



**T.C.**

**TOROS ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**

**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN PSİKOLOJİK  
DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA  
TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Derya ETEMAN KAYA**

**DANIŞMAN**

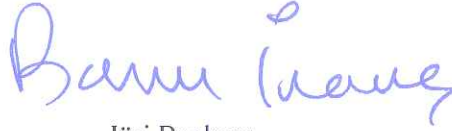
**Dr. Öğr. Üyesi Fatma Sema GÜRKAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ARALIK 2018**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Derya ETEMAN KAYA tarafından hazırlanan “İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma 13/12/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Psikoloji Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Banu YAZGAN İNANÇ



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Faik Gürkan YAZICI

(Mersin Üniversitesi)

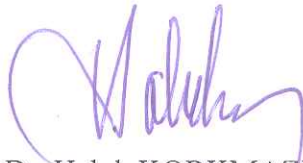


Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Sema GÜRKAN

Savunma Sınav Jürisi Tarafından Tezin İmzalı Nüshasının Teslim Tarihi : 09./01./2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Haluk KORKMAZYÜREK

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmada;

- Sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirim, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

13/12/2018

Derya ETEMAN KAYA

# İNFERİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Derya ETEMAN KAYA  
TOROS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

2018

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmaya, Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezine başvuran, tüp bebek ve aşılama tedavisi alan toplam 97 kadın katılmıştır. Çalışmada uygunluk örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmada Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Ölçeklerdeki sonuçlara göre infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılıkları ile stresle baş etmelerindeki ilişkiye bakıldığında 0,67 korelasyon katsayısı ile ( $p < .05$ ) düzeyinde kuvvetli bir doğrusal ilişki bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında YPD ölçeğinin alt boyutlarının tamamının SBÇT ölçeği alt boyutlarından “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” ile negatif korelasyonlu (ters yönlü bir doğrusal ilişki) olduğu görülmektedir. SBÇTÖ alt boyutu “kendine güvenli yaklaşım” ın YPDÖ alt boyutlarından “kendilik algısı” ile %67 düzeyinde, “gelecek algısı” ile %57 düzeyinde ilişkili olduğu bulunmuştur. Tanımlayıcı özellikler ile YPDÖ' ye ait bulgularda; yaş, eğitim, yaşanılan yer, aile biçimi, çalışma durumu, tedavi masraflarını kimin karşıladığı, gelir durumu, evlilik biçimi, kaç yıldır evli olduğu, infertilite etiyojisi (primer, sekonder), infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü, infertilite sebebini bilip bilmediği, psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenlerine göre anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Tanımlayıcı özellikleri ile SBTÖ' ne, ait bulgularda; yaş, eğitim, yaşanılan yer, aile biçimi, çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süresi, infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması, infertilite tedavi sürecinde veya sonrasında psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenlerine göre, anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yine çalışmada elde edilen bulgulara göre; YPDÖ' ye ait bulgularda; eğitim, aile biçimi, çalışma durumu, gelir durumu, infertilite nedeni ve SBTÖ' ye ait bulgularda; evlilik biçimi, infertilite etyolojisi, infertilite nedeni ve tedavi süresi durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Anahtar Kelimeler:**İnfertilite, Psikolojik Dayanıklılık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Stres

**PSYCHOLOGICAL RESISTANCE LEVELS OF WOMEN WITH  
INFERTILITY TREATMENT AND STRESS  
INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN STYLES  
(M. Sc. Thesis)**

**Derya ETEMAN KAYA**

**TOROS UNIVERSITY  
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCE**

**2018**

**ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate the relationship between the psychological resilience levels of women receiving infertility treatment and their coping styles. A total of 97 women who received IVF and grafting treatment were admitted to the IVF Center of Mersin University Hospital. In the study, conformity sampling method was used.

In the study, the Psychological Resilience Scale (YPD) in Adults, the Coping Style with Stress Scale (SES) and Personal Information Form were used. According to the results of the scales, a strong linear correlation was found with the correlation coefficient ( $p < .05$ ) between 0,67 and the psychological resilience of women receiving infertility treatment.

According to the findings of the study; When the relationship between the sub-dimensions of the scales is examined, it is seen that the sub-dimensions of the SCA scale are negatively correlated with the desperate approach alt and submissive approach ares. The subscale of self-confident approach "was found to be correlated with% self-perception at 67% and perception of future at 57%.Descriptive characteristics and findings related to YPS are; age, place of residence, marriage type, duration of marriage, infertility etiology, whether there is a change in the behavior of the spouse after the diagnosis of infertility, whether there is a reaction from the family of infertility, the duration of treatment, whether psychological assistance is received during or after the infertility treatment, the problem of not having children It is determined that there is a significant difference according to the variables about whether it is one of the most difficult things to come face to face. With the descriptive features, the findings of the SBSS were; age, education, place of residence, family structure, working status, income status, marriage period, whether there is a change in the behaviors of the spouse after the diagnosis of infertility, whether there is a reaction from the family of infertility, whether psychological assistance is received during or after the infertility treatment, can not have children There is a significant difference according to the variables of whether the problem is one of the most difficult things to face in life. According to the findings of the study again; in the findings of YPL; education, family structure, working status, income status, cause of infertility and the findings of the SBSS; there was no significant difference between the marriage type, etiology of infertility, cause of infertility and duration of treatment.

**Key Words:** Infertility, Psychological Resilience, Coping Styles, Stress

## İTHAF

Bu tezi, üç başarısız spontan gebeliğim, üç başarısız tüp bebek, üç başarısız aşılama ve üç başarısız ilaç tedavisi denememe rağmen, hala içimde umutla beslediğim, hiçbir zaman vazgeçmediğim, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalarak doğurmayı planladığım müstakbel kızım

**Deryanaz'a ve/veya oğlum Ali Çınar'a ithaf ediyorum.**

## TEŞEKKÜR

Tez sürecinde, çalışmanın her aşamasında kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan, zamanını ve içtenliğini esirgemeyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fatma Sema **GÜRKAN'** a desteğinden dolayı teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince, değerli zamanını ve bilgilerini paylaşmış olan **Prof. Dr. Kamuran ELBEYOĞLU**, **Prof. Dr. Banu YAZGAN İNANÇ**, **Dr. Öğr. Üyesi. Münir Yalçın ORTAKALE** ve **Dr. Öğr. Üyesi. E. Ercüment YERLİKAYA'**ya teşekkür ederim.

İstatistik aşamasında verilerin analizinde danışmanlık aldığım kardeşim **Arş. Gör. Fatma Ceylan SERT ETEMAN'** a teşekkür ederim.

Tezimi uygulamama olanak sağlayan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, ekibin bir üyesi gibi gören **Prof. Dr. Faik Gürkan YAZICI** başta olmak üzere çalışmanın yapıldığı Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sevgili hastalarımın teşekkür ederim.

Son olarak yüksek lisansa adım attığım günden bu yana eğitimim boyunca bana destek olan, beni her zaman motive eden ve sonsuz sabır ve anlayış gösteren canım **annem Taciser ETEMAN'a**, sevgisi ve desteği ile yanımda olan sevgili eşim **Özgür KAYA'** ya teşekkür ederim.

**Derya ETEMAN KAYA**

**Mersin-2018**

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xvii
GİRİŞ.....	1
Araştırma Probleminin Tanımı .....	3
Araştırmanın Amacı.....	4
Araştırmanın Önemi .....	4
Araştırmanın Sınırlılıkları .....	5
Varsayımlar .....	5
Tanımlar .....	6

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	7
1.1. Kuramsal Açıklamalar .....	7
1.1.1. İnfertilite kavramı ve tanımı .....	7
1.1.1.1. İnfertilitenin nedenleri .....	8
1.1.1.2. İnfertilitenin etkileri.....	8
1.1.1.3. İnfertilitenin psikolojik boyutları.....	111
1.1.2. Stresle başa çıkma tanımı ve önemi .....	111
1.1.2.1. Stresle başa çıkma yaklaşımları.....	133
1.1.2.2. Stresle başa çıkma tarzları .....	144
1.1.2.3. İnfertilitede stresle başa çıkma .....	20
1.1.3. Psikolojik dayanıklılık kavramı ve tanımı.....	24
1.1.3.1. Psikolojik dayanıklılığa etki eden etmenler.....	26
1.1.3.2. Kuramsal psikolojik dayanıklılık yaklaşımları.....	26



1.1.3.3. Psikolojik dayanıklılığa sahip kişilerin doğuştan gelen ve sonradan kazanılan özellikleri.....	31
1.1.3.4. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki.....	34
1.2. İlgili Araştırmalar .....	35
1.2.1. İnfertiliteye yönelik psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma üzerine yapılan araştırmalar .....	35

## İKİNCİ BÖLÜM YÖNTEM

2. YÖNTEM .....	43
2.1. Araştırmanın Deseni .....	43
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	43
2.3. Verilerin Toplanması.....	46
2.4. Veri Toplama Araçları.....	47
2.4.1. Gönüllü Onam Formu: .....	47
2.4.2. Kişisel Bilgi Formu .....	47
2.4.3. Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	47
2.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	49
2.5. Verilerin Analizindeki İstatistiksel Yöntemler.....	51
2.6. Araştırmanın Etiği.....	51

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

3. BULGULAR .....	52
3.1. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi .....	52
3.1.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	52
3.1.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile eğitim değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	53

3.1.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaşanan yer arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	54
3.1.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile aile biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	55
3.1.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	56
3.1.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	56
3.1.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	57
3.1.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	58
3.1.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite etyolojisi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	59
3.1.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	60
3.1.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların ile Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	61
3.1.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	62
3.1.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	63

3.1.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite sebebini bilip bilmediği değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	64
3.2. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Ait Bulguların İncelenmesi .....	65
3.2.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	65
3.2.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile eğitim değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	66
3.2.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaşanan yer arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	67
3.2.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile aile biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	68
3.2.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	69
3.2.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	70
3.2.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	71
3.2.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	72
3.2.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite etyolojisi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	73

3.2.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	74
3.2.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	75
3.2.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	76
3.2.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi .....	77
3.2.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite sebebini bilip bilmediği değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi.....	78
3.3. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Ait Bulgular ile Stresle Başa Çıkma TarzlarınaAit Bulgular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	79

## DÖNDÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA VE YORUM

4. TARTIŞMA VE YORUM .....	82
4.1. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması .....	82
4.2. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması .....	86
4.3. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Alt Boyut Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması.....	90

**BEŞİNCİ BÖLÜM**  
**SONUÇ VE ÖNERİLER**

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>92</b>
Sonuç .....	92
Öneriler .....	93
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>96</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>123</b>
EK-1 Tezde Kullanılan Kişisel Bilgi Formu .....	123
EK-2 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) .....	126
EK-3 Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) .....	127
EK-4 Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzin Belgesi .....	129
EK-5 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İzin Belgesi .....	129
EK-6 Mersin Üniversitesi Hastanesi Ölçek Uygulama İzin Belgesi... ..	130
EK-7 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	131
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>132</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.1. İnfertilite tedavisi gören kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre kişisel bilgi dağılımı.....	45
Tablo 2.2. Yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları .....	49
Tablo 2.3. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt faktörlerinin (boyutlarının) puan ortalamaları.....	50
Tablo 3.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaş değişkenine göre incelenmesi.....	53
Tablo 3.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin eğitim değişkenine göre incelenmesi.....	53
Tablo 3.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşanılan yer değişkenine göre incelenmesi.....	54
Tablo 3.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aile biçimi değişkenine göre incelenmesi.....	55
Tablo 3.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre incelenmesi .....	56
Tablo 3.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin gelir durumu değişkenine göre incelenmesi .....	57
Tablo 3.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik biçimi değişkenine göre incelenmesi.....	58
Tablo 3.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik süresi değişkenine göre incelenmesi.....	59
Tablo 3.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite etyolojisi değişkenine göre incelenmesi .....	59
Tablo 3.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre incelenmesi .....	60
Tablo 3.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre incelenmesi61	
Tablo 3.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre incelenmesi.....	62

Tablo 3.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre incelenmesi .....	63
Tablo 3.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite sebebini bilip bilmediği değişkenine göre incelenmesi .....	65
Tablo 3.15. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaş değişkenine göre incelenmesi .....	66
Tablo 3.16. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim değişkenine göre incelenmesi .....	67
Tablo 3.17. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaşanılan yer değişkenine göre incelenmesi .....	68
Tablo 3.18. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının aile biçimi değişkenine göre incelenmesi .....	69
Tablo 3.19. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının çalışma durumu değişkenine göre incelenmesi .....	70
Tablo 3.20. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının gelir durumu değişkenine göre incelenmesi .....	71
Tablo 3.21. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik biçimi değişkenine göre incelenmesi .....	72
Tablo 3.22. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik süresi değişkenine göre incelenmesi .....	73
Tablo 3.23. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite etyolojisi değişkenine göre incelenmesi .....	74
Tablo 3.24. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre incelenmesi .....	75
Tablo 3.25. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle baş etme tarzlarının infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre incelenmesi .....	76
Tablo 3.26. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre incelenmesi .....	77
Tablo 3.27. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre incelenmesi .....	78
Tablo 3.28. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite sebebini bilip bilmediği değişkenine göre incelenmesi .....	79

Tablo 3.29. İnfertilite tedavisi gören kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nde yer alan alt boyutlar arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.....	81
--	----



## SİMGELER ve KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklama</b>
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ET</b>	Embriyo Transferi
<b>IVF</b>	Klasik Tüp Bebek İşlemi (In-Vitro Fertilizasyon)
<b>SBTÖ</b>	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
<b>SPSS</b>	Sosyal Bilimler için İstatistik (Statistical Package for the Social Sciences)
<b>YPDÖ</b>	Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
<b>YÜT</b>	Yardımcı Üreme Teknikleri

## GİRİŞ

Varoluşun temelinde doğurganlık vardır. Kadın doğurganlığından dolayı mitolojide Ana Tanrıça olarak isimlendirilmiştir. Kadını biricik yapan, onu özel kılan, yaratma, doğurma, besleme, büyütme kapasitesi kadınlığın özüdür ve bu tarih boyunca korunmuş, ödüllendirilmiş ve kutsanmıştır. Gelecekte umudumuz, ölümsüzlüğümüzün sembolü, ölümün kaçınılmazlığı karşısındaki tek savunmamız doğumdur. Doğurmak her ne kadar kutsal ve türün devamı için gerekli olsa da bazı kadınlar istemelerine karşın çocuk sahibi olamamaktadır.

İnfertilite (Kısırlık), herhangi bir gebeliği önleyici ilaç veya araç yöntemi kullanılmaksızın en az bir yıllık süre içerisinde çiftin düzenli cinsel ilişkisine rağmen kadının gebe kalamaması olarak tanımlanmaktadır (Kızılkaya Beji, Yavan, Dikencik, Akın ve Dinç, 2001). Geçmişte nedeni bilinmeyen infertilitede, kadınların anne olmayla ilgili tutarsız davranışları infertilitenin psikojenik kökenli olduğunu düşündürmüştür (Domar, Broome ve Zuttermeister, 1992). Gelişim gösteren tıbbi bilgi sayesinde, 1970'lerden sonra bilinmeyen infertiliteye karşı bakış açısı değişmiş, psikolojik problemler infertilitenin sebebi değil sonucu olarak değerlendirilmiştir (Bateman Cass, 2000). Zamanla artış gösteren infertilite, hastaları biyo-psiko-sosyal açıdan etkilemektedir. İnfertilite süreci uzun yıllardır 'biyolojik' bakımdan incelenmiş olsa da günümüzde sosyal ve psikolojik olarak önem verilmekte ve bu konuda profesyonel yaklaşımlarda bulunmaktadır.

Anneliğin hem kadın hem de toplum için öncelikli olması, infertilitenin, çocuk sahibi olmayı isteyen kadınların yaşamlarında dönüm noktası olduğunu göstermektedir.

Yapılan araştırmaların çoğu, yardımcı üreme teknikleri (ilaç, aşılama ve tüp bebek) gören kadınların bu işlemde psikolojik, duygusal, cinsel ve ilişkisel, fiziksel, maddi ve mesleki, sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir. (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). Tedavi gören kadınlar psikolojik bakımdan; umutsuzluk, hayal kırıklığı, anksiyete, öfke ve stres yaşamaktadırlar (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). Duygusal bakımdan; kadınlar daha fazla sorumluluk almakta ve daha fazla suçluluk duygusu hissetmektedirler (Oğuz, 2004). Bununla birlikte yardımcı üreme teknikleri genellikle kadınlar üzerinde uygulandığı için, duygusal olarak bu süreci kadınlar erkeklere göre daha yoğun yaşamaktadırlar (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). Cinsel ve ilişkisel bakımdan; evlilik ilişkileri bozulmaktadır (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012).

İnfertilite, aile hayatını negatif yönde etkileyen bir problem olarak, hem araştırma hem de psikolojik destek bağlamında ruh sağlığı açısından önemli bir konu olarak incelenmeye başlanmıştır (Atwood ve Dobkin, 1992). Fiziksel bakımdan tedaviye ilişkin bedende ödem toplanma, kilo alımı ilaçların yan etkisi olarak ortaya çıkmaktadır (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). Maddi ve mesleki bakımdan; tedavi maliyetini üstlenmek çiftlere ağır yükler getirmektedir. Süreçte çalışma düzeni sekteye uğramakta ve kişiler mesleğini yitirme noktasına gelebilmektedir. Tüm bu faktörler, kadınları gelecek planlarından koparabilmektedir. (Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). Sosyal bakımdan; damgalanma, soyutlanma ve baskılara uğramaktadırlar(Dilek ve Kızılkaya Beji, 2012). İnfertil kadınların anne olamamalarından dolayı kendilerini baskı altında hissetmeleri, arkadaşlar ve akrabalarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kuş, 2008; Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy, 2008; Topdemir,2012). İnfertilite sorununun erkekten kaynaklandığı durumlarda bile, birçok kültürde kadından kaynaklanan bir sorun olarak değerlendirilmektedir (May, 1997; Miall, 1986; Stanton and Scheter, 1991).

Bununla birlikte bazı kadınlar, eşleri veya eşlerinin ailesi tarafından çeşitli bahanelerle uzaklaştırılmaya çalışılmakta ve eşleri başka bir kadın için cesaretlendirilmektedir. Kültürel normlar ve değerler ne olursa olsun bu durum doğuda, batıda, kuzeyde, güneyde farklı başlıklar altında kendini göstermekte ve kadınların psikolojik dayanıklılığı büyük yara almaktadır. Yaşanılan bu zorluklar, infertil kadınların çocuk sahibi olmayı istemelerini haklı çıkarmakta, yaşanılan toplumda, ailede, çevrede, kişisel ve sosyal ilişkilerde ruhsal yapıda olumsuz durumlar oluşabilmekte ve en önemlisi de sorunun hassas olması nedeniyle paylaşmamak kadınları desteksiz bırakabilmektedir. Bu durum infertil kadınların psikolojik açıdan destekten yoksun olduğunu göstermektedir.

Psikolojik olarak dayanıklı olmanın, stres ile başa çıkabilmek için gerekli olduğu bilinmektedir. Çocuk sahibi olabilme konusunda kadınların yaşadıkları güçlükler, psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tarzları açısından ele alındığında, tespit edilecek sonuçlar, kadınların yaşanılan olumsuz süreçleri yönetmelerine katkı sağlayacak ve önemli faktörler olarak ele alınabilecektir. İnfertil olmaya bağlı durumlarda yaşanılanlar kaygı verici ve ürkütücü olsa da ortama uyum sağlayabilmek, farklı olasılıkları görebilmek, bütüncül sağlığı muhafaza etmek ve tutarlı bir yaşam geçirebilmek için, psikolojik olarak dayanıklı olmak önemlidir.

Son yıllarda, davranış bilimleri alanında psikolojik dayanıklılık kavramı stresi azaltan ve olaylarla başa çıkma becerisini destekleyen bir kişilik özelliği olarak yoğun ilgi çekmektedir (Maddi ve Kobasa, 1994; Klag ve Bradley, 2004; Judkins ve Rind, 2005; Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico ve Brow, 2006) Bu ilgi gerek kavramsal çözümleme gerekse araştırma boyutunda kendini göstermektedir (Lambert ve Lambert, 1999). Pozitif psikolojide önemli bir yere sahip olan psikolojik dayanıklılık kavramına göre, ruhsal anlamda sağlıklı bireyler, kendileri ile barışık, hareketlerinde tutarlı, hoşgörülü ve farklı görüşlere açık kişilerdir. Bu bireyler yaşamı anlamlandırma, kişiler arası iletişim, karar verme, kimlik geliştirme, fiziksel olarak sağlıklı olma, problem çözme olarak özetlenen yaşam becerilerine sahiptir (Terzi, 2005).

Psikolojik olarak dayanıklı bireyler yaşamlarının birçok alanında deneyim edindiği stresli olayları, kendi yaşamlarının bir parçası olarak düşünürken, dayanıklı olmayanlar yaşadığı problemlere karşı bir yabancılaşma hissederek daha fazla stres yaşamakta ve bu stresle başa çıkmada zorluk çekmektedir (Kobasa, 1979).

Folkman (1984), başa çıkmayı stresörlerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla ortaya konan bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlamaktadır. Stres kısaca, bireyin dışındaki koşullardan ve dünyaya bakış biçiminden kaynaklanmaktadır. Birey karşılaştığı problemin zorluğuna inanırsa güçlü bir motivasyonla kaynak aramaya yönelmekte, aradığı şeyi bulana kadar vazgeçmemektedir (Antonovsky, 1987). Antonovsky, stresin her yerde bulunabileceğini fakat stres yanıtlarının herkeste farklı olabileceğini ifade etmiştir. Stresle doğru bir şekilde başa çıkılmadığında, uzun dönemde üretkenliğin yok olması, yaşamdan keyif alamama ve yakın ilişkilerden izole olma gibi negatif sonuçlar ortaya çıkabilir (akt. Baltaş ve Baltaş, 2000).

#### ➤ Araştırma Probleminin Tanımı

Bu araştırmada, “İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile stresle başa çıkma arasında nasıl bir ilişki vardır?” sorusunun yanıtı aranmıştır. Ayrıca “İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılıkları ve başa çıkma tarzları bazı değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” şeklindeki sorulara da yanıt aranmıştır.

### ➤ Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Alt amaçları ise üç yönde ifade edilmiştir.

1. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık ölçek puanları ile yaş, eğitim, yaşanılan yer, aile biçimi, çalışma durumu, tedavi masraflarını kimin karşıladığı, gelir durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, infertilite etiyojisi (primer, sekonder), infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü, infertilite sebebini bilip bilmediği, psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

2. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle baş etme tarzları ölçek puanları ile yaş, eğitim, yaşanılan yer, aile biçimi, çalışma durumu, tedavi masraflarını kimin karşıladığı, gelir durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, infertilite etiyojisi (primer, sekonder), infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü, infertilite sebebini bilip bilmediği, psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

3. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık ölçek puanları ile stresle başa çıkma tarzları ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

### ➤ Araştırmanın Önemi

Alanyazın incelendiğinde infertilite, psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Ridenour, Yorgason ve Peterson, 2008; Sexton, Byrd ve von Kluge, 2010; Herrmann vd., 2011; Kvamme, 2011; Yu vd., 2014; Shalkouhi, Vatankhah ve Zorbakhsh, 2015; Sanford, Backer-Fulghum ve Carson, 2016).

Araştırmaların genellikle aşağıda sıralanan konular üzerine yoğunlaştığı görülmüştür:

- Eşler arası uyum ve cinsel sorunlar (Ulbrich ve ark., 1990; Oğuz, 2004; Peterson ve ark., 2006; Tüzer ve ark., 2010)

- Psikiyatrik sorunlar ( Greil, 1997 ; Williams, 1997 Verhaak ve ark.,2005; Volgsten ve ark., 2008; Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Volgsten ve ark., 2010)
- Psikolojik uyum açısından cinsiyet farklılıkları ( Greil, 1997; Callister, 2005; Wichman ve ark., 2011)
- Sosyal destek (Slade ve ark., 2007; Lund ve ark.; 2009; Mahajan ve ark., 2009)

İnfertilite sorununu biyolojik ve psikolojik etkenler açısından ele alan, bir bölümü yukarıda da sıralanan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Greil ve ark., 2010). Bununla birlikte bu çalışmada, infertilite sorunu yaşayan kadınların duygusal ve sosyal deneyimlerini, psikolojik dayanıklılık ve stresle baş etme tarzlarını temel alarak, bütüncül açıdan değerlendiren bir çalışma ortaya konmak istenmiştir..

Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tedavi yaklaşımları (ilaç tedavisi, tüp bebek ve aşılama), kadınlar için oldukça yönetilmesi zor bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan zorluğu yönetmede etkili olduğu düşünülen psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma değişkenlerinin incelenmesi bu sıkıntıyı yaşayan kadınlara ve alanda çalışan uzmanlara yol gösterici olabilir.

#### ➤ **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma 2017-2018 yılında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran primer veya sekonder infertilite tanısı almış kadınlar ile sınırlıdır. Yöntem açısından genel ilişkisel tarama modeli ile sınırlıdır. Araştırmada incelenen psikolojik dayanıklılık düzeyi, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin (YPDÖ) ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır. Araştırmada incelenen stresle başa çıkma tarzları, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin (SBTÖ) ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

#### ➤ **Varsayımlar**

Araştırmanın uygulanmasıyla ilgili temel varsayımlar aşağıda gösterilmektedir.

- 1) Katılımcıların, verilen ölçekleri içtenlikle doldurdukları varsayılmıştır.
- 2) Katılımcıların, çalışma evrenini temsil edici nitelikte oldukları varsayılmıştır.
- 3) Veri toplama araçlarının, araştırılan konuyu doğru ölçebilecek nitelikte olduğu varsayılmıştır.

## ➤ Tanımlar

Bu araştırmadaki kavramlar, aşağıda tanımlandıkları anlamlarda kullanılmıştır.

**Pozitif psikoloji:** İnsanlarda neyin yanlış olduğunu değil, neyin doğru olduğunu vurgulamak, zayıf yönlerin aksine güçlü yönler odaklanmak, zayıflığın aksine dayanıklı, sağlıklı, refah, iyi bir hayatın geliştirilmesi ve iyileştirilmesidir (Luthans, 2002; s. 697).

**Psikolojik dayanıklılık (Resilience):** Strese neden olan kimi yaşam olaylarına maruz kalan veya travmatik yaşantılar geçmişine sahip olduğu halde normal yaşantısına uyum sağlayabilme özelliği gösteren, bunun yanı sıra ruh ve beden sağlığını koruyabilen insanların sahip olduğu bir kişilik özelliğidir (Kobasa, 1979; s. 1-11).

**Stresle başa çıkma tarzları:** Bireyin seçeneklerini tükettiğini düşündüğü içsel veya dışsal isteklerini karşılayabilmek ve devamlılığını sağlayabilmek için çabaladığı bilişsel yaklaşımlardır. (Lazarus ve Folkman, 1984; s. 141).

**İnfertilite:** Herhangi bir gebeliği önleyici ilaç veya araç yöntemi kullanılmaksızın en az bir yıllık süre içerisinde çiftin düzenli cinsel ilişkisine rağmen kadının gebe kalamaması olarak tanımlanmaktadır (Kızılkaya Beji 2001; s.1-8).

**Primer, Sekonder İnfertilite:** Birincil (primer) infertilite, hiç gebelik oluşmaması durumu, ikincil (sekonder) infertilite gebe kalmanın gerçekleşmesi ancak gebeliğin doğumdan önce sonlanması ya da daha önceden çocuk sahibi olma durumudur. (Lowdermilk, Perry ve Bobak, 1997; s.184, Habbema, Collins, Leridon, Evers ve Lunenfeld, 2004; s.1497–1501, Topdemir, 2012; s.13-16).

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde infertilite, psikolojik dayanıklılık, stres ve stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin genel açıklamalara, bu açıklamalara ilişkin kuramlara ve ilgili çalışmalara yer verilmiştir.

#### 1. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

##### 1.1. Kuramsal Açıklamalar

###### 1.1.1. İnfertilite kavramı ve tanımı

Kısırlık tanımı infertilitenin tam karşılığı olmasa da Türkçe’de başka bir terim bulunmadığı için her iki kelime eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Şimşek ve Kaymak, 2007). İnfertilitenin tanımı, çiftlerin bir yıllık süre içinde çocuk istemelerine, herhangi bir korunma yöntemi kullanmamalarına ve düzenli cinsel ilişkide (haftada 3-4 defa) bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (Zegers-Hochschild, Adamson, Mouzon ve Ishihara, 2009; ACOG, 2012).

İnfertilite birincil ve ikincil (primer ve sekonder) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Birincil (primer) infertilite; hiç gebelik oluşmaması durumu, ikincil (sekonder) infertilite; gebe kalmanın gerçekleşmesi ancak gebeliğin doğumdan önce sonlanması ya da daha önceden çocuk sahibi olma durumudur. (Habbema ve ark., 2004; Topdemir, 2012; Atasu, 2001; Lowdermilk ve ark., 1997).

Yaş aralığı 18-45 olan çiftlerin % 10-15 kadarı infertiliteden etkilenmektedir (Oğuz, 2004). Fertilizasyon ve embriyo gelişimi tekniklerinin ilerlemesine paralel olarak, önceden tedavisi mümkün olmayan çok fazla infertil çifte, günümüzde, çocuk sahibi olma imkânı sağlanabilmektedir (Denson, 2006; Lowdermilk ve ark., 1997). Yardımcı üreme teknikleri, doğal olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için uygulanan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Özkan ve Baysal, 2006).



### 1.1.1.1.İnfertilitenin nedenleri

Psikolojik bakımdan infertil olan kadınlarda bazı ortak özellikleri vardır. Çoğunlukla gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine karşın negatif ve korku duygulara da sahiptirler. Bu korkular, doğum, gebelik eylemi ve anne olma ile ilgilidir. İyi bir anne olamama korkuları, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceği ve gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı gibi düşünceler infertilitenin altında yatan sebepler olarak sayılabilir.

İnfertiliteyi etkileyen faktörler (Bayer, Alper ve Penzias, 2008), yaş, ilişki zamanlaması, doğum kontrol yöntemleri, mesleki riskler, beslenme, hayat tarzı, sigara, alkol, kafein, stres vb. gibi etkenlerdir. Yaş, kadının doğurganlığını etkileyen en önemli faktördür (Bayer ve ark., 2008; Hickman, Cabrea, McKenzie, Moustafa ve Rizk, 2012). Doğurgan çağındaki nüfusun artışı, sosyolojik değişiklikler sonucu geç evlenme ve çocuk doğurma yaşının ertelenmesi (YÜT)' nin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Arıcı, Attar, Balaban ve Buyru, 2006). Bununla birlikte infertilitenin sıklığı bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişim gösterebilmektedir.

Dünyada, çiftlerin %9'unun infertil olduğu ve bunların da %56'sının medikal yardım aldığı belirtilmektedir (Boivin, Bunting, Collins ve Nygren, 2007). ABD' de çiftlerin %10'unun infertil olduğu belirtilmektedir (ACOG, 2009). ABD' de her beş kadından birinin 35 yaşından sonra ilk bebeğe sahip olduğu bildirilmektedir. (Kızılkaya Beji ve diğ., 2001; Özkan ve Baysal, 2006). İnfertilitenin nedenlerinin %40' ı kadından, %40' ı erkekten, %20' si her ikisinden kaynaklanmaktadır (Tüzer, Tucel, Göka, Doğan Bulut, Yüksel, Atan ve Göka, 2010; Bayer ve diğ., 2008; Oğuz, 2004; Boivin, 2003; Collins, Freeman, Boxer ve Tureck, 1992; Ak, 2001; Sall, Marcia ve Patricia, 2000). İnfertilite nedenleri arasında primer infertilitenin % 55-75, sekonder infertilitenin ise % 25-40 oranında olduğu bildirilmiştir (Arıcı ve diğ., 2006).

### 1.1.1.2.İnfertilitenin etkileri

İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, emosyonel, cinsel, etik ve finansal etkileri bir çok çalışma ile ortaya konmuştur (Cousineau ve Domar, 2007; Cwikel, Gidron ve Sheiner, 2004; Ramezanadeh ve ark., 2004; Serour, 2008; Sherrod, 2004). Yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa (Kavlak ve Saruhan, 2002), depresyon ve anksiyeteye (Gülseren, Çetinay, Tokatlıoğlu, Sarıkaya, Gülseren ve Kurt, 2006; Kazandı, Gunday,

Mermer ve Erturk, 2011; Noorbala, Ramazanzadeh, Malekafzali, Abedinia, Forooshani, Shariat ve Jafarabadi, 2008), duygusal sıkıntılara (Özkan ve Baysal, 2006) neden olduğu saptanmıştır. Yaptığı araştırmada IVF (klasik tüp bebek işlemi) sırasında ve öncesinde yaşanan stresin gebelik oranını düşürdüğü saptanmıştır (Smeenk, Verhaak, Eugster, van Minnen, Zielhuis ve Braat'ın, 2001).

İnfertilite, eşlerin her ikisi için de genellikle psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık, durumsal bir krizdir. (Akyüz, 2005; Şirin, 2001). Günümüzde çiftler bu stresten ve yaşam krizinden kurtulmak için tedavi seçeneklerini aramaya başlamakta ve çoğunlukla yardımcı üreme tekniklerini (YÜT) çözüm olarak görmektedirler. İnfertilitenin meydana getirdiği bu çok yönlü etkilenmenin tedavi süreciyle daha da arttığı bilinmektedir (Boivin, Griffiths ve Venetisi 2011). İnfertil kadınlarla yapılan araştırmalarda kadınlar en çok üzüldükleri durumun tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması olduğunu belirtmişlerdir (Hammarberg, Astbury ve Baker, 2001; Franco, Baruffi, Mauri, Petersen, AL, Felipe, Garbellini, Fassino, Piero, Boggio, Piccioni ve Garzaro. 2002; Verhaak, Smeenk, van Minnen ve Kremer, et al., 2005; Benyamini, Gozlan ve Kokia, 2005; Widge, 2005; Durgun-Ozan, 2009). İnfertil kadınlar hem tedavi sürecinde hem de tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında profesyonel yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Durgun, Ozan, 2009). İlk infertilite tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınlarla yaptığı araştırmada, kadınların başarısız tedavi sonucunda anksiyetelerinin arttığını, ikinci tedavi denemesine yüksek anksiyete ile başladıklarını ve depresyon risklerinin olduğunu, bunun sonucunda ise tekrar eden başarısızlık ve anksiyete döngülerinin oluştuğunu belirtmiştir (Verhaak, Smeenk, Eugster ve van Minnen, 2001).

