T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

İN VİTRO FERTİLİZASYON (IVF) SÜRECİNDEKİ KADINLARA VERİLEN DANIŞMANLIĞIN DUYGUSAL KAPASİTEYE VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

MERVE KANIĞ

DANIŞMAN
PROF. DR. ERGÜL ASLAN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Bu çalışma 20.10.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ümran OSKAY
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Handan ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve KANIĞ

İTHAF

Bu çalışmamı bana her zaman destek olan kıymetli aileme ve infertilite sorunu ile mücadele eden tüm kadınlara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimin boyunca vaktini, desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışmamın her aşamasında kendisinden çok şey öğrendiğim, yoluma ışık tutan saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Ergül ASLAN'a, geri bildirimleri ve değerli fikirleri ile tezimin gelişmesine katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Ümran OSKAY'a ve Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK'e saygılarımı sunarım.

Bilgi ve tecrübeleri ile eğitim hayatıma sağladıkları katkılardan dolayı değerli hocalarım, Prof. Dr. Nevin Şahin ve Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış'a,

Çalışmamın uygulama aşamasında her türlü desteği sağladıkları için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği'nde çalışan Neşe Doğan ve tüm hemşire, hekim, sekreter ve gönüllü olarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Araştırmanın her aşamasında desteğini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Ükke KARABACAK'a ve Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümündeki tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan ve beni her zaman destekleyen başta kıymetli annem, babam ve kardeşime, desteğini her zaman hissettiren değerli eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... XİV
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Prevalansı 4
2.2. İnfertilite Risk Faktörleri 5
2.3. İnfertilitenin Değerlendirilmesi- Tanı Testleri 6
2.4. İnfertilite Tedavi Uygulamaları 10
2.5. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri 12
2.6. İnfertilitede Hemşirelik Bakımı 15
2.6.1. İnfertilitenin Duygusal Kapasite ve İyilik Haline Etkisne Yönelik Hemşirelik Bakımı 18
2.6.1.1. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri 21
2.6.1.2. Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT) 23
2.6.1.3. Nefes Teknikleri 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM 37
3.1. Araştırmanın Amacı 37
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 37
3.3. Araştırmanın Tipi 37
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer 37
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 38
3.6. Randomizasyon 39

3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması 40
3.7.1. İnfertilite Danışmanlık Programının Hazırlanması ve Uygulanması.....43
3.7.1.1. Deney ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....45
3.8. Veri Toplama Araçları 51
3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Forumu.....51
3.8.2. Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı/ Screening Tool on Distress in Fertility Treatment (SCREENIVF).....51
3.8.3. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) /Fertility Problem Stress Scales 52
3.8.4. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği/ The Fertility Quality of Life (FertiQol) 53
3.8.5. Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Distress Scale- SUD) 55
3.9. Verilerin Analizi 55
3.10. Araştırmanın Etik Yönü 56
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....56
4. BULGULAR.....57
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguları 58
4.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguları 66
4.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguları 76
4.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları 83
4.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguları 89
4.6. Kadınların Son Değerlendirmede Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....93
5. TARTIŞMA 103
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguların Tartışılması 104
5.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 110
5.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması 119
5.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması 122
5.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 125

5.6. Kadınların Son Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması 127
KAYNAKLAR 137
EKLER.....166
ETİK KURUL KARARI 194
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....197
ÖZGEÇMİŞ 198

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri 52
Tablo 3-2: İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri 53
Tablo 3-3: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği İsteğe Bağlı Tedavi Modülü Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri 54
Tablo 4-1: Kadınların Göre Sosyodemografik Özellikleri 59
Tablo 4-2: Kadınların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler 61
Tablo 4-3: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri 63
Tablo 4-4: Kadınların İnfertilite Tedavi Öyküsüne İlişkin Özellikleri 65
Tablo 4-5: Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=85) 67
Tablo 4-6: Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Ölçeği Puan Dağılımı . 69
Tablo 4-7: Deney Grubunun Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerle Karşılaştırılması.. 72
Tablo 4-8: Kontrol Grubunun Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerle Karşılaştırılması.. 74
Tablo 4-9: Gruplara Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 76
Tablo 4-10: Deney Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 79
Tablo 4-11: Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 81
Tablo 4-12: Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi İsteğe Bağlı Tedavi Modülü Puanlarının Dağılımı 83
Tablo 4-13: Deney Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 85
Tablo 4-14: Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 87
Tablo 4-15: Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlarının Dağılımı 89

Tablo 4-16: Deney Grubundaki Kadınların BazıTanımlayıcı Özelliklere Göre Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlarının Karşılaştırılması 91
Tablo 4-17: Kadınların Son Değerlendirmede Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarının Diğer Ölçekler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi 93
Tablo 4-18: Kadınların Son Değerlendirmede İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Diğer Ölçekler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi..... 99
Tablo 4-19: Kadınların Son Değerlendirmede Doğurganlık Sorunu Yaşan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Öznel Rahatsızlık Birimi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi..... 102

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Spesifik yardımcı üreme teknikleri tedavi aşamalarına ve hasta ihtiyaçlarına göre uyarlanmış psikososyal bakımın sağlanmasına yönelik yaklaşımın şematik gösterimi (Gameiro ve ark. 2015) 19
Şekil 2-2: Hassas Nokta ve Karate Kesme Noktası 27
Şekil 2-3: EFT Tıklama Noktaları 29
Şekil 2-4: Gamut Noktası 30
Şekil 2-5: 4-7-8 Nefes Tekniği 35
Şekil 2-6:Ateş Noktası (Fire Point) 35
Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması 42
Şekil 3-2: İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadının Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Tanıları Tablosu 44
Şekil 3-3: Deney ve Kontrol Grubunun İzlem Süreci 50
Şekil 4-1: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına Göre Risk Durumu Dağılımı 68
Şekil 4-2: İzlemlere Göre Öznel Rahatsızlık Hissi Puanlarının Uygulama Öncesi ve Sonrası Dağılımı 90

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Topluluğu)

AMH: Antimüllerian Hormon

ASRM: American Society for Reproductive Medicine (Amerikan Üreme Sağlığı Derneği)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CCCT: Klomifen Sitrat Challenge Test

CDC: Centers for disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DB: Diaphragmatic Breathing (Diyafram Nefesi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroenselogram

EFT: Emotional Freedom Technique (Duygusal Özgürleşme Tekniği)

ESHRE: Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği

FertiQol: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği

FSA: The Fertility Society of Australia (Avusturalya Fertilite Derneği)

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

GİFT: Gamet İntrafallopian Transferi

GnRH: Gonadotropin Hormonu

HSG: Histerosalpingografi

ICSI: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

İUİ: İntrauterin İnseminasyon

İVF: İn Vitro Fertilizasyon

İVF-ET: İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi

İSÖ: İnfertilite Stresi Ölçeği

LH: Lüteinleştirici Hormon

OHSS: Overyan Hiperstimülasyon Sendromu

OPU: Oosit Pick Up (Yumurta Toplama)

PCOS: Polikistik Over Sendromu

RCN: Royal College of Nursing

SCREENIVF: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı

SUD: Subjective Units of Disturbance (Öznel Rahatsızlık Birimi-Düzeyi)

TFT: Thought Field Therapy (Düşünce Alanı Terapisi)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

USG: Ultrasonografi

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

ZİFT: Zigot İntrafallopian Transfer

ÖZET

Kanığ, M. (2021). İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Çalışma, IVF sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel tasarımda yapıldı.

Araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin ''Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Kliniği''nde Şubat 2020-Mart 2021 tarihlerinde yürütüldü. İVF aşamasında 42 deney, 43 kontrol toplam 85 kadın örnekleme alındı. Deney grubuna rutin hemşirelik bakımı yanında Roy Adaptasyon Modeli temelli hemşirelik danışmanlık programı uygulandı. İlk ve son değerlendirmede; Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF), İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ), ''Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü (FertiQol)'' uygulandı. Folikül takibi, oosit toplama ve embriyo transferinde uygulama öncesi ve sonrası Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) ile stres düzeyi belirlendi. IVF başlangıcında gruplar sosyodemografik, obstetrik, jinekolojik ve infertilite tedavisine yönelik özellikleri açısından benzerdi *(p>0,05).* Uygulama sonrası SCREENIVF anksiyete, çaresizlik, depresyon alt boyutlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken *(p<0,01),* sosyal destek ve kabullenme alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmadı *(p>0,05).* İSÖ kişisel alanda stres alt boyutunda fark anlamlı saptanırken *(p<0,01),* evlilik alanı ve sosyal alanda stres alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmadı *(p>0,05).* FertiQol-Tedavi Modülü uygulama sonrası toplam puanı deney grubunda anlamlı derecede yüksekti *(p<0,01).* Deney grubundaki kadınların folikül takibi, oosit toplama ve embriyo transferinde uygulama öncesine göre sonrası SUD puanındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu *(p<0,01).* İnfertilite stresi ve anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf ilişki, yaşam kalitesi ve anksiyete arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki saptandı *(p<0,01).*

Sonuç olarak, İVF sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline olumlu etki sağladığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, psikososyal bakım, stres, anksiyete, hemşirenin rolü

ABSTRACT

Kanığ, M. (2021). The Effect of the Counseling on Women in In Vitro Fertilization (IVF) Process on Emotional Capacity and Well-Being. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Women Health and Disease Nursing Departmant. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This study is a randomized controlled trial research aiming at estimating The Effect of the Counseling on Women in In Vitro Fertilization (IVF) Process on Emotional Capacity and Well-Being. The research was carried out in the Infertility Clinic of the Obstetrics and Gynecology Department of a university hospital in Istanbul between February 2020 and March 2021. It was conducted 85 IVF treatment stage, 42 experiments and 43 controls were included in the sample. In addition to routine nursing care, women in the experimental group were given Roy Adaptation Model model-based nursing counseling. In the first and last evaluation; Introductory Information Form, Screening on distress in fertility treatment (SCREENIVF), Infertility Stress (ISO), ‘‘Life Quality Scale for Persons with Fertility Problems (FertiQol)’’ were used. The stress level was determined by the Subjective Discomfort Unit (SUD) before and after the phase in follicle follow-up, oocyte pick up and embryo transfer. The groups were similar in terms of sociodemographic, obstetric, gynecological and infertility treatment characteristics at the beginning of IVF *(p>0.05).* While a statistically significant difference was found in the sub- dimension of anxiety, helplessness, and depression after the application *(p<0.01),* no significant difference was found in the sub- dimension of social support and acceptance *(p>0.05).* While the difference was found to be statistically significant in the ISO sub-scale in the personal domains *(p<0.01),* no significant difference was found in the ISO sub-scale in the marital domains and social domains *(p>0.05).* In the experimental group; the increase in Treatment-FertiQoL subscale total scores over time was found statistically significant *(p<0.01).* The decrease in the SUD score of the women in the experimental group was statistically significant after the follicle follow-up, oocyte pick up and embryo transfer compared to the pre-treatment *(p<0.01).* There was a weak positive relationship between infertility stress and anxiety, and a moderate negative relationship between quality of life and anxiety *(p<0.01).*

As a result, the Roy Adaptation Model model-based nursing counseling has been shown to provide positive effect positive effect on emotional capacity and well-being in women IVF treatment.

Key Words: Infertility, pyschosocial care, stress, anxiety, nurse's role

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) terminoloji sözlüğüne göre infertilite, on iki ay veya daha fazla düzenli korunmasız cinsel ilişkiden sonra klinik bir gebeliğin sağlanamaması veya bir kişinin bireysel olarak kendisinin ya da partnerinin üreme kapasitesinin bozulmasıyla karakterizedir (Zegers-Hochschild ve ark. 2017).

Dünyada üreme çağındaki çiftlerde infertilite sıklığı %8-12 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Vander Borght ve Wyns 2018). İnfertilitenin tüm dünyada görülme sıklığının nüfus artışına paralel olarak artış göstermektedir (Mascarenhas ve ark. 2012). Türkiye'de bu oran %10-20 arasındadır (Taşçı ve ark. 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre (TNSA), üreme çağının sonunda hiç çocuğu olmayan evli kadınların oranı, primer infertilite düzeyine ilişkin veri olarak kullanılmaktadır. TNSA 2018 yılı sonuçlarına göre, Türkiye'de 15-49 yaş arasındaki üreme çağındaki kadınlarda primer infertilite %4 oranındadır (TNSA 2018).

İnfertilitenin baskısı, duygusal ve psikolojik destek eksikliği, tedavinin yüksek maliyetinin stresi, tedavi sürecinde işten ayrı kalma, hayal kırıklığı yaratan tedavi sonucu, kalıcı infertilite düşüncesi çiftlerde stres, anksiyete, depresyon, evlilik ilişkilerinde bozulma gibi psikososyal sonuçlar ortaya çıkarır (Ahmedi ve ark. 2019). Stres, bireylerin dışarıdan gelebilecek tehlikelerden kendisini korumak için gösterdiği tepkidir. Stres ve infertilite arasındaki ilişki karmaşıktır ancak artmış stres ve infertilite arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve Oskay 2015). İnfertilite her iki birey içinde karmaşık bir kriz durumu olarak değerlendirilmektedir (Burns ve Covington 2006; Burns 2007; Ramazanzadeh ve ark. 2009; Herrmann ve ark. 2011; Kaplan 2018; Seymenler ve Siyez 2018). İnfertilite tedavi sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede psikososyal bakım ile çiftlerin, ailelerinin ve sağlık hizmet sağlayıcılarının infertilite bakımını optimize etmeleri ve infertilite tedavisinin psikolojik ve sosyal etkilerini yönetmeleri sağlanır (Gameiro ve ark. 2015). İnfertilite tedaci sürecinde kadınların stres, depresyon, kaygı düzeylerini azaltma, gebelik oranlarını ve yaşam kalitelerini arttırmanın yolu tedaviye alternatif psikososyal müdahalelerden yararlanılır (LoGiudice ve Massaro 2018). İnfertilite tedavi sürecinde bireyler bilişsel, emosyonel ve davranışlar tepkiler gösterebilirler. Bu tepkilerle mücadelede baş etme mekanizmaları önemli bir yere sahiptir (Ağargün ve ark. 2005; Yılmaz ve Oskay 2015). Kişilerin kullandığı başa çıkma yöntemleri, etkili ve etkisiz olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (Hisli Şahin

ve ark. 2009; Yılmaz ve Oskay 2015). Etkili başa çıkma yöntemleri; nefes teknikleri, spor, gevşeme egzersizleri (yoga, meditasyon vb.), dengeli beslenme (Güleç ve ark. 2011; Yılmaz ve Oskay, 2015; ACOG 2017), stresi öğreti gibi algılama, duygularını ifade etme, zaman yönetimi, sosyal destek mekanizmaları, doğru iletişim, problem çözme becerileridir (Güleç ve ark. 2011; Yılmaz ve Oskay, 2015).

Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT), bireylerin sahip olduğu her türlü rahatsız edici duygu ve düşüncenin vücutta enerji akışını bozaması ve enerji akışında tıkanma meydana getirmesi olarak bilinen enerji alan psikoterapisidir (Church, 2013). EFT, psikolojik bir endişenin yüksek dile getirilirken belirli akupunktur noktalarına iki parmak kullanılarak dokunmayı içeren, öğrenmesi kolay kendi kendine yardım aracıdır (Feinstein 2012; Chatwin ve ark. 2021). EFT, basit ve doğal şifa aracıdır, düşüncelerin, inançların ve duyguların bedeni ve yaşantıyı nasıl etkilediğini ve istenilen değişiklikleri bilinçli olarak bireylerin nasıl yerine getireceğini keşfetmesini sağlar (Moore-Hafter ve ark., 2021). EFT ile ilgili çalışmaların sonucunda olumlu sonuçlar elde edilmiş ve herhangi bir yan etki bildirilmemiştir (Feinstein 2012). EFT uygulamasının çeşitli psikolojik ve fizyolojik sorunlarda olumlu etkisi olması ve uygulama sırasında herhangi bir yan etkisinin olmaması, infertilitede seçilebilecek iyi bir başa çıkma yöntemi olarak düşünülmektedir.

Nefesin kontrolü ile fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal sağlığa katkıda bulunulur (Vas 2020). Nefes teknikleri kullanılarak doğru nefes almaya başlandığında fiziksel ve duygusal düzeylerde kişi düşünce gücünün farkına varmakta yaşam gücünün yüksek fiziksel ve duygusal refah seviyelerine ulaşmasına yardımcı olunmaktadır (Kartal 2018; Şinik 2020).

Avrupa İnsan Üreme ve Embriyolojisi Derneği (European Society of Human Reproduction and Embryology) (ESHRE) rehberinde psikososyal bakım için üç ayrı psikososyal bakım düzeyi önerilmiştir. Bunlar; rutin psikososyal bakım, infertilite danışmanlığı ve psikoterapidir (Gameiro ve ark. 2015). Psikososyal bakımın özelleştirilmiş hali infertilite danışmanlığıdır. Danışmanlık, infertilite ve infertilite tedavisinden kaynaklanan sorunları araştırmak, anlamak, çözmek ve sorunlarla daha etkin bir şekilde başa çıkma yollarını netleştirmek için kullanılan, teorik bir çerçeveye dayanan kişiler arası bir süreçtir (Gameiro ve ark. 2015). İnfertilite danışmanlığı, infertilite tedavisi sırasında çiftlerin stresini yönetmek için kullanılan yaygın bir uygulamadır (Lim ve ark. 2018).

İnfertilite sorunu ile mücadele eden bireylere psikososyal müdahalelerin uygulanmasında klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler rol oynar (Omu ve Omu 2010; Chow ve ark. 2016). İnfertil bireylere tedavi sürecinde kadının iyilik halinin arttırılmasına yönelik verilen bakım kapsamında hemşirelik destek programları tanımlanmıştır (RCN 2020). Bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bakım ve uygulamalar planlanırken, hemşirelik bakımının kuram ve modellere dayandırılması bakımın etkinliğinin artmasında önemlidir (McCurry ve ark. 2010; Velioğlu 2012; Vicdan ve Karabacak 2014). Uyarlanmış bir sağlıklı yaşam modeli, sağlığın çeşitli boyutlarındaki faktörlerin infertilite sorunu yaşayan hastaların bütünsel sağlığını nasıl etkilediğini ve bu entegre faktörlerin bakım arama ve geri dönme kararlarını nasıl etkilediğinin anlaşılması sağlar (Whittier Olerich ve ark. 2021). Roy Adaptasyon Modeli bireylerin uyum gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli rol oynar. Roy Adaptasyon Modeli'nin temeli, insanın adaptif sisteminde ve çevresindeki değişimlerdir. İnfertilite tedavisinde kadının ve ailesinin sürece uyumu kadının yaşadığı stres ve anksiyeteyi etkileyen bir faktördür. Adaptasyon sağlama, Roy Adaptasyon Modeli'nin ana bileşeni ve temel konusudur. Adaptasyon problemleri, bireyin iç ve dış uyaranlarla baş edemediği durumda meydana gelir (Fawcett 2005; Freeman ve Freeman 2006). Hemşireler bireylerin yaşamının her döneminde çevreden gelen uyaranlara adaptasyon sağlama ve sürdürmede önemli yeri olan sağlık profesyonelleridir (Fawcett 2005). Bu çalışma, İVF sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İnfertilitenin Tanımı ve Prevalansı

Uluslararası İnfertilite ve Fertilite Bakımı Sözlüğü'ndeki tanıma göre infertilite, on iki ay veya daha fazla sürede düzenli korunmasız cinsel ilişkiden sonra klinik bir gebeliğin sağlanamaması veya bir kişinin kendisi ya da partnerinin üreme kapasitesinin bozulmasıyla karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Zegers-Hochschild ve ark. 2017). Bu kriterleri karşılayan ve daha önce hiç klinik gebeliği olmayan bir kadının ‘‘primer infertil’’ ve infertilite sorunu yaşayan ancak daha önce geçirmiş bir gebeliği olan kadınlar ‘‘sekonder infertil’’ olarak kabul edilir (Zegers-Hochschild ve ark. 2017; Barnack-Tavlaris 2019). Dünyada güvenli olmayan küretaj ve yetersiz maternal bakımın olduğu bölgelerde sekonder infertilite yaygın olarak görülür (Inhorn ve Patrizio 2015). Sekonder infertilite, genellikle post-abortif ve postpartum enfeksiyon sonrası (Inhorn ve Patrizio, 2015) üreme sistemi enfeksiyonlarına bağlı olarak daha yaygın kadın infertilitesi şeklidir (Vander Borght ve Wyns 2018).

Dünyada üreme çağındaki çiftlerde infertilite sıklığı % 8-12 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Vander Borght ve Wyns 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1990-2010 yılları arasında 190 ülkeyi içeren bir çalışmada infertilitenin 48,5 milyon çifti etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre infertilite prevalansının en yüksek olduğu yerler; Güney Asya, Sahraaltı Afrika, Kuzey ve Orta Afrika ve Orta/Doğu Avrupa ve Orta Asya’dır (Mascarenhas ve ark. 2012). İnfertilite yaygınlığı düşük ve orta gelirli ülkelerde % 3,5-16,7 olarak tahmin edilirken, Sahraaltı Afrika ülkelerinde ise bu oranın % 30-40 kadar yükseldiği bilinmektedir (Inhorn and Patrizio, 2015). İnfertilite tüm dünyada görülme sıklığının nüfus artışına paralel olarak artış göstermektedir (Mascarenhas ve ark. 2012).

Tüm infertilite vakaların kaynağında yaklaşık % 37'sinin kadın faktörlü olduğu bilinmektedir (Moghadam ve ark. 2013). Erkeklerin infertilite vakalarının % 20-30'undan tek başına sorumlu olduğu ve toplam vakaların % 50'sine katkıda bulunduğu görülmüştür (Agarwal ve ark. 2015). Avustralya Fertilite Derneği'nin (The Fertility Society of Australia) geniş çaplı örneklem üzerinde yaptığı çalışmada infertilite kaynağının % 38'inin kadın faktörlü, % 20'sinin erkek faktörlü, %27'sinin kadın ve erkek faktörlü ve %15'inin ise infertilite nedeninin bilinmediği belirtilmiştir (FSA

2014). Biyolojik açıdan infertilitenin üçte biri kadın faktörlerine, üçte biri erkek faktörlerine, üçte biri ise kombine olarak hem kadın hem erkek faktörlerine bağlanabilir (Greil ve ark. 2016; Barnack-Tavlaris 2019). Ancak infertilite vakalarının yaklaşık % 20'sinin bilinen bir biyomedikal sebebi yoktur (Greil ve ark. 2016; Barnack-Tavlaris 2019).

Türkiye'de infertilite oranı %10-20 arasındadır (Taşçı ve ark. 2008). TNSA verilerine göre, üreme çağının sonunda hiç çocuğu olmayan evli kadınların oranı, primer infertilite düzeyine ilişkin veri olarak kullanılmaktadır. TNSA 2018 yılı sonuçlarına göre, Türkiye'de 15-49 yaş arasındaki üreme çağındaki kadınlarda primer infertilite %4 oranındadır (TNSA 2018).

2.2.İnfertilite Risk Faktörleri

Kadınlar için infertilite risk faktörleri: Çok sayıda genetik, fizyolojik, çevresel ve edinilmiş faktör infertilite ile ilişkilendirilmiştir. Bu fakörler 35 yaş ve üzerinde olmak, pelvik enflamatuar hastalık öyküsü, hormonal dengesizlik, galaktore, obezite, cerrahi öykü, hipertansiyon, diyabet, tiroid bozuklukları ve yaşam şekli dahildir (CDC 2019). Ovülasyon gebe kalmanın birincil koşuludur. Ovulatuar problemler (örneğin polikistik over sendromu [PCOS]) kadın infertilitesinin en sık görülen nedenleridir (Greil ve ark. 2016; Barnack-Tavlaris 2019). Yaş, gelişmiş ülkelerde önemli bir risk faktörü iken, gelişmekte olan ülkelerde, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve gebelikte enfeksiyonlardır (Ombelet 2011). Sigara, alkol ve madde kullanımı (de Angelis ve ark. 2020), kilo (az kilolu veya fazla kilolu), toksinlere maruz kalma ve kanser öyküsü infertilite için diğer risk fakörlerindendir (Prince ve Domar 2013; Greil ve ark. 2016; Barnack-Tavlaris 2019).

Erkekler için infertilite risk fakörleri: Semen miktarı ve kalitesi (sperm şekil ve hareketlilik) erkek infertilitesin birincil nedenlerdir. Semen kalitesi doğuştan gelen malformasyonlardan, inmemiş testisten, varikoselden (Salma ve ark. 2020) ve çevresel toksinlere maruz kalmaktan etkilenebilir (Prince ve Domar 2013; Greil ve ark. 2016; Barnack-Tavlaris 2019). Ürogenital enfeksiyonlar (Salma ve ark. 2020), hormonal problemler, ereksiyon ve ejakülasyon problemlerininin de risk faktörleri arasında olduğu bilinmektedir (FSA 2018).

Dünyadaki farklı popülasyonlarda incelemelerde bulunmuş birçok çalışma sigara, alkol ve madde kullanımı (Berger ve ark. 2016; Durairajanayagam 2018;

Sansone ve ark. 2018), obezite (Durairajanayagam 2018; Salma ve ark. 2020), ileri yaş, beslenme alışkanlıkları, kafein tüketimi, testislerin ısıya maruz kalması, uyku eksikliği, elektromanyetik radyasyona maruziyet (Durairajanayagam 2018), çevresel toksinlere maruziyet (Prince ve Domar, 2013; Greil ve ark. 2016), stresve yaşam tarzı faktörlerinin erkek infertilitesi için risk faktörleri olduğunu bildirilmiştir (Durairajanayagam 2018; Salma ve ark. 2020).

2.3.İnfertilitenin Değerlendirilmesi- Tanı Testleri

İnfertil çiftin değerlendirmesinden kadın ve erkeğe yönelik olarak spesifik tanı testleri mevcuttur.

Kadına Yönelik Tanı Testleri: Kadın infertilitesinin etyolojisinde ovulatuar disfonksiyon, tubal ve pelvik patolojiler, uterin, servikal patolojiler ve açıklanamayan infertilite olduğu bilinmektedir. Kadın infertilitesinin değerlendirilmesinde ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, ovulatuvar faktörün, servikal faktörün ve yapısal faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir (Kaydırak ve ark. 2017).

Kadın infertilitesinin değerlendirilmesinde fizik muayenede; beden kitle indeksi (BKİ), sekonder seks karakterleri, androjen hakimiyeti, galaktore incelenmelidir. Tiroid muayenesi ile nodül varlığı ve hassasiyet değerlendirilmelidir. Pelvik muayene ile anatomi değerlendirilmelidir. Rektovaginal muayene pelvik muayenenin pelvik muayeneye ek olarak uygulanmalıdır. Vagina ve serviks detaylı olark incelenmelidir. (Yumru ve Öndeş 2011).

Over Rezervinin Değerlendirilmesi: Over rezerv testleri hem biyokimyasal testleri hemde overlerin ultasonografik görüntülenmesini içerir. Over rezervinin biyokimyasal testleri, folikül uyarıcı hormon (FSH), östradiol, inhibin B ve antimüllerian hormon (AMH) ölçümü ve klomifen sitrat challenge test (CCCT) gibi bazal ölçümleri içerir. Over rezerv testleri over rezervini tedavi sırasında kontrollü hiperstimülasyona cevap alma durumunu belirleme amacıyla uygulanır. Değerlendirmelerde bir çok testin kombinasyonu kullanılmaktadır (ASRM 2015).

Over rezer testleri biyokimyasal testler (statik ve dinamik) ve ultrasonografik testler (antral folikül sayısı, over volümü, ovaryen stromal kan akımı) olarak değerlendirilebilir. Biyokimyasal testler statik testler (Bazal FSH ve estradiol, Bazal İnhibin B, AMH) ve dinamik testler (CCCT, Gonadotropin Hormonu (GnRH) Agonist

Stimülasyon Testi, Ekzojen FSH Overyan Rezerv Testi) olarak ayrılır (Topçu ve ark. 2017).

Servikal Faktörün Değerlendirilmesi: Fertilitenin devamlılığının sağlanması için sağlıklı ve fonksiyonel servikal mukus önemlidir. Servikal mukus incelemesi, postkoital test ve antisperm antikorların araştırılması rutin fertilite araştırmalarında önerilmemektedir (Kaydırak ve ark. 2017; Topçu ve ark. 2017; Yumru ve ark. 2011). Ovulasyona yakın dönemde östrojenin etkisinde olan servikal mukusun yapışkanlık, ipliklenme ve uzama özelliği Spinn-Barkeit testi ile değerlendirilir. Servikal mukusun ovulasyona yakın dönemde östrojen etkisiyle mikroskopla eğreltiotu görüntüsü Fern-line testi ile değerlendirilir, luteal fazda progestron etkisiyle bu görüntü kaybolur (Kaydırak ve ark. 2017).

Yapısal Faktörlerin Değerlendirilmesi: Yapısal faktörlerin değerlendirilmesinde ultrasonografi, histerosalpingografi, sonohisterografi, histereskopi, ve laparoskopi gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (Yumru ve Öndeş 2011; Kaydırak ve ark. 2017; Topçu ve ark. 2017) .

Ultrasonografi (USG): Uterin, endometrial, adneksiyal patolojilerin ayırıcı tanısında, ovulasyon ve folikül takibinde kullanılır. Transvaginal ve abdominal olarak uygulanabilir (Yumru ve Öndeş 2011).

Histerosalpingografi (HSG): Uterin kavitenin şeklinin ve tubal geçişin değerlendirilmesinde kullanılır (Kaydırak ve ark. 2017; Topçu ve ark. 2017). HSG uterin kavitenin şekli hakkında bilgi verirken pertitoneal çevreyi değiştirerek fekundabiliteyi arttırabilmektedir (Topçu ve ark. 2017).

Sonohisterografi (Histerosonografi): Transvajinal ultrason yardımı ile uterin kavitenin değerlendirilmesi işlemidir. İşlem esnasında intrauterin bir katater yardımı ile kavite içine steril serum fizyolojik verilerek kavitenin daha net görüntülenmesi sağlanır (Kaydırak ve ark. 2017).

Histeroskopi: Uterin kavite içinde yer alan lezyonların değerlendirilmesinde histereskopi altın standart olarak bilinen yöntemdir (Topçu ve ark. 2017). İntrauterin patolojilerin tanı ve tedavisinde kesin sonuç veren bir yöntemdir. HSG ve sonohisterografiden daha detaylı bilgi verir. HSG veya sonohisterografide patolojik bir

durum söz konusu ise tanısal ve tedavi edici olarak histereskopi yapılabilir (Kaydırak ve ark. 2017).

Laparoskopi: Uterus, over ve fallop tüplerinin değerlendirildiği bir yöntemdir. Laparoskopi menstrual siklusun foliküler fazında yapılır. Laparoskopi infertil kadınlarda gebelik oranlarını arttırmak için hem tanı koyucu hemde tedavi edici bir yöntem olarak kullanılır (Kaydırak 2017). Endometriozis ve peritoneal hastalıklarda bu yöntem ile teşhis edilebilir ve tanı anında hastalığa müdahale edilebilir (Topçu ve ark. 2017).

Erkeğe Yönelik Tanı Testleri: Kapsamlı bir anamnez ve fizik muayene sonrası erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde semen analizi, endokrin değerlendirme testleri, ultrasonografi, testiküler biyopsi hastanın özellikleri de dikkate alınarak yapılır.

Semen Analizi (Spermiyogram): Erkek faktörlü infertilite değerlendirmesinde kullanılan önemli bir testtir. Semen örneğinin yeterli toplanamaması, aksesuar cinsiyet bezlerin yetersiz aktivitesi, son cinsel aktiviteden itibaren geçen sürenin kısa veya uzun olması, sondan bir önceki cinsel perhiz süresi, ejakülat başına düşen spermatozoon sayısını etkileyen testis büyüklüğü gibi faktörler semen analizini etkiler. Bu nedenle erkeğin semen kalitesini tek bir semen analizi ile tanımlamak mümkün değildir, 2 veya 3 örneği en az 15 gün ara ile incelemek önerilmektedir (WHO 2010; Satar ve Gençdal 2013; Yılmaz 2020). Semen analizi yapılırken mikroskop altında, sperm sayısı, şekli ve hareketi ölçülür (Hamad Mohammed ve ark. 2020). Seminal sıvının ejakülat hacmi 1.5 mililitre ve semenin pH değeri 7.2'den fazla olmalıdır. Her mililitrede sperm konsantrasyonu 15 milyondan fazla, toplam sperm sayısı 39 milyondan fazla olmalıdır. Tüm seminal mayideki spermlerin %40'ı hareketli, %58'inden fazlası canlı (membran-bozulmamış spermatozoa) ve %4 ve daha fazlası normal morfoloji göstermelidir (WHO 2010).

Sperm Canlılık Testleri: Hücre membranı bütünlüğünün değerlendirilmesine dayanır. Prograsif hareketli sperm oranı %40'ın altında olduğu durumlarda özellikle önem taşır. Hareketlilik değerlendirmesinin doğru yapılıp yapılmadığı da kontrol edilebilir (Gökçe 2011; Kaydırak ve ark. 2017).

Sperm Fonksiyon Testleri: "Sperm fonksiyonu" spermatozoonun genetik materyalini bir oosite başarıyla iletme kabiliyetini belirtir. Fertilizasyon gerçekleşirken ejakülattaki sperm, kadın üreme sisteminde kapasitasyonunu tamamlamalı, zona

pellucida'ya bağlanmalı ve akrozom reaksiyonuna girmelidir. Bu sebeple, sperm fonksiyon testleri ile fertilizasyon basamaklarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sperm fonksiyon testleri; antisperm antikor testi, akrozom reaksiyon testi, zona pellucidaya bağlanma ve penetrasyon testidir. Sperm fonksiyon testleri İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) yöntemi gelişmeden önce infertil çiftlerin değerlendirilmesinde yaygın olarak yapılmaktaydı ancak günümüzde araştırma amacı ile kullanılmaktadır (Yılmaz 2020).

Endokrin Değerlendirme: Semen analizi normal olan erkeklerde endokrin bozukluklar nadiren görülür. Sperm parametreleri anormal olan erkeklerde, cinsel işlev bozuklukları olanlarda ve endokrin bozukluklar açısından klinik belirtilere sahip olan erkeklerde endokrin değerlendirme yapılması önerilir (Pfeifer ve ark. 2015). Endokrin değerlendirme testleri libido azalması ve erektil disfonksiyon ile başvuranlarda yaygın olarak uygulanmaktadır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019).

Radyolojik Değerlendirme: Erkek infertilitesinin radyoljik olarak değerlendirilmesinde transrektal ultrasonografi, skrotal ultrasonografi, abdominal ultrasonografi, vazografi ve venografi gibi görüntüleme yöntemleri kullanılır (Jungwirth ve ark. 2012; Kaydırak ve ark. 2017; Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019; Schlegel ve ark. 2021)

Transrektal ultrasonografi: Semen hacmi düşük ve distal tıkanıklık şüphesi olan erkeklerde uygulanır (Kaydırak ve ark. 2017). Prostat, seminal vezikül ve vaz deferensin ampulla kısmının anatomik görüntülenmesinde kullanılır (Kaydırak ve ark. 2017; Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019; Schlegel ve ark. 2021).

Skrotal ultrasonografi: Palpasyon ile kesin sonuç alınamadığında testiküler kitle veya subklinik varikosel varlığını kesin olarak tespit etmek için yapılan uygulamadır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019). Genel olarak obstrüksiyon bulgularının saptanmasında kullanılır (Tijani ve ark. 2014; Kaydırak ve ark. 2017).

Abdominal ultrasonografi: Muayene esnasında vaz deferensi palpe edilemeyen erkeklerin böbreklerini değerlendirmek için kullanılır (Kaydırak ve ark. 2017; Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019; Schlegel ve ark. 2021).

Vazografi: Vazal ve ejakülatör kanalın açıklığını değerlendirmek için kullanılan bir yöntemdir (Kaydırak ve ark. 2017; Schlegel ve ark. 2021).

Venografi: Varikoseli tanılamak ve tedavi etmek için kullanılan bir yöntemdir (Kaydırak ve ark. 2017; Schlegel ve ark. 2021).

Testis Biyopsisi: Tanı koymak için yapılan testis biyopsisinde amaç, obstrüktif ve non-obstrüktif azoospermi ayrımını yapabilmektir. Spermatogenezin aktivitesini gösterir (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz 2019), bu nedenle spermatogenetik yetersizliği dışlamak için kullanılabilir (Kaydırak ve ark. 2017). Testis biyopsisi tedavi amacıyla da kullanılmaktadır, biyopsi ile testisten canlı sperm elde edilerek ICSI işleminde kullanılabilir (Tijani ve ark. 2014; Kaydırak ve ark. 2017; Schlegel ve ark. 2021).

2.4.İnfertilite Tedavi Uygulamaları

İnfertilite, karmaşık tedavi seçeneklerinin bulunduğu tıbbi bir durumdur. İnfertilitenin sebebi ne olursa olsun, tedaviye katlanmak zorunda olan öncelikle kadındır. Her çifte tanı doğrultusunda tedavi yaklaşımları sunulur (Kırca ve Pasinoğlu 2013; Şahin ve Bilgiç 2015). Teknolojik gelişmeler ve tedavi seçenekleri artmış olmasına rağmen tedavi maddi olarak bir çok çifti zorlayıcıdır (Barnack-Tavlaris 2019). İnfertil çiftlerin %85-90'ında infertiliteye neden olan sorunlar tıbbi ve cerrahi tedaviler ile giderilmekte çiftler çocuk sahibi olma şansı elde etmektedir. Kalan %10-15'lik grup yardımcı üreme tekniklerinden (YÜT) faydalanmaktadır (Şahin ve Bilgiç 2015; Kırca ve Pasinoğlu 2013).

İnfertilite tedavileri tanıya bağlı olarak; yaşam tarzı değişikliklerini (sigarayı bırakma, beslenme alışkanlıklarını değiştirme, fiziksel aktivite), psikolojik ve zihin/beden müdahaleleri (psikoterapi, yoga, akupunktur, meditasyon), cerrahi (miyom, endometriozis, tubal defektlerin onarımı) ve tıbbi uygulamaları (ovulasyon indüksiyonu, hormon tedavisi, YÜT) içermektedir (Barnack-Tavlaris 2019; ACOG 2017). Yardımcı üreme teknikleri, intrauterin inseminasyon ve oositlerin overden direkt alındığı yöntemleri kapsamaktadır. En sık kullanılan yöntemler, İntrauterin İnseminasyon (İUİ), İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (İVF-ET), İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (İCSİ)'dur. İVF en sık kullanılan yardımcı üreme tekniğidir (Barnack-Tavlaris 2019). Gamet İntrafallopian Transferi (GİFT), ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT) IVF'e alternatif ancak nadir kullanılan yöntemlerdir (Çavuşoğlu 2017).

İntrauterin İnseminasyon (İUİ): Erkekten alınan spermlerin kadın üreme sistemi içerisine bırakılma işlemidir. Hazırlanan sperm süspansiyonu vajina içine, servikse, fallop tüplerine, uterusa bırakılabilir. En yaygın kullanılan yöntem İUİ'dur.

İUİ katater yardımı ile laboratuvar ortamında hazırlanan 0.2-0.5 ml sperm süspansiyonunun uterin kavite içerisine bırakılma işlemidir (ESHRE 2009). İUİ yapılabilmesi için kadında over ve tubalar işlevinde olmalı ve endometriumda implantasyonu engelleyecek herhangi bir patoloji olmamalıdır. Erkekte ise işlemi gerçekleştirmek için minimum düzeyde hareketli sperm bulunmalıdır (Çavuşoğlu 2017). İUİ genellikle, sperm sayısı biraz düşük olduğunda (genellikle 5 milyon üzeri hareketli spermin üzerinde) orta dereceli erkek infertilitesi ve açıklanamayan infertilitenin tedavisinde kullanılan ilk yöntemdir (Davies ve ark. 2009).

İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi: İVF, YÜT'ün en yaygın şeklidir, hasarlı fallop tüpleri, endometriozis, bazı erkek faktörleri, prematür over yetmezliği ve diğer tedavilere yanıt vermeyen açıklanamayan infertilitenin tedavisinde kullanılır (ACOG 2017). IVF tipik olarak ovülasyonu tetiklemek için ilaç tedavisini, ardından overlerden elde edilen oositlerin toplanmasını ve daha sonra oositlerin kültür ortamında spermatozoa ile karşılaşarak fertilize olmasını içerir (Barnack-Tavlaris 2019; ACOG 2017). Fertilizasyon sonrası oluşan embriyolar kateter yardımı ile ultrason eşliğinde 5 gün içinde uterusa transfer edilir (Çavuşoğlu 2017). Canlı embriyolar dondurularak daha sonra da transfer işlemi gerçekleştirilebilir (ACOG 2017).

İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (İCSİ): Erkek infertilitesinde kullanılan özel bir yöntemdir. Seçilen tek bir spermin enjeksiyon pipetine çekilere mikroskop altında oositin merkezine enjekte edilmesi işlemidir. Sperm doğal olarak nüfuz edemeyecek kadar zayıf olsa bile fertilizasyon gerçekleşir. İnfertilite tedavilerinde özellikle erkek infertilitesinde İCSİ ile başarı artmaktadır (Davies ve ark. 2009). Ciddi erkek infertilitesinde, cerrahi yolla sperm elde edilmesi durumunda, tekrarlayan İVF başarısızlıklarında, açıklanamayan infertilite durumunda, fertilizasyon problemlerinde, preimplantasyon genetik tanı planlanan vakalarda İCSİ planlanabilir (Çavuşoğlu 2017).

