdiklerini belirtmiştir. Başaçıkma yöntemi olarak pozitif yeniden değerlendirme (Berghuis & Stanton, 2002; Faramarzi ve diğerleri, 2013), iyimser yaklaşımın (Dağ ve diğerleri, 2015), kontrol algısının ve problem odaklı başaçıkmanın (Gourounti ve diğerleri, 2012), sosyal destek, dışadönüklük ve duygu odaklı

başaçıkmanın (Rashidi ve diğerleri, 2011) infertilite stresi ve depresyonla negatif ilişkili olduğu ifade edilmektedir.

Jafarzadeh ve diğerleri (2015)'nin başaçıkma yönteminin stres düzeyleri ve evlilik doyumu üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, anlam bulma temelli başaçıkmanın, infertilite stresi için düşük düzeyde yordayıcı olduğunu belirtirken; başka bir çalışmada orta ve yüksek düzeyde anlam temelli başaçıkma kullanımının kişisel ve evlilik alanlarındaki düşük stres için yordayıcı olduğu belirtilmiştir (Schmidt, 2006). Aflekseir ve Zarei (2017) ise anlam bulma temelli başaçıkma kullanımının stres düzeyini düşürdüğünü ifade etmişlerdir. Benzer şekilde başka bir çalışmada anlam bulma temelli başaçıkma ile anksiyete ve infertilite kaynaklı stres (sosyal ve evlilik alanlarında) arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Lykeridou ve diğerleri, 2011).

Çalışmada başaçıkma yöntemlerine ait başka bir bulguda anlam bulma başaçıkma açısından programın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkililiğinin olmadığıdır. Bu bulgunun tersine, Li ve diğerleri (2016) çalışmalarında farkındalık temelli programın anlam bulma temelli başaçıkma düzeyini artırdığını belirtmişlerdir. Bu başaçıkma yöntemine ait ortalama puanlar dikkate alındığında, programa katılan kadınlarda anlam bulmaya yönelik başaçıkma kullanımının sabit kalma eğilimde olup, izlem ölçümünde ise artmış olduğu görülmektedir. Kontrol grubuna ait ölçümlerde ise düşme eğiliminde olup, izlemde deney grubuna benzer şekilde artış gösterdiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada anlam bulma temelli başaçıkmanın IVF sonrası 5 yıllık izlemde zamanla artan tek başaçıkma yöntemi olup, düşük stresle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Peterson ve diğerleri, 2011). Anlam bulma temelli başaçıkmanın anksiyete ve infertilite stresi (evlilik ve kişisel alandaki) negatif ilişkisi başka çalışmalarda da belirtilmiştir (Lykeridou ve diğerleri, 2011; Schmidt ve diğerleri, 2005). Karaca ve Ünsal (2015a, 2015b) infertil kadınların stresle başaçıkarken kullandıkları yöntemler arasında -duygu odaklı başaçıkma türü olarak- dini/manevi başaçıkma ve umutlanmak/hayatı yeniden yapılandırmayı kullandıklarını belirtmişlerdir. Kültürel ve dini özellikler açısından olumsuz durumlara ilişkin anlam bulma temelli bir yaklaşım içerisinde olmak, başka bir ifadeyle olayın bir hayırlı bir tarafının olduğunu düşünmek, Allah'tan gelen bir sınav olarak değerlendirmek, başka bir anlamının olduğunu düşünmek gibi dini/spritüel açıdan atıflarda bulunmak Türk

toplumu içinde yetişen bir birey için aşına olduğu bir durumdur. Bu aşinalıktan dolayı, programın anlam bulma temelli yaklaşım için etkililiği azalmış olabilir.

Özetle, araştırma kapsamında geliştirilen psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen psiko-eğitim programının, infertilite kaynaklı algılanan stresi azaltma yönünde etkililiğinin ve bu etkinin kalıcılığının olduğu görülmektedir. Ayrıca programa katılan bireylerde aktif kaçınma/yoksayma ve pasif kaçınma/yoksayma başa çıkma yöntemlerinin kullanımı açısından anlamlı düzeyde bir düşüş olduğu ve bu düşüşün kalıcı etki gösterdiği; buna karşın infertilite stresiyle başa çıkma yöntemlerinden olan aktif mücadele ile anlam bulma temelli başa çıkma yöntemlerinin kullanımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucunda, ülkemizde yapılmış olan ve belli bir müdahalenin etkililiğinin test edildiği iki çalışmaya (Gürhan ve diğerleri, 2007; Terzioğlu, 2001) ulaşılabilmektedir. Bu çalışmaların her ikisinde IVF tedavisi sürecinde verilen çalışmalar olup; psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen, aktif IVF tedavisinden bağımsız, oturum sayısının fazla olduğu başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Domar ve diğerleri (2000) psikolojik müdahalelerin kötüleştirmeyi engellediği gibi farklı psikolojik değişkenler açısından katılımcıların gelişim göstermelerine olanak tanıdığını belirtmiştir. İnfertil bireylerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi ve etkisiz başa çıkma yöntemlerinin bırakılmasına yönelik psikolojik yardım hizmetlerinin sunulması önemlidir. Böylelikle süreçte oluşabilecek ikincil psiko-sosyal ve ruh sağlığı sorunları önleneceği gibi, infertilite ile ilişkili deneyimlerin bireylerin gelişmesi ve büyümesi adına bir fırsat olması sağlanabilir.

5.2 Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde, “İnfertiliteyele Başetme Becerisi Geliştirme Programının” etkililiğine ilişkin elde edilen bulgular ve öneriler yer almaktadır.

Araştırma bulgularına dayalı olarak ulaşılan sonuçlara göre, “İnfertiliteyele Başetme Becerisi Geliştirme Programı” infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeyin azalmasında ve infertilite ile başetme becerisi geliştirme açısından aktif ve pasif kaçınma başa çıkma yöntemlerinin daha az kullanılmasında etkili olduğu görülmektedir. İnfertilitenin son yıllarda artış göstermesiyle birlikte, infertil olmak bireyleri ruhsal, fizik-

sel, sosyal ve ekonomik gibi pek çok açıdan etkilemektedir. Ayrıca bireyler dışında, başta eşler olmak üzere kök aile üyelerinin ve yakınlarının da infertilite sürecinden doğrudan ya da dolaylı olarak olumsuz etkilenebileceği göz ardı edilmemelidir. Bu açıdan bakıldığında bireylerin infertilite kaynaklı algıladıkları stres düzeylerinin azalması ve daha etkin başa çıkma yöntemlerini kullanıyor olmaları, oluşabilecek olumsuz etkilerin azalması açısından önem kazanmaktadır. Böylelikle bireylerin psikolojik sağlamlılığının korunması kadar yaşamlarının farklı alanlarında (evlilik, cinsel, sosyal ... gibi) önleyici/koruyucu etki oluşturulmuş olacak; sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmelerinde, yaşam içerisinde daha etkin bir şekilde var olmalarına katkı sağlanmış olacaktır. Ayrıca bu durum bireylerin tanı ve tedavi sürecine ait tetikleyiciler veya ek stresle daha kolay baş edebilmeleri; tedavi sonuçlarında yüksek strese bağlı oluşabilecek başarısızlıkların azalması; kişilerin tedaviye katılım ve devamlılığının artması gibi yararlar sağlayacağı da söylenebilir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular dikkate alındığında, hazırlanan “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının” infertil tanısı alan bireylerin sürece daha işlevsel uyum sağlamaları ve infertilite kaynaklı algılanan stresle daha sağlıklı yollarla başedebilmelerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu varlığa dayalı olarak araştırmacılara ve uygulamacılara yönelik öneriler sunulmuştur:

5.2.1 Araştırmacılara Öneriler

1. “İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programı” farklı örneklerde (sekonder infertil tanısı alan bireyler, tedavi sürecine başlayan veya gebelik testi sonucunu bekleyen bireyler, erkek faktörlü infertil tanısı alan bireyler gibi) uygulanarak, programın etkililiği test edilebilir.
2. Programın farklı değişkenler (bireylerin tedavi sürecine uyumu, mutluluk düzeyi, yaşam kalitesi, stresin fizyolojik belirleyicilerine etkisi, gebelik oranlarına etkisi... gibi) üzerindeki etkililiği araştırılabilir.
3. Pasif kaçınma başa çıkma yöntemine ilişkin programın etkililiği ve kalıcılığı açısından anlamlı bir fark olmasına karşın, farkın kaynağının belirlememiş olmasına dair bulgunun dikkate alınarak, bu bulguya yönelik olası nedenlerin araştırılması ve prog-

ramın elde edilen bulgular doğrultusunda revize edilmesi veya daha büyük bir örneklem grubunda tekrar test edilmesi faydalı olabilir.

4. Programın aktif müdahale ve anlam bulma temelli başaçıkma yöntemleri üzerinde etkililiğinin olmamasına ilişkin bulgu dikkate alınarak, bu bulguya yönelik olası nedenlerin araştırılması ve programın elde edilen bulgular doğrultusunda revize edilmesi faydalı olabilir.