Bazı araştırmalar anksiyetenin IVF tedavisinin başarısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (Matthiesen, Frederiksen, Ingerslev ve Zachariae, 2011; Klonoff-Cohen, 2001). Diğer bazı araştırmalar ise kadınların anksiyete düzeylerinin IVF tedavisinin başarısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu belirtmiştir (Verhaak ve diğerleri, 2005; Anderheim, Holter, Bergh ve Muller, 2005; Ebbesen, Zachariae, Mehlsen ve Thomsen, 2009). Gourounti, Anagnostopoulos ve Vaslamatzis, (2011), tedavi sırasında infertiliteden etkilenmenin ve anksiyetenin artmasının gebelik oranlarını negatif yönde etkilediğini ifade etmektedirler. İnfertilite, hayatı etkileyen bir rahatsızlık olarak değerlendirilmesi ile birlikte, bireysel, aile içi ve toplumsal sorunlara yol açan, yıkıcı ve bu yüzden önemli bir sağlık

sorunudur (Özçelik, 2007; İlhan, 2003). Eşler infertilite sürecini, hayatlarının en stresli deneyimi olarak tanımlarlar (Kızılkaya Beji ve diğerleri, 2001; Koyun, Taşkın, Terzioğlu, 2011). İnfertilite bir yaşam krizi olarak da değerlendirilebilir. Doğurganlık, yetişkin gelişiminin gerekli bir fonksiyonudur. İnfertil eşlerde bu gereksinimin karşılanamaması, onların gelecek ile ilgili programlarını, benlik saygısını, benlik imajını, cinsel hayatlarını ve evlilik ilişkilerini negatif yönde etkiler. Bu çiftlerde cinsel ve bedensel mahremiyetin kaybı da söz konusudur. (Kızılkaya Beji ve diğerleri, 2001; Lenzi, Lombardo, Salacone, Gandini ve Jannini, 2003).

İnfertilite, çiftleri farklı düzeylerde etkileyebilir. Stewart ve Robinson yaptıkları çalışmada; erkeklerin %15'inin, kadınların %50'sinin infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak tanımladıkları (Stewart, Robinson, 1999), Collins ve Freeman' nın araştırmasında ise, infertilitenin kadınlarda, erkeklere göre daha fazla ruhsal tepkilere sebep olduğu, kadının infertilite ile ilgili konuşabilmesi erkeğe göre zaman aldığı belirlenmiştir (Collins ve ark, 1992). Golombok bir araştırmasında cezalandırılma, izolasyon, kızgınlık ve suçluluk hissinin kadınlarda, eşlerine göre daha fazla olduğunu belirlemiştir (Golombok, 1992). Yapılan çalışmalara göre çiftlerin stres sebebiyle, ovulasyon problemi yaşama, ani düşük tehdidi ile karşılaşma ve programdan ayrılma gibi problemler yaşadıkları belirtilmektedir (Kızılkaya Beji ve diğerleri, 2001; Newton, Sherrard ve Glavac, 1998). Newton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedavi sürecinin kadınların %30'unun, erkeklerin %27'sinin cinsel hayatlarına negatif etkisinin olduğu belirtilmiştir (Newton ve ark, 1998). Keye' nin 500 çiftle yaptığı bir çalışmada cinsel problemler; ikilem, suçluluk hisleri, depresyon, kötü beden imgesi, progesterona bağlı cinsel ilgi azlığı, ağırlı cinsel ilişki, katı veya rutin biçimlenmiş seks, amaca yönelik seks, gerçekçi olmayan cinsel istekler olarak sıralanmıştır (Keye, 1984). Çocuksuzluk kadını psikolojik açıdan benlik saygısında azalma, toplumundan soyutlanma, değersizlik duyguları vs. gibi durumlara neden olmaktadır. Ayrıca yalnızlık, psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulmaması), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide) de ortaya çıkabilmektedir (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008).

İnfertilite aşamaları terminal süreçteki hastanın yakınlarında yaşanan yas dönemine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı etkileyen ölümcül bir durum söz konusu değildir. Yaşam kalitesi ve evlilik uyumu etkilenmektedir. Bununla birlikte infertilite ölümcül

hastalıklarda olduğu gibi bir araya gelip yakınlaşma yerine, eşlerin birbirinden ve çevrelerinden uzaklaşmalarına sebep olur (Akdeniz, Gönül, 2004; Beutel, Kupfer, Kircmeyer, 1999). Yapılan birçok çalışmada infertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının, fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon, infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, Ganiats, 2004; Kargın, Ünal, 2011).

### **1.1.1.3.İnfertilitenin psikolojik boyutları**

İnfertil çiftlerin psikolojik durumlarını araştıran çalışmalar son 20 yılda artış göstermiştir. Bu yöndeki araştırmalar, psikopatolojiyi infertilitenin bir nedeni ya da bir sonucu olarak gören, birbirine zıt kuramsal modellere dayanmaktadır (Berg ve Wilson, 1990; Kraft ve Palombo, 1986). Bu modeller, bir yanda infertilitenin psikolojik nedenleri olabileceğini vurgulayan 'Psikolojik İnfertilite Modeli' ve infertilitenin bir sonucu olarak ortaya çıkan psikolojik belirtilerin varlığını vurgulayan 'Psikolojik Sonuç Modeli' etrafında kavramsallaştırılmıştır (Burns ve Covington, 2006). Son yıllarda yapılan araştırmaların büyük bir kısmı infertil bireylerin bu duruma bağlı olarak yaşadıkları psikolojik sorunlara odaklanmaktadır (Domar ve diğerleri, 1992; Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders ve Tennant, 1994). Bu bağlamda, infertilite sorununun psikolojik boyutlarını açıklamak üzere geliştirilen yaşamsal kriz modeli, biyopsikososyal model, kayıp ve yas modeli, bireysel kimlik modeli, sosyal yapı-damgalama modeli ve aile sistemleri modelleridir.

### **1.1.2. Stresle başa çıkma tanımı ve önemi**

Baş etme (coping), eski Yunanca 'da anlamı "karşılama, karşı karşıya gelmek veya çarpma" olan "kolahos" kelimesinden türemiştir. Baş etme kavramının, kaynakların başarılı bir şekilde kullanımı, aktif olarak davranışta bulunma ve etkili çözümlerle taleplerin azaltılması gibi özellikleri içerdiği sonucuna varılmıştır (Marsella ve Jash-Scheuer, 1998).

Tarih boyu, bireysel çabalarla strese çözüm bulmaya çalışılmış ve stresle baş etme kaynaklarını, süreçlerini ölçmek için farklı değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan değerlendirmelerin, kuramsal açıklamalarla günümüz çalışmalarına ışık tutan bakış açılarının ele alınmasını sağladığı görülmektedir.

Freud'un psikoanalitik kuramında ifade edilen bilinçdışı savunma mekanizmalarıdır. Egonun işlevi, kişinin saldırgan ve cinsel dürtülerinin çatışmasını, gerçek niyetlerini tanımadan, bireyin dolaylı olarak ifade etmesini sağlayarak gerginliği azaltmaktır. (akt., Gök, 1995). Stres karşısında psikolojik acı duyan birey bu durumdan kurtulmak için bir takım savunma mekanizmaları geliştirmiştir. Ancak savunma mekanizmalarını sürekli ve yoğun olarak kullanmak çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açmaktadır (Ankay, 1992). Kişilik kuramcısı Erikson' un özgüven, öz yeterlilik ve içsel kontrol gibi kavramları ele aldığı yaşam dönemleri yaklaşımında ifade ettiği, ergenlik döneminden itibaren kazanılan baş etme süreçlerine değinilen bireysel kaynaklardır.

Evrin kuramı ve davranışçı yaklaşımların temel oluşturduğu, bireylerin yaşamlarına katkıda bulunan problem çözme çabalarıdır.

Cannon ve Selye'nin öngördüğü, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında ortak şekilde ortaya koyduğu genetik olarak programlanmış tepkilerdir. Organizma olarak adlandırılan bireyin kendi fiziksel ve psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında ortaya çıkan, uyum göstermeye yönelik değişken bilişsel ve davranışsal çabalarıdır. Stres tepkisine karşı önlemler alınarak bedende başlayan ve zararlı olan geribildirimler etkisiz hale getirilmeye çalışılmaktadır (Güçlü, 2001).

Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen bilişsel stres yaklaşımına göre, kişiler karşılaştıkları stresli olay karşısında olayın zamanı, nasıl meydana geldiği ve sonuca ilişkin beklenti durumları yani kısacası zarar ve tehdit durumuna göre değerlendirirler. Bu bilişsel süreç birincil değerlendirmeyi kapsamaktadır. Sonrasında sahip olunan başa çıkma kaynakları değerlendirilir ve zarar-kayıp değerlendirmesi yapılır ki bu da ikincil değerlendirmedir. Bu aşamada kurallar değiştirilebilir, yerine yenileri koyulabilir. "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Tehdit edici, zorlayıcı ve ciddi olaylar ne kadar çoksa, insanların kullanacağı başa çıkma mekanizmaları da o kadar fazladır. Başa çıkma davranışları, dış ve iç dünyanın yarattığı gereksinim ve zorlukları gidermek, onları kontrol altında tutmak, gerginlikleri azaltmak adına kişinin gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabadır. Stresin bilişsel değerlendirilmesi, stresin neden olduğu kişinin kaynaklarını aşan iç

ve dış uyaranlara karşı, problem durumu kontrol altında tutma, doğan tepkiyi azaltma ya da bunlara dayanabilme çabalarıdır (Folkman, Lazarus, Gruen ve Longis, 1986).

### 1.1.2.1. Stresle başa çıkma yaklaşımları

Folkman ve Lazarus, stresle başa çıkmayı, probleme ya da savaşılmaya yönelik başa çıkma ve duyguya ya da kaçınmaya yönelik başa çıkma olarak iki başlık altında incelemektedir. Çoğunlukla stresle başa çıkmada iki yaklaşım kullanılır (Lazarus ve Folkman, 1984).

**Yaklaşım I - “problem odaklı” başa çıkma;** Aktif bir strateji olan probleme yönelik başa çıkmada birey, stres durumunun kontrol altına alınabileceğine karar vermekte ve eyleme geçmektedir. Daha fazla bilgi alma, sorun çözme davranışları, yeni beceriler edinme, engellemeleri bertaraf etme, benzeşik çözüm ve çözümler ortaya koymak gibi stresin asıl çıkış noktasını değiştirme ya da kontrol etme bu stratejinin kapsamında bulunmaktadır.

Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkmayı, bireyin kişisel sınırlarını zorlayarak kimi zaman aşan, gerek içsel gerekse de dışsal kimi talepleri yerine getirme uğruna mütemadiyen bir değişiklik içerisinde olan duygusal, davranışsal veya bilişsel çabalar bütünü olarak ele almaktadır. Kişinin, fizyolojik, psikolojik, ve sosyal işlevlerini yerine getiremediği durumlarda bu eksikliği gidermek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı tutumlar belirlemesi beklenir (akt. Durukan ve ark. 2008). Problem odaklı başa çıkma başlığı altında, planlı bir şekilde problem çözme, sorumluluğunu kabul etme, kendini kontrol etme, soruna olumlu yaklaşma gibi eğilimler bulunmaktadır (Türküm, 1999). Problem odaklı başa çıkma stratejileri kullanan kişiler ortada hiçbir şey yokmuş gibi davranmaktansa alelade bir plan ortaya koyarak mevcut problemi ortadan kaldırmaya yönelik bir çaba içerisine girerek kendilerini daha iyi hissederler (Burger, 2006).

Lazarus ve Folkman’a göre (1984). Duyguları ve içsel yaşantıları görmezden gelerek sadece probleme odaklanmak da etkili bir başa çıkma olmayacaktır.

**Yaklaşım II - “duygu odaklı” yaklaşım:** Pasif bir strateji olan duyguya yönelik başa çıkmada ise, bir değişim arama yerine, stres veren duruma ilişkin yaşanan duygularda ayarlama yapılmaya çalışılmaktadır. Birey durumun kontrol edilemeyeceğine, bu nedenle kabullenilmesine karar vermiştir, dolayısıyla ulaşılabilecek başa çıkma sonucu çoğunlukla

stresin etkilerini hafifletebilme ya da değiştirebilme yönündedir. Öyle ki tehdidin yoğunluğunu azaltmaya çalışırken kişi: “Ona düşündüğüm kadar ihtiyacım olmadığına karar verdim”, “Hayatta endişelenmemiz gereken daha önemli olaylar var”, “Durumun ne kadar kötüye gidebileceğini düşününce şu anki durum o kadar da fena değil” şeklinde düşünerek, durumun anlamını değiştirebilir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Duygu odaklı başa çıkma stratejisiyle bireyin var olan gerçekliği inkâr ederek sorundan uzak durması, ona, mevcut probleme daha sakin bir biçimde yaklaşma imkânı vermektedir. Bu da duygu odaklı başa çıkma stratejisinin stresle başa çıkmada güçlü bir teknik olarak karşımıza çıkmasına yol açmaktadır (Krohne, 2002). Lazarus’a (1993) göre duygu odaklı başa çıkma stratejisi, temelde stresle ilişkili duyguları değiştirme çabası, sosyal destek arama, kaçınma ve mesafe koyma gibi etkinliklerle stres yaratan durumları duygusal tepkiler aracılığı ile yönetme girişimleridir. Duygu odaklı başa çıkma stratejisinde birey, gelişmiş bir duygusal gerilime dayanma yetisiyle stres yaratan durumları tepkisiz olarak karşılayarak, ruhsal bunaltı veya fiziksel semptomlar geliştirmeksizin stres yaratan olaylarla başa çıkmaya çalışır (Budak, 2003).

Moss ve Billings (1982), baş etmenin değerlendirildiği beş yaklaşım üzerinde durmaktadır. Bunlar;

- 1) *Psikoanalitik yaklaşım*; baş etmede, iç ve dış gerçeklik arasındaki çatışmayı çözmek için ego süreçlerine vurgu yapmaktadır.
- 2) *Gelişimsel yaklaşım*; baş etme kaynakları, gelişimsel geçişlerin başarılı bir şekilde gerçekleşmesiyle artmakta olduğunu savunmaktadır.
- 3) *Evrimsel yaklaşım*; baş etme mekanizmalarının yaşamda kalmayı sağlayıcı özelliklerine vurgu yapmaktadır.
- 4) *Kültürel ve sosyo-ekolojik yaklaşımı*; baş etmede fiziksel ve kültürel çevre koşullarına uyum sağlama olarak değerlendirilmektedir.
- 5) *Bütüncül yaklaşım*; baş etmeyi, diğer kaynaklarla birlikte yaşamda karşılaşılan olayları ve gerilimleri artırabilen ya da azaltabilen yeteneklerin bir boyutu olarak ifade edilmektedir.

#### 1.1.2.2. Stresle başa çıkma tarzları

Baş çıkma genel olarak stresin kontrol altına alınması ve dengelenmesinin bir yoludur (Peterson, Newton, Rosen ve Skaggs, 2006). Stresöre karşı oluşacak tepki, olayın

değerlenmesiyle birlikte başlar ve başa çıkma tarzlarının kullanılması ile sonuçlanır (Dilbaz 2010). Stres verici olaylar ya da faktörlerin olumsuz etkilerini minimuma indirmek veya tamamıyla ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tarzlarını kullanmak genel bir tutumdur (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer ve Kara, 2005). Lazarus (2006) stresi bireyin yakın çevresi ile olan etkileşim süreci olarak görür.

Lazarus ve Folkman (1984) stresle başa çıkmayı “kişinin kaynaklarını bitiren veya aşırı derecede yıpratıcı olarak değerlendirdiği talepleri idare etme süreci” olarak belirtilmektedir (akt.Terzi, 2009). Bu tanıma göre başa çıkma dört tanımlama ile açıklanmaktadır;

- 1) Başa çıkma bir süreç veya birey ile yakın çevresi ile olan karmaşık bir etkileşimdir.
- 2) Başa çıkma yok etme yerine çözüm bulma ile ilişkililidir. Strese gerçekçi bir yaklaşımla bakılmakta ve her sorunun üstesinden gelinemeyebileceği öngörülmektedir.
- 3) Bu tanım değerlendirme kavramını da içinde bulundurmaktadır. Bu durum stresör olarak yorumlandığında kişi için stres oluşturabilir.
- 4) Başa çıkma, bir çaba gösterme olup potansiyel stresörleri kontrol altına almaya ilişkin bilişsel ve davranışsal çabaları içermektedir

Stresle başa çıkma bir süreç olarak incelendiğinde, bireyin stres kaynağına ilişkin değerlendirmelerde bulunduğu görülmekte ve başa çıkma süreci bilişsel değerlendirme ile başlamaktadır. Bilişsel değerlendirmede öncelikle kişi karşılaştığı durumla ilgili detayları inceler ve gelecekte ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirir. Bunun sonucunda hangi başa çıkma tarzlarını kullanacağına karar verir (Terzi 2009). Stresli durumlar karşısında çeşitli başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasının beklenen bir durum olmasına karşın, kullanılan yöntemlerin etkili olmaması ve sorunun uzun sürmesi durumlarında kişide zamanla tükenme, depresyon ve kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Kanbay 2007).

Başa çıkma tarzları, etkili ve etkisiz olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Kanbay 2007; Hisli Şahin ve ark. 2009). Bunlar;

**Etkisiz başa çıkma tarzları;** alkol ya da maddeye sığınma, saldırganlık, kaçma davranışları, içe kapanma, intihar ve depresyon sayılabilir. Etkisiz başa çıkma tarzları içinde



yer alan reddetme, bastırma, yansıtma gibi kendini aldatmaya yönelik başa çıkma yöntemlerinin kullanılması da kişinin duruma uyum sağlama aşamalarında kaçınılmaz olabilir, fakat uzun süre kullanıldıklarında bireyde sorunlara neden olabilir (Kanbay 2007; Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez, 2011).

*Etkili başa çıkma tarzları;* bedene yönelik yöntemler, duygu ve düşüncelere yönelik tarzlar ve duruma yönelik tarzlar olarak üçe ayrılır.

- 1) **Bedene yönelik tarzlar;** solunum egzersizleri, çeşitli sporlar, yoga, meditasyon, doğru beslenmeyi içerir,
- 2) **Duygu ve düşüncelere yönelik tarzlar;** stres yaratan durumları tecrübe edinme olarak algılama, duygularını farklı kişiler ile paylaşma ve açıkça ifade edebilme olarak tanımlanabilir.
- 3) **Duruma yönelik tarzlar;** zamanı iyi değerlendirme, sosyal destekten faydalanma, iletişim becerilerini ve sorun çözme becerilerini geliştirmedir (Kanbay 2007).

Pandey (2013)' e göre, kontrolden çıkmış stresle baş etmede bazı yöntemler uygulanabilir. Bunlar;

*Fizik egzersizi;* son yıllarda pek çok fiziksel, psikolojik, duygusal ve zihinsel uyaran sağlık için tehlike oluşturmaktadır (Baltacı, Irmak, Kesici, Çelikcan ve Çakır, 2008). Düzenli fiziksel egzersizle vücudun daha fazla oksijen depolaması sağlanmakta ve stres durumunda vücut bu oksijenden yararlanmaktadır (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015). Fizik egzersizi, fiziksel aktivitelerin bir alt sınıfı olarak kabul edilen, planlı, yapılandırılmış, istemli, fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu gerçekleştirmeyi hedefleyen sürekli aktivitelerdir (Karatosun, 2004). Fiziksel egzersizin, kas gevşemesi, zihinsel gevşeme, uyanıklığın artması, enerjide artış, duygusal boşalma ve rahatlık, verimli uyku, endişelerde azalma ve kalp hastalığı riskinin azalması gibi yararları bulunmaktadır (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015). Fiziksel egzersiz, duygusal-odaklı bir baş etme yöntemi ya da bir problemten kaynaklanan stres tepkilerini azaltmanın çok önemli bir yolu olarak tanımlanmaktadır (Rostad ve Long, 1996).

*Solunum kontrolü;* başlı başına bir gevşeme yolu olan nefes alma, bütün gevşeme egzersizlerinde, egzersizin bir parçası olarak kullanılmaktadır (Şimşek, 2005).

**Otojenik gevşeme;** ağırlık ve sıcaklık duyularının önemini vurgulayarak belirli bedensel değişiklikleri yaratmak amacıyla hayal kurmayı öngören otojenik gevşeme, Dr. J.H. Schultz tarafından Berlin Üniversitesi'nde geliştirilmiştir (Cotton, 1990). Otojenik gevşeme, bireyin dıştan gelen uyaranlara karşı kendisini kapatması, kaslarındaki gevşemeye yardımcı olması ve performansını yükseltmesi amacı ile bedenin mutlak sessizlik ve rahatlık durumundaki bedensel özellikleridir (akt. A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**Biyolojik geribildirim (biofeedback);** biyolojik geribildirim araçları, deriye bağlanan elektrotlar aracılığıyla kaydedilen etkinlikleri analiz ederek, bireye aynı anda görsel ve işitsel geribildirim vermektedir (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015). Bu araçlar aracılığıyla, bedenimizin otonom süreçleri ile ilgili denetimleri yapmak ve bu süreçlerin bizim tepkilerimizden nasıl etkilendiğini anında öğrenmek mümkün hale gelmektedir (Ertekin, 1993). Biyolojik geribildirim düşünceler, duygular ve beden arasındaki ilişkiyi somut bir biçimde ortaya koymaktadır. Böylelikle birey, kendisine yansıtılan bedensel faaliyetlerini kontrol ederek, bunları kendi isteği doğrultusunda kullanma alışkanlığını kazanmaktadır (akt.A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**Progresif gevşeme;** progresif gevşeme tekniği ile bireyi zihinsel olarak bir durum veya imge üzerinde yoğunlaştırmak, serbest çağrışımlarda bulunmasını sağlamak ya da zihinsel bir sessizliğe bürünmesini sağlamak gibi amaçlar gözetilmektedir. Bu teknik aracılığıyla birey derin bir rahatlama duygusu yaşamaktadır (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1996). Sırt ve bel ağrısı, kas spazmı, gergin omuzlar, baş ağrıları şeklinde kendini gösteren gerginliklerin giderilmesinde etkili bir yöntem olan progresif gevşeme yöntemi, bireyin gün içinde yaşadığı gerginliklerin farkına varmasını sağlamaktadır (akt. A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**Beslenme ve uyku alışkanlıklar;** yetersiz ve sağlıklı beslenme, bireyi fizyolojik olarak olumsuz etkilemekle birlikte bireyin stres direncini de düşürmektedir. Beslenme ile stres arasında bireyin beslenme alışkanlıklarına göre kimi yiyeceklerin stres tepkisini başlattığı, bireyi strese karşı daha duyarlı ve savunmasız hale getirdiği ile ilgili araştırma bulgularına rastlanmıştır (Pehlivan, 1995). Sağlıklı uyku tanımı yapılırken, bir gece içinde söz konusu basamakların birbirini takip etmesi ve her basamağın gece boyu toplamının belirli bir miktara ulaşması göz önünde bulundurulmaktadır (akt. A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**Problem çözme becerileri;** problem çözme sürecindeki ilk ve en zor basamak olan problemin ne olduğunun açıklığa kavuşturulması, bireyin stres tepkisini büyük oranda hafifletmektedir (Roskies, 1998). Problemi saptama basamağında, ‘sorun nedir?’ sorusuna cevap aranarak problem çözmede ilk adım, problemi belirlemektir (A. M. Nezu, C. M Nezu ve Lombardo, 2001). Problemin belirlenmesi ve problemle ilgili hedeflerin saptanmasından sonraki basamak, bu hedefe ulaşmanın yollarının araştırılması yani çözüm seçenekleri veya gösterilen tepkiye karşı alternatif tepkiler üretmektir (McKay, Davis ve Fanning, 1981). Hayata geçirilmesi oldukça basit ve etkili olan beyin fırtınası tekniği, 1963’de, Alex Osborn tarafından geliştirilmiştir. Çözüm yolu seçme aşamasında, yaşanabilecek güçlükler düşünülmekte ve bunların ne şekilde düzenlenebileceğine dair planlamalar yapılmaktadır (Walker, 2001). Belirlenen eylemler gerçekleştirildikten sonra, gerçekleştirilen eylemlerin sonuçları değerlendirilmektedir (McKay ve diğerleri, 1981). Problem-çözme becerilerinin olumlu etkilerini vurgulayan araştırmacıların temel varsayımı, etkili problem-çözme becerilerine sahip bireylerin, zayıf problem çözme becerilerine sahip bireylere göre daha az stres yaşantısı ve olumsuz duygu deneyimleyecekleri yönündedir (Allen, Shah, A. M.Nezu, C. M.Nezu, Ciambone, Hogan ve Mor, 2002).

**Bilişsel yeniden yapılandırma;** bilişsel yeniden yapılandırma, duygu odaklı baş etme yöntemleri içinde yer alan en etkili tekniklerden biri olarak ifade edilmektedir (Allen, 1984). Farklı araştırmacılar tarafından ortaya konmuş olsalar da söz konusu modellerin ortak özellikleri, stres yaratan olay veya uyarıcı ile duygu-stres yaşantısı arasındaki bilişsel değerlendirmelerin bireyin yaşamındaki belirleyiciliği olarak vurgulanmaktadır (Gramling ve Auerbach, 1997). Ellis, geliştirdiği A-B-C modeliyle, duygular ve davranışlar ile irrasyonel düşünceler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır. A noktası, duygu ve davranışa yol açtığı varsayılan olay, B noktası, bireyin olaya yorum ve yaklaşım biçimi, C noktası ise, bireyin olaydan sonra duygu ve davranışını göstermektedir (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015). Bir refleks gibi ortaya çıkan irrasyonel otomatik düşünceler, birey üzerinde etki etmeye devam etmektedir (McKay ve diğerleri, 1981).

Lazarus ve Folkman'a göre bilişsel değerlendirme, birincil ve ikincil olmak üzere iki şekilde ifade edilmektedir. Birincil değerlendirmede söz konusu durum kayba yol açmakta, zarar vermekte veya tehdit etmekte ise olayı tehlikeli olarak değerlendirmektedir ve birincil değerlendirme ile eşzamanlı olarak ikincil değerlendirme başlamaktadır. İkincil değerlendirmede, birey kendi sağlığını, kişiliğini ve sosyal destek kaynaklarını dikkate

olarak yapabileceklerini ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu aşamada birey, elde ettiği çıkarımlara göre nasıl davranacağına karar vermektedir. Sonuç olarak, bireyin stres tepkisini yaratan durum ile ilgili yaptığı birincil ve ikincil değerlendirmeler, durumla baş edebilmek için başvuracağı yolları belirlemektedir (Tuğrul, 2000).

**Zaman yönetimi;** zaman yönetimi planlama, öncelikleri belirleme ve uygulama adımlarından oluşmaktadır. Birey bu adımlardan oluşan programa uyma, erteleme ve oyalanmadan kaçınma, düzenli olma ve hayır demeyi öğrenme, ortaya çıkabilecek çeldiricilerden kaçınmanın yolları olarak da ifade edilmektedir (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**İletişim becerileri;** Latince “bölüşmek, paylaşmak” anlamına gelen ve ‘communis’ sözcüğünden türeyen iletişim, bilginin paylaşılmasıdır. Kişilerarası iletişim, bireylerin, bildiğini diğerlerinin de bilmesi, değer verdiği diğerlerinin de değer vermesi, hissettiğini diğerlerinin de hissetme isteği sonucunda ortaya çıkmaktadır (Johnson, 1993). Etkili iletişim becerilerinin kazanılması, bireyi söz konusu kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stres yaşantısından kurtarmaktadır (Patel, 1989).

**Meditasyon;** zihin ağırlıklı bir çalışma olan meditasyon, stres tepkisi sırasında oluşan sempatik sinir sistemi aktivitesinin şiddetinde ve parasempatik sinir sisteminin devreye girme zamanlamasında olumlu etkiye neden olmaktadır (Patel, 1989). Farklı yollarla uygulanan meditasyon tekniğinin bir çok ortak özelliği bulunmaktadır. Doğu kültürü uygulamalarından farklı olarak, stresle baş etme tekniklerinde kullanılan meditasyon uygulamalarında, iki temel yararı olan dikkati yönlendirme ve odaklama çalışmaları yapılmaktadır. Bireye etkili bir dinlenme ve sağlığı korumada önemli fizyolojik kazanımlar sağlamaktadır (Allen, 1984).

**Davranışların düzenlenmesi;** Yoğun dürtüleri olan, saldırgan, ihtiraslı, rekabetçi, yapılması gereken birçok işin baskısını üzerlerinde hisseden ve zamana karşı yarışan bireyler stresten daha çok etkilenmektedir. Bu davranış biçimlerine sahip bireylerin yaşadığı olumsuzlukların, stres tepkisi ile daha da olumsuzlaşması beklenirken, aksine olumlu tepkilere dönüşmesi sağlanabilmektedir. (Ertekin, 1993).

**Sosyal destek sistemlerini kullanma;** sosyal destek sistemleri stresin olumsuz psikolojik ve fizyolojik etkilerini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Ertekin, 1993). Sosyal

destek, etkileşimde bulunulan bireylerin sayısı, yapılan temasların sıklığı veya bireyin kişiler arası iletişimin niteliği hakkındaki algısı olarak ifade edilmektedir (Ivancevich ve Matterson, 1990). Kriz ve duygusal gerginlik stres yaşantılarında bireyler, aile bireyleri ve arkadaşlarından destek alma ihtiyacı duymaktadır. Bu destek ağının, bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997). Stres yaşantısı sırasında söz konusu durum ile tek başına mücadele etmenin de faydaları olmakla beraber aile, arkadaş ve sosyal gruplar en önemli sosyal destek sistemleri olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle, önemli olan bireyin var olan sosyal destek sisteminden ne kadar destek alabildiğidir.

**Öfke kontrolü;** Bireyin öfkesini tanımasının önemi vurgulanarak başa çıkma biçimleri, öfkeyi kabul etme, öfkenin kaynağını bulma, neden öfkeli olduğunu anlama ve öfkeyle gerçekçi bir biçimde mücadele etme olarak açıklanmaktadır (A.Baltaş ve Z.Baltaş, 2015).

**Yoga;** Hintli bir bilge olan Patangalin, tarafından, zihin dalgalarının kontrol edilmesi olarak tanımlanan yoga, duygusal ve bedensel bakımdan yararlı olan, kendini dengede tutma tekniğidir (Altuntaş, 2003).

### 1.1.2.3.İnfertilitede stresle başa çıkma

İnfertilite stresi ile başa çıkmada erkekler ve kadınlar değişik başa çıkma tarzları kullanmaktadırlar (Newton 1999; Oğuz 2004; Schmidt, Christensen ve Holstein, 2005; Peterson ve diğerleri 2006; Peterson, Pirritano, Christensen, Boivin, Block ve Schmidt, 2009). Kadınlar daha çok dileme, umut ve kaçış (Newton 1999; Anderson, Sharpe, Rattray ve Irvine, 2003; Draye 2004; Peterson ve diğerleri, 2006), yakın çevreleri ile iletişimde olma, sorunların paylaşılabilceği gruplara katılma, destek arama, konuşma, eğitimlere katılma ve konuyla ilgili okuma (Newton 1999; Draye 2004; Oğuz 2004; Peterson ve diğerleri, 2006), sorumluluk alma (Peterson ve diğerleri, 2006) başa çıkma tarzlarını kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise duruma odaklanmama, dikkatlerini konudan uzaklaştırma, başarılı olacağı işlere yönelme, duygularını kontrol etme, kaçınma, (Newton 1999; Peterson ve diğerleri. 2006), yaşamdan keyif alma, başka yaşam hedefleri bulma, problem çözme (Draye 2004; Peterson ve diğerleri, 2006), başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır.

Kadın ve erkeklerin infertilite sürecinde uyguladıkları başa çıkma tarzlarının farklı olabileceğini bilmeyenler, eşinin davranışlarını yanlış değerlendirebilir ve olumsuz yargılar oluşturabilir. Özellikle tedavinin negatif sonuçlandığı durumlarda hayal kırıklıkları, öfke ve umutsuzluk ile birlikte suçlamalar da artar. Erkek, eşini aşırı duygusallıkla, abartılı davranışlarda bulunmakla suçlarken, kadın da eşini duyarsızlıkla, yeterince değer vermemekle suçlayabilir. Bu durumun yaşanmasını engellemek için, çiftlerin tedavi sürecinde sorunlarla başa çıkma tarzlarının farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu bilgilendirme, eşlerin karşılıklı yanlış yargılamalarını engelleyerek birbirlerine daha çok destek göstermelerini sağlayacaktır (Yılmaz 2006). İnfertilite sürecini iyi yönetebilmek için infertil eşlerin infertilite problemi ile başa çıkabilme gücünü arttırması gerekmektedir (Schmidt ve diğerleri, 2005). İnfertilite, kadın, eş ve aileler için beklenmeyen bir kayıp durumudur. Bu durum çocuksuz bir yaşama uyum sağlamayı, ortaya çıkan güçlüklerle baş etmeyi gerektirir (Lee, Choi, CHY.Chan ve CLW.Chan, 2009).

Kadın ve erkeğin stresi, her iki partnerin sonuca ilişkin algısından etkilenirken, iyi olma hali sadece kişinin kendi algısından etkilenmektedir (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2009). Erkekler arasında stresle baş etmede kişisel yeterlilik eş desteğinden daha önemli bulunurken, kadınlar için eş desteğinin depresyonun azalmasını sağladığı görülmüştür (Husaini, Newbrough, Neff, Moore, 1982). Ayrıca birçok erkeğin infertilite problemlerini partnerlerinden daha az olumsuz bir şekilde ele aldığı ve kadınların kocalarının yaşadıkları stresle ilgili olarak bu gözle görülür duyarsızlıkları nedeniyle sıklıkla hayal kırıklığı yaşadıkları gösterilmiştir (Greil, Leitko, Porter, 1988). İyimser olmaktan çok uzak olan eşleri ise hem kontrol edilebilirlik algılarının az olması hem de eşlerinin açıkça görünen duyarsızlıkları nedeniyle stres yaşamaktadırlar (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2009).

