

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERİL BİREYLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Ezgi Didem ETİŞKEN**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seda BAYRAKTAR**

İstanbul - 2013

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERİL BİREYLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Ezgi Didem ETİŞKEN**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seda BAYRAKTAR**

İstanbul - 2013

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Ezgi Didem Etişken** tarafından hazırlanan “**İnfertil Bireylerde Travma Sonrası Gelişimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 25.06.2013

(Jüri Üyesinin Ünvanı , Adı , Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Seda Bayraktar
Danışman- HAL.Üniv. Psikoloji ABD Öğr.Üyesi

.....


Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Banu Sayınır
HAL.Üniv. Psikoloji ABD Öğr.Üyesi

.....


Jüri Üyesi:Yrd.Doç.Dr.Aslı Burçak Taşören
HAL.Üniv. İngilizce Mütercim Tercümanlık Öğr.Üyesi

.....


Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda Bıkmaz
HAL.Üniv. Psikoloji ABD Öğr.Üyesi (Yedek)

.....

Jüri Üyesi: Prof.Dr.Özkan Pektaş
HAL.Üniv. Psikoloji ABD Öğr.Üyesi (Yedek)

.....

ÖNSÖZ

Öncelikle, bu sıkıntılı tez sürecinin kolaylıkla geçmesini sağlayan, danışmandan çok arkadaş gibi davranan, hiçbir zaman yardımını esirgemeyen, her zaman hoşgörölü ve sabırlı olan tez danışmanım Yrd. Doç Dr. Seda BAYRAKTAR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Maddi ve manevi her koşulda yanımda olan ve sürece destek veren annem, babam ve ablama; tez yazım sürecimde her türlü sıkıntıma çare olan, bilgisini ve sevgisini hiç eksik etmeyen çok sevdiğim nişanlım Dr. Gökhan AYALTI'ya; infertil hastalarına bıkmadan usanmadan ölçek doldurtan ve üşenmeden bana ulaştıran kadın doğum uzmanı Op. Dr. Ayşe Nurcan ÜNLÜER'e; istatistiksel analizlerimi yaparken sorduğum her soruya bıkmadan cevap veren arkadaşım Psk. Nihal KARA'ya ve süreci beraber geçirdiğim yüksek lisans arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no.
KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Amacı.....	2
1.2.İnfertilite.....	3
1.3.İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	3
1.3.1.Yaşa Bağlı Faktörler.....	3
1.3.2.Ovulatuvar Problemler.....	4
1.3.3.Tubaperitoneal Faktörler.....	4
1.3.4.Uterus ile İlişkili Faktörler.....	5
1.3.5.Servikal Faktörler.....	5
1.3.6.Yapısal ve Hormonal Bozukluklar.....	5
1.3.7.Sperme Bağlı Bozukluklar.....	5
1.3.8.Diğer Sebepler.....	5
1.3.9.Nedeni Açıklanamayan İnfertilite.....	6
1.4.İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi.....	6
1.4.1.Anamnez.....	6
1.4.2.Fizik Muayene.....	7
1.4.3.Ultrasonografi.....	7
1.4.4.Laboratuvar İncelemeleri.....	7
1.4.5.Endometrial Biyopsi.....	7
1.4.6. Histerosalpingografi.....	8
1.4.7. Laparoskopi ve Histeroskopi.....	8
1.5.İnfertilite Krizinin Evreleri.....	8
1.5.1.Şok ve İnanmama Evresi.....	8
1.5.2.Yadsıma- İnkâr Evresi.....	8
1.5.3.Anksiyete Evresi.....	8
1.5.4.Öfke Evresi.....	8
1.5.5.Kontrol Kaybı Evresi.....	9
1.5.6.Yalnızlık ve Yabancılaşma Evresi.....	9
1.5.7.Suçluluk Evresi.....	9

1.5.8. Depresyon ve Yas Evresi.....	9
1.5.9. Çözülme Evresi.....	9
1.6. İnfertilitenin Psikososyal Yönü.....	10
1.7. İnfertilitede Tedavi.....	12
1.7.1. Ovulasyon İndüksiyonu (Yumurtlama Tedavisi).....	12
1.7.2. Yapay Döllenme.....	12
1.7.3. Yardımla Üreme Teknolojileri.....	12
1.8. Travma.....	13
1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	14
1.10. Travma Sonrası Gelişim.....	17
1.11. Travma Sonrası Gelişim Modelleri.....	20
1.11.1. Janoff ve Bulman'ın Modeli.....	20
1.11.1.1. Acı Yoluyla Güçlenme.....	20
1.11.1.2. Psikolojik Hazırlıklılık.....	20
1.11.1.3. Varoluşsal Yeniden Değerlendirme.....	21
1.11.2. Calhoun ve Tedeschi'nin Modeli.....	21
1.11.2.1. Başkalarıyla Olan İlişkilerde Yaşanan Değişim (Changed Sense of Relationship With Others).....	21
1.11.2.2. Kişinin Kendisinde Yaşanan Değişim (Changed Sense of Self).....	22
1.11.2.3. Hayat Felsefesinde Yaşanan Değişim (Changed Philosophy of Life).....	22
1.12. Konuyla İlgili Araştırmalar.....	22
1.13. Sosyal Destek.....	26
1.13.1. Sosyal Destek Kaynakları.....	27
1.13.1.1. Aile Ortamı.....	27
1.13.1.2. Arkadaş Çevresi.....	27
1.13.1.3. Okul Ortamı.....	27
1.13.2. Sosyal Destek Modelleri.....	28
1.13.2.1. Tamponlama Modeli.....	28
1.13.2.2. Temel Etki Modeli.....	28
1.14. Başa Çıkma.....	30
1.14.1. Baş Etme Stratejileri.....	32
1.14.2. Baş Etme Kaynakları.....	33
1.14.2.1. Sağlık ve Enerji.....	33
1.14.2.2. Pozitif İnançlar.....	33
1.14.2.3. Problem Çözme Becerileri.....	33
1.14.2.4. Sosyal Beceriler.....	33
BÖLÜM 2. YÖNTEM.....	35
2.1. Araştırmanın Modeli.....	35
2.2. Örneklem.....	35

2.3. Veri Toplama Araçları.....	35
2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	35
2.3.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ).....	36
2.3.3. Başa Çıkma Yolları Ölçeği (BCYÖ).....	36
2.3.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ).....	37
BÖLÜM 3. SONUÇ.....	38
BÖLÜM 4. TARTIŞMA.....	76
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi.....	76
4.2. Örneklemin Hastalıkla İlişkili Değişkenler Açısından İncelenmesi.....	78
4.3. Örneklem Grubunun Sosyodemografik ve Hastalık Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
4.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	83
4.5. Başa Çıkma Yolları Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
BÖLÜM 5. KAYNAKLAR.....	86
BÖLÜM 6. EKLER.....	98
BÖLÜM 7. ÖZGEÇMİŞ.....	105

KISALTMALAR

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

IVF : Tüp Bebek Yöntemi

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM : Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

	Sayfa no.
Tablo 3.1: Örneklem Grubunun Sosyodemografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	38
Tablo 3.2: Örneklem Grubunun Hastalık Değişkeni Açısından Dağılımı.....	40
Tablo 3.3: İnfertil Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	43
Tablo 3.4: İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	43
Tablo 3.5: İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	44
Tablo 3.6: İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	45
Tablo 3.7: İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	46
Tablo 3.8: İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	47
Tablo 3.9: İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	48
Tablo 3.10: İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	49
Tablo 3.11: İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	50
Tablo 3.12: İnfertil Hastaların Daha Önceden Çocuk Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	51

Tablo 3.13: İnfertil Hastaların Çalışma Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	51
Tablo 3.14: İnfertil Hastaların Eş ile Akrabalık Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	52
Tablo 3.15: İnfertil Hastaların Eş ile Akrabalık Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	52
Tablo 3.16: İnfertil Hastaların Mahremiyet Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	53
Tablo 3.17: İnfertil Hastaların Yaşadıkları Yer Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları...	53
Tablo 3.18: İnfertil Hastaların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları...	54
Tablo 3.19: İnfertil Hastaların Yanında Yaşadıkları Kişi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	55
Tablo 3.20: İnfertil Hastaların Meslek Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	56
Tablo 3.21: İnfertil Hastaların Durumlarını Paylaştıkları Kişi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	57
Tablo 3.22: İnfertil Hastaların İnfertilite Sebebi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları...	58
Tablo 3.23: İnfertil Hastaların Tedavi Türü Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	58
Tablo 3.24: İnfertil Hastaların Tedavi Masraflarını Karşılama Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	59
Tablo 3.25: İnfertil Hastaların Duygu Durumları Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları...	60
Tablo 3.26: İnfertil Bireylerin Hastalıklarını Ciddi Algılama Durumları Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	62

Tablo 3.27. İnfertil Hastaların Gerginlik Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	63
Tablo 3.28. İnfertil Hastaların Kaygı Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	64
Tablo 3.29. İnfertil Hastaların Depresyon Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	65
Tablo 3.30. İnfertil Hastaların Düşmanlık Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	66
Tablo 3.31. İnfertil Hastaların Kızgınlık Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	67
Tablo 3.32: İnfertil Hastaların Şok/ İnkâr Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	68
Tablo 3.33: İnfertil Hastaların İzolasyon Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	69
Tablo 3.34: İnfertil Hastaların Suçluluk Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	70
Tablo 3.35: İnfertil Hastaların Yas Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	71
Tablo 3.36: İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek ve Başa Çıkma Yolları Puanlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	72
Tablo 3.37: İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	73
Tablo 3.38: İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Başa Çıkma Yolları Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	74
Tablo 3.39: Örneklemin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları.....	75

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Ezgi Didem ETİŞKEN
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Seda BAYRAKTAR
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans- Haziran 2013

İNFERTİL BİREYLERDE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, infertilite gibi travmatik bir yaşam olayı sonucu oluşan pozitif değişimleri ele almaktır. Bu bağlamda infertil bireylerde travma sonrası gelişim olgusu ve bu olguyu etkilediği düşünülen sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili değişkenler, algılanan sosyal destek ve başa çıkma yöntemleri incelenmektedir.

Araştırmanın örneklemini İstanbul'un Kartal ve Üsküdar ilçelerinde bulunan iki özel hastanenin kadın doğum ve üroloji servisine gelen ve infertil yakını olan bireylerle internet aracılığıyla kurulan iletişim sonucu ulaşılan 70 kişi oluşturmuştur. Hastalara araştırmacının hazırladığı Sosyodemografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Başa Çıkma Yolları Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız örneklem t testi ve pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS istatistik paket programı 19.0 ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda infertil bireylerin ortalamanın üzerinde travma sonrası gelişim gösterdikleri görülmüştür. Algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanları ve “aileden alınan sosyal destek” alt boyutu ve başa çıkma yolları ölçeği toplam puanları ve “kaderci başa çıkma”, “iyimser- sosyal destek arayıcı başa çıkma” ve “problem çözmeye yönelik başa çıkma” alt boyutu arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları ilgili literatür çerçevesinde tartışılarak sınırlılıklar ve öneriler belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Travma Sonrası Gelişim, Travma, Algılanan Sosyal Destek, Başa Çıkma Yolları.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Ezgi Didem ETİŞKEN
Field : Psychology
Program : Applied Psychology
Supervisor : Assistant Professor Seda BAYRAKTAR
Degree Awarded and Date : Master – June 2013

EXAMINATION OF FACTORS AFFECTING THE POST-TRAUMATIC GROWTH IN INFERTILE INDIVIDUALS

ABSTRACT

The aim of this study is to deal with the positive changes as a result of a traumatic life event such as infertility. In this context, the phenomenon of growth in infertile individuals and variables related to sociodemographic status and diseases which are believed to be affecting this phenomenon and perceived social support and overcoming methods are examined.

The sample of the study consists of 70 people who had come to gynecology and urology departments of two private hospitals located in Kartal and Uskudar districts of Istanbul and as a result of established connection via internet with the individuals who are relatives of the infertile individuals. Sociodemographic Information Form, Posttraumatic Growth Inventory, Perceived Social Support Scale and Way of Coping Scale were applied to the patients. The results were evaluated with one-way analysis of variance (ANOVA), independent sample T-test and Pearson correlation analysis. The analysis of data obtained from the research was carried out with SPSS 19.0 statistical software package program.

As the result of the study, it was seen that infertile individuals show a growth above average after the trauma. A positive correlation was found between the total points of Perceived Social Support scale and total points of subdimension of “social support from family” and Way of Coping scale and subdimensions of “fatalistic coping”, “optimistic- social support seeker coping” and “problem-solving coping”. The results of the research were discussed within the framework of literature and limitations and suggestions were stated.

Keywords: Infertility, Post-Traumatic Growth, Trauma, Perceived Social Support, Ways of Coping

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Çocuk sahibi olma her ebeveynin arzusudur. Her toplumda olduğu gibi Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olma düşüncesini uyandırır. Çünkü çocuk sahibi olmak aynı zamanda psikolojik ve biyolojik bir ihtiyaçtır (Oğuz, 2004).

Dünya'daki çiftlerin yalnızca %5'i gönüllü olarak çocuk sahibi olmamayı seçmektedir. Gebe kalmaya çalışan ortalama her 6 çiftten biri infertil olma durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Ülkemizdeki çiftlerin %10- 15'ini içine alan infertilite, çiftlerin düzenli ilişkiye girmeleri ve korunma yöntemlerini kullanmamalarına rağmen en az bir yıldır çocuk sahibi olamama durumudur. Çiftler hazır oldukları zaman diliminde çocuk sahibi olamayınca sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamakta, tedavi yöntemlerinin getirdiği ekonomik yükün altında ezilmektedirler. (Terzioğlu, 1998). Çocuk sahibi olmakta güçlük çeken çiftler soyadını devam ettirme konusunda aile ve toplum tarafından baskı altına alınmakta ve çocuksuz oluşlarını statü düşüklüğü, kusurluluk ve yetersizlik olarak algılamaktadırlar (Whiteford ve Gonzales, 1995). Kişiyne infertilite teşhisi konulması, çiftin yaşamına şuan kadar hiç karşılaşmadıkları bir yaşam krizini doğurabilir (Terzioğlu, 1998). Bu kriz sadece infertil olan kişiyne değil, hem partnerini hem de aralarındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkiler (Özçelik ve diğ., 2007).

İnfertilitenin insan hayatında bir yaşam krizine dönüşmesine ve pek çok psikolojik soruna neden olmasına rağmen, literatüre bakıldığında olumsuz etkileri olan pek çok yaşam olayı ve hastalığın pozitif sonuçlar da getireceği görülmüştür. Bu pozitif sonuçları ifade etmek için kullanılan "Travma Sonrası Gelişim" kavramı, yüksek düzeyde stres içeren ve travmatik etkiye neden olan yaşam krizlerinin kişide yarattığı olumlu yöndeki değişimleri kapsamaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Zorlayıcı yaşam olaylarıyla mücadele etmenin kişilerde yarattığı gelişme ile ilişkili araştırmalar günden güne artmaktadır (Cordova ve diğ., 2001). Bu araştırmada da infertilite tanısı alan kişilerin yaşadığı pozitif değişimler ele alınacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Yapılan araştırmalara bakıldığında farklı türde travmatik yaşantılarda travma sonrası gelişimin araştırıldığı ve çeşitli değişkenlerle de ilişkisinin incelendiği görülmüştür. Literatürde infertilite aısından travma sonrası gelişime odaklanılan araştırmalara rastlanılmamış olsa da, bu araştırmada hastalarda travma sonrası gelişim olgusu ve bu olguyu etkilediği düşünölen değişkenlerden sosyodemografik değişkenleri, hastalığa ilişkin değişkenleri, algılanan sosyal destek düzeyini ve başa çıkma yollarını incelemek amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda aşağıda bulunan sorulara cevap aranmaktadır:

- İnfertil bireylerde travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları bazında görölme sıklığı nedir?
- İnfertil bireylerde sosyodemografik değişkenlere göre travma sonrası gelişim puanları farklılaşıyor mu?
- İnfertil bireylerde hastalık değişkenine göre travma sonrası gelişim puanları farklılaşıyor mu?
- İnfertil bireylerde algılanan sosyal destek ve baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişime etkisi var mı?

1.2. İnfertilite

Yüzyıllar boyunca insanlar dünyaya çocuk getirebilmek amacıyla kendi kültür ve inançlarına uygun şekilde pek çok yöntem denemişlerdir. Gebeliğin belirlenmesi ve kısırılığın önlenmesi için reçeteler ilk kez eski Mısır'da ortaya çıkmıştır. İlk tedavilerini ise, örümcek, domuz dişi, fil saçı ve kurbağa kullanarak denemişlerdir. Ayrıca adak adama, kurban kesme ve mitolojik inançlar da kullandıkları bir diğer tedavi şekli olmuştur (Neff, 1994).

İnfertilite, çiftlerin en az 1 yıl süreyle gebeliği önlemeye yönelik hiçbir ilaç ya da korunma yöntemine başvurmaksızın, düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, çocuk sahibi olamama durumudur (Akın, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre toplumda infertilite oranı % 10- 15 arasında belirlenmiştir (Özçelik, Karamustafalıoğlu ve Özçelik, 2007). Ülkemizde 11 milyon evli çift olduğu düşünüldüğünde, 1.1 milyon infertil çift olduğu söylenebilir (Terzioğlu, Yücel, Karatay, 2008). ABD'de ise her 6 çiftten birinin infertil olduğu saptanmıştır (Özkan, 1993: 201- 221).

Finish Health 2000 çalışma raporu, 20 ile 54 yaş arasındaki kadınların %17.6'sının hayatlarında en az bir kez infertil olduklarını ortaya koymuştur (Repokari ve diğ., 2007).

İnfertilite, primer ve sekonder olmak üzere 2'ye ayrılır. Primer infertilite, hiç gebelik oluşmaması durumudur. Sekonder infertilite ise gebeliğin oluşması fakat doğumdan önce gebeliğin sona ermesi durumudur (Bayer, Alper ve Penzias, 2008: 15-22). Bunun dışında infertilite klinik anlamda fizyolojik ve patolojik infertilite olmak üzere gruplandırılır. Fizyolojik infertilitede gebe kalamama bir hastalık ya da anormallikten değil, tamamen vücudun dengesinin gebe kalmaya müsait olmamasından kaynaklanır. Bunlar 7 ayrı kategoride ele alınabilir:

İnfantil İnfertilite: 12- 15 yaş arasındaki kişilerde üreme olmadığından bu dönemde görülen infertilitedir.

Gebelik İnfertilitesi: Gebelik sırasında 2. kez gebe kalınamamasından dolayı görülen infertilitedir.

Laktasyon İnfertilitesi: Emzirme döneminde gebelik yaşanmaması durumudur.

Postmenapozal İnfertilite: Overial fonksiyonların bitimi ile üremenin durması durumudur.

Siklik İnfertilite: 28- 30 günlük normal siklusta, yumurtlama 14. veya 15. günlerde olmakta, yumurtlamadan 8 saat sonra her saat başı fekansasyon (dölllenme) şansı azalmakta ve 24 saat sonunda tamamen bitmektedir. Dolayısıyla, kadınlar siklusun 10. ile 17. günleri arasında fertil durumda iken, diğer günler infertil konumdadır.

Volenter İnfertilite: Çiftlerin kendi istekleri ile çocuk sahibi olmamaları durumudur.

Rölatif ve Sosyal İnfertilite: Evli çiftlerin askerlik, okul, hastalık, iş gibi koşullarda oluşan durumudur (Şirin, 1998).

Bir menstrüel döngüde gebe kalabilme olasılığına fekdabilite, canlı doğuma kadar gidebilecek gebe kalma olasılığına ise fekdite denir. Fekondabilite, doğurganlık potansiyelini ortaya koyması açısından önemli bir kavramdır. Sağlıklı çiftlerle yapılan çalışmalarda ilk 3 ay boyunca fekdabilite 0,25 iken, 9 ay sonunda 0,11 olmuş, 12 aylık süre sonunda gebe kalamayan ve tedavi edilmeyen hastalarda ise bu oran 0,00 ile 0,04 arasında ölçülmüştür (Akın, 2005).

1.3. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Fizyolojik infertilitenin aksine patolojik infertilite belirli bir anormalliğe ve hastalığa bağlı olarak gerçekleşir (Şirin, 1998). Bu nedenler aşağıda 9 kategori altında toplanmıştır.

1.3.1. Yaşa Bağlı Faktörler

Hem kadına hem de erkeğe bağlı olarak, fertilitate yani doğurganlığı olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör mevcuttur. Bu faktörlerden en önemlisi yaştır ve yaş arttıkça fertilitate oranında azalma görülür. 15- 24 yaş arasındaki kadınların azalmış fekdite oranı % 4, 25- 34 yaş arasındaki kadınların % 13' tür. 40 yaşındaki kadınların % 33' ü, 45 yaşındaki kadınların % 87' si infertildir (Atherton ve Howel, 1995).

1.3.2. Ovulatuvar Problemler

Ovulatuvar yani yumurtlamayla ilgili sorunlar, kadınlarda infertiliteye yol açan en önemli nedenlerden biridir. İnfertil kadınların %40'ı bu sebepten ötürü çocuk sahibi olamamaktadır. Menstrüel siklusta oluşabilecek en ufak bir aksaklık döllenen ovumu etkiler ve infertiliteye sebep olabilir. En büyük belirtisi adet düzensizliğidir (Oğuz, 2004).

1.3.3. Tubaperitoneal Faktörler

Tubaperitoneal faktörlerin infertil kadınlarda görülme sıklığı %35- 40 arasındadır. Rahim, tüpler ve overlerde oluşan enfeksiyonlar, endometriozis (çikolata kisti), karın içinde oluşan kanamalar ve çeşitli operasyonlar sonucu tüplerde ve yumurtalıklarda oluşan hasarlar fertilitateyi olumsuz etkiler (Oğuz, 2004).

1.3.4. Uterus ile İlişkili Faktörler

Uterus (rahim) ile ilişkili sıkıntılar infertil kadınların %2- 5'ini oluşturur. Doğuştan olabildiği gibi sonradan da oluşabilir. Endometrial polipler (rahim içindeki tümör), myomlar (rahim kasında oluşan tümör), endometritler (rahim içi iltihabı) bu faktörlere örnektir (Oğuz, 2004).

1.3.5. Servikal Faktörler

Servikal faktörler (rahim ağzı kaynaklı infertilite) infertil kadınların %5- 10'unu kapsar. Rahim ağzında salgılanan mukustaki enfeksiyonlar, kalite problemi ve miktarının orantısızlığı infertiliteye sebep olmaktadır (Oğuz, 2004).

1.3.6. Yapısal ve Hormonal Bozukluklar

Erkeklerde yapısal ve hormonal bozukluklar infertiliteye sebep olabilir. Bunlar, doğuştan ya da gelişimsel olarak testislerde hasar bulunması, kriptorşidizm (inmemiş testis hastalığı), hipospadias (idrar deliğinin altta olması), varikosel (testislere giden toplar damarların genişlemesi ve kan akışının geriye doğru olması), testesteron seviyesinin düşüklüğü gibi durumlardır (Denson, 2006).

1.3.7. Sperme Bağlı Bozukluklar

Hipopituitarizm (hipofiz azlığı), kronik rahatsızlıklar, alkol, sigara ve uyuşturucu maddelerin sperm kalitesini düşürmesi, gonadotropik yetersizlik (cinsiyet bezlerini uyarıcı hormonun azlığı erkeklerde infertiliteye yol açan önemli faktörlerdendir (Denson, 2006).

1.3.8. Diğer Sebepler

Aşırı alkol, kahve, vitamin eksikliğine bağlı görülen hastalıklar, stres, kilo fazlalığı ya da azlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel uyumsuzluk, bilgisizlik, ilaç bağımlılığı, demir eksikliği anemisi, vitamin eksikliği, sigara kullanımı, radyasyon ve ağır metal zehirlenmeleri de hem kadınlarda hem de erkeklerde infertiliteyi etkileyen diğer faktörlerdendir (Şirin, 1998).

Aile biriminin giderek küçülmesi, kadınların eğitim ve kariyerlerini daha ön planda tutması, evlenme ve çocuk doğurma yaşının artması, aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemlerinin gelişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması doğurgan nüfusun azalmasına neden olmuştur. Ayrıca, çocuğu olan kadınların tekrar gebe kalmak istememesi, yaşın artmasıyla cinsel ilişki isteğinin ve sıklığının azalması, myom, pelvik enfeksiyon gibi fertilitiyi etkileyen hastalıkların yaşla birlikte artması da kadında doğurganlığın azalmasını ortaya çıkarır (Özcan, 2005).

1.3.9. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Erkek ya da kadında tıbben infertil olmalarına neden olacak bir bulgu saptanmadığında “nedeni açıklanamayan infertilite” tanısı konulur. Genel olarak infertil çiftlerin %10 ile 30' u bu gruba dahildir. Normal kişilerde siklus fekunditesi %20- 25 arasındayken bu hastalarda oran %2- 4 arasındadır. Açıklanamayan infertilite olguları tedavi edilirken infertilitenin süresi ve kadının yaşı dikkate alınır (Guzick ve diğ., 1998).