5.2.2 Uygulamacılara Öneriler

İnfertilite ve tedavisi belirsiz ve bireylerin kontrolü dışında olan, bireysel anlamda yeni yükler getirdiği kadar tedavi sürecinin uzun ve meşakkatli olması, ekonomik açıdan pahalı olması, hem bedenen hem de çift ilişkisinin mahremiyetini bozuyor olması gibi farklı boyutlarda etkisi olan bir durumdur. Önleyici ve koruyucu olması açısından;

1. Yardımcı üreme tekniklerinin uygulandığı özel ve kamu kurum kuruluşlarının ilgili birimlerinde, bireylerin infertilite danışmanlığına yönelik hizmetlere -bu alanda eğitim almış ruh sağlığı profesyonelleri tarafından sunulan- ulaşılabilirliğinin sağlanması;

2. Özel tüp bebek merkezlerinde çalışan ya da infertil bireylere psikolojik yardım hizmeti sunan profesyonellerin bu programın içeriğinden yararlanmaları ve danışmanlık sürecinde kullanmaları;

3. Programın etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacıyla uygulayıcıların eğitim almaları önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aarts, J. W. M., Van Empel I. W. H., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A. M. ve Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*. 26 (5), 1112-1118. doi:10.1093/humrep/der051
- Acar, N. V. (2007). *Grupla psikolojik danışmada alıştırmalar deneyler*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Aflakseir, A. ve Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal Reprod Infertil*. 14 (4), 202-206.
- Aflakseir, A. ve Mahdiyar, M. (2016). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in shiraz. *Journal Reprod Infertil*. 17 (2), 117-122.
- Akizuki, Y. ve Ichiro, K. (2008). Infertile japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Human Reproduction*. 23 (12), 2737-2743. doi:10.1093/humrep/den326
- Algül, Ö. ve Aksu, H. (2004). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 24 (3), 171-178.
- Alhassan, A., Ziblim, A.R. ve Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*. 14 (42), 2-6. Erişim adresi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/42>
- Alibaşoğlu, H. (2010). *İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Allan, H. (2009). Experiences of infertility: Liminality and the role of ar clinins. *Managing intimacy and emotions in advanced fertility care: The future of nursing and midwifery roles*. Cumbria, GBR: M&K Update Ltd.
- Alper, Y. T. (1999). *Kısırlık tüp bebek hasta kılavuzu*. Samsun: Kendi Yayını.
- Altınay, D. (2007). *Psikodrama grup terapisi 400 ısınma oyunu ve yardımcı teknik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- American Society for Reproductive Medicine. (Meaning: Infertility). Erişim Adresi: <http://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>

- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. ve Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*. 20 (10), 2969-2975. doi:10.1093/humrep/dei219
- Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Boivin, J., Corrigan, E., Daniels, K. R., Darwish, J., Guerra Díaz, D., Hammar, M., Kentenich, H., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P. ve Wischmann, (2001). T. Guidelines for counselling in infertility - Special interest group. *Psychology & Counselling*. Erişim Adresi: <https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files/SIGs/Psychology/Guidelines.pdf?la=en>
- Ashurst, P. ve Hall, Z. (1989). *Childless womanhood*. Understanding Women in Distress. (s.97-103) içinde. Florence, KY, USA: Routledge.
- Aşçı, Ö. ve Kızılkaya Beji, N. (2012). İnfertilite danışmanlığı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20 (2), 154-159.
- Atak, İ. E. (2009). *Açıklanamayan infertilitede kadınlık ve anne-kız ilişkisinde anneliğin iletimi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Atwood, N. R. (1993). *Psychosocial Correlates in Infertile Women: Depression, Traditionalism, Anger, and Social Support*, (A thesis for the degree of masters of arts). Texas Woman's University Denton, Texas-USA.
- Bakhshayesh, A. R., Kazeraninejad, M., Mongabadi M. D., ve Raghebian M. (2012). A comparison of general health and coping strategies in fertile and infertile women in yazd. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 10 (6), 601-606. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169856/>
- Balcıoğlu, İ. ve Savrun, M. (2001). Stres ve hormonlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2 (1), 43-51.
- Balk, J., Catov, J., Horn, B., Gecsi, K. ve Wakim, A. (2010). The relationship between perceived stress, acupuncture, and pregnancy rates among IVF patients: a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 16 (3): 154-157. doi:10.1016/j.ctcp. 2009.11.004
- Belen, S. (2012). The relationship between perceived quality of life and coping skills in individuals regarding fertility problems. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T. C. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. ve Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*. 28 (5), 577-592.
- Berghuis, J. P. ve Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over

an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (2), 433-438. doi:10.1037//0022-006X.70.2.433

Bleil, M. E., Pasch, L. A. Gregorich, S. E., Millstein, S. G., Katz, P. P., ve Adler, N. E. (2012). Fertility treatment response: is it better to be more optimistic or less pessimistic? *Project Group Psychosom Medicine*. 74 (2), 193-199. doi:10.1097/PSY.0b013e318242096b

Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*. 27 (7), 2046-2057. doi:10.1093/humrep/des112

Bodur, N. E., oşar, B. ve Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38 (1), 51-62.

Bodur, N. E., oşar, B. ve Karabacak, O. (2013). İnfertil çiftlerde algılanan sosyal destek ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38 (2), 214-223.

Boivin, J. (2001). Anxiety, depression, coping and biological response during IVF. *Abstracts of the 17th Annual Meeting of the ESHRE Lausanne, Switzerland*. Poster Viewing. Switzerland: 198-199.

Boivin, J. ve Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*. 83 (6) 1745-1752. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.12.039

Boivin, J., Griffiths E. ve Venetis C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *The British Medical Journal*. 342, d223. doi:10.1136/bmj.d223

Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A. ve Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*. 13 (11), 3262-3267. doi:10.1093/humrep/13.11.3262

Budak, S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Burnett, J. A. (2009). Cultural considerations in counseling couples who experience infertility. *Journal Of Multicultural Counseling And Development*, 37 (3), 166-177.

Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Charandabi, S. M. A., Kamalifard, M., Sedaghiani, M. M., Montazeri, A. ve Mohammadian, E. D. (2012). Health-related quality of life and its predictive factors among infertile women. *Journal of Caring Sciences*, 1 (3), 159-164.

- Chen, T. H. Chang, S. P., Tsai, C. F. ve Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19 (10), 2313 - 2318. doi:10.1093/humrep/deh414
- Christie, G. L. (1998). Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction*. 13 (1), 232-241.
- Christie, G. ve Morgan, A. (2000). Individual and group psychotherapy with infertile couples. *International Journal of Group Psychotherapy*. 50 (2), 237.
- Chrousos, G. P., Torpy, D. J. ve Gold, P. W. (1998). Interactions between the hypothalamic - Pituitary - adrenal axis and the female reproductive system: Clinical implications. *Annals of Internal Medicine*. 129, 229-240.
- Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E., Seibring, A., Showstack, M. T., Applegarth, L., Davidson, M. ve Perloe, M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: A randomized controlled trial. *Human Reproduction*. 23 (3) 554-566. doi:10.1093/humrep/dem306
- Covington, N. S. (2006). *Group approaches to infertility counseling*. Covington, N. S. (Ed.) ve Hammer Burns, L (Ed). *Infertility Counseling - A Comprehensive Handbook for Clinicians*. (s.156-168) içinde. UK, Cambridge: Cambridge University Press.
- Crawshaw, M. (2010). *Assessing infertile couples for adoption: just what does "Coming to terms with infertility" Mean?* Rachel, B. (Ed.), *Adopting after infertility: messages from practice, research and personal experience* (s. 68-88) içinde. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Çetin, F., Bilbay, A. A. ve Kaymak, D. A. (2001). *Araştırmadan uygulamaya çocuklarda sosyal beceriler*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Dağ, H., Yigitoğlu, S., Aksakal, B. İ. ve Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 31 (6), 1457-1462. doi:10.12669/pjms.316.8605
- Delpasand, T., Ahadi, H. ve Jomehri, F. (2015). Effects of stress management training on perceived stress in infertile women undergoing IVF in infertility treatment center in Shiraz 2014. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*. 5 (S1), 2514-2522.
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D. ve D'Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 69 (6) 1026-1033.

- Djurkovic-Lazic, J., Lazic, B. ve Djuric, D. (2000). Infertile couples - Possibility of cognitive behavioral therapy in reduction distress. *European Psychiatry*. 15 (2) 235. doi:10.1016/S0924-9338(00)94011-2
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B. ve Orav J., (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*. 19 (6), 568-575. doi:10.1037/0278-6133.19.6.568
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C. ve Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 14 (Special Issue), 45-52.
- Donarelli, Z., Coco G. L., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A. ve Allegra, A. A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first ivf treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*. 27 (11), 3215-3225. doi:10.1093/humrep/dep307
- Donarelli, Z., Kivlighan, D. M., Allegra, A. ve Coco, G. L. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor-partner interdependence analysis. *Personality and Individual Differences*. (92) 63-68. doi:10.1016/j.paid.2015.12.023
- Donkor, E. S. ve Sandall, J. (2009). Coping strategies of women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*. 13 (4) 81-93.
- Dunson, D. B., Baird, D. D. ve Colombo B., (2004). Increased infertility with age in men and women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 103 (1), 51-56. doi:10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45
- Durmazoğlu, G. (2015). *İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Durmuş, B., Yurtkoru, S. ve Çinko, M. (2013). *Sosyal bilimlerde spss 'le veri analizi*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M.Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T. ve Ingerslev, H.J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. *Human Reproduction*, 24 (9), 2173-2182. doi:10.1093/humrep/dep185
- EMDR (2010). *I. düzey eğitim kitabı*, İstanbul: Davranış Bilimleri Enstitüsü Eğitim Kitapçığı.