İnfertilite problemine dair kontrol edebilirlik algısının yüksek ya da düşük olması çok farklı baş etme stratejilerine neden olabilmekte (aktif - pasif) ve bu nedenle bu algılardaki uyuşmazlık özellikle üzücü olabilmektedir (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2009). Bu bulgu Berg ve Upchurch' un stres yaratan etkenin kontrol edilebilirliğinin değerlendirilmesinin ayna etkisi (karşısındakinin davranışını tekrarlama eğilimi) baş etme için önemli olabileceği ve iki partner tarafından paylaşılan bir bakış açısının ayna etkisi, baş etme yollarının olumlu biçimlerine yönlendireceği argümanı ile uyum içindedir (Berg, Upchurch, 2007). Bu, partnerin karakterinin kadınlar üzerinde erkeklerde olduğundan çok

daha güçlü bir etkisi olduğunu iddia eden daha önceki bulgularla uyumludur. Özellikle stresin infertilite tedavi sonuçlarını etkilediği düşünüldüğünde, infertil kadın ve erkeklerde stres ile ilişkili faktörleri belirlemek her şeyden daha önemlidir (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2009).

İnfertilitede baş etme seçenekleri tedavi kararlarında, duygusal bir dengeyi sağlamakta ve evlilik içinde açık bir iletişim kurmakta çok önemli bir öge olabilir (Jorda, Tracey, Revenson, 1999). Lazarus ve Folkman, bu durumla ilgili kontrolün kendisinde olduğunu hisseden kişilerin problem çözme tekniklerini kullandığını, kontrol hissine sahip olmayan kişilerin ise duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığını öne sürmüşlerdir (Lazarus, Folkman, 1984).

Kadınların olumlu yeniden yapılandırmayı kullanmaları, onların infertilite tedavisine daha fazla dâhil olmaları ile bağlantılı olmaktadır. Biyolojik anneliğin değerli ve arzulanan bir rol olduğu kanısındaki kadınlar, hayatlarına anlam kazandırmak ve uyum sağlayabilmek için durumu yeniden çerçevelendirmek zorunluluğu duyabilirler (Jorda, Tracey, Revenson, 1999). Ciddi stres altında olan çiftler için, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar gibi doğrudan müdahaleler daha faydalı olmaktadır. Bu müdahalelerde durumun değerlendirmesini yeniden çerçevelendirmeye, belirli baş etme mekanizmalarının verimliliğini yeniden irdelemeye ve biyolojik ebeveyn olmanın anlamını yeniden yorumlamaya odaklanılmaktadır (Jorda, Tracey, Revenson, 1999). Eşler infertilite tedavisinde kontrol edilebilen ve edilemeyen durumlarla karşılaşmaktadırlar (Kanbay 2007; Yoldemir 2008; Terzi 2009). İnfertilite probleminin yanı sıra, üreme yardımı için yapılan işlemlerin tanı ve tedavi yaklaşımları da eşlerin problemle başa çıkmasını güçleştirmektedir ( Karlıdere, Bozkurt, Yetkin, Dorul, Sütçigil, Nahit Özmenler, Özşahin, 2007). Eşler, infertilite tanı ve tedavi boyunca kullandıkları başa çıkma tarzları ile infertilite durumunu yönetebilmektedirler (Peterson ve diğerleri, 2006; F.Türkçapar, Varderele ve M. H. Türkçapar, 2008).

İnfertil kadınların değerlendirilmesi sırasında infertilite krizi ele alınırken kadınların yaşadıkları zorluklar ve kullandıkları başa çıkma tarzları değerlendirilmelidir (Özçelik ve ark. 2007). Değerlendirme odaklı baş etmenin ilk aşamasında birey problemi üstesinden gelebileceği basamaklara ayırır. Eğer bunu yapamazsa ani ve istem dışı ortaya çıkan infertilite olgusu çaresizlik duygusunu doğuracaktır. (Abranson ve ark.. 1978). Problem

odaklı baş etmede bilgi toplama ve yardım arama söz konusudur. Krizin çözümlenmesinde kullanılan başa çıkma yöntemleri infertilite için her zaman uygun olmamakta, bazen infertilitenin doğal sürecinde yaşanan kronik üzüntü ve yası arttırabilmektedir (Draye 2004).

Folkman ve Lazarus'un (1984) etkileşimsel modeline göre, infertil çiftler infertiliteyi doğurganlıklarına yönelik bir tehdit olarak aldıkları için bir stres faktörü olarak görmektedirler. Kendi isteklerinin dışında çocuk sahibi olamayan infertil çiftler bir kayıp duygusu hisseder ve bu gelişimi gelecekte planlarını engelleyen bir tehdit olarak değerlendirir (Menning 1982). Bireyin bir yaşam krizi olarak infertilite tanısı ve tedavi süreciyle başarılı bir şekilde baş etmesi çocuk sahibi olmadan da buna atfettiği anlamları gerçekleştirebilmesiyle mümkündür. Bu da infertilite tanısı aldığı anda bireyin yaşı, gelişim dönemi, bilginin ne zaman ve nasıl verildiği, kişilik yapısı önceden var olan psikopatolojileri ve o sırada var olan sosyal destek kaynaklarına bağlı olarak uygun ya da uygun olmayan baş etmelerin ortaya çıkmasında etkili olacaktır (Menning, 1984). Psikolojik yaklaşımların fertilizasyon şansını da arttırdığı belirtilmektedir (Domar, Clapp, Slawsby ve Dusek, 2000). İnfertilite alanında çalışan psikologların temel amacı, bu bireylerin infertilitenin etkileriyle olabildiğince baş etmelerine yardımcı olmak, iyilik düzeylerini arttırmaktır (Payne ve Goedeke, 2007). İnfertil hastalar arasında stres, kaygı, depresif semptomların yüksek oranda görüldüğü mevcut literatürle ortaya konmuştur. Bu bireylerin psikososyal destek gereksinimleri artmıştır (Hammerli, Znoj, Burri, Graf, Wunder ve Perrig-Chiello, 2008).

Leventhal'ın Self-Regülasyon Modeli; bireylerin sağlığı tehdit eden şeylerle ilgili bilişsel ve duygusal algılar ya da temsiller oluşturduğunu öne sürmektedir. Bilişsel bileşen, beş temel öğeden oluşmaktadır: Kimlik, neden, zamanlama, sonuçlar ve sağlığı tehdit eden şeyin kontrol edilebilir olup olmamasıdır. Bu algılar, hastanın baş etme çabasını yönlendiriyor gibi görünmektedir (Leventhal, Nerenz, Steele, 1984). Birey bu başa çıkma tarzlarını deneyimlerle kazanır. Her bireyin kullandığı başa çıkma tarzı özgündür (Potter ve Perry 1997; Taylor, Lillis ve Lemone, 2001; Ağargün ve diğerleri, 2005).

Araştırmalar duygu odaklı baş etme mekanizmalarının problem odaklı baş etmeden daha az etkili olduğunu ve daha zayıf ruh sağlığına neden olduğunu göstermektedir (Endler, Parker, Summerfeldt, 1993). Bu cinsiyet farkı kısmen kadın ve erkeklerin bildirdiği stres



yaratılan etkenlerin farklılığı ile açıklanmaktadır. Kadınlar daha çok kişiler arası ve sağlıkla ilgili stres faktörleri ile, erkekler ise daha çok uğraşsal streslerle baş etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. İnfertilite başa çıkılması zor bir kriz durumudur (Ak, 2002). Bireyin değerler sistemi ve kendi kültürü içinde beklenen fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi durumunda negatif sonuçları en aza indirmek ve ya tamamen yok etmek için başa çıkma tarzlarını kullanması gerekmektedir (Ağargün ve ark. 2005).

### 1.1.3. Psikolojik dayanıklılık kavramı ve tanımı

Psikolojik dayanıklılık kavramının Latince “resilire” kökünden türediği bilinmektedir (Masten, 2007). Latince’deki anlamı “bir maddenin elastik olması ve kolayca aslına dönebilmesidir (Gizir, 2004). Oxford Student's Science Dictionary’deki (2013) resilience maddesinde (psikolojik sağlamlık); “kötü bir durumdan hızlıca kurtulma, atlatma, iyileşme” anlamına gelmektedir.

Türkiye’deki alanyazın incelendiğinde ise “resilience” kelimesi Türkçe’ye çeşitli şekillerde çevrilmiştir. Bunlar; (Terzi, 2006, 2008) “kendini toparlama gücü”, (Öğülmüş 2001, Özcan 2005, Gürkan 2006) “yılmazlık”, (Kararımak 2006, Gizir, 2007) “psikolojik sağlamlık”, (Eminağaoğlu, 2006) “psikolojik dayanıklılık” olarak ifade etmişlerdir. Bu araştırmada ise “resilience” kelimesinin karşılığı olarak “psikolojik dayanıklılık” ifadesinin kullanılması tercih edilmiştir. Dayanıklılık; atılganlık, kendini geliştirme, önleyici başa çıkma, olumlu duyguları içerir (Bonanno, 2005).

Psikolojik dayanıklılıkta en temel faktör, kişilerin bir takım adımlar atmasını gerekli kılan, çaba, zaman gerektiren ve devam eden bir süreç olmasıdır (Garmezy 1991; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000; Masten 2001). Bu çerçevede bir tehdit, bir trajedi, bir travma veya ilişkisel ve ailesel sıkıntılar, ciddi sağlık sorunları, işyeri ve parasal problemler gibi önemli stres kaynaklarına karşı, psikolojik dayanıklılık bireyin uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmektedir (Draye, 2004). Psikolojik dayanıklılık, zor durumlarda bireyin kendisini toparlama gücü (Garmezy 1991) veya değişimin ya da olumsuzlukların başarılı biçimde üstesinden gelme becerisi olarak da tanımlanmaktadır (Wagnild ve Young 1993).

Literatürde psikolojik dayanıklılık kavramı farklı görüşle çeşitli tanımlamalarla açıklanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın değişik yönlerini ele alan bu tanımlamalardan bazıları kişisel (Rutter 1993) veya ailesel (Hawley ve DeHaan 1996) özellikleri, bazıları da

psikolojik dayanıklılık sonuçlarını (Luthar ve diğeri, 2000) ele almaktadır. Psikolojik dayanıklılık her ne kadar bireylerin karşılaşılabileceği psikolojik hastalıklar açısından önemli riskler bulduran çeşitli olaylar olarak kabul edilse de, aynı zamanda olumlu sonuç olarak da yorumlanabilmektedir (Masten ve Reed 2002).

Kobasa' ya (1979) göre psikolojik dayanıklılık, strese karşın normal yaşantısına uyum sağlayabilme özelliği gösterebilen bireylerin sahip olduğu bir kişilik özelliğidir. Psikolojik dayanıklılık kavramı dökme ve dövme demir metaforu ile de açıklanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramı, yapısı çok sert olmasına rağmen kolayca kırılabilen dökme demire değil, yapısı yumuşak ve kolayca şekil alabilen dövme demire benzetilmektedir. Diğer bir deyişle psikolojik dayanıklılık bir esnekliğe işaret eder. Bu esneklik, bireylerin olumsuz koşullardan kaynaklanan fiziksel ve psikolojik zorlukların etkisinden çabucak kurtulmalarını ve kısa sürede gücünü yeniden toparlayabilmelerini sağlar (akt. Terzi, 2005). Psikolojik dayanıklılık, kişinin engel, belirsizlik ve benzeri birçok olumsuz durumla baş etme ve başarılı olma yeteneğidir (Luthans, Youssef, Avolio, .2006). Buna karşın herhangi bir zorlayıcı yaşam olayına maruz kalmamış, ancak yaşamında başarılı olmuş bireyler “dayanıklı” değil, “başarılı” veya “yeterli” bireyler nitelendirilir (Gizir, 2004).

Kobasa' ya (1979) göre strese dirençli kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları vardır. Bunlar “değişmeye açıklık, yaptıkları iş ne olursa olsun kendini o işe verebilme ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanma” dır. Kobasa (1982), kendini toparlayan bireylerin kişilik özelliği olarak ele alınan psikolojik dayanıklılığı, varoluşçu yaklaşımın temel kavramlarına dayandırarak açıklamıştır. Varoluşçu felsefeye göre varoluş özden, benlikten veya kendi olmadan önce gelir. Varoluşçu felsefede ana mesele “varlık” tır. Ancak bu genel anlamda evrenin varlığı değil bireyin kendi varlığıdır. Bu görüşe göre doğuştan özü olmayan kişi, kendi yaptığı seçimlerle var eder. Kobasa' nın psikolojik dayanıklılık tanımına göre, dayanıklı kişilik özelliği varoluşçu yaklaşımla özdeşleşmektedir. Psikolojik olarak dayanıklı bireyler hayatları boyunca ne istediklerini bilirler. Problemler ortaya çıkmadan engelleyebilme ve problem çözebilme yetisine sahiptirler. Geçmişteki deneyimlerinden çıkarımlar yaparak daha iyi olabilme gücüne sahiptirler.

Jackson, Firtko ve Edenborough(2007)'a göre psikolojik dayanıklılığın henüz ortak bir tanımı yapılmamıştır. Ancak dayanıklılık beceri, kendine güven, öz-disiplin gibi bazı

niteliklere sahip olmak olarak belirtilebilir. Buna göre dayanıklılığı oluşturan dört bileşen vardır. Bunlar:

- 1) Ruhsal, psiko-sosyal nitelikler,
- 2) İlişkisel, iç ve dış roller ve ilişkiler,
- 3) Durumsal, stres ve sıkıntılı durumlar karşısında tepki yeteneği,
- 4) Felsefi, kişisel inanç ve ilişkileri içerir.

Psikolojik dayanıklılık, stresin etkilerine direnç ve stresten korunmaya tampon olma özelliğiyle önemli bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Stresle mücadele ederken, çevresel ve sosyal faktörleri değiştirmek çok daha zor olduğundan; stresle başa çıkma yönündeki araştırmalar psikolojik dayanıklılığa yönelmiştir (Tekin, 2011).

#### **1.1.3.1.Psikolojik dayanıklılığa etki eden etmenler**

Literatürde psikolojik dayanıklılığın oluşabilmesi için risk faktörü olgusunun varlığı onaylanmıştır. Düşük ekonomik statü, maddi problemler, çevrede şiddetin olması, kötü arkadaş grupları ve yanlış beslenme, çevresel ve toplumsal risk faktörlerindedir (A. Akın, ve Ü. Akın, 2015). Eğitimin yetersizliği, sosyal hizmetlerin eksikliği, toplumsal şiddet olayları, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, işsizlik, göçler ve afetler, bireyler için risk oluşturmaktadır. Eğitimciler, aileler ve toplum tarafından bu risk faktörlerinin azaltılması bireylerin psikolojik dayanıklılığını arttırmada yardımcı olabilmektedir (Sarıkaya,2015). Bununla birlikte, koruyucu faktörler; yakın aile dışında, güven duyulan bir akraba ya da akranlarla olan iyi ilişkiler, psikolojik olarak dayanıklı olmayı arttırmaktadır (Garmazy, 1991). Bireyin maruz kaldığı risk faktörlerinin etkisini ve olumsuz olaylar zincirlerini azaltan bireyin benlik saygısını ve kontrolünü arttıran, bireyin yeniliklere ve olanaklara açık olmasını sağlayan her türlü etmenin koruyucu bir etmen olduğunu belirtmektedir (Akın vd. 2015).

#### **1.1.3.2.Kuramsal psikolojik dayanıklılık yaklaşımları**

Giderek artan popülerliğine rağmen, evrensel olarak kabul gören bir psikolojik dayanıklılık kuramı bulunmamaktadır. Bu bölümde literatürde yaygınca kullanılan psikolojik dayanıklılık yaklaşımlarından; Kobasanın yaklaşımı, Masten ve Reed' in yaklaşımı, Friberg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen' in yaklaşımı, Luthans ve arkadaşlarının sınıflandırması, Maddi ve Khan'ın yaklaşımına kısaca değinilecektir:

### ➤ Kobasa'nın yaklaşımı

Kobasa'nın varoluşçu kişilik teorisine dayanarak "stresli yaşam durumları ile karşılaşıldığında bir direnç kaynağı olarak görev yapan kişilik özelliği" olarak ele aldığı psikolojik dayanıklılık, birbiriyle ilişkili bağlanma, denetim ve meydan okuma boyutlarından oluşmaktadır (Terzi, 2005).

**Bağlanma;** bireyin yaşamın çeşitli alanlarıyla ilgilenme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Kobasa, 1979). Psikolojik dayanıklılık teorisine göre, devam eden yaşam olaylarına katılma eğilimi olan bağlanma, amaç duygusunu, anlamlılığı ve kendini anlamayı yansıtır. Kişinin sosyal çevre, iş, aile çevresi, kişilerarası ilişkiler, inanç ve değerlerine bağlanması, yaşamının bütün alanlarında söz konusu olmaktadır ve bu durum bireyin stresli yaşam durumları ile başa çıkabilmesi için gerekli olan bir güç kaynağı oluşturmasını sağlamaktadır (Kobasa, Maddi ve Kahn, 1982, akt. Terzi 2005). Ebeveyn ve çocuk ilişkileri çocuğun diğer bireylere, nesnelere ve tüm yaşama karşı aldığı tavırların, benimsediği tutum ve davranışların temelini oluşturur. Çocuğa ilgi ve yetenekleri doğrultusunda eğitim fırsatları sunan, diğer insanlara güveni teşvik eden, uygun davranış biçimlerini içeren model oluşturan, değişik yaşantılar için cesaretlendiren, duygusal olarak kendini ifade etmesine yardımcı olan, bağımsızlığı teşvik edecek ortamlar hazırlayan ebeveynler, bireyin yaşamda karşılaştığı zorluklar karşısında dayanıklı olmasını kolaylaştırmaktadır (Aydoğdu, 2013).

**Meydan okuma;** psikolojik dayanıklılığı oluşturan bir diğer özelliktir. Bu özellik bilginin kolay ulaşılmadığını çaba, emek ve zahmet gerektirdiğini bireye öğretir. Bu bireyler yaşamda durağanlıktan daha ziyade değişimi normal olarak değerlendirirler ve bu değişim beklentisi onlarda güvenlik tehdidi olarak değil gelişimi teşvik edici unsur olarak algılanır. Bireylerin yaşadıklarını yeniden düzenleyebileceklerine olan inançları sayesinde olayların gelişimi teşvik edici olarak algılanır (Aydoğdu, 2013). Stresli bir durum karşısında meydan okuma özelliği olan bireyler bir tehdit durumunda durumu tekrar düzenleme özelliği gösterirler. Bu bireyler ilginç ve çeşitli yaşam olayları ve tecrübelerine önem verirler. Çevrelerine karşı çok samimidirler ve stresle baş etmede kullanılacak kaynakları ve kaynaklara ulaşmayı iyi bilirler. Durumların etkili bir şekilde değerlendirilmesi ve yorumlanması yeteneğine sahiptirler. Bu bireyler için başa çıkma kişisel gelişim ve olgunlaşma için stresli yaşam olayları bir fırsattır (Kobasa ve Puccetti, 1983, akt. Terzi 2005).

**Denetim;** bireyin yaşamındaki çeşitli durumları etkileyebileceğine olan inancını ifade eder. Denetim bireyin yaşamındaki durumları değiştirebilecek düşünceye sahip olması ve bu bağlamdaki eylemlerini içerir. Yaşamda güçlüklerle karşılaşıldığında, çaresiz kalmak yerine olayların sonuçlarını etkileyebilme inancı olan denetim, öz disiplini, başarı yönelimli olmayı, özerkliği ve içsel güdülenmeyi, karar verme becerisini, kişisel özgürlük ve seçim yapabilmeyi içermektedir (Terzi, 2005). Denetim boyutu yüksek olan insanlar karşılaştıkları stresli bir durum karşısında çabalarının faydalı olacağına inanırlar ve kendilerini güçsüz hissetmezler (Aydoğdu, 2013).

➤ **Masten ve Reed'in yaklaşımı**

Zorlu hayat tecrübeleri gibi stres yaratan olaylar bireyin psikolojik olarak gelişmesinin önünde duran risk faktörlerini oluşturmaktadır. Risk faktörü yüksek zorlu hayat tecrübeleri, bu tecrübeler karşısında bireyin kendini korumak adına kullandığı kalkan ise koruyucu faktörlerdir. Koruyucu faktörler, riskli durumlarla karşılaşıldığında bireyin pozitif tepki vermesine ve içinde bulunduğu olumsuz durumdan süratle sıyrılmasına imkân sağlamaktadır. Sorunlar ortaya çıktıklarında onlarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmayı öğrenmek, en az sorunları önlemeye çalışmak kadar önemlidir. Sağlıklı, mücadeleci ve sağlam nesiller için psikolojik dayanıklılığın güçlendirilmesi bağlamında üç temel stratejiden söz edilebilir (Masten ve Reed, 2002; akt. Genç 2015).

- 1) **Risk odaklı stratejiler:** Bu stratejiler bireyleri risk içeren tecrübelerden uzak tutmayı hedeflemektedir. Böylelikle belirli bir tecrübe edinilene kadar destekleyiciler kontrolünde tecrübe kazanılması hedeflenmektedir
- 2) **Kaynak odaklı stratejiler:** Kaynakları artırıp güçlendirerek bireyi güçlendiren bu stratejiler dolaylı olarak bireyin psikolojik dayanıklılığını da arttırmaktadır
- 3) **Süreç odaklı stratejiler:** Bu stratejiler de psikolojik dayanıklılığın güçlendirilmesi için bireysel temel koruyucu faktörleri harekete geçirmeyi hedeflemektedir.

Diğer stratejilerin aksine süreç odaklı stratejiler, risk içeren faktörleri ortadan kaldırmak ya da kaynakları güçlendirmek yerine bireyin hayatını değiştirebilecek etkiler yaratmaya ve bu sayede psikolojik dayanıklılığı güçlendirmeye odaklanmaktadır (Masten ve Reed, 2002, akt. Genç,2015). Masten ve Reed psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmaları değişken odaklı yaklaşımlar ve bireysel odaklı yaklaşımlar olarak iki temel yaklaşıma dayandırmıştır. Değişken odaklı yaklaşımlar; çoklu istatistiksel yöntemlerle

bireyin veya çevrenin risk faktörleri, zorlukları, koruyucu faktörleri ve olumlu özellikleri ele alınmakta ve bireyin riskler karşısında dayanıklı kalmasını sağlayacak yöntemlerin ve uyum süreçlerinin üzerinde durulmaktadır. Bireysel odaklı yaklaşımlar; zaman ve belirlenen kriterler bağlamında, dayanıklı olan bireyleri diğer bireylerden ayıran çeşitli özellikler ele alınmaktadır (Masten, 2007).

#### ➤ **Friborg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen'in yaklaşımı**

Psikolojik dayanıklılık yapısının açıklanmasında geniş bir çerçeve sunduğu ve psikometrik açıdan güçlü olduğu ifade edilen bir yaklaşımdır (Basım ve Çetin, 2011). Friborg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen (2003)' in ortaya koyduğu bu model mevcut çalışmada da benimsenmiştir. Modelde 6 boyut yer almaktadır. Kendilik algısı; bireyin kendi farkındalığının yüksek olmasına, Gelecek algısı; bireyin geleceğe karşı geliştirdiği bakış açısına (pozitif veya negatif olarak), Yapısal stil; bireyin güçlü yanları ve öz disiplini gibi özelliklerine, Sosyal yeterlilik; bireylerin ne derece sosyal destek gördüklerine, Aile uyumu; bireyin en yakını olarak tanımlanan ailesi ile olan uyumuna, Sosyal kaynaklar da bireyin sahip olduğu sosyal ilişkiler ağına işaret etmektedir (Basım ve Çetin, 2011).

#### ➤ **Maddi ve Khan'ın yaklaşımı**

Alanyazınında araştırmaların stres ile fiziksel ve ruhsal hastalık arasındaki ilişkilere, stresle başa çıkma stratejileri, sosyal destek, kişilik özellikleri gibi psiko-sosyal değişkenlerin tampon etkisi üzerine odaklandıkları görülmüştür. Bu çalışmalarda dikkat çeken, yükümlülük, kontrolü elinde tutma ve mücadelecilik olmak üzere üç boyuttan oluşan psikolojik dayanıklılığın, stres üzerinde tampon etkisi olduğudur. Yükümlülük, tehdit edici değerlendirmenin ve duygu odaklı stratejilerin kullanımının azaltılması ve ikincil değerlendirmenin artırılmasıyla ruh sağlığını iyileştirmektedir. Kontrolü elinde tutma, tehdit edici değerlendirmenin azaltılması ve ikincil değerlendirme ile problem çözme ve destek arama stratejilerinin kullanılmasının artırılması ile ruh sağlığını iyileştirmektedir (Kurt, 2011).

Dönüşümsel başa çıkma, stres verici olayların stresli olmalarına rağmen doğal değişimler olduğu, anlamlı ve ilginç olduğu şeklinde iyimser değerlendirme olarak tanımlanır. Dönüşümsel başa çıkma kavramı, anlamlılık ve varoluşsal inanca dayanmaktadır. Bu başa çıkma ile stres vericiler kişisel gelişim için anlamlı fırsatlara dönüştürülür. Dönüşümsel başa çıkmada bireyler;

- (a) stresli durumu bilişsel değerlendirirler-kontrolü elinde tutma,
- (b) bu durumu diğer yaşam durumlarına ilişkin bakış açısı ile ele alma,
- (c) durumu değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için eyleme geçmeye, mücadeleciliğe karar verme

yetilerine sahiptirler.

Bu nedenle dönüşümsel bakış açısı “sadece hayatta kalmayı değil yaşamı zenginleştirmeyi sağlayan düşüncelerin, duyguların ve davranışların karışımı” olarak nitelendirilmektedir (Kobasa ve diğerleri, 1982; Maddi, Kobasa, 1994).

#### ➤ Luthans ve arkadaşlarının sınıflandırması

Psikolojik dayanıklılık; belirsizliklerin, zorlu hayat tecrübelerinin, hatalardan veya bireyin sorumluluğunu arttırması muhtemel hayatını sarsabilecek olumlu hayat tecrübelerinin sonucunda bireyin kendisini toparlaması ve kendine gelmesi olarak ifade edilmektedir (Youssef ve Luthans, 2007). Bireylerin sorunlar tarafından kuşatıldığında, sıkıntı çekmek yerine daha da ileriye sıçramasıdır. İşten ayrılma, atılma veya terfi etme gibi iş ile ilgili olayların yaratabileceği stresi yenme yolu veya iş yerinde meydana gelen zorlu, belirsiz, karmaşık, hatalı ve hatta olumlu değişikliklerin ve artan sorumluluğun yarattığı strese karşı koyma, geri gelme şeklinde de tanımlanabilen psikolojik dayanıklılık, geliştirilebilen bir durumsal değişken kişilik özelliği olarak ele alınmaktadır (F Luthans, K.W. Luthans ve B. C. Luthans, 2004). Genel anlamda psikolojik dayanıklılığın 3 temel özelliği bulunmaktadır. (Luthans ve diğerleri, 2006).

**Varlıklar;** Bir grup insanın ölçülebilir özellikleri veya belirli koşullarda gelecekteki pozitif sonuçları öngören durumlarıdır. İnsanların bilişsel becerileri, mizaçları, kendilerini pozitif algılamaları, bağlılıkları, hayata pozitif bakışları, duygusal tutarlılıkları, öz denetimleri, espri anlayışları ve genel olarak çekicilikleri dayanıklılığa katkı sağlayan potansiyel varlıklarını oluşturmaktadır.

**Risk faktörleri;** Doğası gereği kaçınılmaz olan unsurlardır. Riskten tamamen kaçma kendini ve başkalarını bütün risk faktörlerinden koruma gerçekçi bir davranış olmadığından bu faktörler dayanıklılığın özellikleri arasındadır.

**Değerler;** İnsan hayatındaki zorluklar kendini gerçekleştirme ve geliştirme için fırsattır. Varlıkları kullanma süreci eğer düzgün bir şekilde yönetebilirse kendilerini gerçekleştirmek için bir fırsat olabilir.

Psikolojik olarak dayanıklı bireylerin yaratıcı, değişime uyum sağlayabilen ve zorlayıcı durumlarla mücadelede çabuk pes etmeyen özellikler sergileyecekleri; ayrıca bu özelliklerinin bir sonucu olarak üstün performans ortaya koyacakları kabul edilebilir (Luthans, Avolio, Walumbwa ve Li, 2005). Bu bağlamda geliştirilebilir bir olgu olarak ele alınan psikolojik dayanıklılığın gelişmesinin; örgüte örgütsel performans artışı olarak yansıtacağı öngörülmektedir (Luthans ve Jensen, 2005).En genel ifadesiyle yöneticilerin psikolojik dayanıklılığa yatırım yapmaları, iş görenlerin örgütsel değişimlere daha çabuk uyum sağlayabilmeleri adına atılması gereken çok önemli bir adımdır (Luthans vd. 2005).

Masten, Best ve Garnezy, (1990) tanımlarda ortak noktalar bulmuşlardır. Psikolojik dayanıklılık kavramının, yaşanan olumsuzluklara rağmen bu zorlukları aşma gücünde olan ve beklenenin üzerinde gelişim gösteren bireylerin ayakta kalmalarını sağlayan ortak özellikleri üç grupta toplanmaktadır:

**Birinci temel psikolojik dayanıklılık özelliği;** kişisel bir yetenekle donanmış oldukları inancını tanımlamak için kullanılmıştır. Kötü koşullarda ve zorlu yaşam olaylarına maruz kalarak büyüyen ve buna rağmen başarıyı elde etmiş bireylerin hikâyeleri de bu temel olguyla ilintilidir.

**İkinci temel psikolojik dayanıklılık özelliği;** bireyin stres verici ve zorlu yaşam koşulları karşısında gösterdiği uyum yetisi ile ilintilidir. Psikolojik dayanıklılık olgusunun bu temel özelliği ile ilgili çalışmalarda; ailede çatışma veya boşanma gibi kimi stres faktörlerini rengi noktası olarak sayılmaktadır.

**Üçüncü temel psikolojik dayanıklılık özelliği;** çok sevilen bir yakının kaybı, büyük kazalara maruz kalma ve doğal afet gibi kimi olayları yaşama gibi travma durumlarını atlatma becerisi ile ilişkilidir.



### 1.1.3.3. Psikolojik dayanıklılığa sahip kişilerin doğuştan gelen ve sonradan kazanılan özellikleri

Bazı araştırmalar genetik özelliklere odaklanarak bazı kişilerin dayanıklı olarak doğduklarını öne sürmektedir (JH.Block ve J.Block, 1980). Bununla birlikte yapılan diğer araştırmalar psikolojik dayanıklılığın sonradan öğrenilebilir olduğunu belirtmiştir. (Beardslee ve Podorefsky 1998). Öyle ki, Psikolojik dayanıklılık olaylar karşısında algılanarak öğrenilen ve fark eden bir süreçtir.. (Masten ve diğerleri, 1990).

“Psikolojik dayanıklılık, karşılaşılan sıkıntılar karşısında onların üstesinden gelme, başa çıkma ve güçlenme şeklinde ifade edilen evrensel bir kapasitedir. Bir çocuğun genetik faktörleri ve mizacı psikolojik dayanıklılığını anlamak ve tanımlamak için önemli unsurlardır. Bir çocuğun anksiyete düzeyi, zorlukları, stres ve yabancılaşma seviyesi, savunmasızlığı, ket vuruluyor olması, ya da sınır tanımaması, başkaları ile nasıl ilişkiler kurduğu ve etkileşime bulunduğu, kendisini nasıl algıladığını belirler. Böylelikle psikolojik dayanıklılığına dair fikrimiz olabilir "(Bernard,1995)

Psikolojik dayanıklılık Anderson'a (1997) göre,“sosyal, davranışsal ve akademik açıdan yaşam dahilinde tüm koşul ve ortamlarda, ebeveyn akıl hastalığı, kent-içi yaşam ve çocuk istismar ve ihmali de dahil olmak üzere tüm olumsuz koşullarda ve ortamlarda yetkin olabilmelidir”. Maneviyatınızla iletişimde olmak psikolojik dayanıklılığınızla bağlantılıdır. Psikolojik dayanıklılığı olan bireyler ortama daha hızlı uyum sağlayabilmektedir. Bireyin ortama uyum sağlaması sonraki hayatında risk faktörlerinden etkilenmemesine, psikolojik olarak dayanıklı hissetmesine ve olumlu yönde hayatını sürdürmesine yardımcı olmaktadır (akt. Sağlam, 2012). Yine psikolojik olarak dayanıklı kimselerin dayanıksız kişilere göre; daha iyimser, daha iyi sosyal becerilere, daha iyi sorun çözme becerisine, daha yüksek benlik saygısına ve öz yeterlilik duygusuna sahip oldukları ayrıca daha yüksek akademik başarıya, daha yüksek zekâ düzeyine sahip oldukları, daha fazla olumlu gelecek yönelimine ve daha fazla sosyal desteğe sahip, daha duyarlı kimseler olduğu belirtilmektedir (Eskin, 2011).

Psikolojik dayanıklılığın gelişimi, içsel ve dışsal birçok değişkenin bir araya gelerek oluşturduğu koruyucu faktörlerin varlığıyla önemli ölçüde bağlantılıdır. Sosyal yeterlilik, problem çözme becerileri, özerklik, yaşamda anlam algısı, benlik saygısı, olumlu bir aile iklimi, sosyal destek, etkili sağlık ve bakım hizmetleri gibi koruyucu faktörler bireyin

strese daha olumlu tepkiler vermesinde işlev görmektedir. Bununla birlikte bireyin ilgilendiği ya da yapmaktan zevk duyduğu faaliyetlerin olması da stres yaratan durumlara uyum gösterilmesinde destek sağlamaktadır (Şahin, Yetim ve Çelik, 2012).