İnfertilite, her iki cinsiyette görülebilir. Tıbbi verilere göre infertilite %30 erkekten, %20 ovulatuvar faktörden (yumurtlama problemi), %20 tübal/ peritoneal faktörden (tüpte tıkanıklık), %5 servikal faktörden (rahim ağzına bağlı nedenler) ve %25 açıklanmayan faktörlerden kaynaklanır. Diğer bir deyişle infertilitenin kaynağı, kadından, erkekten ve bilinmeyen faktörlerden meydana gelmektedir (Bayer ve diğ., 2008). Son dönemlerde araştırmacılar, infertilitenin psikolojik faktörlere bağlı olma olasılığını araştırmaktadırlar (Greil, 1997).

Yapılan araştırmalar davranışçı tedavilerin infertilitenin yarattığı duygusal sorunları azalttığını ortaya koymuştur. Anksiyete, depresif semptomlar ve yorgunluk hissi yaşayan 54 kadınla yapılan çalışmada, düzenli olarak gevşeme egzersizi yapan ve davranışçı tedavi metodları izleyenlerin negatif belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gösterdiği kaydedilmiştir. Ayrıca, bu kadınların %38'i tedavi programı tamamlandıktan 6 ay sonra gebe kalmıştır (Domar, Seibel ve Benson, 1990).

1.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde ilk görüşme çok önemlidir ve ileride yapılacak değerlendirme ve tedavi yöntemlerinin temelini oluşturur. Bu aşamada çiftler beraber değerlendirilmeli, detaylı bir jinekolojik, cerrahi ve medikal öykü alınmalı, son olarak fizik muayene ve tetkiklerle değerlendirme tamamlanmalıdır.

1.4.1. Anamnez

Anamnez alırken yaş önemli bir faktördür. Kadının yaşı ilerledikçe tedaviye verdiği cevap ve tedavi başarısı olumsuz etkilenir. Doğurganlık kapasitesi 20- 24 yaşlarında en yüksek seviyede iken, 40 yaşından sonra bu kapasite hızlı bir düşüşe geçer. 25- 29 yaşlarında fertilitede azalma %4- 8 arasında, 30-34 yaşlarında fertilitede azalma %15- 19 arasında, 35-39 yaşlarında fertilitede azalma %26- 46 ve 40- 45 yaşlarında fertilitede azalma %95 oranındadır.

Tedavi edilmemiş hastalarda kendiliğinden gebelik oluşumunda infertilite süresi önemli bir faktördür. Bu hastaların üreme sistemlerinde organik bir bozukluk olabilir.

Primer ya da sekonder olma durumu ve daha önce gebelik yaşandıysa ayrıntılı anamnezi alınmalıdır. Düşükler ve postpartum kadın infertilitesini engelleyebilir.

Menstrüasyonun düzenli olup olmadığı ve son adet gördüğü tarih de anamnez alınırken dahil edilmelidir.

Sigara ve alkol fertilitiyi olumsuz etkilediğinden, kullanım miktarı sorgulanmalıdır.

Daha önce operasyon geçirilmişse, operasyon sonrasında oluşacak enfeksiyon kapma gibi çeşitli problemler tedaviyi olumsuz etkiler.

Daha önce infertilite tedavisi görmüşse, hangi tür tedavi gördüğü, hangi ilaçları kullandığı ve bunlardan cevap alıp almadığı sorgulanmalıdır (Crosiqnani ve Rubin, 2000).

1.4.2. Fizik Muayene

Fizik muayenede, tiroid muayenesi gibi değerlendirmeler endokrin problemlerin saptanmasına yardımcı olur. Rutin şekilde yapılan jinekolojik muayene organik ve anatomik bozuklukların açığa çıkarılmasını sağlar. Ayrıca, rahim ağzı kanseri erken tarama testi olan pap smear (simir testi) yapılmalıdır (Forti ve Krausz, 1998).

1.4.3. Ultrasonografi

Ultrason çekilerek uterus (rahim) boyutu ve pozisyonu, miyometrium (uterustaki en kalın kas tabakası) homojenitesi, myamatöz yapı varlığı ve bunların rahimdeki yerleşimi, endometriumun (rahim içini kaplayan zar) kalınlığı, yapısı ve siklus ile uyumu ve intrakaviter patoloji hakkında bilgi verir (Forti ve Krausz, 1998).

1.4.4. Laboratuvar İncelemeleri

Laboratuvar incelemeleri çiftlerin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli yöntemlerden bir tanesidir. Hormonal testler, serolojik testler (serum içerisinde antikor araştırılması) ve hematolojik testler (kan testleri) ile üreme organlarının çalışmasına yardımcı olan hormonlar incelenir (Forti ve Krausz, 1998).

1.4.5. Endometrial Biyopsi

Kürtaj tekniği şeklinde uygulanan endometrial biyopsi rahim içerisinden parça alınması işlemidir. Bu işlem sayesinde kadında yumurtlama olup olmadığı anlaşılır (Forti ve Krausz, 1998).

1.4.6. Histerosalpingografi

Rahim ağzı kanalının, rahim içinin ve fallop tüplerin yapısını incelemek adına yapılan ilaçlı rahim ve tüp filmidir (Forti ve Krausz, 1998).

1.4.7. Laparoscopi ve Histeroscopi

Laparoscopi, karın boşluğunun endoskopik olarak incelenmesidir. Histeroscopi ise rahim boşluğunun vajinal yoldan giren cihaz ile incelenmesi işlemidir. Tanı ve operasyon amacıyla yapılır (Forti ve Krausz, 1998).

1.5. İnfertilite Krizinin Evreleri

İnfertilite, sadece çifti değil, tüm aileyi de etkileyen bir yaşam krizidir. Bu kriz, bireyin ya da çiftin hayatının tüm yönlerini kapsayan ve duygusal yönden zorlu geçen bir dönemdir. Çeşitli tedavi yöntemleri mevcut olsa da bu, ekonomik açıdan pahalı, fiziksel açıdan acı verici ve psikolojik açıdan yıpratıcı bir süreçtir. (Çevrioğlu, 2009).

1.5.1. Şok ve İnanmama Evresi

Bu evre kişiye infertil tanısı konulur konulmaz başlar. Sadece tanıyı alan değil, diğer eş de şok ve inanmama evresine dahil olur. “İnfertil olma” durumu reddedilir ve doktorun bir yerde hata yaptığı var sayılır (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.2. Yadsıma- İnkâr Evresi

Bu evrede çift, gebe kalamamanın verdiği düş kırıklığını yorgunluğa, günün stresine, yeterli derecede cinsel ilişkide bulunmamaya ya da grip gibi geçirilen ufak bir hastalığa bağlar (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.3. Anksiyete Evresi

Bu evrede, tedavi edilen kişi, bedeninin işgal edildiğini veya saldırıya uğradığını hissedip korkuya kapılabilir. Kişide diğer eşin onu terk edeceği endişesi yaşanabilir. İnfertil birey diğer eşin gözünde kendinin eksik ve yetersiz gözüktüğünü veya onun sevgisini kaybedeceğini düşünebilir. Bu durum kadından kaynaklanıyorsa, kişi yetersizlik ve utanç duyguları hissedebilir ve benlik saygısında azalma görülebilir. Eğer durumun kaynağı erkekse, abartılı bir biçimde “güçlü ve kudretli olmak” isteyebilir. Tetkikler karmaşıklaştıkça anksiyetede artış görünür (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.4. Öfke Evresi

Bu evrede kişiler infertil olmanın nedenini geçmişte aramaya başladıkça kötü olayları hatırlarlar. Bu tatsız anıların gündeme gelmesi sonucunda eşlerden biri boşanmak isteyebilir ya da intihara kalkışabilir. Çocuk yapma kararının geç verilmesinden dolayı eşler birbirlerini suçlayabilir. Sağlıklı olan eş başka biriyle evlenmeyi düşünebilir. Eşler evliliklerini sürdürme ve çocuk yapma kararı arasında sıkışıp kalırlar. Kısaca, evlilik artık yıkılma tehdidi altına girer. Bazen ise eşler ortak bir kararla tedaviye direnç göstermeye başlarlar fakat bu davranış, baş etme mekanizmalarındaki uyumu bozar (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.5. Kontrol Kaybı Evresi

Tedavi sırasında ortaya çıkan bu evrede bireyler, yapılan uygulamanın pahalı ve karmaşık olmasından dolayı huzursuz olur ve özel yaşamlarının ihlal edildiği duygusuna kapılır. Çünkü uygulama sırasında kişilerin bedenleri ve özel hayatları didik didik edilir (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.6. Yalnızlık ve Yabancılaşma Evresi

Yukarıda bahsedilen duygular devam ettikçe bireyler yalnızlık ve yabancılaşma evresine girmeye başlarlar. Bireyler hamile arkadaşlarını gördükçe, ortak paylaşımlarının azaldığına ve kendi durumunu paylaşmanın karşısındakini bunalttığına inanırlar. Kendilerini

arkadaşlarının yanında kusurlu ve eksik hissederler. Böylelikle eşler sadece birbirlerinden değil, sosyal çevrelerinden de uzaklaşma başlarlar (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.7. Suçluluk Evresi

Bu evrede infertil olan eş, diğer eşi çocuk sahibi olmaktan mahrum ettiğini düşünerek yoğun suçluluk duygusu hisseder. Bu suçluluk duygusu kişinin eşinden ve çevresinden daha fazla uzaklaşmasına sebep olur. Suçluluk ve öfke duygularıyla başa çıkamayan çift artık umudunu yitirir ve bitkin düşmeye başlar (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.8. Depresyon ve Yas Evresi

Tüm bu evrelerden sonra bireyler artık hayatlarından zevk almaz olurlar ve depresif belirtiler göstermeye başlarlar. Çiftler sadece biyolojik bir çocuğu değil, anne veya baba olma umutlarını da kaybederler. Bu kayıp bir yas tepkisine dönüşür. Zaman geçtikçe tedavinin verdiği maddi ve manevi hasar gittikçe artar ve kişiler var olan mücadele performanslarını da gitgide kaybeder (Cooper- Hilbert, 1998).

1.5.9. Çözülme Evresi

Yukarıdaki evreleri başarıyla atlatan çiftler yavaş yavaş çözülme evresine girerler. Bu evrede çiftler artık durumu yadsımak yerine kabul etmeye başlarlar. Yaşanan olumsuz duygularla başa çıkmaya çalışırlar. Çiftin çözülme evresine girmesi, sonsuza kadar mutlu yaşayacakları anlamına gelmez. Bazı çiftler menopoza girene kadar gebe kalma çalışmalarına devam eder, bazıları ise tedaviden vazgeçerek olayı kadere bırakır. Tedavi sonucu gebelik sağlansa bile, infertilitenin yarattığı olumsuz etkiler hemen ortadan kalkmaz (Raphael- Leff, 2005; akt., Özçelik ve diğ., 2007).

1.6. İnfertilitenin Psikososyal Yönü

Üreme, insanların en temel işlevlerinin başında gelir. Üreme yeteneği sekteye uğradığı zaman kişilerde yaşamsal bir kriz oluşur (Çevrioğlu, 2009). Bu kriz hem bireyi, hem çifti hem de toplumu etkileyen psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir sağlık sorunudur (Kılıç, Apay ve Beji, 2011).

Bireylerin tutum ve değerleri yaşadıkları kültürden etkilenir. Bu sosyokültürel değerlerin etkileri infertil aileler tarafından sıklıkla yaşanır ve en modern toplumlarda bile üzerinde sosyal baskı hissederler (Demirci, 2001; akt., Kılıç ve diğ., 2011). Doğu toplumlarında cinsel ilişki sonucunda gebe kalma beklentisi çok fazladır. Gebelik olayı görülmediğinde ise çiftler, akrabaları ve yakın çevreleri tarafından psikolojik baskı altına alınırlar. Bunun yanında, çocuk sahibi olmak bir ekonomik gelir, yaşlılık zamanlarında hizmet

edecek bir gücün varlığı anlamını da taşıdığından infertil olmak statü düşüklüğü, yetersizlik ve büyük bir kusur gibi algılanır (Whiteford ve Gonzales, 1995).

Çiftler bu sosyal baskıyı, aile büyüklerinin çeşitli imalarıyla, arkadaşların ve sağlık personellerinin düşüncesiz sorularıyla ve yabancıların konuya yaklaşımları ile yaşarlar. Evli bireylerdeki bu istemsiz çocuksuzluk durumu çiftin ilişkisini bozar, aralarında anlaşmazlık yaratır ve bireylerde çeşitli psikolojik problemlere neden olur (Kızılkaya, 1987).

Hem çevredekilerin baskısı hem de tedavi sürecinin ekonomik olarak pahalı ve psikolojik olarak sıkıntılı olması kişiyi yardım almaya yönlendirir. Kimileri ise damgalanma korkusu ve tedavinin sonuçsuz kalacağı endişesine kapılıp yardım almayı reddeder (Greil, 1997).

İnfertilite evlilik ilişkisini etkilediğinden hemen ardından cinsel işlev ve ilişkiden duyulan hazda azalma meydana gelir (Robinson ve Stewart, 1993: 118). Özellikle gebelik şansını arttırmak için siklusün fertil zamanında cinsel ilişkiye girme zevk almaktan çok ödev ve zorunluluk haline dönüşür. Kişi kendisini cinsel açıdan yetersiz hissedip, depresif semptomlar gösterebilir. Çiftler kural dışı yaşamış oldukları cinsel ilişkilerinin cezasını çektiklerini düşünebilir, ümitle gebe kalmayı beklerken mensturasyonun başlaması yoğun depresif duygulara neden olabilir (Freidman, 1989).

İnfertilite, evlilik problemlerinin yanı sıra, kişide özgüven eksikliğine, cinsel performansıyla ilgili tatminin azalmasına ve cinsel ilişki sıklığının azalmasına yol açar (Upkong ve Orji, 2006). Yapılan çalışmalar, infertil çiftlerin çocukları olan çiftlere göre hayatlarından daha az memnun olduklarını, kendilerini daha fazla yalnız hissettiklerini ve hayatı ilginç bulmadıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca intihar riskinin fertil çiftlere oranla 2 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Oğuz, 2004).

Kadınlara ilgili yapılan araştırmalarda ise, infertil kadınların fertil kadınlara oranla daha kaygılı, daha depresif, bağımlı ve nevroitik olduğunu ortaya koymuştur (Seibel ve Taymor, 1982). Pek çok infertil çift, ümitsizlik, hayal kırıklığı ve suçluluk duyguları hisseder, kendisini haksızlığa uğramış olarak düşünür ve kontrollerini kaybettikleri hissine kapılabilir. Kendisine, eşine, tedavi ekibine veya çocuğu olan kişilere karşı öfke duyabilir. (Newton, Sherrard ve Glavac, 1998).

Araştırmalar, sorun hangi eşten kaynaklanırsa kaynaklansın, infertilitenin yarattığı negatif etkiden daha çok kadınların zarar gördüğünü, çünkü sürekli menstrüel döngülerini takip etmek zorunda kaldıklarını ve girişimsel müdahalelerin yükü altına girdiklerini ortaya koymuştur (Atherton ve Howel, 1995).

Özkan'a (1993: 201- 221) göre infertilite, varoluşla ilgili temel kaygıları gün yüzüne çıkartır, ciddi narsistik zedelenmeye yol açar ve bir tür kimlik krizine sebep olur. Bu yüzden infertil bireylerde yetersizlik, suçluluk ve yok oluş hisleri, vücut imajı endişeleri ve kastrasyon korkuları gibi tepkiler ortaya çıkabilir.

Görüldüğü gibi infertilite basit bir jinekolojik olaydan çok, çiftin yaşam kalitesini bozan; psikolojik, sosyal ve biyolojik açıdan sıkıntıya sokan ve hayatı olumsuz etkileyen travmatik bir olaydır (Abbey, Andrews ve Halman, 1994).

Dunkel- Schetter'a (1991) göre, infertilite sürecinde bireylerde pek çok psikolojik tepki ortaya çıkar. Suçluluk, anksiyete, şok/ inkar, öfke, hayal kırıklığı, yas ve depresyon gibi duygusal tepkiler artar. Kişi bedenini ve duygularını kontrol edemez hale gelir. Gelecek ile ilgili plan yapamamaya başlar. Kişide özgüven eksikliği, yetersizlik hissi, kişisel özelliklerde değişme, dünyaya karşı negatif bakış açısı geliştirme görülür. Evlilik ilişkisi bozulur, seksüel faaliyetler azalır ve ilişkideki memnuniyetsizlik artar. Kişi sosyal ilişkilerde güçlük yaşar ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkileri bozulur. Yalnızlık ve utanç duyguları yoğun bir şekilde hissedilir (akt., Oğuz, 2004).

1.7. İnfertilitede Tedavi

Çiftlerin korunmadan ilişkiye girmelerine rağmen en az 1 yıl gebelik yaşanmaması tedavi yöntemlerine başvurmayı gerektirir. Ancak, adet düzensizliği, cinsel ilişkide ağrı, intermenstrual kanama, yukarı genital sisteme enfeksiyonu, perfore apandisit ve yaşı 35'in üzerinde olması gibi durumlarda 1 yıl geçmesini beklemeden tedaviye başlanması gebelik şansını arttırır (Yücebilgin, 2003).

İnfertilite tedavisi için günümüzde pek çok yöntem bulunmakta ve hala geliştirilmeye devam edilmektedir. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (Speroff ve Fritz, 1996: 137):

1.7.1. Ovulasyon İndüksiyonu (Yumurtlama Tedavisi)

Bu yöntem, infertilite tedavisinde en fazla kullanılan yöntemdir. Ovulasyon bozuklukları için son 35 yıldır çok sayıda ilaç üretilmektedir. İlaç tedavisinin yanı sıra cerrahi yöntemler de kullanılmaktadır.

Ovulasyon tedavisinin etki mekanizması 3'e ayrılır; kalınlaşan over kapsülü açılarak yumurtlamaya uygun hale getirilir, over kütlesi küçültülerek gonadotropinlere (yumurtalıkların gelişimini uyaran madde) daha duyarlı hale gelmesi sağlanır ve yine over kütlesi küçültülerek salgılanan androjen (erkeklik hormonu) miktarının azaltılmasına çalışılır.

1.7.2. Yapay Döllenme

Cinsel birleşme olmaksızın erkek sperminin kadının genital yoluna yerleştirilmesi işlemidir. Bu yöntemde spermier servikal kanala ya da uterus (rahim) içine bırakılır. Yapay döllenme, erkekten kaynaklanan infertilitede, servikal kanal ve mukus patolojilerinde uygulanır.

1.7.3. Yardımla Üreme Teknolojileri

Oositlerin (henüz döllenme durumuna gelmemiş yumurta) elde edilmesini sağlayan bütün teknikleri kapsar. En yaygın kullanılan yöntem in vitro fertilizasyon (IVF) yani tüp bebek yöntemidir. IVF işlemi, ultrasonografi altında oosit toplama, bunların laboratuarda fertilizasyonunu yapma ve embriyoların uterusu transservikal olarak geçişini içermektedir. IVF, tubo-peritoneal infertilitede, açıklanamayan infertilitede, erkek infertilitesinde ve endometriozis tedavisinde kullanılmaktadır.

Günümüzde pek çok kadın sık sık alt genital sistem infeksiyonu geçirmekte, buna rağmen hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Bu infeksiyonlar hiçbir belirti göstermeden üst genital yoluna doğru ilerlemekte ve gebe kalmayı engellemektedir. Bu yüzden infertil çift geçirilmiş pelvik infeksiyonlar açısından detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Böylece infertilite nedeni daha kolay tespit edilir ve en doğru tedavi yöntemi uygulanır (Karakaya, 2009).

İnfertilitenin çiftlerde yarattığı travmatik durumla başa edebilmek için geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Eş ile olan iletişim güçlendirilmeli, infertil olmanın verdiği sıkıntı karşılıklı konuşulmalı ve duygular açıkça ifade edilmelidir.
- İnfertiliteyle ilgili kitap, dergi gibi kaynaklar okunmalı, uzmanlardan konuyla ilgili bilgi vermeleri istenmelidir. Kişinin bilgisi arttıkça durumla ilgili stresi azalacak, kendisini daha güçlü hissedecektir.
- İnfertil olan diğer çiftlerle konuşulmalı, duygular paylaşılmalıdır. Aynı travmatik olaya maruz kalmış kişilerle konuşmak sıkıntıyı azaltır ve kişiye yalnız olmadığı hissini verir.
- Stresli aktivitelerden kaçınmalı, sigara ve aşırı alkolden uzak durulmalıdır.
- Tedavi süreci kişiyi daha da stresli hale sokuyorsa bir müddet tedaviye ara verilmeli, kişi kendine ve eşine vakit ayırmalı ve gebe kalmaya çalışmaktan vazgeçmelidir.
- İnfertil olmanın verdiği fiziksel ve duygusal stresi azaltmak adına meditasyon, yoga, spor ve gevşeme egzersizleri yapılmalıdır.

- Kişi dikkatini başka alanlara yönlendirmeli ve kendine yeni uğraşlar bulmalıdır (Ak, 2002).

İnfertilite tedavisinde başarı sağlanması hastanın uyumuna, hastanın doğru değerlendirilmesine, tedavinin hastaya uygun planlanmasına ve doğru tekniklerin kullanılmasına bağlıdır. Tedavi tekniklerini geliştirmek adına çalışmalar hala sürdürülmektedir (Bakacak, 2005).

1.8.Travma

Travma, yaşadığı olay karşısında kişiyi çaresiz bırakan, var olan baş etme mekanizmalarını kullanmasını engelleyen şiddetli yaşam olaylarıdır (Türksoy, 2003: 166). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) tanımlamasına göre travma, kişinin kendisinin yaşadığı ya da tanık olduğu ölüm, ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bedenin bütünlüğüne yönelik bir tehditle karşı karşıya kalındığı olumsuz olaylardır. Ayrıca, kişinin yaşadığı yerin ya da birlikte yaşadığı toplumun aniden zarar görmesi gibi şiddet derecesi yüksek beklenmedik olaylar, kişide stresi artırır ve travmaya neden olabilir (DSM-IV-TR, 2005).

Herbert'a (2007: 18) göre deprem, sel ve yangın gibi doğal afetler; savaş, tecavüz, yaralama gibi insanların yarattığı felaketler; trafik ya da iş kazaları; kanser, AIDS gibi ölümcül hastalıklar ve ani kayıplar kişide travmaya sebep olabilir. Macnab'a (1989: 114) göre travmatik yaşantılar tecavüz, savaş, işkence gibi insanlar tarafından yaratılan olaylar ve deprem, sel gibi doğal olaylar olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Yakın birinin aniden ölmesi de doğal travmatik olaylar kapsamına girer.

Travmatik olayı direk yaşamadan, sadece şahit olup tepki göstermek "dolaylı travma-ikincil travmatik stres" olarak adlandırılmakta fakat bu kavramı tanımlama konusunda yazarlar görüş birliğine varamamaktadırlar (Yılmaz, 2007). Yılmaz' ın (2007) aktardığına göre, Lugris (2000) bu kavramı, olaya maruz kalanların deneyimlerinin diğer kişilere aktarılmasıyla oluşan stres belirtileri olarak tanımlarken; Lind (2000), travmatik yaşam olayına dair bilgidir kaynaklı stres olarak tanımlamıştır. Pearlman ve MacJan (1995) ise bu kavramı, dolaylı olarak stres yaratan bir olaya maruz kalan kişinin dünyaya karşı bakış açısının değişmesi olarak açıklamıştır. Bütün bu tanımlamalardan yola çıkarak Lerias ve Byrne (2003) dolaylı travma kavramını veya ikincil travmatik stres kavramını, ciddi biçimde travma yaratan bir olaya tanık olan, bu olayla ilişkili bilgi sahibi olan ya da olay sonrası yardım çalışmalarında bulunan ekibin tepkisi olarak ifade etmişlerdir.

Psikolojik travmayı tip 1 ve tip 2 olarak gruplandırmak da mümkündür. Birinci tip travma, fiziksel saldırı, doğal afet, tecavüz gibi kısa süreli ve tekrar edilmeyen travmatik

olaydır ve iyileşme hızlı görülebilir. İkinci tip travma ise daha kalıcıdır ve oluşması için çocuklukta sürekli fiziksel ve cinsel tacize uğramak gibi olaylar zinciri gerekir (Leahy, 2007: 213- 214).

1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmanın kişide yarattığı psikolojik ve biyolojik değişimlerden sonra bireylerde aşırı uyarılmışlık hali, olayla ilgili karşı konulmaz düşünceler ve kaçınma gibi pek çok tepki meydana gelebilir (Yılmaz, 2006). Bu tepkiler travmatik olayın, şekli, şiddeti, sıklığına bağlı olduğu kadar kişinin olay öncesi ve sonrası psikososyal durumuyla da alakalıdır (Türksoy, 2003: 167). Çoğu zaman bu tepkiler şiddetini yitirmeden uzun süre devam eder ve araştırmacılar da bu uzun süren tepkileri kapsayan tanı kategorileri oluştururlar. Travmatik olaylar sonucu özellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişir (Dürü ve diğ., 2006).

DSM-IV'te (1994) TSSB için belirlenen tüm tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

A. Kişi, aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu travmatik bir olay yaşamıştır;

1. Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisinin ya da başkalarının fiziki bütünlüğüne karşı bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır;

1. Elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anılar, bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).

2. Olayı, sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (Uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar).