- Engin, R. ve Pasinlioglu, T. (2002). Erzurum ve yöresinde infertil kadınların infertilite ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5 (1). Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/ataunihem/issue/2621/33725>
- Erdem K. ve Ejder Apay, S. (2014) A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish Infertile Women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 8 (3) 303-314.
- Ehsanpour, S., Mohsenzadeh, N., Kazemi, A. ve Yazdani, M. (2009). The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 14 (2), 51-55.
- Eugster A. ve Vingerhoets A. J. J. M., (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science & Medicine*. (48), 575-589.
- Famarzi, M., Kheirkhah, F, Esmaelzadeh, S., Alipour, A., Hjahmadi, M. ve Rahnama, J. (2008). Is psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? A randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. (141), 49-53.
- Famarzi, M., Pasha, H., Esmaelzadeh, S., Jorsarai, G., Aghajani Mir, M. R. ve Abedi, S. (2013). Is coping strategies predictor of anxiety and depression in couple infertile? *Health*. 5 (3A) 643-649. doi:10.4236/health.2013.53A085
- Famarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F. Hajian-Tilaki, K. ve Salmalian, H. (2014). A survey of correlation infertility self-efficacy with behavioral health scales in infertile women. *Health*., 6, 943-949. doi:10.4236/health.2014.610119
- Famarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S. ve Afshar, Z. (2013). The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: A randomized controlled trial. *International Journal of Fertility and Sterility*. 7 (3), 199-206. RN:IRCT2012061710048N1
- Farzadi, L. ve Aliyeh Ghasemzadeh, A. (2008). Two main independent predictors of depression among infertile women: An Asian experience. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 47 (2), 163-167.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*. 17 (11), 2986-2994.
- Ferin, M. (1999). Stress and the reproductive cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 84 (6), 1768-1774.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (4), 839-852.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*. 45, 1207-1221.
- Forooshany, S. H. A., Yazdkhasti, F., Hajataghaie, S. S. ve Esfahani, M. H. N. (2014). Infertile individuals' marital relationship status, happiness, and mental health: A causal model. *Royan Institute International Journal of Fertility and Sterility*. 8 (3), 315-324.
- Frame, T. (2008). *Dealing with infertility*. Children on demand: The ethics of defying nature. (s. 12-22) içinde. Sydney, NSW, AUS: UNSW Press.
- Frank, D., (1984). Counseling the infertile couple. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 22 (5), 17-23.
- Freeman, I. (1984). *Emotional Needs of Infertile Couples*. C. R. Garccia (Ed.), Current therapy of infertility. (1984-1985) içinde. Toronto: Decker.
- Galhardo, A., Cunha, M ve Pinto-Gouveia, J. (2011). Mindfulness based program for infertility: a promising approach in psychosocial care. *Abstracts of the 27th Annual Meeting of ESHRE, Stockholm, Sweden*. Poster Viewing. Sweden: i269-i270.
- Galhardo, A., Cunha, M. ve Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindfulness-based program for infertility: Efficacy study. *Fertility & Sterility*. 100 (4) 1059-1067. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.05.036.00
- Geller, P. A., Nelson, A. R. ve Eichenbaum, E. (2013). *The psychology of agency in childbearing*. Spiers, M.V., Geller, Pamela A. ve Kloss, J. D. (Ed.), Women's health psychology. (s. 355-388) içinde. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L. ve Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive BioMedicine Online*. (24), 670-679. doi:10.1016/j.rbmo.2012.03.002
- Gözen, A. S., Eskiocak, S., Kılıç, A. S. ve Molla, S. (2005). Zihinsel stresin seminal mda ve semen parametreleri üzerine etkisi. *Türk Üroloji Dergisi*. 31 (3), 356-362.
- Greenfeld, D. A. (1997). Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 14 (4), 186-188.

- Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L. ve McQuillan, J. (2011). Variation in distress among women with infertility: Evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*. 26 (8), 2101-2112. doi:10.1093/humrep/der148
- Greil, A., McQuillan J., Benjamins, M., Johnson, D. R., Johnson, K. M. ve Heinz, C. R., (2010). Specifying the effects of religion on medical helpseeking: The case of infertility. *Social Science & Medicine*. 71, 734-742.
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G. ve Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22 (3), 166-176. doi:10.5080/U6362
- Gürhan N, Oflaz F, Atici D, Akyuz A, Vural G. (2007). Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychological Reports*. 100: 365-374. doi:10.2466/pr0.100.2.365-374
- Hajela S., Prasad S., Kumaran A. ve Kumar Y. (2016). Stress and infertility: A review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 5 (4), 940-943. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20160846
- Hughes, E. G. ve Silva, A. M. (2011). A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Human Reproduction*. 26 (3), 611-615. doi:10.1093/humrep/deq385
- Ibisomia, L. ve Mudegeb, N. N. (2014). Childlessness in Nigeria: Perceptions and acceptability. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research Intervention and Care*. 16 (1), 61-75. doi:10.1080/13691058.2013.839828
- Jacobs, N. N. ve O'Donohue, W. T. (2007). *Couple Trouble: Infertility and your relationship*. Coping with infertility: Clinically proven ways of managing the emotional roller coaster. (s. 151-197) içinde. NY, USA: Taylor & Francis Group
- Jafarzadeh, F., Golzari, M., Jomehri, F., Poursamar, S. L. ve Sahraian, K. (2015). The comparison of coping strategies with stress and marital satisfaction in women on the basis of infertility factor. *Women's Health Bulletin*. 2 (2), 1-4. e25227
- Jamali, S., Zarei, H. ve Jahromi, A.R. (2014). The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 12 (3), 189-198.
- Jessup, B. W. (2005). *When a couple cannot conceive: Traumatic consequences of infertility*. Catherall, D. R. (Ed.), Family stressors interventions for stress and trauma. (s. 117-139) içinde. NY, USA: Taylor & Francis Books.

- Jordan, C. ve Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 22 (4) 341-358.
- Kağnıcı, Y., Koydemir, S., Çakır, G., Gizir, C.A., Tuna, M. E., Demir, A. (Ed.) ve Koydemir, S. (Ed.). (2012). *Grupla Psikolojik Danışma*. Ankara: Pegem Akademi Yayınevi.
- Kalus, A., (2006). Childlessness and adoption: The experience of loss as a source of suffering. *Journal Of Physiology And Pharmacology*. 57 (4), 175-181.
- Kalkan, M. (Ed.), Hamamcı, Z. (Ed.) ve Yalçın, İ. (2012). *Evlilik öncesi psikolojik danışma*. Evlilik öncesi psikolojik danışmada teknikler. (s. 153-159) içinde. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kamel, R. M., (2010). Management of the infertile couple: An evidence based protocol. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 8 (21), 1-7. doi:10.1186/1477-7827-8-21
- Karaca, A. ve Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12(2), 126-132. doi:10.5222/HEAD.2015.126
- Karaca, A. ve Ünsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish Women with infertility. *Asian Nursing Research*. 9, 243-250. doi:10.1016/j.anr.2015.04.007
- Kavlak, O. ve Saruhan, A. (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 41 (4), 229-232.
- Keskin, G. ve Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5 (1), 9-16. doi:10.5505/phd.2014.07269
- Khalid, I., Crome I. ve O'brien P. (2006). *Psychological aspects of infertility and its management*. Psychological disorders in obstetrics and gynaecology for the mrcog and beyond. London: RCOG Bookshop.
- Kırcan, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5 (2), 162-178. doi:10.5455/cap.20130511
- Klonoff-Cohen, H., (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: What is known and unknown. *Human Reproduction Update*. 11 (2), 180-204. doi:10.1093/humupd /dmh059
- Koçyiğit, O. T. (2012). İnfertilite ve sosyo - kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*. 1 (1), 27-38.

- Koszycki, D., Bisserbe, J. C., Blier, P., Bradwejn, J. ve Markowitz, J. (2012). Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: First pilot randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. (15) 193-201.
- Krause, W., Pook, M., Zinser, K., Habermann, B., Florin, L. ve Tuschen, B. (1996). Psychobiological therapy in couples with infertile men. *Abstracts of the 12th Annual Meeting of the EHSRE, Maastricht*. Poster Viewing. Maastricht:162.
- Letherby, G. (2012). "Infertility" and "involuntary childlessness": Losses, ambivalences and resolutions. Earle S., Linda L. ve Kamaromy C. (Ed.), *Understanding reproductive loss: International perspectives on life death and fertility*. (s. 9-21) içinde. Farnham, Surrey, GBR: Ashgate Publishing Group.
- Lewis, A. M., Liu, D., Stuart, S. P. ve Ryan, G. (2013). Less depressed or less forthcoming? Self - report of depression symptoms in women preparing for in vitro fertilization. *Arch Womens Ment Health*. 16 (2), 87-92. doi:10.1007/s00737-012-0317-8
- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W. ve Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 77 (2) 96-104.
- Liz, T. M. de ve Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual / couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*. (20) 5, 1324–1332. Doi:10.1093/humrep/deh743
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. ve Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*. (20), 1971-1980. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x
- Matsubayashi, H., Hosaka, T. ve Makino, T., (2012). *Impact of psychological distress in infertile Japanese women*. Ohayashi, H. ve Yamada, S. (Ed.), *Psychology of emotions, motivations and actions: Psychological distress: Symptoms, causes and coping*. (s. 167-178) içinde. NY, USA: Nova Science Publishers.
- May, E. T. (1997). *The Public and Private Stake in Reproduction*. Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness. USA: Harvard University Press.
- McQueeney, D. A., Stanton, A. L. ve Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal Of Behavioral Medicine*. 20 (4), 313-331.
- Menning, B. E. (1977). *Common feelings about infertility*. Infertility: A guide for the childless couple. USA, Prentice Hall Press.

- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility And Sterility*. 34 (4), 313-316.
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R. ve Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal Of Medical Psychology*. 10 (71), 265-280.
- Milad, M. P., Klock, S. C., Moses, S. ve Chatterton, R. (1998). Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction*. 13 (8), 2296-2300.
- Moeenizadeh, M. ve Zarif, H. (2016). The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 10 (4): 363-370.
- Mosalanejad, L, ve Khodabakshi Koolee, A. (2012) Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: the effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. *International Journal of Fertility and Sterility*. 6 (4): 224-231.
- Mosalanejad, L., Abdolahifard, K. ve Jahromi, M. G. (2014). Therapeutic vaccines: Hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global Journal Of Health Science*. 6(1) 192-200. doi:10.5539/Gjhs.V6n1p192
- Mosalanejad, L., Khodabakhshi Koolae, A. ve Jamali, S. (2011). Effect of group cognitive behavior therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 6 (2), 16-22. RN: IRCT138903063996N
- Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolae A. ve Shoyokh, F. (2012). Does spiritual group psychotherapy impact on the rate of pregnancy? A case report. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 6 (1), 78-81.
- Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolae, A. ve Jamali, S. (2012). Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 10 (5), 483-488. RN: IRCT201108277407N3
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A.W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Jaafar, N. R. N., Das, S., Sidi, H. ve Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*. 55, S65-S69. doi:10.1016/j.comppsy.2013.01.001
- Newton, C.R., Sherrard, W. ve Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility And Sterility*. 72 (1), 54-62.

- Nowoweiski, S. (2012). *Psychological implications of infertility and assisted reproductive technologies*. Caltabiano M. L. ve Ricciardelli L. A. (Ed..) Applied topics in health psychology. (s. 185-198) içinde. NJ, USA: John Wiley & Sons, 2012.
- Oğuz, H. D. (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- Oltuluoğlu, H., Günay, U. ve Aylaz, R. (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: Niteliksel bir çalışma. *T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 23, 92-98.
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi (2018). *Eğitim bilimleri enstitüsü tez yazım kılavuzu*. Erişim adresi: http://egtbilens.omu.edu.tr/files/egtbilens/files/Tez_Yaz%C4%B1m_K%C4%B1lavuzu.rar
- Oron, G., Allnutt, E. Lackman, T., Sokal-Arnon, Holzer, H. T. ve Takefman J. (2015). A prospective study using hatha yoga for stress reduction among women waiting for ivf treatment. *Reproductive BioMedicine Online*. 30, 542-548. doi:10.1016/j.rbmo.2015. 01.011
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, Özçelik, O. A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 140-148.
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S. ve Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*. 25 (1), 133-141. doi:10.1093/humrep/dep367
- Peterson, B. D. (2002). *Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression*. (Unpublished Ph. D. thesis). Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia.
- Peterson, B. D. ve Eifert., G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*. 18, 577-587.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. ve Skaggs, G. H. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for ivf cope with infertility stres. *Human Reproduction*. 21 (9), 2443-2449. doi:10.1093/humrep/del145
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M. and Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*. 95 (5), 1759-1763. doi:10.1016/j.fertnstert. 2011.01.125

- Ramli, M., Ramli, R., Yazmie A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Jaafar, N. R. N., Das, S., Sidi, H. ve Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*. 55, S65-S69. doi:10.1016/j.comppsy.2013.01.001
- Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M. ve Farahani, M.N. (2011). Infertility stress: the role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5 (4), 101-108.
- Read, J. (2004). Abc of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *British Medical Journal*. 329 (4), 559-561.
- Rooij, F. B., Balen, F. ve Hermanns, J. M. A. (2006). Migrants and the meaning of parenthood: Involuntary childless Turkish migrants in the Netherlands. *Human Reproduction*. 21 (7), 1832-1838. doi:10.1093/humrep/del046
- Sallam H. N. ve Rizk, B. (2012). *Psychological Interaction in Couples Undergoing Infertility Treatment*. Rizk B. ve Sallam H.N. (Ed.). Clinical infertility and in vitro fertilization. (s. 175-177) içinde. London: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*. 53 (4), 390-417.
- Schmidt, L. (2010). *The impact of infertility and treatment on individuals and couples*. Rachel B. (Ed.). Adopting after infertility: Messages from practice, research and personal experience. (s. 15-28) içinde. London, GBR: Jessica Kingsley Publishers.
- Schmidt, L., Christensen U. ve Holstein, B. E., (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*. 20 (4), 1044-1052. doi:10.1093/humrep/deh687
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U. ve Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*. 20 (11), 3248-3256. doi:10.1093/humrep/dei193
- Schmidt, L., Tjørnhøj-Thomsen, T., Boivin, J. ve Andersen, A. N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*. (59) 252-262. doi:10.1016/j.pec.2005.05.013
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., O'Donohue, W. T. ve Jacobs, N. N. (2010). Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Mental Health*. (13) 347-358. doi:10.1007/S00737-009-0142-X

- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 18 (1) 153-186.
- Solati, S., Ja'farzadeh, L. Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). The effect of stress management based on group cognitive-behavioural therapy on marital satisfaction in infertile women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 10(7) vc01-vc03. doi:10.7860/JCDR/2016/17836.8077
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R. ve Rahimi, Ch. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility*. 7 (4), 337-344.
- Soltanzadehmezreji, H. ve Toozandehjani, H. (2016). Efficacy of group reality therapy on anxiety in infertile women undergoing treatment with assisted reproductive techniques iui. *Mediterranean Journal Of Social Sciences*. 7 (3) 127-137. doi:10.5901/Mjss.2016.V7n3s3p127
- Soto, E. ve Copperman, A. B. (2011). *Factors affecting fertility*. Seli E. (Ed.). Infertility. UK: Blackwell Publishing. doi:10.1002/9781444393958.ch1
- Stanton, A. L. ve Dunkul-Schetter, C. (1991). *Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility*. Meichenbaum, D. (Ed.) The Plenum Series on Stress and Coping. Infertility Perspectives from Stress and Coping Research. (s. 9 ve 87-108) içinde. USA, New York: Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-1-4899-0753-0
- Stark, M. D., Keathley, R. S. ve Nelson, J. A. (2011). A developmental model for counseling infertile couples. *The Family Journal*.19 (2). doi:10.1177/1066480711400171
- Strauss, B. (2002). Can psychotherapy enhance well-being? *Abstracts of the 18th Annual Meeting of the ESHRE, Vienna, Austria*. Poster Viewing. Austria:30.
- Şen, E., Bulut, S. ve Şirin, A. (2014). Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 22 (1), 17-24.
- Şen, S. (2011). *İnfertil kadınlardan damgalanma deneyimleri*. (Yayınlanmamış doktora tezi), T.C. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Őencan, İ. ve Doğan, G. (2017). *Bilimsel yayınlarda kaynak gosterme, tablo ve şekil oluşturma rehberi apa 6 kuralları*. Ankara: Türk Kütüphaneciler Derneği Yayınları.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). *Ulusal aile planlaması hizmet rehberi – Aile planlaması ve üreme sağlığı (Cilt 1)*. Ankara: Damla Yayıncılık.
- Tashbulatova, D., Arıdoğan, İ. A., İzol, V., Seydaoğlu, G., Urunsak, İ. F., ve Doran, Ő. (2013). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu: Depresyon ve

demografik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. (1) 91-97. doi:10.5336 /medsci.2012-28503

Terzioğlu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 22 (3), 133-141. doi: 10.3109/01674820109049965

Terzioğlu, F., Yücel, Ç. ve Karatay, G. (2008). *Sigara ve İnfertilite*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayıncılık. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t24.pdf>

Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Walter, K. ve Martin, P. (1999). Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 68 (1), 15.

Türküm, S. (1999). *Stresle başa çıkma ve iyimserlik*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Uçar, F. (2004). Streste zihnin rolü ve strese bağlı zihinsel / ruhsal hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni*. 10 (34-35), 85-102.

Uyar, B. (2015). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır.

Ünal, S., Kargin, M. ve Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9 (5), 481-486.