➤ **Amerikan psikolojik derneğinin, psikolojik dayanıklılığı geliştirmek için önerileri aşağıdaki gibidir:**

*İnsanlarla ilişki kurmak;* kişinin aile bireyleri ve arkadaşlarıyla iyi ilişkilere sahip olması önemli bir dayanıklılık göstergesi olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle insanların dayanıklılık düzeylerini arttırmak için diğerleriyle iyi ilişkiler kurabilmelerini sağlayacak yardım ve girişimlerde bulunulması önemlidir. *Kriz durumlarını başa çıkılmaz durumlar olarak görmemek;* bu aşamada gelgitler kaçınılmazdır. Herkes yaşamda birtakım zorlu anlar yaşayabilir. Bireyler olarak bu gerçeği değiştiremeyiz. Fakat bu tür durumları algılayışımız, yorumlamamız ve tepki vermemizin şeklini değiştirebiliriz. Yaşamın olumsuz anlarını çözümler, içinden çıkılmaz durumlar olarak görmeye başladığımız anda atacağımız olumlu adımlar ya sınırlanmış ya da kitlenmiş olacaktır. *Değişimin kaçınılmaz olduğunun kabulü;* yaşamda emin olunabilecek tek gerçek varsa her şeyin sürekli bir değişim içinde olduğudur. Onun için olumsuz bir takım yaşam olayları yüzünden kişi bazen kendisi için belirlemiş olduğu hedeflere ulaşamayabilir. Kişinin değiştiremeyeceği durumları kabul edip, değiştirebilecekleri üzerine odaklanması kendi dayanıklılığı için önemli bir göstergedir. *Hedefleri belirlemek;* yaşamda kişinin hedeflerinin olması ve kendisine hedef belirleyebilmesinin önemli bir dayanıklılık göstergesi olduğu belirtilmektedir. Bir amaç belirleyebilen kimse hem hedefleri doğrultusunda yaşama daha sıkı tutunur ve gelecek yönelimi artar hem de kişisel yaşam zamanını yapılandırabilir. Belirlenen amaç ve hedeflere ulaşmak için çalışan bir kimse hedeflere ulaşmak için çalışacak, bu çalışma ve kazanımlar kendi başlarına birer mutluluk kaynağı olacaktır. *Kararlı adımlar atabilmek;* bazı insanlar sorunlarla karşılaştığında pasif kalarak, problemlerin kendi kendilerine çözümlerini bekleyebilmektedir. Problemler karşısında bu tür bir yaklaşım dayanıksızlık göstergesidir. Herhangi bir sorunla karşılaşıldığında problemin çözümünün gerekleri doğrultusunda kararlı adımlar atabilmek ise bir dayanıklılık göstergesi olarak ele alınmaktadır. *Sorunları kendini keşfetmenin bir yolu olarak görmek;* yaşamda sorunla karşılaşmamış, korunaklı bir hayat yaşamış birisi kendisi hakkında bilgi sahibi olma konusunda fırsatı olmamış bir kimsedir. Sorunlar aynı zamanda insanın kendisiyle ilgili bilgiler edinebildiği birer fırsattır. Problem durumlarını bu şekilde değerlendirebilenler dayanıklı kimselerdir. *İnsanın kendisi*

*hakkında olumlu bir görüşü olması*; insanın, sorunlarını çözebileceği ve halledebileceği yönünde kendine ve yeteneklerine güveni, önemli bir dayanıklılık göstergesidir. Zaten problemlerini başarılı bir biçimde çözebilmesi için kişinin her şeyden evvel bunu yapabileceğine inanması gerekir. Kendisi hakkında böyle bir inanca sahip olmayan biri, sorunların çözümünde adım atmaktan çekinir. *Olaylara geniş bir zaman diliminden bakabilmek*; olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşan kişiler olayı dar bir zaman diliminde değerlendirdiğinde, yaşadığı olay, gerçek boyutlarından büyükmüş gibi görünür. Onun için yaşanan problem durumlarını geniş bir zaman ve bağlam içerisinde değerlendirebilmek, önemli bir dayanıklılık göstergesidir. Böyle yapabilenler, problemin anlık duygusal yükünden bağımsız olarak olayı gerçek boyutlarında algılayabilir. Olumsuz olaylara hem geniş bir zaman diliminden bakabilmek, hem de onları zamansal bir bağlamda ele alabilmek kişinin üzerindeki negatif etkilerinin azalmasını sağlayacaktır. *İyimser olmak*; olaylara ve çevresine karşı iyimserlikle bakabilmenin, önemli bir dayanıklılık göstergesi olduğu belirtilmektedir. İyimser kişiler iyi şeyler olacağı beklentisine sahipken kötümserler kötü şeyler olacağına sahiptirler. Onun için kişinin iyimserlik geliştirebilmesi ve geleceğe umutla bakabilmesi önemli bir dayanıklılık göstergesi olarak kabul edilmektedir. *Kendine iyi bakmak*; antik bir öğüt olan kendine iyi bakmanın da önemli bir dayanıklılık göstergesi olduğu söylenmektedir. İnsanın kendi duygularına ve gereksinimlerine duyarlı olması, kendine zaman ayırması, spor yapması ve hoşlandığı etkinliklerde bulunması kişinin kendine iyi bakması olarak değerlendirilebilir. Kendini bu şekilde hem bedenen hem de ruhen zinde tutan bir kimse karşılaştığı problem durumlarının çözümüyle uğraşmak konusunda hem daha istekli hem de daha gayretli olacaktır ( American Psychological Association, 2015).

#### **1.1.3.4. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki**

Psikolojik dayanıklılık, kişilerin stresle başa çıkmalarına destek olarak onların zorlu yaşam şartlarıyla mücadele etmelerini (C. E. Lambert ve V. A. Lambert, 1999; Judkins ve Rind, 2005), uğraştıkları işe ve çalıştıkları topluluğa bağlanmalarını kolaylaştırır. Psikolojik dayanıklılık, stresin negatif etkilerini azaltan ve hastalığa yol açan gerginliği engelleyen bir kişilik özelliğidir.

Kişisel iyi olmayla ilgili bir dayanıklılık modeli sunan Terzi (2005) de, psikolojik dayanıklılığın stresle başa çıkmada destek olduğunu belirtmektedir. Dayanıklılık, bilişsel

düzyeyde olumlu değerlendirmeler ve kararlı başa çıkma faaliyetleri aracılığıyla stres verici günlük olayların etkisini hafifletmeye yönelik kişilik temelli bir eğilimdir (Morrissey ve Hannah, 1986; Crowley ve diğ., 2003), Psikolojik dayanıklılık, kişilerin psikolojik problemlerini azaltan ve daha sağlıklı olmalarını sağlayan kişisel bir özellik olarak değerlendirilebilir (Harrison, Loisselle, Duquette ve Semenic, 2002). Bu bakımdan, psikolojik dayanıklılık olgusu varoluşçuluğa dayandırılır. Böyle bir bakış açısı, günlük yaşamın stresıyla başa çıktıktan sonra sağlıklı olabilen kişilerin kendilerini hasta kişilerden ayıran davranışsal eğilimler, bazı tutum ve inanç gösterdiklerini kabul eder (C. E. Lambert ve V. A. Lambert, 1999). Dayanıklılık, neden bazı kişilerin stresli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında daha çok psikolojik rahatsızlık geçirme riski taşırlarken, diğerlerinin sağlıklı olabildiklerini açıklayan güçlü bir kişisel özellik olarak benimsenebilir. Üstelik, dayanıklı bireyler stresli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında, bunları kontrol etmek için aktif girişimde bulunurlar, deneyimi ya da yaşadıklarını ilginç ve değerli bulurlar ve bu olayları gelişim için bir araç olarak değerlendirirler (Hanton ve diğ., 2002). Stresli olaylarla karşılaşan yüksek dayanıklılığa sahip kişiler, problem çözme ve planlama gibi daha yaklaşımcı stratejileri kullanarak kaçıncı stratejileri tercih etmemektedirler. Bu nedenle, etkili başa çıkma becerilerine sahip dayanıklı bireyler, daha az stres yaşamakta ve daha az rahatsızlık belirtisi göstermektedirler (Klag ve Bradley, 2004).

## 1.2. İlgili Araştırmalar

Literatür çalışmalarında infertilite, psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma arasında güçlü bir ilişki olduğunu öne süren mevcut kuramsal açıklamalar gz önüne alındığında, bu ilişkiyi destekleyen ve doğrudan inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Alanyazındaki bu araştırmalar değerlendirildiğinde, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin başa çıkma tarzlarını etkin bir biçimde kullandıkları belirlenmiştir. Araştırmalar, psikolojik dayanıklılığın strese karşı tampon görevi gördüğünü, psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri düşük bireylere göre stres karşısında daha olumlu bir benlik değerine sahip olduğunu ve baş etme tarzlarının daha güçlü olduğu görülmektedir.

### 1.2.1. İnfertiliteye yönelik psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma üzerine yapılan araştırmalar

Literatürde kadın, çiftler ve çevre etkileşimini hedefleyen bir infertilite dayanıklılık modeli öneren Ridenour vd. (2008), infertil bireylerde psikolojik dayanıklılığı, travma sonrası gelişim, pozitif baş etme, sosyal destek gibi farklı değişkenler aracılığıyla araştıran (Herrmann vd., 2008; Sexton, Byrd ve von Kluge, 2010; Peters, Jackson ve Rodge, 2011, Kvamme, 2011; Yu vd., 2014), psikolojik dayanıklılığın genel stresle ilişkisinin yanında infertiliteye özgü stresle ilişkisini ele alan (Sexton vd., 2010; Herrmann vd., 2011), psikolojik dayanıklılığın baş etme becerileri için yordayıcı bir değişken olduğunu öne süren (Kvamme, 2011; Sanford, Backer-Fulghum ve Carson, 2016), yaşam kalitesi (Herrmann vd., 2011) ve yaşam beklentileriyle (Shalkouhi, Vatankhah ve Zarbakhsh, 2015) ilişkilendiren çalışmalar vardır.

#### ➤ Yurt dışında yapılan araştırmalar

Kadınların duygu odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullanmaları, daha fazla psikolojik stres altında olmalarından kaynaklandığı şekilde açıklanmaktadır. Çünkü daha fazla psikolojik stresin, kaçınma, diğerlerinden yardım arama ve kişinin baş etme repertuarı boşaldığında durumu yeniden değerlendirme mekanizmalarını kullanmaya neden olduğu gösterilmiştir (Felton, Revenson, 1984).

Yapılan çalışmalar çocuk sahibi olmanın ebeveyn olmanın yanısıra, yetişkinlik büyüme-olgunlaşma, her bireyin kendi ebeveyni ile özdeşini, ayrışma-bireyselleşme devam etme, ödipal olguların çözülmesi, bireyin ölümsüzlüğü genlerin devamı anlamlarını da beraberinde taşımaktır (Godfarb, Rosenthal ve Utian 1985).

Baş etmeyi bilişsel modele göre ele alan araştırmacılar infertil çiftlerin bu stres kaynağı ile baş etmede değerlendirme, probleme ve duyguya yönelik stratejileri kullandıklarını vurgulamaktadır (Callen ve Hennesey 1989).

Levin ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan araştırmada, çiftlerin başa çıkma tarzlarını araştırdıkları çalışmalarında, evlilik doyumu ve psikolojik zorlanma açısından tedavinin erken ve geç evreleri ve eşlerin baş etme biçimleri arasındaki eşleşmeyi göz önüne alarak, kadın ve erkek deneklerin farklı olduklarını bulmuşlardır. Kadınların evlilik doyumlarının, hem kendileri hem de partnerlerinin problem odaklı başa çıkmada iyi

oldukları durumlarda en yüksek olduğunu ve her ikisinin de problem odaklı başa çıkmada zayıf oldukları durumlarda ise düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca kadınlarda evlilik doyumunu, infertilite sürecinden sonraki aşamalara göre erken aşamalarda daha yüksek saptamışlardır. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde, eğer eşlerin duygu odaklı başa çıkma mekanizmalarını kullanma oranları düşükse, kadınların evlilik doyumlarının daha yüksek olduğunu, erkeklerde ise tedavi aşamalarından bağımsız olarak, kendileri ve eşlerinin duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları durumda daha fazla zorlandıklarını gözlemlemişlerdir (Levin, Sher, Theodos, 1997).

McQueeney ve arkadaşları, hem duygu odaklı hem de problem çözme odaklı baş etme yöntemlerinin infertil kişilere yardımcı olduğunu, problem çözme odaklı stratejilerin daha uzun vadeli kazanımları varken, duygu odaklı yöntemlerin daha hızlı ortaya çıkan etkilerinin olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar her iki başa çıkma yönteminin de faydalı olduğunu ancak infertilitenin farklı aşamalarında etkinlik açısından farklılıklar gösterebileceğini belirtmişlerdir (McQueeney, Stanton, Sigmon, 1997).

İnfertilite ile baş etmede cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, infertil kadın ve erkeklerin stresle baş etme yöntemleri arasında farklılıktan çok benzerlikler olduğu ifade edilmiş, sekiz stratejinin sadece üçünde anlamlı ve yorumlanabilir cinsiyet farklılıkları olduğu belirtilmiştir. Bu farklılıklar, kadınların daha çok kaçma ve kaçınma içeren stratejiler kullandıkları, durumu olumlu bir şekilde yeniden çerçeveselendirdikleri ve erkeklerden çok daha geniş ölçüde sosyal destek aradıkları yönündedir (Jorda, Tracey, Revenson, 1999).

Sağlık problemleri dâhil, yaşamda stres yaratan faktörler ile baş etme yöntemlerini araştıran çalışmaların çoğu, kadınların erkeklere göre daha çok duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını bulmuştur (Jorda, Tracey, Revenson, 1999). Duygu odaklı stratejiler, problem tarafından yaratılan duygusal stresi yönetmeye odaklanır. Bunun için de, duygusal stresin ifade edilmesi, sosyal destek arama, kaçma/kaçınma, dikkatini başka yöne verme ve gerilimi azaltmaya çalışma gibi yöntemler bulunmaktadır. Paralel bir şekilde, erkekler daha çok araçsal ya da problem odaklı baş etme mekanizmalarını kullanmaktadırlar (Jorda, Tracey, Revenson, 1999).

Blenner 25 çift üzerinde yaptığı çalışma sonucunda infertilite krizine özgü 8 evre ileri sürmüştür (Yeşiltepe Oskay ve Kızılkaya Beji 2001). Blenner'ın infertilite krizi evreleri aşağıdaki gibidir:

- *Olayın Farkına Varma:* Problemin farkına varılır.
- *Gerçekle Yüzleşme:* Neden ben? sorusu gündeme gelir.
- *Umut ve Azim:* Tedavi süreci başlar.
- *Tedavinin Yoğunlaşması:* İnfertilite tedavisi yaşamın odağı haline gelir.
- *Kısır Döngü:* Başarısız tedavi sonuçları üzüntü yaratır.
- *Tedaviye Devam:* Yaşamın adaletsiz olduğu kabul edilir ve tedavi sürdürülür.
- *Tedavinin Bırakılması:* Uğraşlar sonuçsuz olduğunda çift pes edebilir.
- *Odak Değiştirme:* Yas tutma, boyun eğme, evlat edinme ve çocuksuz yaşam gibi çözümlerden birine karar verilir.

Hsu ve Kuo (2002) tarafından yapılan araştırmada, infertilite tedavisi sürecindeki negatif duygular ile etkisiz baş etme yöntemleri arasında ilişki olduğunu ve bu nedenle infertilite tedavisi sürecindeki kadınlara sosyal destek almaları, gevşeme yöntemlerini kullanmalarının öğretilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Lee (2003) tarafından yapılan araştırmada, infertil kadınlara yönelik bilgi verme, gevşeme egzersizleri ve kognitif davranışsal danışmanlığa dayalı hemşirelik kriz önleme programının kadınların psikososyal yanıtını olumlu yönde değiştirdiği saptanmıştır.

Güz ve arkadaşlarının çalışmalarında, eşinden ve ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve düşük benlik saygısı saptanmıştır (Jedrzejczak, Luczak-Wawrzyniak, Szyfter, PrzewoŃna ve Taszarek-Hauke, 2004). İnfertil kadınların erkeklere göre daha fazla içine kapanma duygusu yaşamakta oldukları bildirilmekte, çiftler arasında içine kapanma duygularının yükseldiği belirtilmektedir (Güz ve ark, 2003).

Jedrzejca vd.'nin (2004) yaptıkları çalışmada, 60 infertil kadın değerlendirilmiş ve kadınların %25'inde infertilitenin evliliklerinde büyük bir problem yarattığı tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak infertil kadınların depresyon puanları sonuçlandırılmış ve kontrol grubunun puanlarından 2 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Lemmens ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan araştırmada, infertil bireylerin yaşadıkları sıkıntılarla baş etmelerine yardım etmek için, akıl-beden girişimleri temelinde evlilik terapisi, sanat terapisi, gevşeme egzersizleri, duyguların sözel aktarımı, beden imajı ve benlik kavramına yönelik tekniklerin kullanımı yoluyla grup destek programı gerçekteşirmişlerdir. (Lemmens, Vervaeke, Enzlin ve Bakelants, 2004).

Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma tarzları ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. Schmidt ve diğerleri (2005) ise araştırmalarında infertilite stresi ile başa çıkma tarzlarını aktif-yok sayma başa çıkma tarzı, aktif-mücadele etme başa çıkma tarzı, pasif-yoksayma başa çıkma tarzı, anlam bulma temelli başa çıkma tarzı olarak dört alt boyutta incelemişlerdir.

Peterson ve diğerleri (2006) meydan okuyarak pozitif yeniden değerlendirme, kaçış/uzak durma, sorumluluğu kabul etme, kendini kontrol etme, uzaklaştırma, sosyal destek arama, planlı problem çözme ve başa çıkma, olarak sekiz alt boyutta oluşturmuşlardır.

Lechner, Bolman ve Van Dalen (2007) infertilite ile ilgili yaptıkları araştırmada başa çıkma tarzlarını aktif ve pasif olmak üzere iki alt boyutta oluşturmuşlardır.

Bayley, Slade ve Lashen (2009) infertilite ile ilgili yaptıkları çalışmada başa çıkma tarzlarını bilişsel yeniden yapılandırma, kendini suçlama-kaçınma emosyonel destek arama olarak üç alt boyutta değerlendirmişlerdir.

Yapılan araştırmalarda infertilite tedavi sürecinde, etkili baş etme yöntemlerinin kullanılması, anksiyetenin azalttığını belirtmiştir (Berghuis ve Stanton, 2002; Panagopoulou, 2006).

Yapılan tanımlayıcı çalışmalarda infertilite tedavi sürecindeki kadınların tedavi sürecinde etkisiz baş etme yöntemleri olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları belirtilmiştir (Lukse ve Vacc, 1999; Peterson ve diğerleri, 2006).

Schmidt vd. (2005), Schmidt (2006)'nın yaptıkları çalışmada infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini kadınların erkeklerden daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Schmidt 'in (2006) ve Peterson, Pirritano, Christensen ve Schmidt'in (2008) yaptığı



çalışmada da aktif yok sayma başa çıkma yöntemini kadınların erkeklerden daha fazla kullandığı bulunmuştur.

Peterson vd. (2006) infertilite ile başa çıkma yöntemlerini sekiz alt boyutta değerlendirmiş ve kadınların yedi alt boyutu erkeklerden daha fazla kullandıklarını saptamıştır. Peterson vd.'nin (2008) 1169 kadın ve 1081 erkekle yaptıkları bir başka çalışmada, kadınların infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini erkeklerden daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Başa çıkma yöntemlerini kadınların daha fazla kullanması infertilite stresini daha fazla yaşamalarından kaynaklanıyor olabilir (Schmidt, Christensen vd. 2005; Peterson vd. 2008). Peterson (2008)'un, Lechner vd.'nin (2007) ve Bayley vd.'nin (2009) çalışma sonuçları ile paralel olması infertil çiftlerin aktif yok sayma başa çıkma yöntemini sık olarak kullandıklarını düşündürmektedir.

Bayley vd.'nin (2009) infertilite kliniklerine başvuran kadın ve erkeklerle yaptıkları çalışmada bilgi edinme ve duygusal destek arama başa çıkma yöntemini kadınların daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Bayley vd.'nin (2009) başka bir çalışmasında ise gebe ve çocuklardan kaçınma içeren başa çıkma yöntemlerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla kullanıldığı saptanmıştır.

Galhardo, Cunha ve Pinto-Gouveia'nın (2011) infertil grup ile farklı grupları karşılaştırdığı çalışmada, yok sayma başa çıkma yöntemlerini infertil grubun daha fazla kullandığının bulunması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre aktif yok sayma başa çıkma yöntemini kullanacakları ortamlarla daha az karşılaştıkları düşünülebilir.

Yapılan araştırmalarda infertilite tedavi sürecinde anksiyetenin arttığı (Verhaak, Smeenk, Nahuys ve Kremer, 2007) ancak etkili baş etme yöntemlerinin kullanılması ile anksiyetenin azaldığı belirtilmiştir (Berghuis ve Stanton, 2002; Panagopoulou, 2006).

Yapılan araştırmalarda infertil bireyler tedaviye başlamadan önce uygulanan psikolojik desteğin, infertil çiftlerin depresyonla baş etmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Noorbala ve diğerleri, 2008).

Lee ve diğeri (2009) tarafından yapılan araştırmada, kadınların infertilite tedavi sürecinin her aşamasına farklı psikososyal tepkiler verdiklerini ve farklı baş etme yöntemleri kullandıklarını belirtmiştir.

Yapılan bir çalışmada infertil hastalarda strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri, olumlu tedavi sonuçları, stresle başa çıkma becerisinin artması, gebelik oranlarının artması ve psikolojik semptomların azalması ile ilişkilidir (Domar 2008; Kendirci 2010; Terzioğlu, Yücel, Türk, Taşkın, Dilbaz, Karahalil ve Çınar, 2010).

Yapılan bir araştırmada infertil kadınlara uygulanan akupunkturun, öz-yeterlik düzeyini artırdığı saptanmıştır (Kovárová, Smith ve Turnbull, 2010).

Gevşeme tekniklerinin infertil kadınlarda stresi azaltmada etkili olduğu araştırmalarla tespit edilmiştir (Hammerli ve diğeri, 2008; Valiani, Abediyan, Ahmadi, Pahlavanzadeh ve Hassanzadeh, 2010).

Sanat terapisinin etkinliği ile ilgili yapılan bir çalışmada, terapinin infertil kadınların umutsuzluk düzeylerini ve depresif semptomlarını azalttığı ortaya konmuştur (Hughes ve da Silva, 2011).

Yapılan araştırmalarda infertilite tedavi sürecinde ve tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında, anksiyeteyi azaltmada dikkat edilmesi gereken en önemli noktanın hastaları infertilite tedavi sürecine ve tedavi başarısızlıkla sonuçlanması durumuna hazırlamak ve etkili baş etmelerine yardımcı olmak olduğu belirtilmiştir (Pasch, Gregorich, Katz ve Millstein, 2012).

#### ➤ Yurt içinde yapılan araştırmalar

Öztürk (2011) tarafından yapılan çalışmada, tedavi için başvuran infertil kadın ve erkeklerin anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi, kadın ve erkek infertillerdeki yaygınlığının karşılaştırılması, sürekli öfke düzeyi, öfke ifade biçimi ve stresle baş etme yöntemleri açısından cinsiyet farklılığı olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. İnfertil kadın ve erkeklerde depresyon tanısı konulacak düzeyde depresif semptom bulunmadığı, kaygılarının normal, sürekli kaygılarının kadınlarda daha belirgin olmak üzere yüksek olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimi açısından aralarında farklılık olmadığı, infertil kadınların, duygularını ifade etmeye eğilimli ve işlevsel başa

çıkma yöntemlerini kullanmak konusunda erkeklere göre daha yetersiz oldukları, erkeklerin; işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanma oranları ile sürekli ve dışa yansıyan öfkelerinin pozitif yönde etkileştiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

İlerisoy (2015) tarafından yapılan çalışmada, infertil bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme tarzları araştırılmıştır. Buna göre, çocuk sahibi olmak yetişkin kimliği ve evlilik/aile yapısı üzerindeki en temel belirleyicilerden biri olarak ele alınmaktadır. Çocuğun olmadığı durumlarda benlik eksik/kusurlu olarak görülmekte, bu durum bireylerin depresyondan kaygıya kadar çeşitli şekillerde ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir.

Altıntop ve Kesgin (2018) tarafından yapılan çalışmada, infertilite tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, psikolojik dayanıklılıklarının ve başa çıkma yollarının durumluk/sürekli kaygısı üzerindeki etkisini araştırmak ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini incelemektir. Özel ve kamu kuruluşlarında infertilite tedavisi gören ve gönüllü olarak katılan 315 kişinin verisi analiz edilmiştir. Kadınların, durumluk/sürekli kaygılarının yüksek, psikolojik dayanıklılıklarının düşük ve duygu odaklı başa çıkmalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca durumluk/sürekli kaygı ile duygu odaklı başa çıkma yolları arasında pozitif, dayanıklılık ve aktif başa çıkma yolları arasında negatif ilişki görülmüştür.

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın deseni, evren ve örneklem ile araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin analizinde uygulanan istatistiksel teknikler ve izlenen yol hakkında bilgi verilmiştir.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma niceliksel bir araştırma deseni olup, betimsel ve korelasyonel (ilişkisel) tarama yöntemlerinin kullanıldığı bir çalışmadır. İlişkisel yöntemin türlerinden açıklayıcı modelinde tasarlanan araştırmada, mevcut durum olduğu biçimiyle betimlenmeye çalışılmıştır. Açıklayıcı model, İki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin gücü ortaya konulmak istendiğinde açıklayıcı model kullanılır, değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması ile yapılır, bu modelde bir değişkendeki değişimin diğer değişkendeki yansıması gözlenmeye çalışılır (Metin, 2014).

Bu araştırmada, infertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılık ile stresle başa çıkma tarzlarının kişisel bilgi formuna göre, betimsel ve korelasyonel bir yaklaşımla incelenmiştir. Bununla birlikte infertilite tedavisi gören kadınların dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma tarzları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu desene göre araştırmanın bağımlı değişkenleri psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarıdır. Kişisel bilgi formu içindeki değişkenler ise bağımsız değişkenlerdir. Kişisel bilgi formu, araştırmanın amacı esas alınarak hazırlanmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın hedef evreni Mersin’de infertilite tedavisi alan kadınlardır. Araştırma örnekleme ise 17 Aralık 2017 ve 17 Şubat 2018 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi’nde yapılan jinekolojik muayene sonucunda birincil ve ikincil infertilite tanısı almış evli 18-49 yaş aralığında bulunan kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem grubunu, belirtilen tarihlerde birime başvuran kadınlardan araştırma kapsamına alınma kriterlerine sahip olan ve çalışmayı kabul edenler (n=97) oluşturmuştur.

Bu bağlamda, araştırmanın örneklemini, tüp bebek ve aşılama tedavisi alan toplam 97 kadınla yapılan çalışmada uygunluk örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme yöntemi,örneklemin uygun yer ve zamanda kolay ulaşılabilir olmasıdır (Baştürk ve Taştepe, 2013).

İnfertilite tedavisi gören kadınların kişisel bilgi formuna verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 2.1' de verildiği gibidir. Tablo incelendiğinde, çalışmaya katılan kadınların %52.6' sının 26-35 yaş aralığında olduğu, %29.9' unun lise, %28.9' unun ise üniversite mezunu olduğu, %60' ının büyükşehirde ikamet ettiği ve %70.1' i ev hanımı iken %7.2' sinin iş aradığı görülmektedir. Tedavi görenlerin sadece %19.6' sının tasarruf yapabilecek maddi imkâna sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2.1. İnfertilite tedavisi gören kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre kişisel bilgi dağılımı

Değişken		Frekans (N)	Yüzde (%)
Yaş	18-25	13	13.4
	26-35	51	52.6
	36-40	20	20.6
	41 ve üzeri	13	13.4
Eğitim	Okuryazar	10	10.3
	İlkokul	21	21.3
	Ortaokul	9	9.3
	Lise	29	29.9
	Lisans ve üzeri	28	28.9
Yaşanılan yer	Kırsal	9	9.3
	Şehir	29	29.9
	Büyükşehir	59	60.8
Aile biçimi	Çekirdek aile	83	85.6
	Eşinin ailesi ile birlikte	14	14.4
	Kendi ailesi ile birlikte	0	0
Çalışma durumu	Ev hanımı	68	70.1
	İş arıyor	7	7.2
	Çalışan	22	22.7
Gelir durumu	Gelir giderden az	31	32
	Gelir gidere eşit	47	48.5
	Gelir giderden fazla	19	19.6
Evlilik biçimi	Görüsü usulü (istemeyerek)	6	6.2
	Görücü usulü (isteyerek)	46	47.4
	Tanışarak	45	46.4
Evlilik süresi	1 yıldan az	6	6.2
	1-5	43	44.3
	6-10	33	34
	10 yıl üzeri	15	15.5
İnfertilite etiolojisi	Primer	81	83.5
	Sekonder	16	16.5
İnfertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı	Olmadı	61	62.9
	Olumlu yönde değişti	12	12.4
	Olumsuz yönde değişti	24	24.7
İnfertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması	Olmadı	52	53.6
	Anlayışlı ve destekleyici oldu	22	22.7
	Eleştirel ve küçümseyici oldu	23	23.7
Kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü	1 yıldan az	33	34
	1-2	26	26.8
	3-5	18	18.6
	6 yıl ve üzeri	20	20.6
Psikolojik yardım alınıp alınmadığı	Aldım	4	4.1
	Almadım (almak isterdim)	65	67
	Almadım (almak istemezdim)	28	28.9
İnfertilite sebebini bilip bilmediği	Kendim	35	36.1
	Eşim	21	21.6
	Kendim ve eşim	12	12.4
	Bilinmiyor	29	29.9

### 2.3. Verilerin Toplanması

Veriler, Mersin Üniversitesi Hastanesinde bulunan Tüp Bebek Merkezi hasta bekleme salonunda, hastalarla birebir görüşme ile yaklaşık yirmi dakikada gerçekleştirilmiştir.

Ölçekler, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve Mersin Üniversitesi Hastanesi arasında yapılan yazışma ve alınan izin ardından çalışmaya alınan Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde, 17 Aralık 2017 ve 17 Şubat 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, araştırma esnasında yeni bir tedaviye başlamak üzere olanlar, yeni tedaviden çıkmış olanlar, daha önce tedavi görmüş olanlar ve tedavi ile çocuk sahibi olanlarla görüşmeler yapılmıştır.

Hastane ortamındaki kişilerle görüşme yapabilmek için öncelikle araştırmacı ve katılımcı arasında bir güven oluşturulmaya çalışılmış, katılımcının rahat ve etkili konuşabilmesi için araştırma hakkında ön bilgi verilmiş ve veri toplama işlemi için belirlenen saatlerde, gönüllü olan hastaların katılımıyla, araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Hasta saatleri, sabah 8:00 öğleden sonra 15:00 mesai saatleri içinde ölçekler araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların, veri toplama araçlarını cevaplandırırken içten olmalarını sağlamak amacıyla araştırmanın önemi infertil hastalara ifade edilmiş ve isim yazmalarına gerek olmadığı belirtilmiştir. Katılımcıların hemen hepsinin görüşmenin başında tedirgin oldukları gözlemlenmiş olsa da, görüşme bitiminde tüm katılımcılar görüşmenin kendilerine iyi geldiğini belirtmişlerdir. Görüşme, kişisel bilgi formu ve ölçeklerdeki sorularla sınırlı kalmamış, kimi zaman katılımcıların kendi tercihleri doğrultusunda infertilite deneyimlerini rahatça aktardıkları, sorudan hareketle farklı noktalara yönelip infertilitenin yaşamlarının diğer alanlarını nasıl etkilediğini aktardıkları bireysel anlatı şekline dönüşmüştür. Böyle durumlarda katılımcıların anlattıklarına odaklanılmış, hiçbir şekilde belirlenen yapının dışına çıktıkları için uyarıda bulunulmamıştır. Ancak görüşmelerin sonunda tüm katılımcıların kişisel bilgi formu ve ölçeklerde yer alan bütün sorulara yanıt vermesi sağlanmıştır.

## 2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma veri toplama araçları; infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerini tespit etmek amacıyla, Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), stresle başa çıkma tarzlarını tespit etmek amacıyla Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (BÇTÖ) ve bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, örnekleme betimlemek amacıyla kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının ayrıntılı bilgisi aşağıda detaylı şekilde açıklanmıştır.

### 2.4.1. Gönüllü Onam Formu:

Araştırmacı tarafından, katılımcılara araştırmanın içeriğine ve amacına ilişkin bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Katılımcıların, ölçekleri gönüllülük esasına uygun biçimde uyguladıklarına dair bilgilendirme yapılarak, imzaları alınmıştır.

### 2.4.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından, katılımcıların çeşitli demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu aracılığıyla, örnekleme ait, yaş, eğitim, yaşanan yer, aile biçimi, çalışma durumu, tedavi masraflarını kimin karşıladığı, gelir durumu, evlilik biçimi, kaç yıldır evli olduğu, infertilite etiyojisi (primer, seconder), infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması, kaç yıldır infertilite tedavisi görüldüğü, infertilite sebebini bilip bilmediği, psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenleriyle ilgili veriler elde edilmeye çalışılmıştır.