Gamet Intrafollopian Transfer (GİFT): İVF'e alternatif olan yardımcı üreme tekniklerindendir. Over stimülasyonu sonrası foliküller vajinal ultrason eşliğinde aspire edilir. Erkekten alınan sperm örneği ve ovum laboratuvar ortamında karşılaştırılarak katetere çekilir ve genel anestezi altında laparoskopi eşliğinde fallop tüplerinden birine yerleştirilir. Fertilizasyonun vücut içinde olması sağlanır. GİFT, İVF teknikleri yaygın olmadan önce kullanılan bir tedavi yöntemidir. Günümüzde bu tekniğin kullanımı

yaygın değildir ancak açıklanamayan infertilite tedavisinde nadir de olsa denenen bir yöntemdir (Davies ve ark. 2009).

Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT): İVF ve GİFT prosedürlerinin kombinasyonu olan bir yöntemdir. Over sitimülasyonu sonrası foliküller vajinal ultrason eşliğinde aspire edilir. Erkekten alınan sprem örneği ile elde edilen oositler laboratuvar ortamında fertilize edilir oluşan zigot 18-48 saat sonra laparoskopi ile fallop tüplerinden birine yerleştirilir (Davies ve ark. 2009). ZİFT, serviksin konjenital hipoplazisinde, serviks atrezisinde ve radyoterapide tercih edilebilir (Çavuşoğlu 2017).

2.5.İnfertilitenin Psikososyal Etkileri

Üreme, yaşamın temel unsurlarından biridir ve çocuk sahibi olmayı başaramamak, ömür boyu sürecek fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir. İnfertilite, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan bir durumdur. İnfertilite ile karşı karşıya kalan çiftler uzun süreli ve ızdırap verici tedavi programlarına maruz kalır, umutsuzluk, korku ve hayal kırıklığı gibi duyguları yoğun yaşar (Gameiro ve Finnigan 2017). İnfertilitenin baskısı, duygusal ve psikolojik destek eksikliği, tedavinin yüksek maliyetinin stresi, tedavi sürecinde işten ayrı kalma, hayal kırıklığı yaratan tedavi sonucu, kalıcı infertilite düşüncesi çiftlerde anksiyete, depresyon, evlilik ilişkilerinde bozulma gibi psikososyal sonuçlar ortaya çıkarır (Ahmedi ve ark. 2019). İnfertilitenin çiftler için bir yaşam krizine yol açtığına inanılırken, boşanma veya sevilen birinin kaybına eşit olarak çiftlerin hayatındaki en stresli olay olarak kabul edilir (Herrmann ve ark. 2011).

Kadınların erkeklerden daha fazla psikolojik sıkıntı bildirmesi ve farklı baş etme stratejileri kullanması nedeniyle infertilitenin psikososyal etkisinin ve infertiliteye yönelik verdikleri tepkiler cinsiyete göre değiştiği bilinmektedir (Greil ve ark. 2010; Dong ve Zhou, 2016; Bose ve Roy, 2017). İnfertilite sorunu evli çiftler üzerinde kültürel bir baskı yaratmakta, bu baskının kadın üzerinde daha fazla olduğu bilinmektedir (Oltuluoğlu ve ark. 2014).

Kadın için çocuk sahibi olamamanın psikolojik anlamı, doğuramama, kontrol kaybı, annelik duygusundan mahrum kalma, toplumsal dışlanmışlık ve değersizlik hissi, yalnız kalma, sosyal rol ve güvence eksikliği, benlik saygısında azalmadır (Burns ve Covington 2006; Yanıkkerem ve ark. 2008; Şen ve ark. 2014). Erkek için ise; erkeklik işlevlerinde yetersizlik, babalık duygusundan mahrum kalma, soyunun devamının

sağlanamaması, yaşlılıkta yalnız kalama, sosyal rol ve güvence eksikliği ve iş yaşantısında destek eksikliğidir (Burns ve Covington 2006; Yanıkkerem ve ark. 2008; Şen ve ark. 2014). Erkeklik kimliğinin sorgulanmaya başlanması infertilitenin erkekteki en önemli etkisidir (Peterson ve ark. 2007; Kazandı ve ark. 2011).

Literatürde, çiftler infertiliteyi hayatlarında geçilmesi gereken en zor güçlük olarak belirtmiş olup (Burns ve Covington 2006; Burns 2007; Ramazanzadeh ve ark. 2009; Herrmann ve ark. 2011; Kaplan 2018; Seymenler ve Siyez 2018), kadınlar erkeklere oranla daha fazla; anksiyete, stres, depresyon (Burns ve Covington 2006; Burns 2007; Ramazanzadeh ve ark. 2009; Herrmann ve ark. 2011; Kaplan 2018; Seymenler ve Siyez 2018), utanma, benlik saygısında azalma, suçluluk, izolasyon duygusu, hayat kalitesinde azalma, evlilik yaşamı ve cinsel yaşamda sorunlar yaşamaktadır (Chachamovich ve ark. 2009; Mousavi ve ark. 2013; Kahyaoğlu ve Balkanlı 2015; Vizheh ve ark. 2015).

İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ekonomik etkileri mevcuttur (Boivin 2003; Cousineau ve Domar 2007). Yapılan bir çalışmada infertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal etkileri; çiftlerde düşük benlik saygısı, hayal kırıklığı ve umutsuzluk gibi psikolojik etkilerin yaygın olduğu görülmüştür. İnfertilitenin sosyal etkileri ise; sosyal dışlanma, sözlü ve fiziksel istismar, boşanma olarak belirtilmiştir (Anyoke ve ark. 2017). Bireylerin yaşadığı özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikososyal belirtilerin kanser ve hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerdeki kadar yaygın olduğu bilinmektedir (Burns ve Covington, 2006). Stres, anksiyete ve depresyonun YÜT sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Matthiesen ve ark. 2012; Morreale ve ark. 2011).

İnfertilite tedavisinin her aşamasında bireyler farklı fiziksel ve ruhsal zorluklar yaşamaktadır (Lee ve ark. 2010). Tedavi sürecinde kadının oositlerine ilaçla müdahale edilmektedir. Bu durumda kadınlar yorgunluk, baş ağrısı, kilo artışı ve folikül gelişimi izlemlerinin hergün ya da gün aşırı yapılıyor olması stres yaşanmasına sebep olmaktadır. Oosit aspirasyonu (OPU) işleminde kadınların invaziv bir işleme maruz kalması, anestezi uygulanması, işleme bağlı ağrı oluşması stres düzeyinde artma ve korkuya neden olmaktadır. Embriyo elde edildikten sonra transfer işlemi ve embriyonun transplantasyonundan sonra gebeliğin beklendiği süre İVF/ET tedavisinin en zorlu ve stresli aşaması olarak bilinmektedir. Bu zorluklara rağmen başarısız sonuç elde edilmesi

kadınlarda yetersizlik hissi, eksiklik hissetme, üzülme, kendini suçlama, hayal kırıklığı ve ardından yas sürecinin yaşanmasına sebep olmaktadır (Lee ve ark. 2010; Karaca ve Ünsal 2012).

İnfertilite hayatı tehdit eden bir sorun olmamasına rağmen psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan olumsuz sonuçlar göstermektedir (Spector 2004; Taghvaeinia ve ark. 2017). Her iki birey için karmaşık bir kriz durumu olarak değerlendirilmektedir (Burns ve Covington 2006; Burns 2007; Ramazanzadeh ve ark. 2009; Herrmann ve ark. 2011; Kaplan 2018; Seymenler ve Siyez 2018). Bu durum literatürde ‘‘infertilite krizinin evreleri’’ olarak ele alınmıştır (Özçelik ve ark. 2007; Kırca ve Pasinlioğlu 2013). İnfertilite krizi evreleri;

Şok/İnanmama/İnkar Evresi: İlk evre şok evresidir. Bu evreyi inkar evresi izler. Çiftler bu dönemde çocuğunun olmamasına kendi içlerinde gerekçeler bulmaya çalışır.

Anksiyete Evresi: Bu evrede infertilite tedavisi gören kadın yoğun korku, endişe ve bedeni işgal ediliyor hissi yaşayabilir. İnfertil birey eşi tarafından terk edilme endişesi, yetersizlik duygusu yaşayabilir. Eşler için tetikleyici bu duyguların devam etmesi ve yönetilememesi durumunda anksiyete artar.

Öfke Evresi: Öfke evresinde bireyler infertiliteye yönelik anlamlı açıklamalar aramaya başlar ve birbirlerine karşı suçlayıcı yaklaşabilir. Bu durumda eşleri evlilik ilişkileride yıkılma tehdidi ile karşı karşıyadır. Tedavi sürecinde olan bireyin çevresindekiler ve sağlık ekip üyeleri bu öfke ile karşı karşıya kalabilir.

Kontrol Kaybı: Bu evrede çiftler özel yaşamları ihlal ediliyormuş gibi hissedebilir eşler birbirlerine karşı ve çevrelerine karşı yabancılaşabilir ve yalnızlaşabilir. Bu dönemde çiftler destek ve öneriye açıktır ancak acınma ve merhamet istemez.

Suçluluk Evresi: Çiftlerden birisi annelik-babalık rolünü yerine getirememesinden kendini sorumlu tutar ve suçluluk hissedebilir. Suçluluk duyguları kişiden kişiye değişir, daha önceden yaşadıkarı cinsel davranışlar nedeni ile kendilerini suçlayabilirler. İnkar, suçluluk ve öfke ile baş edemeyen çift, umutsuzluğa kapılır. Günlük yaşam aktivitelerinden zevk almamaya başlar, ilgi ve istek kaybı söz konusudur. Depresyon ve yas kişilerin yaşadığı kayıp duygusu ile ilişkilendirilir.

Çözülme Evresi: Kriz sürecini sağlıklı yöneten çiftler sonunda çözülme evresine geçer. İnkar duygusu yerini gerçekleri kabul etmeye bırakır. Yaşanan olumsuz duygular ile baş etme yolları seçilir, çiftler birbirine karşı uzlaşmacı ve barışçıl yaklaşır.

2.6.İnfertilitede Hemşirelik Bakımı

İnfertilite, gebeliği zorlaştıran faktörler nedeniyle bireyin daha fazla çaba göstermes gereken durumsal bir zorluk olarak ele alınmalıdır (Kim 2021). Bu zorluklarla mücadelede infertilite ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, sürecin yönetiminde anahtar rollere sahiptir (Eggertson 2011; RCN 2020). Her iki eşte hemşirelik bakım programlarına infertilite tedavisi süresince dahil edilmeli (Aşçı ve Beji 2012; Şen ve ark. 2014; Kim 2021), yeterli bilgi verilmeli, bireylerin infertiliteyi aşmalarına yardımcı olmak için birey, aile ve toplum düzeyinde çok yönlü müdahaleler geliştirip uygulanmalıdır (Kim 2021).

İnfertilite hemşireleri hastalarının fiziksel, duygusal ve psikolojik sorunları ile yakından ilgilenmektedir (Eggertson 2011). İnfertil çiftin değerlendirilmesi, tedavi süreci ve gebeliğin erken dönemlerinde çiftlere sunulacak bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımların uygulanmasından sorumlu olan kişi infertilite hemşiresidir (RCN 2018). Klinik rolleri yanı sıra eğitim ve danışmanlık, araştırmacı, koordinatör ve yönetici olarak da önemli rollere sahiptir (Aşçı ve Beji 2012; Meran ve Beji 2016).

İnfertilitenin psikososyal etkilerinin yönetiminde ve başa çıkma mekanizmalarının güçlendirmesinde hemşireler eğitici ve danışmanlık rolü ile ön plandadır (Meran ve Beji 2016). Hemşirelerin danışmanlık ve eğitim sırasında empati kurarak yaklaşması ve geleceğe yönelik rehberlik yapması beklenmektedir (Yılmaz ve Oskay 2015; Akın ve Şahin 2020). İnfertilite hemşiresi iyi bir dinleyici ve problem çözücü olmalıdır. Çiftlerin bu süreç içerisindeki duygusal yüklerinin farklı olabileceğini göz önünde bulundurarak bireye özel yaklaşım sergilenmelidir (Eggertson 2011).

İnfertilite tedavisinde çiftlerin gereksinimlerine dayanan birey merkezli bakımın sağlanması çiftlerin en doğal hakkı olarak görülmektedir (Stevenson ve ark. 2016). İnfertilitenin tedavi sürecinde birey merkezli bakım ile tedavi uyumu ve iyilik hali doğrudan ilişkilendirilmektedir. Birey merkezli bakımda, çiftlerin ihtiyaç ve tercihleri, sosyokültürel özellikleri, değerlerine saygılı olmak önemlidir (Van Empel ve ark. 2008; Boz ve Akgün 2019). İnfertilite tedavisinde bireylere bakım verirken hemşire, mesleki bilgileri ve hastalarla olan sıkı temasları nedeniyle çiftlerle güvenli bir ilişki kurma,

bilgilendirme, duygusal ve sosyal destek sağlama gibi müdahaleler için ideal uygulayıcı olarak kabul edilmektedir (Omu ve Omu 2010). İnfertilite tedavi sürecinde danışmanlık veren hemşireler çiftlerle birebir iletişim halindedir ve bu sayede oluşabilecek sorunların erken dönemde fark edilmesi ve uygun hemşirelik bakımın planlayarak çiftlere destek olmada önemli bir rol üstlenmektedirler (Özdemir ve Kaplan 2017). İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde hemşirelerin çiftlerin yanında olması yanlış anlaşılan durumların azalmasına ve tedavi boyunca çiftlerin derinlemesine bilgi almasına yardımcı olmaktadır (Payne ve Goedeke 2007; Omu ve Omu 2010). İnfertilite ile baş etme süreci uzadıkça bireyler üzerinde oluşan psikolojik etkileri önemli ölçüde arttığı bilinmektedir. Bireylerin stres düzeyinin azaltılması ve stres yönetiminde hemşirenin psikolojik destek sağlaması ve tedavi sürecinin her aşamasında çifte bilgilendirme yapması önemlidir (Yılmaz ve Oskay 2015; Meran ve Beji 2016; Özdemir ve Kaplan 2017).

İnfertilite tedavisi için çiftlerle ilk temasa geçen hemşirelerdir. Hemşireler infertilite tedavisi görecek çiftlere bütüncü bakım sağlamakla sorumludur (Anwar ve Anwar 2016).

Bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bakım ve uygulamalar planlanırken, hemşirelik bakımının kuram ve modellere dayandırılması bakımın etkinliğinin artmasında önemlidir. Hemşirelikte kullanılan modellerin odak noktası bireydir bu sayede hemşirelik uygulamaları “iş merkezli” olmaktan uzaklaşır. Bakımın sistematize edilmesinde hemşire için yol göstericidir (McCurry ve ark. 2010; Velioğlu 2012; Vicdan ve Karabacak 2014).

Sağlık modelleri, iyiliğin çok boyutlu olduğunu ve bireyin yaşam kalitesini etkilemede birbiriyle kesişen birbiriyle bağlantılı sağlık boyutlarından oluştuğunu öne sürer. Bu modellerin fertilite bakımına uyarlanması ve uygulanması uygundur. Uyarlanmış bir sağlıklı yaşam modeli, sağlığın çeşitli boyutlarındaki faktörlerin infertilite sorunu yaşayan hastaların bütünsel sağlığını nasıl etkilediğini ve bu entegre faktörlerin bakım arama ve geri dönme kararlarını nasıl etkilediğinin anlaşılması sağlar (Whittier Olerich ve ark. 2021).

İnfertilite tedavisi için başvuran sağlık bakımına ihtiyaç duyan çiftlerin bakımı planlanırken hemşirelik kuram ve modellerinden yararlanılabilir. Literatür incelendiğinde infetilite tedavi sürecinde ‘‘Roy Adaptasyon Kuramı’’ (Akyüz 2000),

‘‘Watson’ın Bakım Kuramı’’ (Özkan 2012), ‘‘Kolcaba Konfor Teorisi’’ (Anwar ve Anwar 2016), Wellness Modeli (Whittier Olerich ve ark. 2021) kullanıldığı görülmektedir. ‘‘Roy Adaptasyon Modeli’’ ile bakım planlayan hemşire hastasına bütüncü ve sistematik bir şekilde yaklaşabilir. Roy bireylerin çevresinde olan her şeyden etkilendiğine ve çevresini etkilediğine bu nedenle de bireylerin çevresiyle sürekli bir etkileşim içerisinde olduğuna inanır. Birey; psikososyal bir varlık olarak farklı uyaranla karşı karşıyadır. Modelde bireyleri etkileyen iç ve dış faktörler uyaranlardır. Bireyler içinde bulunduğu ortama uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağlamada bireyleri çevresel değişiklikler, önceki deneyimleri, olayları algılayış biçimleri, baş etme durumları gibi faktörler etkilemektedir (Vicdan ve Karabacak 2014).

Bireylerin, uyum gereksinimlerini belirlemede temel oluşturur. Bireylerin adaptayon gücü azaldığı zaman bütüncü bakım vererek tekrar uyum sağlamalarına destek sağlayan hemşirelik bakımıdır (Fawcett 2005; Freeman ve Freeman 2006). Birey fizyolojik gereksinimler, benlik (kendilik) kavramı, rol işlevi, karşılıklı dayanışma olmak üzere dört uyum alanına sahiptir. Bu alanların bütünlüğünün korunmasında bireyin uyumu gereklidir. Tüm alanlar birbiri ile ilişkilidir. Alanların bütünleştirilmesi bağımlılık, bağımsızlık dengesini oluşturur (Velioğlu 2012).

Roy Adaptasyon Modeli’nin odağında insanın adaptif sisteminde ve çevresinde oluşan değişimler vardır. Adaptasyon, Roy Adaptasyon Modeli’nin temelidir. Adaptasyon sorunları insanın içsel ve dışsal uyaranlarla baş edemediğinde ya da uyaranlara yanıt veremediğinde açığa çıkar (Fawcett 2005; Freeman ve Freeman, 2006). Hemşireler sağlık ve hastalık süreçlerinde bireylerin adaptasyonun sağlanmasında ve sürdürülmesinde önemli rol alır (Fawcett 2005).

Anne ve baba olma hayali kuran çift infertilite tanısı ile birlikte hayal kırıklığı yaşar ve bu sürece adaptasyon sağlaması gerekir. İnfertilite tedavisinin stresi ile birlikte tedavinin stresi çiftlerde depresyon ve anksiyete düzeyinin artmasına neden olur (Chan ve ark. 2006) ve sonuç olarak gebe kalamama ve yararsızlık hissine neden olur (Gameiro ve ark. 2013; Takaki ve Hibino 2014; Domar ve ark. 2018). İnfertilite tedavi sürecinde kadının ve ailesinin yaşadığı stres ve anksiyete sürece uyumu etkileyen önemli bir faktördür (Chan ve ark. 2006). İnfertilite tedavi sürecinde de bir çok zorlukla baş etmek zorunda kalan çift süreç boyunca tekrar tekrar adaptasyon sağlamak

zorundadır. Bu süreçte hemşirenin görevi çiftin uyum sağlayabilmesi yardımcı olmaktır (Lee ve ark. 2011; Velioğlu 2012).

2.6.1. İnfertilitenin Duygusal Kapasite ve İyilik Haline Etkisne Yönelik Hemşirelik Bakımı

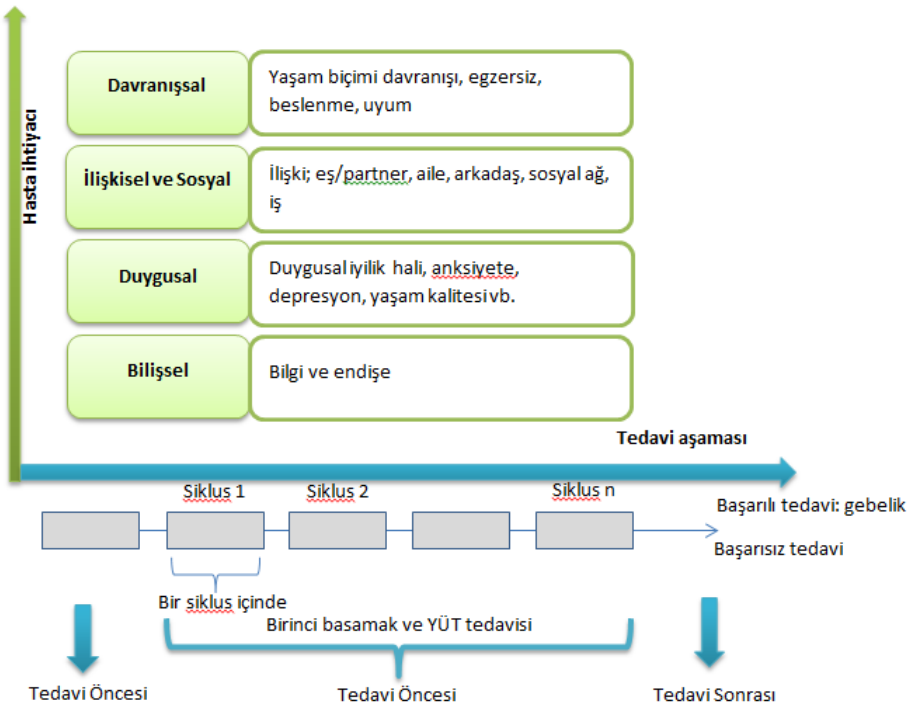
Hemşireler hastalarla iletişim kurarak hastaların kendilerini birey olarak nasıl gördüklerini, tedavi sırası ve sonrasındaki düşüncelerini yakından izleyen ve hastaların desteklenmesinde etkin rol oynar (Legg 2011). Hemşirelerin benimsediği ve uyguladığı bütüncü hasta bakımı psikososyal bakımın temelidir. Psikososyal bakımda "aktif dinleme" önemli bir unsurdur. Aktif dinleme bireylerin sözel olan mesajlarını dinleme ve anlamanın yanı sıra sözel olmayan davranışlarını da gözlemeyi ve aynı zamanda bireyin yaşamlarındaki sosyal alanıda tanımayı içermektedir (Kocaman 2005).

İnfertilitenin neden olduğu sıkıntılar sorunu çözme ve başarılı tedavi sonucunun önünde engel oluşturmaktadır (Barnack-Tavlaris 2019). İnfertilitede psikososyal bakım, çiftlerin, ailelerinin ve sağlık hizmet sağlayıcılarının infertilite bakımını optimize etmelerini ve infertilite tedavisinin psikolojik ve sosyal etkilerini yönetmelerini sağlayan bakım olarak tanımlanmaktadır (Gameiro ve ark. 2015). İnfertilite tedavi sürecinde duygusal sorunlarla baş etmede psikososyal bakım önerilmektedir (Gameiro ve ark. 2015).

Psikososyal girişimler bireylerin hayat kalitesini, fiziksel semptomlarını duygu durumlarına, anksiyetelerine etki eder. Psikososyal bakım ile ikincil hastalıkların önlenmesi sağlanır (Csaszar ve ark. 2009).

Psikososyal bakım kapsamında infertilite tedavi sürecinde kadınların stres, depresyon, kaygı düzeylerini azaltma, gebelik oranlarını ve yaşam kalitelerini arttırmanın yolu tedaviye alternatif psikososyal müdahalelerdir. Literatürde İVF tedavisi uygulanan kadınlarda en sık ölçülen psikososyal faktörün kaygı olduğu bulunmuştur (LoGiudice ve Massaro 2018). İVF tedavisi uygulanan kadınların bakım planlarına tamamlayıcı tedavileri dahil etmenin duygusal kapasite ve iyilik haline olumlu etkisi olacağı belirtilmektedir (LoGiudice ve Massaro 2018). Duygusal kapasite ve iyilik halini arttıran uygulamaların, çiftlerin kaygıları, gebelik oranları ve evlilik işlevleri üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Ancak iyilik halini arttırmaya yönelik yapılan psikososyal müdahalelerin bireyin ya da çiftin stres ya da depresyon durumunu rahatlatmadığı da bildirilmiştir (Ying ve ark. 2016).

Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) kılavuzu ‘‘İnfertilite ve medikal yardımlı üremede rutin psikososyal bakım-infertilite personel rehberi’’ tüm infertilite kliniği personeline (doktorlar, hemşireler, ebeler, danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, embriyologlar ve idari personel) kanıta dayalı en iyi uygulama önerileri sunar. ESHRE rehberinde üç ayrı psikososyal bakım düzeyi önerilmiştir. Bunlar; rutin psikososyal bakım, infertilite danışmanlığı ve psikoterapidir. İnfertilite danışmanlığı ve psikoterapi özel psikososyal bakım olarak kabul edilir (Gameiro ve ark. 2015). Kılavuzda spesifik yardımcı üreme teknikleri tedavi aşamalarına ve hasta ihtiyaçlarına göre uyarlanmış psikososyal bakımın sağlanmasına yönelik yaklaşım Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Şekil iki eksenden meydana gelmektedir. Yatay eksen ‘‘tedavi zamanını’’, dikey eksen ‘‘hasta ihtiyaçlarını’’ göstermektedir. Zaman ekseni tedavi öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç aşamayı içermektedir. İhtiyaç ekseni ise hastaların infertilite tedavisi konusunda sağlıklı bir deneyime sahip olmaları için gerekli olduğu varsayılan koşulları ifade etmektedir. İhtiyaçlar davranışsal (yaşam tarzı, egzersiz, beslenme ve uyum), ilişkisel (eş, aile, arkadaşlar, sosyal ağ ve iş ile ilişki), duygusal (kaygı, depresyon, yaşam kalitesi) ve bilişsel (tedavi hakkında bilgi ve endişeler) olarak ele alınmaktadır (Gameiro ve ark. 2015).



Şekil 2-1: Spesifik yardımcı üreme teknikleri tedavi aşamalarına ve hasta ihtiyaçlarına göre uyarlanmış psikososyal bakımın sağlanmasına yönelik yaklaşımın şematik gösterimi (Gameiro ve ark. 2015)

İnfertilite tedavi sürecinde hasta merkezli bakımın kalitesini arttırmak için psikososyal bakım bileşenlerini belirlemek önemlidir. Bir bakım bileşeni psikolojik (zihinsel veya duygusal ihtiyaçlarla ilgili) ve/veya sosyal (kişilerarası ihtiyaçlar) ise içeriği (örn., gevşeme, eğitim), tekniği (örn., nefes egzersizleri, modelleme), önerilen etki mekanizması (örn., sonuçlar hakkında artan bilgi, inanç değişikliği), metod yönetimi (örn., kişilerarası destek, etkileyici yazma) ya da hedeflenen sonuç belirtiliyorsa (örn., iyilik hali, yaşam kalitesi) psikosoyal olarak kabul edilir (Gameiro ve ark. 2015).

İnfertilite tedavi sürecinde rutin psikososyal bakım sağlamanın stresi (Pook ve Krause 2005) ve tıbbi prosedürlerle ilgili endişeleri azalttığı (Gameiro ve ark. 2013), bilgi düzeyini (Hope ve Rombauts 2010), yaşam kalitesini (Moran ve ark. 2011), iyilik halini (Cousineau ve ark. 2008; Aarts ve ark. 2012) ve tedaviye uyumu (Pook ve Krause 2005) arttırdığı bilinmektedir. Psikososyal bakım ile tedaviye tam uyum sağlandığında infertilite kliniklerinde gebelik oranlarında %15'lik bir artış olabileceği beklenmektedir (Gameiro ve ark. 2013).

Psikososyal bakımın özelleştirilmiş hali infertilite danışmanlığıdır. Danışmanlık, infertilite ve infertilite tedavisinden kaynaklanan sorunları araştırmak, anlamak, çözmek ve sorunlarla daha etkin bir şekilde başa çıkma yollarını netleştirmek için kullanılan, teorik bir çerçeveye dayanan kişiler arası bir süreçtir (Gameiro ve ark. 2015). Danışmanlık ile bireylerin kendine özgü gereksinimlerini fark etmeleri ve doğru adım atmaları sağlanarak tedavi başarısının artmasına ve kişiler arası ilişkilerin güçlendirilmesine yardımcı olunabilir (Güngör ve Beji 2015).

İnfertilite tedavisi uzun bir süreçtir bu süreçte bireyler tedavinin planlanması ve bakım süreçlerinde aktif katılım göstermeyi istemektedir. Sağlık bakım profesyonelleri ile görüşme zamanlarının planlanması, kayıtların saklanması ve sağlık profesyonellerinin bireye özgü kayıtlara hakim olması beklemektedir (Inhorn 2018). İnfertilite tedavisi gören hastalara tedavi süreçlerinin takibini yapması gerekn sağlık personeli tercihleri sorulduğunda hastaların çoğunluğu danışman veya embriyolog yerine doktor ve hemşire (%49) veya doktoru (%35) tercih etmiştir (Peddie 2004).

İnfertilite tedavi sürecinde çiftleri desteklemenin kadının iyilik halinin belirlenmesi ve iyileştirilmesinin en etkili yolu hemşirelik bakımının sürekliliğidir. Bakımın sağlanmasının en etkili yolu ise yüz yüze iletişim kurmaktır (RCN 2020).

İnfertil bireylere/çiftlere tedavi sürecinde verilen bakım kapsamında literatürde hemşirelik destek programları tanımlanmıştır (RCN 2020).

Destek programları kapsamında infertil bireyin/çiftin;

- Akran destek formlarının ve programlarının oluşturulması, benzer sorunu olan infertil bireyler/çiftler ile bir araya getirilme
- Stresli durumlardan kaçınılmaya odaklanma, buna yönelik düzenli uygulamalar ve toplantılar yapılması
- Öğrenmeyi teşvik etmek için soru sorulmasına izin verilmesi, yargılayıcı ve suçlayıcı yaklaşılmaması
- Stressiz bir fiziksel ortam oluşturulması
- Stres yönetim tekniklerinin öğretilmesi, örneğin zihin beden egzersizleri, yoga

Bazı ülkelerde tedaviye başlayacak çiftlere hemşire ve psikolog tarafından psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti verilmesi zorunlu tutulmaktadır (Meran ve Beji 2016).

2.6.1.1.İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri

Stres bireyin dış uyaranlardan kendini korumak için verdikleri tepkilerdir. İnfertilite ve stres arasındaki ilişki karmaşık olmasına rağmen artan stres durumun infertiliteyi etkilediği kabul edilmektedir (Yılmaz ve Oskay 2015). Stres durumunda hormonal sistem, santral sinir sitemi ve immün sistemin etkilendiği bilinmektedir. Üreme sistemi de bu sistemler ile bağlantılı olduğundan stres bireyin üreme potansiyelinin etkilenmesine sebep olabilir (Terzioğlu 2001). Ovulasyon döneminde olan kadınlarda akut stres durumunda istenmeyen fizyolojik etkiler ortaya çıkabilir. Aynı şekilde kronik stres durumunda da üreme performansının fizyolojik olarak etkilendiği bilinmektedir (Maeda ve Tsukamura 2006; Zangeneh 2009; Kaplan 2018).

Stres anında kadın vücudunda kortizol ve beta endofrin adı verilen stres hormonlarını salgılanır. Beta endofrin hipotalamustan GnRH salgılanmasını baskılar ve hipofizden LH, FSH ve gonadlardan cinsiyet hormonlarının salınmasını azaltır ve ovulasyon sorunları görülür (Maeda ve Tsukamura 2006; Zangeneh 2009; Kaplan 2018). Diğer bir aşama olgunlaşan ya da fertilize olan ovumun uterusa yerleşmesi ve

uterusun gebelik için hazırlanmasıdır. Stres nedeni ile LH ve FSH az üretildiğinde uterusun hazırlanması için gerekli olan östrojen ve progestronda kanda yeterli düzeye çıkamaz. Stresle birlikte açığa çıkan kortizol ve beta-endofrin kandaki progesteron seviyesini düşürür ve strese tepki olarak prolaktin açığa çıkar ve prolaktin progesteronun etkisini azaltır. Bu fertilite olumsuz olarak etkilenir (Zangeneh 2009).

İnfertilite ve YÜT'ün psikolojik etkilerini inceleyen çalışamalarda infertilitenin, bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Hammarberg 2003; Ünal ve ark. 2010; Yılmaz ve Oskay 2015; Ahmedi ve ark. 2019). İnfertilite tedavisinin her aşamasında farklı fiziksel ve psikolojik sorunlar bildirilmiştir (Lee ve ark. 2010). İnfertilite tedavisinde over stimülasyonu sürecinde kadınlar baş ağrısı, yorgunluk, kilo alma, folikül gelişiminin izlenmesinin her gün yapılması nedeni ile stres yaşamaktadır. Oosit aspirasyonu işleminin invaziv bir girişim olması ve bu girişim ile ilişkili ağrı, stres düzeyinde artma ve korku meydana gelebilmektedir. Embriyo transferi ve implantasyondan sonraki gebelik oluşma sürecinin beklendiği dönem İVF-ET tedavisinin en stresli ve zorlu aşaması olarak bilinmektedir. Zorlu tedavi sürecine rağmen olumsuz sonuç elde eden kadınlarda boşluk hissi, yetersizlik, eksik hissetme, üzülme ve yas süreci yaşandığı bildirilmiştir (Lee 2010; Karaca ve Ünsal 2012).

İnfertil çiftler tipik olarak infertiliteyi hem zarar (ör. merkezi rolün kaybı) hem de fayda (ör. evlilik ilişkisinin güçlendirilmesi) potansiyeli olarak algılamaktadır. Bunlara ek olarak, infertilite, hem kontrol edilebilir (ör. tıbbi tedaviye veya belirli bir tedaviye devam edip etmemeye karar verme) hem de kontrol edilemeyen (ör. gebe kalma) bir stres etkenidir. Stanton ve Dunkel-Schetter stres ve başa çıkma teorisini infertiliteye uygulamışlardır. Bireylerin stresli iken; tahmin edilemezlik, olumsuzluk, kontrol edilemezlik ve belirsizlik ile karşı karşıya olduğuna dikkat çekmişlerdir (Burns ve Covington 2006).

İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin stresörlerle başa çıkmasında baş etme mekanizmaları etkilidir. Kişiler başa çıkma yöntemlerini deyim ve öğrenim yolu ile kazanır. Başa çıkma yöntemleri bireysel farklılıklar gösterir (Ağargün ve ark. 2005; Yılmaz ve Oskay 2015). Başa çıkma yöntemleri etkili ve etkisiz olamak üzere gruplandırılır (Hisli Şahin ve ark. 2009; Yılmaz ve Oskay 2015). Etkili başa çıkma; bedene, duygu ve düşüncelere, duruma yönelik olarak üçe sınıfta toplanabilir. Bedene yönelik yöntemler; solunum ve gevşeme teknikleri (yoga, meditasyon vb.), spor, doğru

beslenmeyi içerir (Güleç ve ark. 2011; Yılmaz ve Oskay, 2015; ACOG 2017). Duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler, stres yaratan olayları öğreti olarak görme, duygularını paylaşma ve ifade edebilmedir. Duruma yönelik yöntemler ise zaman yönetimi, sosyal destek mekanizmaları, iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmedir (Güleç ve ark. 2011; Yılmaz ve Oskay, 2015).

İnfertil olan kadınların yaşadığı psikolojik sıkıntıların bir kısmı tedavi seçenekleri ve sonuçları üzerindeki kontrol eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Gourounti ve ark. 2012; Barnack-Tavlaris 2019). Bireylerin sağlıkları ile ilgili kontrol eksikliği, sağlıkla iyilik halinin düşük olması ile ilişkilidir ve bireylerin kontrolü dışında olduğu algılanan durumlar etkisiz başa çıkma stratejilerine girmesine neden olur (Barnack-Tavlaris 2019). Yapılan çalışmalar infertil çiftlerin stresli durumlarda daha fazla etkisiz başa çıkma yöntemlerine başvurduklarını göstermektedir (Afleksair ve Zarei 2013; Yılmaz ve Oskay, 2015).

2.6.1.2. Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT)

EFT, mühendis olan Gary Craig tarafından geliştirilen ve Dr. Roger Callahan'ın Düşünce Alanı Terapisi'nden (Thought Field Therapy-TFT) ilham alarak gelişen bir psikoterapi tekniğidir (Craig 2008).

Dr. Callahan 1980'de şiddetli su fobisi nedeniyele sık baş ağrısı ve korkutucu kabuslar tarifleyen hastası ile geleneksel araçlarla bir buçuk yıl çalışmış ve ilerleme kaydedememiştir. Aynı zamanda vücudun enerji sistemini merak eden ve çalışan Callahan bir gün hastasının gözlerinin altına (mide meridyeninin bir uç noktası) parmak uçlarıyla vurmuştur. Hastada mide rahatsızlığı oluşurken su fobisinin geçtiğini bildirmiştir. Meridyen noktalarına vurulması ile enerji akışı dengelenmekte, duygu yoğunluğu ve korku kaybolmaktadır (Craig 2004). Meridyenler teorisi, insan vücudunda meridyenler boyunca bir enerji akışı olduğunu ve meridyenler arasındaki tıkanıklıkların, hiperaktivitenin veya iletişimin engellenmesinin sağlığı etkilediğini savunur. EFT, meridyen teorisi ve psikolojik tekniklerin bir birleşimidir (Kwak ve ark. 2020). Craig 1995'te EFT'nin temellerini oluşturmuştur (Craig 2004). EFT'nin vücudun elektromanyetik enerji alanlarını etkilediğine inanılır ve bu nedenle enerji psikolojisi adı verilen terapinin parçası olarak kabul edilir (Church 2012). EFT, meridyen sisteminin arızalanması sonucu olumsuz duygu kaybolduğunda, meridyenleri uyarma ve önceden

belirlenmiş noktalara parmakla dokunarak işlevlerini eski haline getirme ve stabilize etme yöntemidir (Craig 2008; Church 2010).

EFT'nin iyi çalışmasının nedeni, genellikle beyinde yarattığı etkidir. Travmatik bir durumla karşı karşıya kalmak ve stres altında olmak amigdala, hipokampus ve nükleus akumbens dahil olmak üzere beyin alanlarını aktive etmektedir (Hui ve ark. 2000; Fang ve ark. 2009; Rancour 2016). Stres altında olduğumuzda, beynin prefrontal korteksi "çevrimdışı" hale gelir ve vücudumuz adrenalin ve kortizol ile dolmaya başlar (Moore-Hafter ve ark. 2021). Kortizol, limbik (duygusal) uyarılmaya aracılık eden bir stres hormonudur. EFT'den sonra tükürük örneği alınarak kortizol hormonu ölçülen bir çalışmada, EFT'nin kortizol düzeylerini %24 oranında azalttığını göstermiştir. Bu azalmaya bağlı olarak kaygı puanlarınında %58'lik bir azalma görülmüştür (Church ve ark. 2012). EFT ile akupunktur noktalarının uyarılmasıyla, uyaran beyinde aktif tutulurken bir yandan da stresin azalmasına yönelik sinyaller gönderilmektedir (Hui ve ark. 2000; Fang ve ark. 2009; Rancour 2016). EFT müdahalesi, amigdalayı sakinleştirmeye yardımcı olarak ve sakinleştirici kimyasalların salınmasını kolaylaştırabilir, böylelikle kişinin kendini daha rahat hissetmesini sağlayabilir (Moore-Hafter ve ark. 2021).

Akupunktur noktasına vurmanın beyne giden düzenleyici sinyallere neden olduğu ve hafızayı bütünleştirme süreçlerine neden olarak uyumsuz duygusal öğrenmeyi değiştirdiği varsayılmaktadır (Feinstein 2019). Akupunktur noktalarına travmatik olmayan fiziksel uyaran vererek korkuya karşı duyarsızlaştırma sağlamak için korkulan nesneye veya olumsuz duyguya odaklanılır. Bireyin olumsuz düşünceleri tanımladığı ve korkuyu kendini kabullenme davranışı ile, o anı ve benzer tüm anılarla ilişkili olumsuz somatik tepki kesintiye uğrar ve stres azaltılır (Craig 2010). Kendini kabul ifadesinin tekrarlanması bilişsel yeniden yapılandırmaya katkıda bulunur (Church 2010).

EFT, psikolojik bir endişe yüksek sesle dile getirilirken belirli akupunktur noktalarına iki parmak kullanılarak dokunmayı içeren, öğrenmesi kolay kendi kendine yardım aracıdır (Feinstein 2012; Chatwin ve ark. 2021). EFT sayesinde bireyler kendi duygusal durumuna yanıt vermeye ve kendini daha iyi tanımaya başlar ve kendine yardımcı olma güvenini kazanır. EFT, basit ve doğal şifa aracıdır, düşüncelerin, inançların ve duyguların bedeni ve yaşantıyı nasıl etkilediğini ve istenilen değişiklikleri

bilinçli olarak bireylerin nasıl yerine getireceğini keşfetmesini sağlar (Moore-Hafter ve ark., 2021). EFT travmatik anıların yoğunluğunu azaltmanın çok hızlı ve basit bir yöntemidir. Denedikten sonraki ilk birkaç dakika, travmatik anıların yoğunluğunun hızla azaldığı fark edilmektedir (Church 2012). EFT uygulayan kişilerin genellikle birkaç seansta çok hızlı bir şekilde iyileştiği bilinmektedir (Church 2012).

Tıbbi sorunların çözümünde bireyler iyilik halini sağlamak içim medikal tedaviye gereksinim duyar. Duygusal sorunların çözümünde ise EFT uygun bir yöntemdir. Medikal tedavi ve EFT birlikte yürütülebilir. Bu nedenle, EFT ve diğer güvenli invaziv olmayan davranışsal yöntemler duygusal sorunların çözümünde önerilmektedir. Enerji psikolojisi tedavileri sırasında beynin elektromanyetik alanı incelendiğinde değişiklikler olduğu görülmüştür. Tedavi öncesi ve sonrası elektroenselogram (EEG) değerlendirildiğinde EEG frekanslarının travmatik olaylar hatırladığında kişi stres ve anksiyete durumundayken değiştiği savaş kaç tepkisinin aktive olduğu, başarılı tedavi sonrası ise EEG dalgalarının gevşeme ile karakterize olduğu bilinmektedir (Church 2012). Akupunkturun da benzer etkiler yaptığı bilinmektedir. Akupunkturun ardındaki teori ise vücudun enerji sisteminin meridyen adı verilen 12 kanal üzerinden aktığına inanılmasıdır. Enerji bu noktalarda bloke olduğu zaman fiziksel ve psikolojik sıkıntılar meydana gelmektedir. Akupunktur iğnelerinin veya parmak uçlarıyla akupresür kullanımının bu enerji bloklarını serbest bıraktığına inanılır. EFT, bu meridyenlerin uç noktalarına parmak uçları ile dokunulmasıdır, bu yüzden bazen "duygusal akupunktur" olarak da adlandırılmaktadır. Enerji dengelendiğinde ve aktığında, hem EEG tarafından alınan beyin dalgası enerjisi hem de akupunkturda tanımlanan meridyen enerjisinde bireylerin kendisini daha iyi hissettiği bilinmektedir (Church 2012).