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik (2014, 30 Ocak) T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29135). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140930-4.htm>

Valoriani, V., Lotti, F., Vanni, C., Noci, M.C., Fontanarosa, N., Ferrari, G., Cozzi, C. ve Noci, I. (2014). Hatha-yoga as a psychological adjuvant for women undergoing IVF: A pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 176 (2014) 158-162. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.02.007

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T. ve Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*. 81(3) 422-428. doi:10.1016/j.pec.2010.10.009

Verhaak C., Hammer Burns, L. (2006). *Behavioral medicine approaches to infertility counseling*. Hammer Burns, L. (Ed.) ve Covington, N. S. (Ed), *Infertility counseling - A comprehensive handbook for clinicians*. (s.169-195) içinde. UK, Cambridge: Cambridge University Press.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. V. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F.W. ve Braat, D. D. M., (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A

- systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*. 13 (1), 27-36. doi:10.1093/humupd/dml040
- Wasser, S. K., Sewall, G. ve Soules, M. R., (1993). Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertility And Sterility*. 59 (3), 685-689.
- Welsh, M. C. ve Labbé, E. (2012). *Emotional factors in infertility and its treatment*. Rizk, B. R. M. B. ve Sallam H. N. (Ed.), Clinical infertility and in vitro fertilization. (s. 157-164) içinde. India: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Whiteford, L. M. ve Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*. 40 (1), 27-36. doi:10.1016/0277-9536(94)00124-C
- Wilkes, S., Hall, N., Crosland, A., Murdoch, A. ve Rubin, G. (2009). Patient experience of infertility management in primary care: An in-depth interview study. *Family Practice - An International Journal*. 309-316. doi:10.1093/fampra/cmp039
- Williams, K., Marsh, W.K. ve Rasgon, N.L. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction*. 13 (6), 607-616. doi:10.1093/humupd/dmm019
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., Strowitzki, T. ve Verres R. (2001). Evaluation of the psychological effects of counselling and couple-therapy with infertile couples. *Abstracts of the 17th Annual Meeting of the ESHRE, Lausanne, Switzerland*. Poster Viewing. Switzerland: 198.
- World Health Organization (2018). Sexual and reproductive health - Infertility definitions and terminology. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en>
- Yılmaz, T. (2012). *İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri*. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, T. ve Yeşiltepe Oksay, U., (2016). The copenhagen multi-centre psychosocial infertility (compi) fertility problem stress and coping strategy scales: A psychometric validation study in Turkish infertile couples. *International Journal of Caring Sciences*. 9 (2), 452-462. Erişim adresi: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_Yilmaz_original_9_2.pdf
- Yılmaz, T. ve Yeşiltepe Oskay, U. (2017). The evaluation of methods used to cope with infertility stress of infertile couples in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 10 (3), 1595-1604. Erişim adresi: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/54_tulayyilmaz_original_10_3.pdf

- Yılmaz, T. Ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi - HSP*. 2 (1) 100-112. doi:10.17681/hsp.20993
- Youssef, N., Rizk, B., Decotis, D. ve Rezk, Y. (2012). *The interaction between mood disorders and infertility*. Rizk, B. ve Sallam H. N. (Ed.), *Clinical infertility and in vitro fertilization*. (s. 171-174) içinde. London: Jappee Brothers Medical Publisher.
- Yu Y., Peng L., Chen L., Long L., He W., Li M. ve Wang T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*. 215, 401-405. doi:10.1016/j.psychres. 2013.10.032
- Yurtsever, P. A. (2014). *Sanat psikodrama*. İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık.
- Zangeneh, F. Z. ve Shoostary F. S. (2009). Chronic stres and limbic - hypotholomopituitary - adrenal axis (LHPA) responses in female reproductive system. *Journal of Family and Reproductive Healt*. 3 (4), 101-108.

EKLER

1. Ek: Belgeler - İzinler



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

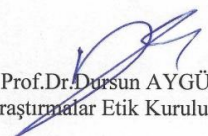
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/119

26.02.2016

Sayın Prof. Dr. Kurtman ERSANLI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2016/86 Karar nolu nitelikli Anket çalışması + Veri kaynakları taraması araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergeline göre 25.02.2016 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra *başlanmasına* oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Sayı : 2016/253
Konu : Tez Çalışması Hk.

15.03.2016

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Başkanlığı
SAMSUN

İlgi: 15.03.2015 tarihli dilekçeniz;

İlgili dilekçenize istinaden hastanemiz Tüp Bebek Merkezinde, Yardımcı Araştırmacı Necla Afyonkaya Talay'ın Prof. Dr. Kurtman Ersanlı danışmanlığında "İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının, İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi" doktora tez çalışmasını yürütmesi uygundur.

Bilgilerinize sunarım.


Dr. Mustafa ŞEN
Başhekim



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-757.01-E.28117-12
Konu : Tez Çalışmanız Hakkında

14/12/2016

SN.NECLA AFYONKALE TALAY

" İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Stres Düzeyine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmanızı Hastanemizde yürütme isteğinizin uygun görüldüğünü belirtir Tüp Bebek Merkezi Sorumlusunun 12/12/2016 tarih ve 331 sayılı yazıları ekte sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Ek: belge

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr

Meral TULUM

meral.tulum@omu.edu.tr

Dahili Tel : 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 00NB-V4TH-0YOG kodu ile yapılabilir.

Sayı:331/TB

12.12.2016

MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE

Klinik Psikolog Necla Afyonkale TALAY'ın "İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasının uygulamasını Tüp Bebek Merkezinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Davut GÜVEN

Tüp Bebek Merkezi

Sorumlusu

11.02.2018

Re: for FPI - Necla Afyonkale TALAY

Re: for FPI

Christopher Newton <Christopher.Newton@lhsc.on.ca>

18.12.2014 (Per) 15:07

Kime:Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com>;

📎 9 ekin (4 MB)

FPI Questionnaire Format 2.doc; FPI Scoring and Norms.RTF; Turkish Doğurganlık Sorunu Envanteri.docx; Wischmann_2011.pdf; Haemmerli 2009.pdf; Faramarzi .pdf; effects on infertility-related stress.pdf; FPI and Appraisal of life events Greek translation.pdf; Moura-Ramos et al, 2011, Assessing infertility stress, Human Reproduction.pdf;

Necla:

You have my permission to use the Fertility Problem Inventory in your study. I have attached a copy of the questionnaire, the scoring format and the norms based on infertility patients treated at our clinic. I have also attached a Turkish translation. If you create a new translation which you feel is a substantial improvement on this one, I would appreciate receiving a copy to share with other researchers. I have also attached a few other publications on the FPI.

best wishes

Chris newton

Dr. Christopher Newton
Clinical Psychologist
The Fertility Clinic
London Health Sciences Centre
christopher.newton@lhsc.on.ca

>>> Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com> 17:33 Wednesday, December 17, 2014 >>>
Dear C.Newton,

I'm a PhD student at the University of 19 Mayıs (Faculty of Education, Department of Counseling&Guidance), Turkey. I want to work about infertility with infertile couples or infertile women for my PhD thesis. I would like to prepare a psychological counseling/education program (about coping with infertility), and after that evaluate the efficacy of program. Therefore I need a scale for pretest-posttest assesment. In studies made in Turkey, depression-anxiety scales are more commonly used. While I was doing literature review, I got my attention your scales ("**The Fertility Problem Inventory**") which used in the article (The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress,1999) and other articles (e.g. Kim et al ; O'Donnell; Mauro-Ramos et al; Tawfeeq Ali).

I would like to use your scale in my research. Could you please give me a permission to use the scales and send it to me? Also, if there are any articles about the validity and reliability of the scales, that'd be very helpful for my research.

I'm waiting for your reply. Thank you in advance for your help.

Necla Afyonkale TALAY
Clinical Psychologist
Samsun-Turkey

This information is directed in confidence solely to the person named above and may contain confidential and/or privileged material. This information may not otherwise be distributed, copied or disclosed. If you have received this e-mail in error, please notify the sender immediately via a return e-mail and destroy original message. Thank you for your cooperation.

<https://outlook.live.com/owa/?viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=AQMkADAwATEAGM1OC1iZWNmLTY4MzktMDACLTAwCgBGAAAD%2B...> 1/1

11.02.2018

Posta - n_afyonkale@hotmail.com

SV: for WOCQ and FPS

Lone Schmidt

18.12.2014 (Per) 11:04

Kime: Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com>;

📎 5 ekin (702 KB)

Schmidt_DMB_2006.pdf; Schmidt_HR_2003a.pdf; Schmidt_HR_2005b.pdf; baseline_female_COMPI.pdf; COMPI_Psychosocial_scales_questionnaire_items.pdf;

Dear Neda Afyonkale Talay,
Thank you for your interest in my work.

You are welcome to use the COMPI Coping Strategy Scales and the COMPI Fertility Problem Stress Scales in your work.

When you later publish your work, please use the names for these scales as stated above.
Further, you have to refer the following publication (attached):

Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Danish Medical Bulletin 2006;53:390-417

I will appreciate if you send to me the future publications from your work.
Please, find attached:

1. The COMPI baseline questionnaire for women where all items are included
2. A list of items included in the final COMPI psychosocial scales

Regarding the COMPI Coping Strategy Scales we have conducted a confirmatory factor analyses (paper attached, Human Reproduction 2005).

Regarding the COMPI Fertility Problem Stress Scales we have conducted an exploratory factor analysis (paper attached; Human Reproduction 2003)

We are currently conducting a cross-cultural validity study of different studies in different countries having used the COMPI psychosocial scales.
This work is not published yet.

Do not hesitate to contact me if you any further queries regarding the COMPI scales.