### 2.4.3. Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Ölçek, Friborg vd. (2003) tarafından geliştirilmiştir ve beş boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; “kişisel güç”, “yapısal stil”, “sosyal yeterlilik”, “aile uyumu” ve “sosyal kaynaklar” boyutlarıdır. Ölçek, bireylerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmeyi amaçlar. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ve çevirisi, Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılan YPDÖ, 33 maddeden oluşmaktadır. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında geçerlik için ölçüt bağımlılığı geçerliği ve faktör analizi kullanılmış, güvenilirlik için ise test tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılığına bakılmıştır. Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maximum puan aralığı ya da



kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçeğin güvenilirliği için toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur. Friberg vd. (2005) yaptıkları çalışmada “kişisel güç” boyutu “kendilik algısı” ve “gelecek algısı” biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçekte, “gelecek algısı” (2, 8, 14, 20), “yapısal stil” (3, 9, 15, 21), sosyal kaynaklar” (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33), “aile uyumu”(5, 11, 17, 23, 26, 32), “sosyal yeterlilik” (4, 10, 16, 22, 25, 29), “kendilik algısı” (1, 7, 13, 19, 28, 31), ile ölçülmektedir. Ölçeğin geçerlilik çalışması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve altı faktörlü yapı toplam %57’lik varyans açıklamıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve altı faktörlü yapı toplam %57’lik varyans açıklamıştır (Basım ve Çetin, 2011). Ölçeğin güvenilirliği için yapısal eşitlik modelinin iç tutarlılık değerleri; ‘Kendilik Algısı’ için 0.80, ‘Gelecek Algısı’ için 0.75, ‘Sosyal Yeterlilik’ için 0.82, ‘Aile Uyumu’ için 0.86, ‘Sosyal Kaynaklar’ için 0.84 ve ‘Yapısal Stil’ için 0.76 olarak bulunmuştur (Friberg vd., 2005).

Ölçeğin alt boyutlarının tamamı şu şekilde yapılabilir

Gelecek algısı: Olumlu bakış açısı çerçevesinde kişinin geleceğe dair planları ve amaçlarına yönelik algılarını kapsamaktadır.

Kendilik algısı: Bireylerin, yeteneklerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, geleceğin gerçekçi algısı, pozitif bir bakış açısı, planlama kabiliyeti, geleceğe iyimser bakmak ve hedef odaklı olmak gibi özelliklerden oluşmaktadır.

Aile uyumu: Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, sadakat, geleceğe ortak iyimser bakış açısı, uyum, paylaşılan değerler, aile ile eğlenebilme birlikte güzel vakit geçirebilme durumlarını ifade eder.

Yapısal stil: Bireylerin hedef odaklı, kurallara ve rutinelere bağlı, kendi zamanını organize edebilme yeteneği ve planlı yaşayabilme durumlarını ifade eder.

Sosyal kaynaklar: Sosyal destek, aile dışında önemli birinin desteği, cesaret verme, bağlılık hissi, ihtiyaç duyulduğunda yardım etme, takdir gibi durumları ifade eder

Sosyal yeterlilik: Mizah, dışa dönüklük, esneklik, dostluk kurmak gibi özelliklerden oluşmaktadır.

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt faktörlerinin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2.2’ de verildiği gibidir.

Tablo 2.2. Yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları

YPD Ölçeği Boyutları	Ortalama	Standart sapma	Min-Max değerler
Yapısal stil	2,46	0,47	1,00-3,00
Gelecek algısı	2,26	0,57	1,00-3,00
Aile uyumu	2,38	0,46	1,33-3,00
Kendilik algısı	2,35	0,49	1,17-3,00
Sosyal yeterlilik	2,40	0,42	1,50-3,00
Sosyal kaynaklar	2,53	0,36	1,57-3,00

Tabloda incelendiğinde, infertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutları arasında en yüksek ortalamaya sahip alt boyut sosyal kaynaklardır. En düşük ortalama ile son sırada gelecek algısı yer almaktadır.

#### 2.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bireylerin stresli yaşam olayları ile karşılaştıklarında Başa Çıkma Yolları Envanteri kullanılmıştır; 66 maddelik, 4' lü likert tipi bir ölçek olan Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory), Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir.

Başa Çıkma Yolları Envanteri ülkemizde daha önce Siva tarafından kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir (akt. Şahin ve Durak, 1995). Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan kısaltma çalışmaları sonucunda ölçek 30 maddeye indirilmiştir. Bu kısaltılmış formun (Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği) kendine güvenli yaklaşım (7 madde) (8,10, 14, 16, 20, 23 26.), çaresiz yaklaşım (8 madde) (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım (6 madde) (5, 13, 15, 17, 21 24.), iyimser yaklaşım (5 madde) (2, 4, 6, 12, 18) ve sosyal destek arama (4 madde) (1, 9, 29, 30) olmak üzere beş faktörden oluştuğu saptanmıştır.

Ölçeğin alt boyutlarının tamamı şu şekilde yapılabilir

Kendine güvenli yaklaşım: Problemin önemini farkına varmak, çözüm seçeneklerini değerlendirmek, çözüme yaklaşırken daha planlı ve dikkatli olmak, karşılaşılan problemi değiştirmeye yönelik bilinçli, mantıklı aktif bir çaba göstermektir.

Çaresiz yaklaşım: Herhangi bir problem veya olay karşısında problemi çözme yerine kendini suçlama ve güçsüz bulmaktır.

İyimser yaklaşım: Problemlere daha sakin bir tavır ile yaklaşip sorun karşısında iyimser ve hoşgörülü olmak, sakin ve mantıklı bir değerlendirme yapmaktır.

Boyun eğici yaklaşım: Kendini çaresiz hissedip, olaylara daha gerçek dışı yaklaşmak doğüstü güçlerde çözüm aramaktır.

Sosyal destek arama yaklaşımı: Sorunları diğer insanlarla paylaşmak ve sorunu çözümlenmek için başkalarından yardım almaktır.

Bu alt ölçeklerden güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları stresle başa çıkma açısından etkili yollar olarak değerlendirilirken, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım etkisiz yollar olarak değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu, stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995). Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan üç ayrı çalışmada, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları "iyimser yaklaşım" için .49 ile .68 arasında, "kendine güvenli yaklaşım" için .62 ile .80 arasında, "çaresiz yaklaşım" için .64 ile .73 arasında, "boyun eğici yaklaşım" için .47 ile .72 arasında, "sosyal destek arama" için .45 ile .47 arasında bulunmuştur. Sonuç olarak, 30 maddelik kısaltılmış ve uyarlanmış Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği orijinali ile kıyaslandığında, madde sayısının yarıdan daha az olmasına karşın, depresyon anksiyete ve diğer stres belirtileriyle ilişkili olan başa çıkma tarzlarını geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü söylenebilir (Şahin ve Durak, 1995). Bu araştırmada, ölçeğin Şahin ve Durak (1995) tarafından uyarlanmış olan 30 maddelik formu görülmektedir.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt faktörlerinin (boyutlarının) puan ortalamalarının dağılımı aşağıdaki çizelgede verildiği gibidir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu, stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha çok kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995).

Tablo 2.3. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt faktörlerinin (boyutlarının) puan ortalamaları

SBÇTÖ Boyutları	Ortalama	Standart sapma	Min-Max değerler
Kendine güvenli yaklaşım	3.22	0.55	1.71-4.00
Çaresiz yaklaşım	2.59	0.60	1.25-3.75
Boyun eğici yaklaşım	2.42	0.58	1.17-3.67
İyimser yaklaşım	3.07	0.55	1.40-4.00
Sosyal destek arama	2.65	0.63	1.00-4.00

Tabloda verilen ortalama değerler incelendiğinde infertilite tedavisi gören kadınların stresle başa çıkmak için en fazla “kendine güvenli yaklaşımı”, ikinci sırada ise “iyimser yaklaşımı” kullandığı görülmektedir. En düşük ortalama ile son sırada “boyun eğici yaklaşım” yer almaktadır.

## **2.5. Verilerin Analizindeki İstatistiksel Yöntemler**

Verilerin analizinde, Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) 21 ve Microsoft Excel programları kullanılmıştır. Ölçek puanları hesaplanırken ortalama değerler kullanılmıştır. Ölçek boyutları arasındaki ilişkinin ölçümünde korelasyon katsayıları, ölçek boyutlarının gruplara göre farklılık gösterip göstermediğinin analizinde ise bağımsız örneklem t-testi ve varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bu çalışmada varyansların eşit olduğu varsayımına dayanan Tukey ve varyansların eşit olmadığı varsayımına dayanan Tamhane-t2 testleri kullanılmıştır. Grupların varyans eşitliğinin ölçülmesinde ise Levene testi kullanılmıştır.

## **2.6. Araştırmanın Etiği**

Araştırmada uygulanan ölçekler için, ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan kişilerden izin alınarak çalışılmıştır. Mersin Üniversitesi Hastanesinde bulunan Tüp Bebek Merkezinde infertilite tedavisi alan kadın hastalara, ölçekleri uygulayabilmek için gerekli izinler alınmıştır. Uygulamalar esnasında gönüllülük esasına uyulmuş, gerekli n bilgilendirmede bulunulmuştur.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde, araştırma soruları kapsamında yapılan analizlerin bulguları yer almaktadır.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Ait Bulguların İncelenmesi

Bu başlıkta çalışmaya katılan kadınların kişisel bilgi formunda yer alan sorulara verdikleri cevaplara göre psikolojik dayanıklılık ölçeğinde yer alan alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların tanımlayıcı özellikleri ile psikolojik dayanıklılık düzeylerine ait bulguların istatistiksel sonuçları ve yorumları aşağıdaki gibidir:

##### 3.1.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaş değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 3.1' de verilen analiz sonuçlarına göre yaş gruplarının aile uyumu alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $F=8.471$ ;  $p<.05$ ). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş bu nedenle aile uyumu puanlarında farklılık gösteren yaş gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda yaş aralığı 41 ve üzeri olan kadınların aile uyumu alt ölçeğinden aldıkları puanların ( $1.91 \pm .52$ ), yaş aralığı 18-25 ( $2.49 \pm .41$ ) ve 26-35 ( $2.51 \pm .38$ ) olan kadınların aldıkları puanlardan anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 3.1).

Tablo 3.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaş değişkenine göre incelenmesi

Yaş	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
18-25 (a)	2.43 ± .69	2.27 ± .45	2.49 ± .41	2.44 ± .43	2.65 ± .43	2.48 ± .43
26-35 (b)	2.41 ± .39	2.35 ± .54	2.51 ± .38	2.37 ± .48	2.37 ± .42	2.56 ± .33
36-40 (c)	2.54 ± .53	2.20 ± .66	2.25 ± .41	2.34 ± .61	2.34 ± .43	2.49 ± .41
41 ve üzeri (d)	2.54 ± .47	1.92 ± .55	1.91 ± .52	2.20 ± .43	2.40 ± .33	2.48 ± .38
F	0.440	2.170	8.471	0.541	1.870	0.381
p	0.725	0.097	0.000	0.655	0.140	0.767
Anlamlı fark	-	-	d < a,b	-	-	-

### 3.1.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile eğitim değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.2.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin eğitim değişkenine göre fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin eğitim değişkenine göre incelenmesi

Eğitim	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Okuryazar (a)	2.29 ± .41	2.10 ± .52	2.38 ± .46	2.43 ± .36	2.34 ± .41	2.37 ± .46
İlkokul (b)	2.58 ± .41	2.26 ± .54	2.34 ± .46	2.32 ± .56	2.39 ± .42	2.51 ± .34
Ortaokul (c)	2.35 ± .43	1.95 ± .52	2.38 ± .43	2.13 ± .63	2.24 ± .55	2.40 ± .45
Lise (d)	2.38 ± .53	2.26 ± .54	2.41 ± .42	2.40 ± .45	2.43 ± .38	2.57 ± .33
Lisans ve üstü (e)	2.55 ± .47	2.40 ± .63	2.37 ± .52	2.37 ± .49	2.47 ± .42	2.59 ± .35
F	1.268	1.305	0.079	0.616	0.586	1.091
p	0.288	0.274	0.989	0.652	0.673	0.366
Anlamlı fark	-	-	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin eğitim değişkenine göre anlamlı fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den büyüktür. Bu durumda farklı eğitim düzeyine sahip olan infertilite tedavisi alan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

### 3.1.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaşanan yer arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.3.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşanan yer değişkenine göre bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşanan yer değişkenine göre incelenmesi

Yaşanılan Yer	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Kırsal (a)	2.43 ± .44	2.28 ± .46	2.44 ± .44	2.46 ± .48	2.07 ± .43	2.51 ± .46
Şehir (b)	2.43 ± .49	2.26 ± .51	2.57 ± .42	2.43 ± .46	2.43 ± .42	2.49 ± .43
<u>Büyükşehir (c)</u>	<u>2.48 ± .47</u>	<u>2.25 ± .62</u>	<u>2.27 ± .45</u>	<u>2.30 ± .51</u>	<u>2.44 ± .42</u>	<u>2.55 ± .31</u>
F	0.147	0.012	4.571	0.911	3.250	0.219
p	0.864	0.988	0.013	0.406	0.043	0.804
Anlamlı fark	-	-	c < a	-	a < c	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yaşanan yer gruplarının aile uyumu alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=4.571$ ;  $p < .05$ ) ve sosyal yeterlilik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=3.250$ ;  $p < .05$ ) %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Test sonucunda büyükşehirde yaşayan

kadınların aile uyumu puanlarının ( $2.27 \pm .45$ ) kırsalda yaşayanlara ( $2.44 \pm .44$ ) oranla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sosyal yeterlilik boyutunda ise büyükşehirde yaşayan kadınların puanları ( $2.44 \pm .42$ ) kırsalda yaşayanlara ( $2.07 \pm .43$ ) oranla anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

### 3.1.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile aile biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.4.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aile biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aile biçimi değişkenine göre incelenmesi

Aile Yapısı	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Çekirdek aile (a) Eşinin ailesiyle	$2.47 \pm .46$	$2.3 \pm .55$	$2.37 \pm .45$	$2.39 \pm .47$	$2.39 \pm .41$	$2.53 \pm .37$
<u>birlikte (b)</u>	<u><math>2.39 \pm .53</math></u>	<u><math>2.02 \pm .63</math></u>	<u><math>2.44 \pm .49</math></u>	<u><math>2.14 \pm .62</math></u>	<u><math>2.51 \pm .46</math></u>	<u><math>2.51 \pm .35</math></u>
t	0.582	1.718	-0.545	1.443	-1.039	0.181
p	0.562	0.089	0.587	0.169	0.302	0.857
Anlamlı fark	-	-	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aile biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den büyüktür. Farklı aile biçimine sahip olan infertilite tedavisi alan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).



### 3.1.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.5.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir

Tablo 3.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre incelenmesi

Çalışma Durumu	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Ev hanımı (a)	2.44 ± .47	2.23 ± .57	2.41 ± .43	2.34 ± .48	2.4 ± .42	2.51 ± .37
İş arıyor (b)	2.46 ± .49	2.14 ± .61	2.12 ± .59	2.31 ± .53	2.45 ± .25	2.43 ± .40
<u>Çalışan (c)</u>	<u>2.51 ± .50</u>	<u>2.36 ± .57</u>	<u>2.37 ± .49</u>	<u>2.41 ± .55</u>	<u>2.41 ± .46</u>	<u>2.61 ± .36</u>
F	0.165	0.579	1.288	0.196	0.051	0.906
p	0.848	0.562	0.281	0.823	0.950	0.408
Anlamlı fark	-	-	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den büyüktür. Bu durumda farklı meslek grubuna ait olan infertilite tedavisi alan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>.05).

### 3.1.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.6.'da infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir

Tablo 3.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin gelir durumu değişkenine göre incelenmesi

Gelir Durumu	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Gelir < gider (a)	2.44 ± .47	2.19 ± .62	2.28 ± .47	2.31 ± .57	2.34 ± .46	2.41 ± .35
Gelir = gider (b)	2.41 ± .46	2.30 ± .55	2.49 ± .41	2.37 ± .46	2.38 ± .39	2.56 ± .40
Gelir > gider (c)	<u>2.63 ± .48</u>	<u>2.28 ± .55</u>	<u>2.26 ± .51</u>	<u>2.38 ± .48</u>	<u>2.56 ± .39</u>	<u>2.63 ± .25</u>
F	1.616	0.362	2.883	0.130	1.805	2.493
p	0.204	0.697	0.061	0.878	0.170	0.088
Anlamlı fark	-	-	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin gelir grubu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05'den büyüktür. Bu durumda farklı gelir grubuna ait olan infertilite tedavisi alan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

### 3.1.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.7.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Evlilik biçimine göre infertilite tedavisi gören kadınların yapısal stil alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $F=4.328$ ;  $p < .05$ ). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş bu nedenle yapısal stil skorlarında farklılık gösteren evlilik biçimi gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda istemeyerek görücü usulü ile evlenen kadınların yapısal stil puanlarının ( $1.93 \pm 0.43$ ), isteyerek görücü usulü ile evlenen ( $2.50 \pm 0.45$ ) ve tanışarak

evlenen ( $2.49 \pm 0.46$ ) kadınların yapısal stil puanlarından anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik biçimi değişkenine göre incelenmesi

Evlilik Şekli	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
<b>Görücü usulü-istemeyerek (a)</b>	1.93 ± .43	1.96 ± .46	2.33 ± .48	2.22 ± .51	2.31 ± .50	2.40 ± .35
<b>Görücü usulü-isteyerek (b)</b>	2.50 ± .45	2.22 ± .55	2.36 ± .45	2.35 ± .49	2.45 ± .41	2.55 ± .34
<b>Tanışarak (c)</b>	<u>2.49 ± .46</u>	<u>2.33 ± .59</u>	<u>2.40 ± .47</u>	<u>2.37 ± .51</u>	<u>2.37 ± .42</u>	<u>2.52 ± .39</u>
F	4.328	1.337	0.115	0.249	0.621	0.391
p	0.016	0.268	0.891	0.780	0.540	0.678
Anlamlı fark	a < b,c	-	-	-	-	-

### 3.1.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.8.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Evlilik süresi gruplarının gelecek algısı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $F=4.042$ ;  $p<.05$ ). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş ve bu nedenle gelecek algısı skorlarında farklılık gösteren evlilik süresi gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınların gelecek algısı puanlarının ( $1.93 \pm 0.66$ ), evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınların aldıkları gelecek algısı puanlarından ( $2.45 \pm 0.51$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin evlilik süresi değişkenine göre incelenmesi

Evlilik Süresi	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
1 yıldan az (a)	2.46 ± .53	2.29 ± .40	2.50 ± .47	2.33 ± .37	2.44 ± .33	2.33 ± .54
1-5 (b)	2.52 ± .42	2.45 ± .51	2.50 ± .43	2.47 ± .51	2.4 ± .41	2.56 ± .33
6-10 (c)	2.39 ± .53	2.15 ± .55	2.27 ± .43	2.27 ± .50	2.41 ± .45	2.54 ± .35
<u>10 üzeri (d)</u>	<u>2.45 ± .48</u>	<u>1.93 ± .66</u>	<u>2.23 ± .53</u>	<u>2.19 ± .45</u>	<u>2.39 ± .43</u>	<u>2.48 ± .41</u>
F	0.484	4.042	2.385	1.701	0.036	0.806
p	0.694	0.009	0.074	0.172	0.991	0.493
Anlamlı fark	-	d < b	-	-	-	-

### 3.1.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite etyolojisi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.9.'da infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite etyolojisi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite etyolojisi değişkenine göre incelenmesi

İnfertilite Etiyolojisi	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Primer (a)	2.42 ± .47	2.24 ± .58	2.38 ± .46	2.33 ± .47	2.42 ± .4	2.53 ± .34
<u>Sekonder (b)</u>	<u>2.68 ± .42</u>	<u>2.36 ± .52</u>	<u>2.37 ± .47</u>	<u>2.44 ± .64</u>	<u>2.32 ± .5</u>	<u>2.5 ± .47</u>
t	-2.074	-0.827	0.086	-0.789	0.887	0.317
p	0.041	0.410	0.932	0.432	0.377	0.752
Anlamlı fark	a < b	-	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite etiyojisi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre infertilite etiyojisi primer olan kadınların yapısal stil alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının ( $2.42 \pm 0.47$ ), sekonder infertilite etiyojisi olan kadınların yapısal stil alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasından ( $2.68 \pm 0.42$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.1.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.10.'da infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre incelenmesi

Tanı sonrası eşin davranışlarında değişiklik	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
<u>Olmadı (a)</u>	2.54 ± .46	2.35 ± .53	2.49 ± .38	2.44 ± .46	2.49 ± .4	2.59 ± .34
<u>Olumlu yönde değişti (b)</u>	2.43 ± .46	2.29 ± .46	2.31 ± .55	2.53 ± .41	2.33 ± .43	2.5 ± .37
<u>Olumsuz yönde değişti (c)</u>	2.27 ± .47	1.99 ± .65	2.13 ± .48	2.05 ± .52	2.22 ± .4	2.38 ± .39
F	3.028	3.694	6.360	6.920	4.273	3.069
p	0.053	0.029	0.003	0.002	0.017	0.051
Anlamlı fark	-	c < a,b	c < a,b	c < a,b	c < a,b	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin İnfertilite tanısı konduktan sonra eşinin davranışlarında değişiklik olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının gelecek algısı ( $F=3.694$ ;  $p<.05$ ),

aile uyumu ( $F=6.36$ ;  $p<.05$ ), kendilik algısı ( $F=6.92$ ;  $p<.05$ ) ve sosyal yeterlilik ( $F=4.273$ ;  $p<.05$ ) düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş, bu nedenle ölçek skorlarında farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda “Olumsuz yönde değişti” cevabını veren kadınların gelecek algısı ( $1.99 \pm 0.65$ ), aile uyumu ( $2.13 \pm 0.48$ ), kendilik algısı ( $2.05 \pm 0.52$ ) ve sosyal yeterlilik puanlarının ( $2.22 \pm 0.4$ ) “olmadı” veya “olumlu yönde değişti” yanıtını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.1.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların ile Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.11.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre incelenmesi

Değişken Grupları	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
<u>Olmadı (a)</u>	2.55 ± .41	2.33 ± .51	2.42 ± .45	2.45 ± .44	2.44 ± .41	2.52 ± .37
<u>Anlayışlı ve destekleyici oldu(b)</u>	2.41 ± .53	2.30 ± .62	2.60 ± .36	2.32 ± .54	2.48 ± .43	2.68 ± .30
<u>Eleştirel ve küçümseyici oldu (c)</u>	<u>2.32 ± .52</u>	<u>2.04 ± .62</u>	<u>2.08 ± .42</u>	<u>2.17 ± .53</u>	<u>2.24 ± .40</u>	<u>2.40 ± .37</u>
F	2.102	2.215	8.982	2.746	2.512	3.363
p	0.128	0.115	0.000	0.069	0.087	0.039
Anlamlı fark	-	-	c < a,b	-	-	c < b

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite durumuna eşin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip

göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının aile uyumu ( $F=8.982$ ;  $p<.05$ ) ve sosyal kaynaklar ( $F=3.363$ ;  $p<.05$ ) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş, bu nedenle ölçek skorlarında farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda “eleştirel ve küçümseyici oldu” yanıtını veren kadınların aile uyumu puanlarının ( $2.08 \pm 0.42$ ), “olmadı” ( $2.42 \pm 0.45$ ) ve “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.60 \pm 0.36$ ) cevabını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Sosyal kaynaklar boyutunda “eleştirel ve küçümseyici oldu” yanıtını veren kadınların ölçek puanlarının ( $2.40 \pm 0.37$ ), “olmadı” ( $2.52 \pm 0.37$ ) ve “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.68 \pm 0.30$ ) şeklinde yanıtlayanlara oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.1.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.12.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir

Tablo 3.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre incelenmesi

Tedavi Süresi	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
1 yıldan az (a)	2.43 ± .44	2.28 ± .47	2.49 ± .37	2.41 ± .47	2.38 ± .38	2.62 ± .34
1-2 (b)	2.33 ± .51	2.28 ± .53	2.40 ± .46	2.26 ± .51	2.39 ± .41	2.46 ± .36
3-5 (c)	2.64 ± .39	2.40 ± .64	2.43 ± .52	2.50 ± .50	2.56 ± .45	2.46 ± .42
<u>6 yıl ve üzeri (d)</u>	<u>2.53 ± .51</u>	<u>2.07 ± .68</u>	<u>2.13 ± .45</u>	<u>2.24 ± .51</u>	<u>2.31 ± .46</u>	<u>2.51 ± .35</u>
F	1.797	1.175	3.007	1.342	1.202	1.253
p	0.153	0.324	0.034	0.265	0.313	0.295
Anlamlı fark	-	-	d < a	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin tedavi süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tedavi süresi gruplarının aile uyumu alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $F=3.007$ ;  $p<.05$ ). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş ve bu nedenle aile uyumu skorlarında farklılık gösteren tedavi süresi gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda tedavi süresi 6 yıl ve üzerinde olan kadınların aile uyumu puanlarının ( $2.13 \pm 0.45$ ) 1 yıldan az süredir tedavi görenlerin ölçek puanlarından ( $2.49 \pm 0.37$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.1.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.13.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre incelenmesi

Psikolojik Yardım Desteği	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
<u>Aldım (a)</u>	2.50 ± .20	1.81 ± .55	2.17 ± .69	1.79 ± .57	2.25 ± .29	2.11 ± .49
<u>Almadım-almak isterdim (b)</u>	2.45 ± .50	2.23 ± .58	2.29 ± .46	2.32 ± .49	2.35 ± .41	2.49 ± .36
<u>Almadım almak istemezdim (c)</u>	2.48 ± .43	2.39 ± .53	2.61 ± .31	2.50 ± .44	2.55 ± .43	2.66 ± .31
F	0.059	2.083	5.879	4.101	2.517	5.318
p	0.943	0.130	0.004	0.020	0.086	0.006
Anlamlı fark			a < b < c	a < b < c		a < b < c



İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin İnfertilite tedavi sürecinde veya sonrasında psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının aile uyumu ( $F=5.879$ ;  $p<.05$ ), kendilik algısı ( $F=4.101$ ;  $p<.05$ ) ve sosyal kaynaklar ( $F=5.318$ ;  $p<.05$ ) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde değişkenlerin kendilik algısı ve sosyal kaynaklar düzeylerinde homojen varyans gösterdiği ancak aile uyumu düzeyinde homojen varyans göstermediği tespit edilmiştir. Bu nedenle kendilik algısı ve sosyal kaynaklar düzeylerinde farklılık gösteren değişken gruplarını tespit etmek için Tukey HSD testi, aile uyumu düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarını tespit etmek için ise Tamhane T2 testi kullanılmıştır. Yapılan testler sonucunda “aldım” yanıtını verenlerin kendilik algısı ( $1.79 \pm 0.57$ ) ve sosyal kaynaklar ( $2.11 \pm 0.49$ ) düzeyinde aldıkları puanların, “almadım-almak istemezdim” yanıtını verenlerin kendilik algısı ( $2.5 \pm 0.44$ ) ve sosyal kaynaklar ( $2.66 \pm 0.31$ ) düzeyinde aldıkları puanlara oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. “Almadım-almak isterdim” yanıtını verenlerin aile uyumu puanlarının ( $2.29 \pm 0.46$ ) ise “almadım-almak istemezdim” yanıtını verenlerin aile uyumu puanlarına ( $2.61 \pm 0.31$ ) oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

#### **3.1.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite sebebini bilip bilmediği değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi**

Tablo 3.14.'de infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite sebebini bilip bilmediği değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite nedeni değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05'den büyüktür. Bu durumda farklı infertilite nedenine sahip kadınların ölçek düzeylerinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>.05$ ).

Tablo 3.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite sebebini bilip bilmediği değişkenine göre incelenmesi

İnfertilite Sebebi	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Kendim (a)	2.44 ± .43	2.12 ± .53	2.27 ± .54	2.33 ± .51	2.36 ± .38	2.43 ± .42
Eşim (b)	2.64 ± .40	2.39 ± .60	2.32 ± .32	2.49 ± .46	2.40 ± .41	2.59 ± .36
Kendim ve eşim (c)	2.31 ± .65	2.10 ± .57	2.50 ± .48	2.24 ± .37	2.37 ± .44	2.60 ± .29
<u>Bilinmiyor (d)</u>	<u>2.42 ± .47</u>	<u>2.39 ± .56</u>	<u>2.51 ± .39</u>	<u>2.33 ± .54</u>	<u>2.48 ± .47</u>	<u>2.56 ± .31</u>
F	1.489	1.997	1.886	0.825	0.449	1.254
p	0.223	0.120	0.137	0.483	0.718	0.2
Anlamlı fark	-	-	-	-	-	-

### 3.2. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Ait Bulguların İncelenmesi

Bu başlıkta çalışmaya katılan kadınların kişisel bilgi formunda yer alan sorulara verdikleri cevaplara göre stresle başa çıkma ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların tanımlayıcı özellikleri ile stresle başa çıkma tarzlarına ait bulguların istatistiksel sonuçları ve yorumları aşağıdaki gibidir:

#### 3.2.1. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.15'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yaş gruplarının iyimser yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (F=2.771; p<.05). Yapılan Levene testinde yaş gruplarının iyimser yaklaşım düzeyinde homojen olmadığı tespit edilmiş bu nedenle farklılık gösteren yaş gruplarının

tespiti için Tamhane T2 testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda yaş aralığı 36-40 olan kadınların iyimser yaklaşım ölçeğinden aldıkları puanların ( $2.88 \pm .69$ ), yaş aralığı 18-25 olan kadınların aldıkları puanlardan ( $3.40 \pm .33$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.15. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaş değişkenine göre incelenmesi

Yaş	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli Yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
18-25 (a)	3.44 ± .41	2.40 ± .64	2.31 ± .74	3.40 ± .33	2.44 ± .63
26-35 (b)	3.26 ± .51	2.55 ± .59	2.37 ± .58	3.09 ± .53	2.71 ± .65
36-40 (c)	3.18 ± .65	2.63 ± .66	2.44 ± .59	2.88 ± .69	2.67 ± .62
<u>41 ve üzeri (d)</u>	<u>2.90 ± .55</u>	<u>2.83 ± .47</u>	<u>2.67 ± .31</u>	<u>2.94 ± .43</u>	<u>2.60 ± .54</u>
F	2.398	1.172	1.033	2.771	0.697
p	0.073	0.325	0.382	0.046	0.556
Anlamlı fark	-	-	-	c < a	-

### 3.2.2. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile eğitim değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.16'da İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı eğitim düzeylerine sahip olan infertilite tedavisi alan kadınların çaresiz yaklaşım ( $F=3.056$ ;  $p<.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $F=4.083$ ;  $p<.05$ ) düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Tablo 3.16. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının eğitim değişkenine göre incelenmesi

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli Yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Okuryazar (a)	3.16 ± .37	2.85 ± .51	2.80 ± .46	2.68 ± .49	2.57 ± .41
İlkokul (b)	3.17 ± .51	2.69 ± .55	2.62 ± .51	3.10 ± .45	2.61 ± .71
Ortaokul (c)	3.00 ± .57	3.03 ± .41	2.70 ± .56	3.02 ± .39	2.75 ± .50
Lise (d)	3.33 ± .57	2.40 ± .58	2.25 ± .55	3.13 ± .57	2.65 ± .67
<u>Lisans ve üstü (e)</u>	<u>3.24 ± .60</u>	<u>2.46 ± .65</u>	<u>2.22 ± .58</u>	<u>3.14 ± .63</u>	<u>2.69 ± .64</u>
F	0.735	3.056	4.083	1.525	0.137
p	0.57	0.021	0.004	0.202	0.968
Anlamlı fark	-	d < c	e < a	-	-

Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş bu nedenle farklılık gösteren yaş gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda lise mezunu (2.40 ± .58) kadınların çaresiz yaklaşım puanları, ortaokul mezunlarına (3.03 ± .41) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yani ortaokul mezunları stresle başa çıkabilmek konusunda lise mezunlarına göre, daha fazla çaresiz yaklaşım göstermektedirler. Lisans ve üzeri eğitim almış kadınların ise boyun eğici yaklaşım puanlarının (2.22 ± .58) okuryazar kadınların puanlarına (2.80 ± .46) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.2.3. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile yaşanan yer arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.17'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.17. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaşanılan yer değişkenine göre incelenmesi

Yaşanılan Yer	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Kırsal (a)	3.05 ± .28	2.76 ± .54	2.60 ± .42	2.89 ± .50	2.75 ± .75
Şehir (b)	3.46 ± .42	2.36 ± .52	2.23 ± .61	3.24 ± .48	2.50 ± .65
<u>Büyükşehir (c)</u>	<u>3.13 ± .60</u>	<u>2.67 ± .63</u>	<u>2.48 ± .57</u>	<u>3.01 ± .58</u>	<u>2.72 ± .59</u>
F	4.27	3.181	2.278	2.244	1.279
p	0.017	0.046	0.107	0.112	0.283
Anlamlı fark	a < b	b < a	-	-	-

Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının kendine güvenli (F=4.27; p<.05) ve çaresiz yaklaşım (F=3.181; p<.05) düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde değişken gruplarının kendine güvenli yaklaşım düzeyinde homojen varyans göstermediği ancak çaresiz yaklaşım düzeyinde homojen varyans gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle kendine güvenli yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tamhane T2 testi, çaresiz yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda kırsalda yaşayanların kendine güvenli yaklaşım puanlarının (3.05 ± .28), şehirde yaşayanlara (3.46 ± .42) kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Çaresiz yaklaşım ölçeğinde ise tam tersi tespit edilmiştir. Yani kırsalda yaşayanların çaresiz yaklaşım puanları (2.76 ± .54) şehirde yaşayanlara (2.36 ± .52) oranla daha yüksektir.

#### 3.2.4. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile aile biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.18'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının aile biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.18. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının aile biçimi değişkenine göre incelenmesi

Aile Yapısı	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici Yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Çekirdek aile (a)	3.27 ± .56	2.54 ± .60	2.38 ± .58	3.07 ± .58	2.63 ± .64
Eşinin ailesiyle birlikte (b)	<u>2.97 ± .36</u>	<u>2.86 ± .54</u>	<u>3.64 ± .55</u>	<u>3.06 ± .31</u>	<u>2.78 ± .56</u>
t	2.559	-1.831	-1.570	0.123	-0.845
p	0.017	0.070	0.120	0.903	0.400
Anlamlı fark	b < a	-	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının yaşanılan yer değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının kendine güvenli (F=4.27; p<.05) ve çaresiz yaklaşım (F=3.181; p<.05) düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde değişken gruplarının kendine güvenli yaklaşım düzeyinde homojen varyans göstermediği ancak çaresiz yaklaşım düzeyinde homojen varyans gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle kendine güvenli yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tamhane T2 testi, çaresiz yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eşinin ailesi ile yaşayan kadınların kendine güvenli yaklaşım puanları (2.97 ± .36), çekirdek aile yapısına sahip olanlara (3.27 ± .56) oranla daha düşük olduğu görülmüştür.