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan);

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.
2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.
6. Duygulanımda kısıtlılık (Örn. sevme duygusunu yaşayamama).
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (Örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması;

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.
2. Kolay, çabuk öfkelenme ya da öfke patlamaları.
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme.
4. Dikkatte artış.
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

TSSB bir klinik sendrom olarak bilimsel literatürde önemli bir yer tutmaktadır. DSM-IV' e (1994) göre TSSB olağan yaşantıların dışında oluşan ve psikolojik travma yaratan olaylar sonucu oluşur (Leahy, 2007). Semptomlar 3 aydan kısa sürerse “akut”, daha uzun sürerse “kronik” olarak adlandırılır. Her bireyin psikolojik durumu, fiziksel özellikleri, o durum için motivasyonu ve baş etme stratejileri farklı olduğundan TSSB yaygınlığı da farklıdır. TSSB daha çok dul, boşanmış, bekar, ekonomik düzeyi düşük ve genç kişilerde görülmektedir (Özgen ve Aydın, 1999).

TSSB'nin etiolojisine bakıldığında pek çok etkenin rol oynadığı görülmektedir. Aynı travmatik olayı yaşayan insanların hepsinde TSSB ortaya çıkmaması, travmatik olayı algılama şeklinin önemli olduğunu gösterir (Özgen ve Aydın, 1999).

Travmatik yaşantı sonrasında ortaya çıkan davranışların, modern çağlardan önce de dikkat çektiği ve günümüzdeki tanımlamaların ise 19. yüzyılda ortaya çıktığı bilinmektedir. Tren yolu inşaları ve demiryolu kazalarının artmasıyla, yaşanan olumsuz olayların yol açtığı psikolojik tepkiler araştırılmaya başlanmış ve bu tepkilere “omurga sarsıntısı”, “tren yolu omurgası” gibi isimler verilmiştir. Daha sonraki tanımlamalar savaşla ilintilidir ve “nevrotik şok”, “kaygı nevrozu”, “bombardıman şoku” gibi isimler olup bunların en ünlüsünün “bombardıman şoku” olduğu düşünülmektedir (Joseph, Williams ve Yule, 1997: 93).

Önceleri savaştan sonra verilen psikolojik tepkilerin şarapnel parçalarının beyinde yarattığı hasardan dolayı olduğu tahmin edilmiş olsa da, patlamalara maruz kalmayan askerlerin de aynı tepkileri vermesi bu tahmini geçersiz kılmıştır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra ise “travma sonrası sendrom”, “savaş nevrozu” gibi günümüz tanımlarına daha yakın tanımlamalar yapıldığı görülmüştür (Joseph, Williams ve Yule, 1997: 93).

Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan kişiler varoluşsal yaklaşım ile daha iyi anlaşılabilir. Yalom’ a (1999: 27) göre, varoluşsal yaklaşım ölüm, özgürlük, yalnızlık ve anlamsızlık olarak 4 kavramla ifade edilir. Her insan ölecektir ve ölüm kaçınılmazdır. İnsanlar her türlü kararlarında özgürdür ve yaşamından sorumludur. Her insan aslında yalnızdır. Hayatın verilmiş bir anlamı yoktur. Kişi bunların yarattığı varoluşsal kaygıdan kaçabilmek için bu 4 kavramı reddederek yaşamına devam eder. Ne zaman bir travmatik olayla karşılaşırsa bu kavramlarla yüzleşir ve bu da travmaya neden olur.

Travmatik yaşantılar olağan insan yaşayışının dışındadır. Bu durum sadece, günlük hayatta seyrek rastlanılmasından değil, aynı zamanda kişinin başa çıkma mekanizmalarını iptal ettiğindedir (Dürü ve diğ., 2006).

1.10. Travma Sonrası Gelişim

Travmatik yaşam olayı sonucunda ortaya çıkan olumlu değişim için travma sonrası gelişim, strese bağlı gelişim, travma sonrası büyüme, dönüşümsel baş etme, yarar sağlama gibi pek çok ifade kullanılmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu araştırmada ise “travma sonrası gelişim” ifadesi tercih edilmiştir.

Travmatik bir yaşantı sonucunda travma sonrası stres belirtileri ve çeşitli psikolojik sıkıntılarının yanı sıra travma sonrası gelişim kavramıyla adlandırılan bazı gelişmeler de meydana gelebilir. Travma sonrası gelişim, ciddi bir travmatik olay sonrasında ortaya çıkan olumlu psikolojik değişimi ifade eder (Calhoun ve Tedeschi, 1999: 9).

1980’lerin ortalarından itibaren kanserli hastaların, HIV virüsü taşıyanların, trafik kazası yapanların, kalp krizi geçirenlerin, taciz veya tecavüze uğrayanların yaşadıkları olumlu

gelişimler üzerine çalışmalar yapılmış ve 1990’larda travma sonrası gelişim ve çeşitli değişkenlerle olan ilişkisi ölçülmeye başlanmıştır (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998).

Travma sonrası gelişime neden olan olaylar psikolojik açıdan “sismik olaylar”dır. Yaşanılan travmatik olay, kişinin yıllarca süren deneyimleriyle oluşturduğu yapıları adeta bir deprem etkisi yaratarak derinden sarsar. Kişi bu sarsıntı sonucunda yeni yapılar oluşturmak istese de depremin neden olduğu molozlarla karşı karşıya kalır. Bu durum kişide yas ve kafa karışıklığına (konfüzyon) neden olur. Bazı bireyler bu molozları kaldırıp, yerine daha iyi bir hayat inşa etmeye başlarlar. Buldukları durumu bir “kaybediş” olarak görmektense, bir “sıfır noktası” veya bir “başlangıç” olarak görürler. Böylece, travmatik yaşam olayının getirdiği bu durum kişilerin, daha başarılı baş etme mekanizmaları yaratmalarına ve diğer tehlikelere karşı daha güçlü olmalarına yol açar (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998).

Calhoun ve Tedeschi’ye (1999: 10) göre gelişim sadece travmatik olay sonrasında değil, travma sonrası stres belirtileriyle birlikte görülebilen bir süreçtir. Örneğin, ölümcül hastalığa yakalandığını öğrenen biri, o andan itibaren hayata dair önceliklerini değiştirmeye başlayabilir. Travmatik olayın yol açtığı stresi de gelişmeyi de ortaya çıkaran aynı şeydir.

Travmatik olayı tekrar tekrar hatırlama (ruminasyon), kişinin pozitif gelişimine katkı sağlar. Bu ilk başlarda otomatik olarak gerçekleşir. Daha sonrasında bilgiler bilişsel olarak işlenmeye başlar ve ruminasyon bilinçli hale gelir. Kişi olayla yüzleştikçe acısını hafifletmek için başa çıkma stratejileri geliştirir ve duruma uyum sağlamaya başlar. Bununla birlikte kişi hayat hikayesini de gözden geçirmeye başlar. Hayatını travmadan önce ve sonra diye ikiye ayırır. Böylece kişinin hayat hikayesi değişime uğrar. Eğer bu değişim pozitif yönde olursa bir gelişimden söz edilebilir (Calhoun ve Tedeschi, 1998).

Calhoun ve Tedeschi (1998), travma sonrası gelişim için “İşlemsel- Betimsel Model”i ortaya koymuştur. Bu modelde esas olan kişinin travma sonrasındaki özellikleridir. Bu özelliklerden en önemlisi “dışa dönüklük” ve “deneyime açıklık”tır. Bu kişiler, yaşadıkları olaya dair farkındalık geliştirebilir ve var olan şemalarını travmadan sonraki hayatlarına uyacak şekilde olumlu yönde değiştirebilirler. Zihnindeki olumsuz düşüncelerle başa çıkmaya çalışır, kendine yeni hedefler belirler ve eski inançlarından vazgeçerler. Bu da kişinin pozitif yönde gelişmesini sağlar.

Zor durumlar insanda pek çok sıkıntıya yol açar. Travmatik yaşantılar basit şekilde gelişimin öncüsü değildir ve çoğu zaman acı verir. Bu acı verici olaylar fiziksel iyiliği tehdit eder, kaygıyı ve korkuyu artırır. Bu yaşam krizleri üzüntü ve depresyonu ortaya çıkarır;

yorgunluk, kas gerginliği, ağrı, gastrit semptomlar gibi hem kişinin bedenine hem de ruh sağlığına zarar verir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Travmatik olay sonucunda bir gelişme olabilmesi, yaşanan olayın şiddetiyle orantılıdır. Olay ne kadar acı verirse, kişi o kadar gelişme kaydeder. Olayın şiddeti normal boyutlardaysa kişi var olan baş etme mekanizmalarıyla üstesinden gelebilir. şiddeti yüksek olayın üstesinden gelmek için yeni baş etme mekanizmaları yaratmak gerekir. Bu da kişinin gelişmesine yol açar (Kılıç, 2005: 123). Lev- Wiesel, Amir ve Bessel (2004) yaptığı çalışmada çocukluğunda aile üyesi veya yabancı kişi tarafından cinsel istismara uğramış 93 yetişkinin travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve travma sonrası gelişim düzeyleri incelenmiştir. Sonuç olarak aile üyesi tarafından cinsel istismara uğramış kişilerin hem travma sonrası stres belirtileri hem de travma sonrası gelişim düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Travmatik yaşantının kişide pozitif gelişmeye yol ağtığı yüzyıllar öncesinden bilinmektedir. Hinduizm, Budizm, Hristiyanlık ve İslamiyet'te acı çekmenin potansiyel gücünden bahsedilmektedir. 20. Yüzyıldaki çeşitli klinisyenler ve bilim adamları yaşam krizlerinin kişisel değişimi pozitif yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Psikiyatrist Caplan, travmatik olayların kişileri başa çıkma yolları bulmaya yönlendirdiğinden bahsetmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Tedeschi ve Calhoun'a (2004) göre, travma sonrası gelişim, esneklik (resilience), güçlülük, iyimserlik ve uyum sağlama ile alakalıdır. Esneklik, kötü yaşam olayı sonrasında amaca yönelik yaşamaya devam etmedir. Güçlülük, yaşamı kontrol etmek ve kötü yanlarına meydan okumaktır. İyimserlik, olaylardan olumlu sonuçlar beklemektir. Uyum sağlama ise, olayları anlama, stresi en iyi şekilde yönetebilme ve bunlarla başa ıkabilmedir.

Travmatik yaşantının kendisi kadar nasıl algılandığı da önemlidir. Kişinin travma ile başa çıkma yöntemleri, kişilik yapısı, önceki deneyimleri, değişen yaşam koşulları gibi faktörler kişinin travmayı algılayışını etkiler. Travmatik yaşantı sonrası kişinin destekleyici ortamının olması ve bu desteğe kolay ulaşabilmesi gelişimi arttırıcı faktörlerdendir (Başoğlu, 1992).

Travmatik yaşantılar kişilerin hayata dair olumlu varsayımlarını (böyle olaylar asla benim başıma gelmez gibi) ürütür. Kişinin farkındalığı artar ve dünyaya karşı pozitif inançları sarsılır. Her şey aniden gelişir ve kişi dünya üzerinde kontrolünün olmadığını anlar. Eskiden güvendiği ve emin olduğu durumlara karşı güvenini yitirir. Bu varoluş gerçeği ile yüzleşme kişiye korkutur (Janoff ve Bulman, 1989).

Kişi, her an travmatik bir olaya maruz kalacağı düşüncesiyle sürekli tetikte olmaya başlar ve her negatif duruma karşı hazırlıklı olmaya çalışır. Kişinin travma sonrası gelişim göstermesi için olayla yüzleşmesi ve sonuçla mücadele etmesi gerekir. Birey ne kadar mücadele ederse o kadar gelişme kaydeder. Gelişme, depreme benzer. Deprem sonrası hasar gören bina, bir dahaki olası depreme karşı daha dayanıklı hale getirilir. Travmatik yaşantı sonunda kişi dünyaya karşı duruşunu ve bakışını ne kadar sağlamlaştırırsa, o kadar gelişme kaydeder. Gelişme, kişinin temel varsayımlarını değiştirmesiyle olur (Janoff ve Bulman, 2004).

1.11. Travma Sonrası Gelişim Modelleri

1.11.1. Janoff ve Bulman'ın Modeli

Travmatik yaşam olayı sonucu oluşan değişimleri açıklamak amacıyla 3 farklı travma sonrası gelişim modeli ortaya koymuştur. Bu modeller tam olarak birbirlerinden ayrılamasalar da, travmatik olayın mağduru bunların hepsini yaşayabilir. Her bir model zorlu bir bilişsel işleme sonucu oluşur (Janoff- Bulman, 2004; akt. Yılmaz, 2006).

1.11.1.1. Acı Yoluyla Güçlenme

Travmatik olay sonrasında kişinin yaşadığı acıyla birlikte daha fazla güçlendiğini, kendini daha iyi tanıdığını ve daha farklı gördüğünü ifade eder. Kişi daha önceden farkında olmadığı güçlerini anlamakla kalmaz, sorunları için yeni başa çıkma becerileri geliştirmeye başlar. Kişi bu süreçte kendini daha fazla tanımaya başlar. Kişinin varsayımsal dünyası bu sayede yeniden yapılanmaya başlar ve bu da büyümeye yardımcı olur (Janoff- Bulman, 2004; akt. Yılmaz, 2006).

1.11.1.2. Psikolojik Hazırlıklılık

Hayata daha gerçekçi olarak bakabilmeyi ve varsayımları ona göre oluşturmayı ifade eder. Kişi, olabilecek kötü olayların farkındadır fakat kendi başına gelebileceğine ihtimal vermez. Eğer ki, olumsuz olaylara hazırlıklı olursa, başına geldiği zaman da başa çıkabilir. Meichenbaum (1985; akt., Yılmaz, 2006) da “Stres Aşılama Modeli” ile orta derecede stres yaratan olayların daha sonraki stresli durumlara karşı koruyucu işlev gördüğünü belirtmiştir. Fiziksel hastalıklardan korunmak için o hastalık mikrobunu aşı ile vücuda enjekte etme de psikolojik hazırlıklılık modeliyle benzer bir durumdur.

Travmatik yaşam olayına maruz kalmış kişiler daha önceden bunu hazırlıklı olduklarını belirtse de, daha derinlerde “böyle bir şey asla benim başıma gelmez” düşüncesi yatmaktadır. Kişinin bazen inandığı ile düşündüğü arasında fark olabilmektedir. İnsan her türlü kötü olayın başına gelebileceğini bilir fakat buna inanmak istemez. Travma mağdurunun

içsel dünyası karmakarışık olur, çünkü inandıklarıyla çelişen bir durumun içine girmiştir. Dolayısıyla kişi zamanla, dünyaya dair varsayımlarını yeniden inşa ederek, olumsuz yaşam olaylarının kendi başına da gelebileceği gerçeğini kabul etmiş olur (Janoff- Bulman, 2004; akt. Yılmaz, 2006).

1.11.1.3. Varoluşsal Yeniden Değerlendirme

Kişinin hayata dair önceliklerini yeniden değerlendirmesini içerir. Bu genelde manevi inançları ve insan ilişkilerini kapsar. Kişi, yaşamı sunulmuş bir armağan olarak algılar.

Travmatik yaşam olayı sonucunda hem kayıplar hem de kazançlar oluşmaktadır. Önemli olan ise, kişinin bu sonuçlardan hangisine odaklandığıdır. Kişi, o zamana kadarki dünyaya dair yanlış varsayımlarını değiştirebilir, yaşamın öngörülemez yanları olduğunu kabul edip yeni travmalara hazırlıklı olur (Janoff- Bulman, 2004; akt. Yılmaz, 2006).

1.11.2. Calhoun ve Tedeschi'nin Modeli

Calhoun ve Tedeschi'ye (1999: 10- 15) göre travma sonrası gelişim üç temel etkiyi içermektedir.

1.11.2.1. Başkalarıyla Olan İlişkilerde Yaşanan Değişim (Changed Sense of Relationship With Others)

Yaşam krizleri kişilerle olan ilişkileri tahrip edebilir veya yok edebilir. Buna rağmen, travma sonrası gelişim ile ilgili yapılan araştırma sonuçları, travmatik olay sonucunda kişilerin ilişkilerinin daha güçlendiğini göstermiştir. Ciddi medikal problem yaşayan bebeklerin annelerinin %20' si, bu durumla karşı karşıya kaldıktan sonra aileleriyle olan ilişkilerinin daha da kuvvetlendiğini belirtmiştir (Affleck, Tennen ve Gershman, 1985). Birkaç ay önce kanserden kocasını kaybeden 60 yaşlarındaki bir kadın, daha önce çocuklarıyla hiç bu kadar yakınlaşmadığını aktarmıştır.

Travmatik olay sonrasında bireyler artan bir şekilde kendi durumları hakkında konuşmak ve tartışmak ihtiyacı hissederler. Böylece kişiler, kendilerini hiç yapmadıkları kadar daha fazla açmaya başlarlar ve bu da yaşanan acının hafiflemesine ve stres belirtilerinin azalmasına yardımcı olur .

Travmatik yaşam olayları, krizlerle karşı karşıya kalmış diğer kişilere karşı şefkat duymayı ve empati kurabilmeyi geliştirir. Kendileriyle aynı kaderi paylaşan kişilere karşı daha fazla yardımcı olmaya çalışırlar. Örneğin, çocuğunu kaybetmiş aileler, aynı trajik olayı yaşamış diğer ailelere karşı daha duyarlı ve şefkatli olmaya başlarlar.

1.11.2.2. Kişinin Kendisinde Yaşanan Değişim (Changed Sense of Self)

Travmatik yaşantıların yarattığı negatif etkiler, kişilerin “dünyanın güvenli bir yer olduğu” inancını sarsar. Bu kendilik algısı hem iyi hem de kötüdür. Kişiler bir yandan dünyanın tehlikeli olduğuna inanmaya başlayıp anksiyete ve korku yaşarlar. Diğer yandan ise bu durum, gerçekçi olmayan “böyle olaylar benim başıma gelmez” algısını değiştirmeye başlar.

Travmatik olaylar kişilerin özgüvenlerini artırır. Yaşanılan zorlu olaylarla başa çıkmaya çalışma kişinin kendini daha güçlü hissetmesini ve yaşamla başa çıkabilme yeteneğinin artmasını sağlar. Kişiler başlarına gelen kötü olaya karşı bir baş etme mekanizması geliştirir ve bundan sonra yaşanabilecek olası kötü olaylar için hangi tür mekanizmalar kullanacaklarını bildiklerini hissederler.

Olaylar üzerinde kontrol sağlayabilmek kişinin yaşam krizleriyle daha iyi mücadele edebilmesini sağlar (Strickland, 1989). Algılanan kontrol ve başarılı başa çıkma arasındaki ilişki her ne kadar basit olmasa da, yaşam olayları üzerinde kişisel kontrol duygusuna sahip olma psikolojik açıdan fayda sağlar.

1.11.2.3. Hayat Felsefesinde Yaşanan Değişim (Changed Philosophy of Life)

İnsan ne zaman sevdiği birinin ölümü ya da hayatı tehdit eden bir hastalık gibi stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalırsa, ölüm gerçeği ile yüzleşmiş olur. Bu yüzleşme gündelik şeylerin değerinin daha iyi anlaşılmasına yol açar. Örneğin, kanser teşhisi konulan kişiler, çocuklarıyla oyun oynama veya sevdiği müziği dinleme gibi küçük olaylar için daha fazla mutluluk duymaya başlamışlardır. Böylece travma sonrası gelişimle birlikte yaşam önceliklerinde değişim oluşur.

Travmatik yaşam olayı sonucu hayatta kalan kişi yeniden doğduğu ve hayata tekrardan başladığı hissine kapılabilir. Bu kişiler, daha önce önemli olmayan günlük deneyimlerini ve ilişkilerini önemsemeye başlarlar. İnsanların her türlü negatif yaşam olayı karşısında savunmasız olduğunu ve hayatın kısa olduğunu fark ederler. Travmatik yaşam olayından sonra gelişme deneyimi kişinin varoluşsal deneyimini derinleştirir, manevi ve dini alanda gelişme sağlar.

1.12. Konuyla İlgili Araştırmalar

Geçmişte travmatik yaşantının kişide yarattığı olumsuz davranışlara ve depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları gibi rahatsızlıklara odaklanılmaktaydı. Son zamanlarda ise yabancı ve Türkçe literatürde travmatik olay sayılabilecek pek çok hastalık, doğal afet veya yaşam olayının kişide yarattığı pozitif gelişimin araştırıldığı görülmektedir. Travma sonrası

gelişme öğrenilen bir kavram olmakla beraber, travmatik yaşantıyı bir başlangıç noktası olarak gören ve gelişme gösteren kişileri araştırmak önem kazanmıştır (Tedeschi, Park ve Calhoun, 1998).

Tanrıdağlı (2005), 1999 Marmara depreminden 4,5 yıl sonra arama kurtarma çalışanlarında gönüllü olmanın travma sonrası gelişim düzeyine etkisini incelemeyi amaçlamıştır. 66 erkek ve 34 bayandan oluşan depremi yaşamış 100 kişi ve yine aynı oranlarda depremi yaşamamış 100 kişi karşılaştırılmıştır. Depremi yaşayan grubun yaşamayan gruba göre daha fazla gelişim gösterdiği, depremi yaşayanlar içerisinde de merkez üssü Gölcük'te yaşayanların, merkez üssüne uzakta yaşayanlara göre daha fazla gelişim gösterdikleri kaydedilmiştir. Ayrıca, arama kurtarma çalışmalarında gönüllü olmanın, problem odaklı, iyimser ve kaderci yaklaşıma sahip olmanın travma sonrası gelişimi yordadığı bulunmuştur.

Dirik (2006), 117 romatoid artrit hastasının travma sonrası gelişim düzeyini incelemeyi amaçlamıştır. Yorgunluk düzeyi, kadın olma, kaynak kaybı, çaresiz baş etme ve algılanan sosyal destek stresi yordamıştır. Hastalık şiddetinin fazla olması, kadın olma, algılanan sosyal destek ve problem odaklı baş etmenin travma sonrası gelişimi yordadığını kaydetmiştir. Dindarlık travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunmamıştır.

Güven (2010), Marmara depremini yaşayanların algıladıkları sosyal destek ile travma sonrası gelişim ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Depremde evi yıkılan, enkaz altında kalan, can ve mal kaybı yaşayan 190 deprezede ile çalışmıştır. Sonuç olarak kadınlardaki gelişim düzeyinin erkeklerdeki gelişim düzeyinden fazla olduğu, sosyal destek düzeyi azaldıkça gelişimin azaldığı ve depresyon düzeyinin arttığı, can ve mal kaybı yaşayanların daha fazla gelişim sergilediği bulunmuştur.

Bayraktar (2008), 78 kanser hastasının travma sonrası gelişim düzeyini incelemeyi amaçlamıştır. Yapılan analizlerin sonucunda örneklem grubunun ortalamanın üstünde bir gelişim gösterdiği ortaya çıkmıştır. Olaylarla yüzleşme, kendini kontrol etme, kaçma ve kaçınma, planlı problem çözme, pozitif yaklaşım ve sosyal destek arama gibi başa çıkma yöntemleri ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Cordova ve arkadaşları (2001) meme kanseri olan kadınların travma sonrası gelişim düzeyini incelemeyi amaçlamıştır. 70 meme kanseri tanısı almış kadın ile 70 sağlıklı kadın karşılaştırılmıştır. Bu iki grubun depresyon düzeyi aynıdır. Sonuç olarak, kanserli hastalarda daha fazla gelişim görülmüştür. Özellikle başkalarıyla ilgili olma düzeyleri, ruhsal değişimleri ve hayattan memnuniyetleri daha yüksektir.

Sears, Stanton ve Danoff- Burg (2003) meme kanserinin erken evresindeki hastaların travma sonrası gelişim düzeyini incelemeyi amaçlamışlardır. Yapılan boylamsal çalışmada 3. ve 12. ay sonunda pek çok kadının en az 1 tıbbi tedaviden yarar sağladığı ve gelişme gösterdiği kaydedilmiştir.

Manne ve arkadaşları (2004) meme kanseri 162 kadın ve eşlerinin travma sonrası gelişim düzeylerini incelemiştir. Hastalar ve eşleri 9 ay arayla 3 kez bilişsel- duygusal süreçleri ve evlilik tatminini değerlendiren anketi tamamlamışlardır. Bu süre içerisinde her iki eş için de travma sonrası gelişimin arttığı ve bilişsel- duygusal süreçlerin büyüdüğü tahmin edilmiştir.

Weiss (2002) meme kanseri kadınlar ve eşleriyle yaptığı çalışmada hayatta kalan 41 kadın ve eşinin travma sonrası gelişim düzeyini incelemiştir. Bu durumun her iki eşi de eşit derecede etkilediğini, travma sonrası gelişime dair algılarında pozitif korelasyon olduğunu ve nerdeyse eşit derecede travma sonrası gelişim gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Bellizzi ve Blank (2006) meme kanserinden kurtulmuş kişilerin travma sonrası gelişim tahminini incelemiştir. Rastgele seçilmiş, hayatta kalan 224 kişiyle yaptığı çalışmada tanı yaşının, evlilik durumunun, eğitimin, felaketi algılama şiddetinin, hayattan zevk alma ve doyum düzeyinin travma sonrası gelişimi yordadığını kaydetmiştir.

Barakat, Alderfer ve Kazak (2006) kanserden kurtulan ergenlerin anne ve babalarının travma sonrası gelişim düzeyine bakmıştır. Travmatik gelişimin demografik ögelere, hastalık ve tedavinin değişkenlerine, tedavinin algılanan şiddetine, hayatı tehdit edip etmemesine ve travma sonrası stres semptomlarına bağlıdır. Tedaviden en az 1 yıl sonra kanserden kurtulan 11- 19 yaş arası 150 ergenin anne ve babalarıyla yapılan çalışma sonucunda büyük çoğunlukta travma sonrası gelişim görülmüştür.