Yours sincerely,
Lone Schmidt

Lone Schmidt

Associate Professor, DMSci, PhD

Department of Public Health

Section of Social Medicine
University of Copenhagen
CSS, 5 Øster Farimagsgade, PO Box 2099
DK-1014 Copenhagen K, Denmark

TEL +45 35327962

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/AQMkADAwATEXAGM1OC1iZWNmLTU4MzktMDACLTAwCgAuAAAD%2BhcTfjOihUGe%2FGdocAYqwa...> 1/2

11.02.2018

Posta - n_afyonkale@hotmail.com

DIR +45 35327631

MOB +45 22416585

lone.schmidt@sund.ku.dk



FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES
UNIVERSITY OF COPENHAGEN

Fra: Necla Afyonkale TALAY [mailto:n_afyonkale@hotmail.com]

Sendt: 17. december 2014 23:22

Til: Lone Schmidt

Emne: for WOCQ and FPS

Dear L.Schmidt,

I'm a PhD student at the University of 19 Mayıs (Faculty of Education, Department of Counseling&Guidance), Turkey.

I want to work about infertility with infertile couples or infertile women for my PhD thesis. I would like to prepare a psychological counseling/education program (about coping with infertility), and after that evaluate the efficacy of program. Therefore I need a scale for pretest-posttest assesment. In studies made in Turkey, depression-anxiety scales are more commonly used. While I was doing literature review, I got my attention your scales ("**Fertility Problem Stress Scale**" and "**Ways of Coping Scale**") which used in the article (Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment, 2005) and other articles (e.g. Aflakseir and Zarei; Boivin et.al).

I would like to use your scales (especially "**ways of coping scale**") in my research. Could you please give me a permission to use the scales and send them to me? Also, if there are any articles about the validity and reliability of the scales, that'd be very helpful for my research.

I'm waiting for your reply. Thank you in advance for your help.

Necla Afyonkale TALAY
Clinical Psychologist
Samsun-Turkey

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/AQMkADAwATEwAGM1OC1iZWNmLTY4MzktMDACLTAwCgAuAAAD%2BhcTfjOihUGe%2FGdocAYqwa...> 2/2

11.02.2018

Posta - n_afyonkale@hotmail.com

Re: FW: COMPI ölçekleri hakkında...

selin.belen

22.12.2014 (Pzt) 14:44

Kime: Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com>;

Merhaba Necla Hanım,

Tez için COMPI Baş etme becerileri ölçeğini Türkçe'ye çevirdik. Konu hakkında makale basımını henüz gerçekleştirmedik ama sunumumuzu ESHRE'de yaptık. Tez çalışmam YÖK'ün sisteminde, tam erişim izni verdik. Oradan ölçeğe de analizlere de ulaşabilirsiniz. Herhangi bir sorun çıkarsa haber verin lütfen.

İyi çalışmalar

Selin Belen

2014-12-19 16:03, Necla Afyonkale TALAY yazmış;

> Selin Hanım merhaba,

>

> 19 Mayıs Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Rehberlik ABD'da doktora

> öğrencisiyim. Tez çalışmamla ilgili olarak Lone Schmindt ile

> yazışmalarımda, kendisi COMPI ölçekleri için daha önce size de izin

> verdiğini belirtti. Ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine

> yönelik bir çalışmanın olup olmadığını ya da herhangi bir

> yayınının olup olmadığını öğrenmek istedim. Eğer varsa yayınlarınızı

> (en azından ulaşabilmem için künyelerini) paylaşırsanız sevinirim.

>

> Cevabınızı bekliyorum olacağım.

>

> Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İyi günler...

>

> _Uzm.Psk. Necla AFYONKALE TALAY_

> _Klinik Psikolog_

> _Samsun_

11.02.2018

Posta - n_afyonkale@hotmail.com

RE: !!!Doktora çalışmanızla ilgili-COMPI

Tulay Yılmaz

10.6.2015 (Çar) 21:13

Kime: Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com>;

📎 1 ekin (4 MB)

tulay_sahin_yilmaz_tez.pdf;

Merhaba Necla Hanım,
Ben doktora tezimde Lone Schmidt'in iki ölçeğini Türkçe'ye uyarlamıştım.
Ekte tezimin PDF formatını gönderiyorum. Gerekli bilgiler içinde yer almaktadır.
Şu anda bulduğunuz makale dışında ilgili yayınlam yok. Yayınlam olduğça sizinle paylaşırım.
Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Öğr.Gör.Dr.Tulay YILMAZ
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi
34740 Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE
e-mail: tulaymert@hotmail.com
tyilmaz@istanbul.edu.tr
Telefon: +90 212 414 15 00/ 40140
Fax: +90 212 414 15 15

Tulay YILMAZ, Obstetrics and Gynecology Nurse, PhD
Istanbul University Faculty of Health Science Department of Midwifery
Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi
34740 Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE
e-mail: tulaymert@hotmail.com
tyilmaz@istanbul.edu.tr
Telefon: +90 212 414 15 00 / 40140
Fax: +90 212 414 15 15

From: n_afyonkale@hotmail.com
To: tulaymert@hotmail.com
Subject: !!!Doktora çalışmanızla ilgili-COMPI
Date: Wed, 10 Jun 2015 20:44:02 +0000

Tulay Hanım merhaba,

Ben 19 Mayıs Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik ABD'da doktora öğrencisiyim. Tez aşamasında olup, tez konum infertil çiftlere yönelik. Aralık ayında Schmidt ile yazışmıştım ve ölçeklerin kullanımı için izin vererek, bana ölçekleri göndermişti. Mail trafiği sırasında Türkiye'den benim gibi izin isteyenlerin olup olmadığını sormuştum ve kendisi yaklaşık 4 isim ve mail adresi göndermişti. Verdiği isimlere ulaşmaya çalışmıştım, sadece bir kişi geri dönüş yapmıştı. O kişide 2014 yılında yüksek lisans tezinde başa çıkma ölçeğini kullanarak, kendi örneklemi üzerinden ilgili analizleri yapmış, Bende çalışmam için COMPI Başetme Stratejileri ölçeğini kullanmayı planlıyorum ve geçerlik güvenilirliğine dair çalışma yapacaktım.

Az önce güncel neler var diye arama yaparken, tesadüfen sizin " İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemsirelik Yaklaşımları" makalenizi fark ettim. Makalenin doktora tezinizden türetildiği bilgisi yer alıyor. İlgili ölçeklerin geçerlik güvenilirliği doktora çalışmanızda yapılmış sanırım. Dolayısıyla en doğrusu benim sizin çalışmanızı kaynak göstermem olacaktır. Eğer mümkünse, tezinizi ve ilgili çalışmalarınızı yollar mısınız?

İlginiz ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/AQMkADAwATEXAGM1OC1iZWNmLTU4MzktMDACLTAwCgAuAAAD%2BhcTfj0ihUGe%2FGdocAYqWA...> 1/2

12.02.2018

Posta - n_afyonkale@hotmail.com

Re: Makaleniz hakkında bilgi!!!

Nurdan Eren Bodur

14.6.2015 (Paz) 12:02

Gelen Kutusu

Kime: Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com>;

Merhaba Necla Hanım,

yurtdışında tatilde olduğum için mailinize geç dönebiliyorum. FPI yı ben uzmanlık tezimde kullandım, geçerlilik güvenilirliğini de yaptım öyle kullandım, o dönemde danışmanım ile birlikte Newton ile yazışmıştık. ancak geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yayına dönüştürmedim. Ama tezim içinde geçerlilik güvenilirlik bulgularına da yer verdim. Dilerseniz tezimi gönderebilirim, ölçeğin çevirisi ile birlikte. Daha önce Bolu dan hemşirelik fakültesinden de tezimi referans göstererek bu ölçeği kullandıkları bir çalışma yayınladılar. İkinci sorunuzun yanıtını ilk elden almışsınız ancak ben o zaman ve hala infertilite sorununu bir eşe özgü düşünmemiştim, çiftin sorunu gibi ele aldım. İnfertilite nedenine göre de bulguları değerlendirdim ama (kadından erkekten her ikisinden ve bilinmeyen alt başlıklarında) neden ne ve kime ait olursa olsun çiftin sorunu gibi düşündüm ben bu sorduğunuz soruları hiç sormamıştım, o yüzden böyle bir makale arayışına girmedim ya da kullanılan makaleleri bu gözle değerlendirmemişim. bir yandan da önemli sorular teknik olarak, bilmiyorum Newton nasıl yanıtladı.

Size tezimi ve ölçekle ilgili materyali en erken önümüzdeki pazar (21 Haziran gibi) gönderebilirim. Geç mi olur sizin için. Sizden haber bekliyorum, bu arada daha acil ise başka nasıl bir çözüm üreteceğimi düşüneneğim.

İyi çalışmalar,

Nurdan Eren Bodur

iPhonedan gönderildi

12 Haz 2015 tarihinde 13:25 saatinde, Necla Afyonkale TALAY <n_afyonkale@hotmail.com> şunları yazdı:

Nurdan Hanım merhabalar,

19 Mayıs Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve rehberlik ABD'da doktora öğrencisiyim. tez aşamasında olup, infertil çiftlere yönelik bir çalışma yapacağım. Literatür çalışmada Newton'un FPI ölçeğine rastlamıştım ve ölçeğin Türkiye'de yapılmış geçerlik güvenilirlik çalışmasını araştırdığımda her hangi bir çalışma bulamamıştım. az önce "İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi" adlı makalenizi okurken, bu ölçeği kullandığınızı farkettim. Bu konuda üç sorum olacak:

Birincisi FPI'nin Türkçe güvenilirlik-geçerlilik çalışmasının yapıldığına dair her hangi bir çalışma hakkında bilginiz var mı? Ya da ölçeğin kullanıldığı başka çalışmalarda ilgili bilginiz var mı? Eğer ilgili çalışmalar elinizde var ise (künye bilgisi ya da pdfsi) bana yollarsanız sevinirim.