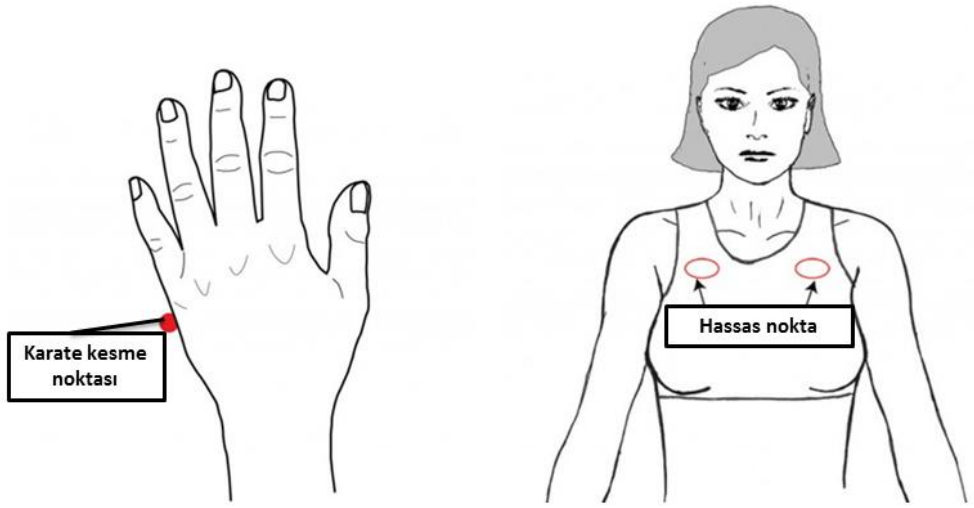
EFT'nin fizyolojik ve psikolojik sorunların çözümünde yararlanılan bir yöntem olduğu bilinmektedir. Depresyon (Church ve Brooks, 2010; Stapleton ve ark. 2013; Stapleton ve ark. 2014; Chatwin ve ark., 2016; Church ve House 2018), anksiyete (Temple ve Mollon 2011; Jain ve Rubino 2012; Patterson 2016; Gaesser ve Karan 2017; Church ve House 2018; Madoni ve ark. 2018; Vural ve ark. 2019; Dincer ve ark. 2020), stres (Ghamsari ve Lavasani 2015; Rogers ve Sears 2015; Patterson 2016; Dincer ve İnangil 2021), fobi ve korkular (Baker ve Siegel 2010; Schoninger ve Hartung 2010; Salas ve ark. 2011; Fitch, Schmuldt ve Rudick 2011; Jones ve ark. 2011; Temple ve

Mollon, 2011; Vural ve Aslan 2019), bağımlılık ve travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) (Karatzias ve ark. 2011; Stein ve Brooks 2011; Zhang ve ark. 2011; Church ve Feinstein 2012; Hartung ve Stein 2012; Connolly ve Sakai 2012; Robson ve Robson 2012; Gallo 2013; Church ve ark.,2013; Boath ve ark. 2014; Church ve Brooks 2014; Dunnewold 2014; Lake 2014; Sheldon 2014; Church ve House 2018; Fahey 2018; Anderson ve ark. 2019), mesleki tükenmişlik (Wati ve ark. 2019), yaşam kalitesi (Dewi ve ark. 2020), disleksi (McCallion, 2012), kilo kaybı ve aşerme (Church ve Brooks 2010; Stapleton ve ark. 2010; Stapleton, ve ark. 2012; Church ve ark. 2018) dahil olmak üzere çeşitli psikolojik durumlar için EFT'nin etkisine yönelik bir çok çalışma mevcuttur (Feinstein 2008; Feinstein 2012). Ağrı yönetimi (Ersun ve Zaybak 2012; Bougea ve ark. 2013; Baker ve Hoffman 2015), nöbet bozuklukları (Swingle 2010), spor performansını geliştirme (Church, 2009; Church ve Downs, 2012; Llewellyn-Edwards ve Llewellyn-Edwards 2012; Rotheram ve ark. 2012), kronik hastalık semptomları (Kalla ve ark. 2017), fibromiyalji (Brattberg 2008; Benor ve ark. 2017), vb. fiziksel sorunların ve tıbbi tedavi gerektiren durumların çözümünde EFT kullanımı yaygındır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde infertilite tedavisi alan kişilerde EFT'nin etkinliğini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. EFT'nin psikolojik ve fizyolojik sorunların çözümünde olumlu sonuçları olması ve uygulama sırasında herhangi olumsuz bir etkisinin bulunmadığı (Feinstein 2012) göz önünde bulundurularak infertilite tedavi sürecinde psikososyal iyilik halini olumlu yönde etkileyecek bir yöntem olacağı düşünülmektedir.

EFT Prosedüründeki Adımlar

EFT öğrenilmesi kolay ve hızlı bir ‘‘Temel Reçete’’den oluşur. Reçete duygusal sorunlarla başa çıkabilmek için belli sıra ile 12 enerji tıklama (tapping) noktasına tıklanatak uygulanır (Craig 2004; Church 2012). EFT'nin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan temel ölçek ünlü bir psikiyatrist olan Joseph Wolpe'nin 1950'lerde geliştirdiği rahatsızlık derecesi ölçeğidir. Ölçek 0'dan 10'a kadar numaralandırılmıştır. Sıfır rahatsızlık yok, 10 maksimum rahatsızlığı ifade edecek şekilde 0 ve 10 arasında puanlandırılır. Bu ölçek, anksiyete gibi psikolojik problemler yanı sıra ağrı gibi fiziksel problemler için de kullanılmaktadır. Dr. Wolpe bu derecelendirmeye ‘‘Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Disturbance-SUD)’’ ismini vermiştir (Church 2012; Church ve Brooks 2010).

EFT uygulamasına başlamadan önce sorunun saptanması ve soruna yönelik bir kurulum (doğrulama) cümlesi oluşturulması gerekmektedir (Church 2012). Sorunun saptanması ve kurulum cümlesi gereğinden fazla düşünülmemelidir. Kurulum cümlesi ne kadar net olursa EFT de o kadar yararlı olmaktadır (Hartman 2016). Kurulum cümlesi genel yapısı; ‘‘……. rağmen, kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum’’ dur (Church 2012). EFT'nin somatik bileşeni, vücudun 12 tıklama noktasına 2 aşamada dokunmayı içerir. Birinci aşamada uygulayıcı kurulum ifadesini 3 kez söylerken ‘‘Hassas Nokta’’nın eş zamanlı olarak ovalanması veya ‘‘Karate Kesme Noktası’’na (Şekil 2-2) 3 kere tıklanması gerekmektedir (Church ve Brooks 2010; Church 2012; Hartman 2016). Karate noktasına yapılan tıklamaların hassas noktanın ovalanmasına göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Church 2012; Church ve Brooks 2010).



Şekil 2-2: Hassas Nokta ve Karate Kesme Noktası

(https://griefandmourning.com/eft)

İkinci aşamada, travmatik anıyı uyandıran “hatırlatma cümlesi” olarak adlandırılan kısa bir cümle tekrarlanırken, her biri 5-7 kez 11 ek noktaya (5 başta, 2 gövdede ve 4 elde) vuruşlar yapılır (Şekil 2-3). Standart EFT protokolünde baş ilk veya son vurma noktası olarak kullanılabilir. Her iki uygulamada yıllar boyunca popüler olmuştur. Vuruşlar hafif bir şekilde tepe noktasından vücudun altına doğru yapılır (Moore-Hafter ve ark. 2021).

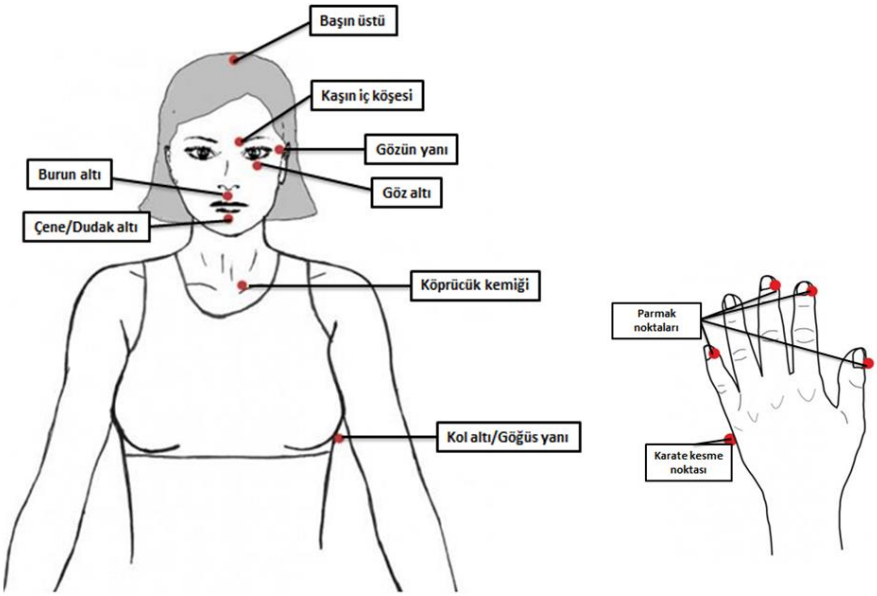
EFT uygulamasında kullanılan meridyen uç noktaları aşağıda verilmiştir:

1. Kaşın iç köşesi: Kaşların başladığı, burun kemiği altındaki birleşim noktası
2. Gözün yanı: Gözün dış köşesinde olan kemiğin üzerindeki nokta
3. Göz altı: Karşıya bakarken elmacık kemiğinin üstendeki gözbebeğinin 2.5 cm altındaki nokta
4. Burun altı: Burnun altında, üst dudağın tam üzerindeki girintili nokta
5. Çene: Alt dudak ve çene arasındaki girintili nokta
6. Köprücük kemiği: Köprücük kemiğinin hemen altında, köprücük kemiği ve göğüs kemiğinin birleştiği nokta
7. Kol altı: Vücudun sağ ya da sol taraftan erkeklerde meme ucunun hizasında koltuk altına doğru kalan, kadınlarda koltuk altının 4-5 cm olan nokta.

EFT uygularken eldeki tıklama noktaları (Düz pozisyonda avuç yere doğru tutulduğunda, parmağın vücuda bakan tarafında bulunan noktadır);

8. Başparmak: Başparmağın dış bölümü (tırnak tabanına doğru)
9. İşaret parmağı: İşaret parmağının başparmağa doğru olan bölümü (tırnak tabanına doğru)
10. Orta parmak: Orta parmağın başparmağa doğru olan bölümü (tırnak tabanına doğru)
11. Küçük parmak: Küçük parmağın başparmağa doğru olan bölümü (tırnak tabanına doğru)
12. Karate kesme noktası: Elin yan noktası, elin dış kenarıdır (Küçük parmağın tabanı ile bilek arasındaki yumuşak kısım).

Kurulum cümlesi söylenip karate kesme noktası ya da hassas nokta ovalanması ile başlayarak, baştan başlanarak merdiyen dokunma noktalarına tıklanması ve dokuz gamut prosedürü ardından tekrar meridyen dokuna noktalarının tıklanması ile tamamlanan döngü bir EFT "dokunma turu" olarak adlandırılır. Tur tamamlandıktan sonra SUD ile tekrar değerlendirme yapılır (Church ve Brooks 2010; Church 2012; Hartman 2016).



Şekil 2-3: EFT Tıklama Noktaları

(https://griefandmourning.com/eft)

EFT Temel Reçete uygulama basamakları;

1. Sorunun rahatsızlık düzeyinin saptanması (Örneğin: Yumurta toplama işlemim olduğu için stresliyim) ve SUD belirlenmesi (Stres düzeyi 0 ve 10 arasında puanlandırma, 0=Hiç stresim yok, 10=dayanamayacak kadar çok stresliyim)
2. Kurulum (Örneğin: "Yumurta toplama işlemim nedeniyle stresli olmama rağmen, kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum" şeklindeki kurulum cümlesi oluşturulur) Göğüs üzerindeki hassas nokta ovalanarak ya da karate noktasına vurularak kurulan uzun cümle sesli olarak söylenir. Hatırlatıcı şifre oluşturulur (Örnek: Bu stresim).
3. Meridyen noktaları sırayla 5-7 kez tıklanır
4. Meridyen noktaları tıklandıktan sonra ''Dokuz Gamut Prosedürü'' uygulanır (Elde Gamut noktasına tıklamalar yapılırken bazı göz hareketleri, mırıldanmalar ve saymalar yapılır)
5. Meridyen noktalarının tekrar sırayla 5-7 kez tıklanır
6. Tekrar SUD ile rahatsızlık düzeyinde olan farklılaşma değerlendirilir (Craig 2004; Church 2012; Moore-Hafter ve ark. 2021).

- Dokuz Gamut Prosedürü: Gamut noktası vücutta enerji noktalarından biri olarak bilinmektedir. Gamut noktasına arka arkaya sürekli vurularak beynin uyarılmasını içeren 10 saniyelik bir süreçtir. Dr.Callahan tarafından geliştirilen prosedür dokuz basamaklıdır. Prosedürün amacı beynin sağ ve sol olmak üzere her iki bölümünü de angaje etmektir. Uygulamanın gerçekleştirilmesi için öncelikle gamut noktasının bulunması gerekir. Gamut noktası elin arkasında yüzük parmağı ile küçük parmağın arasındaki eklemlerin ortasının yaklaşık bir buçuk cm gerisinde üçgen alanın tepe noktasıdır (Şekil 2-4).

Prosedür uygulanırken bazı göz hareketleri yapılır, bu göz hareketleri ile sinir geçişleri çaprazlanır. Uygulama yapılırken birey bir şarkı mırıldandığında sağ beyin devreye girer ve saydığında sol beyin devreye girerek aktif hale geçer. ‘‘Dokuz Gamut Prosedürü’’ EFT uygulanırken kullanılan bir basamaktır ancak son yıllarda isteğe bağlı kullanım söz konusudur (Moore-Hafter ve ark. 2021).



Şekil 2-4: Gamut Noktası

(http://griefandmourning.com/eft)

Gamut prosedürü uygulanırken aşağıda verilen sıra izlenir;

1. Gözler kapalı
2. Gözler açık
3. Gözler sağa doğru sert bir şekilde çevrilir (baş hareketsiz kalır)
4. Gözler sola doğru sert bir şekilde çevrilir (baş hareketsiz kalır)

5. Gözleri tek yönde 360° döndürülür (Burun saatin ortası ve uygulayıcı sırayla saatteki tüm sayıları görecek şekilde gözler yuvarlanır)
6. Gözleri diğer yöne 360° döndürülür
7. Bir şarkının nakaratı mırıldanılır (İyi hissettiren bir şarkı tercih edilir)
8. 1'den 5'e kadar hızlı bir şekilde sayılır (1-2-3-4-5)
9. Tekrar bir şarkı 2 saniye kadar mırıldanılır (http://griefandmourning.com/eft)

2.6.1.3. Nefes Teknikleri

Solunum sistemi; kalp, sindirim ve endokrin sistem gibi otonomik fonksiyon gösteren sistemler arasında hem otonom (bilinçli farkındalık ve müdahale olmadan nefes alma) hem de bilinçli olarak kontrol edebilmektedir. Geleneksel Asya'da kendini yetiştirme geleneklerinde, nefesi bilinçli olarak kontrol etme yeteneği, duygusal, zihinsel, fiziksel sağlık ve iyilik hali için güçlü bir araç olarak kullanılır (Deadman 2018). Nefes tekniklerinin asıl amacı nefesin kontrollü olarak düzenlenmesidir. Nefes teknikleri nefes alıp verirken duraklamanın ortadan kaldırılması, uzatılması, kısaltılması vb. durumları ile ilgilidir. Kalp, akciğer ve mide sinirleri kontrol edilerek normalde kullanım yetisi bireyde olmayan otonom davranışların bireyin kontrolünde olması amaçlanır (Kartal 2018).

Tüm canlıların yaşamlarını sürdürmesi için enerjiye ihtiyacı vardır. Vücutta enerji üretmek için hücreler içerisinde gerçekleşen reaksiyonlar solunum ile sağlanan oksijen ile düzenlenir (Jerath ve ark. 2006). Pranayama olarak adlandırılan kontrollü nefes teknikleri otonom sinir sistemi ile ilişkilidir ve nefes alışverişi ile otonom sistemin işlevini bilinçli bir şekilde kontrol almayı amaçlar. Solunum sistemi büyük ölçüde insan iradesi dışında gerçekleşir ancak alınan nefesin derinliği, süresi ve sıklığı istemli olarak kontrol edilebilir. Bu sebeple nefesi teknikleri otonom sinir sistemini denetlemek için bir başlangıçtır (Kartal 2018; Şinik 2020).

Stres esnasında insan vücudunda bir takım biyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Burada iki farklı sistem söz konusudur. İlki olan "sempatik sistem'', kaynakları harekete geçirmek amacıyla ve "kaç ya da savaş" tepkisine hazırlanmak için tasarlanmıştır (Gunnar ve Quevedo 2007). Strese karşı oluşturulan yanıtta rolü olan ikinci sistem, "parasempatik" sistemdir. Nefes alırken sempatik sinir sistemi nefes verirken parasempatik sinir sistemi devreye girer. Nefes tekniklerinin stres yönetiminde

otonom sinir sisteminin dengesini bulması yani sempatik sinir (savaş, don ya da kaç-çabuklaşma ve gerginleşme) ve parasempatik sinir (dinlen, sindir, gevşe-yavaşlama ve rahatlama) sistemlerinin dengelenmesi için en etkili uygulamalardandır (Şinik 2020).

Nefes kontrolü ile fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal sağlığa katkıda bulunulur (Vas 2020). Nefes teknikleri kullanılarak doğru nefes almaya başlandığında fiziksel ve duygusal düzeylerde kişi düşünce gücünün farkına varmakta yaşam gücünün yüksek fiziksel ve duygusal refah seviyelerine ulaşmasına yardımcı olunmaktadır. Düşünce gücünün farkına varan birey zihinsel güç ile hayata yön verebilme yeteneğine kavuşmaktadır (Kartal 2018; Şinik 2020). Nefes alırken göğüs boşluğu aşağı, dışarıya ve yukarı hareket edebilir. Fakat diyaframla nefes alındığı zaman aşağıya doğru itilir (Kartal 2018). Doğru nefes ağır ve derin bir şekilde alınmalıdır böylece akciğerin tamamı doldurularak diyafram aşığı itilir. Böylece akciğer tam kapasite ile çalışır ve vücudun gereksinimi olan oksijen karşılanabilir (Baltaş ve Baltaş 2013).

Nefes teknikleri ile doğru nefes alındığında, duygu ve düşüncelerin bedene yaptığı etkilerin (korku, anksiyete, suçluluk ve öfke duygularını) kontrol altına alınması için, vücutta hücrelerin besin kaynağı olan yeterli oksijeni sağlayarak sağlıklı ve güçlü bir beden için en uygun ortamı hazırlar (Kartal 2018).

Nefes egzersizlerinin rahatlatıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Çeşitli gevşeme yöntemlerinde kullanılan nefes teknikleri; yoga, pilates, EFT, bioenerji, vejoterapi, vb. uygulamalarının da içinde yer almaktadır (Kartal 2018). Literatürde bir çok farklı grupta (öğrenciler, gebeler, infertil bireyler, ağrısı olanlar, ruhsal bozukluğu olanlar, dansçılar, uyku problemi olanlar, diyabet hastaları, sporcular vb.) çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunların iyileştirilmesinde nefes teknikleri kullanılmaktadır (Chokroverty ve Provini 2017; Jafari ve ark. 2017; Schmidt ve ark. 2017; Sliiden ve ark. 2017; Stephens ve ark. 2017; Fiskin ve Sahin 2018; Decker ve ark. 2019; Vural ve Aslan 2019; Kalhori ve ark. 2020; Şen ve ark. 2020).

İnfertil bireylerle etkili nefes teknikleri uygulanarak yapılan çalışmalarda; etkili nefes tekniklerinin ağrı (Darbandi ve ark. 2018), anksiyete (Galhardo ve ark. 2013; Psaros ve ark. 2015; Darbandi ve ark. 2018; Rahimi ve ark. 2018), depresif belirtiler (Galhardo ve ark. 2013; Psaros ve ark. 2015; Kalhori ve ark. 2020), depresyon (Darbandi ve ark. 2018; Nery ve ark. 2019), stres (Darbandi ve ark. 2018; Nery ve ark. 2019), düzeylerinde azalma, yaşam kalitesi (Rahimi ve ark. 2019), öz yeterlilik

(Galhardo ve ark. 2013) ve iyilik halinde artma (Fard ve ark. 2018; Nery ve ark. 2019) olduğu olduğu belirtilmiştir.

Diyafram (Karın) Nefesi

Diyafram nefesi, havayı vücuda aşağı doğru hareket ettirmek için diyafram kasının kasılmasını kullanan, diyafram uzunluğunu ve solunum verimliliğini artıran ve daha verimli ekshalasyonu kolaylaştıran bir nefes alma tekniğidir (Subbalakshmi ve ark. 2014; Kim ve ark. 2015; Chen ve ark. 2017; Martarelli ve ark. 2011; Kartal 2018; Kaba 2019). Diyafram nefesinin otonom sinir sistemi üzerinde rahatlatıcı ve dengeleyici bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Martarelli ve ark. 2011; Subbalakshmi ve ark. 2014; Kim ve ark. 2015; Chen ve ark. 2017). Ayrıca, diyafragmatik nefes ile kalp atışı ve kan basıncı dengelenir, konsantrasyon artışı görülür. Diyafragmatik solunumun tedavi edici ve stresi azaltıcı etkisi olduğu bilinmektedir (Martarelli ve ark. 2011; Chen ve ark. 2017). İnsan vücudunda stres anında kortizol salgılanır ve sempatik sinir sistemi aktif hale gelerek vücut savunmaya hazırlanır. Kortizol vücutta antioksidan aktivitesinden sorumlu olan enzimlerin salınımını engeller. Bilinen en güçlü antioksidanlardan biri melatonin hormonudur. Diyafram solunumu ile yoğun egzersize bağlı oksidatif stresin azaldığı bilinmektedir (Martarelli ve ark. 2011). Diyafram nefesi, bireyin yavaş ve derin nefesler almak için diyaframını bilinçli olarak çalıştırdığı, gevşemeye dayalı bir stres yönetimi tekniğidir (Grossmann ve Taylor 2007; Chan ve ark. 2013). Diyafram nefesi stres yaşayanlarda ve anksiyetenin erken dönem tedavisinde önerilen bir yöntemdir (Lu ve ark. 2012).

Diyafragmatik solunumun fizyolojik uyarılma (Grossmann ve Taylor 2007; Chan ve ark. 2013) stres, anksiyete, depresyon, (Brown ve Gerbarg 2007) ve ağrı üzerinde olumlu etkileri vardır (Jensen 2011). Gevşeme temelli stratejiler, anksiyete, ağrı ve fizyolojik sonuçları azaltmak için cerrahi işlemler sırasında yardımcı tedaviler olarak başarıyla kullanılmıştır (Antoni ve ark. 2006; Ko ve ark. 2012; Parsa ve ark. 2017).

Diyafram nefesi uygulama basamakları (Baltaş ve Baltaş 2013);

1. Oturur veya rahat bir pozisyonda düz olarak uzanılır.
2. Bir el kaburgaların hemen altına, diğer el göğsün üzerine koyulur.

3. Nefes almadan önce akciğerler boşaltılır (nefesi verirken akciğerler zorlanmamalı ve nefes kendiliğinde çıkmalı).
4. Burundan derin bir nefes alınır tutulabildiği kadar bekletilir (karnın eli kaldırmasına izin verilmeli, göğüs hareket etmemeli).
5. Nefes alınan sürenin yaklaşık iki katı sürede dudaklar büzülerek yavaşça nefes verilir.
6. Yeni nefes için iki saniye kadar beklenir.
7. Egzersiz uygulanırken arada 4-5 normal nefes alınmalıdır.

Rahatlatıcı Nefes Tekniği (4-7-8)

4-7-8 nefes tekniği bir tıp doktoru olan Dr. Andrew Weil tarafından geliştirilmiştir. Hastalarda rahatlama sağlamak ve stresi yönetmek için çok basit ve kullanışlı bir araçtır. Kaygı ve stresi bütünsel bir şekilde yönetmek söz konusu olduğunda nefes almak zorlaşır 4-7-8 nefes tekniği bunun için en iyi nefes egzersizlerinden biridir. Bu egzersiz zaman almaz, ekipman gerektirmez ve her yerde uygulanabilir. Egzersiz herhangi bir pozisyonda yapılabilir ancak öğrenme sırtın dik konumda olması önerilmektedir (Weil 2021). Sinir sistemini dengeleyerek stres ve anksiyetenin azaltılmasında önemli rol oynar. Zihni dinginleştirdiği ve uykusuzluk problemine iyi geldiği bilinmektedir. Egzersize ilk başlandığında bir ay boyunca günde iki farklı zaman diliminde uygulanacak 4'er nefes önerilmektedir. Dördüncü ve altıncı haftadan itibaren 8 nefese kadar çıkılabilir bu bir defada uygulanabilecek en yüksek nefes sayısıdır (Şinik 2020).

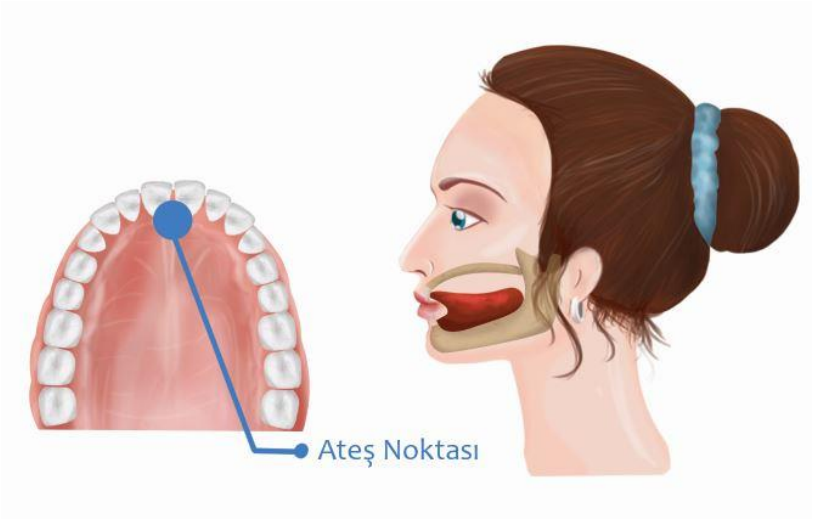
4-7-8 Nefes tekniği uygulama basamakları (4 7 8 Breathing; Şinik 2020);

1. Oturur veya rahat bir pozisyonda düz olarak uzanılır.
2. Ağız kapalı dil ucu ateş noktasında (Dilin ucunu üst ön dişlerin hemen arkasındaki doku sırtına dayalı, 4'e kadar sayarak burundan nefes alınır.
3. Alınan nefes 7'ye kadar sayılarak tutulur.
4. Tutulan nefes ağızdan eforla ve ağızdan rüzgar sesi çıkarılarak 8'e kadar sayılarak verilir (Dil ateş noktasındadır, dilin etrafında ağzınızdan nefes verilir eğer bu şekilde zorlanılıyorsa dudaklar hafifçe büzülebilir *(Şekil 2-5 ve Şekil 2-6).*



Şekil 2-5: 4-7-8 Nefes Tekniği

(https://www.ebrusinik.com; Şinik 2020 s: 152)



Şekil 2-6:Ateş Noktası (Fire Point)

(https://www.ebrusinik.com; Şinik 2020 s: 145)

Nefes Teknikleri Uygulanırken Dikkat Edilecek Noktalar (Şinik 2020)

- Önce güvenlik sonra konfor sağlanır
- Bağdaş kurup yerde ya da sandalyede dik pozisyonda, diyafram nefesi uzanarak da uygulanabilir
- Ağız aksi belirtilmedikçe sürekli kapalı olmalı, nefes almak için burun kullanılmalıdır
- Dil ucu, aksi belirtilmedikçe ateş noktasında durmalı. Dilin ucu, ön iki dişin hemen arkasında, üst damağa değecek şekilde rahat olmalıdır. Dil gergin değil, rahat olmalıdır (Şekil 2-6)
- Boyun ve omuzlar serbest bırakılmalıdır
- Nefes egzersizleri boyunca gözler her zaman kapalı olmalıdır
- Kişi kendini zorlamamalı baş dönmesi halinde normal nefes alma moduna geri dönmelidir
- Nefes sayı ve sürelerinde önerilen maksimum sayı ve sürelerin üstüne çıkılmamalıdır.

İnfertilite tedavi sürecinde olan bireylerde davranışçı tedavi yaklaşımlarının kullanımı yaygındır. Bu tedavi programları kapsamında kadınların/çiftlerin stres, anksiyete, depresif semptom yönetimi, gibi ruhsal durumların yönetimine solunum egzersizinden yararlanıldığı bilinmektedir (Galhardo ve ark. 2013; Czamanski-Cohen ve ark. 2014; Psaros ve ark. 2015; Chen ve ark. 2017; Darbandi ve ark. 2018; Fard ve ark. 2018; Nery ve ark. 2019; Rahimi ve ark. 2018; Kalhori ve ark. 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma için kurulan hipotezler aşağıda belirtildi,

H_0. İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlara Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasite düzeyini arttırıcı etkisi yoktur.

H_1. İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlara Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasite düzeyini arttırıcı etkisi vardır.

H_0. İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlara Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın iyilik halini arttırıcı etkisi yoktur.

H_1. İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlara Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın iyilik halini arttırıcı etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma deneysel tasarımda randomize kontrollü prospektif bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin ''Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği''nde Şubat 2020-Mart 2021 tarihlerinde yürütüldü. İnfertilite kliniğinde son bir yıl içerisinde, ilk muayene için başvuran hasta sayısı 850, yıllık siklus sayısı 200 (IVF) olmak üzere toplam 1050 hastanın infertilite tedavisi ve izlemi yapılmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü İnfertilite Kliniği Uluslararası akredite (ESHRE) edilen bir birimdir. Bu birimde; toplam üç poliklinik, IVF ameliyathanesi, sperm verme odası, bir embriyoloji ve bir androloji laboratuvarı, bir sperm ve embriyo dondurma odası yer almaktadır. Ünitede üç kadın hastalıkları hekimi (bir doçent, bir uzman, bir asistan), üç

hemşire, iki embriyolog, iki biyolog, bir yardımcı sağlık personeli ve iki kayıt memuru ve bir klinik sekreteri görev yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir üniversite hastanesinde Şubat 2020- Mart 2021 tarihlerinde İnfertilite Kliniği'nde IİVF sürecindeki kadınlar oluşturdu. Deney ve kontrol gruplarının örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda infertil kadınların stres ve yaşam kalitesi düzeyi göz önünde bulundurularak güç analizi uygulandı. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla çalışmanın gücü, G*Power (3.1.9.2) programında hesaplandı. Çalışmada ana parametre olarak ''İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)" alındı (Matthiesen ve ark. 2012). Literatürdeki istatistiklere göre, etki büyüklüğünün (f) 0.25 olacağı hesaplandı. Buna göre, 0.8 güç için, alpha 0.05 olarak kabul edildiğinde, her grup için 36 kadın alınması gerektiği görüldü. Çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak gruplara 40'ar kişi alınmasına karar verildi. Güç analizi sonuçlarına göre çalışmada deney (n=58) ve kontrol grubu (n=54) olmak üzere in vitro fertilizasyon sürecindeki toplam 112 kadın çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya başlamadan önce her gruptan 3'er kadına pilot uygulama yapıldı pilot uygulamaya alınan kadınlar örnekleme dahil edilmedi. Araştırma örneklemini 112 infertil kadın oluşturdu, 27 kadın fertilizasyon olmaması, ovaryen hiperstimülasyon sendromu (OHSS) riski, erken folikül çatlaması, tek folikül gelişimi, Covid 19 pozitif olması ve pandemi nedeni ile çalışma kapsamına alınmadı. Sonuç olarak deney grubunda bulunan (n=42), kontrol grubunda (n=43) kadının verileri analiz edildi (Şekil 3-1).

Çalışma Grupları:

Deney grubu: İn vitro fertilizasyon (IVF) sürecinde rutin hemşirelik bakımının yanı sıra Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen danışmanlık programı uygulanan kadınlar deney grubunu oluşturdu.

Kontrol grubu: İn vitro fertilizasyon (IVF) sürecinde rutin hemşirelik bakımı uygulanan kadınlar kontrol grubunu oluşturdu.

Araştırma görüşmelerinin yapıldığı yer: Çalışma İnfertilite Kliniği'nde sürdürüldü. Görüşmeler klinik içerisinde daha önceden hazırlanmış uygun bir muayene odasında yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- ✓ Kadının 18-40 yaş arasında olması
- ✓ İVF tedavi sürecinde olması

Örneklemden dışlanma kriterleri:

- ✓ Psikiyatrik tanı konulmuş bir hastalığı olan
- ✓ İletişim kurmaya engel olacak bir durumun olması (dil vb.)

3.6. Randomizasyon

1. Adım: Randomizasyon Yöntemi

İnfertilite kliniğine in vitro fertilizasyon tedavisi için gelen kadınların isimleri, bölüm sekreteri tarafından randevu defterine polikliniğe geliş sırasına göre yazılmaktadır. Deney ve kontrol grubunu ayırabilmek için araştırmacı tarafından kayıpların olabileceği düşünülerek, üzerinde 1'den 120 ye kadar randevu sırası olan bir liste hazırlandı. Deney-kontrol grubunun ayrımı; basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı.

Örnekleme girecek numaralar www.random.org sayı üret ile belirlendi. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan kadınlar İnfertilite Kliniği'nde çalışan klinik sekreteri tarafından listeye yazıldı. Randevu listesindeki randomize sayılara göre belirlenen sayılar randevu sırası olacak şekilde ayarlandı. Deney-kontrol grubu randevu sırasına göre belirlendi. Deney ve kontrol grubunu oluşturan sayılar şu şekildedir;

Deney grubu: 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 20, 22, 23, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 78, 79, 82, 83, 85, 89, 91, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 103, 104, 108, 110, 111

Kontrol grubu: 1, 4, 5, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 50, 53, 54, 56, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 74, 75, 77, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 90, 94, 97, 100, 101, 102, 105, 106, 107, 109, 112

2. Adım: Randomizasyon Bilgisinin Gizlenmesi

Deney ve kontrol grubunun ayrılması araştırma ile ilgisi olmayan üçüncü bir kişi olan klinik sekreteri tarafından yapıldı. Sekreter kadınların geliş sırasına göre araştırmacı tarafından hazırlanan listeye isimleri yazdı. Defterde hangi sayıların deney hangi sayıların kontrol grubuna ait olduğunu içeren herhangi bir bilgi yer

almamaktaydı. Sekreter tarafından çalışmaya dahil olan kadının kaç numaralı hasta olduğunu içeren zarf ile araştırmacıya yönlendirildi.

3. Adım: Uygulama

Araştırmacı, zarfı açtıktan sonra kadının kaç numaralı hasta olduğunu öğrendi. Daha önceden belirlediği deney ve kontrol grubuna ait sayılardan kadının deney veya kontrol grubuna dahil olacağını belirledi.

4.Adım: Maskeleme (Körleme)

Araştırmanın örneklemine alınan kadınlar hangi grupta olduklarını bilmemektedir. Klinik çalışanlarından da deney ve kontrol grubunun bilgisi gizlendi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların birbirileri ile iletişime geçmelerini önlemek için tek tek görüşmeye alındı.

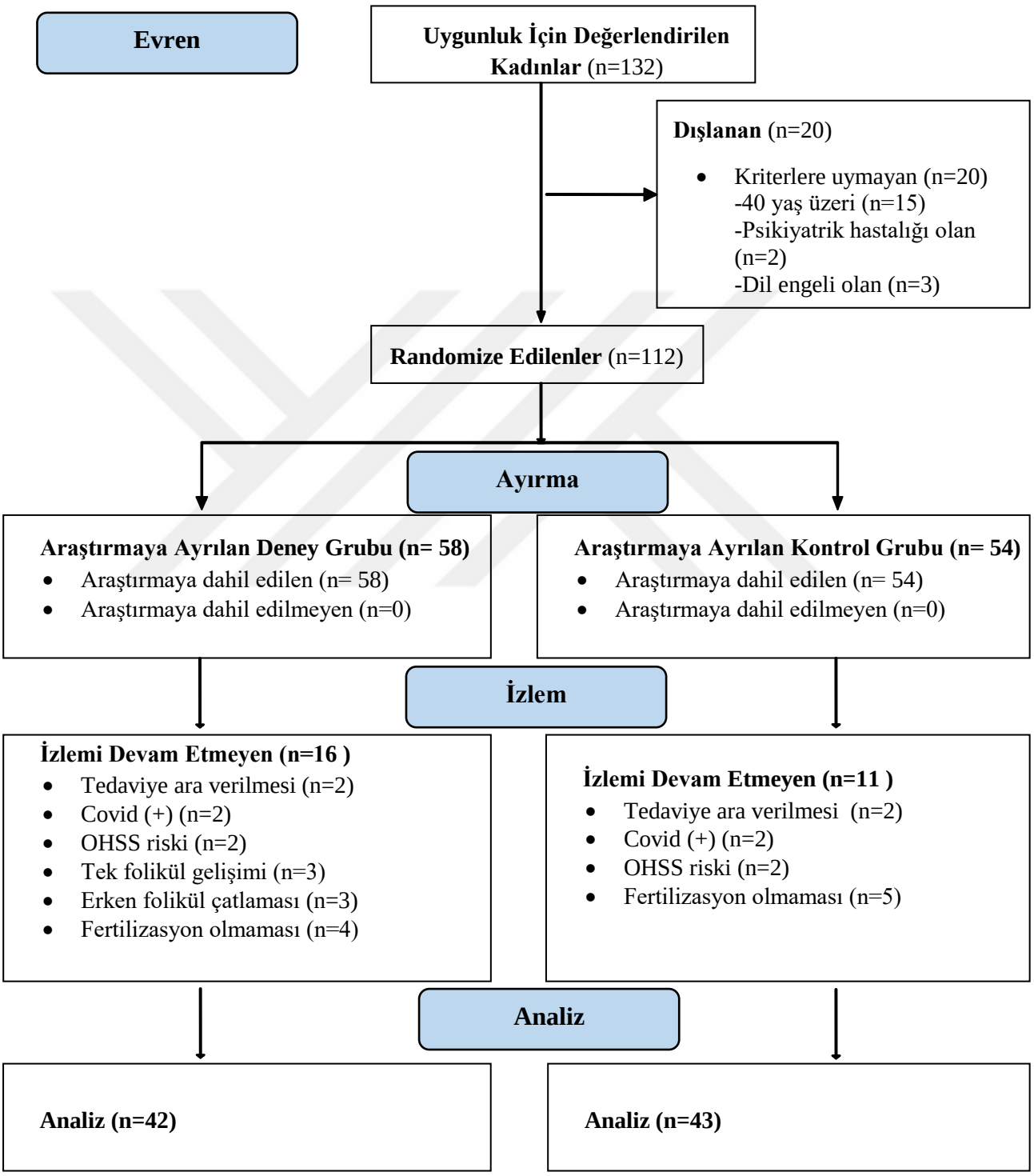
3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması

Araştırma ile ilgili gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra veri toplamaya başlandı. İn vitro fertilizasyon sürecinde olan kadınlar randomizasyon yöntemiyle çalışmaya alındı. Araştırma, ‘‘Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT)’’ doğrultusunda yürütülmüş olup akış şeması Şekil 3-1’de belirtilmiştir. Araştırmanın ‘‘ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System’e (PRS)’’ kaydı yapılmıştır (ClinicalTrials.gov ID: NCT04703725). Çalışmanın amacı, kapsamı, içeriği konusunda kadına bilgi verilmesi ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu) (EK-1), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol grubu) (EK-2) okutulup imzalatılması ile çalışma başladı. Ön-ilk değerlendirmede "Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-3), Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF) (EK-4), İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) (EK-5), Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü (FertiQol) (EK-6), Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Distress Scale-SUD) (EK-7) uygulandı. Örneklem seçim kriterleri doğrultusunda deney (42) ve kontrol (43) için toplam 85 infertil kadın örneklem kapsamına alındı. Deney grubuna klinik rutin hemşirelik bakımına ilave olarak iki modül içeren “Danışmanlık Programı” uygulandı. Program kapsamında 5 yüz yüze, 2 telefon görüşmesi yolu ile toplam 7 izlem yapıldı. Kontrol grubuna ise klinik rutin hemşirelik bakımına devam edildi ve 2 izlem yapıldı. Etik sorunları önlemek için kontrol grubunda isteyen kadınlara çalışma tamamlandıktan sonra bir seans danışmanlık uygulandı. Yüz yüze yapılan

görüşmeler ve "Danışmanlık Programı" klinikte daha önceden belirlenen özel bir odada yürütüldü. Çalışma kapsamında deney ve kontrol grubuna ilk ve son değerlendirmede "Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF), İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ), Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü (FertiQol)" formları uygulandı. Her bir kadın için formların uygulanma süresi ortalama 20-25 dakikadır. İlk değerlendirme (birinci izlem) itibari ile deney grubuna "Danışmanlık Programı" birinci modül uygulandı. Birinci modül infertilite tedavi süreci hakkında bilgilendirmeyi içerirken, ikinci modül infertilite sürecinde stres ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili uygulamaları içermektedir. İkinci izlem ile birlikte ikinci modüle geçilmiş ve beşinci izlem dahil olmak üzere stresle başa çıkma yöntemleri uygulandı. "Danışmanlık Programı" kapsamında yapılan her bir danışmanlık oturumu yaklaşık olarak 30-45 dakika sürdü. Kontrol grubunda ise klinikte rutin hemşirelik bakımı sürdürüldü.