Cordova ve Andrykowski 'nin (2003) kanserin tanı ve tedavisiyle ilgili yaptığı çalışmada, kanser gibi travmatik bir olayın hem pozitif hem de negatif sonuçları olduğunu belirtmiştir. Aynı bireyde ve zaman içerisinde hem travma sonrası stres hem de travma sonrası gelişim belirtileri görülmektedir. Travma psikososyal bir geçiş olarak sınıflandırılmıştır. Hayat kalitesine hem olumlu hem de olumsuz etkileri vardır.

Milam, Ritt- Olson ve Unger (2004) ergenlerin travma sonrası gelişim düzeyine etki eden faktörleri incelemişlerdir. Önceki 3 yıl içinde önemli yaşam olayı yaşayan 435 ergenin yaşı ve dindarlık seviyesi travma sonrası gelişim ile pozitif ilişkili iken, madde kullanımı gelişim ile negatif ilişkilidir.

Siegel ve Schrimshaw (2000) HIV virüsü taşıyan 54 kadının travma sonrası gelişim düzeylerini incelemeyi amaçlamışlardır. Afrika kökenli Amerikalı, Porto Rico'lu ve İspanyol olmayan beyaz kadınlarla yapılan çalışmada %83' ünün hayatında, teşhis konulduktan sonra en az 1 pozitif değişim olduğu kaydedilmiştir. Maneviyat, kişilerarası ilişkiler, kendine bakış açısında değişim, hayatın değerini anlama ve kariyer hedefleri oluşturma gibi farklı alanlarda travma sonrası gelişim gözlenmiştir.

Laufer ve Solomon (2006) terör olaylarına maruz kalan ve posttravmatik semptomlar sergileyen İsraili gençlerin travma sonrası gelişimlerine bakmışlardır. 2.999 ergenle yapılan çalışmada, deneklerin en az 3'te 2'si 1 terör olayına ve 4'te 1'i de en az 3 terör olayına doğrudan maruz kalmıştır. Araştırmanın sonucunda bu gençlerin travma sonrası gelişim gösterdikleri görülmüştür. Ayrıca, maneviyatı yüksek olanların ve kadınların daha fazla gelişim gösterdiği de kaydedilmiştir.

Thornton ve Perez (2006) prostat kanseri kişiler ve eşlerinin travma sonrası gelişim düzeylerini incelemişlerdir. Cerrahi müdahaleden 1 yıl sonra hem kendilerinin hem de eşlerinin travma sonrası gelişim düzeylerinin aynı oranda arttığını ve operasyon öncesi negatif duyguların, olumlu yeniden çerçeveleme ve duygusal destek ile pozitif yönde değiştiğini kaydetmişlerdir.

Salter ve Stallard (2004) trafik kazası geçirmiş 7- 18 yaş aralığındaki çocukların travma sonrası gelişim düzeylerini araştırmışlardır. 158 çocukla yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda 67 kişinin travma sonrası gelişim özellikleri gösterdiğini ve bunu da daha çok yaşam felsefesindeki değişim ile yaptıklarını ortaya koymuşlardır.

Ickovics ve arkadaşları (2006) şehirde yaşayan ergen kızların travma sonrası gelişim düzeylerini incelemişlerdir. Araştırma sonunda travma tiplerini belirlemek, hangi tip travmatik olayların travma sonrası gelişime yol açtığını saptamak ve duygusal sıkıntının kısa ve uzun vadede ruhsal büyüme üzerindeki etkisini bulmak amaçlanmıştır. 18 yıl boyunca duygusal sıkıntılar ve ruhsal travmalar yaşayan 328 ergenin ele alındığı çalışmada, ergenlerin yaşadığı olayın tipine göre travma sonrası gelişim gösterdikleri, duygusal sıkıntının uzun vadede daha fazla büyüme yol açacağını belirtmişlerdir.

Shakespeare- Finch ve arkadaşları (2003) 281 acil ambulans personelinin travma sonrası gelişim prevalansını ölçmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmada personeller, bu işe başladıktan sonra yaşadıkları olumlu gelişimleri kendileri bildirmişlerdir. Sonuç olarak, yaptıkları iş esnasında travmatik olaylara maruz kalanlar kendilerinde daha fazla olumlu

değişiklik algıladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca acil ambulans çalışanı olma eğitimi alan 217 kişi de kendilerinde pozitif değişimler gördüğünü ifade etmiştir.

Tedeschi ve Calhoun' un (1996) travma sonrası gelişim envanterine göre hayatta sıra dışı olaylar yaşanan kişiler, yaşamayanlara nazaran daha fazla gelişme göstermektedir. Başarılı bireyselleşme, travmanın sonuçlarıyla başa çıkabilme, kendine, başkalarına ve travmatik olayın anlamına dair algıyı yenileme travma sonrası gelişimin yordayıcısıdır.

Yukarıda bahsedilen çalışmalarda görüldüğü üzere yaş, cinsiyet, travmanın şiddeti, algılanan sosyal destek, başa çıkma, olayın algılanması, eğitim durumu, hayattan zevk alma düzeyi, evlilik uyumu, dindarlık, kişisel kaynaklar ve beslenme travma sonrası gelişimi etkileyen değişkenler olarak ele alınmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda, genç olma, kadın olma, travmatik olayın şiddetli olması, sosyal desteğin varlığı, etkili başa çıkma stratejilerini kullanma, yüksek eğitim düzeyi, hayattan memnun olma, mutlu evlilik, maneviyata yönelme, kişisel kaynakların fazlalığı ve sağlıklı beslenme travma sonrası gelişim ile pozitif ilişkilidir. Bu araştırmada “sosyal destek” ve “başa çıkma stratejileri” değişkenleri ile çalışılmıştır.

1.13. Sosyal Destek

Travmatik yaşantıların bedensel ve ruhsal birçok hastalığın nedeni olduğu ve yıllardır ruh sağlığı çalışanlarının bu konu hakkında çalıştıkları bilinmektedir. Pek çok kişinin stresli yaşam olayları karşısında sağlıklı kalmalarında bazı etkenlerin neden olduğu düşünülmüştür. Geçmişten günümüze yapılan araştırmalar kişiler arası desteğin, stresli durumla başa çıkmayı kolaylaştırıcı etkisi olduğunu ortaya koymuştur (Çakır ve Palabıykoğlu, 1993).

Sosyal destek, kişinin ihtiyaç duyduğu anda ona yardımcı olabilecek, güven duyduğu, önemseydiği, sırlarını paylaşabileceği kişilerin varlığıdır (Yıldırım, 1997). Gerektiğinde kişiye maddi, manevi ve bilişsel yardım sağlayan ve kişinin sağlığını koruyan tüm kişiler arası ilişkilerdir (Hogue, 1985; akt., Ardahan, 2006).

Sosyal destek; kişinin sevildiğine ve korunduğuna inanmasını, değerli bir sosyal gruba bağlılık duygusu geliştirmesini ve gerçek yardımı sağlar. Böylece sosyal destek kavramı “alınan” ve “algılanan” sosyal destek olarak birbirinden ayrılır. Alınan sosyal destek “gerçekleşmiş” destekken, algılanan sosyal destek “gerçekleşme olasılığı olan” destektir (Lepore, Evans, ve Schneider, 1991).

1.12.1. Sosyal Destek Kaynakları

Kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığına yarar sağlamasında, sosyal desteğin nereden alındığı da önemlidir. Yararlandığımız pek çok destek kaynağı vardır.

1.13.1.1. Aile Ortamı

İlk ve en önemli destek kaynağı ailemizdir. Aile, mevcut toplumun özelliklerini bünyesinde barındırır ve kişiliğimizi geliştirmemize katkı sağlar. Çocuğun güven içinde yaşamasına yol açar. Bireyin davranışlarına yön verir, yeteneklerini geliştirir, gerektiğinde ceza vererek kurallara uymasını sağlar. Aile ortamı, kişiyi topluma hazırlayan birincil destek kaynağıdır (Yörükoğlu, 1998).

1.13.1.2. Arkadaş Çevresi

Aile dışında kişilerarası ilişkilerde doyuma ulaşmamızı sağlayan bir diğer kaynak arkadaşlardır. Her yaşta kurulan sosyal etkileşim, sosyalleşmenin önemli bir unsurudur. Arkadaş ortamı; toplumsal kurallar, normlar, kültürel değerler gibi pek çok kavramın öğrenilmesini sağlar. Ailede edinemeyeceğimiz bir sosyal destek türü olan arkadaşlık ilişkilerinin eksikliği, kişinin ilerleyen zamanlarda psikolojik sorunlar yaşamasına neden olur (Yörükoğlu, 1998).

1.13.1.3. Okul Ortamı

Bir diğer destek kaynağı okul ortamıdır. Kişinin küçük yaştan itibaren ailesinden sonra en fazla zaman geçirdiği yer okuldur. Birey daha önce hiç görmediği kişilerle tanışır ve daha önce hiç rastlamadığı kurallara uymaya başlar. Okulda alınan destek birkaç yönlüdür. Kişi desteği ilk önce okulda başarılı olması ve uyum sağlaması için yardımcı olan ailesinden almaktadır. Daha sonra kişiyle bireysel olarak ilgilenen öğretmeninden ve en sonunda da sınıf arkadaşlarından destek görür (Yörükoğlu, 1998).

Kişinin zor zamanlarının üstesinden gelmesinde kişiler arası ilişkilerin iyileştirici etkisi önceden beri bilinmekte ve yapılan çalışmalar sosyal desteğin stresle başa çıkmaya pozitif katkısı olduğunu göstermektedir (Özgür, 1993; akt., Ardahan, 2006).

Cohen ve Wills (1985) sosyal destek kavramı için 4 farklı boyut sunmuştur:

Bunlardan ilki “duygusal destek” tir. Duygusal destek kişinin sevgi, anlayış, empati, hoşgörü, şefkat, ilgi, ait olma gibi sosyal gereksinimlerini karşılar. Kişinin başkalarıyla olan ilişkilerinde değer gördüğünü ve kabul edildiğini gösterir.

İkincisi “araçsal destek” tir. Araçsal destek bireye ihtiyaç duyduğu anda maddi yardım, araç gereç temini gibi somut eylemlerdir.

Üçüncüsü “bilgi desteği” dir. Stresli yaşam olayını tanıma, anlamlandırma ve ortadan kaldırmayı içeren destek türüdür. Bireyin kendini tanımasında ve benliğini ortaya çıkarmasında yardımcı olur.

Sosyal destek kavramının son boyutu “yaygın destek” tir. Yaygın destek, bireyin boş zamanlarında diğer insanlarla vakit geçirmesi, arkadaşlık kurması olarak tanımlanabilir. Kişi guruba dahil oldukça sıkıntısı azalır ve yaşadıklarını paylaştıkça rahatlar. Yaygın destek boyutu “sosyal arkadaşlık” olarak da adlandırılabilir.

1.13.2. Sosyal Destek Modelleri

Yapılan pek çok araştırma stresli yaşam olayı karşısında eşinden, aile üyelerinden veya arkadaşlarından maddi ya da manevi destek gören kişilerinin kendilerini daha iyi hissettiklerini ve stresli olayı daha kolay atlatabildiklerini ortaya koymuştur. Cohen ve Wills (1985) sosyal destek ve kendini iyi hissetme arasında pozitif ilişki olduğunu düşünmüş ve bunu açıklamak için 2 yöntem ortaya koymuşlardır.

1.13.2.1. Tamponlama Modeli

Bunlardan ilki “Tamponlama Modeli” (Buffering Model) dir. Stresli yaşam olayları kişinin çevresinde ani bir değişikliğe yol açar. Sosyal destek ise araçsal ve duygusal destek temin ederek kişinin bu duruma uyum sağlamasına yardımcı olur. Bu modele göre, sosyal destek bir tampon görevi görerek sıkıntılı olayların kişide yarattığı olumsuz etkiyi azaltır. Kişinin doğal sosyal kaynaklarının olmaması, herhangi bir stres durumuyla karşılaşmadığı sürece problem oluşturmaz (Cohen ve Wills, 1985). Buna göre sosyal destek stresli durumlara karşı bir baş etme mekanizması olarak çalışır (Duru, 2008).

1.13.2.2. Temel Etki Modeli

Diğer model “Temel Etki Modeli” (Main- Effect Model) dir. Bu modele göre, kişi stresli bir yaşam olayıyla karşılaşsın veya karşılaşmasın, her koşulda sosyal destek kişinin kendini sağlıklı ve iyi hissetmesini sağlayan bir yapıdadır. Sosyal desteğin eksikliği, kişide olumsuz etki yaratır (Cohen ve Wills, 1985).

Stresli olay öncesi var olan doğal sosyal kaynaklar koruyucu etki yaparken, olay sırasında sosyal desteğin varlığı travmatik etkiyi azaltır. Bunun yanında sosyal destek çaresizlik duygusunun yaşanmasına engel olur. Fakat, stresli yaşantı sonrasında psikolojik sorunlar yaşayan kişiler sosyal destekten tam anlamıyla yararlanamayabilir (Başoğlu, 1992).

Genel anlamda sosyal destek; kişisel gelişime katkıda bulunur, kişilerin performansını arttırmaya yönelik geribildirimlerde bulunur, kişinin ihtiyacı olan malzemeyi sağlayarak duygusal rahatlık verir, kriz anında ve günlük yaşantıda kişilerarası bağlantı kurarak stresin olumsuz etkilerine karşı korur ve problemlerle başa çıkma becerisini gösterir (Ardahan, 2006).

Sosyal ilişkiler ağında yaşanan eksiklikler, infertil bireylerin en önemli sorunu olan yalnızlığa yol açar ve bunun sonucunda kişide depresif duygu durumu, alkol kullanımı ve intihar etme düşüncesi artar. Araştırmalara göre infertil kadınlar erkeklere göre daha fazla izolasyon duygusu yaşamaktadır ve bu duygu tedavi sürecinde her iki eşte de görülmektedir. Sosyal destek arttıkça, infertilitenin yarattığı çaresizlikle başa çıkabilme durumu da artar (Kavlak ve Saruhan, 2002).

Dirkzwager, Bramsen ve Van der Ploeg (2003), sosyal destek arttıkça TSSB belirtilerinin azaldığını ve sosyal destek azaldıkça ya da olumsuz sosyal destek var oldukça TSSB belirtilerinin arttığını bulmuşlardır.

Joseph ve Linley (2005) sosyal desteğin sayısından çok, niteliğinin önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Onlara göre sosyal destek ne kadar kaliteli ise o kadar travma sonrası gelişim görülmektedir. Bu destek kişinin yeterliliğini ve özerkliğini destekler nitelikte olmalıdır.

Kendilerini mutlu hisseden ve nispeten daha az mutlu hisseden kişilerin karşılaştırıldığı çalışmada, mutlu hisseden gurubun güçlü sosyal ilişkileri, arkadaş ilişkileri, romantik ilişkileri ve aile bağlarının kuvvetli olduğu görülmüştür (Biswas- Diener, Diener ve Tamir, 2004).

Sosyal desteğe olan ihtiyaç ve ulaşılabilirlik zaman içinde değişiklik göstermektedir. Sosyal desteğin kişi tarafından olumlu olarak algılanması için, kişi sosyal desteğe ihtiyaç duymalı, kolayca ulaşabilmeli ve desteği nasıl kullanacağını bilmelidir (Bruhn ve Philips, 1984).

Yapılan pek çok çalışma sosyal desteğin travmatik yaşantılar sonucu ortaya çıkan negatif etkileri ortadan kaldırdığını ve travma sonrası gelişimi yordadığını göstermektedir. Örneğin, Codell, Regehr ve Hemsworth (2003) AIDS hastalarına bakıcılık yapan kişilerin travma sonrası gelişim düzeylerini incelemeyi amaçlamıştır. Hastası ölen 174 tane bakıcıyla yapılan çalışma sonucunda sosyal desteği fazla olanların gelişme gösterdiği kaydedilmiştir.

Weiss (2004) meme kanserinden kurtulan kadınların eşlerinin travma sonrası gelişim düzeylerini incelemiştir. 72 çiftle yapılan araştırma sonucuna göre, kanserle yüzleşmek sadece acı vermemekte aynı zamanda kazanç da sağlamaktadır. Travma sonrası gelişim gösteren pek çok kadın kocasının destekleyici olduğunu ve iyi iletişim kurduklarını belirtmiştir. Sosyal destek, evlilik doyumu, eş desteği ve bağlılığın gelişimi yordadığı kaydedilmiştir. Araştırmalar, gelecekte kanser tedavisinde psikososyal tedavilerin etkili olacağını göstermektedir.

Cryder ve arkadaşları (2006) sel felaketine maruz kalan çocukların afet sonrası gelişim düzeylerini incelemişlerdir. Sonuç olarak, destekleyici sosyal çevrenin varlığının çocuklarda travma sonrası gelişime yol açacağı kaydedilmiştir.

Lev- Wiesel ve Amir (2003) 1930 yılından sonra doğan soykırımdan kurtulan 97 çocukla yaptıkları çalışmalarda kişisel kaynaklar arttıkça travma sonrası stres belirtilerinin azaldığını, sadece arkadaşlardan alınan sosyal desteğin bile gelişim için pozitif bir katkı sağladığını kaydetmiştir.

Cobb (1976) stresli yaşam olaylarına maruz kalmış kişilerde sosyal desteğin etkisini incelemeyi amaçlamıştır. İnsanlar arasındaki destekleyici etkileşimlerin stresli olayların olumsuz sonuçlarına karşı koruyucu nitelikte olduğunu savunmuştur. Sosyal desteğin, ölüm, depresyon ya da çeşitli kronik hastalıklarla başa çıkmada etkili olduğu ve tedavi sırasında kullanılan ilaç miktarının azalmasına yardım ettiğini belirtmiştir.

Özet olarak sosyal destek, kişinin problemleriyle etkili bir şekilde başa çıkmasında, hayata uyum sağlamasında ve travma sonrası gelişimi sağlamasında önemli bir unsurdur.

1.14. Başa Çıkma

Yapılan çalışmalara göre herkesin stres tanımı kendi yaşantısına göredir. Örneğin bir iş adamına göre stres borsadaki dalgalanmalar olurken, bir hava trafiği sorumlusuna göre stres dikkat ve konsantrasyon güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Bir grup üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada ise stres; sıkıntı, kaygı ve gerginlik süresinin uzaması, anlamlı olan şeylerin anlamsız hale gelmesi, bir şey yapmak istememe, günlük yaşamda kişiye baskı yapan durumların toplamı, psikolojik sorunların etkileri ve etkilenmek istenemeyen durumlardan etkilenme olarak ifade edilmiştir (Şahin, 2004: 1).

Kişide baskı ve engelleme yaratan, çaresizliğe sürükleyen, acı ve üzüntü veren yaşam olayları strese yol açmaktadır. Stres ve ruh sağlığı arasındaki ilişki yıllardır araştırılmaktadır. Stresin insan sağlığına olan etkisini ilk araştıran kişilerden biri Kanadalı bilim adamı Hans Selye'dir. Selye'ye göre stresli durumla karşı karşıya kalan organizmada kalp atışının hızlanması, titreme, terleme, huzursuzluk, sıkıntı, iştah bozukluğu gibi psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Kişi stresli durumla başa çıkabilmek için biyolojik ve psikolojik kaynaklarını kullanır ve olaya uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağlayabilirse organizmadaki belirtiler sona erer, uyum sağlayamazsa kişi "tükenme" evresine girer (Tuğrul, 2000).

Baş çıkma, stresli yaşam olayları sonucunda kişide oluşan olumsuz etkiyi ortadan kaldırmak için gösterdiği bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin tümüdür. Kişi

kendisinden beklenen sosyal ve fiziksel görevleri yerine getiremediğinde ve stresli olayın yarattığı olumsuz durumu en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak için çeşitli başa çıkma stratejileri geliştirmek zorundadır (Folkman ve diğ., 1986). Bu baş etme mekanizmaları kişinin yaşına, cinsiyetine, sahip olduğu kültürüne ve hastalığına göre değişmekle beraber kişiye özeldir (Holahan ve Moos, 1987 a).

Baş çıkma (coping) ifadesi, eski Yunanca'da yer alan "kolahos" kelimesinden türemiştir. Kolahos, "karşılama, karşı karşıya gelmek ve çarpma" anlamlarına gelir. Yapılan araştırmalar "baş çıkma" kavramının aktif davranışta bulunma, etkili çözüm yöntemleriyle talepleri azaltma ve kaynakları başarılı biçimde kullanma gibi anlamları içerdiğini belirtmiştir (Marsella ve Scheuer, 1998).

Genel olarak baş etme becerileri sorun odaklı baş çıkma ve duygu odaklı baş çıkma olarak 2'ye ayrılır (Folkman ve Lazarus, 1980). Sorun odaklı baş çıkmada, kişi mevcut sorunu ortadan kaldırmaya çalışırken, duygu odaklı baş çıkmada sorunun yarattığı gerilim azaltılmaya çalışılır. Kişi problemleri durumu "değiştirilebilir" olarak görüyorsa, sorun hakkında bilgi toplama, karar verme, harekete geçme ve problemi çözme gibi davranışlar daha uygun olur. Eğer durum "değiştirilemez" olarak görülüyorsa, inkar etme, bastırma, kabullenme gibi duygulara yönelik baş çıkma çabaları daha etkili olur (Tuğrul, 2000).

Duygu odaklı baş etme, sorunun kişi üzerindeki baskılarını ortadan kaldırarak problem odaklı baş etmeyi kolaylaştırırken; problem odaklı baş etme tehditkar durumu daha az görünür kılarak kişiye verilen rahatsızlık hissini azaltır (Carver ve Scheier, 1994).

Bu baş etme stratejileri aktif ve pasif tutumlar olarak da tanımlanabilir. Aktif tutum yani sorun odaklı baş etmede stresörün kendisini yok etmeye yönelik davranışlar sergilenirken, pasif tutumda stresörden uzaklaştıran davranışlar sergilenir (Holahan ve Moos, 1987 b). Stresli durumlarda aktif tutum pasif tutuma göre kaygıyı azaltmada daha etkilidir (Folkman, 1984).

Bazı araştırmacılar problem ve duygu odaklı baş çıkma becerilerinin yanı sıra "anlam odaklı baş çıkma" stratejilerinden de bahsetmişlerdir. Bu yaklaşıma göre kişi yaşadığı olayın anlamını kontrol etmek için bilişsel stratejileri kullanır (Folkman ve Moskowitz, 2004).

1.14.1. Baş Etme Stratejileri

Stresli yaşam olayıyla baş çıkmada problemi çözen yani "yeterli" ve problemin devam etmesine neden olan yani "yetersiz" yöntemler bulunmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1990: 47).

Yeterli yöntemler fiziksel egzersiz, nefes ve gevşeme egzersizi, sağlıklı beslenme gibi bedene yönelik; pozitif düşünme, duyguları uygun şekilde ifade etme, olaylara iyimser bakış

açısıyla yaklaşma gibi düşünce ve duygulara yönelik; problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirme, zamanı iyi kullanma, sosyal çevreden destek alma gibi duruma yönelik yöntemlerden oluşur (Baltaş ve Baltaş, 1990: 47).

İntihar etme, alkol veya madde kullanımı, kaçınma davranışları, bastırma, yansıtma, inkar, reddetme gibi savunma mekanizmalarını kullanma da yetersiz başa çıkma yöntemleri arasındadır (Baltaş ve Baltaş, 1990: 47).

Davison ve Neale (1997: 191) baş etme stratejileri ile ilgili çeşitli eylemler belirlemişlerdir. Bunlar:

- Aktif baş etmek ve içinde bulunduğu zorlu yaşam olayı için bir şeyler yapmak,
- Benzer diğer faaliyetlerin durdurmak ve sadece probleme odaklanmak,
- Sorunu çözmeye yönelik plan yapmak,
- Kendini dizginlemek, acele davranmamak ve mantıklı hareket etmek,
- Sosyal çevreyle yakın ilişkiler kurmak,
- Duruma pozitif bakış açısıyla yaklaşmak,
- Dine inanmak,
- Sorun yaratan olayı kabullenmek,
- Sorun yaratan olayı reddetmek,
- Baş etme girişimlerinden vaz geçmek,
- Olaya mizahi açıdan yaklaşmak,
- Olaydan kendini uzaklaştırmak, daha az düşünmek için başka işlere yönelmek.

1.14.2. Baş Etme Kaynakları

Lazarus ve Folkman (1989: 157) başa çıkma kaynaklarını başlıca kategorilere ayırmışlardır. Bu kaynaklar insanların başlıca özelliklerine göre oluşturulmuştur. Bunlar sağlık ve enerjiyi (fiziksel kaynak), pozitif inançları (psikolojik kaynak) ve problem çözme ve sosyal becerileri (yetkinlikler) içermektedir.

1.14.2.1. Sağlık ve Enerji

Kişinin kendini fiziksel olarak iyi hissetmesi problemlerin çözümü için önemli bir rol oynar. Kişi daha sağlıklı düşünür ve problemi çözebilmek için her türlü kaynağa ulaşmaya çalışır. Bazı araştırmalara göre, kişiler, sağlıkları kötü olduğunda ve enerjileri düşük olduğunda bile sorunlarıyla başa çıkmada başarılıdırlar çünkü, azalan enerjilerini tamamen çözüm odaklı kullanırlar (Lazarus ve Folkman, 1989: 158).