### 3.2.5. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.19'da infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir.

Tablo 3.19. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının çalışma durumu değişkenine göre incelenmesi

Çalışma Durumu	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Ev hanımı (a)	3.22 ± .51	2.68 ± .53	2.52 ± .57	3.07 ± .51	2.59 ± .59
İş arıyor (b)	3.24 ± .72	2.64 ± .83	2.40 ± .49	3.34 ± .66	2.61 ± .77
<u>Çalışan (c)</u>	<u>3.23 ± .64</u>	<u>2.28 ± .65</u>	<u>2.10 ± .54</u>	<u>2.99 ± .64</u>	<u>2.87 ± .66</u>
F	0.005	3.829	4.641	1.086	1.792
p	0.998	0.025	0.012	0.342	0.172
Anlamlı fark	-	c < a,b	c < a,b	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının çaresiz yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=3.829$ ;  $p<.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=4.641$ ;  $p<.05$ ) %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan Levene testinde değişken gruplarının çaresiz yaklaşım düzeyinde varyanslarının homojen olmadığı, boyun eğici yaklaşımda ise homojen varyans gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle değişken gruplarının çaresiz yaklaşım düzeyinde gösterdiği farklılığı tespit etmek için Tamhane T2 testi, boyun eğici yaklaşım düzeyinde gösterdiği farklılığı tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır. Yapılan testler sonucunda çalışan kadınların çaresiz yaklaşım ( $2.28 \pm .65$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $2.10 \pm .54$ ) skorlarındaki puanları ev hanımları çaresiz yaklaşım ( $2.68 \pm .53$ ), iş arayan çaresiz yaklaşım ( $2.64 \pm .83$ ) ve ev hanımları boyun eğici yaklaşım ( $2.52 \pm .57$ ), iş arayan boyun eğici yaklaşım ( $2.40 \pm .49$ ) puanlarına oranla daha düşük olduğu görülmüştür.

**3.2.6. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi**

Tablo3.20'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.20. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının gelir durumu değişkenine göre incelenmesi

Gelir Durumu	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Gelir < gider (a)	3.18 ± .66	2.84 ± .61	2.52 ± .54	3.02 ± .56	2.55 ± .76
Gelir = gider (b)	3.27 ± .51	2.47 ± .61	2.36 ± .61	3.09 ± .58	2.67 ± .59
<u>Gelir &gt; gider (c)</u>	<u>3.19 ± .46</u>	<u>2.47 ± .46</u>	<u>2.40 ± .57</u>	<u>3.08 ± .47</u>	<u>2.78 ± .45</u>
F	0.331	4.219	0.770	0.150	0.827
p	0.719	0.018	0.466	0.861	0.440
Anlamlı fark	-	b,c < a	-	-	-

İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının çaresiz yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=4.219; p<.05). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş bu nedenle çaresiz yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda geliri gidere eşit olan kadınların çaresiz yaklaşım puanları (2.47 ± .61) ve geliri gidere fazla olan kadınların çaresiz yaklaşım puanları (2.47 ± .46), geliri giderden az olan kadınlara (2.84 ± .61) oranla daha düşüktür



### 3.2.7. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik biçimi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.21'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.21. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik biçimi değişkenine göre incelenmesi

Evlilik Şekli	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Görücü usulü-istemeyerek	3.43 ± .65	2.58 ± .86	2.50 ± .64	3.33 ± .85	2.25 ± .76
Görücü usulü -isteyerek	3.17 ± .50	2.69 ± .53	2.54 ± .51	3.04 ± .47	2.66 ± .56
<u>Tanışarak</u>	<u>3.25 ± .59</u>	<u>2.48 ± .63</u>	<u>2.28 ± .61</u>	<u>3.07 ± .58</u>	<u>2.70 ± .66</u>
F	0.661	1.425	2.472	0.749	1.385
p	0.519	0.246	0.090	0.476	0.255
Anlamlı fark	-	-	-	-	-

Yapılan analizlerde infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik biçimi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05'den daha büyüktür. Bu durumda farklı yollarla evlenmiş olan infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

### 3.2.8. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile evlilik süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.22'de İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular yer almaktadır. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre farklı evlilik süresine sahip olan kadınların çaresiz yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=4.72$ ;  $p<.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında ( $F=4.205$ ;  $p<.05$ ) %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Tablo 3.22. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının evlilik süresi değişkenine göre incelenmesi

Evlilik Süresi	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
1 yıldan az (a)	2.93 ± .51	2.64 ± .57	2.66 ± .39	3.13 ± .53	2.54 ± .86
1-5 (b)	3.33 ± .49	2.40 ± .62	2.21 ± .62	3.15 ± .54	2.63 ± .72
6-10 (c)	3.21 ± .61	2.61 ± .57	2.52 ± .56	3.06 ± .57	2.70 ± .48
<u>10 üzeri (d)</u>	<u>3.07 ± .54</u>	<u>3.04 ± .37</u>	<u>2.70 ± .33</u>	<u>2.84 ± .53</u>	<u>2.67 ± .56</u>
F	1.515	4.720	4.205	1.209	0.129
p	0.216	0.004	0.005	0.311	0.942
Anlamlı fark	-	b < d	b < d	-	-

Yapılan Levene testinde iki düzeyde de varyansların homojen olduğu tespit edilmiş; bu nedenle çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım düzeylerinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Yapılan test sonucunda çaresiz yaklaşım düzeyinde 1 ile 5 yıldır evli olan kadınların puanlarının ( $2.40 \pm .62$ ), 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınlara ( $3.04 \pm .37$ ) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Boyun eğici yaklaşım düzeyinde de aynı şekilde 1 ile 5 yıldır evli olan kadınların puanlarının ( $2.21 \pm .62$ ), 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınlara ( $2.70 \pm .33$ ) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.2.9. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite etyolojisi değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Aşağıda Tablo 3.23'de infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite etyolojisi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgulara yer verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin infertilite etyolojisi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır.

Tablo 3.23. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite etyolojisi değişkenine göre incelenmesi

İnfertilite Etyolojisi	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Primer	3.21 ± .53	2.53 ± .61	2.40 ± .57	3.07 ± .52	2.63 ± .63
Sekonder	3.28 ± .66	2.54 ± .50	2.51 ± .63	3.09 ± .71	2.76 ± .59
t	-0.478	-1.942	-0.720	-0.134	-0.774
p	0.634	0.055	0.473	0.894	0.441
Anlamlı fark	-	-	-	-	-

Analiz sonuçlarına göre tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den büyüktür. Bu durumda farklı infertilite etyolojisine sahip olan kadınların ölçek düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

**3.2.10. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi**

Tablo 3.24'de infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının "İnfertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı" değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının kendine güvenli yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (F=4.627; p<.05).

Tablo 3.24. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite tanısı konduktan sonra eşin davranışlarında değişiklik olup olmadığı değişkenine göre incelenmesi

Tanı sonrası eşin davranışlarında Değişiklik	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
<b>Olmadı (a)</b>	3.30 ± .53	2.53 ± .63	2.39 ± .61	3.13 ± .57	2.64 ± .69
<b>Olumlu yönde değişti (b)</b>	3.41 ± .42	2.54 ± .54	2.29 ± .47	3.12 ± .49	2.65 ± .56
<b><u>Olumsuz yönde değişti (c)</u></b>	<u>2.95 ± .57</u>	<u>2.76 ± .55</u>	<u>2.56 ± .54</u>	<u>2.89 ± .52</u>	<u>2.69 ± .49</u>
<b>F</b>	4.627	1.320	1.112	1.699	0.043
<b>p</b>	0.012	0.272	0.333	0.188	0.958
<b>Anlamlı fark</b>	c < a , b	-	-	-	-

Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş; bu nedenle kendine güvenli yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda "olumlu yönde değişti" (3.41 ± .42) cevabını veren kadınların kendine güvenli yaklaşım puanlarının "olumsuz yönde değişti" (2.95 ± .57) cevabını verenlerden daha yüksek olduğu ve "olumsuz yönde değişti" (2.95 ±

.57) cevabını verenlerin kendine güvenli yaklaşım puanlarının “olmadı” ( $3.30 \pm .53$ ) şeklinde cevap verenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

### 3.2.11. İnfertilite tedavisi alan kadınların ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.25’de infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgulara yer verilmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının boyun eğici ( $F=4.649$ ;  $p<.05$ ) ve sosyal destek arama ( $F=3.224$ ;  $p<.05$ ) düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Tablo 3.25. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle baş etme tarzlarının infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki olup olmaması değişkenine göre incelenmesi

Değişkenler Grupları	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
<b>Olmadı (a)</b>	3.33 ± .46	2.59 ± .61	2.47 ± .60	3.13 ± .51	2.55 ± .68
Anlayışlı ve destekleyici <b>oldu (b)</b>	3.20 ± .65	2.39 ± .67	2.11 ± .52	3.02 ± .69	2.94 ± .59
Eleştirel ve küçümseyici <b>oldu (c)</b>	3.01 ± .58	2.75 ± .49	2.59 ± .49	2.97 ± .49	2.61 ± .45
F	2.783	2.074	4.649	0.805	3.224
p	0.067	0.131	0.012	0.450	0.044
Anlamlı fark	-	-	b < a,c	-	-

Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş, bu nedenle düzeylerde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi

kullanılmıştır. Yapılan test sonucunda “olmadı” ( $2.47 \pm .60$ ) ile “eleştirel ve küçümseyici oldu” ( $2.59 \pm .49$ ) cevaplarını veren kadınların boyun eğici yaklaşım puanları “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.11 \pm .52$ ) cevabını verenlere oranla daha yüksektir.

### 3.2.12. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi

Tablo 3.26'da infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma düzeylerinin tedavi süresi değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir düzey için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den daha büyüktür. Bu durumda tedavi süresi değişkeni gruplarının stresle başa çıkma düzeylerinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

Tablo 3.26. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü değişkenine göre incelenmesi

Tedavi Süresi	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
1 yıldan az	$3.26 \pm .50$	$2.63 \pm .54$	$2.46 \pm .54$	$3.14 \pm .50$	$2.72 \pm .59$
1-2	$3.33 \pm .59$	$2.47 \pm .74$	$2.28 \pm .64$	$3.12 \pm .67$	$2.43 \pm .76$
3-5	$3.23 \pm .51$	$2.55 \pm .51$	$2.39 \pm .53$	$3.08 \pm .54$	$2.78 \pm .62$
<b>6 yıl ve üzeri</b>	<b><math>3.02 \pm .60</math></b>	<b><math>2.70 \pm .60</math></b>	<b><math>2.55 \pm .60</math></b>	<b><math>2.89 \pm .46</math></b>	<b><math>2.72 \pm .44</math></b>
F	1.294	0.598	0.872	0.950	1.548
P	0.281	0.618	0.458	0.420	0.207
Anlamlı fark	-	-	-	-	-

**3.2.13. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi**

Tablo 3.27’de infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular verilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının İnfertilite tedavi sürecinde veya sonrasında psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre değişken gruplarının kendine güvenli yaklaşım düzeyinde aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (F=6.513; p<.05). Yapılan Levene testinde varyansların homojen olduğu tespit edilmiş bu nedenle kendine güvenli yaklaşım düzeyinde farklılık gösteren değişken gruplarının tespiti için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda “aldım” (2.40 ± .57) yanıtını verenlerin kendine güvenli yaklaşım skorları, “almadım-almak isterdim” (3.20 ± .54) ve “almadım-almak istemezdim” (3.39 ± .47) yanıtını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.27. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre incelenmesi

Psikolojik Yardım Desteği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
<u>Aldım (a)</u>	2.40 ± .57	3.08 ± .63	2.58 ± .44	2.60 ± .49	2.93 ± 1.12
<u>Almadım-almak isterdim (b)</u>	3.20 ± .54	2.62 ± .57	2.47 ± .56	3.05 ± .56	2.63 ± .60
<u>Almadım-almak istemezdim (c)</u>	3.39 ± .47	2.43 ± .64	2.27 ± .62	3.17 ± .51	2.68 ± .62
F	6.513	2.504	1.282	2.002	0.486
p	0.002	0.087	0.282	0.141	0.616
Anlamlı fark	a < b,c	-	-	-	-

**3.2.14. İnfertilite tedavisi alan kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile infertilite sebebini bilip bilmediği değişkeni arasında anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi**

Tablo 3.28'de infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite nedenini bilip bilmediği değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğinin incelendiği bulgular yer almaktadır. Yapılan analizlerde infertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite nedeni değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit etmek için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tabloda görüldüğü üzere her bir alt ölçek için hesaplanan anlamlılık (p) değeri 0.05' den daha büyüktür. Bu durumda infertilite nedeni farklı olan kadınların stresle başa çıkma düzeylerinden aldıkları puan ortalamaları arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > .05$ ).

Tablo 3.28. İnfertilite tedavisi alan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının infertilite sebebini bilip bilmediği değişkenine göre incelenmesi

İnfertilite Sebebi	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama
Kendim (a)	3.16 ± .59	2.71 ± .57	2.49 ± .56	2.96 ± .53	2.68 ± .65
Eşim (b)	3.27 ± .61	2.54 ± .66	2.32 ± .60	3.01 ± .53	2.81 ± .56
Kendim ve eşim (c)	3.21 ± .42	2.60 ± .60	2.56 ± .50	3.17 ± .69	2.48 ± .81
<u>Bilinmiyor (d)</u>	<u>3.28 ± .51</u>	<u>2.46 ± .60</u>	<u>2.36 ± .61</u>	<u>3.20 ± .52</u>	<u>2.59 ± .56</u>
F	0.314	0.998	0.716	1.182	0.870
p	0.815	0.398	0.545	0.321	0.459
Anlamlı fark	-	-	-	-	-

Genel olarak yorumlandığında katılımcılarda, çocuk sahibi olamamak kadınlığın ifadesindeki çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım travmatik bir yaşantı olarak



deneyimlenmiş, aile ve eş desteği bu süreçte baş etmeye ve psikolojik dayanıklılığa yardımcı en önemli aile uyumu, sosyal destek arama, sosyal yeterlilik olarak öne çıkmış, bu da kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı oluşturmuştur. Kadının eğitilmiş olması, evin dışında iş sahibi olması ve infertiliteyi kendi kontrolü dışında manevi bir planın parçası olarak görme, sosyal kaynaklar, sosyal yeterlilik olarak öne çıkmış, gelecek algısı ve kendilik algısında bir azalma olmamış, ayrıca varoluşsal bir eksiklik oluşmamıştır.

### **3.3. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Ait Bulgular ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Ait Bulgular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Bu başlıkta çalışmada kullanılan Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ölçeklerinde yer alan alt boyutların birbirleriyle olan ilişkisi araştırılmıştır. Bu amaçla anket çalışmasına katılan kadınların alt boyutlardan aldıkları skorlar kullanılarak, boyutlar arasındaki Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 3.29).

Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nde "kendine güvenli yaklaşım" ile "iyimser yaklaşım" boyutları arasında %66 düzeyinde doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. Yine Stresle Başa Çıkma ölçeğinde yer alan "çaresiz yaklaşım" ile "boyun eğici yaklaşım" alt boyutlarında %53 düzeyinde doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nde "gelecek algısı" ile "kendilik algısı" boyutları arasında %68 düzeyinde doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. "Aile uyumu" ile "yapısal stil" boyutları arasında ilişki olmadığı görülmektedir.

İki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında YPD ölçeğinin alt boyutlarının tamamının SBÇT ölçeği alt boyutlarından "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım" ile negatif korelasyonlu ((ters yönlü bir doğrusal ilişki)) olduğu görülmektedir. SBÇTÖ alt boyutu "kendine güvenli yaklaşım" ın YPDÖ alt boyutlarından "kendilik algısı" ile %67 düzeyinde, "gelecek algısı" ile %57 düzeyinde ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 3.29. İnfertilite tedavisi gören kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nde yer alan alt boyutlar arasındaki Pearson korelasyon katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar
Kendine güvenli yaklaşım	1										
Çaresiz yaklaşım	-0.47**	1									
Boyun eğici yaklaşım	-0.29**	0.53**	1								
İyimser yaklaşım	0.66**	-0.29**	-0.14	1							
Sosyal destek arama	-0.17	0.03	-0.17	-0.29**	1						
Yapısal stil	0.24*	-0.21*	-0.26**	0.09	0.18	1					
Gelecek algısı	0.57**	-0.43**	-0.26**	0.36**	0.11	0.38**	1				
Aile uyumu	0.35**	-0.35**	-0.22*	0.24*	0.27**	0.08	0.44**	1			
Kendilik algısı	0.67**	-0.49**	-0.26**	0.40**	-0.03	0.43**	0.68**	0.31**	1		
Sosyal yeterlilik	0.32**	-0.23*	-0.14	0.34**	0.06	0.27**	0.23*	0.24*	0.27**	1	
Sosyal kaynaklar	0.23*	-0.18	-0.13	0.14	0.44**	0.15	0.32**	0.33**	0.19	0.28**	1

\* $p < .01$  ; hesaplanan korelasyon katsayısı  $a = 0.01$  düzeyinde anlamlıdır.

\*\* $p < .05$  ; hesaplanan korelasyon katsayısı  $a = 0.05$  düzeyinde anlamlıdır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde yapılan analizlerden elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmış ve yorumlanmıştır.

#### 4. TARTIŞMA VE YORUM

Literatürdeki araştırma sonuçları ile aşağıdaki çalışmalarda yapılan sonuçlar arasındaki bazı farklılıkların sosyo demografik ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürden elde edilen bulgular; yaş, evlilik süresi, çocuk sahibi olmayı isteme süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumunun ve kötü gelir durumunun infertiliteden etkilenme düzeyinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Lau, So, Yeung ve Ho, 2006; Özkan ve Baysal 2006; Ünal ve ark., 2010). Literatürdeki bu çalışma sonuçları bu çalışmada elde edilen sonuçlarla uyumludur.

Kişisel özellikler, zekâ, yetenek, iletişim becerileri, sosyal destek sistemleriyle ilişkili olduğu savunulan bir konu iken, psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları ile demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Bonanno, 2005). Bu çalışmada olduğu gibi yapılan çalışmada da benzer demografik özelliklerin psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi gözlenmemiş olup ( $p>0.05$ ), stresle başa çıkma tarzları ile ilişkisi gözlenmiştir.

#### 4.1. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Literatür çalışmalarında infertilite tedavisi gören kadınların infertilite sürecinde bazı tanımlayıcı özellikleri ile psikolojik dayanıklılığı kapsayan çalışmalar sınırlı sayıda olduğu için, bu çalışmayı temsilen aşağıda başka sağlık durumlarından da benzer örnekler verilmiştir.

*Yaş değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda yaş aralığı 41 ve üzeri olan kadınların, aile uyumu alt ölçeğinden aldıkları puanların ( $1.91 \pm .52$ ), yaş aralığı 18-25 ( $2.49 \pm .41$ ) ve 26-35 ( $2.51 \pm .38$ ) olan kadınların aldıkları puanlardan anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna göre infertilite tedavisi gören genç yaştaki kadınların aile uyumunun ileriki yaşlardaki kadınlara göre, daha iyi olduğu söylenebilir. Elde edilen bu

bulgu, yaş aralığı 41 ve üzeri olan kadınların diğer gruplara göre bir dezavantajı, çocuk sahibi olabilmek için önünde uzun bir zaman diliminin olmamasıdır.

**Yaşanılan yer değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda büyükşehirde yaşayan kadınların aile uyumu puanları ( $2.27 \pm .45$ ) kırsalda yaşayanlara ( $2.44 \pm .44$ ) kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sosyal yeterlilik boyutunda ise büyükşehirde yaşayan kadınların puanları ( $2.44 \pm .42$ ) kırsalda yaşayanlara ( $2.07 \pm .43$ ) oranla anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bunun nedeni, kırsalda geleneksel yapının korunması nedeniyle çevrenin çocuk beklentisinin daha belirgin olarak hissedilmesi, küçük bir çevrede yaşıyor olmanın kişiler üzerindeki aile uyumunu göstermesi olabilir. Ayrıca kırsalda yaşayanların tedaviye erişimdeki güçlükleri ve yetersiz bilgilenmeleri de sosyal yeterlilikteki yoksunlukları olabilir.

**Evlilik biçimi değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda istemeyerek görücü usulü ile evlenen kadınların yapısal stil puanları ( $1.93 \pm 0.43$ ), isteyerek görücü usulü ile evlenen ( $2.50 \pm 0.45$ ) ve tanışarak evlenen ( $2.49 \pm 0.46$ ) kadınların yapısal stil puanlarından anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum da yine bazı bölgelerdeki geleneksel yapı ile açıklanabilir. Öyleki, kadınların sosyokültürel ve aile içindeki yaşam tarzına eşlerin, babaların ve erkek kardeşlerin karışması, kadınların öz yeterliklerini, motivasyonlarını, benlik saygılarını ve kendine güvenlerini yok ederek kurallara ve rutinlere bağlı, kendi zamanını organize edememe ve planlı yaşayamamaları puan farkına yol açmış olabilir.

**Evlilik süresi değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınların gelecek algısı puanlarının ( $1.93 \pm 0.66$ ), evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınların aldıkları gelecek algısı puanlarından ( $2.45 \pm 0.51$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. İlgili bulgular infertilite tedavisinde sonucun belirsiz oluşu, bireylerdeki her şeyin yolunda gideceği beklentisine karşın, hayal kırıklıkları yıllar içerisinde gelecek algısına yönelik bir tehdit oluşturması ile yorumlanabilir.

**İnfertilite etyolojisi değişkenine göre;** Analiz sonuçlarına göre infertilite etyolojisi primer olan kadınların yapısal stil alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının ( $2.42 \pm 0.47$ ), infertilite etyolojisi sekonder olan kadınların yapısal stil alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasından ( $2.68 \pm 0.42$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yayınların çoğunda primer infertil vakalarının sekonder infertil vakalara göre daha fazla psikolojik sorunlar yaşadığı bildirilmektedir (Whiteford, Gonzales, 1995).. Çalışmanın bu çalışma ile uyumlu olduğu görülmektedir. İnfertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılık ölçek puanları primer(birincil) infertil vaka olan kadınların hedef odaklı ve kendi zamanını organize edebilme yeteneği, sekonder (ikincil) infertil olanlara oranla daha düşük olduğu yorumlanabilir.

*Eşin davranışları değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda “Olumsuz yönde değişti” cevabını veren kadınların gelecek algısı ( $1.99 \pm 0.65$ ), aile uyumu ( $2.13 \pm 0.48$ ), kendilik algısı ( $2.05 \pm 0.52$ ) ve sosyal yeterlilik puanları ( $2.22 \pm 0.4$ ) “olmadı” veya “olumlu yönde değişti” yanıtını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Eşlerin infertilite deneyimini birbirleriyle paylaşma ihtiyacı, infertilite nedeniyle evlilik ilişkisinde oluşabilecek çatlaklar ve kayıp duygusunun yarattığı stresle baş edebilmek için önemli ve gereklidir. Tedavi sürecinin eşlerin ilişkisini olumsuz etkilediği ve evlilikte problem oluşturması psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından; gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal yeterlilik puanlarını etkilemiş olabilir.

Eşler arası ilişkiyle ilgili olarak Abbey, Andrews ve Halman, (1995)’in çalışmasında karşılıklı sağlanan desteğin evlilik kalitesini de olumlu etkilediği ve eşler arası desteğin sağlanamamasının psikolojik dayanıklılığı ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Lim ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, kanser hastalarının ve eşlerinin psikolojik dayanıklılıklarının, onların kişisel psikolojik sıkıntılarının güçlü bir belirleyicisi olduğu bulunmuş ve baş etme, psikolojik dayanıklılık özellikleri arasında ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kanser hastaları ve eşlerinin pozitif düşüncelerini ve dışsal kaynaklarını güçlendirmenin psikolojik dayanıklılığı artırabileceği ve sonucunda da kanserin getirdiği psikolojik olumsuz düzeyleri azaltabileceği söylenmiştir (Lim ve ark. 2014). Sonuçlar bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

*Eşin ailesinin davranışları değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda “Eleştirel ve küçümseyici oldu” yanıtını veren kadınların aile uyum puanlarının ( $2.08 \pm 0.42$ ), “olmadı” ( $2.42 \pm 0.45$ ) ve “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.60 \pm 0.36$ ) cevabını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Sosyal kaynaklar boyutunda “eleştirel ve küçümseyici oldu” yanıtını veren kadınların ölçek puanlarının ( $2.40 \pm 0.37$ ), “olmadı” ( $2.52$

$\pm 0.37$ ) ve “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.68 \pm 0.30$ ) şeklinde yanıtlayanlara oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Destek kaynakları olmayan hastaların, kendini pozitif olarak değerlendirmesini sağlayan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olması, aile uyumu ve sosyal kaynaklar boyutunu etkileyebilmektedir.

Gülseren ve arkadaşları kocaları ve kocalarının aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamışlardır (Gulseren vd., 2006).Çeşitli çalışmalar sosyal desteğin, fiziksel ve psikolojik sağlığı korumak için gerekli olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıklarda, güçlü sosyal desteğin koruyucu etkileri ve zayıf sosyal desteğin ise zararlı sonuçlarına değinilmektedir. Sosyal destek strese karşı dayanıklılık sağlayabilir (Özbay ve ark. 2007). Çalışmanın bulgularının bu konuda paralel olduğu görülmektedir.

*İnfertilite tedavisi süreci değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda tedavi süresi 6 yıl ve üzerinde olan kadınların aile uyumu puanlarının ( $2.13 \pm 0.45$ ) 1 yıldan az süredir tedavi görenlerin ölçek puanlarından ( $2.49 \pm 0.37$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. İnfertilite tedavisinin sonucuyla ilgili belirsizlikler, tedavi alan kadınların her geçen sürede, biraz daha kaygılarını arttırmakta ve bu da aile içi huzursuzluğa neden olarak aile uyumuna zarar vermektedir. İnfertilite tedavi süreci, farklı tedavi ve girişimsel işlemlerin uygulandığı bir süreçtir. Bu nedenle infertilite tedavi sürecinde infertiliteden etkilenme artmaktadır (Verhaak vd., 2007 içinden; Yong, Martin ve Thong, 2000; Kolonoff-Cohen, 2001). Çalışmanın bulgularının bu konuda paralel olduğu görülmektedir.

*Tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre;* Yapılan testler sonucunda “aldım” yanıtını verenlerin kendilik algısı ( $1.79 \pm 0.57$ ) ve sosyal kaynaklar ( $2.11 \pm 0.49$ ) düzeyinde aldıkları puanların, “almadım-almak istemezdim” yanıtını verenlerin kendilik algısı ( $2.5 \pm 0.44$ ) ve sosyal kaynaklar ( $2.66 \pm 0.31$ ) puanlarına kıyasla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. “Almadım-almak isterdim” yanıtını verenlerin aile uyumu puanlarının ( $2.29 \pm 0.46$ ) ise “almadım-almak istemezdim” yanıtını verenlerin aile uyumu puanlarına ( $2.61 \pm 0.31$ )göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik yardım aldım yanıtını veren katılımcıların aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal kaynaklarının düşük olması, hastaların aldığı psikolojik desteğin tatminkar olmadığını göstermektedir. Bu durumda, psikolojik dayanıklılığın artırılması

bakımından psikologlardan destek alınmasının önemi vurgulanabilir. İnfertilite tedavisi gören katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre kişisel bilgi dağılımı (Tablo 2.1'de) almadım-almak isterdim diyenlerin %67si psikolojik destek almak istemektedir. Bu bilgi katılımcılardan psikolojik yardım almak isteyenlerin, profesyonel bir desteğe ihtiyaç duyduğu ve psikolojik yardım almak istemeyenlerin psikolojik dayanıklılığının kuvvetli olduğu sonucuna varılabilir.

#### **4.2. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması**

*Yaş değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda yaş aralığı 36-40 olan kadınların iyimser yaklaşım ölçeğinden aldıkları puanlarının ( $2.88 \pm .69$ ), yaş aralığı 18-25 olan kadınların aldıkları puanlardan ( $3.40 \pm .33$ ) anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, genç yaşta kadınların infertilite stresi ile başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşımla anlam bulma, stresle başa çıkmak için, ileriki yaşlardaki kadınlara göre, daha fazla iyimser yaklaşım gösterdikleri söylenebilir. 18-25 yaş grubunun diğer gruplara göre bir avantajı, çocuk sahibi olabilmek için önünde uzun bir zaman diliminin olmasıdır ve bu sayede sorunla etkin bir şekilde baş etmek yerine zihinsel boş verme ya da pozitif yeniden yorumlama ve gelişme gibi sorunun çözümü için aktif uğraş gerektirmeyen, yaşamı olduğu gibi kabul edip, kısa vadede çözümler getirip daha iyi hissetmesini sağlayan, duygusal yükünü azaltan baş etme yöntemlerini seçmiş olması anlaşılabilir (Öztürk, 2011). Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olduğu görülmektedir.

*Eğitim değişkenine göre;* Bulgular lise mezunu ( $2.40 \pm .58$ ) kadınlarının çaresiz yaklaşım puanlarının, ortaokul mezunlarına ( $3.03 \pm .41$ ) göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Yani ortaokul mezunları, stresle başa çıkabilmek konusunda lise mezunlarına göre, daha fazla çaresiz yaklaşım göstermektedirler. Lisans ve üzeri eğitim almış kadınların ise boyun eğici yaklaşım puanlarının ( $2.22 \pm .58$ ) okuryazar kadınların puanlarına ( $2.80 \pm .46$ ) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada eğitim düzeyi düşük olanlarda çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzlarının daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Eğitilmiş ve meslek sahibi olmak, hem önemli bir uğraş alanı hem de stresle baş etmeyi güçlendiren bir kendini ifade etme biçimi olması nedeniyle stresi kontrol etmeye yardımcı olabilir. Bunun nedeni eğitim seviyesi düşük olan gruptaki katılımcıların süreci anlamak, değerlendirmek, bilgiye ulaşmak konusunda daha kısıtlı

olanak ve kapasiteye sahip, sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük ve geleneksel yapıya sahip bir çevreden geliyor olmaları ile ilişkili olabilir. Eğitim seviyesi yüksek olan guruptaki katılımcıların eğitim hayatları, özgüvenlerini ve hayata bakış tarzlarını farklılaştırmış, kariyer planları, sosyal çevre gibi yaşamlarının kendilerine sunduğu geniş olanaklardan yararlanarak mevcut durumla baş edip, çocuksuzlukla ilgili olumsuz durumları daha az düşünerek, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı reddetmiş olabilirler. Alan yazında kadınlar için yüksek eğitim düzeyi ve çalışıyor olmanın infertilite ile baş etmeyi kolaylaştırıcı ve kadını destekleyici bir özellik olduğu vurgulanmaktadır (Özkan, Baysal, 2006). Riessman (2002) yaptığı çalışmada infertil kadınların sosyal damgalamaya karşı sosyal pozisyonları temelinde başa çıkma biçimlerinin olduğunu ifade etmiştir. Fido ve Zahid (2004)'in çalışmasında infertil kadınlarda çocuk sahibi olmak için eğitimsiz kadınların eğitilmiş olan kadınlara göre tıbbi yardım arayışından önce daha çok inançlara yönelik bir destek aradıkları bildirilmiştir. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010)'nin çalışmasında öğrenim durumu düşük olan kadınların daha çok boyun eğici ve çaresiz yaklaşım gibi pasif başa çıkma yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olduğu görülmektedir.

*Yaşanılan yer değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda kırsalda yaşayanların kendine güvenli yaklaşım puanları ( $3.05 \pm .28$ ), şehirde yaşayanlara ( $3.46 \pm .42$ ) göre daha düşük bulunmuştur. Çaresiz yaklaşım ölçeğinde ise karşıt bir durum tespit edilmiştir. Yani kırsalda yaşayanların çaresiz yaklaşım puanları ( $2.76 \pm .54$ ) şehirde yaşayanlara ( $2.36 \pm .52$ ) oranla daha yüksektir. Kırsalda geleneksel yapının korunması nedeniyle, çevrenin çocuk beklentisinin daha belirgin olarak hissedilmesi, küçük bir çevrede yaşıyor olmak, kişilerin kendilerine güvenlerini kaybetmelerine neden olabilir. Aynı zamanda, kırsalda yaşayanların tedaviye erişimdeki güçlükleri ve yetersiz bilgilenmeleri durumuna, çaresiz yaklaşım tepkileri verdikleri düşünülebilir.

*Aile yapısı değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda eşinin ailesi ile yaşayan kadınların kendine güvenli yaklaşım puanları ( $2.97 \pm .36$ ), çekirdek aile yapısına sahip olanlara ( $3.27 \pm .56$ ) oranla daha düşük hesaplanmıştır. Eşin ailesi ile birlikte yaşamak, kişinin sorumluluğunu artıran, yabancı hissettiren, kabul görme ya da uyum sağlamakla ilgili endişeler, kadının kendine olan güvenini sarsabilir. Bu durum ve infertilite bireyin kendini daha da yabancı ve dışlanmış hissetmesine yol açabilir. Alan yazında yapılan bir



çalışmada eşinin ailesi ile birlikte yaşayanların benlik saygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Alibaşoğlu, 2010).Yapılan diğer bir çalışmada eşin ailesi ile yaşayan grupta iletişimin daha az, kaçınmaların daha fazla olduğu bulunmuştur (Alibaşoğlu, 2010). Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olduğu görülmektedir.

**Çalışma durumu değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda çalışan kadınların çaresiz yaklaşım ( $2.28 \pm .65$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $2.10 \pm .54$ ) skorlarındaki puanları ev kadınları çaresiz yaklaşım ( $2.68 \pm .53$ ),iş arayan çaresiz yaklaşım ( $2.64 \pm .83$ ) ve ev kadınları boyun eğici yaklaşım ( $2.52 \pm .57$ ), iş arayan boyun eğici yaklaşım ( $2.40 \pm .49$ ) puanlarına oranla daha düşük hesaplanmıştır. Evin dışında çalışan kadınların meslek yaşamları infertilitede koruyucu bir etken olarak öne çıkmaktadır. Bu kadınların iş yoğunlukları nedeniyle infertilite stresiyle daha iyi başa çıktıkları, yoğun temponun kendilerini olumsuz düşüncelerden uzaklaştırdığı söylenebilir. Borcharding (2009)' in çalışmasında çalışma durumunun başa çıkma yöntemlerini etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olmadığı görülmektedir.