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

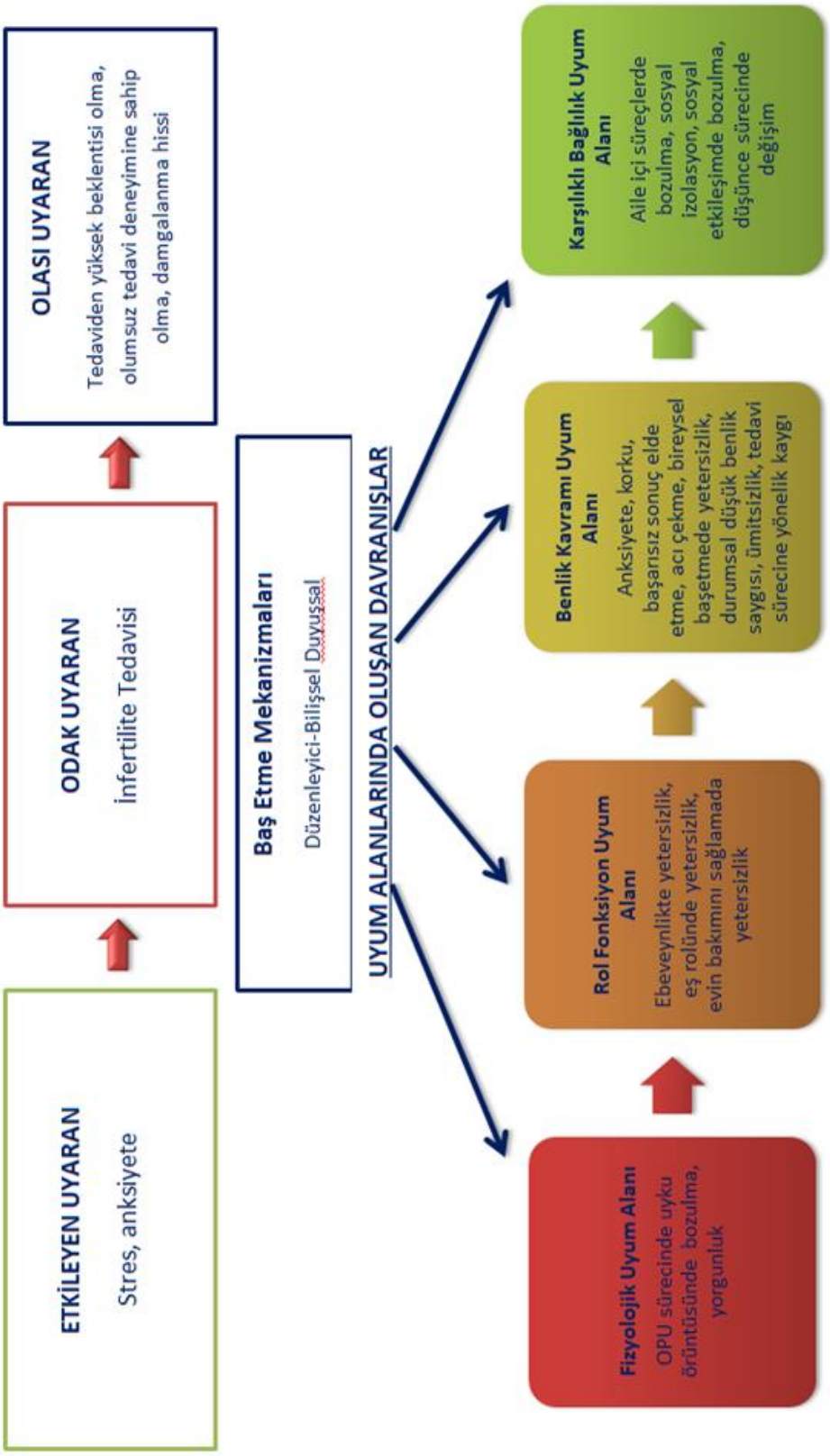
CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması

3.7.1. İnfertilite Danışmanlık Programının Hazırlanması ve Uygulanması

İnfertilite tedavi sürecindeki kadınlarda danışmanlık programının hazırlanmasında öncelikli olarak kadınların yaşadıkları güçlükleri tespit edebilmek için araştırmacı tarafından literatür taraması ve klinik gözlem yapıldı. Danışmanlık programı kapsamında sistemli ve bütüncü bakım sunabilmek ve bu süreçte kadının uyumu ve bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için ‘‘Roy Adaptasyon Modeli’’ doğrultusunda danışmanlık programı şekillendirildi. Roy Adaptasyon Modeli dört temel uyum alanından oluşmaktadır (Roy 2009; Lee ve ark. 2011, Velioğlu 2012). İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların karşılaştıkları güçlüklere yönelik hemşirelik tanıları, Roy Adaptasyon Modeli’ne göre verildi (Şekil 3-2).



Şekil 3-2: İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadının Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Tanıları Tablosu

Roy Adaptasyon Modeli' nin uyum alanlarına göre verilen danışmanlığın içeriği aşağıdaki gibidir;

- ***Fizyolojik Uyum Alanı;*** İnfertilite yönetimi ve süreci (infertilitenin tanımı, görülme sıklığı, etkileyen faktörler, tanı testleri, İVF tedavi aşamaları), ağrı ile baş etme yöntemleri, infertilite stresi ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi verildi.
- ***Rol Fonksiyonu Uyum Alanı;*** Değişen rol ve sorumluluklar, ebeveynlikte yetersizlik, eş rolünde yetersizlik, evin bakımında yetersizlik konusunda duygu ve düşüncelerin paylaşımı sağlandı ve bilgi verildi. EFT ve nefes egzersizleri öğretildi ve uygulatıldı.
- ***Benlik Kavramı Uyum Alanı;*** Anksiyete, korku, yetersizlik, kaygı, stres yönetimine yönelik EFT ve nefes egzersizleri öğretildi ve uygulatıldı.
- ***Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı;*** Aile süreçlerinde bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal destekten faydalanma hakkında duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlandı ve bilgi verildi.

İnfertilite danışmanlık programı kapsamında eğitimlerin etkinliğini ve hatırlanabilirliğini arttırabilmek için iki modülden oluşan İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-I ve İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-II hazırlandı (Ek-8, Ek-9). Hazırlanan kitapçık verilen danışmanlık programında rehber olarak kullanıldı. Kitapçık kullanım öncesinde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, infertilite hemşiresi ve infertilite uzman hekimi olmak üzere 10 uzmanın görüşü alındı. Öneriler doğrultusunda revizyon gerçekleştirilerek eğitim kitapçıkların son şekli verildi.

3.7.1.1. Deney ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Deney Grubu

<u>Birinci İzlem (Folikül Gelişimi Over Stimülasyonu)</u>

Oturumun amacı: Kadının infertilite ve tedavi süreci hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmasıdır. İnfertilite Danışmanlığı-I eğitim kitapçığı verilir.

- ✓ Kadını karşılama ve tanışma
- ✓ Aydınlatılmış onam alınması
- ✓ Veri toplama araçlarının uygulanması (Tanıtıcı Bilgi Formu, SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü)

- ✓ Kadının infertilite ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi istenir
- ✓ İnfertiliteye yönelik deneyimlerini paylaşması saplanır
- ✓ Kadının konuşulanları özetlemesi ve sıralaması istenir
- ✓ İkinci izlem hakkında bilgi verilir
- ✓ İkinci izlemin günü ve saati belirlenir.

İkinci İzlem (Folikül Takibi)

Oturumun amacı: İnfertilite tedavi sürecinde olan kadının o an ki yaşadığı duygularını fark etmesini ve tanımlamasını sağlayarak duygusal kapasitesinin ve iyilik halinin arttırılmasıdır. İnfertilite Danışmanlığı-II eğitim kitapçığı verilir.

- ✓ Kadın karşılanır
- ✓ Bir önceki izlemden bugüne kadar geçirdiği süreç hakkında görüşülür
- ✓ Yaşadığı psikolojik sorunlarla baş etmeye yönelik gevşeme, nefes teknikleri ve EFT uygulamalı olarak anlatılır
- ✓ Baş etme yöntemleri uygulanmadan önce ve uygulamadan sonra "Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD)" sorgulanır
- ✓ Kadının oturumu özetlemesi ve bir sonraki oturum için beklentilerini söylemesi istenir
- ✓ Geçen süreçte (bir sonraki oturuma kadar) baş etme yöntemlerini uygulaması istenir
- ✓ Bir sonraki görüşmeye kadar telefon ile danışmanlık verileceği söylenir
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati planlanır.

Üçüncü İzlem (OPU Öncesi)

Oturumun amacı: Bu izlem telefon görüşmesi ile gerçekleştirilecektir. OPU işlemi ile ilgili kadının bilgi düzeyi öğrenilir, süreç hakkında bilgi edinmesi sağlanır ve emosyonel hazırlığın yapılması amaçlanır.

- ✓ OPU işlemi hakkında bilgilendirme yapılır
- ✓ OPU gününe kadar baş etme yöntemlerini uygulaması istenir
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır.

Dördüncü İzlem (Oosit Aspirasyonu-OPU)

Oturumun amacı: Kadın OPU işlemine alınmadan baş etme yöntemlerini kullanarak o an yaşadığı duygularını fark etmesini ve tanımlamasını sağlamak işlem sonrası ağrı yönetiminin sağlanarak duygusal kapasitesinin ve iyilik halinin arttırılmasıdır.

- ✓ Geçen süreç hakkında kadından bilgi alınır
- ✓ Yaşadığı sıkıntılarla baş etmeye yönelik gevşeme, nefes teknikleri ve EFT uygulamalı olarak yaptırılır.
- ✓ Baş etme yöntemleri uygulanmadan öncesinde ve uygulamadan sonra "Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD)" sorgulanır
- ✓ Kadının oturumu özetlemesi ve bir sonraki oturum için beklentilerini söylemesi istenir
- ✓ Geçen süreçte (bir sonraki oturuma kadar) baş etme yöntemlerini uygulaması istenir.
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati planlanır

Beşinci İzlem (Embriyo Transferi)

Oturumun amacı: Kadın embriyo transferine alınmadan önce işleme dair bilgi düzeyi öğrenilir, süreç hakkında bilgi edinmesi sağlanır, komplikasyonların açıklanması ve baş etme yöntemleri kullanılarak o an yaşadığı duygularını fark etmesini ve tanımlamasını sağlayarak duygusal kapasitesinin ve iyilik halinin arttırılmasıdır.

- ✓ Geçen süreç hakkında kadından bilgi alınır
- ✓ Embriyo transferi öncesi ve sonrası hakkında kadına bilgilendirme yapılır, soruları cevaplanır
- ✓ İşlem ile ilgili duygularını paylaşması istenir
- ✓ Yaşadığı psikolojik sorunlarla baş etmeye yönelik nefes teknikleri ve EFT uygulamalı olarak yaptırılır
- ✓ Bir sonraki oturuma kadar telefon ile danışmanlık verilebileceği bilgisi verilir
- ✓ Kadının oturumu özetlemesi ve bir sonraki oturum için beklentilerini söylemesi istenir
- ✓ Geçen süreçte (bir sonraki oturuma kadar) baş etme yöntemlerini uygulaması istenir
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati planlanır.

Altıncı İzlem (Embriyo Transferi 7.günü)

Oturumun amacı: Bu izlem telefon görüşmesi ya da yüz yüze görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Gebelik testi sonucunu öğrenene kadar geçen zamanda emosyonel hazırlığın yapılması amaçlanır.

- ✓ Son değerlendirme için veri toplama araçları Veri toplama araçlarının uygulanması (SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü) uygulanır
- ✓ Gebelik testi gününe kadar baş etme yöntemlerini uygulaması istenir.
- ✓ Kadına teşekkür edilir, gebelik testi sonucu için aranılacağının bilgisi verilir.

Yedinci İzlem (Gebelik Testi Sonucu)

Pozitif Test Sonucunda Oturumun amacı: Bu oturum telefon görüşmesi şeklinde yapılmıştır. Gebeliğin ilk dönemlerine dair bilgi verilmesi ve karşılaşabileceği sorunlar hakkında bilgi verilmesi amaçlanır

- ✓ Geçen süreç hakkında kadından bilgi alınır
- ✓ Gebeliğin birinci trimesterinde olan fizyolojik değişiklikler hakkında bilgilendirme yapılır
- ✓ Gebelik izlemleri ve kontrolleri hakkında bilgilendirme yapılır
- ✓ Gebelik boyunca stresle baş etme yöntemlerini uygulama, EFT ve nefes tekniklerini uygulayabileceği konusunda bilgilendirme yapılır
- ✓ Verilen eğitim ve süreçle ilgili değerlendirme yapılır görüş istenir
- ✓ Program sonlandırılır.

Negatif Test Sonucunda Oturumun amacı: Başarısız sonuçlanan tedavi sonrası karşılaşılabilecek sorunların belirlenmesi ve baş etmeye yardımcı olmak amaçlanır.

- ✓ Geçen süreç hakkında kadından bilgi alınır
- ✓ Kadının duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir
- ✓ Yeniden tedaviye başlayabilme durumu değerlendirilir
- ✓ Bu süreçte ileri boyutta bir psikolojik danışmanlık alabileceği söylenir
- ✓ Stresli ve çaresiz hissettiği durumlarda EFT ve nefes egzersizlerini uygulayabileceği söylenir
- ✓ Verilen eğitim ve süreçle ilgili değerlendirme yapılır görüş istenir
- ✓ Program sonlandırılır.

Kontrol Grubu

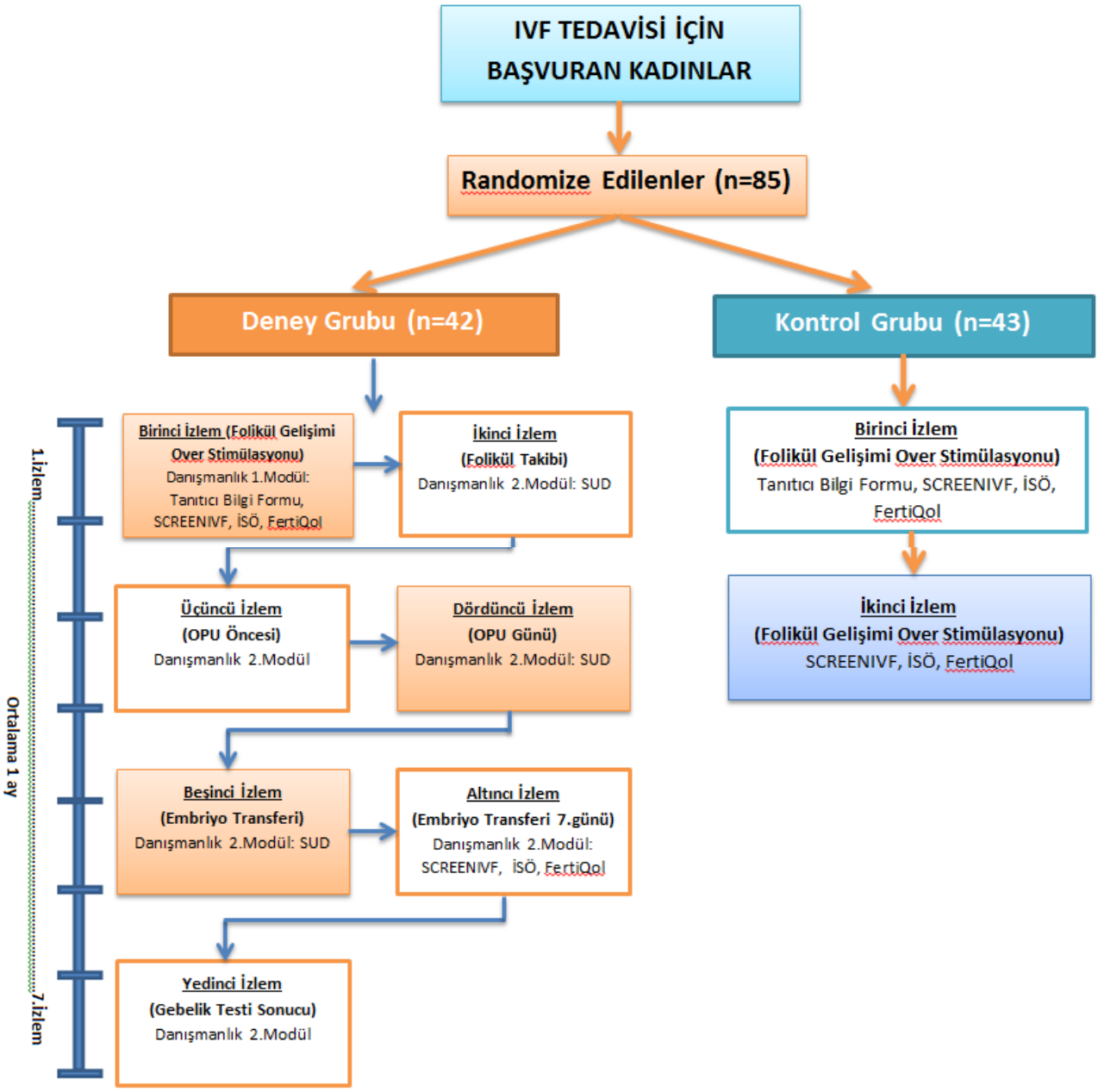
Birinci İzlem (Folikül Gelişimi Over Stimülasyonu)

Oturumun amacı: Kadının normal klinik sürecinde bırakılması ve çalışma hakkında bilgilendirilmesi amaçlanır. Oturum süresi yaklaşık 20-25 dakikadır.

- ✓ Kadını karşılama ve tanışma
- ✓ Aydınlatılmış onam alma
- ✓ Veri toplama araçlarını (Tanıtıcı Bilgi Formu, SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü) uygulama

İkinci İzlem (Embriyo Transferi 7.günü)

Oturumun amacı: Bu oturum telefon görüşmesi/ yüz yüze görüşme yöntemi şeklinde yapılmıştır. Son değerlendirme formlarının uygulanması amaçlanır. Uygulanan veri toplama araçları (SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü) uygulandı. Sonrasında isteyen kadınlara baş etme yöntemleri (EFT ve nefes teknikleri) öğretildi.
Deney ve kontrol grubunun çalışma akış şeması Tablo 3-3'te verildi.



Şekil 3-3: Deney ve Kontrol Grubunun İzlem Süreci

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Forumu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, kadınların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık öyküsü, obstetrik ve jinekolojik öyküsünün sorgulandığı toplam 39 sorunun yer aldığı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, birlikte yaşadığı bireyler) ilişkin sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde kadınların genel sağlık durumu (mevcut kronik hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar, kullandığı ilaçlar), üçüncü bölümde obstetrik ve jinekolojik öyküsüne (kaç yıldır infertil olduğu, tedavi geçmişi ve aşaması) ilişkin sorulara yer verilmiştir.

3.8.2. Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı/ Screening Tool on Distress in Fertility Treatment (SCREENIVF)

İnfertil bireylerin değerlendirilmesinde tedaviye başlamadan önce SCREENIVF ölçeğinin kullanımını ESHRE tarafından önermektedir (Gameiro ve ark. 2015). İnfertilite tedavisi gören bireylerde psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla 2010 yılında Verhaak (2010) tarafından geliştirilmiştir (Verhaak ve ark. 2010). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını Vural ve arkadaşları (2021) yapılmıştır (Vural ve ark. 2021). SCREENIVF, infertilite ile başetmeye çalışan bireylerin psikososyal açıdan değerlendirilmesini sağlayan bir ölçüm aracıdır. Türkçe formu 28 maddeden oluşmaktadır. İlk 10 madde "Anksiyete", 11-15. maddeler "Sosyal destek", 16, 19, 20, 21, 22 ve 24. maddeler "Çaresizlik", 17, 18, 23 ve 25. maddeler "Kabullenme" ve 26-28. madddeler "Depresyon" alt boyutlarını oluşturmaktadır. Ölçek kesme noktalarına göre sonuçlandırılmaktadır. Anksiyete alt boyutunun 1, 2, 4, 6 ve 7. maddeleri ters puanlandırılmaktadır (Hiç=4, Ara sıra=3, Çoğunlukla=2, Her zaman=1 puan), kesme noktası 24'tür. Anksiyete açısından 24 puanın üzerinde puan alanlar riskli değerlendirilmektedir. Sosyal destek alt boyutundan 15 ve daha az puan alanlar riskli olarak değerlendirilmektedir. Çaresizlik alt boyutundan 14 puan ve üzerinde, Kabullenme alt boyutundan 7 puan ve daha az puan alanlar riskli değerlendirilmektedir. Depresyon alt boyutu 0, 1, 2, ve 3 kategorisinde puanlandırılmakta olup 2 ve üzerinde puan alanlar depresyon açısından riskli olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının kadınlar için güvenirlik katsayıları sırasıyla Cronbach alfa değeri: 0,81,

0,78, 0,78, 0,77, 0,75'dir. Ölçeğin alt boyut madde ve puanları dağılımı Tablo 3-1'de gösterildi.

Tablo 3-1: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri

SCREENIVF Alt Boyutları	Madde numaraları	Cronbach alfa*
Anksiyete	1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	**0,883**
Sosyal Destek	11, 12, 13, 14, 15	**0,964**
Çaresizlik	16, 19, 20, 21, 22, 24	**0,901**
Kabullenme	17, 18, 23, 25	**0,851**
Depresyon	26, 27, 28	**0,793**

* Çalışmadaki Cronbach alfa değeri

3.8.3. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) /Fertility Problem Stress Scales

Ölçek 1996 yılında Schmidt (2006) tarafından infertil çiftlerin stresini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Yılmaz ve Oskay (2012) tarafından yapılmıştır. İnfertilite Stresi Ölçeği (The COMPI Fertility Problem Stress Scales) üç alt boyuttan oluşan, hem kadınlara hem erkeklere uygulanabilen 14 maddelik bir ölçektir. İSÖ alt boyutları: 1. alt boyut kişisel alanda stres: 6 maddeden oluşur. İlk 2 madde '1' ile '5' arasında derecelendirilen beşli Likert tipinde cevaplanır. Beşli Likert; Tamamen katılıyorum= 1, Biraz katılıyorum= 2, Kararsızım= 3, Biraz katılmıyorum= 4, Kesinlikle katılmıyorum= 5 olarak sınıflandırılmıştır. Son dört madde (11, 12, 13, 14), '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanır. Dörtlü Likert ise; Çok fazla= 1, Biraz= 2, Az= 3, Hiç=4 şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 20 olabilir. Kişisel alanda stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması stresin arttığını, düşük olması ise stresin azaldığını göstermektedir. İkinci alt boyut evlilik alanında stres: 4 maddeden oluşur. Madde 3 ve 4, '1' ile '5' arasında derecelendirilen beşli Likert tipinde cevaplanır. Beşli Likert; tamamen katılıyorum= 1, Biraz katılıyorum= 2, Kararsızım= 3, Biraz katılmıyorum= 4, Kesinlikle katılmıyorum= 5 olarak sınıflandırılmıştır. Madde 5 ve 6, '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanır. Dörtlü Likert ise; Çok fazla= 1, Biraz= 2, Az= 3, Hiç= 4 şeklinde

sınıflandırılmıştır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 14 olabilir. Evlilik alanında stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması stresin arttığını, düşük olması ise stresin azaldığını göstermektedir. 3. alt boyut sosyal alanda stres: 4 maddeden oluşur. Her madde (7, 8, 9, 10) '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanır. Dörtlü Likert; çok fazla= 1, Biraz= 2, Az=3, Hiç= 4 şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 0 en yüksek puan 12 olabilir. Sosyal alanda stres alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması stresin arttığını, düşük olması ise stresin azaldığını göstermektedir. Yılmaz ve Oskay'ın çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının kadınlar için güvenirlik katsayıları sırasıyla Cronbach alfa değeri: 0,82, 0,75, 0,78'dir (Yılmaz ve Oskay 2012). Ölçeğin alt boyut madde ve cronbach alfa değeri dağılımı Tablo 3-2'de gösterildi.

Tablo 3-2: İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri

İnfertilite Stresi Ölçeği Alt Boyutları	Madde numaraları	Cronbach alfa*
Kişisel Alan	1, 2, 11, 12, 13, 14	**0,832**
Evlilik Alanı	3, 4, 5, 6	**0,703**
Sosyal Alan	7, 8, 9, 10	**0,822**

* Çalışmadaki Cronbach alfa değeri

3.8.4. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği/ The Fertility Quality of Life (FertiQol)

Boivin ve ark. (Boivin ve ark. 2011) tarafından 2011 yılında geliştirilen ve Cardiff Üniversitesi'nde Türkçe'ye çevirilen FertiQol 36 soruluk 'Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği' dir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenirliği Dural ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır (Dural ve ark., 2016). FertiQol 34 madden ayrıca, fiziksel sağlık ve hayat kalitesinin genel tatminini ölçen iki sorudan oluşmaktadır. Ölçek, çekirdek ve tedavi modülü olmak üzere iki ana modülle ölçülmektedir. Çekirdek modülünde kişisel yaşam kalitesi ve kişiler arası yaşam kalitesi olmak üzere iki bölüm yer almaktadır. Ölçeğin ikinci ana modülü olan isteğe bağlı tedavi bölümünde, tedavi boyunca yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin alt boyutları; 1. "Çekirdek Modülü" 4 alt boyutu ve 24 maddeyi

içermektedir; "Duygusal alt boyut" (Q4*, Q7, Q8, Q9, Q16, Q23) yaşam kalitesi üzerinde negatif duyguların (kıskançlık, üzgün, depresyon gibi) etkisini gösteren 6 madde, "Zihin-Beden alt boyut" (Q1, Q2, Q3, Q12, Q18, Q24) infertilitenin fiziksel sağlık, bilişsel ve davranışlar üzerine etkisini gösteren 6 madde, "İlişkisel alt boyut" (Q6, Q11*, Q15*, Q19, Q20, Q21*) ilişkiler üzerinde fertilite problemlerinin etkisini gösteren 6 madde, "Sosyal alt boyut" (Q5, Q10, Q13, Q14*, Q17, Q22) ise sosyal etkileşimlerin fertilite problemlerinden ne boyutta etkilendiğini gösteren 6 maddeden oluşmaktadır. 2. "Tedavi Modülü" ise 2 alt boyutu ve 10 maddeyi içermektedir; "Tedavi Çevresi alt boyutu" (T2*, T5*, T7, T8, T9, T10) tedavinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin yaşam kalitesini ne boyutta etkilediğini gösteren 6 maddeden, "Tedavi Tolerasyonu alt boyut" (T1, T3, T4, T6) ise fertilite tedavisinin bir sonucu olarak zihinsel ve fiziksel semptomların boyutunu ve günlük yaşam üzerindeki etkisini gösteren 4 maddeden oluşmaktadır. (*/Ters sorular olduğunu göstermektedir.) Dural ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değerleri; Toplam ölçek için 0.92, Çekirdek modülü için 0.92, Tedavi modülü için 0.81, Duygusal boyut için 0.90, Zihin-beden boyutu için 0.84, İlişkisel boyut için 0.80, Sosyal boyut için 0.75, Tedavi Çevresi boyutu için 0.84, Tedavi tolerasyonu için 0.72 olarak hesaplanmıştır (Dural ve ark. 2016). Ölçekte 5'li Likert tipi cevaplar bulunmaktadır. Cevap puanları 0 ile 4 arasında değişmekte, puanların yüksek olması yaşam kalitesinin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir. FertiQol ölçeği üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten toplanan puanlarla 0 ile 100 arasında puan almaktadır. Bu çalışmada İsteğe Bağlı Tedavi Modülü uygulandı. Ölçeğin alt boyut madde ve puanları dağılımı Tablo 3-3'te gösterildi.

Tablo 3-3: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği İsteğe Bağlı Tedavi Modülü Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değerleri

FertiQol-İsteğer Bağlı Tedavi Modülü Alt Boyutları	Madde numaraları	Cronbach alfa*
Tedavi Çevresi	T2, T5, T7, T8, T9, T10	**0,644**
Tedavi Tolerasyonu	T1, T3, T4, T6	**0,479**
İsteğe Bağlı Tedavi Modülü Puanı	T1, T2, T3, T4, T5 T6, T7, T8, T9, T10	**0,604**

* Çalışmadaki Cronbach alfa değeri

3.8.5. Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Distress Scale- SUD)

Enerji terapilerinde uygulamaya başlamadan önce sorunun kişiye verdiği rahatsızlığın şiddeti SUD ile değerlendirilir. Bu öznel değerlendirme sırasında kadın strese sebep olan bir uyarana karşılık hissettiği rahatsızlığı, "0" hiç rahatsızlık yok şeklinde, "10" dayanılmaz derecede rahatsızlığı ifade eder. Ölçekte 0-10 arası bir skala uygulanır. Bireyin anlık yaşadığı rahatsızlığın derecesi ölçülür. Bireyin rahatsızlığı öznel olarak değerlendirilir. Uygulama başlangıcında ve sonunda rahatsızlık objektif olarak değerlendirilebilir (Rogers 1957; Wolpe 1973). Özellikle EFT uygulamasında Wolpe tarafından oluşturulan SUD'un kullanılması üzerinde durulmaktadır (Church, 2013).

3.9. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları ''Shapiro-Wilk Testi'' ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında ''Student-T Testi'', normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında ''Mann-Whitney U Test'' kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında ''Tek Yönlü Varyans Analizi'' ve ''Bonferroni Düzeltmeli İkili Değerlendirmeler'' kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında ''Kruskal-Wallis Testi'' kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Bağımlı Gruplarda ''T Testi'' kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında ''Wilcoxon Signed-Ranks Testi'' kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ''Pearson Ki-Kare Testi'', ''Fisher's Exact Test'', ''Fisher-Freeman-Halton Test'' kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ''Pearson Korelasyon Analizi'' ve ''Spearman Korelasyon Analizi'' kullanıldı. Korelasyon katsayıları r= 0.00-0.19 Çok Zayıf, r= 0.20-0.39 Zayıf, r=0.40-0.59 Orta, r= 0.60-0.79 Güçlü, r=0.80-1.00 Çok Güçlü olarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanun uygulanabilmesi için araştırmacı tarafından ‘‘İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı’’ndan ve ‘‘Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reproduktif Endokrinoloji’’ ve ‘‘İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği’’nden yazılı izin alındı (Ek-15, Ek-16). ‘‘İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’’ndan onay alındı. Çalışmanın yürütüldüğü infertilite kliniği sağlık personelleri çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve iş birliği sağlandı. Ayrıca kadınlardan araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde Helsinki Bildirgesi’ne göre onam hazırlanarak deney ve kontrol grubundan yazılı onay alındı (EK-1, EK-2). Araştırma oturumları bittikten sonra kontrol grubundan isteyen katılımcılara EFT ve nefes teknikleri öğretildi.

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönler

- Randomize kontrollü deneysel tasarımda bir çalışma olması,
- Danışmanlık programının bir model doğrultusunda geliştirilmesi,
- Eğitimlerde görsel ve yazılı materyal kullanılması,

Sınırlı Yönler

- Araştırma kapsamına erkeklerin dahil edilmemesi,
- İzlemler arası süreçte eve ödev olarak verilen egzersizlerde kadın ile birebir uygulama yapılmaması, kadının beyanına güvenilmesi,
- Uzun dönem izlemlerin yapılmaması,
- Veri toplamada fazla sayıda ölçek kullanılması.

4. BULGULAR

İn vitro fertilizasyon sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amaçlandığı çalışmada, 42 kadından oluşan deney ve 43 kadından oluşan kontrol grubu yer almaktadır. Bu bölümde çalışmanın sonuçları, tablolar ve grafikler eşliğinde istatistiksel analizleriyle birlikte beş bölümde ele alınmıştır;

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguları,

4.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguları,

4.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguları,

4.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları,

4.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguları,

4.6. Kadınların Son Değerlendirme Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguları

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumu, obstetrik, jinekolojik özellikleri ve infertilite tedavisine yönelik deney ve kontrol gruplarının karşılaştırıldığı bulgulara yer verildi. Çalışma 24 ile 40 yaşları arasındaki kadınlarla gerçekleştirilmiş olup ortalama 32,61±4,65 yaş olan toplam 85 olguyla gerçekleştirildi.

Tablo 4-1: Kadınların Göre Sosyodemografik Özellikleri

		Toplam (n=85)	Deney (n=42)	Kontrol (n=43)	*p*
Yaş	*Ort±Ss*	32,61±4,65	32,24±4,82	32,98±4,51	[a]***0,467***
	Medyan (Min-Max)	33 (24-40)	32 (24-40)	33 (25-40)	
Boy	*Ort±Ss*	160,73±5,79	161,55±4,98	159,93±6,43	[a]***0,199***
	Medyan (Min-Max)	160 (149-178)	160 (152-170)	160 (149-178)	
Kilo	*Ort±Ss*	65,02±10,87	64,86±11,88	65,19±9,92	[c]***0,692***
	Medyan (Min-Max)	64 (47-108)	63 (47-108)	64 (50-93)	
BKİ	*Ort±Ss*	25,21±4,30	24,76±4,31	25,64±4,28	[a]***0,349***
	Medyan (Min-Max)	24,14 (17,3-39,6)	23,48 (18,4-39,7)	25,39 (17,4-35,5)	
Eşinin Yaşı	*Ort±Ss*	34,69±4,85	34,74±4,66	34,65±5,09	[a]***0,935***
	Medyan (Min-Max)	34 (26-48)	34,5 (26-48)	34 (27-47)	
Eğitim Durumu	**İlköğretim**	50 (58,8)	24 (57,1)	26 (60,4)	[d]***0,962***
	Lise	24 (28,2)	12 (28,6)	12 (27,9)	
	Üniversite ve Üzeri	11 (13)	6 (14,3)	5 (11,7)	
Eşinin Eğitim Durumu	**İlköğretim**	41 (48,2)	23 (54,8)	18 (41,9)	[b]***0,238***
	Lise	29 (34,1)	10 (23,8)	19 (44,1)	
	Üniversite ve Üzeri	15 (17,7)	9 (21,4)	6 (14,0)	
Aile Tipi	**Çekirdek**	73 (83,5)	35 (83,3)	36 (83,7)	[a]***0,962***
	Kocanın ailesi	14 (16,5)	7 (16,7)	7 (16,3)	
Çalışma Durumu	**Evet**	27 (31,8)	14 (33,3)	13 (30,2)	[a]***0,759***
	Hayır	58 (68,2)	28 (66,7)	30 (69,8)	
İşten İzin Konusunda Güçlük(n=27)	**Evet**	10 (37)	5 (35,7)	5 (38,5)	[a]***0,883***
	Hayır	17 (63)	9 (64,3)	8 (61,5)	
Sosyal Güvence	**Var**	85 (100)	42 (100)	43 (100)	[b]***0,808***
	Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Gelir Durumu	**Gelir giderden az**	6 (7,1)	3 (7,1)	3 (7,0)	[d]***0,379***
	Gelir Gidere Denk	71 (83,5)	33 (78,6)	38 (88,4)	
	Gelir Giderden Fazla	8 (9,4)	6 (14,3)	2 (4,7)	
Evlenme Şekli	**Görücü Usulü-İstemeden**	1 (1,2)	1 (2,4)	0 (0,0)	[d]***0,167***
	Görücü Usulü-İsteyerek	16 (18,8)	5 (11,9)	11 (25,6)	
	Kendisi Tanışıp Anlaşarak	68 (80)	36 (85,7)	32 (74,4)	
Evlilik Sayısı	**1 kez**	80 (94,1)	39 (92,9)	41 (95,3)	[b]***0,625***
	2 kez	5 (5,9)	3 (7,1)	2 (4,7)	
Evlilik Süresi (yıl)	*Ort±Ss*	7,72±3,88	7,37±4,02	8,07±3,75	[c]***0,200***
	Medyan (Min-Max)	7 (1-22)	6 (2-22)	7 (1-17)	

[a] Student t Test [b]Chi-Square Test [c]Mann-Whitney U Test [d]Fisher-Freeman Halton Test *p<0,05

Kadınların gruplara göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı Tablo 4-1'de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, boy, kilo, BKİ ölçümleri, eşin yaşı, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, işten izin alma konusunda güçlük, sosyal güvence, gelir durumu, evlenme şekli, evlilik sayısı ve evlilik süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Deney grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 32,24±4,82, kilo ortalaması 64,86±11,88 ve BKİ ölçümleri ortalaması 24,76±4,31 kg/m^2 olarak saptandı. Deney grubunun %85,3'ü (n=35) çekirdek aile tipinde yaşamakta olup ortalama 7,37±4,02 yıldır evlidir ve %92,9'unun (n=39) ilk evliliğidir. Deney grubundaki kadınların eğitim seviyesi ve çalışma durumu incelendiğinde, kadınların %85,8'inin (n=36) lise ve altında eğitim aldığı %33,3'ünün (n=14) çalışmakta olduğu ve %35,7'sinin (n=5) tedavi sürecinde izin almakta güçlük çektiği saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların gelir düzeyi incelendiğinde çoğu %78,6 (n=33) geliri giderine denk olarak ifade etmiştir. Deney grubundaki kadınların eşlerinin yaşları ortalamasının 34,74±4,66 olduğu ve eşlerin %78,6'sının (n=33) lise ve altında eğitim aldığı belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 32,98±4,51, kilo ortalaması 65,19±9,92 ve BKİ ölçümleri ortalaması 25,64±4,28 kg/m^2 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun %83,7'ü (n=36) çekirdek aile tipinde yaşamakta olup ortalama 8,07±3,75 yıldır evlidir ve %95,3'ünün (n=41) ilk evliliğidir. Kontrol grubundaki kadınların eğitim seviyesi ve çalışma durumu incelendiğinde, kadınların %88,3'inin (n=38) lise ve altında eğitim aldığı %30,2'ünün (n=12) çalışmakta olduğu ve %38,5'sinin (n=5) tedavi sürecinde izin almakta güçlük çektiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların gelir düzeyi incelendiğinde çoğu %88,4 (n=38) geliri giderine denk olarak ifade etmiştir. Kontrol grubundaki kadınların eşlerinin yaşları ortalamasının 34,65±5,09 olduğu ve eşlerin %86'sının (n=37) lise ve altında eğitim aldığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki tüm kadınların sosyal güvencesinin olduğu bilinmektedir.

Gruplar sosyo-demografik özellikleri açısından benzerdir.

Tablo 4-2: Kadınların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

		Toplam (n=85)	Deney (n=42)	Kontrol (n=43)	*p*
Sigara Kullanımı	**Evet**	12 (14,1)	3 (7,1)	9 (20,9)	***[b]0,068***
	Hayır	73 (85,9)	39 (92,9)	34 (79,1)	
Devamlı İlaç Kullanımı	**Evet**	14 (16,5)	8 (19,0)	6 (14,0)	***[b]0,527***
	Hayır	71 (83,5)	34 (81,0)	37 (86,0)	
Devamlı İlaç Kullanımı (süre/yıl) (n=14)	*Ort±Ss*	6±1,92	5,50±1,93	6,67±1,86	***[a]0,278***
	Medyan (Min-Max)	5 (4-10)	5 (4-10)	6,5 (5-10)	
Kronik Hastalık	**Evet**	12 (14,1)	5 (11,9)	6 (14,0)	***[b]0,965***
	Hayır	73 (85,9)	37 (88,1)	37 (86,0)	
Klinik Tıbbi Tanı	**Açıklanamayan İnfertilite**	26 (30,6)	14 (33,3)	12 (27,9)	***[d]0,939***
	Düşük Over Rezervi	24 (28,2)	12 (28,6)	12 (27,9)	
	Erkek Faktör	27 (31,8)	12 (28,6)	15 (34,9)	
	Tubal Faktör	8 (9,4)	4 (9,5)	4 (9,3)	
Geçirilmiş Genital Pelvik Cerrahi	**Evet**	17 (20)	8 (19)	9 (20,9)	***[a]0,828***
	Hayır	68 (80)	34 (81)	34 (79,1)	

[a]Student t Test [b]Chi-Square Test [d]Fisher-Freeman Halton Test *p<0,05

Kadınların gruplara göre genel sağlık durumlarının dağılımı Tablo 4-2'de verilmiştir. Gruplara göre kadınların sigara kullanım durumları, devamlı ilaç kullanımları, ilacı kullandıkları süre, kronik hastalık durumları, klinik tıbbi tanıları ve genital pelvik cerrahi geçirmiş olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların %7,1'inin (n=3) sigara kullandığını ifade etmiştir. Kadınların %19'u (n=8) sürekli kullandığı bir ilaç olduğunu ve ortalama 5,50±1,93 yıldır ilaç kullandıklarını ifade etmiştir. Kadınların kronik hastalık durumu incelendiğinde %11,9'unun (n=5) kronik hastalığı olduğu bilinmektedir. Klinik tıbbi tanıları incelendiğinde %33,3'ünün (n=14) açıklanamayan infertilite, %37,2'sinin (n=16) kadın faktörü (düşük over rezervi ve tubal faktör), % 28,6'sının (n=12) erkek faktörü nedeni ile İVF tedavisine başvurduğu bilinmektedir. Deney grubundaki

kadınların %19'u (n=8) geçirilmiş genital pelvik cerrahi operasyonu olduğunu bildirmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların %20,9'unun (n=9) sigara kullandığı bilinmektedir. Kadınların %14'ü (n=6) sürekli kullandığı bir ilaç olduğunu ve ortalama 6,67±1,86 yıldır ilaç kullandıklarını ifade etmiştir. Kadınların kronik hastalık durumu incelendiğinde %14'ünün (n=6) kronik hastalığı olduğu bilinmektedir. Klinik tıbbi tanıları incelendiğinde %27,9'unun (n=12) açıklanamayan infertilite, %37,2'sinin (n=16) kadın faktörü (düşük over rezervi ve tubal faktör), % 34,9'unun (n=15) erkek faktörü nedeni ile İVF tedavisine başvurduğu bilinmektedir. Kontrol grubundaki kadınların %20,9'u (n=9) geçirilmiş genital pelvik cerrahi operasyonu olduğunu bildirmiştir.