İkincisi Newton'un orijinal makalesinde ölçek geliştirilirken kullanılan örneklem infertil kadın ve infertil erkeklerden oluşmuş. Siz ise infertil tanısı alan bireylerin eşlerine de aynı ölçeği vermişsiniz. Bende çalışmamda aynı şekilde eşlere vermeyi de planlıyordum ama orijinal makalede bununla ilgili bilgi olmadığı ve örneklemin infertil bireyler oluşmasından dolayı kafam karışmıştı. Sizin makalenizi de görünce, size danışmak istedim. eşlere de uygulanabileceğine dair bir makale/bilgi ya da benzer şekilde kullanılan başka bir çalışma hakkında bilginiz var mı?

Üçüncüsü ise geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmadığı varsayımı ile (daha önce yapılan bir çalışmaya rastlayamadığım için) ölçeği Newton'dan isteyip, Türkçe çevirisini yapmışım. çalışmanızda kullandığınız hali gönderirseniz, karşılaştırma yapmak isterim.

Zaman ayırdığınız için teşekkürler...

NOT: Kısa dönemde çalışmamın yönünü tayin edeceğim için, cevabınız benim için önemli. Cevabınızı bekliyorum olacağım.

2. Ek: Kişisel Bilgi Formu

1. Ad – Soyad:
2. Yaşınız: Eşinizin yaşı:
3. Eğitim durumunuz nedir? Eşinizin eğitim durumu:
1) İlköğretim 2) Lise 3) Üniversite 4) Lisans Üstü
4. Kaç yıllık evlisiniz?
5. Kaçınıcı evliliğiniz? Eşinizin kaçınıcı evliliği?
6. Daha önce herhangi bir yardımcı üreme tekniği ile tedavi girişiminiz oldu mu?
1) Evet 2) Hayır Evet ise kaç kez?/nerede? /
Tanıyı ne zaman / kaç yıl önce aldınız?
7. Sizin (K) ve eşinizin (E) çalışma durumu nedir?
1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (K: / E:)
8. Ailenizin bir aylık toplam geliri yaklaşık ne kadardır?lira.
(Siz dâhil evde kaç kişi yaşıyorsunuz?)
9. Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek
10. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?
1) Evet 2) Hayır Var ise nedir?
11. Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?
1) Evet 2) Hayır Var ise nedir?
12. Hali hazırda psikiyatrik ilaç (tedavi) ya da psikoterapi alıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır Var ise nedir?
13. Hali hazırda düzenli olarak gevşeme egzersizi ya da herhangi bir meditasyon çalışması yapıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
14. Hali hazırda ve / veya geçmişte uzun süreli bireysel ya da evlilik danışmanlığı aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır
15. Sigara / alkol / madde kullanımınız var ise, türü nedir ve sıklığı / miktarı ne kadardır?
1) Yok 2) Var Belirtiniz:

3. Ek: Bilgilendirilmiş Onam Formu

İnfertilite Nedir?

• **İnfertilite**, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç-dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumu olarak tanımlanmaktadır. Kadın ve/veya erkek kaynaklı fiziksel sorunlara ya da belirlenemeyen nedenlere bağlı olabilir. İnfertilite tedavisinde gebeliğin gerçekleşmesi için Yardımcı Üreme Teknikleri (tüp bebek (IVF), aşılama gibi...) kullanılmaktadır.

İnfertilite ve Psikolojik Hizmetlerin Önemi:

• Çoğu çift için genellikle beklenen bir durum olan “ebeveyn olmak” psikolojik ve sosyal gelişim açısından hem kadın, hem de erkek için yetişkinliğe geçişi işaret eden önemli bir roldür. Dolayısıyla doğurganlıkla ilgili yaşanan bir problemden dolayı “çocuk sahibi olamamak” bireyler için tıbbi bir sorun ya da durum olmanın ötesine geçerek farklı alanlarda sorunlara neden olabilmektedir. İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sosyal yönleri olan, ayrıca bireylerin ve çiftlerin ihtiyaçlarını ve hedeflerini tehdit eden bir krizdir.

• İnfertilite tanısı almanın kendisi kadar tedavi süreci de hem kişiler üzerinde, hem de çift ilişkisi üzerinde olumsuz etkiler ve ek stresler oluşturabilmektedir. Çalışmalarda infertilite sorunu yaşayan bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürebilmelerinde “infertilite kaynaklı stresle daha etkin bir şekilde başedebilmelerini sağlamanın” önemli olduğu ile bu doğrultuda bireylere ve/veya çiftlere sunulan psikolojik hizmetlerin yarar sağladığı vurgulanmaktadır.

Bu Araştırma Nedir?

• Bu çalışma, **T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD. “Doktora Programı”** bünyesinde **Prof. Dr. Kurtman ERSANLI** danışmanlığında, “**İnfertilite ile Baş Etme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi**” konulu tez çalışması kapsamında **Klinik Psikolog Necla AFYONKALE TALAY** tarafından yürütülmektedir.

- Çalışmada infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi yüksek olan ve infertilite ile başetme sorunu yaşayan bireylere bu sorunları ile başetme becerisini geliştirmeye yönelik psikolojik yardım verme ilkeleri üzerine temellenen çerçevede bir “Psiko-eğitim Programı” geliştirmek ve bu programın etkililiğini test etmek amaçlanmaktadır. Program araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

- Çalışmamız infertilite tanısı almış olan **evli KADIN** bireylere yöneliktir. Bu çalışmada tüm katılımcılar ile bir ön görüşme yapılacak ve bazı ölçekler doldurulacaktır. Ön görüşme ve ölçeklerden edinilen bilgiler doğrultusunda çalışmaya dâhil edilecek infertil kadın bireyler, rastlantısal olarak grupların birbirine denk olacağı şekilde iki gruba ayrılacaktır. Gruplardan birine 10 oturumdan oluşan program uygulanacak ve sonrasında ölçek uygulamaları tekrarlanacaktır.

- Oturum içeriklerinin değerlendirilebilmeleri için yapılacak program oturumlarının video kamera ile kayıt altına alınması gerekmektedir. İsimler ve özel kişisel bilgiler belirtilmeksizin, bu kayıtlardaki veriler değerlendirilecek ve uygun zaman sonrasında imha edilecektir. Görüşme sırasında alınacak yanıtlar, daha sonra eğitim ya da bilimsel araştırma amaçlı olarak isim belirtilmeden kullanılabilir. Toplanan yanıtların bu şekilde kullanılması durumunda katılımcılara ait bilgiler tamamen **gizli** tutulacak ve **hiçbir şekilde başkalarıyla paylaşılmayacaktır.**

- Bu çalışmaya katılım için herhangi bir isim altında bir ücret istenmeyecektir ve herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Bu çalışma katılımcılar için herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya Katılım:

- Katılım için gönüllülük esasına bağlı olarak bu bilgilerin okunması ve sonrasında formda yer alan ilgili bölümün doldurulması gerekmektedir.

Araştırmaya katılmak için aranan ön şartlar:

- 1) Katılımdan az 6 ay öncesinde “infertil” tanısı alan kadın olmak,

- 2) En az bir kez yardımcı üreme tekniklerinden (YÜT) her hangi biri kullanılarak tedavi uygulanmış olmasına karşın gebeliğin gerçekleşmemiş ve/veya son bulmuş olması,
- 3) Herhangi bir şekilde çocuğun olmaması (Üvey, evlat edinme, önceki evlilikten çocuk sahibi olma gibi),
- 4) İnfertilite dışında günlük yaşamı aksatan/ciddi düzeyde fiziksel ya da psikiyatrik hastalığının olmaması,
- 5) Çalışmaya katılım için gönüllü olmak ve çalışma sonuna kadar katılımı beyan etmek.

Çalışmadan Beklenen Yarar:

• Yapılacak bu araştırmanın katılımcılara psikolojik destek sağlama ve başetme becerilerinin gelişimini sağlayacağı gibi bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar infertilite sorunuyla mücadele etmekte olan kadınların yaşantısının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. İnfertilite sorunu yaşayan bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürmelerinde psikolojik destek almaları yarar sağlayabilir. İnfertilite sorunuyla mücadele etmekte olan kadınların gereksinimlerini anlayabilmek, profesyonellerin infertil bireylere tedavi sürecinde daha iyi hizmet verebilmelerine katkıda bulunacaktır. Katılımcıların deneyimleri diğer infertilite sorunuyla başetmeye çalışan bireylerle çalışırken yol gösterici olacaktır.