**Gelir durumu değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda geliri gidere eşit olan kadınların çaresiz yaklaşım puanları ( $2.47 \pm .61$ ) ve geliri giderden fazla olan kadınların çaresiz yaklaşım puanları ( $2.47 \pm .46$ ), geliri giderden az olan kadınların puanlarına ( $2.84 \pm .61$ ) göre daha düşüktür. Gelir durumu düşük olanlarda çaresiz yaklaşım başa çıkma tarzının kullanıldığı görülmektedir. Topdemir Koçyiğit'in (2012) çalışmasında geliri düşük olanlarda belirttiği tedavi masraflarının, ailenin gelirinin ortalama üç katına ulaştığı bilgisi bu çalışmayı desteklemektedir. Barker, Pistrang, Shapiro ve Shaw (1990)' in çalışmasında ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin stresli olaylar karşısında aktif başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandıkları bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olduğu görülmektedir.

**Evlilik süresi değişkenine göre;** Yapılan test sonucunda çaresiz yaklaşım düzeyinde 1 ila 5 yıldır evli olan kadınların puanlarının ( $2.40 \pm .62$ ), 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınlara ( $3.04 \pm .37$ ) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Boyun eğici yaklaşım düzeyinde de aynı şekilde 1 ila 5 yıldır evli olan kadınların puanlarının ( $2.21 \pm .62$ ), 10 yıldan uzun süredir evli olan kadınlara ( $2.70 \pm .33$ ) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tanımlayıcı özelliklerine göre kişisel bilgi dağılımı (Tablo 2.1 'de) 1 ila 5 yıldır evli olan infertil kadınların çoğunlukta olduğunu göstermekte, bu da katılımcıların çocuk sahibi olabilmek için, geç kalmadan tedavi olmayı düşündüklerini göstermektedir. Evliliği 10 yıl ve üzerinde olanlar ise, evlilik süresinde infertilite öyküsünün, stres yaratması ve olumlu sonuç alacağına dair inancın azalması nedeni ile stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutlarından, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşıma gereksinim yaratmış olması söz konusu olabilir.

*Eşin davranışları değişkenine göre;* Yapılan test sonucunda “olumlu yönde değişti” ( $3.41 \pm .42$ ) cevabını veren kadınların kendine güvenli yaklaşım puanlarının “olumsuz yönde değişti” ( $2.95 \pm .57$ ) cevabını verenlerden daha yüksek olduğu ve “olumsuz yönde değişti” ( $2.95 \pm .57$ ) cevabını verenlerin kendine güvenli yaklaşım puanlarının “olmadı” ( $3.30 \pm .53$ ) şeklinde cevap verenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eşten olumlu şekilde tepki alan ve hiç tepki almayan kadınların, olumsuz tepki alanlara oranla stresle başa çıkmada daha fazla kendine güvenli yaklaşım kullandıkları söylenebilir. Sağlıklı bir eş uyumunun, infertilitede stresle baş etmede tedavi alan kadına önemli bir güç kazandırdığı şeklinde yorumlanabilir. Alan yazında, güçlü çiftler arası ilişki ve birlikte baş etmenin, tedavi sonuçlarının olumsuz etkilerini azalttığı başka çalışmaların sonuçları arasında da yer almıştır (Berghuis ve Stanton, 2002). Ailelerin baş etme süreçlerini birey bağlamında ele almak yerine, güçlü bir karşılıklı etkileşim sunan çift ilişkisi bağlamında değerlendirmek bu süreçleri anlayabilmek adına daha zengin veriler sunabilir (Peterson vd., 2006; Ulbrich, Coyle ve Llabre, 1990). Baş etme seçenekleri tedavi kararlarında, duygusal bir dengeyi sağlamakta ve evlilik içinde açık bir iletişim kurmakta çok önemli bir öge olabilir (Jorda, Tracey, Revenson, 1999). Bu çalışmanın bulgularının benzer yönde olduğu görülmektedir.

*Eşin ailesinin davranışları değişkenine göre;* Araştırmada “olmadı” ( $2.47 \pm .60$ ) ile “eleştirel ve küçümseyici oldu” ( $2.59 \pm .49$ ) cevaplarını veren kadınların boyun eğici yaklaşım puanları “anlayışlı ve destekleyici oldu” ( $2.11 \pm .52$ ) cevabını verenlere oranla daha yüksektir. Yakın ailenin desteğine ve eleştirel tepkilerinin olmayacağına duyulan güven etkili olabilir. Her durumda aile tarafından koşulsuz sevgi ve kabul görmenin baş etmede önemli olduğu söylenebilir.

Sosyal destekle ilgili kapsamlı kuramlardan biri olan Tampon Kuramı' na (buffer theory) göre; yakın çevrenin sosyal desteği, stres kaynağıyla kişi arasında bir tampon görevi görerek kişiyi olumsuz etkilerden koruyabilmektedir. Buna göre sosyal destek sistemleri güçlü olan bireyler, olmayan bireylere kıyasla stresli olaylarla daha iyi başedebilmektedirler. (Callaghan ve Morrissey, 1993; Shonkoff, 1984 Aktaran Gökler, 2008). Bulgular alan yazınla benzer niteliktedir.

*Tedavi sürecinde psikolojik yardım alınıp alınmadığı değişkenine göre;* “aldım” (2.40 ± .57) yanıtını verenlerin kendine güvenli yaklaşım skorları, “almadım-almak isterdim” (3.20 ± .54) yanıtını verenlere oranla anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik yardım aldım yanıtını veren katılımcıların, kendilerine daha çok güven duymaları için yetkin psikologlardan destek almasının önemli olduğu şeklinde yorumlanabilir. Buna karşın infertilite tedavisi gören kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre kişisel bilgi dağılımı (Tablo 2.1'de) almadım-almak isterdim diyen katılımcıların %67si psikolojik destek almak istemektedir. Bu bilgi katılımcıların tedavi boyunca profesyonel psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Olivious vd., (2004: 260)'nin çalışmasında da katılımcıların ‘psikologla görüşmeye ihtiyacımız var’ şeklindeki beyanları çalışmadaki psikolojik desteğe duyulan ihtiyaçla ilgili bulguları destekler niteliktedir. Literatürde tedaviye başlamadan önce uygulanan psikolojik desteğin, infertil çiftlerin depresyonla baş etmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Noorbala vd., 2008). Yapılan başka bir çalışmada infertilite tedavi süreçlerinde infertil kadınların, psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı görülmüştür (Hammerli vd., 2008; Lemmens vd., 2004). Bayley vd'nin., (2009) infertilite kliniklerine başvuran kadın ve erkeklerle yaptıkları çalışmada, bilgi edinme ve duygusal destek arama başa çıkma yöntemini kadınların daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Bulgular alan yazınla benzer niteliktedir.

#### **4.3. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Alt Boyut Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması**

Araştırmanın bulgularına göre infertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılıkları ile stresle baş etmelerindeki ilişkiye bakıldığında 0,67 korelasyon katsayısı

ile ( $p < .05$ ) düzeyinde “kendilik algısı” ve “kendine güvenli yaklaşım” arasında kuvvetli bir doğrusal ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca “kendilik algısı” ve “çaresiz yaklaşım” arasında ters yönlü bir doğrusal ilişki olduğu da görülmektedir.

Kendilik algısı psikolojik dayanıklılık düzeyinin kullanımı ve kendine güvenli yaklaşım başa çıkma tarzının kullanımı arasında yüksek bir doğrusal ilişkinin olduğu anlaşılmaktadır. Pozitif bir bakış açısı ile, kadınların kendi yeteneklerine güvenme kendilik algısı özellikleriyle, karşılaşılan problemi değiştirmeye yönelik bilinçli, mantıklı, aktif çaba göstermek gibi kendine güvenli yaklaşımlarda bulunmaktalar. Negatif bir bakış açısı ile, herhangi bir problem veya olay karşısında problemi çözme yerine kendini suçlama ve güçsüz bulma duygusunda, çaresiz yaklaşım göstermektedirler.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen sonuçlar özetlenmiş, değerlendirilmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler sonucunda hem alanda çalışan sağlık ekibinin uygulamasına yönelik, hem de araştırmacıların ileride yapacakları araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### Sonuç

Çalışmamıza katılan infertilite hastalarından, yaş aralığı 41 ve üzeri olanların, istemeyerek görücü usulü ile evlenenlerin, 10 yıldan uzun süredir evli olanların, infertilite çeşidi primer olanların, eşinin olumsuz davranışlar içinde olanların, eşinin ailesinin olumsuz davranışları içinde olanların, tedavi süresi 6 yıl ve üzerinde olanların psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde düşük olduğu ortaya çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum hastaların yaşadığı stresli yaşam olaylarından olumsuz etkilenmekte ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini düşürmektedir. Düşük dayanıklılığa sahip bireylerinde bu olaylar dışında karşılaşılabilecekleri stresli durumlarla baş etmeleri zorlaşabilmektedir. Bu durum var olan stresin yoğunluğunu arttırıp fiziksel ve ruhsal hastalıklara sebep olabilmektedir. Ayrıca dışsal olarak etkili destek kaynağının yokluğunun, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha kötü olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir.

İnfertilite, biyolojik, psikolojik, aile ilişkileri, özel yaşantı ve sosyal ilişkiler üzerinde olumsuz etkilere neden olan sağlık sorunu olması ile birlikte kadının eğitilmiş, meslek ve iş sahibi olması, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımdan uzak, psikolojik dayanıklılık gösterip başa çıkması kadını güçlendirmektedir.

Bu çalışmada kadınların, infertilite sorununu öğrendiklerinde yaşadıkları zorlukları ve zaman içindeki ağır tedavilerin neden olduğu olumsuz duyguları paylaşma isteği, en önemli stresle başa çıkma tarzı kendine güvenli yaklaşımı kullanmak istemeleri ve psikolojik dayanıklılık aile uyumunu koruma isteği olarak öne çıkmıştır. Buna ek olarak, özellikle sorunun kaynağı olan taraf için eşin desteği, bu zorlu süreçteki en önemli

psikolojik dayanıklılığı (gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal yeterlilik) destekleyen kaynaklar olarak gösterilmektedir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların, psikolojik destek almak istemeleri, psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmeye ihtiyaç duydukları ve stresle baş edebilmeleri, araştırma sonuçlarında açıkça görülmektedir. Hem tedavi sürecindeki karar aşamalarında hem de tedavi harici alternatifler konusunda kadınlara sunulacak profesyonel danışmanlık hizmetlerinin kadınsal bakış açısıyla ele alınması yarar sağlayacaktır.

İnfertilitede psikolojik dayanıklılık; yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynakların, stresle başa çıkma tarzı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşımla ters orantılı, psikolojik dayanıklılık kendine güvenli yaklaşımın, stresle başa çıkma tarzı kendilik algısı ve gelecek algısı ile doğru orantılı olduğu görülmektedir.

Araştırma sonuçlarının, infertil kadınların stresle başa çıkmada kullandıkları tarzların belirlenmesinde, içsel anlamdaki itici gücün geliştirilmesine yönelik yordayıcı çalışmaların psikolojik dayanıklılığı arttıracak ve başa çıkma tarzlarını kullanmaları konusunda kadınlara destek verilmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir. Özellikle uygulamaya dönük bir meslek olan infertilite danışmanlığı hem araştırmalardan elde edeceği veriler hem de alandaki danışmanlık deneyimleri sayesinde infertilite ve tedavi sürecinde kadınların, çiftlerin ve toplumun yanında olmasına zemin hazırlanması beklenmektedir. Ayrıca, infertilite tedavisi sırasında kadınların yaşadıkları psikolojik dayanıklılık ve kullandıkları başa çıkma tarzlarının tanımlanmasında, infertilite kliniklerinde çalışan sağlık personelinin, özellikle danışmanlık veren hemşirelerin, verdikleri eğitim ve danışmanlık rollerini planlamada ve uygulamada önemli bir bilgi ve veri kaynağı olacaktır.

## **Öneriler**

### **➤ Alanda çalışan sağlık ekibine yönelik öneriler**

- İnfertilite tanısı koymadan önce yapılan biyolojik testler vardır ve mevcut durum bu test sonucuna göre değerlendirilmektedir. Söz konusu testlerle birlikte hasta, çeşitli ilaç tedavileri ile başlangıç yapar, Bununla birlikte hastanın, psikososyal durumu ile de ilgili öykü alınması önerilebilir.

- İnfertilite stresinin azaltılmasına yönelik eğitim ve destek gruplarının oluşturulması ve hastaların bu gruplara katılmaları konusunda cesaretlendirilmeleri önerilebilir.
- İnfertilite biriminde sunulan bakımın kapsamını ve infertil kadınların yaşam kalitesini yükseltmek için infertilitenin biyo-psiko-sosyal ve evlilik ilişkisine etkileri ve bu etkilerle başa çıkma tarzları konusunda bütüncül eğitim programları hazırlanması önerilebilir.
- İnfertil kadınlara bakım veren sağlık personelinin, infertilite ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması, sorunlarla ve sorularla başa çıkabilme donanımına sahip olması önerilebilir.
- Hastane ve özel kliniklerde bulunan tüp bebek merkezlerinde infertilite tedavis alan kadınlara, bilişsel beceri kazandırmak ve kazanılanların devam ettirilebilmesini sağlamak için infertilite danışmanlığının olması önerilebilir.
- İnfertil kadınlara, çiftlere yönelik bireysel ve grup terapileri oluşturularak yalnız olmadıkları duygusu hissettirilebilir.
- İnfertil kadınların öz yeterliklerini, motivasyonlarını ve benlik saygılarını arttıracak bireysel ve grup spor aktiviteleri ( meditasyon, yoga, yüzme, tenis v.b.) ve sosyal problem çözme becerileri eğitimi, tavsiye edilebilir.
- İnfertilite tedavi sürecinde yer alan doktorlar, hemşireler, infertilite danışmanları (psikoloğlar) koordineli çalışmalı ve hastalara yönelik bütüncül bir yaklaşım göstermeleri önerilebilir.
- Dünyanın pek çok ülkesinde infertilite ekibi içinde yer alan psikolojik destek servislerinin ülkemizde de yaygınlaşması gereklidir. Bu desteğin yalnızca belli dönemlerde değil tedavinin başlangıcında, tüm tedavi boyunca ve hatta sonrasında da devam etmesi önerilebilir.
- Merkezlerde bakım rehberlerinin hazırlanıp, bu rehberlerin tüp bebek merkezlerinde uygulanabilirliğinin, hasta üzerindeki etkileri ve infertilite danışmanlık sonuçlarının değerlendirilmesi önerilebilir.
- Araştırmadan elde edilen verilere göre; sosyo-ekonomik durumu düşük olan, infertilite süresi ve tedavi süresi uzun olan, sekonder infertil olup yaşayan, çocuğa sahip olmayan, kurum\hekim değişikliği yapan kadınlarda psikolojik dayanıklılık düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarının daha yüksek oranda olumsuz etkilenmesi nedeniyle, bu grupların önceden risk grubu olarak belirlenmesi ve daha duyarlı yaklaşım geliştirilmesi önerilebilir.

### ➤ Araştırmacılar için öneriler

- İnfertilitenin çift olarak ele alınmasının gerekliliği bilinmekle birlikte mahrem bir konu olmasından ötürü, kadın infertilitesi ile sınırlı kalmaktadır. Erkek infertilitesine de yer verilerek, kadın infertilitesine daha kapsamlı katkı sağlanması önerilebilir.
- İnfertilitenin kadınlar açısından bir deneyim olması, bu nedenle kadınsal bir bakış açısıyla ele alınmasının gerekliliği bu çalışmada ortaya konmuştur. Bununla birlikte sınırlı örneklem üzerinden yürütölen, çocuk sahibi olamamanın kadının psikolojik dayanıklılığına ve stresle başa çıkma tarzına olan etkilerinin incelenmesi, daha kapsamlı örneklem grubuyla farklı nitel ve nicel araştırmalarla desteklenerek, alandaki bilgi birikimine katkı sağlanması önerilebilir.
- Tedavi aşamalarına dair hastaların tepkileri ve deneyimleri önemli bir veridir. Katılımcıların hemen hepsinin duygularını anlatma ihtiyacında oldukları gözlenmiştir. Ancak bu verilerin, nicel bilgiler ışığında sınırlı olarak elde etmenin yanı sıra açık uçlu sorulardan da yararlanılması önerilir.
- İnfertilitenin yaşam alanlarının tümünü etkileyen çok boyutlu bir durum olması nedeniyle konu ile ilgili standart ölçekler ile yapılan çalışmalar kişilerin etkilenimlerini tam olarak ortaya çıkaramayabilir. Bu nedenle soruna özel geliştirilen ölçeklerle çalışmalar yapılması daha güvenilir sonuçlara ulaştırabileceğinden tavsiye edilebilir.
- Türkiye’de infertilitede psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili yapılmış çok az çalışma olduğundan daha fazla çalışma yapılması önerilebilir.
- Psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başetme tarzlarının etkileşimleri farklı değişkenler üzerinde sınanabilir ve infertil kadınlar ile fertil kadınlar karşılaştırılabilir.
- İnfertilitenin neden olduğu olumsuz psikososyal parametreler üzerine etkisini inceleyen deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.



## KAYNAKÇA

- Abbey, A., Halman, L.J., ve Andrews, F.M. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is the impact on the marital life quality of infertile couples. *Journal of personality ve social psychology*, 68 (3), 455 – 69
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., ve Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., ve Kara, H. (2005). COPE(Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6; 221-226..
- Ak, G. (2001). *İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları Ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Ak, G. (2002). İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. *Sted*, 11(7), 260.
- Akyüz, A. (2001). *IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik* (Doktora tezi). Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
- Akyüz A. (2005). *İnfertilite tedavisi ve sonucun alınması sürecinde iletişim güçlükleri*. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji Obstetri Derneği, 20-23 Nisan Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı, 20.
- Akın, A., ve Akın, Ü. (2015). *Psikolojide Güncel Kavramlar I Pozitif Psikoloji*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Akdeniz F., ve Gönül AS. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2:70-74.
- Alibaşoğlu H. (2010). *İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları*, BRSHH, 1. Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

- Allen, R.J. (1984). *Human stress: Its nature and control*. New York: MacMillan.
- Allen, S. M., Shah, A. C. Nezu, A. M., Nezu, C. M., Ciambrone, D., Hogan, J. ve Mor, V. (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma. *Cancer*, 94,(12), 3089-3100.
- Altıntop, İ.,ve Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(55), 755-768.
- Altuntaş, E. (2003). *Stres Yönetimi*. İstanbul: Alfa.
- Anderheim L, Holter H, Bergh C., ve Muller A. (2005). Does psychologic stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod*, 20(10):2969–75.
- Anderson, K.M., Sharpe, M., Rattray, A. ve Irvine, D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research*, 54(4), 353-355.
- Ankay, A. (1992). *Ruh sağlığı ve Davranış Bozuklukları*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Antony, E.J., ve Cohler, B.(1987). *The Invulnerable Child*. New York: Guilford.
- Arıcı A, Attar E, Balaban E., ve Buyru F. (2006). *Reproduktif Endokrinoloji and İnfertilite*, In: Umur Ç. ed., İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Atwood, J., ve Dobkin, S. (1992). Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14, 385-403.
- Aydoğdu, T. (2013). *Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Baltacı, G., Irmak, H., Kesici, C., Çelikcan, E., ve Çakır, B. (2008). Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi. (1. Baskı.) Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2000). *Stres ve başa çıkma yolları*. (20. basım). İstanbul: Remzi.

- Baltaş, A. Baltaş, Z. (2015). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. (32. Basım). İstanbul: Remzi.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, A.D., ve Shaw, I. (1990). Coping and help-seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology*, 29(3); 271-285.
- Basım, H.N., ve Çetin, F. (2011), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22:2, 104-114.
- Baştürk, S., ve Taştepe, M. (2013). *Evren ve Örneklem Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 129-159. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Bateman Cass, C. S. (2000). *The Loss Within a Loss: Understanding the Psychological Implications of Assisted Reproductive Technologies for the treatment of infertility*, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Bayer, S. R., Alper, M. M., ve Penzias, A. S. (2008). *Boston V İnfertilite El Kitabı İnfertil Çiftlere Hizmet Veren Tüm uygulayıcılar İçin Pratik Bir rehber*. Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, (Çev. Ed.). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri
- Bayley, T.M., Slade, P. ve Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24(11), 2827-2837.
- Beardslee WR. ve Podorefsky MA. (1998). Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-understanding and Relationships. *Am J Psychiatry*, 145:63-69
- Berg, B.J.ve Wilson, J.F. (1990). Male infertility: Psychiatric morbidity in infertile population. *Fertility and Sterility*, 53(4), 654-661.
- Berg CA., ve Upchurch R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychol Bull*, 133(6):920-54.
- Bernard, B. (1995). Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and . . . Development. 2-14.

- Bernard, B. (2004). *Resiliency What We Learned*. San Fransisco: Wasted.
- Bernard, L. C., ve Belinsky, D. (1993). Hardiness, stress, and maladjustment: effects on self-reported retrospective health problems and prospective health center visits. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 97-110.
- Berghuis J., ve Stanton A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal Consult Clin Psychol*, 70: 433–8.
- Beutel M, Kupfer J., ve Kircmeyer P. (1999). Treatment related stres and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF on ICSI. *Andrologia*, 31:27-35.
- Benyamini Y, Gozlan M., ve Kokia E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril* , 83 (2): 275-283.
- Benyamini Y, Gozlan M., ve Kokia E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *Br J Health Psychol*, 14(Pt 1):1-16.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., ve Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 231–43.
- Billings, A.G. ve Moos, R.H. (1984). Coping, Stress and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 887-891.
- Block JH., ve Block J. (1980). The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. WA Collins (Ed.), Development of Cognition, Affect, and Social Relations: *Minnesota Symposia on Child Psychology* 13: 39-101. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Boden J. (2007) When IVF Treatment Fails. *Hum Fertil*; 10(2): 93–8.

- Boivin J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med*, 57:2325- 2341.
- Boivin J, Bunting L, Collins JA., ve Nygren KG. (2007). International estimates of infertility prevalence treatment-seeking: potential need and demand infertility medical care. *Hum Reprod*, 2: 1-7
- Boivin J, Griffiths E., ve Venetis CA. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 342-223.
- Bonanno, G.A. (2005). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Borcherding, K.E. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, ve Neonatal Nursing*, 38, 453-462.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (İ.D.E. Sarıoğlu, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Burns, L. H., ve Covington, S. N. (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. NewYork: Parthenon.
- Callister, L. C. (2005). *The pain and the promise of unfulfilled dreams: infertile couples* Crane D. R., Marshall E. S. (Ed.). *Handbook of Families and Health*. Chapter 6. Sage . Publications, Inc., Portland, OR, 96-112.
- Callon VJ, Hennessey JF.,(1989). Strategies for coping with infertility. *Br J Med Psychol* 62:343-54 .
- Cotton, D.H.G. (1990). *Stress Management: Integrated Approach to Therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Cousineau TM., ve Domar A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21:293-308.

- Collins A, Freeman EW, Boxer AS., ve Tureck R. (1992). Perception of infertility and treatment stres in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 57:350-356.
- Crowley, B. J., Hayslip, B., ve Hobdy, J. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10(4), 237-248.
- Cress, V. C., ve Lampman, C. (2007). Hardiness, stres and health-promoting behaviors among college students. *Journal of Undergraduate Research*, 12(1), 18-23.
- Cwikel J, Gidron Y., ve Sheiner E. (2004 ). Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 117(2): 126–31.
- Çakır, Y., ve Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dizini, Kriz Dergisi*, 5, 1, 16.
- Callaghan, P., ve Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Denson V. (2006). Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract*, 1:380-386.
- Dereli Yılmaz, S., ve Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Dilbaz, S. (2010). Stres ve İnfertilite. 4. *Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi*. Antalya; 145.
- Dilek, N., ve Kızılkaya Beji, N. (2012). Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 9, (1). 24-29.
- Domar, A. D.; Broome, A., ve Zuttermeister, P.C. (1992). The prevalance and predictibility of depression in infertile women. *Fertil Steril* 58, 1158-63.
- Domar AD, Clapp D, Slawsby EA., ve Dusek J. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*, 73(4):805–11.

- Domar, A. D. (2008). Akıl/Beden Bağlantısı. G. Sinem Çağlar (Çev.). *Boston V İnfertilite El Kitabı İnfertil Çiftlere Hizmet Veren Tüm uygulayıcılar İçin Pratik Bir Rehber* içinde (177-187). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Draye MA., Lemcke D., Pattison J., Marshall LA., ve Cowley DS. (2004). Emotional aspects of infertility. *Current care of women diagnosis and treatment*. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 572-576.
- Drosdzol, A., ve Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30 (1), 11–20.
- Durgun-Ozan Y. (2009). *İnfertil kadınların tedavi süreçleri ile ilgili deneyimlerinin ve hemşirelerden beklentilerinin incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Durukan. İ. Erdem M. Tufan A. E. Cöngöloğlu A. Yorbık O.,ve Türkbay T. (2008). “DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. (9)217-223.
- Ebbesen SMS, Zachariae R, Mehlsen MY., ve Thomsen D. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Hum Reprod*, 24(9): 2173–82.
- Eminağaoğlu, N. (2006). *Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağlamlık)*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Eskin, M. (2011). Sorun çözme terapisi. Ankara, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Yayıncılık, 2. Baskı, 15-28.
- Felton, BJ., ve Revenson, TA.(1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal Consult Clin Psychol*, 198452:343-353.
- Fido, A., ve Zahid, M.A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *Int. Journal Soc Psychiatry*. 50: 294-300.

- 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., Lazarus, RS., Gruen, RJ., ve Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal Pers Soc Psychology*, 50: 571-579.
- Franco, JG., Baruffi, RLR., Mauri, AL., Petersen, AL., Felipe, V., Garbellini, E., psychological Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., ve Garzaro., L. (2002). *Anxiety, depression and anger supression in infertile couples: a controlled study. Hum Reprod*,17: 2986-2994.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., ve Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76
- Galhardo, A., Cunha, M., ve Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples .. with infertility. *Sexologies*, 20(4),224–228.
- Genç, A. (2015). *Psikolojik Dayanıklılığın Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Görgül Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gizir, C.A. (2004). *Academic resilience: An investigation of protective factors contributing to the academic achievement of eight grade students poorly*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ortadoğu Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Gizir, C.A. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler üzerinde bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Godfarb, J.M., M.B. Rosenthal ve W.H. Utian. (1985). "Impact of Psychologic Factors in the Care of the Infertile Couple. *Seminars in Reproductive Endocrinology*, 3: 93-00
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., ve Vaslamatzis, G. (2011). The relation of psychological stress to pregnancy outcome among women undergoing in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Women Health*, 51(54): 321–39.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Hum Reprod*, 7:20 -212.



- Gök, Ş. (1995). *Anksiyete ve Depresyonda Stresle Başa Çıkma*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi/Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul.
- Gökler, I. (2008). *Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Gramling, S. E., ve Auerbach, S. M. (1997). *Stress management workbook: Techniques and self-assessment procedures*. Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science Medicine*, 45, 1679-1704.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. ve McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness* 32 (1), 140-162.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21,1.
- Gülseren L., Çetinay P., Tokatlıoğlu B., Sarıkaya O.O.; Gülseren S. ve Kurt S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women, *J.Reprod Med*, 51:421426.
- 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.
- Gürkan, U. (2006). Yılmazlık Ölçeği (YÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(2):45-74.
- Guz, H., Ozkan, A., Sarisoy, G., Yanik, F. ve Yanik, A. (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, 24, 267-271.
- Habbema, J. D. F., Collins, J., Leridon, H., Evers, J. L., ve Lunenfeld, B. (2004). Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal. *Human Reproduction*, 19(7), 1497-1501

- Hammarberg K, Astbury J., ve Baker HWG. (2001). Womens experience of IVF: A follow up study. *Hum Reprod*, 16(2): 374–83.
- Hammerli K, Znoj H, Burri S, Graf P, Wunder D., ve Perrig-Chiello P.(2008). Psychological interventions for infertile patients: a review of existing research and A new comprehensive approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4), 246-252.
- Hanton, S., Evans, L., ve Neil, R. (2002). Hardiness and the competitive trait anxiety response. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(2), 167-184.
- Harrison, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., ve Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
- Hawley, D., ve DeHaan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating individual and family perspectives. *Family Process*, 35, 283–298.
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Hagens, C.V., Strowitzki, T. ve Wischmann, T.(2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111-1117.
- Hickman, T. N., Cabrea R. A., McKenzie, L. J., Moustafa, H. F., ve Rizk B. R. M. B. (2012). İnfertil Kadının Değerlendirilmesi. Berker Bülent, Kıvançlı İçten (Çev.). *İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri* içinde. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri.
- Hsu, Y.L. ve Kuo, B.J. (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 291-302.
- Hughes EG, ve da Silva AM. (2011). A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Hum Reprod*, 26(3): 611–615.
- Husaini BA, Newbrough JR, Neff JA., ve Moore MC. (1982). The stress-buffering role of social support and personal competence among the rural married. *Journal of Community Psychol* 10(4):409-426.

- Ivancevich, J. M., ve Matterson, M.T. (1990). *Organizational Behavior and Management*, Boston: Irwin.
- İlerisoy, M. (2015). İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Duygusal Yaşantıları ve Baş Etme Yöntemleri Üzerine Bir Araştırma, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Özel Sayı:28,143-164
- İlhan HA. (2003). *Overyan rezervi değerlendirmede bazal over hacmi ve antral folikül sayısının önemi* (Uzmanlık Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003.
- Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewońska J, ve Tazarek-Hauke G. (2004). Feelings and emotions in women treated for infertility. *Przeegl Lek*, 61:1334-1337.
- Johnson, D. W. (1993). *Reaching out: Interpersonal effectiveness and self-actualization* (5.ed.), Simon ve Schuster Inc.
- Jones, J. (2007). *Health Psychology (4. b.)*. New York: Open University Press, 256.
- Jorda C, Tracey A., ve Revenson TA. (1999). Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *J Behav Med*, 2:4.
- Judkins, S. K., ve Rind, R. (2005). Hardiness, stress, and job satisfaction among home care nurses. *Home Health Care Management and Practice*, 17(2), 113-118
- Kanbay, Y. (2007). *Kars ve Artvin İlinde Hemşirelerin Kullandıkları Stresle Başetme Yöntemleri ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.
- Kargın, M., ve Ünal, S. (2011). İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. *Yeni Symposium*, 49:54-60.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Dorul, A., Sütçigil, L., Nahit Özmenler, K., ve Özşahin, A. (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde .

- emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 311-322.
- Kavlak O., ve Saruhan A. (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(4): 229-32.
- Kazandı M, Gunday O, Mermer TK, Erturk N., ve Ozkınay E. (2011) The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian Journal Reproductive Medicine*; 9(2): 99-104.
- Kendirci, A. (2010). İnfertilitenin Çiftler Üzerinde Yarattığı Stresin Çözümünde Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımları. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 191.
- Keye RW. (1984). Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol*, 27:760-766.
- Khoshaba, D.M., ve Maddi, S.R., (1999). Early Experiences in Hardness Development. *Consulting Psychology Journal Practice and Research*, 51 (2), 106-116.
- Kızılkaya Beji N, Yavan T, Dikencik K, Akın N., ve Dinç A. (2001). İnfertilite Sorunu ,(Ed: Kızılkaya Beji N.), *Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:4, Rektörlük No: 4274, Emek Matbaacılık, 93-102.
- Klonoff-Cohen H. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*, 76(4): 675-87.
- Klag, S. ve Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 9, 137-161.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S., Maddi, S. R. ve Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

- Kobasa, S.C. (1982) The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. *Social Psychology of Health and Illness*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, 1-25.
- Kobasa, S. ,ve Puccetti, M. C. (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (4), 839-850.
- Koyun A., ve Taşkın L.,ve Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3:67-99.
- Kovárová P, Smith CA. ve Turnbull DA. (2010). An exploratory study of the effect of acupuncture on self-efficacy for women seeking fertility support. *Explore* 6(5):330-4.
- Kraft, A.D. ve Palombo, J. (1986). The psychological dimensions of infertility.
- Kuş, C. (2008). *İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi*. T. C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kurt, N. (2011). *Çevik Kuvvet Personelinin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Dayanıklılıkları Ve İş Doyumu Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lambert, C. E. ve Lambert, V. A. (1999). Psychological hardiness: State of the science. *Holistic Nursing Practice*, 13(3), 11-19.
- Lau WNT, So WWK, Yeung WSB., ve Ho PC. (2006). The effect of ageing on female fertility in an assisted reproduction programme in Hong Kong: retrospective study. *Hong Kong Med J*. 6(2): 147-52.
- Lazarus, R.S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NewYork: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress To The Emotions: A History of Changing Outlooks, *Annual Reviews in Psychology*, 44:1-21.

- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company, 16.
- Lee SH. (2003). Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during In Vitro Fertilization. *Journal Nurs Res* 11(3):197–20.
- Lee G L, Choi WHH, Chan CHY., ve Chan CLW. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Hum Reprod*, 24(8):1920–29.
- Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P., ve Bakelants E. (2004). Coping with infertility: a bodymind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod*, 19:1917–23.
- Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L., ve Jannini EA. (2003). Stres, sexual dysfunctions and male infertility. *Journal Endocrinol Invest* 26:72-76.
- Leventhal H, Nerenz DR., ve Steele DJ. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, and J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*, 4: 219-252.
- Levin JB, Sher TG., ve Theodos V. (1997). The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *Journal Clin Psychol . Med Settings* 121, 4:361-372.
- Lim J, Shon E, Paek M, Daly B. The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Support Care Cancer* 22, 2014; 3209-3217 DOI 10.1007/s00520-014-2334-9.
- Lopez, O., Haigh, C. , ve Sue Burney. (2004). Relationship between hardiness and perceived stress in two generations of Latin American migrants. *Australian Psychologist*, 39(3), 238 – 243.
- Lowdermilk DL, Perry SE., ve Bobak IM. (1997). *Maternity and Women's Health Care*, 6.Ed. St Louis, Mosby.