Deney ve kontrol grubu genel sağlık durumları açısından benzer özellik göstermektedir.

Tablo 4-3: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri

		Toplam (n=85)	Deney (n=42)	Kontrol (n=43)	p
Menarş Yaşı	*Ort±Ss*	13,13±1,56	13,55±1,85	12,72±1,10	[c]***0,039****
	Medyan (Min-Max)	13 (10-20)	13 (12-20)	13 (10-16)	
Menstrüasyonun Düzenli Olma Durumu	**Evet**	67 (78,8)	31 (73,8)	36 (83,7)	[b]***0,263***
	Hayır	18 (21,2)	11 (26,2)	7 (16,3)	
Menstrüasyon Düzeni (gün)	**21 günden az**	8 (11,6)	5 (15,6)	3 (8,1)	[d]***0,402***
	22-35 gün	55 (79,7)	23 (71,9)	32 (86,5)	
	35 günden fazla	6 (7,1)	4 (12,5)	2 (5,4)	
Geçirilmiş Üreme Sistami Rahatsızlığı Olma Durumu	**Evet**	15 (17,6)	7 (16,7)	8 (18,6)	[b]***0,815***
	Hayır	70 (82,4)	35 (83,3)	35 (81,4)	
Gebelikten Korunma	**Evet**	8 (9,4)	6 (14,3)	2 (4,7)	[b]***0,128***
	Hayır	77 (90,6)	36 (85,7)	41 (95,3)	
Gebelik Sayısı	Yok	62 (72,9)	28 (66,7)	34 (79,0)	[d]***0,089***
	≥1 kez	23 (27,1)	14 (33,3)	9 (21,0)	
Abortus Sayısı	Yok	68 (80,0)	32 (76,2)	36 (83,7)	[d]***0,282***
	≥1 kez	17 (20,0)	10 (23,8)	7 (16,3)	
Önceki Doğum	Yok	80 (94,1)	39 (92,9)	41 (95,3)	[b]***0,625***
	Var	5 (5,9)	3 (7,1)	2 (4,7)	
Yaşayan Çocuk	**Var**	3 (3,6)	3 (7,2)	0 (0)	[b]***0,074***
	Yok	82 (96,5)	39 (92,9)	43 (100)	
Çocuk Sahibi Olmak İstenen Süre (yıl)	*Ort±Ss*	6,13±3,48	5,71±3,39	6,53±3,56	[c]***0,211***
	Medyan (Min-Max)	6 (1-19)	5 (1-19)	6 (1-17)	
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)	*Ort±Ss*	5,03±3,26	4,86±3,54	5,20±3,00	[c]***0,362***
	Medyan (Min-Max)	4 (1-19)	4 (1-19)	5 (1-11)	
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni	**Kendim**	35 (41,2)	18 (42,9)	17 (39,5)	[d]***0,503***
	Eşim	26 (30,6)	12 (28,6)	14 (32,6)	
	Her ikimiz	5 (5,9)	1 (2,4)	4 (9,3)	
	Nedeni bilinmeyen	19 (22,4)	11 (26,2)	8 (18,6)	
Ailesinde ya da Eşinin Ailesinde İnfertilite Durumu	**Evet**	18 (21,2)	10 (23,8)	8 (18,6)	[b]***0,557***
	Hayır	67 (78,8)	32 (76,2)	35 (81,4)	
Çocuk Sahibi Olamama ve Tedavi Sürecini Aile Yakınları İle Paylaşma Durumu	**Evet**	74 (87,1)	35 (83,3)	39 (90,7)	[b]***0,312***
	Hayır	11 (12,9)	7 (16,7)	4 (9,3)	
Paylaşmama Nedeni	**Eşim istemedi**	6 (54,5)	4 (66,7)	2 (33,3)	[b]***0,819***
	Ben istemedim	5 (45,5)	3 (60)	2 (40)	

[a]Student t Test [b]Chi-Square Test [c]Mann-Whitney U Test [d]Fisher-Freeman Halton Test *p<0,05

Kadınların gruplara göre obstetrik ve jinekolojik özelliklerin dağılımı Tablo 4-3'te verilmiştir.

Kadınların menarş yaşları karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır *(p=0,039; p<0,05).* Kontrol grubundaki kadınların menarş yaşlarının, deney grubundaki kadınların menarş yaşlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların düzenli menstrüasyon olma durumları, menstrüasyon düzenleri (gün), üreme sistemi rahatsızlığı geçirmiş olma durumları, gebelikten korunma yöntemi kullanma durumları, gebelik sayıları, abortus sayıları, doğum yapma, yaşayan çocuğu olma durumları, çocuk sahibi olmak istedikleri süre, infertilite tanısı sonrası geçen süre, çocuk sahibi olamama nedenleri, kadının ailesinde veya eşinin ailesinde infertilite olma durumları, tedavi süreçleri hakkında düşünceleri, çocuk sahibi olamama ve tedavi sürecini aile yakınları ile paylaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Tedavi sürecini paylaşmayan olguların, gruplara göre süreci paylaşmama nedenleri arasında da istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların menarş yaşı ortalama 13,55±1,85'tir. Kadınların %73,8'i (n=31) menstrüasyonlarının düzenli ve % 71,9'u (n=23) 21-35 gün arasında menstrüasyon gördüklerini ifade etmiştir. Kadınların %85,7'si (n=36) gebelikten korunmak için hiç bir yöntem kullanmadığını, % 33,3'ü (n=14) daha önce 1 kez ve üzeri gebelik geçirdiğini ve bunların % 23,8'i (n=10) 1 kez ve üzeri abortus yaptığını, % 92,9'u (n=39) 1 kez ve üzeri doğum yaptığını ve % 7,2'si (n=3) yaşayan çocuğu olduğunu belirtmiştir. Deney grubundaki kadınlar ortalama 5,71±3,39 yıldır çocuk sahibi olmak istediklerini, ortalama 4,86±3,54 yıldır infertilite tanısı aldıklarını bildirmiştir. Kadınların % 42,9'u (n=18) çocuk sahibi olamamalarının kendisinden, % 28,6'sı (n=12) eşlerinden kaynaklı olduğunu, % 23,8'i (n=10) kendi ailesi ya da eşinin ailesinde infertilite sorunu olduğunu ifade etmiştir. Kadınların % 16,7'si (n=7) çocuk sahibi olamama durumları ve bu nedenle tedavi aldıklarını aile ve yakın çevresiyle paylaşmadığını, %66,7'si (n=4) eşinin paylaşılmasını istemediğini belirtmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların menarş yaşı ortalama 12,72±1,10'dur. Kadınların %83,7'si (n=36) menstrüasyonlarının düzenli ve % 86,5'i (n=32) 21-35 gün arasında menstrüasyon gördüklerini ifade etmiştir. Kadınların %95,3'ü (n=41) gebelikten

korunmak için hiç bir yöntem kullanmadığını, % 21'i (n=19) daha önce 1 kez ve üzeri gebelik yaptığını ve bunların % 16,3'ü (n=7) 1 kez ve üzeri düşük yaptığını, % 95,3'ü (n=41) 1 kez ve üzeri doğum yaptığını ve %100'ü (n=43) yaşayan çocuğu olmadığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki kadınlar ortalama 6,53±3,56 yıldır çocuk sahibi olmak istediklerini, ortalama 5,20±3,00 yıldır infertilite tanısı aldıklarını bildirmiştir. Kadınların % 39,5'i (n=17) çocuk sahibi olamamalarının kendisinden, % 32,6'sı (n=14) eşlerinden kaynaklı olduğunu, % 18,6'i (n=8) kendi ailesi ya da eşinin ailesinde infertilite sorunu olduğunu ifade etmiştir. Kadınların % 12,9'u (n=11) çocuk sahibi olamama durumlarını ve bu nedenle tedavi aldıklarını aile ve yakın çevresiyle paylaşmadığını, % 54,5'i (n=9) eşinin paylaşılmasını istemediğini belirtmiştir.

Tablo 4-4: Kadınların İnfertilite Tedavi Öyküsüne İlişkin Özellikleri

		Toplam (n=85)	Deney (n=42)	Kontrol (n=43)	p
Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma Durumu	**Evet**	68 (80,0)	34 (81)	34 (79,1)	***[b]0,828***
	Hayır	17 (20,0)	8 (19)	9 (20,9)	
****Alınan İnfertilite Tedavileri (n=68)**	**İUİ**	28 (41,2)	19 (55,9)	9 (26,5)	***[b]0,014****
	İVF	54 (79,4)	26 (76,5)	28 (82,4)	***[b]0,549***
Önceki Tedavilerde Gebelik Sonucu	**Evet**	14 (20,6)	9 (26,5)	5 (14,7)	***[b]0,230***
	Hayır	54 (79,4)	25 (73,5)	29 (85,3)	
Gebelik Varsa Sonucu (n=14)	**Ölü Doğum**	1 (7,1)	0 (0)	1 (20)	***[d]0,326***
	Abortus	9 (64,3)	7 (77,8)	2 (40)	
	Dış Gebelik	4 (28,6)	2 (22,2)	2 (40)	
Tedavi Süreci Hakkında Düşünceler	**Olumlu**	33 (38,8)	17 (40,5)	16 (37,2)	***[d]0,411***
	Olumsuz	7 (8,2)	5 (11,9)	2 (4,7)	
	Emin Değilim	45 (52,9)	20 (47,6)	25 (58,1)	
Şimdiki Tedavide Gebelik Sonucu	**Pozitif**	26 (30,6)	18 (42,9)	8 (18,6)	***[b]0,015***
	Negatif	59 (69,4)	24 (57,1)	35 (81,4)	

[b]Chi-Square Tes [d]Fisher-Freeman Halton Test *p<0,05 **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların gruplara göre tedaviye ilişkin bulgularının dağılımı Tablo 4-4'te verilmiştir.

Kadınların infertilite tedavisi alma durumları karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların İUİ tedavisi olma oranları, kontrol grubundakilere göre anlamlı

düzeyde yüksektir *(p<0,05).* İVF tedavisi alma oranları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır *(p>0,05).* İnfertilite tedavisi sonrası gebelik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* İnfertilite tedavisi sonrası gebelik durumu olan kadınların, gruplara göre gebelik sonuçları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney ve kontrol grubundaki kadınların tedavi süreci hakkındaki düşünceleri arasında ise istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların uygulama sonra gebelik durumları incelendiğinde deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre gebelik sonucunun pozitif olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek saptanmıştır *(p=0,015; p<0,05).*

Deney grubundaki kadınların % 81'i (n=34) daha önce infertilite tedavisi aldığını, % 76,5'i (n=26) en az bir kez tüp bebek tedavisi aldığını ve infertilite tedavisi alan kadınların %26,5'i (n=9) tedavi sonrası gebe kaldığını ifade etmiştir. Tedavi sonrası gebe kaldığını ifade eden kadınların % 77,8'i (n=7) abortus yaptığını ve % 22' si (n=2) dış gebelik olduğunu belirtmiştir. Deney grubundaki kadınların tedavi hakkındaki görüşleri sorulduğunda; % 40,5'i (n=17) olumlu, % 11,9'u (n=5) olumsuz, % 47,6'sı (n=20) emin değilim yanıtını vermiştir. Deney grubundaki kadınların şimdiki tedavilerinde %42,9'unun (n=18) gebelik sonucu pozitif, %57,1'inin (n=24) negatiftir.

Kontrol grubundaki kadınların % 79,1'i (n=34) daha önce infertilite tedavisi aldığını, % 82,4'ü (n=28) en az bir kez tüp bebek tedavisi aldığını ve infertilite tedavisi alan kadınların %17,7'si (n=5) tedavi sonrası gebe kaldığını ifade etmiştir. Tedavi sonrası gebe kaldığını ifade eden kadınların % 40'ı (n=2) düşük yaptığını ve % 40'ı (n=2) dış gebelik olduğunu ve %20'si (n=1) ölü doğum gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Kontrol grubundaki kadınların tedavi hakkındaki görüşleri sorulduğunda; % 37,2'si (n=16) olumlu, % 4,7'si (n=2) olumsuz, % 58,1'i (n=25) emin değilim yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki kadınların şimdiki tedavilerinde %18,6'sının (n=8) gebelik sonucu pozitif, %81,4'ünün (n=35) negatiftir.

4.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguları

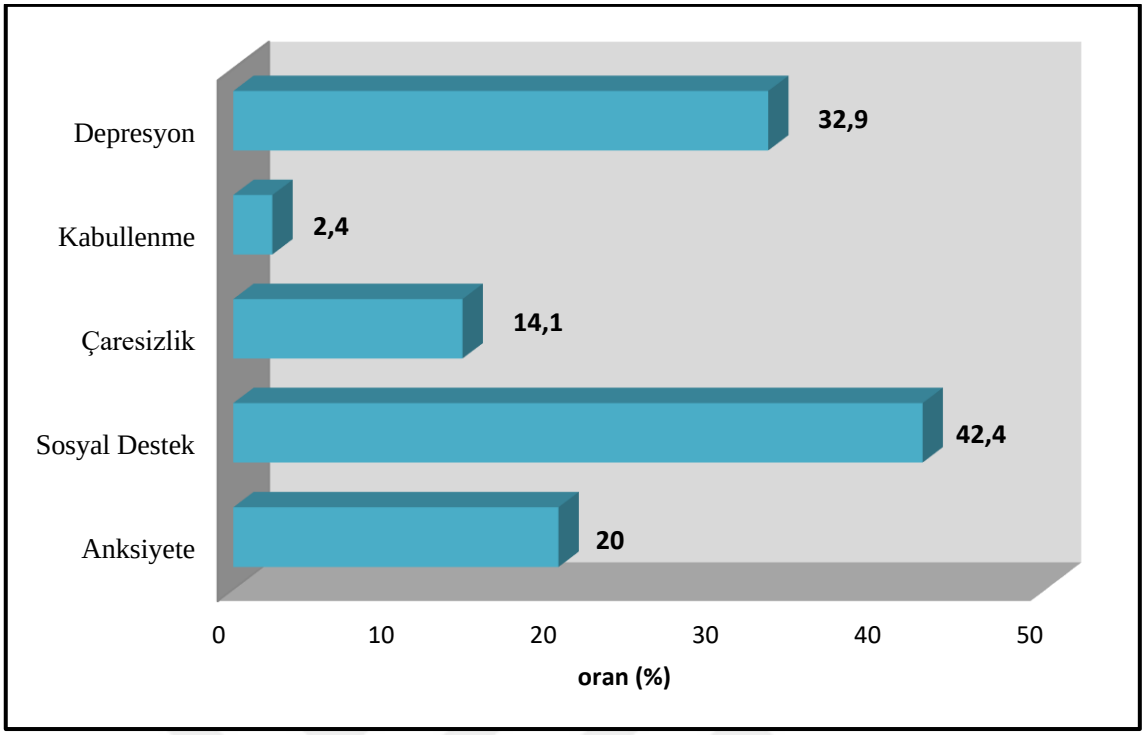
Bu bölümde ''Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF)'' puanlarına, deney ve kontrol grupları için SCREENIVF puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara şekil ve tablo olarak yer verildi.

Tablo 4-5: Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=85)

SCREENIVF Alt Boyutları	Soru Sayısı	Min-Maks	Puan Ort±Ss	Risk; n(%)
Anksiyete	10	11-36	20,47±5,12	17 (20,0)
Sosyal Destek	5	10-20	17,32±3,23	36 (42,4)
Çaresizlik	6	6-24	10,07±3,95	12 (14,1)
Kabullenme	4	5-16	11,87±2,65	2 (2,4)
Depresyon	3	0-7	1,04±1,44	28 (32,9)

Kadınların SCREENIVF "Anksiyete" alt boyutundan aldıkları puanlar 11-36 arasında değişmekte olup, ortalama 20,47±5,12 puan olarak saptanmıştır. "Sosyal Destek" alt boyutundan aldıkları puanlar 10-20 arasında değişmekte olup, ortalama 17,32±3,23 puan olarak saptanmıştır. "Çaresizlik" alt boyutundan aldıkları puanlar 6-24 arasında değişmekte olup, ortalama 10,07±3,95 puan olarak saptanmıştır. "Kabullenme" alt boyutundan aldıkları puanlar 5-16 arasında değişmekte olup, ortalama 11,87±2,65 puan olarak saptanmıştır. "Depresyon" alt boyutundan aldıkları puanlar 0-7 arasında değişmekte olup, ortalama 1,04±1,44 puan olarak saptanmıştır.

Kadınların %20'sinde (n=17) anksiyete riski, %42,4'ünde (n=36) sosyal destek riski, %14,1'inde (n=12) çaresizlik riski, %2,4'ünde (n=2) kabullenme riski ve %32,9'unda (n=28) depresyon riski olduğu gözlenmiştir (Şekil 4-1).



Şekil 4-1: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına Göre Risk Durumu Dağılımı

Tablo 4-6: Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Ölçeği Puan Dağılımı

		Deney (n=42)	Kontrol (n=43)	p
İD. Anksiyete Puanı	*Ort±Ss*	21,74±5,60	19,2±4,32	[a]***0,023****
	Medyan (Min-Max)	22 (11-36)	19 (11-29)	
SD. Anksiyete Puanı	*Ort±Ss*	14,71±3,71	19,95±3,93	[a]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	15 (10-29)	20 (10-29)	
	p	[c]***0,001****	[c]***0,163***	
Fark	*Ort±Ss*	7,02±4,16	-0,72±3,33	[a]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	7 (0-19)	0 (-8-7)	
İD. Anksiyete Risk Durumu	**Normal**	31 (73,8)	37 (86,0)	
	Riskli	11 (26,2)	6 (14,0)	
SD. Anksiyete Risk Durumu	**Normal**	41 (51,9)	38 (48,1)	
	Riskli	1 (16,7)	5 (83,3)	
İD. Sosyal Destek Puanı	*Ort±Ss*	17,4±3,36	17,23±3,14	[b]***0,782***
	Medyan (Min-Max)	20 (10-20)	20 (10-20)	
SD. Sosyal Destek Puanı	*Ort±Ss*	17,67±2,98	16,65±4,04	[b]***0,371***
	Medyan (Min-Max)	20 (10-20)	18 (5-20)	
	p	[d]***0,054***	[d]***0,276***	
Fark	*Ort±Ss*	-0,26±0,94	0,58±3,31	[b]***0,056***
	Medyan (Min-Max)	0 (-5-1)	0 (-5-15)	
İD. Sosyal Destek Risk Durumu	**Normal**	26 (61,9)	23 (53,5)	
	Riskli	16 (38,1)	20 (46,5)	
SD. Sosyal Destek Risk Durumu	**Normal**	27 (55,1)	22 (44,9)	
	Riskli	15 (41,7)	21 (58,3)	
İD. Çaresizlik Puanı	*Ort±Ss*	11,36±4,63	8,81±2,65	[b]***0,006****
	Medyan (Min-Max)	11,5 (6-24)	8 (6-15)	
SD. Çaresizlik Puanı	*Ort±Ss*	7,48±1,9	10,53±3,4	[b]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	7 (6-13)	10 (6-18)	
	p	[d]***0,001****	[d]***0,001****	
Fark	*Ort±Ss*	3,88±3,57	-1,72±1,84	[a]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	3 (-1-16)	-1 (-5-2)	
İD. Çaresizlik Risk Durumu	**Normal**	33 (78,6)	40 (93,0)	
	Riskli	9 (21,4)	3 (7,0)	
SD. Çaresizlik Risk Durumu	**Normal**	42 (54,5)	35 (45,5)	
	Riskli	0 (0)	8 (100)	
İD. Kabullenme Puanı	*Ort±Ss*	11,26±2,87	12,47±2,30	[a]***0,036****
	Medyan (Min-Max)	12 (5-16)	12 (8-16)	
SD. Kabullenme Puanı	*Ort±Ss*	13,95±1,81	11,3±2,36	[b]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	14 (11-16)	11 (8-16)	
	p	[d]***0,001****	[d]***0,001****	
Fark	*Ort±Ss*	-2,69±2,33	1,16±1,45	[a]***0,001****
	Medyan (Min-Max)	-3 (-8-2)	1 (-3-4)	
İD. Kabullenme Risk Durumu	**Normal**	40 (95,2)	43 (100,0)	
	Riskli	2 (4,8)	0 (0,0)	
SD. Kabullenme Risk Durumu	**Normal**	42 (49,4)	43 (50,6)	
	Riskli	0 (0)	0 (0)	
İD. Depresyon Puanı	*Ort±Ss*	1,12±1,17	0,95±1,68	[b]***0,136***
	Medyan (Min-Max)	1 (0-4)	0 (0-7)	
SD. Depresyon Puanı	*Ort±Ss*	0,24±0,62	0,49±0,83	[b]***0,120***
	Medyan (Min-Max)	0 (0-2)	0 (0-2)	
	p	[d]***0,001****	[d]***0,065***	
Fark	*Ort±Ss*	0,88±1,04	0,47±1,64	[a]***0,167***
	Medyan (Min-Max)	1 (0-4)	0 (-1-7)	
İD. Depresyon Risk Durumu	**Normal**	26 (61,9)	31 (72,1)	
	Riskli	16 (38,1)	12 (27,9)	
SD. Depresyon Risk Durumu	**Normal**	38 (52,8)	34 (47,2)	
	Riskli	4 (30,8)	9 (69,2)	

[a]Student t test [b]Mann-Whitney U Test [c]Paired t Test [d]Wilcoxon Sign Rank Test

*p<0,05 **p<0,01 İD.: İlk değerlendire SD.: Son değerlendirme

Kadınların gruplara göre SCREENIVF ölçeği puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4-6'da verilmiştir.

Deney grubunda yer alan kadınların *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları, kontrol grubunda yer alan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,023; p<0,05).* Deney grubundaki kadınların *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 7,02±4,16 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır (*p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki olguların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların "Anksiyete" alt boyutundan aldığı ilk değerlendireme ve son değerlendirme puan değişimleri, kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksektir *(0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların, ilk değerlendirme-son değerlendirme *"Sosyal Destek"* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir *(p>0,05).* Kontrol grubundaki kadınların, ilk değerlendirme-son değerlendirme *"Sosyal Destek"* puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,006; p<0,01).* Deney grubunda yer alan kadınların *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları, kontrol grubunda yer alan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01). Deney* grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Çaresizlik"* puanlarındaki ortalama 3,88±3,57 puanlık düşüş istatistiksel olarak

anlamlıdır *(p=0,001;p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 1,72±1,84 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001;p<0,01).* Deney grubundaki kadınların *"Çaresizlik"* alt boyutunda ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları, kontrol grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,036; p<0,05).* Deney grundaki kadınların *"Kabullenme''* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları, kontrol grubunun son değerlendirme puanlarına göre istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 2,69±2,33 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 1,16±1,45 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki değişimleri, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların *''Depresyon"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 0,88±1,04 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların "Depresyon" alt boyutunda ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)*

Tablo 4-7: Deney Grubunun Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerle Karşılaştırılması

			SCREENIVF				
			Anksiyete	**Sosyal Destek**	**Çaresizlik**	**Kabullenme**	**Depresyon**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=24)**	*Ort±Ss*	-7,5±4,01	0,29±1,08	-3,67±2,73	2,25±2,51	-0,92±1,1
		Median (Min-Max)	-8 (-17-0)	0 (-1-5)	-3,5 (-10-0)	2 (-2-8)	-1 (-4-0)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	-6,58±4,91	0,33±0,89	-4,17±3,76	2,92±1,83	-0,67±0,89
		Median (Min-Max)	-5,5 (-19-0)	0 (0-3)	-4 (-10-1)	3 (0-6)	0 (-2-0)
	Üniversite (n=6)	*Ort±Ss*	-6±3,46	0±0	-4,17±6,21	4±2,28	-1,17±1,17
		Median (Min-Max)	-6 (-11--1)	0 (0-0)	-1,5 (-16-0)	4 (0-7)	-1 (-3-0)
		p	***[f]0,442***	***[f]0,679***	***[f]0,775***	***[f]0,215***	***[f]0,621***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=14)**	*Ort±Ss*	-7,93±4,29	0,36±1,34	-3,71±3,27	3,79±2,36	-0,86±0,86
		Median (Min-Max)	-8 (-19--1)	0 (0-5)	-4,5 (-10-1)	4 (0-8)	-1 (-2-0)
	Çalışmıyor (n=28)	*Ort±Ss*	-6,57±4,1	0,21±0,69	-3,96±3,77	2,14±2,16	-0,89±1,13
		Median (Min-Max)	-6,5 (-17-0)	0 (-1-3)	-3 (-16-0)	2,5 (-2-6)	-0,5 (-4-0)
		p	***[b]0,314***	***[b]0,622***	***[b]0,968***	***[b]0,039****	***[b]0,819***
Evlilik süresi		***r***	-0,196[‡]	-0,056[‡]	-0,063[‡]	-0,217[‡]	-0,170[‡]
		p	***0,213***	***0,724***	***0,692***	***0,167***	***0,283***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		***r***	-0,125[‡]	-0,020[‡]	-0,099[‡]	0,044[‡]	-0,259[‡]
		p	***0,431***	***0,898***	***0,531***	***0,784***	***0,098***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=18)**	*Ort±Ss*	-7,39±3,73	0,44±1,38	-5,06±4,26	2,33±2,25	-1,17±1,25
		Median (Min-Max)	-7 (-17--1)	0 (-1-5)	-5 (-16-1)	2 (-1-7)	-1 (-4-0)
	Eşim (n=12)	*Ort±Ss*	-5,58±3,03	0,08±0,29	-2,33±2,71	2,75±2,96	-0,5±0,67
		Median (Min-Max)	-5 (-10-0)	0 (0-1)	-1 (-7-0)	3,5 (-2-8)	0 (-2-0)
	•Her ikimizden (n=1)	*Ort±Ss*	-7±0	0±0	-2±0	2±0	0±0
		Median (Min-Max)	-7 (-7-7)	0 (0-0)	-2 (-2--2)	2 (2-2)	0 (0-0)
	Nedeni bilinmeyen (n=11)	*Ort±Ss*	-8±5,78	0,18±0,4	-3,82±2,75	3,27±1,85	-0,91±0,94
		Median (Min-Max)	-8 (-19-0)	0 (0-1)	-4 (-10-0)	4 (0-6)	-1 (-3-0)
		p	***[f]0,423***	***[f]0,849***	***[f]0,174***	***[f]0,545***	***[f]0,327***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	-7,76±4,19	0,24±0,92	-4,09±3,58	2,59±2,3	-0,97±1,09
		Median (Min-Max)	-8 (-19-0)	0 (-1-5)	-3,5 (-16-1)	3 (-2-8)	-1 (-4-0)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	-3,88±2,1	0,38±1,06	-3±3,63	3,13±2,59	-0,5±0,76
		Median (Min-Max)	-4,5 (-7--1)	0 (0-3)	-1 (-10-0)	3,5 (0-7)	0 (-2-0)
		p	***[b]0,006****	***[b]0,921***	***[b]0,317***	***[b]0,537***	***[b]0,271***

[b]Mann-Whitney U Test [f]Kruskal-Wallis Test [‡]r=Spearman Korelasyon Katsayısı

*p<0,05 **p<0,01 •Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubundaki kadınların SCREENIVF ölçeği alt boyut puanlarının ilk değerlendirme ve son değerlendirme farkının bazı tanımlayıcı özelliklere (eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu) göre karşılaştırılması Tablo 4-7'da verilmiştir.

Kadınların eğitim durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Kadınların çalışma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Çalışan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme*"Kabullenme"* puanlarındaki değişimler, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,039; p<0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı sonrası geçen süre ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Daha önce infertilite tedavisi alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Anksiyete"* puanlarındaki değişimler, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,006; p<0,01). Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Tablo 4-8: Kontrol Grubunun Sosyal Duygusal Kapasite Ölçeği İlk Değerlendirme ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerle Karşılaştırılması

			SCREENIVF				
			Anksiyete	**Sosyal Destek**	**Çaresizlik**	**Kabullenme**	**Depresyon**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=26)**	*Ort±Ss*	0,69±3,21	-1,15±4,08	1,73±2,05	-0,92±1,44	-0,73±2,01
		Median (Min-Max)	0 (-5-8)	0 (-15-0)	1 (-2-5)	-0,5 (-3-3)	0 (-7-1)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	1,5±3,58	0±0	1,75±1,48	-1,5±1,38	-0,17±0,72
		Median (Min-Max)	1 (-7-7)	0 (0-0)	1,5 (0-4)	-1,5 (-4-0)	0 (-2-1)
	Üniversite (n=5)	*Ort±Ss*	-1±3,32	1±2,24	1,6±1,82	-1,6±1,67	0,2±0,45
		Median (Min-Max)	0 (-6-3)	0 (0-5)	1 (0-4)	-2 (-4-0)	0 (0-1)
		p	***[f]0,160***	***[f]0,101***	***[f]0,954***	***[f]0,508***	***[e]0,373***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=13)**	*Ort±Ss*	-0,85±2,91	0,38±1,39	1,46±1,56	-0,92±1,38	0,08±0,49
		Median (Min-Max)	0 (-7-3)	0 (0-5)	1 (0-4)	0 (-4-1)	0 (-1-1)
	Çalışmıyor (n=30)	*Ort±Ss*	1,4±3,31	-1±3,81	1,83±1,97	-1,27±1,48	-0,7±1,9
		Median (Min-Max)	0 (-5-8)	0 (-15-0)	1 (-2-5)	-2 (-4-3)	0 (-7-1)
		p	***[b]0,120***	***[b]0,106***	***[b]0,507***	***[b]0,310***	***[b]0,141***
Evlilik süresi			-0,029[‡]	0,139[‡]	-0,159[‡]	0,151[‡]	0,198[‡]
			0,856	***0,375***	***0,309***	***0,335***	***0,202***
İnfertilite Tanısı Alınan Süre (yıl)			0,001[‡]	0,106[‡]	-0,191[‡]	-0,040[‡]	0,316[‡]
			0,995	***0,498***	***0,220***	***0,798***	***0,039****
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=17)**	*Ort±Ss*	1±3,79	-0,88±3,64	1,76±1,86	-1,18±1,7	-0,47±1,81
		Median (Min-Max)	0 (-6-8)	0 (-15-0)	2 (-2-5)	-2 (-4-3)	0 (-7-1)
	Eşim (n=14)	*Ort±Ss*	0,21±3,02	0,36±1,34	0,86±1,41	-0,79±1,12	-0,21±0,8
		Median (Min-Max)	0 (-7-7)	0 (0-5)	0 (0-4)	0 (-3-0)	0 (-3-0)
	•Her ikimizden (n=4)	*Ort±Ss*	-0,75±3,3	0±0	2,5±2,38	-1,5±1,91	0±0,82
		Median (Min-Max)	-0,5 (-5-3)	0 (0-0)	2,5 (0-5)	-1 (-4-0)	0 (-1-1)
	Nedeni bilinmeyen (n=8)	*Ort±Ss*	1,75±2,96	-1,88±5,3	2,75±1,83	-1,63±1,19	-1,13±2,53
		Median (Min-Max)	0,5 (-1-8)	0 (-15-0)	2,5 (0-5)	-2 (-3-0)	0 (-7-1)
		p	***[f]0,606***	***[f]0,232***	***[f]0,034****	***[f]0,290***	***[f]0,621***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	1,03±3,42	-0,88±3,58	1,88±1,95	-1,29±1,47	-0,56±1,8
		Median (Min-Max)	0 (-7-8)	0 (-15-0)	1,5 (-2-5)	-2 (-4-3)	0 (-7-1)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	-0,44±2,83	0,56±1,67	1,11±1,27	-0,67±1,32	-0,11±0,78
		Median (Min-Max)	0 (-6-4)	0 (0-5)	1 (0-3)	0 (-3-1)	0 (-2-1)
		p	***[b]0,276***	***[b]0,091***	***[b]0,291***	***[b]0,177***	***[b]0,545***

[b]Mann-Whitney U Test [f]Kruskal-Wallis Test [‡]r=Spearman Korelasyon Katsayısı *p<0,05

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol grubundaki kadınların SCREENIVF ölçeği alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4-8'da verilmiştir.

Kadınların eğitim durumları ile ilk ve son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile ilk ve son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk ve son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı alınan süre ile ilk ve son değerlendirme göre sonrası *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk ve son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk ve son değerlendirme "Çaresizlik" puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır *(p=0,034; p<0,05).* Çocuk sahibi olamama nedeni eşi olan kadınların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, infertilite nedeni bilinmeyen kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,037; p<0,05).*

Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk ve son değerlendirme *"Anksiyete"*, *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

4.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Bu bölümde ‘‘İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)’’ puanlarına, deney ve kontrol grubu için İSÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-9: Gruplara Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		Deney (n=42)	**Kontrol (n=43)**	**p**
İD. Kişisel Alan Puanı	*Ort±Ss*	8,17±5,15	6,49±4,23	***[b]0,154***
	Medyan (Min-Max)	7,5 (0-18)	5 (0-16)	
SD. Kişisel Alan	*Ort±Ss*	3,93±3,59	7,81±4,39	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	3 (0-15)	6 (0-17)	
	p	***[d]0,001*****	***[d]0,001*****	
Fark	*Ort±Ss*	-4,24±3,61	1,33±1,89	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	-4 (-12-8)	2 (-3-5)	
İD. Evlilik Alanı	*Ort±Ss*	2,52±3,08	1,65±2,17	***[b]0,359***
	Medyan (Min-Max)	1 (0-10)	1 (0-7)	
SD. Evlilik Alanı	*Ort±Ss*	1,9±2,59	2,56±3,03	***[b]0,341***
	Medyan (Min-Max)	-1 (-9-0)	-1 (-11-0)	
	p	***[d]0,003*****	***[d]0,004*****	
Fark	*Ort±Ss*	-0,62±1,48	0,91±1,89	***[b]0,619***
	Medyan (Min-Max)	0 (-8-0)	0 (-2-7)	
İD. Sosyal Alan	*Ort±Ss*	1,31±2,26	1±1,79	***[b]0,972***
	Medyan (Min-Max)	0 (0-10)	0 (0-8)	
SD. Sosyal Alan Puanı	*Ort±Ss*	1,24±2,08	1,28±2,31	***[b]0,777***
	Medyan (Min-Max)	0 (0-9)	0 (0-9)	
	p	***[d]0,083***	***[d]0,024****	
Fark	*Ort±Ss*	-0,07±0,26	0,28±0,8	***[b]0,003*****
	Medyan (Min-Max)	0 (-1-0)	0 (0-3)	

[a]Student t test [b]Mann-Whitney U Test [c]Paired t Test [d]Wilcoxon Sign Rank Test *p<0,05
**p<0,01 İD.: İlk değerlendire SD.: Son değerlendirme

Kadınların gruplara göre İnfertilite Stresi Ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4-9'da verilmiştir.

Gruplara göre kadınların İnfertilite Stresi Ölçeği *"Kişisel Alan"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubunda yer alan kadınların *"Kişisel Alan"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel Alan"* alt boyutundan aldıkları puanlarda ortalama 4,24±3,61 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel Alan"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 1,33±1,89 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede *"Kişisel Alan"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki değişim, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların İnfertilite Stresi Ölçeği *"Evlilik Alanı"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların *"Evlilik Alanı"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Evlilik Alanı"* puanlarındaki ortalama 0,62±1,48 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,003; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Evlilik Alanı"* puanlarındaki ortalama 0,91±1,89 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,004; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların *"Evlilik Alanı"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme puanlarındaki değişim, değişimde kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür *(p=0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların İnfertilite Stresi Ölçeği *"Sosyal Alan"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların *"Sosyal Alan"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Sosyal Alan"* alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme "Sosyal Alan" puanlarındaki ortalama 0,28±0,8 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,024; p<0,05).* Deney grubu kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede "Sosyal Alan" alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür *(p=0,003; p<0,01).*

Tablo 4-10: Deney Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

			İSÖ		
			Kişisel alanda stres	**Evlilik alanında stres**	**Sosyal alanda stres**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=24)**	*Ort±Ss*	-4,58±3,44	-0,79±1,82	-0,13±0,34
		Median (Min-Max)	-4 (-12-0)	0 (-8-0)	0 (-1-0)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	-3,58±4,7	-0,58±1	0±0
		Median (Min-Max)	-3 (-9-8)	0 (-3-0)	0 (0-0)
	Üniversite (n=6)	*Ort±Ss*	-4,17±1,6	0±0	0±0
		Median (Min-Max)	-4 (-6--2)	0 (0-0)	0 (0-0)
		p	***[f]0,915***	***[f]0,302***	***[f]0,306***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=14)**	*Ort±Ss*	-3,93±4,29	-0,5±0,76	-0,14±0,36
		Median (Min-Max)	-4,5 (-9-8)	0 (-2-0)	0 (-1-0)
	Çalışmıyor (n=28)	*Ort±Ss*	-4,39±3,3	-0,68±1,74	-0,04±0,19
		Median (Min-Max)	-4 (-12-0)	0 (-8-0)	0 (-1-0)
		p	***[b]0,768***	***[b]0,468***	***[b]0,209***
Evlilik süresi		**r**	-0,176[‡]	-0,137[‡]	-0,069[‡]
		p	***0,265***	***0,385***	***0,664***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		**r**	-0,284[‡]	-0,036[‡]	0,050[‡]
		p	***0,068***	***0,821***	***0,752***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=18)**	*Ort±Ss*	-4,06±4,6	-0,78±2,05	0±0
		Median (Min-Max)	-3,5 (-12-8)	0 (-8-0)	0 (0-0)
	Eşim (n=12)	*Ort±Ss*	-3,67±2,46	-0,08±0,29	-0,08±0,29
		Median (Min-Max)	-3,5 (-8-0)	0 (-1-0)	0 (-1-0)
	•Her ikimizden (n=1)	*Ort±Ss*	-2±0	-3±0	0±0
		Median (Min-Max)	-2 (-2--2)	-3 (-3--3)	0 (0-0)
	Nedeni bilinmeyen (n=11)	*Ort±Ss*	-5,36±2,94	-0,73±0,9	-0,18±0,4
		Median (Min-Max)	-5 (-10-0)	0 (-2-0)	0 (-1-0)
		p	***[f]0,345***	***[f]0,116***	***[f]0,195***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	-4,56±3,86	-0,76±1,62	-0,09±0,29
		Median (Min-Max)	-4,5 (-12-8)	0 (-8-0)	0 (-1-0)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	-2,88±1,89	0±0	0±0
		Median (Min-Max)	-3 (-6-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
		p	***[b]0,143***	***[b]0,068***	***[b]0,389***

[b]Mann-Whitney U Test [f]Kruskal-Wallis Test [‡]r=Spearman Korelasyon Katsayısı

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubundaki kadınların İSÖ ölçeği alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere (eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu) göre karşılaştırılması Tablo 4-10'da verilmiştir.

Kadınların eğitim durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı alınan süre ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Tablo 4-11: Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

			İSÖ		
			Kişisel alanda stres	**Evlilik alanında stres**	**Sosyal alanda stres**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=26)**	*Ort±Ss*	1,27±1,73	1,42±2,21	0,31±0,84
		Median (Min-Max)	2 (-2-4)	0 (-2-7)	0 (0-3)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	1,08±2,27	0±0,74	0,33±0,89
		Median (Min-Max)	1 (-3-5)	0 (-2-1)	0 (0-3)
	Üniversite (n=5)	*Ort±Ss*	2,2±1,79	0,4±0,89	0±0
		Median (Min-Max)	2 (0-4)	0 (0-2)	0 (0-0)
		p	***[f]0,538***	***[f]0,144***	***[f]0,637***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=13)**	*Ort±Ss*	1±1,91	1,23±2,2	0,31±0,85
		Median (Min-Max)	1 (-2-4)	0 (-2-6)	0 (0-3)
	Çalışmıyor (n=30)	*Ort±Ss*	1,47±1,89	0,77±1,76	0,27±0,78
		Median (Min-Max)	2 (-3-5)	0 (-2-7)	0 (0-3)
		p	***[b]0,390***	***[b]0,400***	***[b]0,861***
Evlilik süresi		**r**	-0,117[‡]	-0,019[‡]	0,086[‡]
		p	***0,453***	***0,906***	***0,583***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		**r**	0,043[‡]	-0,026[‡]	0,077[‡]
		p	***0,786***	***0,869***	***0,622***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=17)**	*Ort±Ss*	1,41±1,91	1,12±2	0,41±1
		Median (Min-Max)	2 (-2-5)	0 (-2-6)	0 (0-3)
	Eşim (n=14)	*Ort±Ss*	0,43±1,91	0,79±2,22	0,07±0,27
		Median (Min-Max)	0 (-3-4)	0 (-2-7)	0 (0-1)
	•Her ikimizden (n=4)	*Ort±Ss*	2,25±1,71	1,25±1,89	0±0
		Median (Min-Max)	2,5 (0-4)	0,5 (0-4)	0 (0-0)
	Nedeni bilinmeyen (n=8)	*Ort±Ss*	2,25±1,39	0,5±1,07	0,5±1,07
		Median (Min-Max)	2 (0-4)	0 (0-3)	0 (0-3)
		p	***[f]0,081***	***[f]0,630***	***[f]0,485***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	1,5±1,97	1±1,95	0,26±0,75
		Median (Min-Max)	2 (-3-5)	0 (-2-7)	0 (0-3)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	0,67±1,41	0,56±1,67	0,33±1
		Median (Min-Max)	0 (-1-4)	0 (-2-4)	0 (0-3)
		p	***[b]0,137***	***[b]0,689***	***[b]0,843***

[b]Mann-Whitney U Test [f]Kruskal-Wallis Test [‡]r=Spearman Korelasyon Katsayısı

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol grubundaki kadınların İSÖ ölçeği alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4-11'de verilmiştir.