1.14.2.2. Pozitif İnançlar

Pozitif inanca sahip olmak çok problemlerle baş etme adına önemli bir kaynaktır. Pozitif inançlar kişiyi o durumdan kurtarmak için cesaretlendirir. Aynı şekilde negatif inançlar, kişinin problemleri kontrol etme gibi bir isteği olduğunda cesaretini kırar ve problem odaklı çözüm bulmasını engeller (Lazarus ve Folkman, 1989: 158)

1.14.2.3. Problem Çözme Becerileri

Problem çözme becerileri bilgi arama, durumları analiz etme ve alternatifler üretme yeteneklerini içerir. İnsanlar problem çözebilme becerilerini kendilerinin diğer kaynaklarından edinirler. Bunlar; geniş çaptaki deneyimler, kişinin bilgi deposu, bilgi edinmek için bilişsel yeteneğini nasıl kullandığı ve kendini kontrol etme yeteneğine bağlıdır (Lazarus ve Folkman, 1989: 162).

1.14.2.4. Sosyal Beceriler

Sosyal beceriler, kişinin topluma adapte olmasında önemli bir rol oynar. Sosyal beceriler diğer insanlarla bağlantı kurmadaki problemlerin çözümünü kolaylaştırır, diğerleriyle işbirliği içinde olmayı ve onların desteğini almayı sağlar. Aynı zamanda sosyal ilişkilerde kontrol kurulmasına yardım eder (Lazarus ve Folkman, 1989: 164).

Yapılan araştırmalar sonucunda fonksiyonel ve yeterli baş etme stratejilerini kullanmanın travma sonrası gelişimi yordadığı ve kişinin eski uyum düzeyine geri döndüğü görülmüştür. Örneğin, Wild ve Paivio (2004) yaptıkları araştırmada travmatik olayların pozitif katkılarını incelemişlerdir. Benzer travmatik olay yaşamış 193 kişiyle yapılan çalışmada aktif ve fonksiyonel şekilde başa çıkma stratejilerini kullananların travma sonrası gelişim gösterdikleri kaydedilmiştir.

Armeli, Gunthert ve Cohen (2001) 2 yıl içerisinde travmatik olay yaşamış üniversiteden mezun olan 447 kişi ve üniversite öğrencisi 442 kişiyle yaptığı çalışmada, yüksek derecede stresli olaya maruz kalmış kişilerin daha fazla travma sonrası gelişim gösterdiği ve gelişim gösteren kişilerin etkili başa çıkma stratejileri kullandıklarını kaydetmiştir.

Samuel, Cecilia ve Rainbow (2004) kanserden kurtulan 188 kişiye uygulanan çoklu regresyon analizi sonucunda travma sonrası gelişimin en önemli belirleyicisinin pozitif başa çıkma becerileri olduğunu ortaya koymuştur.

Kesimci, Göral ve Gençöz (2005) travma sonrası gelişimin belirleyicileri üzerine çalışmışlardır. Bu amaç doğrultusunda, cinsiyetler arası farklar, olayın şiddeti ve başa çıkma stratejilerini (problem odaklı, kadercil ve çaresiz tutum) incelemişlerdir. 132 lisans

öğrencisinin katıldığı çalışma sonucunda kadınların erkeklere göre daha fazla travma sonrası gelişim gösterdiği, yüksek derecede stresli olayların ve problem odaklı ve kaderci baş etme stratejilerini kullanmanın daha fazla gelişmeye neden olduğu kaydedilmiştir.

Karen, Neil ve Richard (2005) alt ekstremitte amputasyonu geçiren 12 kişiyle yaptığı çalışmada pozitif başa çıkma becerilerinin ve travma sonrası psikolojik büyümenin etkilerini incelemiştir. Amputasyon sonrası pozitif yönde psikolojik değişiklik yaşayanların, olumlu baş etme stratejilerini kullandıklarını ve pozitif başa çıkma ve travma sonrası gelişimin psikolojik uyumu kolaylaştırdıklarını kaydetmişlerdir.

Yukarıdaki araştırmalardan da görüldüğü üzere stresli yaşam olayı sonucunda yeterli ve duruma uygun baş etme mekanizmalarını kullanmak hem kişinin psikolojik sağlığına kavuşmasına yardım eder hem de travma sonrası gelişim göstermesini sağlar.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada en az iki değişkenden oluşan durumlar arasındaki ilişkiye bakıldığından ilişkisel tarama modeli ile çalışılmıştır.

2.2. Örneklem

Araştırmanın verileri kolayda örnekleme yoluyla toplanmıştır. Örneklem grubunun bir kısmını İstanbul'un Kartal ve Üsküdar ilçelerinde bulunan iki özel hastanenin kadın doğum ve üroloji servise gelen, çocuk sahibi olamayan, infertilite tanısı konulmuş ve tedaviye alınmış 37 kişi oluşturmaktadır. Ölçekler bireylere ilgili doktor tarafından verilmiş ve kendisinin doldurması istenmiştir.

Örneklemin diğer kısmına ise, infertil yakını olan bireylerle kurulan iletişim sonucunda ulaşılmıştır. 33 kişiyi kapsayan grupta ölçekler internet yoluyla doldurulmuştur. Ulaşılan 5 kişi çalışmaya katılmak istememiştir. Örneklemin evrenini toplam 70 kişi oluşturmuştur.

Veriler Aralık 2012- Mart 2013 tarihleri arasında yaklaşık 4 aylık bir zaman dilimi içerisinde toplanmış ve SPSS 19.0 sürümü kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için 4 ölçüm aracı kullanılmıştır. Bunlar; araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Başa Çıkma Yolları Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'dir. Katılımcılara çalışma öncesinde araştırmaya gönüllü katıldıklarını ifade eden form sunulmuş ve onayları alınmıştır.

2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-Demografik bilgi formunun bir kısmı yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, evlilik şekli gibi katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi alabilecek şekilde düzenlenmiştir. Diğer kısmı ise infertilitenin süresi, tedavi şekli, infertilitenin katılımcı için anlamı, kişinin hissettiği duyguların boyutu gibi infertilitenin tıbbi ve sosyal boyutu hakkında bilgi almaya yönelik oluşturulmuştur.

2.3.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ)

Travmatik yaşantılar sonucu ortaya çıkan olumlu değişiklikleri incelemek amacıyla Tedeschi ve Calhoun tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasındaki çeviriyi Dirik (2006) yapmış ve yapılan faktör analizi sonucunda 3 faktör elde etmiştir. Bunlar; hayat felsefesindeki değişim (7, 3, 14, 17, 11), başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim

(16, 15, 21, 6, 20, 9, 8) ve kişinin kendisindeki değişimdir (18, 4, 19, 13, 2, 12, 1, 5, 10) (Dirik, 2006).

Ölçek 21 maddeden oluşmuş ve 6 aralıklı Likert tip ölçek kullanılmıştır. (0= Hastalığımın dolayısıyla böyle bir değişiklik hiç yaşamadım, 5= Hastalığımın dolayısıyla bu değişikliği aşırı derecede yaşadım). Ölçeğin puan aralığı 0- 105 arasında değişmekte ve uygulama sonucu elde edilen puan arttıkça travma sonrası gelişim düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yeni imkanlar, hayattan alınan zevkin artması, kişisel güçlenme, inanç sistemindeki değişim ve yaşamdan alınan zevkin artması konularında 5 alt ölçek puanlaması mevcuttur.

Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.90 ve test tekrar test güvenilirliği 0.71 olarak bulunmuştur (Calhoun ve Tedeschi, 2006).

2.3.3. Başa Çıkma Yolları Ölçeği (BÇYÖ)

Baş çıkma yolları ölçeği ilk kez Folkman ve Lazarus (1985) tarafından insanların stresli durumlarla nasıl başa çıktıklarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçekteki her bir madde kişinin stresli durumlarla başa çıkmaya çalıştığı bilişsel ve davranışçı stratejileri kapsamaktadır.

Ölçek 66 madde ve 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerden biri problem odaklı başa çıkmayı, 6'sı duygu odaklı başa çıkmayı (mesafe koyma, kuruntu yapma, kendini izole etme, kendini suçlama, pozitif vurgulama, gerilimi azaltma) ve sonuncusu hem duygu odaklı hem problem odaklı başa çıkmayı (sosyal destek arama) içermektedir. Siva (1990; akt., Dirik, 2006) bu ölçeğe kültürel farklılıkları göz önüne alarak 8 yeni madde eklemiş ve soru sayısını 74'e çıkartmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

Karancı ve arkadaşları (1999) Dinar depreminden kurtulanlar ile yaptıkları araştırmada bu ölçeği kullanmış ve ölçeği kısaltarak 42 madde haline getirmiştir. Kesimci'nin (2003) meme kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmasının sonuçlarına göre kadenci başa çıkma (37, 34, 16, 10, 15, 9, 24, 30, 20, 14, 1, 29, 33, 2), iyimser/ sosyal destek arayıcı başa çıkma (23, 3, 7, 8, 42, 6, 27, 21, 4), problem çözmeye yönelik başa çıkma (19, 22, 38, 41, 28, 31, 39, 5, 25) ve çaresizlik (36, 35, 40, 26, 12, 17) olarak 4 faktör elde edilmiştir. 11, 13, 18 ve 32. maddeler alt ölçeklerin içine dahil edilmemiştir (Dirik, 2006). Bu çalışmada ölçeğin, Dirik'in (2006) romatoid artrit hastalarıyla yaptığı araştırmasındaki formu kullanılmıştır.

2.3.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan ve Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan Algılanan Sosyal Destek ölçeğini 1988

yılında Zimet ve arkadaşları geliştirmişlerdir. Aile, arkadaş ve özel birinin oluşturduğu 3 farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliği ölçülmektedir. Aile kavramı eş, çocuk, ebeveynler ve kardeşleri kapsarken; özel biri kavramı aile ve arkadaşların dışında olan sevgili, doktor, akraba, nişanlı ya da komşuyu kapsamaktadır (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001).

Ölçekte 12 madde bulunup 3, 4, 8 ve 12 numaralı maddeler arkadaşlardan; 1, 2, 7 ve 10 numaralı maddeler aileden ve 5, 6, 9 ve 11 numaralı maddeler ise özel bir kişiden alınan sosyal desteği temsil etmektedir. Her bir madde 7 aralıklı Likert tipi ölçek kullanılarak oluşturulmuştur. (1= Kesinlikle Evet, 7= Kesinlikle Hayır). Ölçeğin puan aralığı 12 ile 84 arasında değişmektedir.

Uygulama sonunda elde edilen puanın yüksekliği, algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğuna işaret eder (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001).

Eker ve Arkar (1995) yaptığı çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısının (Cronbach's alfa) 0.77 ile 0.88 arasında değiştiğini; alt ölçeklerdeki iç tutarlılık katsayısının ise 0.78 ile 0.91 arasında değiştiğini ortaya koymuşlardır.

BÖLÜM 3. SONUÇ

Tablo 3.1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişken	Değişken Grupları	N	%
Cinsiyet	Kadın	57	81,4
	Erkek	13	18,6
Yaş	21- 30	30	42,9
	31- 40	29	41,4
	41- 50	8	11,5
	51- 60	3	4,2
	Yaşadığı yer	Büyükşehir	60
	Şehir	7	10
	Kırsal	3	4,3
Eğitim	İlkokul	11	15,7
	Ortaokul	16	22,9
	Lise	36	51,4
	Lisans ve üstü	7	10
Hastanın kiminle yaşadığı	Eşiyle	52	74,3
	Eşinin ailesiyle	13	18,6
	Kendi ailesiyle	5	7,1
Çocuk sayısı	Yok	68	97,1
	1 tane	2	2,9
Çalışma durumu	Çalışan	38	54,3
	Çalışmayan	32	45,7
Meslek	Serbest meslek	10	14,3
	Memur	4	5,7
	İşçi	8	11,4
	Ev hanımı	33	47,1
	Özel sektör	15	21,4
Ekonomik durum	İyi	43	61,4
	Orta	27	38,6
Evlilik süresi	10 yıldan az	46	65,8
	11- 20	15	21,4
	21- 30	9	12,8
Evlilik şekli	Görücü usulü	38	54,3
	Flört	32	45,7
Eş ile akrabalık durumu	Akrabalık var	5	7,1
	Akrabalık yok	65	92,9

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi, araştırmaya 70 infertil hasta katılmıştır. Katılımcıların 57’si kadın (% 81,4) 13’ü erkek (% 18,6) tir. Katılımcılar 21- 60 yaş arasındadır. Katılımcıların yaş ortalaması $33,2 \pm 2,05$ ’tir. 21- 30 yaş arasında 30 kişi (% 42,9), 31- 40 yaş arasında 29 kişi (% 41,4), 45- 50 yaş arasında 8 kişi (% 11,5) ve 51- 60 yaş arasında 3 kişi (% 4,2) vardır. Katılımcıların 60’ı büyükşehirde (% 85,7), 7’si şehirde (% 10) ve 3’ü kırsal kesimde (% 4,3) yaşamaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında 11’i ilkokul mezunu (% 15,7), 16’sı ortaokul mezunu (% 22,9), 36’sı lise mezunu (% 51,4) ve 7’si

üniversite ve üzeri (% 10) eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların 52'si eşiyile (% 74,3), 13'ü eşinin ailesiyile (% 18,6) ve 5'i kendi ailesiyile (% 7,1) yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların 68'i daha önce hiç çocuk sahibi olamamışken (% 97,1), 2'si (% 2,9) 1 çocuk sahibidir. Katılımcıların 38'i çalışırken (% 54,3), 32'si çalışmamaktadır (% 45,7). Katılımcıların mesleklerine bakıldığında 10'u serbest meslekte (% 14,3), 4'ü memur olarak (% 5,7), 8'i işçi olarak (% 11,4), 33'ü ev hanımı olarak (% 47,1) ve 15'i özel sektörde (% 21,4) çalışmaktadır. Katılımcıların ekonomik durumlarını nasıl değerlendirdiklerine bakıldığında 43'ü "iyi" olarak (% 61,4) ve 27'si "orta" olarak (% 38,6) belirtmiştir. Katılımcıların 46'sı 10 yıldan daha az süredir evli (% 65,8), 15'i 11 ile 20 yıl arasında evli (% 21,4) ve 9'u (% 12,8) 21 ile 30 yıl arasında evlidir. Araştırmaya katılanların evlilik şekillerine bakıldığında 38'i görücü usulü ve isteyerek (% 54,3) ve 32'si flört yoluyla (% 45,7) evlenmiştir. Katılımcıların 5'inin eşiyile arasında akrabalık ilişkisi varken (% 7,1), 65'inin akrabalık ilişkisi yoktur (% 92,9).

Tablo 3.2. Örneklem Grubunun Hastalık Değişkeni Açısından Dağılımı

Değişken	Değişken Grupları	N	%
Tanı konulma süresi	1 yıldan az	12	17,1
	1- 9 yıl	48	68,6
	10- 25 yıl	10	14,3
İnfertilite sebebi	Yumurtlama sorunu	36	51,4
	Polikistik over	8	11,4
	Sperm yetersizliği	11	15,7
	Tüp tıkanması	4	5,7
	Rahimde ur	3	4,3
	Testislerde hastalık	1	1,4
	Yaşa bağlı faktörler	2	2,9
	Rahim kalınlığı	1	1,4
	Sebebi bilinmeyen	4	5,7
	Tedavi süresi	1 yıldan az	23
1- 8 yıl		42	60
9- 15 yıl		5	7,1
Tedavi türü	Spontan takip	20	28,6
	Aşılama	2	2,9
	Hormon	30	42,9
	Aşılama+ Hormon	7	10
	Aşılama+ Hormon+	5	7,1
	Tüp Bebek		
	Cerrahi müdahale	4	5,7
	Sperm çoğaltıcı iğne	1	1,4
Tedavi masrafları	Varikoselektomi	1	1,4
	Kendisi	24	34,3
	Devlet desteği	6	8,6
	Kendisi+ Devlet	39	55,7
Mahremiyet hissi	Aile ve yakınları	1	1,4
	Evet	15	21,4
Durumu paylaşma	Hayır	55	78,6
	Paylaşmama	27	38,6
	Sadece aile	40	57,1
Gerginlik hissi	Sadece arkadaşlar	3	4,3
	Çok	22	31,4
	Az	21	30
	Orta	14	20
Kaygı hissi	Hiç	13	18,6
	Çok	27	38,6
	Az	13	18,6
	Orta	17	24,3
Depresyon hissi	Hiç	13	18,6
	Çok	27	38,6
	Az	16	22,9
	Orta	14	20
	Hiç	13	18,6

Tablo 3.2. devamı

Değişken	Değişken Grupları	N	%
Düşmanlık hissi	Çok	46	65,7
	Az	14	20
	Orta	6	8,6
	Hiç	4	5,7
Kızgınlık hissi	Çok	38	54,3
	Az	15	21,4
	Orta	5	7,1
	Hiç	12	17,1
Şok ve İnkâr hissi	Çok	46	65,7
	Az	17	24,3
	Orta	4	5,7
	Hiç	3	4,3
İzolasyon hissi	Çok	55	78,6
	Az	12	17,1
	Hiç	3	4,3
	Çok	32	45,7
Suçluluk hissi	Az	25	35,8
	Orta	8	11,4
	Hiç	5	7,1
	Çok	25	35,7
Yas hissi	Az	24	34,3
	Orta	12	17,1
	Hiç	9	12,9
	Çok	27	38,6
Hastalığın ne kadar ciddi algılandığı	Az	17	24,3
	Orta	14	20
	Hiç	12	17,1
	Evet	65	92,9
Tedavi olasılığı	Hayır	5	7,1
	% 0	4	5,6
Gelecekte çocuk sahibi olma inancı yüzdesi	% 1- 50 arası	12	17,2
	% 51- 75 arası	19	29,9
	% 76- 99 arası	24	34,4
	% 100	9	12,9

Tablo 3.2’ de sunulan hastalıkla ilgili değişkenlere bakıldığında katılımcıların 12’sine (% 17,1) 1 yıldan daha az süre önce, 48’ine (% 68,6) 1- 9 yıl önce ve 10 ‘una (% 14,3) 10- 25 yıl önce infertilite tanısı konulmuştur. İnfertilite sebebine bakıldığında 36’sı yumurtlama probleminden (% 51,4), 8’i polikistik over sendromundan (% 11,4), 11’i sperm yetersizliğinden (% 15,7), 4’ü tüplerin tıkalı olmasından (% 5,7), 3’ü rahimde ur olmasından (% 4,3), 1’i testislerdeki hastalıktan (% 1,4), 2’si yaşa bağlı faktörlerden (% 2,9), 1’i rahim kalınlığından (% 1,4) ve 4’ü bilinmeyen nedenlerden dolayı (% 5,7) çocuk sahibi olamamaktadır. Katılımcıların 23’ü 1 yıldan daha az süredir (% 32,9), 42’si 1- 8 yıldır (% 60), 5’i 9- 15 yıldır (%7,1) infertilite tedavisi görmektedir. Katılımcıların 20’si spontan takip (%

28, 6), 2'si aşılama (% 2,9), 30'u hormon tedavisi (% 42,9), 7'si aşılama ve hormon tedavisi (% 10), 5'i aşılama, hormon ve tüp bebek tedavisi (% 7,1), 4'ü cerrahi müdahale (%5,7), 1'i sperm çoğaltıcı iğne (% 1,4) ve 1'i varikoselektomi (% 1,4) yöntemiyle tedavi edilmektedir. Katılımcıların 24'ü tedavi masraflarını kendisi (% 34,3), 6'sı devlet desteğiyle (% 8,6) ve 39'u hem kendi imkanları hem de devlet desteği ile (% 55,7) karşılamaktadır. Araştırmaya katılanların 15'i mahremiyet hissi (durumunu başkasına açmanın verdiği rahatsızlık) yaşarken (% 21,4), 55'i mahremiyet hissi yaşamamaktadır (% 78,6). Katılanların 27'si durumunu kimseyle paylaşmazken (% 38,6), 40'ı sadece ailesiyle (% 57,1) ve 3'ü sadece arkadaşlarıyla paylaşmıştır (%4,3). Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olamamanın verdiği olumsuz duygulara bakıldığında; gerginlik hissini çok hisseden 22 kişi (% 31,4), az hisseden 21 kişi (% 30), orta derecede hisseden 14 kişi (% 20) ve hiç hissetmeyen 13 kişi (% 18,6) olarak belirlenmiştir. Kaygı hissini çok hisseden 27 kişi (% 38,6), az hisseden 13 kişi (% 18, 6), orta derecede hisseden 17 kişi (% 24,3) ve hiç hissetmeyen 13 kişi (18,6) olarak belirtilmiştir. Depresyon hissini çok hisseden 27 kişi (% 38,6), az hisseden 16 kişi (% 22,9), orta derecede hisseden 14 kişi (% 20) ve hiç hissetmeyen 13 kişi (% 18,6) olarak bulunmuştur. Düşmanlık hissini çok hisseden 46 kişi (% 65,7), az hisseden 14 kişi (% 20), orta derecede hisseden 6 kişi (% 8,6) ve hiç hissetmeyen 4 kişi (% 5,7) olarak belirlenmiştir. Kızgınlık hissini çok hisseden 38 kişi (% 54,3), az hisseden 15 kişi (% 21,4), orta derecede hisseden 5 kişi (% 7,1) ve hiç hissetmeyen 12 kişi (% 17,1) olarak kaydedilmiştir. Şok ve inkar hissini çok hisseden 46 kişi (% 65,7), az hisseden 17 kişi (% 24,3), orta derecede hisseden 4 kişi (% 5,7) ve hiç hissetmeyen 3 kişi (% 4,3) olarak bulunmuştur. İzolasyon hissini çok hisseden 55 kişi (% 78,6), az hisseden 12 kişi (% 17,1), hiç hissetmeyen 3 kişi (% 4,3) olarak belirtilmiştir. Suçluluk hissini çok hisseden 32 kişi (% 45,7), az hisseden 25 kişi (% 35,8), orta derecede hisseden 8 kişi (% 11,4) ve hiç hissetmeyen 5 kişi (% 7,1) olarak kaydedilmiştir. Yas hissini çok hisseden 25 kişi (% 35,7), az hisseden 24 kişi (% 34,3), orta derecede hisseden 12 kişi (% 17,1) ve hiç hissetmeyen 9 kişi (% 12,9) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların 12'si hastalıklarını hiç ciddi görmediklerini (% 17,1), 17'si hastalığını az derecede ciddi bulduğunu (% 24,3), 14'ü hastalığını orta derecede ciddi gördüğünü (% 20) ve 27'si hastalığını çok ciddi gördüğünü (% 38,6) belirtmiştir. Katılanların 65'i ileride tedavi olabileceğini düşünürken (% 92,9), 5'i tedavi olamayacağını düşünmektedir (% 7,1). Araştırmaya katılan infertil bireylerden 4'ü gelecekte çocuk sahibi olamayacağına (% 5,6), 12'si %1 ile 50 oranında çocuk sahibi olacağına (% 17,2), 19'u %51 ile 75 oranında çocuk sahibi olacağına (%29,9), 24'ü %76 ile 99 oranları arasında çocuk sahibi olacağına (% 34,4) ve 9'u gelecekte kesinlikle çocuk sahibi olacağına (% 12,9) inanmaktadır.

Tablo 3.3. İnfertil Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
TSG	Kadın	57	56,05	16,61	0,244	0,80
	Erkek	13	54,76	19,20		

Kadın hastaların erkek hastalara göre travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları açısından daha fazla puan aldıkları görülmektedir. Ancak, bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,80$, $p> 0,05$).

Tablo 3.4. İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	3482,655	3	1160,885	4,664	0,005
Gruplar içi	16425,931	66	248,878		
Toplam	19908,586	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeği toplamları bazında 21- 30 yaş arasında olanlar ile 41- 50 yaş arasında olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($F(3,66)=4,664$; $p<0,005$). 21- 30 yaş arasındaki katılımcılar travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 3.5. İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	733,468	3	244,489	3,176	0,030
Gruplar içi	5083,903	66	77,029		
Toplam	5817,371	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği baz alındığında 21-30 yaş arasında olanlar ile 41-50 yaş arasında olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($F(3,66)=3,176$; $p < 0,030$). 21-30 yaş arasında olanların travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.6. İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	345,742	3	115,247	3,382	0,023
Gruplar içi	2249,129	66	34,078		
Toplam	2594,871	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği baz alındığında 21-30 yaş arasında olanlar ile 41- 50 yaş arasında olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($F(3,66)=3,382$; $p < 0,023$). 21- 30 yaş arasında olanların travma sonrası gelişim ölçeği “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.7. İnfertil Hastaların Yaş Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	246,524	3	82,175	4,548	0,006
Gruplar içi	1192,562	66	18,069		
Toplam	1439,086	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği baz alındığında 21-30 yaş arasında olanlar ile 41- 50 yaş arasında olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($F(3,66)=4,548$; $p < 0,006$). 21- 30 yaş arasında olanların travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.8. İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	4062,738	4	1015,685	4,166	0,005
Gruplar içi	15845,847	65	243,782		
Toplam	19908,586	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeği toplamları bazında çocuk sahibi olacağına hiç inanmayanlar ile yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($F(4,65)=4,166$; $p < 0,005$). Gelecekte yüzde yüz çok sahibi olacağına inanan katılımcılar travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 3.9. İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	959,673	4	239,918	3,210	0,018
Gruplar içi	4857,698	65	74,734		
Toplam	5817,371	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği baz alındığında çocuk sahibi olacağına hiç inanmayanlar ile gelecekte çocuk sahibi olacağına yüzde yüz inananlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır ($F(4,65)=3,210$; $p < 0,018$). Gelecekte yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananların travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.10. İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	405,215	4	101,304	3,007	0,024
Gruplar içi	2189,657	65	33,687		
Toplam	2594,871	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği baz alındığında çocuk sahibi olacağına hiç inanmayanlar ile yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($F(4,65)=3,007$; $p < 0,024$). Gelecekte yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananların travma sonrası gelişim ölçeği “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.11. İnfertil Hastaların Çocuk Sahibi Olma İnancı Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	210,586	4	52,646	2,786	0,034
Gruplar içi	1228,500	65	18,900		
Toplam	1439,086	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği baz alındığında gelecekte çocuk sahibi olacağına hiç inanmayanlar ile yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananlar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($F(4,65)=2,786$; $p < 0,034$). Gelecekte yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananların travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.12. İnfertil Hastaların Daha Önceden Çocuk Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Başkalarıyla Olan İlişkiler	Çocuk sahibi olma	N	X	SS	t	p
	Evet	2	54,00	12,72	-,152	0,88
	Hayır	68	55,86	17,16		

Daha önceden çocuk sahibi olmayanların olanlara oranla travma sonrası gelişim ölçeği puanları açısından daha fazla puan aldıkları görülse de; bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,88$ $p> 0,05$).