- Lukse MP., ve Vacc NA. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol*, 93(2):245–51.
- Lund, R. Sejbaek, C. S. Christensen, U. ve Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24 (11), 2810–2820.
- Luthans, F., Luthans, K. W. ,ve Luthans, B. C. (2004). Positive Psychological Capital: Beyond Human and Social Capital. *Business Horizons*, 47, 1, 45-50.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa F. O. ve Li, W. (2005). The Psychological Capital of Chinese Workers: Exploring the Relationship With Performance. *Management and Organization Review*, 1, 2, 249-271.
- Luthans, K. W., & Jensen, S. M. (2005). The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: A study of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(6), 304-310.
- Luthans, F., Youssef, C.M., Avolio, B.J. (2007). *Psychological Capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.
- Luthar, S. (Ed.). (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Maddi, S. R. and Kobasa, D. M. (1994). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assesment*. 63(2), 265-274.
- Maddi, S. R.; Harvey, R.; Khoshaba, D. M.; Lu, J.; Persico, M. ve Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74, 575-598
- Mahajan, N. N.; Turnbull, D. A.; Davies, M. J.; Jindal, U.N.; Briggs, N. E. ve Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24 (4), 906–912.

- Marsella, A.J., ve Jash-Scheuer, A. (1998). Coping, Culture, and Healthy Human Development: A Research and Conceptual Overview. In P.R. Dasen, S.W. Berry, N. Sartorius (Ed). *Health and Cross Cultural Psychology Toward Applications*. London: Sage Publication.
- Masten AS, Best KM., ve Garmezy N (1990). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Dev Psychopathol*, 2:425-444.
- Masten AS (2001) Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *Am Psychol*, 56:227-238.
- Masten, A.S., and Reed, M.G.J., (2002). Resilience in Development (Eds: C.R. Snyder, and S.J. Lopez). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, 74-88.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930
- May, E. T. (1997). *Barren in the promised land: Childless Americans and the pursuit of happiness*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ., ve Zachariae R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction*, 26(10):2763-76.
- McKay, M., Davis, M., ve Fanning, P. (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. Richmond, CA: Hew Harbinger.
- McQueeney, DA, Stanton AL., ve Sigmon S. (1997). Efficacy of emotion focused and problem focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20:313-331.
- Menning, B.E. (1982), Psychosocial Impact Of Infertility. *Nursing Clinics Of North America*; 17(1):155-163.
- Menning, B.E. (1984). " The Psychologic of Infertility." In Aiman and J. Spring. (Eds). *Clinical Perspectives in Obstetrics and Gynecology*. New York Inc, 15-29



- Metin, M. (2014). *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Miall, C. E. (1986). The stigma of involuntary childlessness. *Social Problems*, 33(4), 268-282.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M., ve Ganiats T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, 63:126-130
- Morrisey, C., ve Hannah, T. E. (1986). Measurement of psychological hardiness in adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 148(3), 393-397.
- Moos, R. H., ve Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources . . and processes. In Goldberger, L. and Breznitz, S. (Eds.), *Handbook of stress: . Theoretical and clinical aspects*. New York, NY: Free Press, pp. 212-230.
- Newton CR, Sherrard W., ve Glavac I. (1998). The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 69:1026-1033.
- Newton, C.R. (1999). Counselling the Infertile Couple. İçinde Burns L.H., Covington SN (Eds.), *Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. USA ve UK: The Parthenon Publishing Group; 109.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. ve Perri, M. G. (1989). *Problem-Solving Therapy for Depression: Theory, Research and Clinical Guidelines*. New York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., ve Lombardo, E. R. (2001). Managing stress through problemsolving. *Stress News*, 13(3).
- Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M., ve Jafarabadi M. (2008). Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 101(3), . 248-252.
- Nowack, K. M. (1989). Coping Style, Cognitive hardiness, and Health Status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 145-157.
- Oğuz, H.D. (2004). *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri*. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr.

Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Olivious, Friden, B., Borg, G., ve Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, S. 81, s. 258–261.

Oskay, Ü. (2001). İletişimin ABC' si, Der Yayınevi, İstanbul.

Oxford Dictionaries. (2013). *Oxford Student's Science Dictionary*, Oxford: Oxford University Press.

Özbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. (2007) Social Support Resilience to stress: From neurobiology to clinical practise. *Psychiatry* (May), 35-40

Özcan, B. (2005). *Anne-babaları Boşanmış ve Anne-babaları birlikte olan Lise Öğrencilerinin Yılmazlık Özellikleri ve Koruyucu Faktörler Karşılaştırması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O. ve Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 140-148.

Özkan M., ve Baysal B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33:44-46.

Öztürk , T.,(2011) *İnfertilitede anksiyete, depresyon,stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Panagopoulou E, Vedhara K, Gaintarzi C, Tarlatzis B. (2006). Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril*,86(3):672–7.

Pandey S., (2013), “A Study on Work Stress, Causes, Symptoms and Impact on Health”, *International Journal of Innovative Research and Studies*, 2 (5), 244-259.

- Pasch LA, Gregorich SE, Katz PK. , ve Millstein SG. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril*, 98 (2): 459-69.
- Patel, C. (1989). *The Complete Guide to Stress Management*. London: Vermilion
- Payne D., ve Goedeke S. ( 2007). Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6): 645-53..
- Peterson B.D.; Newton C.R.; Rosen K.H. ve Skaggs E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human . Reproduction*, 21:2443–2449.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U. , ve Schmidt, L. (2008).The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128-1137.
- Potter, P.A. , ve Perry, A.G. (1997). *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice*. (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book; 371-387.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abdinia N, Zayeri F ve ark. A. (2004). Survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health* ,4(9):1–7.
- Riessman, C.K. (2002). Positioning gender identity in narratives of infertility: south Indian women’s lives in context. In M.C.Inhorn and F. van Balen (Eds.), *Infertility . around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies: A View from the Social Sciences*. Berkeley,CA: University of California Press.
- Ridenour, Yorgason, J. B., ve Peterson, B. (2008). The infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, S. 31, 34-51.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people in dementia: its relationships hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1),172-180.

- Roskies, E. (1998). Kişisel Problemleri Çözme Üzerine İpuçları. (Çev.: Neslihan Rugancı), (Ed.: Nesrin Hisli Şahin), *Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım*. (3. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health, 14(8)*, 626-631.
- Sağlam, H. (2012). *Lösemi tanısıyla izlenen 15-18 yaş grubu adölesanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, Ankara.
- Sall B, Marcia L., ve Patricia A. (2000). Maternal – Newborn Nursing, A Family Community- Based Approach, 178–97.
- Sanford, Backer-Fulghum, L. M., ve Carson, C. (2016). Couple Resilience Inventory: Two Dimensions of Naturally Occurring Relationship Behavior During Stressful Life Events. *Psychological Assessment, S. 28, s. 1243*.
- Sarıkaya, A. (2015). 14-18 Yaş Arası Ergenlerin Benlik Saygısı ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Schmidt, L., Christensen, U. , ve Holstein, B.E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction, 20(4)*, 1044-1052.
- 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.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Thesis for Degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen, Denmark.
- Serour GI. (2008 ). Medical and socio-cultural aspects of infertility in the Middle East. *ESHRE Monographs, 1: 34-41*.

- Servellen, G. V., Topf M. ve Leake B. (1994) Personality Hardiness, Work-Related Stress and Health in Hospital Nurses. *Hospital Topics*, 72(2), 34-36.
- Sexton, Byrd, M. R., ve von Kluge, S. (2010). Measuring Resilience in Women . Experiencing Infertility Using the CD-RISC: Examining Infertility-Related Stress, General Distress, and Coping Styles. *Journal of Psychiatric Research*, S. 44, . 236-241.
- Sherrod RA. (2004). Understanding the emotional aspects of infertility: Implications for nursing practice. *Journal of Psychosoc Nurs Ment Health Serv* , 42(3): 40-7.
- Shalkouhi, Vatankhah, H., ve Zarbakhsh, M. (2015). The Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) on Resiliency and Life Expectancy in Infertile Women from Rasht. . *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 4, 117.
- Slade, P. O'Neill, C. Simpson, A. J. ve Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22, 2309–2317.
- Smeenk JMJ, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA., ve Braat DDM. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilisation. *Hum Reprod*, 16(7):1420–3.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., and Steinhardt, M. (2000). The Relationship of Hardiness, Coping Strategies, and Perceived Stress to Symptoms of Illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23 (3), 311-328.
- Stanton, A. L., ve Dunkel-Schetter, C. (1991). *Psychological adjustment to infertility*. In *Infertility* ( 3-16). Springer US.
- Stewart DE., ve Robinson GE.( 1999). Infertility by choice or by nature. *Journal of Psychiatry*, 54:886-889.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

- Şahin, N., Güler, M., Basım, N. (2009). A Tipi Kişilik Örüntüsünde Bilişsel ve Duygusal Zekanın Stresle Başa Çıkma ve Stres Belirtileri ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Şimşek, M. A. (2005). *Stres Yönetimi Programının Bursa İlinde Sanayi Alanında Çalışan Personelin Stres Düzeyine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Şimşek Ö. Y. , ve Kaymak O. (2007). *Özlenen Bebek Kısırlığının Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri*. İstanbul: Mozaik Yayınları
- Şirin, A. (2001). *Tüp Bebek uygulaması ve uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım*. 1. Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Taylor, C., Lillis, C. , ve Lemone, P. (2001). *Fundamentals of Nursing, The Art Science of Nursing Care*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott WilliamsveWilkins; 701-724.
- Taşçı, E.; Bolsoy, N.; Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2, 105-110..
- Terzi, Ş. (2005). *Öznel İyi Olmaya İlişkin Psikolojik Dayanıklılık Modeli* (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini toparlama gücü ölçeğinin uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26, 77-86.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1- 11.
- Terzi, Ş. (2009). Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(1); 127-141.
- Terzioğlu, F., Yücel, Ç., Türk, R., Taşkın, L., Dilbaz, S., Karahalil, B. , ve Çınar, Ö.(2010). *İnfertil Kadınların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yardımcı Üreme Tekniklerinde Gebelik Sonuçlarına Etkisi*. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 97.

- Tekin, E. (2011). *Askeri Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Topdemir-Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbil Dergisi* 1(1):27-38.
- Tuğrul D. C. (2000). Stres ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dizini, *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 4, 1.
- Türkçapar, F., Vardereleli, K. , ve Türkçapar, M.H. (2008). İnfertilite ve Psikolojik Boyutları. İçinde M.N. Çiçek (Ed.). *Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite*. Ankara: Palme Yayıncılık; 339-344.
- Türküm, S. A. (1999). *Stresle başa çıkma ve iyimserlik*. Eskişehir: Anadolu Üniversite Yayınları.
- Tüzer, V., Tucel, A., Göka, S., Doğan Bulut, S., Yüksel, V, F., Atan, A., ve Göka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40 (2), 229-237.
- Ulbrich, P. M., Coyle, A. T., ve Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment:His and hers. *Journal of Sex and Marital Therapy*,16(3),147-158.
- Ünal S, Kargın M, Akyüz A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 481-6
- Valiani M, Abediyan S, Ahmadi SM, Pahlavanzadeh S., ve Hassanzadeh A. (2010). The effect of relaxation techniques to ease the stress in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 15(4); 259-64.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Eugster A., ve van Minnen A. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril*, 76(3):525-31.

- Verhaak, C.M.; Smeenk, J.M.J.; van Minnen, A. ve Kremer, J.A.M., et al. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles, *Human Reproduction*, 20, 8, 2253–60.
- Verhaak CM, Smeenk JMJ, Nahuis MJ., ve Kremer JAM. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod*, 22(1):305–8.
- Volgsten, H.; Skoog-Svanberg, A.; Ekselius, L.; Lundkvist, O. ve Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23, 1056–1063.
- Volgsten, H.; Skoog-Svanberg, A. & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 1290-1297.
- Yanikkerem E, Kavlak O., ve Sevil Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:112-121.
- Yeşiltepe Oskay, Ü. , ve Kızılkaya Beji, N. (2001). İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul: Emek Matbaacılık; 93-102.
- Yılmaz, İ. (2006). *The determinants of depression and anxiety in Turkish infertility patients: social support, sex role orientation, infertility causality, and self-esteem*. Boğazici University Social Sciences Master of Arts in Psychology, İstanbul
- Yoldemir, T. (2008). Stres ve Fertilite. İçinde M. Nedim Çiçek (Ed.), *Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite*. Ankara: Palme Yayıncılık; 393-412.
- Yong P, Martin C., ve Thong J. (2000). A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective checklist. *Journal of Assist Reprod Genet*, 17(10):553–6.



- Youssef, D. A. , ve Luthans, F. (2007). *Positive Organizational Behavior In The Workplace: The Impact Of Hope, Optimism And Resilience*, Manegement Deparment Faculty Publications, No:36,S.774-800.
- Yu, Yongju, 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
- Wagnild, G. M. ve Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 2, 165-178.
- Walker, C. E. (2001). *Learn to Relax*. (3. Edition). New Jersey Prentice-Hall Inc.
- Whiteford LM., ve Gonzales L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc. Sci.Med.* 40(1): 27-36
- Wichman, C. L.; Ehlers, S. L.; Wichman, S. E.; Weaver, A. L. Ve Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95(2), 717- 721.
- Widge A. (2005). Seeking conception: Experiences of urban indian women with in vitro fertilisation. *Patient Educ Couns*, 59(3):226–333.
- Williams, M. E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*, 16, 3,7-26.

## İnternet Kaynakları

- American Psychological Association the road to resilience. Web: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>, Erişim Tarihi: 20.05.2015. alınmıştır.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), pp.416-430  
Web: <http://abs.sagepub.com/content/34/4/416.extract> adresinden 15.02.2016'da . alınmıştır.

- Jackson, D., Firtko, A. , ve Edenborough, M. (2007). Personal Resilience as a Strategy for Surviving and Thriving in the Face of Workplace Adversity: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 1-9. doi/10.1111/j.13652648.2007.04412.x . /abstract . adresinden 25.03.2016 ‘da alınmıştır.
- Karatosun, H. (2004). Egzersiz nedir?. Web: <http://www.sporfizyo.com/saglik/egzersiz.htm>.
- Krohne, H.W. (2002). Stress and Coping Theories, Johannes Gutenberg [Çevrim içi Web: . [http://userpage.fu-berlin.de/schuez/fohlen/Krohne\\_Stress.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/schuez/fohlen/Krohne_Stress.pdf), adresinden 20 Şubat . 2015’ de alınmıştır.
- Kvamme (2011). Resilience and Fertility Problems. Master's thesis, Pacific University. . Web:<http://commons.pacificu.edu/spp/195> adresinden 09.11.2017’de alınmıştır.
- Lechner, L., Bolman, C., ve Van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1),288-294. Web:<http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/1/288.full.pdf+html> adresinden12.12.2011’de alınmıştır.
- Lee,M.N.(2011). Riskand Resilience:Youth Sustainability in Coping with Life Challenges. *International Conference on Sociality and Economics Development*, 10,503-508. Web: [http://pdf109.alertbooks.org/em0fc\\_coping-withlifechallenges\\_pdf](http://pdf109.alertbooks.org/em0fc_coping-withlifechallenges_pdf), adresinden 21 Eylül 2015’de alınmıştır.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., , ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. Web:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>adresinden 15.02.2016 tarihinde alınmıştır.
- Luthans, F.(2002). “The Need For and Meaning of Positive Organizational Behavior.” *Journal of Organizational Behavior*23, pp. 695-706. Web: [http://mario.gsia.cmu.edu/micro\\_2007/readings/Luthans\\_The%20need%20for.pdf](http://mario.gsia.cmu.edu/micro_2007/readings/Luthans_The%20need%20for.pdf) adresinden 21.03.2016’da alınmıştır.

Öğülmüş, S. (2001). *Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık*. I. Ulusal Çocuk ve Suç . Sempozyumu ( 29-30 Mart 2001): Nedenler ve Önleme Çalışmaları Ankara.  
Web: [www.kriminoloji.com](http://www.kriminoloji.com) Erişim tarihi: 12.01.2017. alınmıştır.

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *The National Autistic Society*, 6 (1), 115-130. Web:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11918107.pdf>, adresinden 12 Ocak 2016'da alınmıştır.

## EKLER

### EK-1 Tezde Kullanılan Kişisel Bilgi Formu

**T.C.**  
**TOROS ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ ANKET ÇALIŞMASI**

**INFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.**

**Yüksek Lisans Öğr. :** Derya ETEMAN KAYA

**Danışman :** Dr. Öğr. Üyesi Fatma Sema GÜRKAN

**Sayın katılımcı:**

İnfertilite(tüp bebek, aşılama) tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle baş etme tarzlarının bazı değişkenler açısından incelemek amacıyla bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere hazırlanan bu formda çeşitli sorular bulunmaktadır. Kimlik bilgilerinizi vermeden formda yer alan her bir madde için, size uygun olanı belirleyip "X" işareti koyarak cevaplamanız önemle rica olunur.

**1. Yaşınız?**

1 ( ) 18-25

2 ( ) 26-35

3 ( ) 36-40

4 ( ) 41-49

2.Eğitiminiz?

- 1 ( ) okuryazar  
2 ( ) ilkokul  
3.( ) ortaokul  
4 ( ) lise  
5 ( ) üniversite ve üstü

3.Yaşadığınız yer?

- 1 ( ) kırsal  
2 ( ) şehir  
3 ( ) büyükşehir

4.Aile biçiminiz nedir?

- 1 ( ) çekirdek aile(eşim, ben varsa çocuğum)  
2.( ) eşimin ailesi ile birlikte yaşıyorum  
3.( ) kendi ailem ile birlikte yaşıyorum?

5.Çalışma durumunuz?

- 1 ( ) ev hanımı  
2.( ) iş arıyor  
3 ( ) çalışan

6.Gelir durumunuz nedir?

- 1 ( ) Gelir giderden az  
2 ( ) Gelir gidere eşit  
3 ( ) Gelir giderden fazla

7.Evlilik biçiminiz?

- 1 ( ) görücü usulü / istemeden  
2 ( ) görücü usulü/isteyerek  
3 ( ) tanışarak

8.Kaç yıldır evlisiniz?

- 1 ( ) 1  
2 ( ) 1-5  
3 ( ) 6-10  
4.( ) 11 ve üstü

9.İnfertilite sebebi(etyolojisi)?

1.( ) Primer (hiç çocuğu olmamış)

2.( ) Sekonder (gebe kalmanın gerçekleşmesi ancak gebeliğin doğumdan önce sonlanması ya da daha önceden çocuk sahibi olma durumudur).

10.İnfertilite(tüp bebek, aşılama) tanısı konduktan sonra eşinizin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu?

1 ( ) olmadı

2 ( ) olumlu değişti

3 ( ) olumsuz değişti

11.İnfertilite(tüp bebek, aşılama) durumuna eşinizin ailesinden tepki oldumu?

1 ( ) olmadı

2 ( ) anlayışlı ve destekleyici oldu

3 ( ) eleştirel ve küçümseyici oldu

12.Kaç yıldır infertilite(tüp bebek,aşılama) tedavisi görüyorsunuz?

1 ( ) 1 yıldan az

2 ( ) 1-2 yıl

3 ( ) 3-5 yıl

4 ( ) 6 yıl ve üstü

13-.İnfertilite(tüp bebek, aşılama) tedavi süreci içinde veya sonrasında psikolojik yardım aldınız mı?Almadıysanız almak istermiydiniz?

1 ( ) aldım

2 ( ) almadım(almak isterdim)

3 ( ) almadım(almak istemezdim)

14. Çocuk sahibi olamamanızın nedeni?

1 ( ) kendim

2 ( ) eşim

3 ( ) kendim ve eşim

4 ( ) bilinmiyor

## EK-2 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçeğin amacı bireylerin yaşadıkları zor süreçleri ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmektir. Lütfen ölçekte bulunan yüzdelerden size uygun olanı belirleyiniz.

Bir sıkıntı olduğunda	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10-Ne olursa olsun mücadele etme gücünü kendime bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim				
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29- Sorunun nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

### EK-3 Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Aşağıdaki ölçekte her bir soru için iki cevap vardır. Lütfen size en uygun tarafı işaretleyiniz. Eğer kendinizi ortada hissediyorsanız orta bölümü işaretliyebilirsiniz.		
1. Beklenmedik bir olay olduğunda ...		
Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/>	çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...		
Başarılması zordur	<input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır. ..		
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4 .... olmaktan hoşlanıyorum		
Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı. ..		
Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...		
Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi ...		
Çözemem	<input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi. ..		
Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...		
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	<input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak		
Önemli değildir	<input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim		
Çok mutlu	<input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ...		
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim ...		
Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum		
Ümit verici	<input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyidir. ..		
Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama



16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir									
Kolayca yapabildiğim								Yapmakta zorlandığımı	
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...									
Birbirinden bağımsız								Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş	
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...									
Zayıftır								Güçlüdür	
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...									
Çok fazla güvenmem								Tamamen güvenirim	
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...									
Belirsizdir								iyi düşünülmüştür	
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...									
Günlük yaşamımda yoktur								Günlük yaşamımı kolaylaştırır	
22. Yeni insanlarla tanışmak ...									
Benim için zordur								Benim iyi olduğum bir konudur	
23. Zor zamanlarda, ailem ...									
Geleceğe pozitif bakar								Geleceği umutsuz görür	
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında ...									
Bana hemen haber verilir								Bana söylenmesi bir hayli zaman alır	
25. Diğerleriyle beraberken									
Kolayca gülerim								Nadiren gülerim	
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:									
Birbirlerini desteklemez biçimde								Birbirlerine bağlı biçimde	
27. Destek alırım									
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden								Hiç kimseden	
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır									
Her şeyi umutsuzca gören bir								Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma	
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...									
Zordur								Kolaydır	
30. İhtiyacım olduğunda ...									
Bana yardım edebilecek kimse yoktur								Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır	
31. Hayatımdaki kontrol edemediği m olaylar (ile) ...									
Başa çıkmaya çalışırım								Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır	
32. Ailemde şunu severiz ...									
işleri bağımsız olarak yapmayı								işleri hep beraber yapmayı	
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...									
Yeteneklerimi beğenirler								Yeteneklerimi beğenmezler	

## EK-4 Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzin Belgesi

Re: Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzin Belgesi



Fatih Çetin <fcetin@ohu.edu.tr>

19.09 (Çar) . 13:29

Siz ✉

Derya merhabalar,

Uyarlamasını yaptığımız ilgili ölçeği tez çalışmanın uygulamasında kullanabilirsin,

Başarılar dilerim,

Fatih Çetin

*Doç.Dr.  
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi  
Yönetim ve Organizasyon ABD*

*Assoc.Prof.  
Niğde Ömer Halisdemir University  
Department of Management and Organization*

Contact info:  
[fcetin@ohu.edu.tr](mailto:fcetin@ohu.edu.tr)  
[fatih\\_cetin@ymail.com](mailto:fatih_cetin@ymail.com)  
+90 338 225 4260

On 19 Sep 2018, at 15:27, DERYA ETEMAN <[deryaeteman@hotmail.com](mailto:deryaeteman@hotmail.com)> wrote:

## EK-5 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İzin Belgesi

Re: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İzin Belgesi



aysegul durak <[ayseguldurak@yahoo.com](mailto:ayseguldurak@yahoo.com)>

20.09 (Per) . 09:02

Siz ✉

Sevgili Derya,  
söz konusu ölçeği kullanabilirsin. İyi çalışmalar...  
Ayşegül Durak Batıgün

On Wednesday, September 19, 2018 3:16 PM, DERYA ETEMAN <[deryaeteman@hotmail.com](mailto:deryaeteman@hotmail.com)> wrote:

## EK-6 Mersin Üniversitesi Hastanesi Ölçek Uygulama İzin Belgesi...



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı  
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dah Başkanlığı

Mersin Üniversitesi - KADIN  
HASTALIKLARI VE DOĞUM  
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI  
Tarih: 09.12.2017 16:28  
Sıra: 82267789-774.01.06-  
E.00000602253



E.00000602253

Sayı : 82267789-774.01.06  
Konu : Anket Uygulama İzni ( Derya  
ETEMAN KAYA )

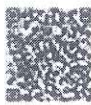
### SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 27/10/2017 tarihli ve 41993462-774.01.06/00000559162 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dah Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Derya ETEMAN KAYA tarafından yürütülen "İnfertilite Tedavisi Alan Kadımların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu anket çalışması Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dahmuza uygun görülmüş olup, çalışma bütüncü sonuçları bildirecektir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Ahmet Hakan  
ÖZTÜRK  
Anabilim Dah Başkanı

e-İmzalıdır  
Prof.Dr. Mustafa Musa DİRLİK  
Bölüm Başkanı



Adres: Mersin Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Hastanesi A D Sekreteri,  
Çelliközü Kampüsü, 33343, Yarıyolu,  
MERSİN  
E-posta: m.huruk@mersin.edu.tr  
Telefon: +90 3124 361 06 84

Ayrıntılı bilgi için 3610684-1065

Fax: +90 3124 341 24 00

Elektronik ağı: www.mersin.edu.tr



1 / 1

Bu belge elektronik imzalıdır. Mersin Üniversitesi Hastanesi Elektronik İmza Kurumu'na uygun olarak Otomatik Elektronik İmza ile imzalanmıştır.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Otomatik Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## EK-7 Bilgilendirilmiş Onam Formu

### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Aşağıda anlatılan çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce, çalışmanın ne amaçla yapıldığını anlamanız ve kararınızı bilgilendirme sonrasında vermeniz önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgilendirmeyi dikkatlice okuyunuz ve lütfen her türlü soruyu sorunuz.

İsmim Derya ETEMAN KAYA, Toros Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde yüksek lisans eğitimi alıyorum. Bu program içerisinde Dr.Öğr.Üyesi Fatma Sema GÜRKAN'ın danışmanlığında, infertilite (çocuk sahibi olamama)sorununun ve infertilite tedavisi alan kadınların Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi üzere bir araştırma yapmaktayım.

#### Araştırmanın Amacı:

Psikologlar olarak, çocuk sahibi olma konusunda güçlük yaşayan ve tedavi sürecinde olan kadınların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine ve bu kadınlara yönelik psikososyal destek hizmetlerinin geliştirilmesine büyük önem vermekteyiz. Kadınlara uygun psikososyal desteği verebilmek için, öncelikle çocuk sahibi olma konusundaki güçlüğü, Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarını ne şekilde etkilediğini ve kadınların bu zorlu süreçte daha güçlü kalabilmeleri için ne tür gereksinimleri olduğunu iyi bilmemiz ve anlamamız gerekmektedir. İnfertilite sorunu yaşayan kadınların, bu durumla ne şekilde baş ettiklerini daha yakından anlamak istiyor ve bu baş etme sürecinde kadınların psikolojik ve sosyal açıdan ne tür gereksinimleri olduğunu belirlemeye çalışıyoruz. Bu konuda bize, en çok, bu sorunu birebir yaşayan sizlerin yardımcı olabileceğine inanıyoruz.

#### Araştırmaya Katılım:

Sizinle yapmakta olduğumuz bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak öncelikli olarak bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbest olduğunuzu belirtmek isteriz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Bölümü'nün desteği ile gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya yaklaşık 100 kadın katılacaktır. Araştırmaya davet edilmenizden dolayı, çocuk sahibi olabilmek üzere tedavi sürecinde olmanızdır. Çocuk sahibi olma konusunda benzer sorunu yaşayan kadınlara yardımcı olabilmek için, sizden bu konuda çok şey öğreneceğimize inanıyoruz. Katılımınız, araştırmanın başarıya ulaşması için büyük önem taşımaktadır.

#### İzlenecek İşlem:

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, Psikolojik danışman Derya Eteman Kaya tarafından sizlere bir anket uygulanacaktır. Anket yaş, eğitim, meslek, gelir durumu gibi bilgilerin yer aldığı 'Kişisel Bilgi Formu ve hazır ölçeklerden oluşan Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Tarzları ölçeğini kapsamaktadır. İnfertilite tedavisi gören kadınların yaşantılarını daha iyi anlamayı sağlayacak soruları kimlik bilgilerinizi vermeden formda yer alan her bir madde için, size uygun olanı belirleyip cevaplamanız önemle rica olunur. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir; çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bilmek istediğiniz her türlü soruyu lütfen sorunuz.

#### Araştırmaya Katılımın Getirebileceği Olası Riskler:

Bu çalışma, kadınlar için herhangi bir risk taşımamaktadır.

**Araştırmadan Beklenen Yarar:** Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar, infertilite sorunuyla mücadele etmekte olan kadınların yaşantısının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. İnfertilite sorunuyla mücadele etmekte olan kadınların gereksinimlerini anlayabilmek, psikologların ve sağlık çalışanların (hemşireler, doktorlar), kadınlara bu süreçte daha iyi hizmet verebilmelerine katkıda bulunacaktır. Sizlerin deneyimleri, sizler gibi infertilite sorunuyla baş etmeye çalışan ailelerle çalışırken yol gösterici olacaktır.

#### Katılımcının Beyanı:

Psikolojik danışman Derya Eteman Kaya tarafından Mersin Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Bölümü'nün desteğiyle infertilite tedavisi gören kadınların deneyimleri ve psikososyal gereksinimleri konusunda yapılacak olan araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana sözlü olarak da açıklandı. Bu çalışma kapsamında birebir görüşmeye davet edildim. 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.

**GÖNÜLLÜNÜN ADI SOYADI**

.....

**TARİH**

.....

**İMZASI**

**İletişim:**

**Psikolojik Danışman: Derya Eteman Kaya**

**GSM: 0 532 657 02 37**

**e-posta:deryaeteman@hotmail.com**

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ETEMAN KAYA, Derya  
Uyruğu : T.C.  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) : 15.02.1972  
Doğum Yeri : Tarsus  
Medeni hali : Evli  
Adresi : İnönü mah. Tual apt. Pozcu/Mersin  
Telefon : 0 532 6570237  
E-Posta : deryaeteman@hotmail.com

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	Toros Üniv. Sosyal Bil. Ens. Psikoloji Tezli YL.	2019
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Makine konst.	1994
	Anadolu Üniversitesi Turizm İşletme	2015
Lise	Tarsus Fen Lisesi	1990

### İş Deneyimi

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2009-2015	Özgür Eczanesi(Mersin)	İşletmeci OTS. Uzmanı ve Güzellik Danışmanı

### Yabancı Dil

İngilizce

### İlgi Alanları

Tenis, Dağcılık, Dalgıçlık, Pilates, Yoga, Meditasyon, Dans(Arjantin Tango, Salsa



**T.C.**  
**TOROS ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İNTİHAL PROGRAMI RAPORU**

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 26/11/2018

Tez Başlığı: İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın;

a) Giriş,

b) Ana bölümler ve

c) Sonuç kısımlarından oluşan toplam ...138..... sayfalık kısmına ilişkin, 26/11/2018 tarihinde enstitü tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinal rapora göre, tezimin benzerlik oranı % ...12.... 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1- Kaynakça hariç

2- Alıntılar hariç

3- Benzer kelime sayısı 10 adet

yapıldığında en fazla %10,

1- Kaynakça hariç

2- Alıntılar dahil

3- Benzer kelime sayısı 10 adet

yapıldığında en fazla %30'u geçmemelidir.

Tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Yukarıda belirtilen başlıkta danışmanımla birlikte tamamlamış olduğum tezimin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir. Tezimin, tez yazım kurallarına uygun olarak ve intihal olmaksızın hazırladığımı taahhüt eder; intihal olması durumunda tez çalışmamın başarısız sayılacağını ve mezuniyetimin iptalini kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı : Derya ETEMAN KAYA

İmzası : ..... Tarih: 26/11/2018

Yukarıda kişisel ve tez bilgileri verilen öğrencimin belirtilen başlıkta birlikte tamamlamış olduğumuz tez çalışması Turnitin intihal yazılım programında kontrol edilmiş ve etik bir ihlale rastlanmamıştır. İntihal yazılım programının rapor çıktısı ektedir. Ayrıca tezin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı : Dr.Öğr.Üyesi Fatma Sema GÜRKAN

İmzası : ..... Tarih: 26/11/2018

Ek: İntihal yazılım programının rapor çıktısı (...4....sayfa)

# İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

*Yazar Derya Eteman Kaya*

---

**Gönderim Tarihi:** 26-Kas-2018 10:04AM (UTC+0300)

**Gönderim Numarası:** 1044811704

**Dosya adı:** Derya\_Eteman\_KAYA-TEZ-26.11.2018.docx (328.68K)

**Kelime sayısı:** 38680

**Karakter sayısı:** 271740

# İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

## ORIJINALLIK RAPORU

% <b>12</b>	% <b>9</b>	% <b>11</b>	% <b>11</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Uludag University</b> Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Bahcesehir University</b> Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>3</b>	<b>www.cappsy.org</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>4</b>	<b>www.journals.istanbul.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>5</b>	<b>DUMAN, Bilal. "The examination of relationships between emotional intelligence levels and creativity levels of pre-serviceteachers in the teaching-learning process and environments Güler GÖÇENa, Ali YAKAR,"</b> , Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 2014. Yayın	<b>%1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Gaziantep Aniversitesi</b>	



Öğrenci Ödevi

%1

7

[www.turkpsikolojidergisi.com](http://www.turkpsikolojidergisi.com)  
İnternet Kaynağı

%1

8

[www.kefdergi.com](http://www.kefdergi.com)  
İnternet Kaynağı

%1

9

[193.255.140.18](http://193.255.140.18)  
İnternet Kaynağı

%1

10

[ejercongress.org](http://ejercongress.org)  
İnternet Kaynağı

%1

11

Submitted to Ankara University  
Öğrenci Ödevi

%1

12

KESKİN, Gülseren, BİLGE, Ayşegül, AKMEŞE  
BAYKAL, Zehra and SAYDAM KARACA,  
Birsen. "İnfertilite tedavisi gören kadınların  
depresyon, umutsuzluk ve evlilik  
uyumlarındaki değişimin değerlendirilmesi",  
Türk Tabipleri Birliği, 2012.

Yayın

%1

13

Submitted to Beykent Üniversitesi  
Öğrenci Ödevi

%1

Bibliyografyayı Çıkart Kapat