Kadınların eğitim durumlarına ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres"*, *"Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı alınan süre ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Kişisel alanda stres", "Evlilik alanında stres", "Sosyal alanda stres"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

4.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Bu bölümde ‘‘FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü’’ puanlarına, deney ve kontrol grubu için FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-12: Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi İsteğe Bağlı Tedavi Modülü Puanlarının Dağılımı

		Deney (n=42)	**Kontrol (n=43)**	**p**
İD. Tedavi Çevresi	*Ort±Ss*	18,17±2,45	17,86±3,14	***[a]0,618***
	Medyan (Min-Max)	18 (12-23)	18 (11-23)	
SD. Tedavi Çevresi	*Ort±Ss*	22,33±1,84	17,3±3,04	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	23 (18-24)	18 (11-22)	
	p	***[c]0,001*****	***[c]0,055***	
Fark	*Ort±Ss*	-4,17±2,21	0,56±1,86	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	-4 (-10-1)	0 (-4-6)	
İD. Tedavi Tolerasyonu	*Ort±Ss*	11,31±2,98	11,56±2,33	***[a]0,669***
	Medyan (Min-Max)	12 (1-16)	12 (6-16)	
SD. Tedavi Tolerasyonu	*Ort±Ss*	11,05±1,72	9,33±1,85	***[b]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	11 (4-13)	10 (4-12)	
	p	***[d]0,417***	***[d]0,001*****	
Fark	*Ort±Ss*	0,26±2,16	2,23±1,7	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	1 (-5-4)	3 (-3-6)	
İD. Tedavi Modülü Toplam Puanı	*Ort±Ss*	29,48±3,95	29,42±4,54	***[a]0,950***
	Medyan (Min-Max)	30 (19-36)	30 (19-37)	
SD. Tedavi Modulü Toplam Puanı	*Ort±Ss*	36,83±2,93	29,49±4,65	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	38 (26-40)	29 (18-38)	
	p	***[c]0,001*****	***[c]0,836***	
Fark	*Ort±Ss*	-7,36±3,17	-0,07±2,2	***[a]0,001*****
	Medyan (Min-Max)	-7,5 (-15-1)	0 (-6-4)	

[a]Student t test *[b]Mann-Whitney U Test* *[c]Paired t Test* *[d]Wilcoxon Sign Rank Test*

**p<0,05* ***p<0,01* *İD.: İlk değerlendirme* *SD.: Son değerlendirme*

Gruplara göre kadınların FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesine ilişkin bulgulara Tablo 4-12'de yer verilmiştir.

Gruplara göre kadınların *"Tedavi Çevresi"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların*"Tedavi Çevresi"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Çevresi"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 4,17±2,21 puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Çevresi"* alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Çevresi"* puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Deney grubunda yer alan kadınların *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kontrol grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları puanlardaki ortalama 2,23±1,7 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür *(p=0,001; p<0,01).*

Gruplara göre kadınların toplamından aldıkları ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların modül toplamından aldıkları son değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme toplam puanlarındaki ortalama 7,36±3,17

puanlık artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Deney grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme toplam puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01).*

Tablo 4-13: Deney Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

			FertiQol		
			Tedavi Modülü	**Tedavi Çevresi**	**Tedavi Tolerasyonu**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=24)**	*Ort±Ss*	7,46±2,93	4,21±2,08	-0,38±2,24
		Median (Min-Max)	8 (-1-15)	4,5 (-1-7)	-1 (-4-5)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	7,42±4,12	4,58±2,84	-0,42±2,43
		Median (Min-Max)	6 (2-15)	4,5 (0-10)	-1 (-3-4)
	Üniversite (n=6)	*Ort±Ss*	6,83±2,23	3,17±0,75	0,5±1,22
		Median (Min-Max)	7 (4-10)	3 (2-4)	0 (-1-2)
		p	***f0,728***	***f0,383***	***f0,418***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=14)**	*Ort±Ss*	8,86±3,86	5,14±2,28	0,14±2,41
		Median (Min-Max)	8,5 (4-15)	4,5 (2-10)	-0,5 (-3-5)
	Çalışmıyor (n=28)	*Ort±Ss*	6,61±2,51	3,68±2,04	-0,46±2,05
		Median (Min-Max)	7 (-1-11)	4 (-1-7)	-1 (-4-3)
		p	***b0,098***	***b0,075***	***b0,491***
Evlilik süresi		**r**	0,085‡	0,033‡	0,094‡
		p	***0,595***	***0,836***	***0,554***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		**r**	0,073‡	-0,026‡	0,167‡
		p	***0,646***	***0,870***	***0,290***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=18)**	*Ort±Ss*	6,83±3,07	3,72±2,35	-0,44±2,28
		Median (Min-Max)	7 (-1-11)	3,5 (-1-8)	-1 (-4-3)
	Eşim (n=12)	*Ort±Ss*	7,08±3	4,33±2,42	-0,5±1,62
		Median (Min-Max)	7 (2-14)	4 (1-10)	0 (-4-2)
	•Her ikimizden (n=1)	*Ort±Ss*	7±0	5±0	-2±0
		Median (Min-Max)	7 (7-7)	5 (5-5)	-2 (-2--2)
	Nedeni bilinmeyen (n=11)	*Ort±Ss*	8,55±3,62	4,64±1,86	0,45±2,54
		Median (Min-Max)	8 (4-15)	5 (2-7)	-1 (-2-5)
		p	***f0,592***	***f0,578***	***f0,696***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	7,35±3,36	4,15±2,31	-0,29±2,32
		Median (Min-Max)	7,5 (-1-15)	4 (-1-10)	-1 (-4-5)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	7,38±2,39	4,25±1,83	-0,13±1,46
		Median (Min-Max)	7,5 (4-11)	3,5 (2-7)	0 (-2-3)
		p	***b0,923***	***b0,897***	***b0,604***

[b]Mann-Whitney U Test [f]Kruskal-Wallis Test ‡r=Spearman Korelasyon Katsayısı •Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubundaki kadınların FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü ölçeği alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4-13'te verilmiştir.

Kadınların eğitim durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların yaşayan çocuk sahibi olma durumuna ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı alınan süre ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenlerine ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumuna ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Tablo 4-14: Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

			FertiQol		
			Tedavi Modülü	**Tedavi Çevresi**	**Tedavi Tolerasyonu**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=26)**	*Ort±Ss*	0,42±2,21	-0,38±1,75	-1,77±1,77
		Median (Min-Max)	0 (-3-6)	0 (-6-2)	-2 (-5-3)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	-0,5±2,24	-0,42±2,02	-3,17±1,34
		Median (Min-Max)	-0,5 (-4-3)	0 (-3-4)	-3 (-6--1)
	Üniversite (n=5)	*Ort±Ss*	-0,4±2,07	-1,8±1,92	-2,4±1,34
		Median (Min-Max)	-1 (-2-3)	-1 (-5-0)	-3 (-4--1)
		p	***f0,455***	***f0,206***	***f0,071***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=13)**	*Ort±Ss*	1,08±2,29	-0,31±1,32	-1,85±2,03
		Median (Min-Max)	1 (-2-6)	0 (-2-2)	-3 (-4-3)
	Çalışmıyor (n=30)	*Ort±Ss*	-0,37±2,04	-0,67±2,06	-2,4±1,54
		Median (Min-Max)	-0,5 (-4-3)	0 (-6-4)	-2,5 (-6-1)
		p	***b0,069***	***a0,710***	***b0,691***
Evlilik süresi		**r**	0,135‡	0,135‡	0,230‡
		p	***0,387***	***0,387***	***0,139***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		**r**	0,279‡	0,092‡	0,195‡
		p	***0,070***	***0,560***	***0,209***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=17)**	*Ort±Ss*	0,41±2,18	-0,35±1,54	-2±2,09
		Median (Min-Max)	1 (-3-3)	0 (-4-2)	-2 (-6-3)
	Eşim (n=14)	*Ort±Ss*	0,29±2,43	-0,71±1,9	-2,14±1,29
		Median (Min-Max)	0 (-4-6)	0 (-5-2)	-2,5 (-4-1)
	•Her ikimizden (n=4)	*Ort±Ss*	-0,5±0,58	-0,25±1,26	-2,75±1,26
		Median (Min-Max)	-0,5 (-1-0)	0 (-2-1)	-3 (-4--1)
	Nedeni bilinmeyen (n=8)	*Ort±Ss*	-0,75±2,38	-0,88±2,75	-2,63±1,77
		Median (Min-Max)	-2 (-3-3)	-1 (-6-4)	-3 (-5-1)
		p	***f0,434***	***f0,721***	***f0,553***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	-0,03±2,29	-0,62±2,02	-2,26±1,6
		Median (Min-Max)	0 (-4-6)	0 (-6-4)	-2,5 (-6-1)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	0,44±1,88	-0,33±1,12	-2,11±2,15
		Median (Min-Max)	0 (-2-3)	0 (-2-2)	-3 (-4-3)
		p	***b0,507***	***b0,877***	***b0,734***

bMann-Whitney U Test fKruskal-Wallis Test ‡r=Spearman Korelasyon Katsayısı

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol grubundaki kadınların FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü ölçeği alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4-14'te verilmiştir.

Kadınların eğitim durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü"*, *"Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı alınan süre ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme sonrası *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi", "Tedavi Tolerasyonu"* puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

4.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde infertilite tedavi sürecindeki deney grubundaki kadınların ikinci, dördüncü ve beşinci izlemlerinde EFT ve nefes egzersizleri uygulama öncesi ve sonrası Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) puanlarına, deney grubu için SUD puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere (eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, göre karşılaştırılması ilişkin bulgulara yer verildi. SUD kapsamında kadınların stres durumu değerlendirilmiştir.

Tablo 4-15: Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlarının Dağılımı

		EFT ve Nefes Egzersiz Uygulaması Öncesi	**EFT ve Nefes Egzersiz Uygulaması Sonrası**	**Fark**	**p**
II. İzlem	*Ort±Ss*	4,95±1,77	2,5±1,92	2,45±0,74	***0,001****
(Folikül Takibi)	*Medyan (Min-Max)*	5 (2-9)	2 (0-7)		
IV. İzlem	*Ort±Ss*	5,69±1,66	2,79±1,51	2,90±0,69	***0,001****
(OPU Günü)	*Medyan (Min-Max)*	5 (3-10)	2 (1-7)		
V. İzlem	*Ort±Ss*	4,05±1,29	1,6±0,99	2,45±0,67	***0,001****
(ET Günü)	*Medyan (Min-Max)*	4 (2-7)	1 (0-4)		

Wilcoxon Signed Ranks Test ***p<0,01*

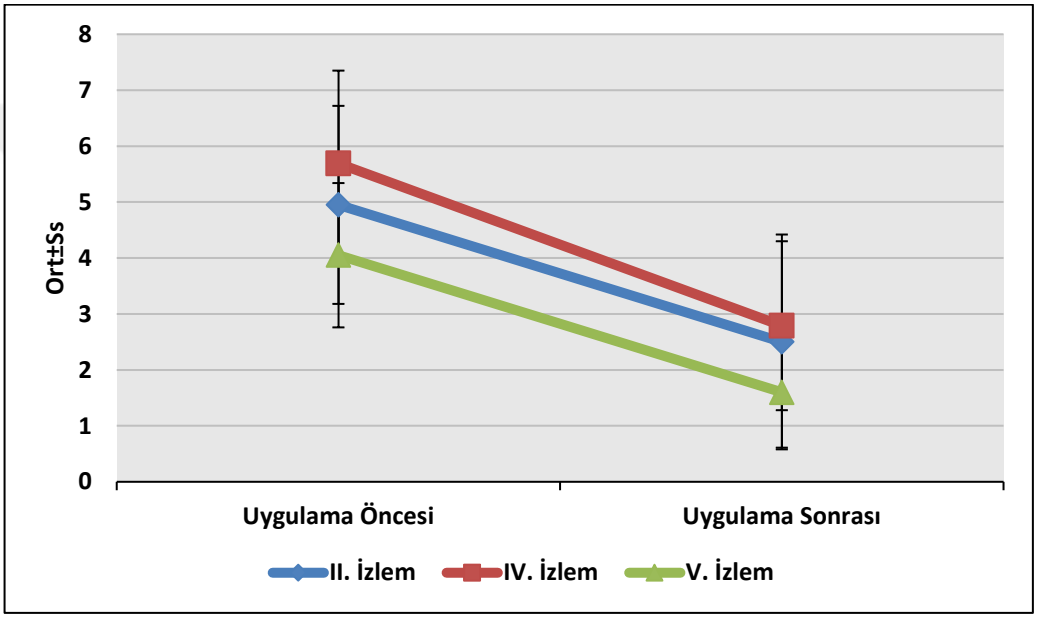
Deney grubunun uygulama öncesi ve uygulama sonrası SUD puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulgulara Tablo 4-15'te yer verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların 2. izlemde (Folikül takibi günü) uygulama öncesi hissettikleri rahatsızlık puanı 2-9 arasında değişmekte olup, ortalama 4,95±1,77 olarak saptanırken, uygulama sonrası hissettikleri rahatsızlık puanı 0-7 arasında değişmekte olup, ortalama 2,5±1,92 olarak saptanmıştır. Kadınların uygulama öncesine göre uygulama sonrası 2. izlemdeki hissettikleri rahatsızlık puanındaki ortalama 2,45±0,74 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-15).

Deney grubundaki kadınların 4. izlemde (OPU günü) uygulama öncesi hissettikleri rahatsızlık puanı 3-10 arasında değişmekte olup, ortalama 5,69±1,66 olarak saptanırken, uygulama sonrası hissettikleri rahatsızlık puanı 1 ile 7 puan arasında değişmekte olup, ortalama 2,79±1,51 olarak saptanmıştır. Kadınların uygulama

öncesine göre uygulama sonra 4. izlemdeki hissettikleri rahatsızlık puanındaki ortalama 2,90±0,69 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(p=0,001; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların 5. izlemde (ET günü) uygulama öncesi hissettikleri rahatsızlık puanı 2-7 arasında değişmekte olup, ortalama 4,05±1,29 olarak saptanırken, uygulama sonrası hissettikleri rahatsızlık puanı 0-4 arasında değişmekte olup ortalama 1,6±0,99 puan olarak saptanmıştır. Kadınların uygulama öncesine göre uygulama sonrası 5. izlemdeki hissettikleri rahatsızlık puanındaki ortalama 2,45±0,67 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).



Şekil 4-2: İzlemlere Göre Öznel Rahatsızlık Hissi Puanlarının Uygulama Öncesi ve Sonrası Dağılımı

Tablo 4-16: Deney Grubundaki Kadınların BazıTanımlayıcı Özelliklere Göre Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlarının Karşılaştırılması

			SUD		
			İzlem 2	**İzlem 4**	**İzlem 5**
Eğitim durumu	**İlköğretim (n=24)**	*Ort±Ss*	4,25±1,07	5,83±1,43	4,75±1,29
		Median (Min-Max)	4 (2-6)	6 (4-8)	4 (2-8)
	Lise (n=12)	*Ort±Ss*	5,83±1,34	5,5±1,24	5,17±1,59
		Median (Min-Max)	6 (4-8)	6 (4-8)	4 (4-8)
	Üniversite (n=6)	*Ort±Ss*	5,67±1,97	6,33±1,51	5±1,1
		Median (Min-Max)	5 (4-8)	6 (4-8)	5 (4-6)
		p	***f0,004****	***f0,495***	***f0,771***
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=14)**	*Ort±Ss*	5,43±1,83	5,86±1,46	5±1,52
		Median (Min-Max)	4 (4-8)	6 (4-8)	5 (2-8)
	Çalışmıyor (n=28)	*Ort±Ss*	4,64±1,22	5,79±1,37	4,86±1,27
		Median (Min-Max)	4 (2-6)	6 (4-8)	4 (4-8)
		p	***b0,271***	***b0,883***	***b0,607***
Evlilik süresi		**r**	-0,323‡	-0,004‡	0,023‡
		p	***0,037****	***0,982***	***0,885***
İnfertilite Tanısı Sonrası Geçen Süre (yıl)		**r**	-0,282‡	-0,124‡	-0,131‡
		p	***0,071***	***0,433***	***0,408***
Çocuk sahibi olamama nedeni	**Kendim (n=18)**	*Ort±Ss*	4,89±1,57	6,22±1,35	5±1,41
		Median (Min-Max)	4 (2-8)	6 (4-8)	4 (4-8)
	Eşim (n=12)	*Ort±Ss*	5,33±1,56	6±1,21	5±1,35
		Median (Min-Max)	5 (4-8)	6 (4-8)	4 (4-8)
	•Her ikimizden (n=1)	*Ort±Ss*	4±0	4±0	4±0
		Median (Min-Max)	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
	Nedeni bilinmeyen (n=11)	*Ort±Ss*	4,55±1,29	5,09±1,38	4,73±1,35
		Median (Min-Max)	4 (2-6)	4 (4-8)	4 (2-6)
		p	***f0,542***	***f0,083***	***f0,967***
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	**Evet (n=34)**	*Ort±Ss*	4,76±1,39	5,76±1,37	4,82±1,22
		Median (Min-Max)	4 (2-8)	6 (4-8)	4 (2-8)
	Hayır (n=8)	*Ort±Ss*	5,5±1,77	6±1,51	5,25±1,83
		Median (Min-Max)	5 (4-8)	6 (4-8)	4 (4-8)
		p	***b0,301***	***b0,672***	***b0,716***

bMann-Whitney U Test fKruskal-Wallis Test ‡r=Spearman Korelasyon Katsayısı

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubundaki kadınların SUD puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4-16'da verilmiştir.

Eğitim durumları ile kadınların uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2" puanındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır *(p=0,004; p<0,01).* Eğitim durumu lise olan kadınların uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2" puanlarındaki değişim, eğitim durumu ilköğretim olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır *(p=0,005; p<0,01).* Kadınların eğitim durumlarına göre, öncesine göre sonrası "İzlem 4" ve "İzlem 5" puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların çalışma durumları ile uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2", "İzlem 4", "İzlem 5" puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).*

Kadınların evlilik süreleri ile uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2" puanlarındaki değişimler arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(r=-0,323; p=0,037; p<0,05).* Kadınların evlilik süreleri ile uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 4", "İzlem 5" puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kadınların infertilite tanısı sonrası geçen süre ile uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2", "İzlem 4", "İzlem 5" puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların çocuk sahibi olamama nedenlerine göre uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2", "İzlem 4", "İzlem 5" puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durum ile uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2", "İzlem 4", "İzlem 5" puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).*

4.6. Kadınların Son Değerlendirmede Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gruplara göre SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü, SUD son değerlendirme puanlarının, ilişkisine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-17: Kadınların Son Değerlendirmede Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarının Diğer Ölçekler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

			SCREENIVF				
			Anksiyete	**Sosyal Destek**	**Çaresizlik**	**Kabullenme**	**Depresyon**
İSÖ							
Kişisel Alanda Stres	**Deney**	r	0,395‡	-0,256‡	0,577‡	-0,246‡	0,284‡
		p	***0,010****	***0,101***	***0,001****	***0,117***	***0,068***
	Kontrol	r	0,688‡	-0,501‡	0,717†	-0,634†	0,384‡
		p	***0,001****	***0,001****	***0,001****	***0,001****	***0,011****
Evlilik Alanında Stres	**Deney**	r	0,269‡	-0,278‡	0,332‡	-0,203‡	0,334‡
		p	***0,085***	***0,075***	***0,032****	***0,197***	***0,031****
	Kontrol	r	0,351‡	-0,453‡	0,410‡	-0,457‡	0,225‡
		p	***0,021****	***0,002****	***0,006****	***0,002****	***0,147***
Sosyal Alanda Stres	**Deney**	r	0,395‡	-0,342‡	0,218‡	-0,184‡	0,460‡
		p	***0,010****	***0,027****	***0,165***	***0,243***	***0,002****
	Kontrol	r	0,536‡	-0,467‡	0,533‡	-0,398‡	0,350‡
		p	***0,001****	***0,002****	***0,001****	***0,008****	***0,021****
FertiQol							
Tedavi Modülü	**Deney**	r	-0,475‡	0,187‡	-0,126‡	0,211‡	-0,100‡
		p	***0,001****	***0,235***	***0,427***	***0,179***	***0,528***
	Kontrol	r	-0,586†	0,557‡	-0,514†	0,562†	-0,296‡
		p	***0,001****	***0,001****	***0,001***	***0,001****	***0,054***
Tedavi Çevresi	**Deney**	r	-0,116‡	-0,065‡	0,119‡	0,156‡	0,081‡
		p	***0,466***	***0,684***	***0,454***	***0,323***	***0,612***
	Kontrol	r	-0,349‡	0,393‡	-0,226‡	0,404‡	-0,176‡
		p	***0,022****	***0,009****	***0,145***	***0,007****	***0,259***
Tedavi Tolerasyonu	**Deney**	r	-0,482‡	0,311‡	-0,495‡	0,266‡	-0,375‡
		p	***0,001****	***0,045****	***0,001****	***0,089***	***0,014****
	Kontrol	r	-0,550‡	0,627‡	-0,574‡	0,497‡	-0,455‡
		p	***0,001****	***0,001****	***0,001****	***0,001****	***0,002****
SUD							
İzlem 2	**Deney**	r	0,150‡	0,062‡	-0,209‡	0,004‡	-0,143‡
		p	***0,343***	***0,695***	***0,185***	***0,978***	***0,366***
İzlem 4	**Deney**	r	0,050‡	-0,018‡	-0,267‡	-0,081‡	-0,255‡
		p	***0,753***	***0,908***	***0,087***	***0,609***	***0,103***
İzlem 5	**Deney**	r	0,085‡	0,003‡	0,201‡	-0,119‡	0,100‡
		p	***0,590***	***0,984***	***0,202***	***0,455***	***0,527***

†r: Pearson Korelasyon Katsayısı ‡r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0,01 *p<0,05

Kadınların son değerlendirmede SCREENIVF puanlarının diğer ölçekler ile (İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü, SUD) ilişkisinin değerlendirilmesine Tablo 4-17'de yer verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların İSÖ *"Kişisel Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında pozitif yönlü 0,395 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(r=0,395; p=0,010; p<0,05).* Kadınların *"Kişisel Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek", "Kabullenme" ve "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların *"Kişisel alanda stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları arasında pozitif yönlü 0,577'lik orta düzeydeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(r=0,577; p=0,001; p<0,01).*

Kontrol grubundaki kadınların İSÖ *"Kişisel Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü güçlü (r=0,688), *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü orta (r=0,501), *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü güçlü (r=0,717), *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü güçlü (r=0,634) ve *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü zayıf (r=0,384) ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Deney grubundaki kadınların İSÖ *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete", "Sosyal Destek", "Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,332; p=0,032; p<0,05).* Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,334; p=0,031; p<0,05).*

Kontrol grubundaki kadınların İSÖ *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,351;*

p=0,021; p<0,05). Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,453; p=0,002; p<0,01).* Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,410; p=0,006; p<0,01).* Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,457; p=0,002; p<0,01).* Kadınların *"Evlilik Alanında Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların İSÖ *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır *(r=0,395; p=0,010; p<0,05).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır *(r=-0,342; p=0,027; p<0,05).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik", "Kabullenme"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır *(r=0,391; p=0,010; p<0,05).*

Kontrol grubundaki kadınların İSÖ *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,536; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta ilişki saptanmıştır *(r=-0,467; p=0,002; p<0,01).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,533; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Sosyal*

Alanda Stres" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,398; p=0,008; p<0,01).* Kadınların *"Sosyal Alanda Stres*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır *(r=0,350; p=0,021; p<0,05).*

Deney grubundaki kadınların FetiQol *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*"nden aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,475; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Modülü*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların FetiQol *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*"nden aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,586; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Modülü*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,557; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Modülü*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,514; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Modülü*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,562; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Modülü*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların FetiQol *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete" "Tedavi Modülü*", *"Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların FetiQol *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel

olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,349; p=0,022; p<0,05).* Kadınların *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,393; p=0,009; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,404; p=0,007; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların FetiQol *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,482; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,311; p=0,045; p<0,05).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,495; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,375; p=0,014; p<0,05).*

Kontrol grubundaki kadınların FetiQol *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Anksiyete"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,550; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Destek"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır *(r=0,627; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Çaresizlik"*

alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,574; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Kabullenme"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,497; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Depresyon"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,455; p=0,002; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 2*" son puanları ile *"Anksiyete", "Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 4*" son puanları ile *"Anksiyete", "Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 5*" son puanları ile *"Anksiyete", "Sosyal Destek", "Çaresizlik", "Kabullenme", "Depresyon"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Tablo 4-18: Kadınların Son Değerlendirmede İnfertilite Stresi Ölçeği Puanlarının Diğer Ölçekler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

			İSÖ		
			Kişisel Alanda Stres	**Evlilik Alanında Stres**	**Sosyal Alanda Stres**
FertiQol					
Tedavi Modülü	**Deney**	r	-0,464‡	-0,255‡	-0,359‡
		p	***0,002*****	***0,104***	***0,020****
	Kontrol	r	-0,784†	-0,588‡	-0,647‡
		p	***0,001*****	***0,001*****	***0,001*****
Tedavi Çevresi	**Deney**	r	-0,085‡	0,044‡	-0,056‡
		p	***0,591***	***0,784***	***0,725***
	Kontrol	r	-0,490‡	-0,448‡	-0,407‡
		p	***0,001*****	***0,003*****	***0,007*****
Tedavi Tolerasyonu	**Deney**	r	-0,580‡	-0,422‡	-0,414‡
		p	***0,001*****	***0,005*****	***0,006*****
	Kontrol	r	-0,677‡	-0,419‡	-0,455‡
		P	***0,001*****	***0,005*****	***0,002*****
SUD					
İzlem 2	**Deney**	r	0,024‡	-0,145‡	-0,227‡
		p	***0,881***	***0,361***	***0,149***
İzlem 4	**Deney**	r	-0,001‡	-0,092‡	-0,221‡
		p	***0,995***	***0,564***	***0,159***
İzlem 5	**Deney**	r	0,416‡	0,324‡	0,127‡
		p	***0,006*****	***0,037****	***0,422***

†r: Pearson Korelasyon Katsayısı ‡r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0,01 *p<0,05

Kadınların son değerlendirmede İSÖ puanlarının diğer ölçekler ile (FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü, SUD) ilişkisinin değerlendirilmesine Tablo 4-18'de yer verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların FertiQol *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*"nden aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,464; p=0,002; p<0,01).* Kadınların *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*"nden aldıkları son puanlar ile *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*" nden aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,359; p=0,002; p<0,01).*

Kontrol grubundaki kadınların FertiQol *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*"nden aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,784; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*" nden aldıkları son puanlar ile *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeydeki ilişki saptanmıştır *(r=-0,588; p=0,001; p<0,01).* Kadınların *"İsteğe Bağlı Tedavi Modülü*" nden aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,647; p=0,001; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların FertiQol *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"*, *"Tedavi Modülü*", *"Evlilik Alanında Stres", "Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Kontrol grubundaki kadınların FertiQol *"Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,490; p=0,001; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeydeki ilişki saptanmıştır *(r=-0,448; p=0,003; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Çevresi*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,407; p=0,007; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların FertiQol *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,580; p=0,001; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeydeki ilişki saptanmıştır *(r=-0,422; p=0,005; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları

son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır (*r=-0,414; p=0,006; p<0,01).*

Kontrol grubundaki kadınların FertiQol *"Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,677; p=0,001; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeydeki ilişki saptanmıştır *(r=-0,419; p=0,005; p<0,01).* Kadınların "*Tedavi Tolerasyonu*" alt boyutundan aldıkları son puanlar ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=-0,455; p=0,002; p<0,01).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 2*" son puanları ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres", "Evlilik Alanında Stres", "Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 4*" son puanları ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres", "Evlilik Alanında Stres", "Sosyal Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 5*" son puanları ile İSÖ *"Kişisel Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,416; p=0,006; p<0,01). "İzlem 5*" son puanları ile *"Evlilik Alanda Stres"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır *(r=0,324; p=0,037; p<0,05). "İzlem 5*" son puanları ile *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Tablo 4-19: Kadınların Son Değerlendirmede Doğurganlık Sorunu Yaşan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Puanlarının Öznel Rahatsızlık Birimi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

		FertiQol		
		Tedavi Modülü	**Tedavi Çevresi**	**Tedavi Tolerasyonu**
SUD				
İzlem 2	r	-0,186	-0,266	0,088
	p	***0,237***	***0,089***	***0,579***
İzlem 4	r‡	-0,201	-0,240	-0,006
	p	***0,202***	***0,126***	***0,968***
İzlem 5	r	-0,091	-0,074	-0,005
	p	***0,568***	***0,641***	***0,976***

‡r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

Kadınların son değerlendirmede FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü puanlarının, SUD ilişkisinin değerlendirilmesine Tablo 4-19'da yer verilmiştir.

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 2*" son puanları ile FertiQol *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi"*, *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 4*" son puanları ile FertiQol *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi"*, *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

Deney grubundaki kadınların SUD *"İzlem 5*" son puanları ile FertiQol *"Tedavi Modülü", "Tedavi Çevresi"*, *"Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).*

5. TARTIŞMA

İn vitro fertilizasyon (İVF) sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda verilen başlıklar halinde tartışılmıştır:

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguların Tartışılması

5.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6. Kadınların Son Değerlendirme Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık ve İnfertilite Tedavisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumu, obstetrik, jinekolojik özellikleri ve infertilite tedavisine yönelik bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Deney ve kontrol grubu soyo-demografik, genel sağlık durumu ve infertilite tedavisine yönelik bulgular açısından benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olabilmesi açısından önemlidir.

Araştırmaya katılan İVF tedavisi gören kadınların yaşları 24 ile 40 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 32,61±4,65'tir. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 34,69±4,85'tir. Kadınların deney ve kontrol gruplarına göre yaş, boy, kilo, BKİ ölçümleri, eşlerininin yaşları, eğitim durumları, eşlerinin eğitim durumları, aile tipleri, çalışma durumu, işten izin alma konusunda güçlük, sosyal güvence, gelir durumu, evlenme şekli, evlilik sayısı ve evlilik süresi, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4-1).

Yaş, kadın için infertiliteyi etkileyen önemli bir faktördür (Oltuluoğlu ve ark., 2014; Bose ve Roy, 2017). Kadınların fertilite hızının 30 yaşından sonra düştüğü erkeklerin ise 40 yaşından sonra düştüğü, yaş ve fertilite hızının ters orantılı olduğu bilinmektedir (Amanak ve ark. 2014; Sezgin ve Hocaoğlu 2014). Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde infertilite tedavisi gören kadınların yaş ortalaması 30,1 ile 36,6 arasında değişim göstermektedir (Kahyaoğlu ve Balkanlı 2015; Psaros ve ark. 2015; Ozan ve Okumuş 2017; Volmer ve ark. 2017; Rahimi ve ark. 2018; Souilm ve ark. 2018; Yılmaz ve Kavak 2019; Kalhori ve ark. 2020; Bernd ve ark. 2020). Kadınların eşlerinin yaş ortalamasına bakıldığında 34 ile 38,5 arasında değişim gösterdiği görülmektedir (Volmer ve ark. 2017; Rahimi ve ark. 2018; Bernd ve ark. 2020; Kalhori ve ark. 2020; Molgora ve ark. 2020). Türkiye'de ve dünya'da infertilite tedavisi gören kadınlarla yapılmış benzer çalışmalar incelendiğinde bu çalışmada kadınların ve kadınların eşlerinin yaş ortalamalarının yapılmış diğer çalışmalardaki sonuçlarla benzer olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamında kadınların BKİ'leri ortalama 25,21±4,30 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların BKİ 24,76±4,31, kontrol grubundakilerin 25,64±4,28 olarak bulunmuştur. DSÖ'nun 20 yaş üzerindeki yetişkinler için BKİ referans aralıklarına göre BKİ<18,5 düşük kilolu, BKİ 18,5-24,9 normal kilolu, 25-29,9

fazla kilolu BKİ>30 obez olarak tanımlanmaktadır (WHO 2020) (Tablo 4-1). DSÖ'nün BKİ referansları temel alındığında deney grubundaki kadınlar normal BKİ aralığında, kontrol grubundaki kadınlar fazla kilolu sınır değerindedir.

TNSA 2018 verilerine göre 25-29 yaş arasındaki kadınların %53,6'sının lise ve üzeri eğitim aldığı ve 30-34 yaş arasındaki kadınların % 43,1'inin, 35-39 yaş arasındaki kadınların ise %34,6'sının lise ve üzeri eğitim aldığı bildirilmiştir (TNSA 2018). Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların ortalama %41'inin lise ve üzeri eğitim aldığı bulunmuştur (Tablo 4-1). Bu sonuç, çalışmadaki kadınların eğitim düzeyinin Türkiye geneli ile benzer olduğunu göstermektedir. Yılmaz ve Kavak'ın infertilite tedavisi gören kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %48'inin lise ve üzeri Ozan ve Okumuş'un yaptığı çalışmada ise kadınların yaklaşık %32'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Ozan ve Okumuş 2017; Yılmaz ve Kavak 2019). Rahimi ve arkadaşlarının infertil kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık %91'inin lise ve üzerinde eğitim aldığı, Kalhordi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %57'sinin yüksekokul, Souilum ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %66,7'sinin lise ve üzeri eğitim aldığı, Matthiesen ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %73'ünün üniversite ve üzerinde eğitim aldığı belirtilmiştir (Matthiesen ve ark. 2012; Rahimi ve ark. 2018; Souilm ve ark. 2018; Kalhori ve ark. 2020). Literatürdeki bu farklılığın ülkelerin gelişmişlik düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerine göre üreme çağındaki kadınların son 12 ayda çalışmamış/hiç çalışmamış olması %64 olarak bildirilmiştir (TNSA 2018). Araştırmada kadınların % 68,2'si bir işte çalışmadığını belirtmiştir (Tablo 4-1). Araştırma sonuçları Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir. Rahimi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %90'ının, Souilm ve arkadaşlarınn yaptığı çalışmada %62,2'sinin, Kalhordi ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaklaşık %78'inin bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir (Rahimi ve ark. 2018; Souilm ve ark. 2018; Kalhori ve ark. 2020). Yılmaz ve Kavak'ın yaptığı çalışmada kadınların %80'inin bir işte çalışmadığı, Ozan ve Okumuş'un çalışmasında kadınların %81'inin çalışmadığı bildirilmiştir (Ozan ve Okumuş 2017; Yılmaz ve Kavak 2019). Kadınların tedavi sürecinde çalışmama sebebi infertilite tedavisinin sık kontrol ve izlem gerektiren bir tedavi olmasından kaynaklı olabilir. Çalışan kadınları tedavi için iş yerinden sıklıkla izin almak ve iş yerine bilgi

vermek zorunda olması kadınlarda stres yaratıp tedaviyi olumsuz olarak etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların çoğunluğu çalışmadığını ifade ettiği halde sosyal güvencesi sorulduğunda tamamının (%100) sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda infertilite tedavisine başvuran kadınların çoğunun sosyal güvencesinin olduğunu göstermektedir (Arslan-Özkan ve ark. 2014; Ozan ve Okumuş 2017; Yılmaz ve Kavak 2019). Bunun sebebi kadınların eşlerinin çalışıyor olması ve sosyal güvencesinin eş kaynaklı olması olabilir. Sosyal güvence varlığı infertilite tedavisinin karşılanmasında önemli bir faktördür. Çalışmadaki tüm kadınların sosyal güvencesinin olma sebebi tedavinin maliyetli olması ve sosyal güvencesi olmayanların tedavi merkezine başvurmamış olmasından kaynaklanabilir.

TNSA 2018 verilerine göre 25-29 yaş arasındaki erkeklerin %62,5'i lise ve üzeri, 30-34 yaş arasındaki erkeklerin % 55'inin, 35-39 yaş arasındaki erkeklerin ise %45,9'unun lise ve üzeri eğitim aldığı bildirilmiştir (TNSA 2018). Çalışmaya katılan kadınlarının eşlerinin %51,8'inin lise ve üzeri eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4-1). Bu sonuç, eşlerin (erkek) eğitim düzeyinin Türkiye geneli ile benzer olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucu literatürdeki diğer çalışmalar ile desteklenmektedir (Rahimi ve ark. 2018; Molgora 2020).

TNSA 2018 raporunda belirtildiği gibi eğitim seviyesi, çalışma durumu ve hanehalkı geliri birbiri ile ilişkili faktörlerdir. Araştırma kapsamında kadınların çoğu (%78,6) gelir durumunu geliri giderine denk olarak ifade etmiştir. Rahimi ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %50'sinden fazlası gelir düzeyini orta olarak belirtmiştir (Rahimi ve ark. 2018). Souilm ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %80'i gelir durumunu yeterli olarak ifade etmiştir (Souilm ve ark. 2018). Yılmaz ve Kavak'ın çalışmalarında kadınların %70'i gelir durumunu orta olarak belirtmiştir (Yılmaz ve Kavak 2019). Ozan ve Okumuş'un çalışmalarında da kadınların %50'sinden fazlası gelir durumlarını geliri giderine denk olarak belirtmiştir (Ozan ve Okumuş 2017). Çalışmanın sonuçları literatürde belirtilen çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların aile tipleri incelendiğinde; %83,5'inin çekirdek aile, %16,5'inin geniş aile tipine sahip oldukları tespit edilmiştir. İnfertilite tedavisi gören kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde; aile tiplerini çekirdek aile olarak ifade edenlerin

oranı %26,7 ile %97,9 arasında değişmektedir (Karaca ve ark. 2016; İsmail ve Moussa 2016; Bose ve Roy 2017; Souilm ve ark. 2018; Tural ve Çelik 2019). Literatürdeki bazı çalışmaların bulguları bu çalışma ile benzerlik göstermekte (Karaca ve ark. 2016; Souilm ve ark. 2018; Tural ve Çelik 2019), bazı çalışmaların bulguları ise benzerlik göstermemektedir (İsmail ve Moussa 2016; Bose ve Roy 2017). Çalışmanın Türkiye'nin batısında ve büyük şehirde gerçekleştirilmiş olması aile yapısının çekirdek aile tipinde olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %80,2'i eşleriyle kendisi tanışıp anlaşarak evlenmiştir. Benzer çalışma sonuçları incelendiğinde; eşleri ile kendisi tanışıp anlaşarak evlenen kadınların oranının %61,9 ile %84 arasında değiştiği ve çoğunlukla eşlerin önceden tanışıp, görüşüp, isteyerek evlendikleri söylenebilir (Uğur 2014; Sünger 2018; Tural ve Çelik 2019). Eşlerin kendisi tanışıp anlaşarak ve isteyerek evlenmeleri yaşadıkları infertilite krizi ile baş etmelerini kolaylaştırabilir, tedavi sürecinde eşlerin birbirine desteğini arttırabilir ve böylelikte tedavinin başarı şansı artabilir.

Çalışmaya katılan kadınların ortalama evlilik süresi 1 ile 22 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 7,72±3,88 yıldır. Kadınlar ortalama 6,13±3,48 yıldır çocuk sahibi olmak istediklerini belirtirken infertilite tanısı sonrası geçen süre ortalama 5,03±3,26 yıldır. Kalhori ve arkadaşlarının çalışması bu çalışma ile benzer sonuçlara sahiptir. Kadınlar ortalama 8 yıldır evli ve ortalama 5 yıldır infertilite tanısına sahiptir (Kalhori ve ark. 2020). Ozan ve Okumuş'un çalışmalarında deney ve kontrol grubundaki kadınların infertilite tanısı alma süreleri ortalama 6 yıldır (Ozan ve Okumuş 2017). Souilm ve arkadaşlarının çalışmasında örneklemin %62'si 10 yılın altında evli ve % 54'ü 6 yıl ve üzerinde infertilite tanısı konulmuştur (Souilm ve ark. 2018). Volmer ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ortalama 4 yıldır çocuk sahibi olmak istedikleri ve 2 yıldır tedavi gördükleri saptanmıştır (Volmer ve ark. 2017). Bu çalışma literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerdir. Matthiesen ve arkadaşlarının infertilite tedavisi gören kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınlar ortalama 2 yıldır evli ve ortalama 1,5 yıldır infertilite tanısı konulmuştur (Matthiesen ve ark. 2012). Bu farklılık Matthiesen ve arkadaşlarının (2012) çalışmasındaki kadınların büyük çoğunluğunun eğitim durumlarının üniversite ve üzeri olması ve evlilik yaşının daha geç olmasından kaynaklı olabilir.

Deney ve kontrol grubunun infertilite klinik tanısı arasında hastane kayıtlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). Örneklemdeki kadınların klinik tıbbi tanıları incelendiğinde, %37,6'sının kadın faktör (düşük over rezervi, tubal faktör), %31,8'inin erkek faktör, %30,6'sının açıklanamayan infertilite nedeni İVF tedavisi aldığı bilinmektedir (Tablo 4-2). Çalışma kapsamında klinik tıbbi tanı haricinde kadınlara çocuk sahibi olamama nedenleri sorulduğunda %41,2'si sorunun kendisinden kaynaklandığını, %30,'sı eşinden kaynaklandığını, %22,4'ü nedeninin belli olmadığını %5,9'u kendileri ve eşlerinde sorun olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-3). Kadınların klinik tıbbi tanısı ile kadınların düşüncelerinin farklılık göstermesi bilgi eksikliği, eğitim düzeylerindeki farklılıklar ve çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde infertilite erkek kaynaklı olsa bile kadınların sorunu kendi üstlerine almasından kaynaklı olabilir. ESHRE'ye göre infertilite vakalarının %20-30'u erkek faktörü, %20-35'i kadın faktörü, %25-40'ı ise her iki partnerdeki bir sorundan, %10-20'si açıklanamayan infertilitedir (ESHRE 2017). Molgora ve arkadaşlarının çalışmasında %35,1 kadın faktörü, %13,7 erkek faktörü, %9,5 kadın ve erkek faktörü birlikte, %41,7 açıklanamayan infertilite olarak tespit edilmiştir (Molgora ve ark. 2020). Matthiesen ve arkadaşlarının çalışmasında kadın faktör %22,2, erkek faktör %46,7, açıklanamayan faktör %22,2 olarak bildirilmiştir (Matthiesen ve ark. 2012). Literatür ile çalışmadaki sonucun benzer olduğu görülmektedir.