Tablo 3.13. İnfertil Hastaların Çalışma Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Çalışma durumu	N	X	SS	t	p
TSG	Evet	38	53,36	18,42	-1,32	0,19
	Hayır	32	58,71	14,86		

Çalışmayan hastaların çalışan hastalara oranla travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha fazla puan aldıkları görülse de; bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,19$, $p> 0,05$).

Tablo 3.14. İnfertil Hastaların Eş ile Akrabalık Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Eş ile akrabalık	N	X	SS	t	p
TSG	Evet	5	39,60	21,50	-2,28	0,026
	Hayır	65	57,06	16,12		

İnfertil hastaların eşleri ile akrabalık durumu ile travma sonrası gelişim toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($t(68)=-2,28$; $p< 0,026$). Eşiyile akrabalık ilişkisi olmayanların akrabalık ilişkisi olanlara göre travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.15. İnfertil Hastaların Eş ile Akrabalık Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Hayat Felsefesinde Değişim	Eş ile akrabalık	N	X	SS	t	p
	Evet	5	7,60	5,02	-2,48	0,01
	Hayır	65	12,67	4,06		

İnfertil hastaların eşleriyle akrabalık durumu ile travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır ($t(68)=-2,48$; $p<0,01$). Eşi ile akrabalık ilişkisi olmayanların akrabalık ilişkisi olanlara göre travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutundan daha fazla puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.16. İnfertil Hastaların Mahremiyet Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Hayat Felsefesinde Değişim	Mahremiyet Hissi	N	X	SS	t	p
	Evet	15	10,33	3,90	-1,93	0,057
	Hayır	65	12,85	4,61		

Mahremiyet hissi (hastalığını başkasıyla paylaşmanın verdiği rahatsızlık) yaşamayanların yaşayanlara oranla travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutundan daha fazla puan aldıkları görülmüştür. Buna rağmen, infertil hastaların yaşadığı mahremiyet hissi ile travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p= 0,057$ $p> 0,05$).

Tablo 3.17. İnfertil Hastaların Yaşadıkları Yer Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	731,557	2	365,779	1,28	0,285
Gruplar içi	19177,029	67	286,224		
Toplam	19908,586	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizine göre, infertil bireylerin yaşadıkları yere göre travma sonrası gelişim göstermelerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p= 0,285$ $p> 0,05$).

Tablo 3.18. İnfertil Hastaların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	795,975	3	265,325	0,916	0,438
Gruplar içi	19112,610	66	289,385		
Toplam	19908,586	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizine göre, infertil bireylerin eğitim durumlarına göre travma sonrası gelişim göstermelerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p=0,438$ $p> 0,05$).

Tablo 3.19. İnfertil Hastaların Yanında Yaşadıkları Kişi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	222,533	2	111,266	3,142	0,048
Gruplar içi	2372,338	67	35,408		
Toplam	2594,871	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, travma sonrası gelişim ölçeğinin “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğinde sadece eşiyile birlikte yaşayanlarla kendi ailesiyle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık kaydedilmiştir ($F(2,67)=3,142$; $p < 0,048$). Sadece eşiyile birlikte yaşayanların “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.20. İnfertil Hastaların Meslek Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	1101,846	4	275,461	0,952	0,440
Gruplar içi	18806,740	65	289,334		
Toplam	19908,586	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonucunda infertil bireylerin mesleklerine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p= 0,440$ $p> 0,05$).

Tablo 3.21. İnfertil Hastaların Durumlarını Paylaştıkları Kişi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Başkalarıyla Olan İlişkilerdeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	250,800	2	125,400	3,142	0,033
Gruplar içi	2344,071	67	34,986		
Toplam	2594,871	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre travma sonrası gelişim ölçeğinin “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğinde infertil olma durumunu sadece arkadaşlarıyla paylaşanlarla sadece ailesiyle paylaşanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(2,67)=3,142$; $p < 0,033$). İnfertil olma durumunu sadece arkadaşlarıyla paylaşanların “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.22. İnfertil Hastaların İnfertilite Sebebi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	1341,858	8	197,732	0,551	0,813
Gruplar içi	18566,727	61	304,373		
Toplam	19908,586	69			

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında infertilite sebebine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,813$ $p>0,05$).

Tablo 3.23. İnfertil Hastaların Tedavi Türü Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	1163,840	7	166,763	0,550	0,793
Gruplar içi	18744,745	62	302,335		
Toplam	19908,586	69			

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında tedavi türüne göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,793$ $p>0,05$).

Tablo 3.24. İnfertil Hastaların Tedavi Masraflarını Karşılama Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	836,393	3	278,798	0,965	0,415
Gruplar içi	19072,192	66	288,973		
Toplam	19908,586	69			

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında tedavi masraflarının karşılanma durumuna göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p= 0,415$ $p> 0,05$).

Tablo 3.25. İnfertil Hastaların Duygu Durumları Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gerginlik	Gruplararası	2258,953	3	752,984	2,816	0,046
	Gruplarıçi	17649,633	66	267,419		
	Toplam	19908,586	69			
Kaygı	Gruplararası	1901,734	3	633,911	2,323	0,083
	Gruplarıçi	18006,851	66	272,831		
	Toplam	19908,586	69			
Depresyon	Gruplararası	1975,844	3	658,615	2,424	0,74
	Gruplarıçi	17932,742	66	271,708		
	Toplam	19908,586	69			
Düşmanlık	Gruplararası	4378,755	3	1459,585	6,203	0,001
	Gruplarıçi	15529,831	66	235,300		
	Toplam	19908,586	69			
Kızgınlık	Gruplararası	3123,641	3	1041,214	4,094	0,010
	Gruplarıçi	16784,445	66	254,317		
	Toplam	19908,586	69			
Şok/ İnkâr	Gruplararası	2030,590	3	676,863	2,479	0,067
	Gruplarıçi	17877,996	66	270,879		
	Toplam	19908,586	69			
İzolasyon	Gruplararası	2791,392	3	1395,696	5,463	0,006
	Gruplarıçi	17117,194	66	255,481		
	Toplam	19908,586	69			

Tablo 3.25. devamı

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Suçluluk	Gruplararası	1865,442	3	621,814	2,275	0,088
	Gruplarıçi	18043,144	66	273,381		
	Toplam	19908,586	69			
Yas	Gruplararası	4276,403	3	1425,468	6,018	0,001
	Gruplarıçi	15632,182	66	236,851		
	Toplam	19908,586	69			

İnfertil hastaların duygu durumlarına göre travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanlarındaki farklılıklar incelenmiştir.

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonucunda, travma sonrası gelişim ölçeği toplamları bazında gerginlik hissini çok hissedenler ile az hissedenler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($F(3,669)=2,816$; $p<0,046$). Gerginlik hissini çok hissedenler travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında infertil bireylerin kaygı hissine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p= 0,083$ $p> 0,05$).

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında infertil bireylerin depresyon hissine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p= 0,074$ $p> 0,05$).

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında düşmanlık hissini çok hissedenler ile hiç hissetmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(3,66)=6,203$; $p< 0,001$). Düşmanlık hissini çok hissedenler travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında kızgınlık hissini çok hissedenler ile hiç hissetmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(3,66)=4,094$; $p< 0,010$). Kızgınlık hissini çok hissedenler travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında infertil bireylerin şok olma/inkar hissine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,067$ $p>0,05$).

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında izolasyon hissini çok hissedenler ile hiç hissetmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(3,66)=5,463$; $p<0,006$). İzolasyon hissini çok hissedenler travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanları bazında infertil bireylerin suçluluk hissine göre travma sonrası gelişim göstermesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,088$ $p>0,05$).

Travma sonrası gelişim ölçeği toplamları bazında yas hissini çok hissedenler ile az hissedenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F(3,66)=6,018$; $p<0,001$). Yas hissini çok hissedenler travma sonrası gelişim toplam puanları açısından daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 3.26. İnfertil Bireylerin Hastalıklarını Ciddi Algılama Durumları Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Hayat Felsefesindeki Değişim Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	209,062	3	69,687	3,739	0,015
Gruplar içi	1209,024	66	18,637		
Toplam	1439,086	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre hastalığını hiç ciddi algılamayanlar ile çok ciddi algılayanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=3,739$; $p<0,015$). Hastalığını çok ciddi algılayanların travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tablo 3.27. İnfertil Hastaların Gerginlik Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	853,328	3	284,443	3,782	0,014
	Gruplariçi	4964,043	66	75,213		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	44,551	3	14,850	0,384	0,765
	Gruplariçi	2550,320	66	38,641		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	174,597	3	58,199	3,038	0,035
	Gruplariçi	1264,488	66	19,159		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılmış olan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre gerginlik hissini az hissedenler ile çok hissedenler arasında anlamlı farklılık vardır ($F(3,66)=3,782$; $p<0,014$). Çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde gerginlik hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p= 0,765$ $p>0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre gerginlik hissini az hissedenlerle çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=3,038$; $p< 0,035$). Çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.28. İnfertil Hastaların Kaygı Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	685,831	3	228,610	2,940	0,039
	Gruplariçi	5131,540	66	77,751		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	54,802	3	18,267	0,475	0,701
	Gruplariçi	2540,069	66	38,486		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	154,871	3	51,624	2,653	0,056
	Gruplariçi	1284,215	66	19,458		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre kaygı hissini az hissederler ile çok hissederler arasında anlamlı farklılık vardır ($F(3,66)=2,940$; $p < 0,039$). Çok hissederlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldığı görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde kaygı hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0,701$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre de travma sonrası gelişim göstermesinde kaygı hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0,056$ $p > 0,05$).

Tablo 3.29. İnfertil Hastaların Depresyon Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	685,630	3	228,543	2,939	0,040
	Gruplariçi	5131,742	66	77,754		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	106,244	3	35,415	0,939	0,427
	Gruplariçi	2488,627	66	37,706		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	178,627	3	59,542	3,118	0,032
	Gruplariçi	1260,459	66	19,098		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre depresyon hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı farklılık vardır ($F(3,66)=2,939$; $p < 0,040$). Depresyon hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde depresyon hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,427$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre depresyon hissini az hissedenlerle çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=3,118$; $p < 0,032$). Depresyon hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha fazla puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.30. İnfertil Hastaların Düşmanlık Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	1434,856	3	478,285	7,203	0,00
	Gruplariçi	4382,515	66	235,300		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	186,291	3	62,097	1,702	0,175
	Gruplariçi	2408,581	66	36,494		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	254,125	3	84,708	4,718	0,005
	Gruplariçi	1184,961	66	17,954		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre düşmanlık hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(3,66)=7,203$; $p < 0,00$). Düşmanlık hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde düşmanlık hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0,175$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre düşmanlık hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=4,718$; $p < 0,005$). Düşmanlık hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 3.31. İnfertil Hastaların Kızgınlık Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	1213,053	3	404,351	5,796	0,001
	Gruplariçi	4604,318	66	69,762		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	54,181	3	18,060	0,469	0,705
	Gruplariçi	2540,690	66	38,495		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	205,825	3	68,608	3,672	0,016
	Gruplariçi	1233,261	66	18,686		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre kızgınlık hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3,66)=5,796$; $p < 0,001$). Kızgınlık hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha fazla puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde kızgınlık hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0,705$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre kızgınlık hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=3,672$; $p < 0,016$). Kızgınlık hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 3.32. İnfertil Hastaların Şok/ İnkâr Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	361,549	3	120,516	1,458	0,234
	Gruplariçi	5455,822	66	82,664		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	409,991	3	136,664	4,128	0,010
	Gruplariçi	2184,881	66	33,104		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	59,750	3	19,917	0,953	0,420
	Gruplariçi	1379,336	66	20,899		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde şok/ inkar hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p= 0,234$ $p> 0,05$). “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre şok/ inkar hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir fark vardır ($F(3,66)=4,128$; $p< 0,010$). Şok/ inkar hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde şok/ inkar hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p= 0,420$ $p>0,05$).

Tablo 3.33. İnfertil Hastaların İzolasyon Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	1126,746	2	563,373	8,047	0,001
	Gruplarıçi	4690,626	67	70,009		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	127,118	2	63,559	1,726	0,186
	Gruplarıçi	2467,753	67	36,832		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	104,674	2	52,337	2,628	0,080
	Gruplarıçi	1334,412	67	19,917		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre izolasyon hissini hiç hissetmeyenlerle çok hissedenler arasında anlamlı bir fark vardır ($F(2,67)=8,047$; $p < 0,001$). İzolasyon hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde izolasyon hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,186$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde izolasyon hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,080$ $p > 0,05$).

Tablo 3.34. İnfertil Hastaların Suçluluk Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	775,861	2	258,620	3,386	0,023
	Gruplarıçi	5041,510	66	76,387		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	61,996	3	20,665	0,538	0,658
	Gruplarıçi	2532,875	66	38,377		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	138,432	3	46,144	2,342	0,081
	Gruplarıçi	1300,654	66	19,707		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre suçluluk hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=3,386$; $p < 0,023$). Suçluluk hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde suçluluk hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,658$ $p > 0,05$). “Hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermesinde suçluluk hissine göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0,081$ $p > 0,05$).

Tablo 3.35. İnfertil Hastaların Yas Hissi Değişkenine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği 3 Alt Boyutu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	Sig.
Kişinin kendisindeki değişim	Gruplararası	1640,871	2	546,657	8,643	0,00
	Gruplarıçi	4176,500	66	63,280		
	Toplam	5817,371	69			
Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim	Gruplararası	58,481	3	19,494	0,507	0,679
	Gruplarıçi	2536,391	66	38,430		
	Toplam	2594,871	69			
Hayat felsefesindeki değişim	Gruplararası	339,748	3	113,249	6,799	0,00
	Gruplarıçi	1099,347	66	16,657		
	Toplam	1439,086	69			

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeğine göre yas hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=8,643$; $p < 0,00$). Yas hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “Başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçeğine göre travma sonrası gelişim göstermede yas hissine göre anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,679$ $p > 0,05$). Travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeğine göre yas hissini hiç hissetmeyenler ile çok hissedenler arasında anlamlı bir farklılık vardır ($F(3,66)=6,799$; $p < 0,00$). Yas hissini çok hissedenlerin travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeği puanları açısından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 3.36. İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek ve Başa Çıkma Yolları Puanlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	TSG.Top.	BCYO.Top.	ASDO.Top.
TSG.Top. Pearson Cor.	1	,433 (**)	,271(*)
Sig. (2-tailed)		,000	,023
N	70	70	70
BCYO.Top. Pearson Cor.	,433 (**)	1	-,117
Sig. (2-tailed)	,000		,337
N	70	70	70
ASDO.Top. Pearson Cor.	,271(*)	-,117	1
Sig. (2-tailed)	,023	,337	
N	70	70	70

Tablo 3.36'ya göre travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile algılanan sosyal destek ve başa çıkma yolları toplam puan düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,271$ $p< 0,023$). Başa çıkma yolları düzeyi ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,433$ $p> 0,00$).

Tablo 3.37. İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		TSG.Top.	ASDO.ark.	ASDO.aile	ASDO.özelbiri
TSG.Top.	Pearson Cor.	1	-,231	,238(*)	-,117
	Sig. (2-tailed)		,054	,047	,335
	N	70	70	70	70
ASDO.ark.	Pearson Cor.	-,231	1	,050	,292(*)
	Sig. (2-tailed)	,054		,681	,014
	N	70	70	70	70
ASDO.aile	Pearson Cor.	,238(*)	,050	1	,205
	Sig. (2-tailed)	,047	,681		,088
	N	70	70	70	70
ASDO.özelbiri	Pearson Cor.	-,117	,292(*)	,205	1
	Sig. (2-tailed)	,335	,014	,088	
	N	70	70	70	70

Tablo 3.37'ye göre travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile algılanan sosyal destek ölçeği “arkadaştan alınan sosyal destek” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0,231$ $p < 0,54$). Travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile algılanan sosyal destek ölçeği “aileden alınan sosyal destek” alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir ($r = 0,238$ $p < 0,47$). Travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile algılanan sosyal destek ölçeği “özel birinden alınan sosyal destek” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = -0,117$ $p < 0,335$).

Tablo 3.38. İnfertil Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puan Düzeyinin Başa Çıkma Yolları Ölçeği Alt Boyutlarına Etkisini Gösterir Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	TSG.Top.	BCYO. kaderci	BCYO. iyimser	BCYO. problem	BCYO. çaresiz
TSG.Top.	1	,278(*)	,424(**)	,269(*)	,030
Sig. (2-tailed)		,020	,000	,025	,806
N	70	70	70	70	70
BCYO.kaderci	,278(*)	1	,160	-,203	,696(**)
Sig. (2-tailed)	,020		,186	,091	,000
N	70	70	70	70	70
BCYO.iyimser	,424(**)	,160	1	,682(**)	-,265(*)
Sig. (2-tailed)	,000	,186		,000	,027
N	70	70	70	70	70
BCYO.problem	,269(*)	-,203	,682(**)	1	-,267(**)
Sig. (2-tailed)	,025	,091	,000		,000
N	70	70	70	70	70
BCYO.Çaresiz	,030	,696(**)	-,265	-,627(**)	1
Sig. (2-tailed)	,806	,000	,027	,000	
N	70	70	70	70	70

Tablo 3.38'e göre travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile başa çıkma yolları ölçeği "kaderci başa çıkma" alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir ($r= 0,278$ $p> 0,020$). Travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile başa çıkma yolları ölçeği "iyimser- sosyal destek arayıcı başa çıkma" alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,424$ $p> 0,000$). Travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile başa çıkma yolları ölçeği "problem çözmeye yönelik başa çıkma" alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir ($r= 0,269$ $p> 0,25$). Travma sonrası gelişim toplam puan düzeyi ile başa çıkma yolları ölçeği "çaresiz başa çıkma" alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= 0,30$ $p> 0,806$).

Tablo 3.39. Örneklemin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları

Ölçek	N	Ortalama	S.S	Min- Max
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam Puanları	70	55,81	16,98	0- 105
Kişinin Kendisindeki Değişim Alt Ölçeği	70	28,25	9,18	0- 45
Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği	70	15,24	6,13	0- 35
Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği	70	12,31	4,56	0- 25

Tablo 3.39’da görüldüğü gibi örneklem grubu Travma Sonrası Gelişim Ölçeği’nden elde edilen toplam puanlarının ortalamaları bazında ortalamanın üzerinde puan almışlardır ($x=55,81$ $ss=16,98$). “Kişinin Kendisindeki Değişim” alt ölçeği ($x=28,25$ $ss=9,18$), “Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim” alt ölçeği ($x=15,24$ $ss=6,13$) ve “Yaşam Felsefesindeki Değişim” alt ölçeği ($x=12,31$ $ss=4,56$) puanları açısından da örneklem grubunun ortalamanın üstünde puanlar aldıkları görülmektedir.

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu araştırma infertil bireylerde travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla infertil hastalarda çeşitli demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim, yaşanan yer vb.), hastalıkla ilgili değişkenler (tanı konulma süresi, infertilite sebebi vb.) algılanan sosyal destek düzeyi ve başa çıkma yollarının travma sonrası gelişim ile ilişkisi ele alınmaktadır. Bu bağlamda yapılan analizlerin sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmaktadır.

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular ilgili literatür çerçevesinde karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş ortalaması $33,2 \pm 2,05$ 'tir. Ataman'ın (2007) doğal gebelikler ve tedavi sonucu oluşan gebeliklerle yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan infertil bireylerin yaş ortalamasını $32,98 \pm 4,23$ olarak belirtmiştir. Kavlak ve Saruhan'ın (2002) infertil kadınların yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmasında katılımcıların yaş ortalamasını $29,61 \pm 5,45$ olarak bulmuştur. Kuş (2008) infertil kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeyini incelediği çalışmasında katılımcıların yaş ortalamasını $28,81 \pm 4,47$ olarak kaydetmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) infertil kadınlarda evlilik uyumunu incelediği çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması $30,4 \pm 5,20$ olarak bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmadaki yaş ortalamasına ait veriler diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaşadığı yere bakıldığında %85,7'lik orana bakıldığında büyük çoğunluğun büyükşehirde yaşadığı bulunmuştur. Kırço'nun (2009) infertilitenin cinsel yaşam üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında katılımcıların %89,3'ünün şehirde yaşadığını ve Alibaşoğlu'nun (2010) infertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıklarını incelediği çalışmasında da katılımcıların %82,6'sının büyükşehirde yaşadığını kaydetmiştir. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulgular diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %51,4'ün yani büyük çoğunluğun lise mezunu olduğu kaydedilmiştir. Buradan katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılabilmektedir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da %40'lık büyük çoğunluğun lise mezunu olduğu görülmüştür. Terzioğlu'nun (1998) yaptığı çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim durumunun yüksek olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi ile benzerlik taşımaktadır. Ayrıca çalışmanın İstanbul ilinde ve özel hastanede yapılması da sonucu beklenir kılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların birlikte yaşadığı kişilere bakıldığında, %74,3'lük büyük çoğunluğun eşiyile beraber yaşadığı ve çekirdek aile olduğu kaydedilmiştir. Kırço'nun (2009) yaptığı çalışmada %79,3'lük kısmın ve Kavlak ve Saruhan'ın (2002) yaptığı çalışmada %84,7'lik kısmın çekirdek aileden oluştuğu belirtilmiştir. Araştırma bulguları Kırço ve Kavlak- Saruhan'ın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların ekonomik durumları incelendiğinde, %61,4'lük büyük kısmın ekonomik durumlarını "iyi" olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Bunun yanında Bayram'ın (2009) infertilitenin yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmasında katılımcıların %69'unun gelir gider dengesinin eşit olduğu ifade edilmiştir. Alibaşoğlu'nun (2010) çalışmasında ise %70,7'lik kısmın ekonomik durumunu "orta düzeyde" olarak belirttiği kaydedilmiştir. Araştırmaya katılanların ekonomik durumları ile belirtilen literatür bilgisi benzerlik taşımaktadır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların evlilik şekline bakıldığında, %54,3'lük kısmın görücü usulü ile, %45,7'lik kısmın flört ederek evlendiği kaydedilmiştir. Sonuçlar birbirlerine yakın olsalar da görücü usulü ile evlenen kısmın katılımcılar arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Bayram'ın (2009) yaptığı çalışmada da katılımcıların yarısı görücü usulü ile yarısı da flört ederek evlenmişlerdir. Tashbulatova'nın (2007) infertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörlerin incelendiği çalışmasında katılımcıların %63'ü görücü usulü ile evlendiği kaydedilmiştir. Bu araştırmanın bulguları Bayram (2009) ve Tashbulatova'nın (2007) araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir ancak Ataman'ın (2007) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun flört ederek evlenmiş olmasından ötürü farklılaşmaktadır.

. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, %54,3'lük kısmın çalışan, %45,7'lik kısmın çalışmayan olduğu kaydedilmiştir. Katılan kadınların %47,1'lik büyük çoğunluğunun ise ev hanımı olduğu belirtilmiştir. Alibaşoğlu'nun (2010) çalışmasında da %67,3'lük kısmı ev hanımları oluşturmaktadır. Kavlak ve Saruhan'ın (2002) yaptığı çalışmada da çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Ataman'ın (2007) çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştığı ortaya koyulmuştur. Dolayısıyla ilgili literatür bulguları ile araştırma bulguları katılımcıların çalışma durumu ve meslekleri açısından benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında katılımcıların evlilik süresine bakıldığında; %65,8'inin 10 yıldan daha az süredir evli, %21,4'ünün 11- 20 yıl arasında evli ve %12,8'inin de 21- 30 yıl arasında evli olduğu kaydedilmiştir. Belirtildiği üzere katılımcıların büyük kısmı 10 yıldan daha az süredir evlidir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Kırço'nun (2009) çalışmasında %56,2'lik kısmın 2- 5 yıl arasında evli olduğu ve Bayram'ın (2009) çalışmasında katılımcıların büyük oranını ifade eden %36,2'sinin 5- 9 yıldır evli olduğu belirtilmiştir.