Katılımcının Beyanı:

Yukarıdaki bilgileri okudum. Klinik Psikolog Necla Afyonkale Talay tarafından **“İnfertilite ile Baş Etme Becerisi Geliştirme Programının, İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi”** konusunda yapılacak olan araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Araştırmacı	Katılımcı ... / ... / 201...
Necla AFYONKALE TALAY Klinik Psikolog OMÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD. Doktora Programı e-mail: n_afyonkale@hotmail.com İMZA	Adı / Soyadı: Tel: 0 (.....) İMZA

4. Ek: Fertilite Soru Envanteri

FSE							
<i>Aşağıdaki ifadeler, doğurganlık sorunu ile ilgili farklı görüşler ifade etmektedir. Lütfen her bir ifade için katılıp katılmama durumunuzu kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Eğer bir çocuğunuz var ise, lütfen yeni bir çocuk sahibi olduktan sonraki hislerinizi dikkate alınız. Lütfen her maddeyi işaretleyiniz.</i>							
No:	İfadeler:	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Biraz katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		1	2	3	4	5	6
1.	Çocuk sahibi olmayan çiftler, çocuk sahibi olanlar kadar mutludur.	()	()	()	()	()	()
2.	Gebelik ve doğum çiftlerin ilişkisindeki en önemli iki olaydır.	()	()	()	()	()	()
3.	Doğurganlık sorunundan dolayı, cinsellikten aldığım keyfi kaybettiğimi fark ettim.	()	()	()	()	()	()
4.	Eşime eskisi kadar çekici göründüğümü hissediyorum.	()	()	()	()	()	()
5.	Benim için, ebeveyn olmak doyurucu bir iş yaşamından daha önemli bir hedeftir.	()	()	()	()	()	()
6.	Evliliğimin devamı için bir çocuğa (ya da başka bir çocuğumuzun olmasına) ihtiyacımız var.	()	()	()	()	()	()
7.	Çocuk sahibi olamasam bile hemcinslerimden farklı hissetmiyorum.	()	()	()	()	()	()
8.	Çocuk sahibi olana kadar kendimi tam bir yetişkin gibi hissetmem güç.	()	()	()	()	()	()
9.	Çocuklar hakkında soru sorulması beni rahatsız etmiyor.	()	()	()	()	()	()
10.	Çocuksuz (ya da bir çocuğumuzun daha olmadığı) bir gelecek beni korkutuyor.	()	()	()	()	()	()
11.	Eşimi üzeceği için ona nasıl hissettiğimi gösteremiyorum.	()	()	()	()	()	()
12.	Çevremizdeki aileler bize herhangi farklı davranışta bulunmuyor.	()	()	()	()	()	()
13.	Cinsel yaşamda başarısız olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()	()
14.	Tatiller benim için özellikle zordur.	()	()	()	()	()	()
15.	Çocuk sahibi olmamızın (ya da başka bir çocuğumuz olmamasının) çok sayıda avantajını görebiliyorum.	()	()	()	()	()	()
16.	Eşim çocuk sahibi olamayışımızın beni nasıl etkilediğini anlamıyorum.	()	()	()	()	()	()
17.	Sevişirken, tek düşünebildiğim çocuk (ya da başka bir çocuk daha) isteğimiz oluyor.	()	()	()	()	()	()
18.	Eşim ve ben çocuğumuzun olmayışı ile ilgili sorunlarla beraber baş ediyoruz.	()	()	()	()	()	()
19.	Çocuğumuz olmadığından dolayı değersiz hissediyorum.	()	()	()	()	()	()

20.	Çocuk sahibi olmadan da (ya da bir çocuğumun daha olmadığı) birlikte mutlu bir yaşam hayal edebiliyorum.	()	()	()	()	()	()
21.	Eşimin çocuk sahibi olamayışımıza verdiği tepkiler, beni rahatsız ediyor.	()	()	()	()	()	()
22.	Başka bir hayal kırıklığı yaşamak istemediğim için sevişmek istemiyorum.	()	()	()	()	()	()
23.	Çocuk (ya da başka bir çocuk daha) sahibi olmak hayatımın en önemli odağı değil.	()	()	()	()	()	()
24.	Eşim benim yüzümden hayal kırıklığı yaşıyor.	()	()	()	()	()	()
25.	Bazen çocuk sahibi olmak (ya da başka bir çocuk daha) isteyip istemediğimden cidden şüphe ediyorum.	()	()	()	()	()	()
26.	Eşim ve ben, çocuk sahibi olamayışımızı birbirimizle açıkça konuşabiliyoruz.	()	()	()	()	()	()
27.	Ailelerle bir araya gelmek benim için özellikle zor.	()	()	()	()	()	()
28.	Çocuk sahibi olmamak (ya da başka bir çocuğumun olmaması) diğer doyurucu şeyler yapmam için bana zaman sağlıyor.	()	()	()	()	()	()
29.	Çoğu kez, ebeveyn olmak için doğmuş olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()	()
30.	Kendimi çocuk sahibi olan arkadaşlarımla kıyaslamaktan alıkoyamıyorum.	()	()	()	()	()	()
31.	Çocuk sahibi olmak (ya da bir çocuğumuzun daha olmaması) mutluluğum için gerekli değil.	()	()	()	()	()	()
32.	Hamile kalmak için kritik günü kaçırmışsak, kendimi oldukça kızgın hissederim.	()	()	()	()	()	()
33.	Çocuk sahibi olamamaktan dolayı ayrılacağımızı düşünemiyorum.	()	()	()	()	()	()
34.	Kendimi bildim bileli ebeveyn olmak isterim.	()	()	()	()	()	()
35.	Çocuk sahibi olan arkadaşlarımla hala birlikteliklerimi sürdürüyorum.	()	()	()	()	()	()
36.	Çocuk sahibi olamayışımız hakkında ne zaman konuşmaya çalışsak, bir tartışmaya yol açacakmış gibi geliyor.	()	()	()	()	()	()
37.	Bazen kendimi çok baskı altında hissettiğimden, sevişmekte zorlanıyorum.	()	()	()	()	()	()
38.	Çocuk sahibi (ya da başka bir çocuğa daha sahip) olmasak da uzun ve mutlu bir ilişkimiz olabilir.	()	()	()	()	()	()
39.	Küçük çocuğu olan arkadaşlarımla zaman geçirmek, bana zor geliyor.	()	()	()	()	()	()
40.	Çocuklu aileler gördüğüm de, dışlanmış hissediyorum.	()	()	()	()	()	()
41.	Çocuk sahibi olmamanın sağladığı özgürlük hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()	()
42.	Çocuk sahibi olmak için her şeyi yapabilirim.	()	()	()	()	()	()

43.	Ailem ya da arkadaşlarım beni yarı yolda bırakacak gibi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Başkalarının çocuklar hakkında söyledikleri beni rahatsız etmiyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	Çocuk sahibi olamayışımızdan dolayı eşimle birbirimizden uzaklaşacağımızdan endişeleniyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Çocuk sahibi olamayışımızla ilgili konuştuğumuz zaman, eşim yorumlarım sayesinde rahatlamış gibi görünüyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



5. Ek: COMPI İnfertilite Stresi ile Başaçıkma Ölçeği

Sayın Katılımcı, İnfertilite tedavisi gören çiftlerin sıkıntılarıyla nasıl başa çıktıklarını öğrenmek amacıyla bir araştırma yapıyoruz. Aşağıda bireylerin infertilite ile nasıl başa çıktıklarını anlamaya yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeleri samimiyetle yanıtlamanızı rica ederiz. Tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Lütfen aklınıza ilk gelen cevabı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Boş bırakmayınız. Yardımlarınız için teşekkür ederiz. ☺

<i>İnsanlar infertilite sorunuyla farklı yollarla başa çıkmaktadır. Siz nasıl başa çıkarsınız? Ben</i>	Kullanmıyorum 1	Kısmen Kullanıyorum 2	Sık Sık Kullanıyorum 3	Çok Sık Kullanıyorum 4
1 - Gebe kadın ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınıyorum.	()	()	()	()
2 - İnsanlar gebelik ve çocuklar ile ilgili konuştuklarında ortamı terk ederim.	()	()	()	()
3 - Duygularımı kendime saklamaya çalışırım.	()	()	()	()
4 - Aklımı bu konulardan uzak tutabilmek için işe sarılırım veya başka iş yaparım.	()	()	()	()
5 - Bir yolunu bulup, duygularımı dışa yansıtırım.	()	()	()	()
6 - Başkalarının ilgi ve anlayış göstermelerini beklerim.	()	()	()	()
7 - Çocuğu olmayan başka kişilere danışırım.	()	()	()	()
8 - Bir yakınıma veya arkadaşıma danışırım.	()	()	()	()
9 - İnfertilite ile ilgili (kitap, broşür v.b.) okurum veya televizyon izlerim.	()	()	()	()
10 - Bir mucize olmasını beklerim.	()	()	()	()
11 - Yapabileceğim tek şeyin beklemek olduğunu hissederim.	()	()	()	()
12 - İşlerin nasıl değişebileceğiyle ilgili fanteziler ve hayaller kurarım.	()	()	()	()
13 - Bireysel olarak kendimi geliştiririm.	()	()	()	()
14 - İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünürüm.	()	()	()	()
15 - Evliliğimin/ilişkimin şu anda daha değerli olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()
16 - Başka yaşam hedefleri bulurum.	()	()	()	()
17 - Bir çocuğa sahip olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanırım.	()	()	()	()

<i>Aşağıdaki konular hakkında diğer insanlarla konuşur musunuz? Ben</i>	Diğer kişilerle konuşmam 1	Sadece yakınlarımla konuşurum 2	Bildiğim çoğu kişi ile konuşurum 3
18 - Çocuğumuzun olmaması ile ilgili duygularımı ...	()	()	()
19 - Testlerin ve tedavilerin beni duygusal olarak nasıl etkilediğini ...	()	()	()