İnfertilite sebepleri toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Yumru ve Öndeş 2011). Türkiye'deki infertil çiftlerin yaklaşık 1,5-2 milyon olduğu ön ve bu çiftlerin %55-75'i primer infertil, %25-40'i sekonder infertil olduğu bilinmektedir (Tural ve Çelik 2019). Çalışmaya dahil olan kadınların %72,9'u primer infertildir (Tablo 4-3). İsmail ve Moussa'nın infertil kadınların (n=200) yaşam kalitesi ve başa çıkma durumlarını inceledikleri çalışmada kadınların %68'inin primer infertil olduğu saptanmıştır (İsmail ve Moussa 2017). Souilm ve arkadaşlarının infertil kadınların (n=90) psikolojik sağlığının arttırılmasında eğitim etkinliğini değerlendirdikleri bir çalışmada kadınların %80'inin primer infertil olduğu tespit edilmiştir (Souilm ve ark. 2018). Shahraki ve arkadaşlarının infertil kadınların (n=189) depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada kadınların %60'ının primer infertil olduğu bulunmuştur (Shahraki ve ark 2019). Türk popülasyonunda infertil kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde primer infertilite oranlarının sekonder infertilite oranlarına göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Yılmaz ve Kavak 2019; Kalcı ve ark. 2020).

Çalışma sonucu diğer çalışma sonuçlarını ve Türkiye'deki popülasyonun özelliklerini destekler niteliktedir.

Kadınların %87,1'i çocuk sahibi olamadıklarını ve tedavi aldıklarını aileleri ve yakın çevreleri ile paylaştıklarını ifade etmiştir (Tablo 4-3). Pedro'nun infertilite ile baş etmede kadınların tecrübelerini incelediği kalitatif çalışmada kadınların yarısı infertilite sorununu sadece yakın aile ve yakın arkadaşlarına söylediğini ifade etmiştir (Pedro 2015). İnfertilite sorunu olan kadınlar, sosyal yaşantıdan kendini uzak tutma, gebe ve çocuklu kadınlardan uzak duruma gibi baş etme yöntemlerini kullanmaktadır (Pedro 2015; Mete 2020). Ozan ve Okumuş'un kalitatif çalışmalarında ise tüm kadınlar, sosyal çevrenin tedaviye yönelik soru sorduğunu ve tavsiye verdiğini bu nedenle bazı kadınlar çevrelerinden tedavi aldıklarını gizlediğini ifade etmiştir (Ozan ve Okumuş 2017). Çalışma sonucunun literatür ile farklı olamasının sebebi çalışmadaki kadınların çoğunun daha önce infertilite tedavisi almış (%80) ve süreci bilmeleri olabilir. Aynı zamanda çalışmadaki kadınların kabullenme riski de oldukça düşük (%2,4) bulunmuştur. Bununla ilişkili de olarak kadınlar eşleri ve kendilerindeki infertilite sorununu kabullenmiş ve yakın çevrelerinden destek sağlayabilmek için sorunu ve tedavi sürecini paylaşmış olabilirler.

Çalışmada kadınların daha önce infertilite tedavisi alma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kadınların %80'inin daha önce infertilite tedavisi aldığı bilinmektedir. Ancak deney grubundaki kadınların İUİ oranları kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derece daha yüksektir ($p>0,05$). Çalışmada deney grubundaki kadınların %41'inin kontrol grubundaki kadınların %26'sının İUİ tedavisi aldığı saptanmıştır (Tablo 4-4). Arslan-Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında deney grubundaki kadınların %48'inin kontrol grubundaki kadınların %41'inin İUİ tedavisi aldığı bilinmektedir. Çalışma sonucumuz deney grubu açısından Arslan-Özkan ve arkadaşlarının çalışması ile benzerdir (Arslan-Özkan 2013). Ozan ve Okumuş'un çalışmasında deney grubundaki kadınların %28'i kontrol grubundaki kadınların %45'inin önceki tedavilerinin İUİ olduğu bilinmektedir (Ozan ve Okumuş 2017). Çalışma sonucunun Ozan ve Okumuş'un çalışmasından farklı olmasının sebebi infertilitede erkek faktörlü infertilite tedavisinde başarı oranını arttırmak için İUİ tercih edilmesinden kaynaklı olabilir.

Kadınların önceki infertilite tedavilerinden sonra gebelik durumları incelendiğinde %79,4'ünde gebelik oluşmadığı, gebelik oluşanlarda ise ölü doğum, abortus ve dış gebelik ile sonuçlandığı bilinmektedir (Tablo 4-4). Kadınların şimdiki tedaviye yönelik düşünceleri incelendiğinde %52,9'unun pozitif sonuç olacağından emin olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların tedavi hakkındaki görüşlerinin çoğunlukla emin olmamalarının nedeni önceki tedavilerde gebelik oluşmadığından oluşanlarda ise canlı doğum açısından olumsuz sonuçlandığından kaynaklı olabilir. Bu durum deney ve kontrol grubunda strese sebep olarak kadınların olumlu düşünmelerini engelleyici bir faktör olarak düşünülebilir.

Kadınların İVF tedavisi sonrası gebelik durumları incelendiğinde deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre gebelik sonucunun pozitif olma oranı daha yüksektir (Tablo 4-4). Terzioğlu'nun infertilite tedavisinde danışmanlığın etkisini değerlendirdiği çalışmada deney grubundaki çiftlerde pozitif gebelik oranlarının kontrol grubundaki çiftlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Terzioğlu 2001). Beden-zihin-ruh terapileri ile danışmanlık uygulanan çalışmalarda infertil kadınlarda pozitif gebelik sonuçları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Chan ve ark. 2006; Domar ve ark. 2011; Chan ve ark. 2012; Li ve ark. 2016). Gorayeb ve arkadaşlarının bilişsel davranışsal müdahale uyguladıkları çiftlerde pozitif gebelik oranları kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır (Gorayeb ve ark. 2012). Literatürdeki çalışmalar bu çalışmanın sonucunı desteklemektedir.

5.2. Kadınların Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların SCREENIVF ölçeği alt boyutlarından (anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme, ve depresyon) aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Literatürde SCREENIVF ölçeğinin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle, bu bölümdeki bulgular mevcut çalışmalar benzer ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarla da tartışılmıştır.

Yardımcı üreme tekniklerinin bireylerde strese neden olduğu, depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı bilinmektedir (Chan ve ark. 2006; Lakatos ve ark. 2017). Stres, anksiyete ve depresyonun YÜT sonuçları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu çalışma sonuçları doğrulamaktadır (Morreale ve ark. 2011; Matthiesen ve ark. 2012). Bu

nedenle YÜT tedavisine başlamadan önce hastaların duygusal risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. İnfertil bireyler öncelikle psikososyal risk açısından taranmalı ve ihtiyaçlarına göre psikososyal bakım müdahaleleri planlanmalıdır. Verhaak ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi öncesi distres, anksiyete ve depresyon tanımlanan bireylerin başarısız İVF tedavisi sonrası infertilite sorunlarını daha az kabul ettiği, sosyal destek ve çocuk eksikliğinin duygusal problemlere yol açtığına dikkat çekmiştir (Verhaak ve ark. 2001). ESHRE psikososyal riskin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir standart bir ölçüm aracı olan SCREENIVF kullanımını önermektedir (Gameiro ve ark. 2015). SCREENIVF yardımcı üreme teknikleri sırasında hastaların duygusal risk profilini tespit etmeyi amaçlayan bir araçtır (Verhaak ve ark. 2005; Verhaak ve ark. 2010).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların İVF tedavisine başlamadan önce SCREENIVF ölçeği ile psikososyal risk değerlendirmeleri yapılmıştır. Kadınların %20'sinde anksiyete riski, %32,9'unda depresyon riski, %42,4'ünde sosyal destek riski, %14,1'inde çaresizlik riski ve %2,4'ünde kabullenme riski olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-5). Literatürde SCREENIVF ölçeği kullanılarak tedavi öncesi psikososyal risk değerlendirmesi yapılan kadınların anksiyete riski % 18,2 ile %62,8 arasında, depresyon riski %5,9 ile %40,4 arasında, sosyal destek riski %10,2 ile 29,8 arasında, çaresizlik riski %21,7 ile %36,8 arasında, kabullenme riski %7,6-%36,2 arasında değişmektedir (Van Dongen ve ark. 2012; Lopes ve ark. 2014; Ockhuijsen ve ark. 2017; Volmer ve ark. 2017). SCREENIVF risk değerlendirmesi literatür ile karşılaştırıldığında anksiyete, depresyon, sosyal destek ve çaresizlik risk oranlarının benzer olduğu görülmektedir. Ancak kabullenme riskinin diğer çalışmalardan daha düşük çıkmasının sebebi kültürel farklılıklar ve dini inanışlardan kaynaklı olabilir.

Deney grubundaki kadınların tedaviye ilk başladıklarında anksiyete puanlarının daha yüksek, kontrol grubundakilerin ise daha düşük olduğu saptanmıştır *($p=0,023; p<0,05$).* Bunun sebebi deney grubundaki kadınların önceki tedavilerinde olan gebeliklerde kontrol grubunda olan kadınlara göre olumsuz sonuçların daha fazla olmasından kaynaklı olabilir. Deney grubundaki kadınların son değerlendirmelerinde anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme anksiyete puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır *($p=0,001;$*

p<0,01). Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme anksiyete puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirme anksiyete puanlarındaki değişim kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir *(0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Daha önce infertilite tedavisi alan kadınların uygulama öncesine göre sonrası "Anksiyete" puanlarındaki değişimler, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,006; p<0,01)* (Tablo 4-7). Daha önce infertilite tedavisi alan kadınların tedavi süreçleri konusunda bilgisinin olduğu ve bu durumun anksiyeteye olumlu yönde etki ettiği düşünülmektedir. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında deney grubunda danışmanlık programında uygulanan girişimlerle birlikte anksiyete puanlarının uygulama sonrası düşmesi beklendik bir sonuçtur. Rutin hemşirelik bakımı uygulanan kontrol grubunda ise kadınlara başa çıkma yöntemleri ile ilgili eğitim verilmediğinden ilk ve son değerlendirme anksiyete puanlarında farklılık olmaması beklenen bir durumdur.

İnfertil kadın ve erkeklerin iyilik hallerini arttırmak için çift terapisi, baş etme becerileri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, beden-zihin-ruh (mind-body spirit) terapileri, destek grupları ve eğitim programları gibi çeşitli psikososyal müdahaleler geliştirilmiştir (Lemmens ve ark. 2004). Kharde ve arkadaşlarının infertilite tedavisi gören kadınlara danışmanlık programı kapsamında stresle başa çıkma, nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri, meditasyon ve yaşam tarzı değişimleri uyguladıkları çalışmada girişimler sonrası deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyinin düştüğü saptanmıştır (Kharde ve ark. 2012). Rahimi ve arkadaşları infertilite tedavisi gören kadınlara kabul ve bağlılık terapisi kapsamında nefes egzersizleri ve çeşitli başa çıkma yöntemleri uygulamışlardır ve girişimler sonucunda deney grubunun anksiyete düzeyinin düştüğü bildirilmiştir (Rahimi ve ark. 2018). Nery ve arkadaşlarının farkındalık programı (Mindfulness) uyguladıkları infertilite tedavisi alan kadınlarda stres ve depresyonun azaldığı, genel iyilik halinin arttığı sonucuna varılmıştır (Nery ve ark. 2019). EFT'nin infertil bireylerdeki anksiyete durumuna etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak EFT'nin anksiyete üzerinde olumlu yönde etki ettiğine yönelik farklı gruplarla yapılan çalışmalar mevcuttur (Patterson 2016; Gaesser ve Karan 2017; Madoni ve ark. 2018; Vural ve ark. 2019). Church ve House'nin posttravmatik stres bozukluğu olan hastalarla 6 haftalık takip ve izlemle EFT uyguladıkları hastalarda anksiyete ve depresyonun anlamlı derecede azaldığı

saptanmıştır (Church ve House 2018). Vural ve Aslan'ın doğum korkusuna yönelik EFT ve nefes farkındalığı uyguladığı gebe kadınlarda EFT ve nefes farkındalığının doğum korkusunu ve anksiyeteyi azalttığı ortaya konulmuştur. EFT'nin nefes farkındalık çalışmalarına göre daha etkili olduğu saptanmıştır (Vural ve Aslan 2019). Literatür çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Roy'un benlik kavramı uyum alanı içerisinde değerlendirilen infertil kadının anksiyetesi; Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlık programı kapsamında uygulanan EFT ve nefes egzersizlerinin infertilitenin sebep olduğu anksiyete ile baş etmede etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmedeki sosyal destek puanları ve son değerlendirmedeki sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bilinmektedir *(p>0,05).* Deney ve kontrol grubunun her ikisinde de kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme sosyal destek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı *(p>0,05).* Gruplara göre kadınların sosyal destek puanlardaki ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme değişimleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Bununla birlikte çalışmada kadınların sosyal destek riskinin diğer alt boyutlara göre daha yüksek (%42,4) olduğu görülmektedir (Tablo 4-5). Bu durum kadınların sosyal destek sistemlerinin her iki grupta da düşük olduğuna dikkat çekmektedir. Literatür incelendiğinde Jafarzadeh ve arkadaşları eğer infertilite nedeni kadın ise erkeklere göre daha duygusal ve daha çok sosyal destek arayışı içinde olduklarını bulmuştur (Jafarzadeh ve ark. 2015). Mohammadi ve arkadaşları kadınların infertilite durumunda eşlerinden uzaklaştıklarını ve eşlerine göre daha fazla sosyal destek arama davranışında olduklarını saptamıştır (Mohammadi ve ark.2018). Aflakseir ve Mahdiyar, kadınların infertilite stresiyle başa çıkmada infertilitenin getirdiği sorunları görmezden geldikleri ve başka insanlardan yardım isteme davranışı sergilediklerini ifade etmiştir (Aflakseir ve Mahdiyar 2016). Dağ ve arkadaşları infertilite sorunu ile baş eden kadınların özgüveninin düşük ve kötümser bir yaklaşım içinde olduğu ve sosyal destek arama davranışının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Dağ ve ark. 2015). Çalışma kapsamında da her iki grupta kadınların sosyal destek puan ortalamaları riskli kabul edilmektedir. Bu çalışamanın örneklemindeki kadınların klinik tıbbi tanılarının daha çok kadın faktörlü ve açıklanamayan infertilite olduğu, kadınların sorunu kabullenmeme riskinin daha az olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmadaki

kadınların sosyal destek arayışının daha fazla olduğu bu nedenle SCREENIVF puan ortalamalarının riskli olduğu şeklinde yorumlanabilir. İnfertilite sorunu ile baş etmede eş desteğinin önemi oldukça fazladır. Chaves ve arkadaşlarının infertil bireylerde evlilik ilişkileri ve eş desteğini inceledikleri çalışmalarında, eş desteği yüksek olan kadınlarda stres düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Chaves ve ark. 2019). Çalışmada izlemler yapılırken kadınların başvuru sürecinde genelde yalnız oldukları eşlerinin yalnızca OPU ve ET sürecinde kadınların yanında oldukları folikül takipleri sırasında neredeyse hiç bir eşin olmadığı dikkat çekmiştir. Bununla da ilişkili olarak kadınların sosyal destek puanlarının düşük olması beklendik bir durumdur.

Stres altında olan ve stresle baş etmede zorlanan bireye çevresindekiler (eş, aile, arkadaş vb.) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımların bütünü sosyal destek olarak kabul edilir (Sorias, 1988). Kişilerin algıladığı destek kişilik özellikleri, tutum ve mizaç gibi özelliklerden de etkilenir (Ardahan 2006). Bu nedenle kişilerin sosyal desteği algılama şekli değişebilir. Tural ve Çelik'in infertil kadınlarda sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada aile ve arkadaş desteğinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Tural ve Çelik 2019). Yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda sosyal desteğin daha çok aile, arkadaş ve yakın çevreden verildiği görülmektedir (Karlıdere ve ark. 2007; Erdem ve Ejder 2014; Aldemir ve ark. 2015). Bu nedenle çalışmada infertil kadınlar hastanede hemşirelerden gördükleri desteği ve danışmanlık programı kapsamında uygulanan eğitimi sosyal destek olarak algılamamış olabilir. Bu da deney ve kontrol grubunun sosyal destek almama riskinin değişmemesinin sebebi olabilir.

Tedavi öncesi evrelerde çaresizlik bir savunmasızlık faktörü olarak, kabul ve umut psikolojik sıkıntılara karşı koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir (Verhaak ve ark. 2005; Rockliff ve ark. 2014). Hasanpoor-Azghady ve arkadaşları infertile sorunu ile mücadele eden kadınların aynı zamanda korku, anksiyete, yorgunluk, umutsuzluk, depresyon ve çaresizlik gibi sorunlar yaşadığını bildirmiştir (Hasanpoor-Azghdy ve ark. 2014). Deney grubundaki kadınların tedaviye ilk başladıklarında çaresizlik puan ortalamalarının daha yüksek, kontrol grubundakilerin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir *($p=0,006$; $p<0,01$).* Deney grubundaki kadınların tedavi başında anksiyete puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu bilinmektedir. Anksiyete ve çaresizliğin birbiri ile ilişkili olduğu ve birbirini etkilediği yorumu yapılabilir. Maroufizadeh ve

arkadaşlarının infertilite sorunu yaşayan kadınlarda ‘‘Algılanan Stres Ölçeği’’ geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında anksiyete ve çaresizlik arasında orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (Maroufizadeh ve ark. 2018). Lopes ve arkadaşlarının çalışmasında çaresizlik ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Lopes ve ark. 2014).

Deney grubunda yer alan kadınların son değerlendirmelerinde çaresizlik puanları, kontrol grubunda yer alan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme çaresizlik puanlarında düşüş mevcuttur *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme çaresizlik puanlarında artış saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Kontrol grubundaki kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile uygulama öncesine göre sonrası “Çaresizlik” puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Çocuk sahibi olamama nedeni erkek faktörü olan kadınların aldıkları puanlar, infertilite nedeni bilinmeyen kadınlara göre anlamlı düzeyde düşüktür *(p<0,05)* (Tablo 4-8). Kontrol grubundaki nedeni bilinmeyen infertilite sorunu yaşayan kadınlarda çaresizlik durumunun arttığı saptanmıştır. İnfertilite kaynağının infertilitedeki çaresizlik durumunu etkilediği buna bağlı olarakta müdahale uygulanmayan grupta çaresizlik puan artışının beklendik bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Deney grubundaki kadınların çaresizlik puanlarının ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Roy’un benlik kavramı uyum alanı içerisinde değerlendirilen infertil kadının çaresizliği; Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlık programı kapsamında uygulanan EFT ve nefes egzersizlerinin infertilite tedavi sürecinde çaresizlik yaşayan kadının baş etmesini kolaylaştırdığı ve olumlu yönde etki ettiği söylenebilir. Korku ve çaresizliğin posttravmatik stres bozukluğuna neden olduğu bilinmektedir. Anderson ve arkadaşlarının posttravmatik stres bozukluğu belirtilerine yönelik hipnoz ile EFT uygulamasını değerlendirdikleri çalışmada posttravmatik stres bozukluğu kaynaklı semptomların gerilediği ortaya koyulmuştur (Anderson ve ark. 2019). Verhaak ve arkadaşları infertilite tanısı ve tedavisi konusunda yüksek çaresizlik yaşayan hastaların, tedavi başarı oranlarının daha düşük olduğunu anksiyete ve

depresyon yaşama risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Verhaak ve ark. 2005).

Tedavi öncesi evrelerde ‘‘kabul ve umut’’un psikolojik sıkıntılara karşı koruyucu faktör olduğu bilinmektedir (Verhaak ve ark. 2005; Rockliff ve ark. 2014). Kabul, bireylerin stresörleri gerçekçi ve etkili bir şekilde değerlendirmelerine yardımcı olan olumsuz bir durumun kabulü ve onayını ifade eder. Kabullenme başa çıkma durumuyla yakından ilişkilidir. İnfertilitenin tıbbi ve sosyal bir durum olarak kabul edilmesi karmaşık bir süreçtir (Patel ve ark. 2018). Kabul tedavi başarısızlığı sayısı ile ilişkilendirilmektedir. Yılda iki kez altında İVF olanlar veya yılda yedi kez İVF olup başarısız sonuçlanan tedavilerde kabul genellikle stabil iken, orta düzey İVF tedavi başarısızlıklarında (yılda dört geleneksel ve agresif tedavi) kabullenme değişkendir (Peddie ve ark. 2005). Kadınların infertilite ve doğurganlık sorunlarını erkeklere göre daha az kabullendiği bilinmektedir. Kabullenmede inanç önemli bir faktör olarak görülmektedir. (Patel ve ark. 2018). Patel ve arkadaşları çaresizlik ve düşük kabulün anksiyete ile ilişkili olduğunu ve infertilite sorunu ile mücadele eden kadınları savunmasız hale getirdiğini belirtmiştir (Patel ve ark. 2018).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirme kabullenme puanları karşılaştırıldığında deney grubundaki kadınların puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,036; p<0,05).* Bu sonuç deney grubundaki kadınların kabullenme durumlarının kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki kadınların tedavinin başında ankiyete puanlarının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda kabullenme ve anksiyetenin ilişkili olduğu söylenebilir. Anksiyetesi yüksek olan kadınlar başa çıkmada yetersizlik yaşayarak süreci kabullenmede güçlük yaşayabilir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son değerlendirme kabullenme puanları karşılaştırıldığında deney grubundaki kadınların puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme kabullenme puanlarında artış tespit edilmiştir *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Deney grubundaki kadınların çalışma durumları ile uygulama öncesi ve sonrası kabullenme puanları değerlendirildiğinde çalışan kadınların puanları çalışmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,039; p<0,05)* (Tablo 4-7). Deney grubundaki çalışan

kadınların infertilite sorununu kabullenme durumunun çalışmayanlara göre daha fazla olduğu görülmetedir. Çalışan kadınların iş yoğunluğu ve infertilite sorunu dışında da farklı aktivitelere yönelmesi kabullenme durumlarına olumlu yönde etki etmiş olabilir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme kabullenme puanlarında artış tespit edilmiştir *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınlar da deney grubunda olan kadınlar gibi tedavinin son aşamasında değerlendirilmiştir. Henüz gebelik sonucu belli olmadığı için tedavi ve süreci kabullendikleri düşünülmektedir. Deney grubuna uygulanan danışmanlık programı kapsamında kadınların başa çıkmalarını güçlendirmek için Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitim programı uygulanmıştır. Program içerisindeki EFT ve nefes egzersizlerinin anksiyete düzeylerini azaltarak kadınların başa çıkma ve kabullenme durumlarına olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki kabullenme puan değişimleri, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6). Bunun sebebinin tedavi başında deney grubundaki kadınlarda kabullenme puanlarının daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme depresyon puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme depresyon puanları arasında düşüş vardır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların depresyon puanları incelendiğinde ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney ve kontrol grubundaki kadınların depresyon riski açısından benzer durumda olduğu görülmektedir (Tablo 4-6).

İnfertilite sorunu ile mücadele eden kadınların depresyon puanlarının fertil olan kadınlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Galhardo ve ark. 2012; Sezgin ve Hocaoğlu 2014; Kahyaoğlu ve Balkanlı 2015). Ünal ve arkadaşları infertilitede kadınlarda en önemli psikolojik güçlüğün anksiyete olduğu, başarısız tedavi durumunda çiftlerde depresyon olduğu belirlenmiştir (Ünal ve ark., 2010). Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde infertil kadınlarda psikolojik sorunların başında anksiyete ve depresyon geldiği görülmektedir (Matthiesen ve ark., 2011; Van Dongen

ve ark. 2012; Yılmaz, 2012; Lopes ve ark. 2014; Sezgin ve Hocaoğlu 2014; Ockhuijsen ve ark. 2017; Volmer ve ark. 2017). Sezgin ve Hocaoğlu'nun infertil kadınlarla (n=112) yaptıları çalışmada kadınların %40'ında psikiyatrik bir sorun olduğu ve kadınların %17'sinin majör depresif bozukluk yaşadığı bildirilmiştir (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların %32,9'unun depresyon açısından riskli olduğu görülmektedir (Tablo 4-5). Kadınların İVF tedavilerinde erkeklerden daha çok duygusal problemler yaşadığı ve savunmasız kaldığı bilinmektedir. Kaygı ve depresyon gibi emosyonel sorunlar başarılı bir İVF tedavisi için önemli bir risk oluşturmaktadır (Verhaak ve ark. 2010). İnfertilite sorunu uzun sürdüğünde çaresizlik de artabilir, bu da depresyon ile sonuçlanabilir (Verhaak ve ark. 2005).

ESHRE kılavuzunda göre erkek faktörü nedeni ile yardımcı üreme teknikleri tedavisi alan kadınların, kadın faktörlü infertilite, miks ya da açıklanamayan faktörlü infertilite tedavisi alan kadınlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıklarını ancak infertilite tipinin depresyon durumunu etkilemediği belirtilmiştir (Gameiro ve ark. 2015). Çalışmada deney ve kontrol grubunun klinik tıbbi tanıları ve oranları benzerdir. Yaş ve evlilik süresinin artmasının da kadınlarda psikolojik rahatsızlık riskini arttırdığı bilinmektedir (Ogawa ve ark. 2011; Alhassan ve ark. 2014; Abbasi ve ark. 2016). Abbasi ve arkadaşlarının infertil kadınlarla (n=100) yaptıları çalışmada yaş, evlilik süresi ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Abbasi ve ark. 2016). Bu çalışmada da deney ve kontrol grubundaki kadınlar yaş ve evlilik süresi bakından benzer özellik göstermektedir. Ancak fertilite oranlarının 20-25 yaş arasında maksimum düzeyde olduğu 30-32 yaşlar arasında rölatif bir azalma olduğu ve yaş ilerledikçe fertilite oranlarının düştüğü bilinmektedir (Yumru ve Öndeş 2011). Çalışmanın örnekleminde kadınların yaş ortalaması, evlilik süreleri ve çocuk sahibi olmak istedikleri süre dikkate alındığında depresyon riski açısından bir faktör olduğu söylenebilir. Literatürde kadınlarda infertilite süresi arttıkça, tedavi süresi uzadıkça ve tedavilerde negatif sonuç sayısı arttıkça depresyon düzeyinin yükseldiği (Peterson ve ark. 2014), infertilite ile baş etmede aktif baş etme yöntemleri yerine pasif baş etme yöntemleri kullanıldığı bilinmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). İVF tedavi sürecinde tedaviyi kabul etme ve uyum sağlama kadınların bu süreçte yaşadığı psikolojik sorunlarla baş etmesi ile yakından ilişkilidir (Lopes ve ark. 2014). Etkili baş etmede; solunum egzersizleri, gevşeme ve bedene yönelik yöntemler, duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ve sosyal destekten yararlanma, etkili iletişim yer alır (Rashidi ve

ark. 2011; Ozan ve Okumuş 2013; Şen ve Sevil 2016; Mamuk ve Beji 2017). Ha ve Ban'ın infertil kadınlarda zihin beden (mind-body) programlarının etkinliğini değerlendirdikleri sistematik derleme ve meta analizde depresyonu azaltma ve başarılı tedavi oranlarınnı arttırmanın yolu olarak meditasyon, yoga, nefes ve rahatlama egzersizleri gibi zihin beden programlarının infertilite merkezlerine başvuran her kadın için uygulanması önerilmektedir (Ha ve Ban 2021). Abedi ve arkadaşlarının infertil kadınlara mindfulness programı (meditasyon, nefes vb.) uyguladıkları randomize kontrollü çalışmasında düzenli katılım gösteren kadınların depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır (Abedi ve ark. 2016). Literatürde infertil kadınlara mindfulness programı (meditasyon, nefes vb.) uygulanan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (Galhardo ve ark. 2013; Nery ve ark. 2019; Kalhori ve ark. 2020).

Chatwin ve arkadaşlarının örneklemi %80 kadın olan erişkinlerin depresyon ve anksiyete düzeyini azaltmak için yaptıkları kongnitif davranışçı terapi ve EFT uyguladıkları grupta depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde düştüğü saptanmıştır (Chatwin ve ark. 2016). Church ve House'nın posttravmatik stres bozukluğu kişilerle depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada EFT etkisini inceledikleri çalışmalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir (Church ve House 2018). Literatürde infertilite tedavisi olan kadınlara yönelik EFT'nin depresyon üzerindeki etkinliğini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma kapsamında deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programı etkili baş etme yöntemlerini (EFT ve nefes egzersizleri) içermektedir. Deney grubunun depresyon puanlarının kontrol grubuna göre düştüğü ve uygulanan girişimlerin depresyon düzeyini azalttığı söylenebilir.

5.3. Kadınların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların İSÖ alt boyutlarından (Kişisel Alan, Evlilik Alanı, Sosyal Alan) aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların İSÖ *''Kişisel Alanda Stres'', ''Evlilik Alanında Stres'' ve ''Sosyal Alanda Stres''* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-9). Çalışmanın başında grupların stres düzeylerinin benzer olduğu yorumu yapılabilir.

Deney ve kontrol grubunun son değerlendirme puanları karşılaştırıldığında deney grubundaki kadınların kişisel alanda stres puanlarının kontrol grubunda göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9). ‘‘Kişisel Alanda Sres’’ alt boyutunda puanın düşmesi deney grubunun kişisel alanda stres düzeyinin azaldığını göstermektedir. Deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirme kişisel alanda stres puanları incelendiğinde puanda düşüş olduğu saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9). Deney grubundaki kadınlarda danışmanlık programı sonrası kişisel alanda stresin azaldığı yorumu yapılabilir. Kontrol grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirme kişisel alanda stres puanları incelendiğinde puanda artış olduğu artışın istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9). Kontrol grubunda rutin uygulanan hemşirelik bakımın kadınların kişisel alanda stresinin azalmasında etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Deney ve kontrol grubunun ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki kişisel alanda stres puanlarındaki değişim incelendiğinde deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre aldıkları puanın istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9). Çalışma kapsamında deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programı etkili baş etme yöntemlerini (EFT ve nefes egzersizleri) içermektedir. Deney grubunun kişisel alanda stres puanlarının kontrol grubuna göre düştüğü ve uygulanan girişimlerin kişisel alanda stres düzeyini azalttığı söylenebilir.

Gruplara göre kadınların *‘‘Evlilik Alanında Stres’’* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme evlilik alanında stres puanlarında düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,003; p<0,01).* Deney grubundaki kadınlarda danışmanlık programı sonrası evlilik alanında stresin azaldığı söylenebilir. Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme evlilik alanında stres puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,004; p<0,01).* Kontrol grubunda rutin uygulanan hemşirelik bakımının kadınların evlilik alanında stresinin azalmasında etkisi olmadığı belirlenmiştir. Deney kadınların *“Evlilik Alanı”* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme puanlarındaki değişimde kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9). Çalışma kapsamında deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon

Modeli temelli danışmanlık programı etkili baş etme yöntemlerini içermektedir. Deney grubunun evlilik alanında stres puanlarının kontrol grubuna göre düştüğü ve uygulanan girişimlerin evlilik alanında stres düzeyini azalttığı ifade edilebilir.

Gruplara göre kadınların *''Sosyal Alanda Stres''* alt boyutundan aldıkları ilk değerlendirme ve son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme sosyal alanda stres alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme sosyal alanda stres puanlarında artış vardır ve bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır *(p=0,024; p<0,05).* Kontrol grubunda rutin uygulanan hemşirelik bakımının kadınların sosyal alanda stresinin azalmasında etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme puanları arasındaki değişim, kontrol grubunda göre anlamlı derecede düşüktür *(p=0,003; p<0,01)* (Tablo 4-9). Çalışma kapsamında deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programının rutin hemşirelik bakımı uygulanan kontrol grubuna göre sosyal alanda stres düzeyininin azalmasında da daha etkili olduğu söylenebilir.

Aflakseir ve Zarei'nin İran'lı infertile kadınlarda infertilite stresi ve başa çıkma stratejilerini değerlendirdikleri çalışmada kadınların kişisel alanda stres puan ortalamaları 1,80±0,51, evlilik alanında stres puan ortalamaları 1,64±0,68, sosyal alanda stres puan ortalamaları 1,10±0,79'dur (Aflakseir ve Zarei 2013). Puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışmada kadınların sırasıyla kişisel alan, evlilik alanı ve sosyal alanda stres durumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Karpat ve Erenoy'un İVF tedavisi gören kadınların stres ve başa çıkma yaklaşımlarını inceledikleri çalışmalarında kadınların kişisel alanda stres puan ortalaması 11,4±4,7, evlilik alanında stres puan ortalaması 4,4±4,2, sosyal alanda stres puan ortalaması 3,0±3,0'dır. Kadınların en fazla kişisel alanda stres düzeylerinin fazla olduğu sonra sırasıyla evlilik alanı ve sosyal alan stress puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların kişisel alanda stres durumları ile başa çıkma yöntemi olarak aktif yok sayma (gebe ve çocuklu kadınlardan kaçınma vb.) ve anlam temelli başa çıkma stratejilerini (sorunun düzeleceğini düşünmek, başka yaşam hedeflerine yönelmek vb.) stresle baş etmede kullandıklarını saptanmıştır (Karpat ve Erensoy 2020). Çelik ve Kırca'nın kadınların infertiliteye ait stres düzeyleri etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları tanımlayıcı çalışmada

kadınların kişisel alanda stres puan ortalamasının 17.59±1.97, evlilik alanında stres puan ortalamasının 10.52±2.13, sosyal alanda stres puan ortalaması 7.18±2.76 olarak saptanmıştır (Çelik ve Kırca 2018). Yılmaz'ın çalışmasında benzer olarak sırasıyla kişisel alanda stres (8,9±5,2), evlilik alanında stres (3,4±3,3), sosyal alanda stres (2,8±3,3) puanlarının yüksek olduğu dikkat çekmektedir (Yılmaz 2012). Peterson ve arkadaşlarının çalışmasında da kişisel alanda stres puan ortalaması 8,25±4,0, evlilik alanında stres puan ortalaması 3,95±3,19, sosyal alanda stres puan ortalaması 2,24±2,25'dır (Peterson ve ark. 2008).

Literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınlar için sırasıyla, kişisel alanda stres, evlilik alanında stres ve sosyal alanda stres puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında ''İnfertilite Stres Ölçeği''nin tüm alt boyutlarında Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programı uygulanan deney grubunda stresin azaldığı görülmektedir. Danışmanlık programının rutin hemşirelik bakımına göre stresi azaltmada daha fazla etkili olduğu görülmektedir.

5.4. Kadınların Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların ''Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü''ne ilişkin bulgular tartışılmıştır.

DSÖ hayat kalitesini "bireyin, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve kendi amaçları, beklentileri, standartları ve öncelikleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı" olarak tanımlamaktadır (WHOQOL 1995). Daha önce yapılan psikososyal çalışmalar hem infertilitenin hem de tedavisinin duygusal ve psikolojik strese yol açabileceği ve dolayısıyla infertil bireylerin yaşam kalitesine olumsuz etki edebileceğini göstermiştir (Boivin ve ark. 2011). İVF tedavisi gören kadınlarda yaşam kalitesinin düştüğü bilinmektedir (Nakayama ve ark. 2005; Amanti ve ark. 2010).

Bu çalışma kapsamında Roy Adaptasyon Modeli temelli uygulanan danışmanlık programının yaşam kalitesine etkisi ''FertiQol Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü'' (tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu) ile incelenmiştir. Yaşam kalitesi infertilite tedavisi gören kadınlarda Roy'un uyum alanlarından fizyolojik uyum ve karşılıklı

bağlılık uyum alanında değerlendirilebilir. Fizyolojik uyum alanında fertilite tedavisinde kadının tedaviye olan tolerasyonu; ‘‘fiziksel ve zihinsel semptomlar’’, karşılıklı bağlılık uyum alanı (sosyal etkileşimde bulunma) içerisinde ise tedavi çevresi; ‘‘tedavinin kalitesi ve tedaviye erişebilirlik’’ içerisinde yer alabilir.

Çalışmada gruplara göre kadınların *FertiQol Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü "Tedavi Çevresi"* ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Tedavi başlangıcında kadınların tedavi kalitesi ve tedaviye erişebilirlik durumlarının yaşam kalitesine etkisinin benzer olduğu görülmektedir. Deney grubundaki kadınların son değerlendirmedeki "Tedavi Çevresi" puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir *(p=0,001; p<0,01)* ve ilk ve son değerlendirmedeki puan artışı istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Danışmanlık programı sonrası yapılan değerlendirmede deney grubundaki kadınların tedavi kalitesi ve tedaviye erişebilirlik düzeyinin arttığı buna bağlı olarak da yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ilk ve son değerlendirme *"Tedavi Çevresi"*puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubuki kadınların ilk ve son değerlendirme *"Tedavi Çevresi"* puanlarındaki değişim kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-12). Deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programının, rutin hemşirelik bakımı uygulanan kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin arttırılmasında yararlı olduğu söylenebilir.

Çalışmada gruplara göre kadınların FertiQol Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü "Tedavi Tolerasyonu" ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Tedavi başlangıcında kadınların İVF tedavisi sonucu zihinsel ve fiziksel semptomlarının yaşam kalitesine etkisinin benzer olduğu görülmektedir. Deney grubundaki kadınların son değerlendirmedeki ‘‘Tedavi Tolerasyonu" puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,001; p<0,01) ancak ilk ve son değerlendirmede arasındaki puan artışı istatistiksel olarak anlamlı değildir *(p>0,05).* Danışmanlık programı sonrası yapılan değerlendirmede deney grubundaki kadınların yaşam kalitesi arttığı ancak tedavi başlangıcına göre çok fazla değişiklik olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Kontrol grubundaki kadınların son değerlendirmedeki ‘‘Tedavi Tolerasyonu" puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

düşüktür *(p=0,001; p<0,01)* ve ilk ve son değerlendirmedeki arasındaki puan azalışı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-12). Kontrol grubunu tedavi sonrasında fiziksel ve zihinsel semptomların arttığı ve bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Gruplara göre kadınların ‘‘FertiQol Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü’’ toplamından aldıkları ilk değerlendirme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05).* Bu durum grupların benzer olmasından kaynaklıdır. Deney grubundaki kadınların modül toplamından aldıkları son değerlendirmelerinin yüksek olduğu saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Deney grubundaki kadınların son değerlendirmedeki puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir *(p=0,001; p<0,01),* ilk ve son değerlendirmedeki arasındaki puan artışında da istatistiksel anlamlılık saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ise ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur *(p>0,05).* Deney grubuki kadınların ilk ve son değerlendirme puanlarındaki değişim kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-12). Deney grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programının, rutin hemşirelik bakımı uygulanan kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin arttırılmasında etkili olduğu söylenebilir.

Boivin ve arkadaşlarının çalışmasında (n=1414) infertil kadınların FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli tedavi çevresi alt puan ortalamaları 61,53, tedavi tolerasyonu alt boyut puan ortalaması 58,81, tedavi modülü toplam puan ortalaması 60,43’tür (Boivin ve ark. 2011). Kahyaoğlu ve Balkanlı’nın çalışmasında (n=89) FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli tedavi çevresi alt boyut puan ortalamaları 63,3 ± 14,7, tedavi tolerasyonu alt boyut puan ortalaması 68,6 ± 22,3, tedavi modülü toplam puan ortalaması 65,4 ± 14,0’tür (Kahyaoglu ve Balkanlı 2015). Ölçek puan ortalamaları bu çalışma ile karşılaştırıldığında farklılık olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmaların örnekleminin daha yüksek olması ve Boivin ve arkadaşlarının çalışmasının örnekleminin gelişmiş ülkelerden alınması farklılık sebebi olabilir.

Li ve arkadaşlarının ilk defa İVF tedavisi olan kadınlarda mindfulness uyguladıkları randomize kontrollü çalışmada kadınların FertiQol alt boyutlarında anlamlı artış olduğunu saptamışlardır (Li ve ark. 2016). Li ve arkadaşlarının bir başka

mindfulness farkındalık programının ilk defa İVF-ET tedavisi gören kadınlarda yaşam kalitesini arttırmadaki etkinliğinin incelendiği kalitatif çalışmasında farkındalık programı uygulanan 38 infertil kadına her eğitimden birer hafta sonra değerlendirme yapılmıştır. Kadınların eğitim programı ile birlikte tedavi çevresine yönelik görüşleri (n=28); hemşirelerle daha iyi emptati kurmaya başladıklarını ve onları daha iyi anladıklarını, İVF-ET sırasında stresten etkilendiklerini ancak etkili başa çıkma stratejileri kullanarak başa çıkabileceklerini fark ettiklerini zorlayıcı girişimlerle karşılaştıklarında davranışlarını kontrol edebildiklerini ifade etmişlerdir. Tedavi tolerasyonuna ilişkin görüşleri (n=25); İVF-ET tedavisi sırasında foliküler büyüme ve takibi esnasında yoğun stres yaşadıklarını, transfer sonrası süreç akıllarına geldiğinde endişelendiklerini ancak meditasyon ve nefes alma ile kendilerini iyi hissettiklerini, kötü deneyim ve düşünceleri beden olumlamaları ile uzaklaştırdıklarını ve streslerini yönetebildiklerini bunun da tedavi tolerasyonlarını arttığını ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda farkındalık ve meditasyon programlarının yaşam kalitesini arttırmada etkili bir başa çıkma yöntemi olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (Li ve ark. 2018). Hosseinpanahi ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında infertilite tedavisinde uygulanan danışmanlığının yaşam kalitesini iyileştirebileceği tespit edilmiştir. İnfertil çiftlere rutin bakımın yanı sıra uygun eğitim ve danışmanlık paketlerinin sunulması önerilmektedir (Hosseinpanahi ve ark. 2020). Bu çalışmada Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programının, rutin hemşirelik bakımına göre yaşam kalitesinin arttırılmasında daha etkin olduğu görülmüştür.