Araştırma kapsamında katılımcıların eşleriyle olan akrabalık ilişkilerine bakıldığında %92,9'unun akraba evliliği yapmadığı kaydedilmiştir. Kızılkaya'nın (1987) infertil çiftleri psikososyal açıdan değerlendirmeyi amaçladığı çalışmasında katılımcıların %32,9'unun akraba evliliği yaptığını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçlarının farklılığı, Kızılkaya'nın yapmış olduğu çalışmanın örneklem grubunun doğu illerinden oluşması ve doğu illerindeki akraba evliliklerinin fazla olmasına bağlanabilir.

4.2. Örneklemin Hastalıkla İlişkili Değişkenler Açısından İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların hastalıklarına ilişkin bulgular ilgili literatür çerçevesinde karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcıların infertilite tanısı koyulma süresine bakıldığında, %68,6'sına 1 ile 9 yıllık süre içerisinde tanı koyulduğu kaydedilmiştir. Araştırma bulgumuzla benzer şekilde Terzioğlu'nun (1998) yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerini incelediği çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğuna 2 ile 8 yıl arasında tanı koyulduğunu belirtmiştir. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da katılımcıların %60'ının en az 5 yıldır tanı aldığını ortaya koymuştur. Belirtilen literatür bulguları araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamında katılımcıların tedavi süresine bakıldığında, %60'ının 1 ile 8 yıl arasında tedavi gördükleri ortaya koyulmuştur. Benzer şekilde Bayram'ın (2009) çalışmasında da katılımcıların %43'ü 6 yıldan daha fazla zamandır tedavi olmaktadır. Kavlak ve Saruhan'ın (2002) yaptığı çalışmada da %82,7'lik büyük çoğunluk da 2 yıldan fazla süredir infertilite tedavisi görmektedir. Dolayısıyla katılımcıların tedavi süresiyle ilgili bulguları, belirtilen literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Buradan, katılımcıların pek çoğunun uzun zamandır tedavi gördüğü sonucu çıkarılabilir.

Araştırma kapsamında katılımcıların infertilite sebeplerine bakıldığında, yarısından fazlasının yani %51,4'ünün yumurtlama problemi olduğu kaydedilmiştir. Diğer sebepler incelendiğinde polikistik over sendromu % 11,4, sperm yetersizliği %15,7, tüplerin tıkalı olması % 5,7, rahimde ur olması % 4,3, testislerdeki hastalık %1,4, yaşa bağlı faktörler % 2,9, rahim kalınlığı % 1,4 ve bilinmeyen nedenler % 5,7 olarak belirtilmektedir. Bulgularda da görüldüğü gibi infertilite sebebini büyük oranla yumurtlama problemi oluşturmaktadır. Akın'ın (2005) infertil hastalarla yaptığı çalışmasında, literatürde yumurtlama problemlerinin infertilite sebeplerinden ilk sırayı aldığını ortaya koymuştur.

Araştırma kapsamında katılımcıların tedavi türlerine bakıldığında %42,9'luk büyük çoğunluğun hormon tedavisi gördüğü kaydedilmiştir. Diğer tedavi yöntemleri incelendiğinde spontan takip % 28, 6, aşılama % 2,9, aşılama ve hormon tedavisi %10, aşılama, hormon ve tüp bebek tedavisi % 7,1, cerrahi müdahale % 5,7, sperm çoğaltıcı iğne % 1,4 ve varikosektomi % 1,4 olarak kaydedilmiştir. Bulgularda gösterildiği gibi tedavi türlerinde büyük çoğunluğu hormon tedavisi kaplamaktadır. Kuş'un (2008) yaptığı çalışmada da benzer bulgular göze çarpmaktadır. Kuş, katılımcıların %60,4'ünün hormon tedavisi gördüğünü belirtmiştir. Daha sonra ise sırasıyla aşılama ve tüp bebek (IVF) yöntemlerinin kullanıldığını ifade etmiştir. Yapılan araştırmada ise ikinci sırayı tedaviye yeni başlayan hastalara uygulanan spontan takip yöntemi almaktadır. Örneklemin tedaviye yeni başlayan kişileri de içermesinden dolayı böyle bir sonuçla karşılaşmak beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamında katılımcıların tedavi masraflarını karşılama durumuna bakıldığında, %55,7'sinin hem kendisi hem de devlet desteği ile masrafları karşıladığı kaydedilmiştir. Alibaşoğlu'nun (2010) çalışmasına bakıldığında katılımcıların %81,3'ünün tedavi masraflarını kendi imkanları ve devlet desteği ile karşıladığı görülmektedir. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, Alibaşoğlu'nun çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

4.3. Örneklem Grubunun Sosyodemografik ve Hastalık Değişkenlerine İlişkin

Bulguların Tartışılması

Cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, yaşanılan yer, daha önceden çocuğu olma gibi çeşitli demografik değişkenlerin travma sonrası gelişim düzeyleri incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yılmaz'ın (2006) arama-kurtarma çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında da demografik değişkenlerin travma sonrası gelişmeyi yordamadığı ortaya koyulmuştur. Aynı şekilde Tüfekçi'nin (2011) trafik kazası geçirmiş kişilerle yaptığı çalışmasında da demografik değişkenler ile travma sonrası gelişim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum, araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Yaşa göre travma sonrası gelişim düzeyleri incelendiğinde, yaş değişkeninin travma sonrası gelişimi yordadığı bulunmuştur. 21- 30 yaş arasında olanların travma sonrası gelişim ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine 21-30 yaş arasındaki infertil bireylerde travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim”, “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” ve “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutlarında da daha yüksek puan aldıkları kaydedilmiştir. Özlü'nün (2007) şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada da yaş ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu kaydedilmiştir. Genç olan hastaların yaşlı hastalara oranla travma sonrası gelişim ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, araştırmayı destekler niteliktedir.

Gelecekte çocuk sahibi olma inancına göre travma sonrası gelişim düzeyleri incelendiğinde, ileride yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inananların travma sonrası gelişim ortalamalarının daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Aynı şekilde yüzde yüz çocuk sahibi olacağına inanan infertil bireylerde travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim”, “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” ve “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçeklerinde de daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bireylerin geleceğe dair umutsuzlukları, çaba göstermelerini engellemekte ve yaşadıklarını daha negatif algılamalarına neden olmaktadır (Dürü, 2006). Umutsuzluk ve travma sonrası gelişim ile ilgili çok fazla araştırma yapılmamasına rağmen, kişilerin umutsuzluğa kapılmaması ve çocuğu olacağına dair yüksek inancı travma sonrası gelişimi pozitif yönde yordamaktadır (Harvey ve diğ., 1995).

Eşler arasındaki akrabalık ilişkisinin travma sonrası gelişim düzeyine etkisi incelendiğinde, eşi ile akrabalık ilişkisi olmayan çiftlerin travma sonrası gelişim ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine, travma sonrası gelişim ölçeğinin “hayat felsefesindeki değişim” alt boyutuna göre değerlendirildiğinde, eşiyle akrabalık ilişkisi olmayanların daha fazla puan aldıkları kaydedilmiştir. İlgili literatür çalışmalarına bakıldığında bu yönde bir bulguya rastlanmamıştır. Akraba evlilikleri ile ilgili ülkemizin pek çok yerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre kusurlu doğumları ve sterilitayı (gebe kalmanın imkansız hale geldiği durum) arttırdığı ve fertilitayı olumsuz yönde etkilediği ortaya koyulmuştur (Akın, 2000). Bu durumun yarattığı umutsuzluğun travma sonrası gelişimi negatif yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.

İnfertil bireyin birlikte yaşadığı kişilerin travma sonrası gelişim düzeyine olan etkisi incelendiğinde, eşiyle birlikte yaşayan çekirdek ailelerin, eşinin ailesi veya kendi ailesiyle yaşayanlara oranla travma sonrası gelişim ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Tezkereci'nin (2010) infertilite tedavisi görenlerle yaptığı çalışmada aile yapısının sağlıklı yaşam biçimini etkilediği, çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayanlara oranla yaşam kalitesinin daha da arttığını kaydetmiştir. Eşinin ailesi veya kendi ailesiyle yaşayanların, sadece eşiyle yaşayanlara kıyasla psikolojik açıdan daha fazla engellenmiş ve sosyal açıdan daha fazla kısıtlanmış olmaları, bundan olumsuz etkilenmeleri ve travmatik olayın yarattığı gerginliği pozitif çevirememeleri beklenen bir durumdur. Dolayısıyla bu durum, araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

İnfertil bireylerde hastalığa ilişkin değişkenlerden infertilite sebebinin, tedavi türünün ve tedavi masraflarının karşılanma durumunun travma sonrası gelişim düzeyine olan etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bayraktar'ın (2008) kanser hastalarında travma sonrası gelişim olgusunun ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmasında yaptığı analizler sonucunda sadece tanıdan itibaren geçen süre ve hastaların sahip olduğu bilgi yeterliliği değişkenlerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Diğer değişkenlerde (hastalık sebebi, hastalık türü, tedavi masraflarının nasıl karşılandığı) istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar belirtilmemiştir. Araştırmanın hastalık değişkenlerine dair bu bulgusu Bayraktar'ın çalışmasıyla benzerlik taşımaktadır.

İnfertil hastaların durumlarını paylaştıkları kişilere göre travma sonrası gelişim ölçeğinin “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt boyutuna olan etkisine bakıldığında,

durumunu sadece arkadaşlarıyla paylaşanların, sadece ailesiyle paylaşanlar ve kimseyle paylaşmayanlara oranla daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Kondaveeti ve arkadaşlarının (2011) 180 infertil çiftin sosyal destek düzeylerinin cinsiyete göre incelendiği çalışmalarında kadınların erkeklere göre infertil durumu daha fazla tartıştıkları, arkadaşlarından ve ailesinden daha fazla sosyal destek aradıkları ve buna bağlı olarak daha fazla gelişim gösterdikleri kaydedilmiştir. Dolayısıyla Kondaveeti ve arkadaşlarının bu bulgusu araştırmayı destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan infertil bireylerin duygu durumlarının travma sonrası gelişim toplam puanlarına olan etkisine bakıldığında; gerginlik, düşmanlık, kızgınlık, izolasyon ve yas duygularını çok fazla hissedenlerin, hiç hissetmeyenlere oranla travma sonrası gelişim ortalamalarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun yanında kaygı, depresyon, şok olma/inkar ve suçluluk hislerinin travma sonrası gelişimi yordamadığı kaydedilmiştir. Travma sonrası gelişim ölçeğinin “kişinin kendisindeki değişim” ve “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt ölçekleri bazında incelendiğinde; gerginlik, düşmanlık, kızgınlık, yas ve depresyon hislerini çok fazla hissedenlerin az hissedenlere oranla daha fazla travma sonrası gelişim puanı aldıkları bulunmuştur. İzolasyon, kaygı ve suçluluk duygularını çok fazla hissedenler az hissedenlere oranla travma sonrası gelişim ölçeği “kişinin kendisindeki değişim” alt boyutunda daha fazla puan aldıkları görülmüştür. Şok olma/inkar duygusunu çok fazla hissedenler az hissedenlere oranla travma sonrası gelişim ölçeği “başkalarıyla olan ilişkilerdeki değişim” alt boyutunda daha fazla puan aldıkları kaydedilmiştir. Travma sonrası gelişim toplam puanları ve alt boyutları bazında genel olarak bakıldığında, infertilite hastalığının getirdiği olumsuz duyguların fazla hissedilmesi, kişinin travma sonrası gelişim puanlarının daha fazla olmasına yol açmıştır. Paul ve arkadaşlarının (2010) infertil bireylerde travma sonrası gelişim ve sosyal desteği incelediği araştırmasında çalışmaya katılanlar infertil olmayı yüksek düzeyde stres içeren bir olay olarak ifade etmişler ve infertilite dolayısıyla olumsuz duygular yaşayan bireylerin kişisel olarak daha fazla geliştiklerini ortaya koymuşlardır. Siedentopf (2008) ve arkadaşlarının infertil hastalarla yaptığı çalışmada endometriozis teşhisi konulanların depresif semptomlarının arttığını ve hastaların bundan yarar sağlayıp stresle baş etme becerilerinin yükseldiğini kaydetmişlerdir. Dolayısıyla infertilitenin yarattığı negatif duyguların daha fazla gelişime yol açtığına yönelik bulgular, belirtilen literatür bulgularıyla benzerlik taşımaktadır.

İnfertil bireylerin hastalığını ciddi algılama düzeyi travma sonrası gelişim ölçeği “hayat felsefesindeki değişim” alt ölçekleri bazında incelendiğinde, hastalığını ciddi bir durum olarak

değerlendirenlerin hiç ciddi değerlendirmeyenlere göre travma sonrası gelişim ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Turner-Sack ve arkadaşlarının (2012) kanserden kurtulmuş 31 ergenle yaptıkları çalışmada başa çıkma stratejileri ve travma sonrası gelişim düzeyleri incelenmiştir. Hastalığını ciddi algılayan, tekrar nüksedeceğine inanan ve bu yüzden daha kabul edilebilir başa çıkma stratejileri kullanan kişilerin travma sonrası gelişim gösterdiği kaydedilmiştir.

4.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılanların algılanan sosyal destek düzeyi toplam puanları ile travma sonrası gelişim düzeyi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir. Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanı ile algılanan sosyal destek ölçeği “aileden alınan sosyal destek” alt boyutu arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. “Özel birinden alınan sosyal destek” ve “arkadaştan alınan sosyal destek” alt boyutlarının travma sonrası gelişim ile ilişkisine bakıldığında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Martins ve arkadaşlarının (2011) infertilitenin yarattığı stres faktörleri ile sosyal destek arasındaki ilişkileri inceldiği çalışmasında sosyal desteğin infertilitenin yarattığı stres ile başa çıkmada yardımcı olduğunu ortaya koymuştur. Schexnauldre’in (2011) Amerika Birleşik Devletlerinde 2005 yılında meydana gelen Katrina Kasırgasından sağ kurtulan 94 çocukla yaptığı çalışma sonucunda çocuklarda travma sonrasında pozitif değişimler meydana geldiğini ve çevreden alınan sosyal desteğin travma sonrası gelişimin önemli bir belirleyicisi olduğu kaydedilmiştir. Kişilerin bu travmatik yaşantıdan sonra kendini daha fazla açmaya başladığı ve dünyaya dair şemalarının da değiştiği belirtilmiştir. Schroevers ve arkadaşlarının (2010) uzun dönem kanser hastası 206 kişiyle yaptıkları boylamsal çalışmada, sosyal destek düzeyi teşhisten 3 ay ve 8 yıl sonra; travma sonrası gelişim düzeyi ise teşhisten 8 yıl sonra değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, algılanan duygusal destek arttıkça travma sonrası gelişim de artmaktadır. Aileden, arkadaşlardan ve yakın çevreden alınan güvenli ve rahatlatıcı sosyal desteğin kişilerin kanserle mücadele etmelerini kolaylaştırdığı ve travma sonrası gelişim göstermelerini sağladığı ifade edilmiştir. Hirsch ve Hirsch’in (1995) 94 infertil hasta ile yaptıkları çalışmada, infertilitenin uzun dönemdeki psikososyal etkisi değerlendirilmiştir. İnfertil bireylerde zamanla sosyal desteğin arttığı ve böylece depresif semptomların azaldığı ortaya konmuştur. Sosyal destek, psikolojik destek ve durumun olumlu kabulünün infertilitenin stresiyle başa çıkmada yardımcı olduğu bulunmuştur. Morris ve arkadaşlarının (2007) Avusturalya hastanesinde 2 yıl boyunca heterojen kanser tanısı almış 335 erkek ve

kadınla yaptıkları çalışmada aktif başa çıkma becerilerini kullanan, nişanlanma, evlenme gibi duygusal durumların içine giren ve çevreden ve aileden sosyal destek alanların travma sonrası gelişim faktörleriyle pozitif ilişkili olduğu görülmüştür. Güven'in (2010) Marmara depremini yaşayan yetişkinlerin algılanan sosyal destek düzeyleri ve travma sonrası gelişim düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, sosyal destek düzeyi azaldıkça, travma sonrası olumlu gelişimin de azaldığı kaydedilmiştir. Sonuç olarak araştırma bulguları ve ilgili literatür çalışmaları göz önüne alındığında algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt ölçek puanları ile travma sonrası gelişim toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir.

4.5. Başa Çıkma Yolları Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılanların başa çıkma yolları düzeyi toplam puanları ile travma sonrası gelişim düzeyi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir. Travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanı ile başa çıkma yolları ölçeği "kaderci başa çıkma", "iyimser- sosyal destek arayıcı başa çıkma" ve "problem çözmeye yönelik başa çıkma" alt boyutu puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Travma sonrası gelişim toplam puanı ile başa çıkma yolları ölçeği "çaresizlik" alt boyutu puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Peterson ve arkadaşlarının (2005) 5 yıldır infertilite tedavisi görüp sonuç alamayan Danimarkalı kadın ve erkeklerle yaptıkları çalışmada aktif ve pasif başa çıkma becerileri değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, aktif ya da çözüm odaklı başa çıkma becerileri kullanan kişilerin infertilitenin yarattığı sıkıntıdan daha kolay kurtulduğu, yaşamına yeni bir anlam verdiği ve hayatı adına yeni hedefler koyduğu görülmüştür. Berghuis ve Stanton (2002) infertil bireylerde depresif semptomlar ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Kaçınan başa çıkma stratejilerini kullanmanın her iki eşte depresif belirtileri arttırdığı, problem odaklı başa çıkma ve duyguları ifade etme yöntemlerinin sıkıntıyı önemli ölçüde azalttığı ve kişisel gelişim sağladığı görülmüştür. Schexnaildre'nin (2011) Katrina Kasırgasından sağ kurtulan 94 çocukla yaptığı çalışmada, problemi çözmeye yönelik başa çıkma gibi aktif başa çıkma stratejilerini kullanmanın travma sonrası gelişimin pozitif belirleyicisi olduğunu ifade etmiştir. Schmidt ve arkadaşlarının (2012) kanserden kurtulan 54 kişiyle yaptıkları çalışmada bağlanma stilleri, baş etme yöntemleri ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Aktif başa çıkma stratejileri, olumlu yeniden çerçeveleme ve dini inançta artış travma sonrası gelişim ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Silva ve arkadaşlarının (2012) başa çıkma yöntemleri ve travma sonrası gelişimin meme kanseri

hastalarının psikolojik uyumlarındaki rolünün değerlendirildiği çalışmada, 50 katılımcı 3 gruba ayrılmış ve ilk grup ameliyat sırasında, 2. grup kemoterapi tedavisi sürecinde ve 3. grup ise tedaviden 6 ay sonra değerlendirmeye alınmıştır. 1. gruptaki katılımcılar diğer gruptakilere göre daha fazla anksiyete yaşadıkları için başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanmış, travma sonrası gelişim daha çok görülmüş ve dolayısıyla hastalıklarına daha çok uyum sağlamışlardır. Schmidt ve arkadaşlarının (2005) infertilitenin evliliğe olan etkisini 2250 çift ile inceledikleri çalışmada, kadınların %25,9 ve erkeklerin %21,1 'inde infertilitenin evliliklerine yüksek düzeyde yarar sağladığı kaydedilmiştir. Duygularını ifade etme ve başkalarıyla paylaşma gibi aktif başa çıkma stratejileri kullananların daha fazla yarar sağladığı; infertil olduklarını bir sır olarak saklayanların, problemden kaçınma gösterenlerin ve duygularını saklayanların evliliklerine zarar verdiği belirlenmiştir. Özlü'nün (2007) şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişimi incelediği çalışmada, problem odaklı ve iyimser/ sosyal destek arayıcı başa çıkma stratejilerini kullananların travma sonrası gelişim düzeylerinin daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Sonuç olarak, daha önceden yapılmış olan literatür çalışmaları incelendiğinde başa çıkma stratejileri toplam puanı ve alt ölçek puanları ile travma sonrası gelişim toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir.

Araştırma genel olarak değerlendirildiğinde infertil hastalarda travma sonrası gelişim düzeyini yordayan değişkenler; yaş, gelecekte çocuk sahibi olacağına dair inanç, eşler arasındaki akrabalık ilişkisi, hastanın birlikte yaşadığı kişiler, infertil olma durumunu paylaştığı kişiler, negatif duygu durumu ve hastalığı ciddi algılama derecesi olarak bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, yaşanılan yer, daha önceden çocuğu olma, infertilite sebebi, tedavi türü ve tedavi masraflarının karşılanma durumunun travma sonrası gelişim belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi görülmediği kaydedilmiştir. İnfertil hastalarda algılanan sosyal destek düzeyi toplam puanı ve "aileden alınan sosyal destek" alt boyutu ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuş; "özel birinden alınan sosyal destek" ve "arkadaştan alınan sosyal destek" alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yine infertil hastalarda başa çıkma yolları toplam puanı ve "kaderci başa çıkma", "iyimser- sosyal destek arayıcı başa çıkma" ve "problem çözmeye yönelik başa çıkma" alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişki kaydedilmiş; "çaresizlik" alt boyutu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma, infertil bireylerde sosyodemografik özelliklerin, algılanan sosyal desteğin ve başa çıkma yollarının travma sonrası gelişim üzerindeki etkisini ortaya koyduğundan önem

taşımaktadır. Ayrıca ülkemizde infertil bireylerde travma sonrası gelişim kavramının incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmanın bu açıdan da literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırma İstanbul'da ikamet eden 70 infertil hastadan elde edilen bilgiler üzerinde yapılmasından dolayı, yapılması planlanan benzer çalışmaların örneklem grubunun daha fazla sayıda kişiden oluşması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbey, A., Andrews, F.M. ve Halman, L.J. (1994). Psychosocial Predictors of Life Quality: How Are They Affected by Infertility, Gender, and Parenthood?. *Journal of Family Issues*, 15 (2), 253- 271. Retrieved January, 13, 2013, PsycINFO veritabanı.

Affleck, G., Tennen, H. ve Gershman, K. (1985). Cognitive Adaptations to High-Risk Infants: The Search for Mastery, Meaning, and Protection from Future Harm. *American Journal of Mental Deficiency*, (89). USA, 652- 656.

Ak, G. (2002). İnfertil Çiftler Başa Çıkma Önerileri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11 (7). Türkiye, 260.

Akın, G. (2000). Denizli Kırsal Kesiminde Akraba Evliliği ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 40(3). Türkiye, 67- 80.

Akın, H. (2005). *Kontrollü Overyan Hiperstimulasyon Uygulanan İnfertil Olgularda GnRh Antagonist ve Agonist Uzun Protokollerinin Karşılaştırması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Alibaşoğlu, H. (2010). *İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2005). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (düzeltilmiş 4. baskı DSM IV TR). E. Köroğlu (Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (4. baskı DSM IV). E. Köroğlu (Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2). Türkiye, 68- 75.

Armeli, S., Gunthert, C. ve Cohen, L.H. (2001). Stressor Appraisals, Coping, and Post-Event Outcomes: The Dimensionality and Antecedents of Stress-Related Growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (3), 366- 395. Retrieved December, 26, 2012, PsycNET veritabanı.

Ataman, H. (2007). *Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: MÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Atherton, F. ve Howel, D. (1995). Psychological Morbidity and the Availability of Assisted Conception: A Group Comparison Study. *Journal of Public Health Medicine*, 17 (2), 157- 160. Retrieved, January, 21, 2013, PubMed veritabanı.

Bakacak, Z.B. (2005). *Antimüllerian Hormonun İyfl Sikluslarında Over Rezervini Belirlemedeki Rolü*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.

Barakat, L.P., Alderfer, M.A. ve Kazak, A.E. (2006). Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4). 413- 419. Retrieved, December, 27, 2012, Oxford Journals veritabanı.

Başoğlu, M. (2002). Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelismeler ve Güncel Konular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (1). Türkiye, 9- 25.

Baltaş, Z. ve Baltas, A. (1990). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. (9. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bayer, S. R., Alper, M. M. ve Penzias, A. S. (2008) *Boston IVF İnfertilite El Kitabı*. I. A. Zeki ve V. Kubilay (Çev). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

Bayraktar, S. (2008). *Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bayram, G.O. (2009). *İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bellizzi, K.M. ve Blank, T.O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25 (1), 47- 56. Retrieved December, 25, 2012, PsycNET veritabanı.

Berghuis, J.P. ve Stanton, A.L. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples over an İnsemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (2), 433- 438.

Bruhn, J.G. ve Philips, B.U. (1984). Measuring Social Support: A Synthesis of Current Approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 151- 169. Retrieved, January, 21, 2013, Springer Link veritabanı.

- Cadell, S., Regehr, C. Ve Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *Amerikan Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 279- 287. . Retrieved December, 26, 2012, Wiley veritabanı.
- Calhoun, L.G. ve Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic Growth: Future Directions. R.G.Tedeschi, C.L. Park ve L.G. Calhoun (Ed.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis içinde* (215- 238). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L.G. ve Tedeschi, R.G. (1999). *Posttraumatic Growth. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L.G. ve Tedeschi, R.G. (2006). Foundations of Posttraumatic Growth. L.G.Calhoun ve R.G.Tedeschi (Ed.). *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice içinde* (3- 23). London Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C.S. ve Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions İn a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184- 195. Retrieved December, 24, 2012, PsycNET veritabanı.
- Cobb (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300- 314. Retrieved January, 23, 2013, PubMed veritabanı.
- Cohen, S. ve Wills, T.A. (1985). Stress, Social Supports and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2). The USA, 310- 357.
- Cordova, M.J. ve Anrykowski, M.A. (2003). Responses To Cancer Diagnosis And Treatment: Posttraumatic Stress And Posttraumatic Growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8 (4), 286- 296. Retrieved December, 27, 2012, PubMed veritabanı.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R. ve Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology*. 20 (3), 176- 185. Retrieved December, 27, 2012, PsycNET veritabanı.
- Cryder, C.H., Kilmer, R.P., Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2006). An Exploratory Study of Posttraumatic Growth in Children Following a Natural Disaster. *Amerikan Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 65- 69. Retrieved December, 26, 2012, PubMed veritabanı.
- Crosiqnani, P.G. ve Rubin, B.L. (2000). Optimal Use of İnfertility Diagnostic Tests and Treatments. The ESHRE Capri Workshop Group. *Human Reproduction*, 15 (3), 723- 732. Retrieved January, 16, 2013, PubMed veritabanı.

Çakır, Y. ve Palabıyıkoglu, R. (1993). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5 (1). Türkiye, 15- 24.

Çevrioglu, S. (2009). İnfertilitenin Psikososyal Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (1). Türkiye, 5- 6.

Denson , V. (2006). Diagnosis and Management of Infertility. *The Journal of Nurse Practitioners*, 2 (6), 380- 386.

Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikolojisi*. İ. Dağ (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Dirik, G. (2006). *Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation with in the Conservation of Resources Theory*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I. ve Van Der Ploeg, H.M. (2003). Social Support, Coping, Life Events, and Posttraumatic Stress Symptoms among Former Peacekeepers: A Prospective Study. *Personality and Individual Differences*, (34). The USA, 1545- 1559.

Domar, A.D., Seibel, M.M. ve Benson, H. (1990). The Mind/Body Program for Infertility: A New Behavioral Treatment Approach for Women with Infertility. *Fertility and Sterility*, 53 (2), 246- 249. Retrieved December, 30, 2012, PubMed veritabanı.

Duru, E. 2008. Üniversiteye Uyum Sürecinde Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Doğrudan ve Dolaylı Rollerini. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (29). Türkiye, 13- 24.

Dürü, Ç. (2006). *Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: HÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dürü, Ç., Işıklı, S., Özbaş, R., Haksal, P. ve Vural, A. (2006). Genel Sıkıntı Düzeyi Belirlenmesi Çalışması Raporu. Psikolojik Destek Programı. *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü*.

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 101 (34). Türkiye, 45- 55.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1). Türkiye, 17- 25.

- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839- 852. Retrieved January, 26, 2013, PsycNET veritabanı.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It Must be a Process: Study of Emotion and Coping during Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150- 170. Retrieved January, 25, 2013, PsycNET veritabanı.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219- 239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571- 579. Retrieved January, 26, 2013, PsycNET veritabanı.
- Folkman, S. ve Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. Retrieved January, 11, 2013, PubMed veritabanı.
- Forti, G. ve Krausz, C. (1998). Evaluation and Treatment of the Infertile Couple. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83 (12), 4177- 4188. Retrieved January, 17, 2013, PubMed veritabanı.
- Friedman, T. (1989). Infertility and Assisted Reproduction. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3(4), 751- 767. Retrieved January, 16, 2013, PubMed veritabanı.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and Psychological Distress: A Critical Review of The Literature. *Journal of Social Science & Medicine*, 45 (11), 1679- 1704. Retrieved December, 30, 2012, PsycINFO veritabanı.
- Guzick D.S., Sullivan M.W., Adamson G.D., Cedars M.I., Falk R.J., Peterson E.P. ve Steinkampf M.P. (1998). Efficacy of Treatment for Unexplained Infertility. *Fertil Steril*, 70 (2), 207- 213. Retrieved January, 24, 2013, PubMed veritabanı.
- Güven, K. (2010). *Marmara Depremi Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Harvey, J.H., Stein, S.K., Olsen, N., Roberts, R.J. (1995). Narratives of Loss and Recovery from a Natural Disaster. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10 (2), 313- 330. Retrieved May, 10, 2013, PubMed veritabanı.
- Herbert, C. (2007). *Travma Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Tepkileri Anlamak*. M. Z. Sungur (Çev). İstanbul: Psikonet Yayınevi.

Hirsch, A.M. ve Hirsch, S.M. (1995). The Long-Term Psychosocial Effects of Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 24 (6), 517- 522. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.

Holahan, C.J. ve Moos, R.H. (1987 a). Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 946-955. Retrieved January, 25, 2013, PubMed veritabanı.

Holahan, C.J. ve Moos, R.H. (1987 b). Risk, Resistance, and Psychological Distress:A Longitudinal Analysis with Adults and Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (1), 3- 13. Retrieved January, 27, 2013, PubMed veritabanı.

Ickovics, J.R., Meade, C.S., Kershaw, İ.S., Milan, S., Lewis J.B. ve Ethier, K.A. (2006). Urban Teens: Trauma, Posttraumatic Growth, and Emotional Distress Among Female Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 841-850. Retrieved January, 17, 2013, PsycARTICLES veritabanı.

Karakaya, S. (2009). *İnfertil Hastaların Araştırılmasında Genital Enfeksiyonların Taranması*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Karancı, N.A., Alkan, N., Akşit, B., Sucuoğlu, H. ve Balta, E. (1999). Gender Differences in Psychological Distress, Coping, Social Support and Related Variables Following the 1995 Dinar (Turkey) Earthquake. *North American Journal of Psychology*, 1 (2), 189- 204.

Karen,O., Neil, F. ve Richard, C. (2005) Positive Coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50 (3), 266- 277. Retrieved January, 13, 2013, PsycARTICLES veritabanı.

Kavlak, O. ve Saruhan, A. (2002). İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41 (4). Türkiye, 229- 232.

Kesimci, A. (2003). *Percieved Social Support, Coping Strategies and Stres-Related Growth as Predictors of Depression and Hopelessness in Breast Cancer Patients*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kesimci, A., Göral, F.S. ve Gençöz, T. (2005) Determinants of Stress-Related Growth: Gender, Stressfulness of the Event, and Coping Strategies. *Current Psychology*, 24 (1), 68- 75. Retrieved January, 16, 2013, Springer Link veritabanı.

Kılıç, C. (2005). Travmanın Farklı Bir Boyutu: Travma Sonrası Büyüme-Depremzedelerde Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları. *Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV Özet Kitabı*. 1- 4 Aralık 2005, İstanbul.

Kılıç, M., Apay, S. E. ve Beji, N. K. (2011). İnfertilite ve Kültür. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19 (2). Türkiye, 109- 115.

Kırço, T. (2009). *İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: HÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kızılkaya, N. (1987). *İnfertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve İnfertilitenin Psikososyal Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kondaveeti, N., Hamilton, J., Maher, B., Kirkham, C., Harrison, R.F., Mocanu E.V. (2011). Psychosocial Trends in Couples Prior to Commencement of in Vitro Fertilisation (IVF) Treatment. *Human Fertility*, 14 (4), 218- 223. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.

Kuş, C. (2008). *İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: MÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Laufer, A. ve Solomon, Z. (2006). Posttraumatic Symptoms and Posttraumatic Growth Among Israeli Youth Exposed to Terror Incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (4), 429- 447. Retrieved January, 23, 2013, JSTOR veritabanı.

Leahy, L. R. (2007). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. T. Özakkaş (Ed.). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu içinde* (213- 238). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Lepore, S. J., Evans, G. W. ve Schneider, M. L. (1991). Dynamic Role of Social Support in the Link Between Chronic Stress and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (6), 899-909. Retrieved December, 24, 2012, PubMed veritabanı.

Lev- Wiesel, R. ve Amir, M. (2003). Posttraumatic Growth among Holocaust Child Survivors. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 8 (4), 229- 237. Retrieved December, 21, 2012, Taylor & Francis veritabanı.

Lev- Wiesel, R., Amir, M. ve Besser, A. (2004). Posttraumatic Growth among Female Survivors of Childhood Sexual Abuse in Relation to the Perpetrator Identity. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 10 (1), 7- 17. Retrieved January, 24, 2013, Taylor & Francis veritabanı.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstain, L., Fox, K. ve Grana, G. (2004). Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66 (3), 442- 454. Retrieved December, 26, 2012, PubMed veritabanı.

- Marsella, A.J. ve Scheuer, A.J. (1988). Coping, Culture, And Healthy Human Development: A Research And Conceptual Overview. P.R. Dasen, S.W. Berry, N.Sartorius (Ed.). *Health and Cross Cultural Psychology Toward Applications içinde*. London: SAGE Publication.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M., Costa, M.E. (2011). Direct and İndirect Effects of Perceived Social Support on Women's İnfertility-Related Stress. *Human Reproduction*, 26 (8), 2113- 2121.
- Milam, J.E., Ritt-Olson, A. ve Unger, J.B. (2004). Posttraumatic Growth Among Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19 (2). 192- 204. Retrieved December, 25, 2012, SAGE Publications veritabanı.
- Morris, B.A., Shakespeare-Finch, J. ve Scott, J.L. (2007). Coping Processes and Dimensions of Posttraumatic Growth, *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 1- 12. Retrieved May, 17, 2013. UTAS veritabanı.
- Neff, D.L. (1994). The Social Construction of İnfertility: The Case of the Matrilineal Nayars in South İndia. *Social Science & Medicine*, 39 (4), 475- 485. Retrieved January, 22, 2013, PubMed veritabanı.
- Newton, C. R., Sherrard, W. ve Glavac, I. (1998). The Fertility Problem Inventory: Measuring Perceived İnfertility-Related Stress. *Fertil Steril*, 72 (1). Canada, 54- 62.
- Oğuz, D. H. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Özcan, J. (2005). *İnvitro Fertilizasyon Planlanan Zayıf Yanıtlı Hastalarda Uygulanan Mikrodoz Protokolü ile Mikrodoz Stop Protokolünün Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O. ve Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (2). Türkiye, 140- 148.
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2 (1). Türkiye, 34- 41.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.
- Özlu, A. (2007). *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük ve Travma Sonrası Gelişim ile İlgili Özellikler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli: KÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Paul, M.S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S. ve Malave, A.F. (2010). Posttraumatic Growth and Social Support in Individuals with Infertility. *Human Reproduction*, 25 (1), 133- 141. Retrieved May, 15, 2013, Oxford Journals veritabanı.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. ve Schmidt, L. (2009). The Longitudinal Impact of Partner Coping in Couples Following 5 Years of Unsuccessful Fertility Treatments. *Human Reproduction*, 24 (7), 1656- 1664. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.
- Repokari, L., Punamaki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A. ve Tulppala, M. (2007). Infertility Treatment and Marital Relationships: A 1-Year Prospective Study among Successfully Treated ART Couples And Their Controls. *Human Reproduction*, 22 (5), 1481- 1491. Retrieved January, 2, 2013, Oxford Journals veritabanı.
- Robinson, G.E. ve Stewart, D.E. (2003). Postpartum Disorders. D.E. Stewart ve N.L. Stotland (Ed.). *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology içinde* (115- 138). Washington: American Psychiatric Press.
- Samuel, M.Y., Cecilia, L.W.C. ve Rainbow, T.H. (2004). Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors. *Journal of Psycho- Oncology*, 13 (6), 377- 389. Retrieved December, 26, 2012, Wiley veritabanı.
- Salter, E. ve Stallard, P. (2004). Posttraumatic Growth in Child Survivors of a Road Traffic Accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 335- 340. Retrieved January, 23, 2013, Wiley veritabanı.
- Saygın, Y. ve Arslan, C. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, (28). Türkiye, 207- 222.
- Schexnaildre, M.A. (2011). *Predicting Posttraumatic Growth: Coping, Social Support, And Posttraumatic Stress in Children And Adolescents After Hurricane Katrina*. Master Thesis, USA: Louisiana State University, The Department of Psychology.
- Schmidt, S.D., Blank, T.O., Bellizzi, K.M. ve Park, C.L. (2012). The Relationship of Coping Strategies, Social Support, and Attachment Style with Posttraumatic Growth in Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*. 17 (7), 1033- 1040. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.
- Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. (2005). Does Infertility Cause Marital Benefit? An Epidemiological Study of 2250 Women and Men in Fertility Treatment. *Patient Education and Counseling*. 59 (3), 244- 251.

Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R. ve Ranchor, A.V. (2010). Type Of Social Support Matters For Prediction Of Posttraumatic Growth Among Cancer Survivors. *Psycho- Oncology*, 19 (1), 46- 53. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.

Shakespeare- Finch, J.E., Smith, S.G., Gow, K.M., Embelton, G. ve Baird, L. (2003). The Prevalence of Post-Traumatic Growth in Emergency Ambulance Personel. *Traumatology*, 9 (1), 58- 71. Retrieved January, 23, 2013, SAGE veritabanı.

Sears, S.R., Stanton, A.L. ve Danoff- Burg, S. (2003). The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping and Posttraumatic Growth in Women with Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*. 22 (5), 487- 497. Retrieved December, 27, 2012, PsycNET veritabanı.

Seibel, M.M. ve Taymor, M.L.(1982). Emotional Aspects of Infertility. *Fertil Steril*, 37 (2), 137- 145. Retrieved December, 30, 2012, PubMed veritabanı.

Siegel, K. ve Schrimshaw, E.W. (2000). Perceiving Benefits in Adversity: Stress-Related Growth in Women Living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*. 51 (10), 1543- 1554. Retrieved January, 23, 2013, Science Direct veritabanı.

Siedentopf, F., Tariverdian, N., Rücke, M., Kentenich, H., ve Arck, P.C. (2008). Immune Status, Psychosocial Distress and Reduced Quality of Life in Infertile Patients with Endometriosis. *American Journal of Reproductive Immunology*. 60 (5), 449- 461.

Silva, S.M., Crespo, C. ve Canavarro, M.C. (2012). Pathways for Psychological Adjustment İn Breast Cancer: A Longitudinal Study on Coping Strategies and Posttraumatic Growth. *Psychology & Health*, 27 (11), 1323- 1341. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.

Speroff, L. Ve Fritz, M.A. (1996). *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite*. S. Günalp (Çev). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Strickland, B.R. (1989). Internal External Control Expectancies: From Contingency To Creativity. *American Psychologist*, 44 (1), 1- 12. Retrieved January, 29, 2013, PsycNET veritabanı.

Şirin, A. (1998). Tüp Bebek (IVF- ET) Uygulaması için Yatan Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentileri Üzerine Bir İnceleme. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 4 (4). Türkiye, 27- 34.

Tanrıdağlı, C. (2005). *The Effects of Being a ‘‘Neighborhood Disaster Volunteer’’ on Psychological Distress and Posttraumatic Growth Among The Survivors of the 1999 Marmara Earthquake*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tashbulatova, D. (2007). *İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3). The USA, 455- 471.

Tedeschi, R.G. ve Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1). 1-18.

Tedeschi, R.G., Park, C.L. ve Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic Growth: Conceptual Issues. R.G.Tedeschi, C.L.Park ve L.G.Calhoun (Ed.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis içinde* (1- 23). London: Lawrence Erlbaum Associates

Terzioğlu, F. (1998). *Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: HÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Terzioğlu, F., Yücel, Ç. ve Karatay, G. (2008). *Sigara ve İnfertilite*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Teskereci, G. (2010). *İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam tarzının Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: AÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Thornton, A.A. ve Perez, M.A. (2006). Posttraumatic Growth in Prostate Cancer Survivors and Their Partners. *Journal of Psycho- Oncology*, 15 (4), 285- 296. Retrieved January, 23, 2013, Wiley veritabanı.

Tuğrul, C.D. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, (4). Türkiye, 12- 17.

Turner-Sack, A.M., Menna, R., ve Setchell, S.R. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29 (2), 70- 79. Retrieved May, 17, 2013, PubMed veritabanı.

Türksoy, N. (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nda Bilişsel ve Davranışçı Grup Terapisi. A.T. Aker ve M.E. Önder (Ed.). *Psikolojik Travma ve Sonuçları içinde* (165- 178). İstanbul: 5US Yayınları.

- Upkong, D. ve Orji, E. (2006). Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4). Türkiye, 259- 265.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer and Their Husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (2), 65- 80. Retrieved December, 25, 2012, Taylor & Francis veritabanı.
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Husbands of Breast Cancer Survivors. *Journal of Psycho- Oncology*, 13 (4), 260- 268. Retrieved December, 26, 2012, Wiley veritabanı.
- Whiteford, L.M. ve Gonzales, L. (1995). Stigma: The Hidden Burden Of İnfertility. *Social Science & Medicine*, 40 (1), 27- 36. Retrieved, January, 3, 2013, PubMed veritabanı
- Wild, N.D. ve Paivio, S.C. (2004). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8 (4), 97- 122. Retrieved December, 26, 2012, Taylor & Francis veritabanı.
- Yalom, I. (1999). *Varoluşçu Psikoterapi*. Z. İ. Babayiğit (Çev). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (13). Türkiye, 81- 87.
- Yılmaz, B. (2006). *Arama Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: AÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yılmaz, B. (2007). Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri*, 10. Türkiye, 137- 147.
- Yörükoğlu, A. (1998). *Gençlik Çağı- Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. (1. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yücebilgin, M.S. (2003). Kadın İnfertilitesine Yaklaşım. *Endokrinoloji Dergisi*, 1(2). Türkiye, 61- 66.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma, infertil bireylerin travma sonrası gelişimini etkileyen değişkenleri incelemeyi amaçlamaktadır. Sizden kimlik bilgilerinizi açığa çıkartacak bilgiler istenmemekte, sadece sorulara samimiyetle cevap vermeniz beklenmektedir. Verdiğiniz cevaplar sadece bu çalışma amacıyla kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederim.

Psikolog E. Didem ETİŞKEN

T.C Haliç Üniversitesi

Psikoloji Anabilim Dalı

Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İmza:

Aşağıdaki sorular sizin sosyodemografik bilgilerinizi ve hastalığınıza yönelik bazı bilgiler edinmeye yöneliktir. Lütfen soruları boş bırakmadan kutuların yanına (X) işareti koyarak cevaplayınız.

A. Sosyodemografik Özellikler

- 1- **Cinsiyetiniz:** Kadın ()
Erkek ()
- 2- **Yaşınız:**
- 3- **Yaşadığınız yer:** Büyükşehir/ Metropol ()
Şehir ()
Kırsal ()
- 4- **Eğitim durumunuz:** Okuryazar ()
İlkokul ()
Ortaokul ()
Lise ()
Lisans ve Üstü ()
- 5- **Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?** Eşi ile yaşıyor ()
Eşinin ailesiyle yaşıyor ()
Kendi ailesiyle yaşıyor ()
Diğer ()
- 6- **Çocuğunuz var mı?** Yok ()
Var () (varsa sayısını belirtiniz).....
- 7- **Çalışma durumunuz:** Çalışıyorum ()
Çalışmıyorum ()

- 8- Mesleğiniz:** Serbest meslek ()
Memur ()
İşçi ()
Ev Hanımı ()
Özel Sektör ()
Öğrenci ()

9- Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok İyi İyi Orta Kötü
() () () ()

10- Kaç yıldır evlisiniz?

- 11- Evlilik şekliniz?** Görücü usulü/ İsteyerek
Görücü usulü/ İstemeyerek
Flört ile

- 12- Eşinizle aranızda akrabalık var mı?** Var ()
(Var ise ilişki durumunu açıklayınız)
.....
Yok ()

B. Tıbbi Duruma Bağlı Özellikler

1- İnfertilite tanısını ne kadar süre önce aldınız?

2- Tıbbi olarak infertilite sebebi nedir?

3- Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?

- 4- Hangi tür tedavileri gördünüz?** Spontan Takip ()
Aşılama ()
Hormon ()
Aşılama + Hormon ()
Aşılama + Hormon + Tüp Bebek (IVF) ()
Diğer

- 5- Tedavi masraflarını kim karşılıyor?** Kendisi ()
Devlet Desteği ()
Kendisi + Devlet Desteği ()
Ailesi ve Yakınları ()

6- Tanıyı aldıgınızda mahremiyet hissi (eşiniz ile aranızdaki bu durumu başkasına açmanın verdiği rahatsızlık) yaşadınız mı?

- Evet ()
Hayır ()

- 7- Durumunuzu kimlerle paylaştınız?** Paylaşmadım ()
Sadece Ailem ()
Sadece Arkadaşlarım ()
Diğer ()

8- Aşağıdaki duyguları ne düzeyde hissettiniz?

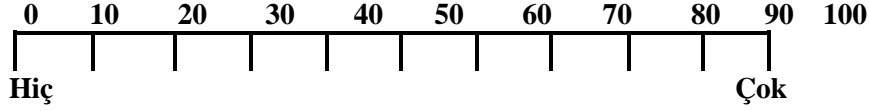
	Hiç	Az	Orta	Çok
Gerginlik				
Kaygı				
Depresyon				
Düşmanlık				
Kızgınlık				
Şok olma-İnkâr				
İzolasyon				
Suçluluk				
Yas				

9- Hastalığınızı ne kadar ciddi algıyorsunuz?

Hiç Az Orta Çok
() () () ()

10- Sizce infertilite tedavi edilebilir bir hastalık mıdır? Evet ()
Hayır ()

11- Sizce ileride çocuğunuz olma ihtimali yüzde kaçtır? İşaretleyiniz.



EK 2: Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0= Hastalığımдан dolayı böyle bir değişiklik hiç yaşamadım
1= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım
2= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım
3= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım
4= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım
5= Hastalığımдан dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç			Aşırı Derecede		
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Hayatımın kıymetini anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Kendime güvenim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Zorluklarla basa çıkabileceğimi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yasadığım her günün değerini anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Hastalığımдан sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. İnsanlarla iliksilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Dini inancım daha da güçlendi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 3: Başa Çıkma Yolları Ölçeği

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları hiç kullanmıyorsanız **hiçbir zaman**, kimi zaman kullanıyorsanız **bazen**, çok sık kullanıyorsanız **her zaman** seçeneğini belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
1. Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım	(1)	(2)	(3)
2. Bir mucize olmasını beklerim.	(1)	(2)	(3)
3. İyimser olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
4. Çevremdeki insanlardan sorunlarımı çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim.	(1)	(2)	(3)
5. Bazı şeyleri büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)
7. Durumun değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)
8. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissedirim.	(1)	(2)	(3)
9. Olanları unutmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
10. Basa gelen çekilir diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
11. Durumun ciddiyetini anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
12. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.	(1)	(2)	(3)
13. Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.	(1)	(2)	(3)
14. 'Her iste bir hayır var' diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
15. Dua ederek Allah'tan yardım dilerim.	(1)	(2)	(3)
16. Elimde olanlarla yetinmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)
17. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.	(1)	(2)	(3)
18. Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)
19. Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım.	(1)	(2)	(3)
20. 'İş olacağına varır' diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
21. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımın fikrini alırım.	(1)	(2)	(3)
22. Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.	(1)	(2)	(3)
23. Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
24. Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
25. Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım.	(1)	(2)	(3)
26. 'Olanları keşke değiştirebilseydim' diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
27. Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)

28. Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)
29. Her şeyin istediğim gibi olamayacağını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
30. Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm.	(1)	(2)	(3)
31. Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım.	(1)	(2)	(3)
32. Mücadele etmekten vazgeçerim.	(1)	(2)	(3)
33. Sıkıntılarımla kendimden kaynaklandığımı düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
34. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.	(1)	(2)	(3)
35. 'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye' düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
36. ' Benim suçum ne' diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)
37. 'Allah'ın takdiri buymuş deyip' kendi kendimi teselli etmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)
38. Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)
39. Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim.	(1)	(2)	(3)
40. Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)

EK 4: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için o cümle altındaki **rakamlardan yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. **Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret** koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen **hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız**. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Evet					Kesinlikle Hayır	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Ailem (örneğin, annem, babam, esim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, esimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komsu, doktor) var.							
6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komsu, doktor) var.							
7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, esimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, esim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir İnsan (örneğin, flört, nisanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında, İstanbul'da doğdu. İlköğrenimini Mustafa Aykın İlköğretim Okulu'nda, orta öğrenimini Ataköseoğlu İlköğretim Okulu'nda ve lise öğrenimini Hayrullah Kefoğlu Lisesi'nde tamamladı. Lisans öğrenimini Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamladıktan sonra Haliç Üniversitesi Uygulamalı (Klinik) Psikoloji yüksek lisans eğitimini tamamladı.

2007 yılında Bursa Yenigün Rehabilitasyon Merkezi'nde, 2008 yılında Pendik Devlet Hastanesi'nde ve 2010 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde stajyer psikolog olarak görev yaptı. 2010 yılında özel eğitim merkezi'nde engelli çocuk ve aileleriyle çalıştı. 2012 yılında huzurevinde psikolog olarak görev yaptı. Şuan Dragos Şifa Hastanesi'nde ve BePositive Bireysel Danışmanlık Merkezi'nde psikolog olarak çalışmaktadır.

MS Office ve SPSS programlarını kullanabilmektedir. İyi seviyede İngilizce bilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi, WISC-R çocuklar için zeka ölçeği eğitimi, MMPI eğitimi, TAT eğitimi gibi pek çok test eğitimi almış ve seminerlere katılmıştır.