5.5. Kadınların Öznel Rahatsızlık Birimi Puanlamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların ikinci, dördüncü ve beşinci izlemlerinde EFT ve nefes teknikleri uygulama öncesi ve sonrası SUD puanlamalarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. SUD kapsamında kadınların stres düzeyi değerlendirilmiştir.

Deney grubundaki kadınların uygulama öncesine göre uygulama sonrası 2. 4. ve 5. izlemde hissettikleri rahatsızlık puanında düşüş vardır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-15). Eğitim durumları ile kadınların uygulama öncesine göre sonrası SUD "İzlem 2" puanındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01). Eğitim durumu lise olan kadınların uygulama öncesine göre sonrası "İzlem 2"

puanlarındaki değişim, eğitim durumu ilköğretim olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p<0,01)* (Tablo 4-16). Eğitim düzeyi lise olanların eğitim düzeyi ilköğretim olanlara göre verilen eğitim programını daha iyi anladıkları ve uygulama konusunda daha başarılı olup stres düzeylerinde daha fazla azalma yaşandığı söylenebilir. Kadınların evlilik süreleri ile uygulama öncesine göre sonrası SUD "İzlem 2" puanlarındaki değişimler arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(p<0,05)* (Tablo 4-16). Evlilik süresi arttıkça kadınların 2. izlemdeki stres düzeyi puanlarında azalma olduğu görülmektedir. EFT ve nefes teknikleri uygulamasının tedavi sürecinde kadınların stres puanlarını düşürmede etkili olduğu ve etkili başa çıkma mekanizması olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

İnfertilite tedavisinde over stimülasyonu sürecinde folikül takibinin her gün yapılması, OPU işleminin invaziv bir girişim olması ve işlemle ilişkili olarak ağrı ve korku olması nedeni ile kadınlar yoğun stres yaşayabilirler. ET ve yerleşmesi evresinden sonra gebelik oluşumunun beklendiği süreç ise İVF-ET tedavisi için en stresli dönem olarak bilinmektedir (Lee ve ark. 2010; Karaca ve Ünsal 2012). Çalışmada uygulama öncesi SUD puan ortalamalarına bakıldığında folikül takibi günü ortalama 4,95±1,77, OPU günü ortalama 5,69±1,66, ET günü ortalama 4,05±1,29'dur (Tablo 4-15). Kadınların stres puanlarının OPU günü en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde en stresli süreç ET ve yerleşmesi evresinden sonraki süreç olarak bildirilmiştir. Çalışmanın literatürden farklılık göstermesinin sebebi değerlendirmenin ET günü yapılmış olması gebelik oluşum sürecinin beklendiği dönemde değerlendirilmemesi ve örneklem kapsamındaki kadınların çoğunun ilk tedavisi olmaması nedeni ile süreci bilmelerinde kaynaklı olabilir.

Patterson'un hemşirelik öğrencilerinin stres, korku ve kaygılarını azaltmaya yönelik EFT uygulaması yaptığı çalışmada öğrencilerin algılanan stres düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Stres ve kaygının azaltılmasında etkin bir araç olarak EFT kullanımı önerilmiştir (Patterson 2016). Rogers ve Sears'ın psikoloji son sınıf öğrencilerinde EFT'nin stresi azaltmadaki etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada da EFT'nin stresi azalttığı ve kullanılması gereken bir yöntem olduğu belirtilmiştir (Rogers ve Sears 2015). Ghamsari ve Lavasani'nin gebe kadınlarda EFT uygulamasının

algılanan stres düzeyine etkisinin değerlendirildiği çalışmada EFT'nin algılanan stres düzeyinde azalmaya sebep olduğu ortaya çıkmıştır (Ghamsari ve Lavasani 2015).

Yavaş ve derin nefes almanın gevşemeye dayalı bir stres yönetimi tekniği olduğu bilinmektedir (Grossmann ve Taylor 2007; Chan ve ark. 2013). Stres düzeyi yüksek olan kişilerde ve anksiyetenin erken dönem tedavisinde nefes tekniklerinin kullanımı önerilmektedir (Lu ve ark. 2012).

Nery ve arkadaşlarının infertilite tedavisinde farkındalık programı kapsamında içerisinde nefes teknikleride kullandıkları çalışmalarında kadınların stres düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Nery ve ark. 2019). Darbandi ve arkadaşlarının infertilite tedavisinde yoganın etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada kadınların stres durumlarının azaldığı bulunmuştur (Darbandi ve ark. 2018). Bu çalışmada Roy Adaptasyon Modeli temelli danışmanlık programı kapsamında uygulanan EFT ve nefes tekniklerinin stres düzeyini azaltmada etkin olduğu görülmüştür.

5.6. Kadınların Son Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gruplara göre SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü, SUD son ölçek puanlarının, ilişkisinin değerlendiririlmesine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Litreatür incelendiğinde çalışma örneklemine uyan ve benzer ölçeklerin ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle aynı örneklem grubu ile yapılan farklı ölçekler ile stres, anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunu değerlendirilen çalışmalar incelenmiştir.

Maroufizadeh ve arkadaşlarının infertilite sorunu yaşayan kadınlarla ‘‘Algılanan Stres Ölçeği’’nin geçerlik güvenirliğini yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyonun algılanan stres ile anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Maroufizadeh ve ark. 2018). Kalcı ve arkadaşlarının İVF tedavisi gören kadınlarla yaptıkları çalışmada depresyon ve stres arasında pozitif yönde orta düzey ($p<0,001$) ilişki, anksiyete puanı ile stres arasında pozitif yönde düşük düzey ($p<0,001$) ilişki bildirilmiştir (Kalcı ve ark. 2020). Çalışmada deney grubundaki kadınların İSÖ "Kişisel Alanda Stres" alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları ile SCREENIVF ölçeği anksiyete ve çaresizlik alt boyutlarından aldıkları son değerlendirme puanları arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların kişisel alandaki stresleri artarken anksiyete ve çaresizlik durumlarının da arttığı görülmektedir. Kontrol grubundaki

kadınların İSÖ "Kişisel Alanda Stres" alt boyut son puanları ile SCREENIVF ölçeği alt boyutlarının tamamından (anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme, depresyon) aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların kişisel alanda stresleri artarken anksiyete, çaresizlik, sosyal destek, kabullenme ve depresyon puanlarınında arttığı görülmektedir. Deney grubundaki kadınların İSÖ *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile ile SCREENIVF ölçeği alt boyutlarının tamamından ''anksiyete'', ''sosyal destek'', ''çaresizlik'', ''kabullenme'', ''depresyon'' aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların evlilik alanında stres puanları arttıkça anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme ve depresyon puanları da artmaktadır. Kontrol grubundaki kadınların İSÖ *"Evlilik Alanında Stres"* alt boyutundan aldıkları son değerlendirme puanları ile SCREENIVF ölçeği ''anksiyete'' ve ''çaresizlik'' alt boyutlarından aldıkları son değerlendirme puanları arasında pozitif yönlü ilişki, sosyal destek ve kabullenme alt boyutları arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların evlilik alanında stres puanı arttıkça anksiyete ve çaresizlik puanlarınında arttığı, sosyal destek ve kabullenme puanlarının azaldığı görülmektedir. Deney grubundaki kadınların İSÖ *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği anksiyete ve depresyon alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, sosyal destek alt boyutu arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların sosyal alanda stres puanları arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının da arttığı, sosyal destek puanlarının azaldığı görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların İSÖ *"Sosyal Alanda Stres"* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği anksiyete, çaresizlik ve depresyon alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, sosyal destek ve kabullenme alt boyutları arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların sosyal alanda stres puanları arttıkça anksiyete, çaresizlik ve depresyon puanlarının da arttığı, sosyal destek ve kabullenme puanlarının azaldığı bilinmektedir.

Verhaak ve arkadaşlarının fertilite tedavisi gören kadınlarla yaptıkları çalışmada stres ve algılanan sosyal destek arasında negatif yönde bir ilişki belirtilmiştir (Verhaak 2005). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların İSÖ *''Sosyal Alanda Stres''* alt boyutundan aldıkları puan ile SCREENIVF sosyal destek alt boyut puanları arasında

negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır *(p<0,001)*. Kadınların stres düzeyleri artarken sosyal desteğinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Lopes ve arkadaşlarının SCREENIVF ve FertiQol ölçeklerini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada anksiyete, depresyon, çaresizlik, kabullenme, sosyal destek alt boyutlarının tamamı ile *''FertiQol-Tedavi Çevresi''* arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tedavi tolerasyonu alt boyutu ile anksiyete, depresyon, çaresizlik ve kabullenme alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanırken sosyal destek arasında ilişki saptanmamıştır (Lopes ve ark. 2014). Shaharaki ve arkadaşlarının infertilite sorunu olan kadınlarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve cinsel işlev bozukluğunu değerlendirdikleri çalışmada depresyon ve anksiyete skorları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Shaharaki ve ark. 2019). Kahyaoğlu ve Balkanlı'nın infertilite sorunu olan kadınlarda anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmada *''FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü''* ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ''FertiQol-Tedavi Çevresi'' alt boyutu ile anksiyete arasında anlamlı ilişki saptanmazken depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu, *''FertiQol-Tedavi Tolerasyonu''* alt boyutu ile anksiyete ve depresyon puanlarının her ikisinde de anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Kahyaoğlu ve Balkanlı 2015). Çalışmada deney grubundaki kadınların *''FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü''*nden aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği anksiyete alt boyutundan (anksiyete, sosyal destek, kabullenme, çaresizlik, depresyon) aldıkları son puanlar arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların tedavi boyunca yaşam kalitesinin artması anksiyete, sosyal destek, kabullenme, çaresizlik ve depresyon puanlarının düşmesine neden olmaktadır. Kontrol grubundaki kadınların *''FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü''*nden aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği kabullenme ve sosyal destek alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, anksiyete ve çaresizlik alt boyutları arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların tedavi süresince yaşam kalitesinin artması kabullenme ve sosyal desteğinde artmasına, anksiyete ve çaresizlik durumlarının azalmasına neden olmaktadır. Çalışmada deney grubundaki kadınların *''FertiQol-Tedavi Çevresi''* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05)*. Kontrol grubundaki kadınların *''FertiQol-Tedavi Çevresi''* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği sosyal destek ve kabullenme alt boyutlarından aldıkları

son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, anksiyete alt boyutu arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir *(p<0,001).* Kontrol grubundaki kadınların tedavi kalitesi ve tedaviye erişebilirlikleri arttıkça sosyal destek ve kabullenmelerinin arttığı, anksiyetenin azaldığı görülmektedir. Deney grubundaki kadınların *''FertiQol-Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği sosyal destek alt boyutundan aldıkları son puan arasında pozitif yönlü ilişki, anksiyete, çaresizlik ve depresyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir *(p<0,001).* Deney grubundaki kadınların infertilite tedavisinin zihinsel, fiziksel semptomlarının günlük yaşam kalitesi üzerine etkisi arttıkça sosyal destek artmakta, anksiyete, çaresizlik ve depresyon durumu azalmaktadır. Kontrol grubundaki kadınların *''FertiQol-Tedavi Tolerasyonu"* alt boyutundan aldıkları son puanlar ile SCREENIVF ölçeği sosyal destek ve kabullenme alt boyutlarından aldıkları son puanlar arasında pozitif yönlü ilişki, anksiyete, çaresizlik, depresyon alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise negatif yönlü ilişki saptanmıştır *(p<0,001).* Kontrol grubundaki kadınların infertilite tedavisinin zihinsel, fiziksel semptomlarının günlük yaşam kalitesi üzerine etkisi arttıkça sosyal destek ve kabullenmeleri artmakta, anksiyete, çaresizlik ve depresyon durumu azalmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma in vitro fertilizasyon sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasiteye ve iyilik haline etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirildi.

Araştırmanın başlangıcında öngörülen hipotezler sınandı ve uygulamalar sonrası;

- İn vitro fertilizasyon sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın duygusal kapasite düzeyini arttırıcı etkisi vardır.
- İn vitro fertilizasyon sürecindeki kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlığın iyilik halini arttırıcı etkisi vardır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar;

Kadınların gruplara göre yaş, boy, kilo, BKİ ölçümleri, eşin yaı, eğitim durumları, eşin eğitim durumu, aile tipleri, çalışma durumu, işten izin alma konusunda

güçlük, sosyal güvence, gelir durumu, evlenme şekli, evlilik sayısı ve evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır *(p>0,05)* (Tablo 4-1).

Gruplara göre kadınların sigara kullanım durumları, sürekli ilaç kullanımları, ilacı kullandıkları süre, kronik hastalık durumları, klinik tıbbi tanıları ve genital pelvik cerrahi geçirmiş olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-2).

Kadınların menarş yaşları karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir *(p=0,039; p<0,05).*

Kadınların düzenli menstrüasyon olma durumları, menstrüasyon düzeni (gün), üreme sistemi rahatsızlığı geçirmiş olma durumları, gebelikten korunma yöntemi kullanma durumları, gebelik ve abortus sayıları, doğum yapma ve yaşayan çocuğu olma durumları, çocuk sahibi olmak istedikleri süre infertilite tanısı aldıktan sonra geçen süre çocuk sahibi olamama nedenleri, ailesinde veya eşinin ailesinde infertilite olma durumları, tedavi süreçleri hakkında düşünceleri, çocuk sahibi olamama ve tedavi sürecini aile yakınları ile paylaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-3).

Kadınların infertilite tedavisi alma durumları, infertilite tedavisi sonrası gebelik durumları, kadınların tedavi süreci hakkındaki düşünceleri karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir *(p>0,05)* (Tablo 4-4).

Deney grubundaki kadınların İUİ tedavisi olma oranları, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde yüksektir *(p<0,05).* İVF tedavisi alma oranları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-4).

Deney grubundaki kadınların uygulama sonra gebelik durumları incelendiğinde kontrol grubundaki kadınlara göre gebelik sonucunun pozitif olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derece daha yüksektir *(p=0,015; p<0,05)* (Tablo 4-4).

Kadınların %20'sinde (n=17) anksiyete riski, %42,4'ünde (n=36) sosyal destek riski, %14,1'inde (n=12) çaresizlik riski, %2,4'ünde (n=2) kabullenme riski ve %32,9'unda (n=28) depresyon riski olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5).

Gruplara göre kadınların SCREENIVF "Anksiyete" alt boyutundan aldığı ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri, deney grubundaki

kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (*0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6).

Gruplara göre kadınların SCREENIVF "Sosyal Destek" alt boyutunda ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-6).

Gruplara göre kadınların SCREENIVF "Çaresizlik" alt boyutunda ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri arasında deney grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6).

Gruplara göre kadınların SCREENIVF "Kabullenme" alt boyutunda ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki puan değişimleri arasında deney grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derece düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-6).

Gruplara göre kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme SCREENIVF "Depresyon" alt boyutu puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme depresyon puanları arasında düşüş vardır ve bu istatistiksel olarak anlamldır *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların depresyon puanları incelendiğinde ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmedeki değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-6).

Deney grubundaki kadınların eğitim durumları, evlilik süreleri, infertilite tanısı alınan süre, çocuk sahibi olamama nedenleri ile uygulama öncesine göre sonrası SCREENIVF ölçeği alt boyut (anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme, depresyon) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Çalışan kadınların uygulama öncesine göre sonrası SCREENIVF ölçeği kabullenme alt boyut puanındaki değişim çalışmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır *(p=0,039; p<0,05).* Çalışma durumu ölçeğin diğer alt boyutlarında anlamlı farklılık göstermemiştir *(p>0,05).* Daha önce infertilite tedavisi alan kadınların uygulama öncesine göre sonrası anksiyete puanlarındaki değişimler, tedavi almayanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanırken *(p=0,006; p<0,01),* tedavi alma durumuyla SCREENIVF ölçeğinin diğer alt boyutları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-7).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumları, çalışma durumları, evlilik süreleri, infertilite tanısı alınan süre, daha önce infertilite tedavisi alma durumları ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme SCREENIVF ölçeği alt boyut (anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme, depresyon) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk ve son değerlendirme anksiyete, sosyal destek, kabullenme ve depresyon puan değişimlerinde anlamlı farklılık saptanmazken *(p>0,05),* çocuk sahibi olamama nedenleri ile ilk ve son değerlendirme çaresizlik puanlarındaki değişimler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır *(p=0,034; p<0,05).* Çocuk sahibi olamama nedeni erkek faktörü olan kadınların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, infertilite nedeni bilinmeyen kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır *(p=0,037; p<0,05)* (Tablo 4-8).

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede İSÖ "Kişisel Alan" alt boyutu puanlarındaki değişim, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9).

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede İSÖ "Evlilik Alanı" alt boyutu puanlarındaki değişim, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-9).

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirmede İSÖ "Sosyal Alan" alt boyutu puanlarındaki değişim, kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır *(p=0,003; p<0,01)* (Tablo 4-9).

Deney grubundaki kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile uygulama öncesine göre sonrası İSÖ ölçeği alt boyut (kişisel alanda stres, evlilik alanında stres, sosyal alanda stres) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-10).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme İSÖ ölçeği alt boyut (kişisel alanda stres, evlilik alanında stres, sosyal alanda stres) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-11).

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme *FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli "Tedavi Çevresi"* puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli "Tedavi Çevresi" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-12).

Deney grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli "Tedavi Tolerasyonu" alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirme göre son değerlendirme FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli "Tedavi Tolerasyonu" puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-12).

Deney grubunda yer alan kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme FertiQOL-İsteğe Bağlı Tedavi Modeli toplam puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir *(p=0,001; p<0,01).* Kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-12).

Deney grubundaki kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile uygulama öncesine göre sonrası FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü alt boyut (tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-13).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, infertilite süresi, çocuk sahibi olamama nedeni, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ile ilk değerlendirmeye göre son değerlendirme ''FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü'' alt boyut (tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu) puanlarındaki değişimlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-14).

Deney grubundaki kadınların uygulama öncesine göre uygulama sonrası 2. 4. ve 5. izlemde SUD puanında düşüş saptandı ve bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur *(p=0,001; p<0,01)* (Tablo 4-15).

Deney grubundaki kadınların eğitim durumları ile uygulama öncesine göre sonrası SUD "İzlem 2" stres puanındaki değişimler arasında anlamlı farklılık saptanırken *(p=0,004; p<0,01),* SUD "İzlem 4" ve "İzlem 5" stres puanlarındaki değişimler anlamlı farklılık saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların evlilik süreleri ile uygulama öncesine göre sonrası SUD "İzlem 2" stres puanlarındaki değişimler arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki anlamlı bulunurken *(r=-0,323; p=0,037; p<0,05),* SUD "İzlem 4", "İzlem 5" stres puanlarındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* Kadınların çalışma durumları, infertilite tanısı alınan süre, çocuk sahibi olamama nedenleri, daha önce infertilite tedavisi alma durumları ile uygulama öncesine göre sonrası SUD "İzlem 2", "İzlem 4", "İzlem 5" stres puanlarındaki değişimler anlamlı farklılık göstermemektedir *(p>0,05)* (Tablo 4-16).

Deney grubundaki kadınların SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü alt boyutları ve SUD son puanlarının ilişkisi incelendiğinde; İSÖ sosyal alanda stres ve SCREENIVF ölçeği alt boyutlarından çaresizlik ve kabullenme ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* FertiQol-İsteğe bağlı tedavi modülü toplam puanı ile SCREENIVF ölçeği alt boyutlarından sosyal destek, çaresizlik, kabullenme ve depresyon ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-17). FertiQol-İsteğe bağlı tedavi modülü toplam puanı ile İSÖ evlilik alanında stres alt boyutu ile anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir *(p>0,05)* (Tablo 4-18). Kadınların SUD izlemindeki stres puanları ile SCREENIVF alt boyutlarının tamamından (anksiyete, sosyal destek, çaresizlik, kabullenme, depresyon) aldıkları son puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-17). Kadınların İzlem 2, İzlem 4' deki SUD stres puanları ile İSÖ alt boyutlarının tamamı ile (kişisel alanda stres, evlilik alanında stres, sosyal alanda stres) anlamlı ilişki *saptanmamıştır (p>0,05)* (Tablo 4-18). Kadınların SUD izlemindeki stres puanları ile FertiQol-İsteğe bağlı tedavi modülü toplam puanı ve alt boyutları (tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05)* (Tablo 4-19).

Kontrol grubundaki kadınların SCREENIVF, İSÖ, FertiQol-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü alt boyutları ve SUD son puanlarının ilişkisi incelendiğinde; İSÖ evlilik alanında stres ve SCREENIVF ölçeği alt boyutlarından depresyon ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır *(p>0,05).* FertiQol-İsteğe bağlı tedavi modülü toplam puanı ile SCREENIVF ölçeği alt boyutlarından depresyon ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

(p>0,05) (Tablo 4-17). FertiQol-İsteğe bağlı tedavi modülü toplam puanı ile İSÖ ‘‘kişisel alanda stres’’, ‘‘sosyal alanda stres’’ ve ‘‘evlilik alanında stres’’ alt boyutları arasında sırasıyla negatif yönlü çok güçlü, güçlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir *(sırasıyla r=-0,784; r=-0,647; r=-0,588; p<0,01)* (Tablo 4-18).

Araştırma verileri doğrultusunda öneriler:

- İnfertilite tanı tedavi sürecinin başlangıcında psikososyal riskin değerlendirilmesinde ESHRE’nin önerdiği SCREENIVF ölçüm aracının kliniklerde kullanılması,
- Rutin hemşirelik bakımının yanı sıra, geliştirilen Roy Adaptasyon modeline temellendirilen danışmanlık programının hemşireler tarafından uygulamada kullanılması,
- İnfertilitede duygusal kapasite ve iyilik halinin arttırılmasında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, eğitim materyalleri geliştirilmesi,
- İnfertilite tedavisi öncesi, sırası ve sonrasında kadınların biyopsikososyal yönden bütüncü olarak değerlendirilmesi,
- İnfertilite sorunu olan kadınlarda duygusal kapasitenin ve iyilik halinin arttırılmasına ve devamına yönelik randomize kontrollü çalışmaların literatüre kazandırılması,
- Hemşirelerin EFT ve nefes teknikleri konularında eğitimlerinin sağlanması ve becerilerinin geliştirilmesi,
- EFT ve nefes teknikleri eğitimlerinde görsel materyal olarak video hazırlanması ve kullanılması,
- İnfertilite danışmanlığına çiftlerin dahil edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aarts, J. W., Huppelschoten, A. G., van Empel, I. W., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. ve Nelen, W. L. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. Human Reproduction, 27(2), 488–495. https://doi.org/10.1093/humrep/der386

Abbasi, S., Kousar, R. ve Sadiq, S.S. (2016). Depression and anxiety in Pakistan infertile women. Journal of Surgery Pakistan (International), 21(1), 13−17.

Abedi, S.N., Bakhshani, N. M., Mohebbi, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., Mokhtari, M., ve Gangali, A. (2015). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on Marital Satisfaction and General Health in Woman With Infertility. Global Journal of Health Science, 8(3), 230–235. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p230

Aflakseir, A. ve Mahdiyar, M. (2016). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in Shiraz, Journal of Reproduction & Infertility, 17(2), 117-122.

Aflakseir, A. ve Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. Journal of Reproduction & Infertility, 14(4), 202–206.

Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A. ve Kara, H.(2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. [COPE (Coping rating scale): A preliminary study on the psychometric properties]. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 221-226.

Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A. ve Chyatte, M.R. (2015). A unique view on male infertility around the globe. Reproductive Biology and Endocrinology, 13 (37), 2-9. https://doi.org/10.1186/s12958-015-0032-1

Ahmadi, S. M., Shahverdi, J., Rezaei, M., Bakhtiari, M., Sadeghi, K., Veisy, F. ve Shahverdi, M. (2019). The Effect of Behavioral Couple Therapy on the Improvement of Mental Health and Reduction of Marital Conflict in Infertile Couples in Kermanshah: A Randomized Controlled Trial (RCT). Journal of Reproduction & Infertility, 20(1), 16–23.

Akın, Ö. ve Şahin, E. (2020). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 3 (1), 55-75.

Aksoy, A ve Vefikuluçay-Yılmaz, D. (2019). Erkek infertilitesinin değerlendirilmesi. International Journal of Emerging Trends in Health Sciences. 3(1), 09-21.

Aldemir, S., Eser, A, Ozturk, T. N., Dalbudak, E. ve Topcu, M. (2015). Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28, 328-336.

Alhassan, A., Ziblim, A.R. ve Muntaka, S.A. (2014). Survey on depression among infertile women in Ghana. Bmc Womens Health, 14(1), 42.

Altıntop, İ. ve Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. Journal of International Social Research, 11(55), 755–768. https://doi.org/10.17719/jisr.20185537247

Amanak, K., Karaöz, B. ve Sevil, Ü. (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 345−350.

Amanati, L., Allami, M., Shokrabi, S., Haghani, H. ve Ramazanzade, F. (2010). Quality of life and influencing factors among infertile women. Iran J Obstet Gynecol Infertil, 12, 25-31.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), (2017). Treating infertility. Washington, DC: Author. www.acog.org/Patients/FAQs/Treating-Infertility#treatment.

Anderson, K., Rubik, B. ve Absenger, W. (2019). Does combining emotional freedom techniques and hypnosis have an effect on sexual assault--specific posttraumatic stress disorder symptoms? Energy Psychology, 11(2), 31–49. https://doi.org/10.9769/epj.2019.11.2.ka

Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W. K., Ope, J. O., ve Barivure, T. N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. BMC Research Notes, 10(1), 690. https://doi.org/10.1186/s13104-017-3008-8

Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ve ark. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. The American Journal of Psychiatry, 163(10), 1791–1797. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1791

Anwar, S. ve Anwar, A. (2016). Infertility: A Review on Causes, Treatment and Management. Women's Health & Gynecology, 2 (6),1-5.

Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 68-75.

Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H. ve Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. Journal of Advanced Nursing, 70(8), 1801–1812. https://doi.org/10.1111/jan.12338

Aşçı, Ö. ve Beji, N.K. (2012). İnfertilite danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2), 154–159.

Baker, A. ve Siegel, L. (2010). Emotional freedom techniques (EFT) reduces intense fears: A partial replication and extension of Wells et al. (2003). Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, 2(2).

Baker, B. S. ve Hoffman, C. J. (2015). Emotional Freedom Techniques (EFT) to reduce the side effects associated with tamoxifen and aromatase inhibitor use in women with breast cancer: a service evaluation. European Journal of Integrative Medicine, 7(2), 136–142. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2014.10.004

Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (2013). Stres ve Başa Çıkma Yolları. 35 ed. Remzi Kitabevi, İstanbul, 189-202 .

Barnack-Tavlaris, J. L. (2019). Women's Experiences of Infertility. In J. C. C. Jane M. Ussher, Janette Perz (Ed.), Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health, Routledge, 205-220

Benor, D., Rossiter-Thornton, J. ve Toussaint, L. (2017). A randomized, controlled trial of wholistic hybrid derived from eye movement desensitization and reprocessing and emotional freedom technique (whee) for self-treatment of pain, depression, and anxiety in chronic pain patients. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 22(2), 268–277.

Berger, M. H., Messore, M., Pastuszak, A. W. ve Ramasamy, R. (2016). Association between infertility and sexual dysfunction in men and women. Sexual Medicine Reviews, 4, 353–365.

Bernd, M., Schick, M., Rösner, S., Germeyer, A., Strowitzki, T., Moessner, M., ve ark. (2020). Predictors for the early termination of a psychological intervention during

treatment with assisted reproductive technologies. Geburtshilfe Und Frauenheilkunde, 80(2), 190–199. https://doi.org/10.1055/a-0918-6118

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med, 57, 2325-2341.

Boivin, J., Takefman, J. ve Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. Human Reproduction, 26(8), 2084–2091. https://doi.org/10.1093/humrep/der171

Bose, S. ve Roy, B. (2017). Fertility related quality of life in primary infertile couples: a comparative study from Eastern India. The International Journal of Indian Psychology, 5(1), 13−19. https://doi.org/10.25215/0501.062

Bougea, A.M., Spandideas, N., Alexopoulos, E.C., Thomaides, T., Chrousos, G.P. ve Darviri, C. (2013). Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: a randomized controlled trial. Explore, 9(2), 91-99.

Boz, İ. ve Akgün, M. (2019). Infertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 16(2), 170–175. https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.170

Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 7(4), 30–35.

Brown, R.P. ve Gerbarg, P.L. (2005). Sudarshan kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression. Part II–clinical applications and guidelines. J Altern Complement Med, 11: 711-717.

Burns, L.H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. Psychiatric Clinics of North America, 30(4), 689–716. https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.08.001.

Burns, L.H. ve Covington, S.N. (2006). Psychology of Infertility. Edit: Covington SN, Burns LH. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. Cambridge University Press, New York, 1-20.

Çavuşoğlu, İ. (2017). Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde Demirci, N., Beji, N.K. (Ed.), İnfetilite Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıb Kitabevleri: 103-119.

Çelik, S.A. ve Kırca, N. (2018). Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(2): 104-114.

Centers for disease Control and Prevention. Reproductive health (2019). Erişim: (24.05.2021). http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Infertility/#e

Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: indings from a couple−based study. Hum Reprod, 24(9), 2151–2157. https://doi.org/10.1093/humrep/dep177

Chan, C. H., Chan, C. L., Ng, E. H., Ho, P. C., Chan, T. H., Lee, G. L. ve Hui, W. H. (2012). Incorporating spirituality in psychosocial group intervention for women undergoing in vitro fertilization: a prospective randomized controlled study. Psychology and psychotherapy, 85(4), 356–373. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02040.x

Chan, C. H., Ng, E. H., Chan, C. L., Ho, ve Chan, T. H. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. Fertility and sterility, 85(2), 339–346. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310

Chang, Q., Liu, R. ve Shen, Z. (2013). Effects of slow breathing rate on blood pressure and heart rate variabilities. Int J Cardiol, 169: e6-e8.

Chatwin, H., Stapleton, P., Porter, B., Devine, S. ve Sheldon, T. (2016). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional freedom techniques in reducing depression and anxiety among adults: a pilot study. Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 15(2), 27–34.

Chaves, C., Canavarro, M. C. ve Moura, R. M. (2019). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. Family Process, 58(2), 509–523. https://doi.org/10.1111/famp.12364

Chen, Y., Huang, X., Chien, C. ve Cheng, J. (2017). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. Perspectives in Psychiatric Care, 53(4), 329–336. https://doi.org/10.1111/ppc.12184

Chokroverty, S. ve Provini, F. (2017). Sleep, breathing, and neurologic disorders. In Sleep Disorders Medicine Springer, New York, 787-890.

Chow, K. M., Cheung, M. C. ve Cheung, I. K. (2016). Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. J Clin Nurs, 25 (15-16), 2101-2113. https://doi.org/10.1111/jocn.13361

Church, D. (2009). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on athletic performance: a randomized controlled blind trial. Open Sports Sciences Journal, 2, 17-22.

Church, D. (2010). The EFT Mini-Manual. Energy Psychology Press, Fulton, CA, http://eftuniverse.com/index.php?option=com_subscribe&Itemid=17%3)

Church, D. (2012). The EFT Mini-Manual (Emotional Freedom Techniques). Energy Psychology Press. (Erişim Tarihi: 18.06.2021). www.EFTUniverse.com

Church, D. ve Brooks, A.J. (2010). The effect of a brief emotional freedom techniques self-intervention on anxiety, depression, pain, and cravings in health care workers. Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 9(5), 40–43.

Church, D. ve Brooks, A.J. (2014). CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. Explore: The Journal of Science and Healing. 10(1), 24-33.

Church, D. ve Downs, D. (2012). Sports confidence and critical incident intensity after a brief application of emotional freedom techniques: a pilot study. Sport Journal, 15(1), 1-3.

Church, D. ve Feinstein, D. (2012). The psychobiology and clinical principles of energy psychology treatments for PTSD: A review. In T. Van Leeuwen & M. Brouwer (Eds.), Psychology of trauma. Hauppauge, NY: Nova, 211-24.

Church, D. ve House, D. (2018). Borrowing Benefits: Group Treatment With Clinical Emotional Freedom Techniques Is Associated With Simultaneous Reductions in Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression Symptoms. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, 23. https://doi.org/10.1177/2156587218756510

Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O. M, Dinter, I. ve Stein, P. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using EFT (emotional freedom techniques): a randomized controlled trial. Journal of Nervous and Mental Disease, 201(2), 153-160.

Church, D., Stapleton, P., Sheppard, L. ve Carter, B. (2018). Naturally Thin You: Weight Loss and Psychological Symptoms After a Six-Week Online Clinical EFT

(Emotional Freedom Techniques) Course. Explore: The Journal of Science and Healing, 14(2), 131–136. https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.10.009

Connolly, S.M. ve Sakai, C.E. (2012). Brief trauma symptom intervention with Rwandan genocide survivors using thought field therapy. International Journal of Emergency Mental Health, 13(3), 161-172.

Cousineau, T. M., Green, T. C., Corsini, E., Seibring, A., Showstack, M. T., Applegarth, L., Davidson, M. ve Perloe, M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. Human Reproduction, 23(3), 554–566. https://doi.org/10.1093/humrep/dem306

Cousineau, T.M. ve Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol, 21:293-308.

Craig, G. (2004). EFT. Duygusal Özgürlük Teknikleri El Kitabı. (Erişim Tarihi: 18.06.2021) www.eftiletanis.com/EFT_Manual_Turkish_eftiletanis.com.pdf.

Craig, G. (2008). The EFT manual. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.

Craig, G., (2010). The EFT Mini Manual. Energy Psychology Press, Fulton, CA. Deary, I., Watson, R., Hogston, R., 2003. A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. Journal of Advanced Nursing, 43 (1), 71–81.

Crawshaw, M. (2010). Assessing infertile couples for adoption: just what does "coming to terms with infertility" mean?, adopting after infertility: messages from practice, research and personal experience. London; Jessica Kingsley Publishers, 68–88.

Csaszar, N., Ganju, A., Mirnics, Z.S. ve Varga, P.P. (2009). Psychosocial issues in the cancer patient. Spine, 34(22S), 26–30.

Czamanski-Cohen, J., Sarid, O., Cwikel, J., Levita,E., Lunenfeld, E., Douvdevan, A. ve ark. (2014). Decrease in cell free DNA levels following participation in stress reduction techniques among women undergoing infertility treatment. Arch Womens Ment Health, 17, 251–253. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0407-2

Dağ, H., Yigitoğlu, S., Aksakal, B. I. ve Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences, 31(6), 1457–1462.

Darbandi, S., Darbandi, M., Khorram Khorshid, H. R. ve Sadeghi, M. R. (2018). Yoga can improve assisted reproduction technology outcomes in couples with infertility. Alternative Therapies in Health & Medicine, 24(4), 50–55.

Davies, M., Webber, L. ve Overton, C. (2009). Infertility. In Treatment options before IVF. New York: Oxford University Press: 65-71. ISBN-13: 978-0199217694.

Deadman, P. (2018). The Transformative Power of Deep, Slow Breathing. Journal of Chinese Medicine, 116, 56–62.

Decker, J. T., Brown, J. L. C., Ashley, W. ve Lipscomb, A. E. (2019). Mindfulness, meditation, and breathing exercises: reduced anxiety for clients and self-care for social work interns. Social Work with Groups, 42(4), 308–322. https://doi.org/10.1080/01609513.2019.1571763

Dewi, N. L. P. T., Arifin, M. T. ve Ismail, S. (2020). The influence of gayatri mantra and emotional freedom technique on quality of life of post-stroke patients. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13, 909–916.

Dincer, B. ve Inangil, D. (2021). The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. Explore, 17(2), 109–114. https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.012.

Dincer, B., Özçelik, S. K., Özer, Z. ve Bahçecik, N. (2020). Breathing therapy and emotional freedom techniques on public speaking anxiety in Turkish nursing students: A randomized controlled study. Explore, 1-8 https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.006.

Domar A.D., Rooney K., Hacker M.R., Sakkas D. ve Dodge L.E. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. Fertil Steril.; 109(6), 1121-1126.

Domar, A. D., Gross, J., Rooney, K. ve Boivin, J. (2015). Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. Fertility and Sterility, 104(2), 440–51.e7. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.009

Domar, A. D., Rooney, K. L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M. ve ark. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. Fertility and Sterility, 95(7), 2269–2273. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.046

Dong, Y. ve Zhou, F. (2016). Comparison of fertility quality of life between urban and rural infertile couples. Int J Clin Exp Med, 9(5), 8664−8670.

Dunnewold, A.L. (2014). Thought field therapy efficacy following large scale traumatic events. Current Research in Psychology, 5(1), 34-39.

Durairajanayagam, D. (2018). Lifestyle causes of male infertility. Arab Journal of Urology, 16(1), 10–20. https://doi.org/10.1016/j.aju.2017.12.004

Dural, O., Yasa, C., Keyif, B., Celiksoy, H., Demiral, I., Yuksel Ozgor, B. ve ark. (2016). Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. Human Fertility, 19(3), 186–191. https://doi.org/10.1080/14647273.2016.1214754

EFT International, UK: 1176538. https://eftinternational.org/wp-content/uploads/EFT-International-Free-Tapping-Manual.pdf

Eggertson, L. (2011). Fertility nurses: giving mother nature a helping hand. Canadian Nurse, 107(9), 32–36.

Erdem, K. ve Ejder, A.S. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. Int J Fertil Steril, 8, 303-314.

Ersun, A. ve Zaybak, A. (2012). Duygusal özgürlük tekniklerinin dismenore üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28 (2), 13-21.

ESHRE, ART fact sheet (2017). (Erişim Tarihi: 2021). https://www.eshre.eu/Accreditation-and-Certification/Nurses-Midwives-Certification/Information-for-exam-applicants/Reading-list

Fahey, R. L. (2018). Emotional freedom technique and post-traumatic stress disorder. Integrative Medicine Alert, 21(7), 80–84.

Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E.E., Zeng, Y., Ren, Y., Tong, H., Wang, Y., & Hui, K.K. (2008). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation. Human Brain Mapping, 30(4), 1196-1206.

Fard, T. R., Kalantarkousheh, M. ve Faramarzi, M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. Middle East Fertility Society Journal, 23(4), 476–481. https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.06.001

Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition. F.A. Davis Company, Philadelphia, 27.

Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: evidence of efficacy. Review of General Psychology, 16(4), 364-380.

Feinstein, D. (2019). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. EXPLORE, 15(5), 340–351. https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.11.003

Fiskin, G. ve Şahin, N. H. (2018). Effect of diaphragmatic breathing exercise on psychological parameters in gestational diabetes: A randomised controlled trial. European Journal of Integrative Medicine, 23, 50–56. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.09.006

Fitch, J., Schmuldt, L. ve Rudick, K.L. (2011). Reducing state communication anxiety for public speakers. An energy psychology pilot study. Journal of Creativity in Mental Health, 6(3), 178-192.

Freeman, S.M. ve Freeman, A. (2006). Cognitive behavior therapy in nursing practice. Springer, 3-29, 373-410.

Gaesser, A.H. ve Karan, O.C. (2017). A randomized controlled comparison of Emotional Freedom Technique and cognitive-behavioral therapy to reduce adolescent anxiety: a pilot study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 23(2), 102-108.

Galhardo, A., Cunha, M. ve Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. Fertility & Sterility, 100(4), 1059–1067. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.036

Gallo, F. (2013). Energy for healing trauma, energy psychology and the efficient treatment of trauma and PTSD. Energy Psychology Journal, 5(1).

Gameiro, S. ve Finnigan, A. (2017). Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update, 23: 322-337.

Gameiro, S., Boivin, J. ve Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. Fertility and Sterility, 100(2), 302–309. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.015

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ve ark. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group. (11):2476-85. https://doi.org/10.1093/humrep/dev177.

Ghamsari, M.S. ve Lavasani, M.G. (2015). Effectiveness of emotion freedom technique on pregnant women's perceived stress and resilience. Journal of Education and Sociology, 6(2), 118-22.

Gökçe, A. (2011). Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre standart semen analizi. Turk Urol Sem, 2, 1-7.

Gorayeb, R., Borsari, A. C., Rosa-e-Silva, A. C. ve Ferriani, R. A. (2012). Brief cognitive behavioral intervention in groups in a Brazilian assisted reproduction program. Behavioral Medicine, 38(2), 29–35. https://doi.org/10.1080/08964289.2012.654834

Greil, A. L., Schmidt, L. ve Peterson, B. D. (2016). Understanding and treating the psychosocial consequences of infertility. In A. Wenzel (Ed.), The Oxford handbook of perinatal psychology, New York, NY: Oxford University Press, 524–547.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. ve McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. Sociology of Health & Illness, 32(1), 140–162.

Grossman, P. ve Taylor, E.W. (2007). Toward understanding respiratory sinus arrhythmia: relations to cardiac vagal tone, evolution and biobehavioral functions. Biol Psychol,74, 263-285.

Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G. ve Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. [The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment]. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(3):166-176.

Güngör, İ. ve Beji, N.K. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen roller ve sertifikasyon gereksinimi. F N Hem Derg, 23:152–9.

Gunnar, M. ve Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. Annual Review Of Psychology, 58, 145–173. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605

Ha, J. Y. ve Ban, S. H. (2021). Effects of mind-body programs on infertile women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Asian Nursing Research, 15(2), 77–88. https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.02.003

Hamad Mohamed, Z.B., Hamad Alfarisi, H. A., Abdul Wahab, A. Y., Abd Fuaat, A., Che Mohamad, C. A., Ibrahim, M. (2020). “Male infertility: evaluation and treatment.” IIUM Medical Journal Malaysia, 19(3), 92–98. https://doi.org/10.31436/imjm.v19i3.1670

Hartmann, S. (2016). Enerji EFT. Pegasus Yayınları. İstanbul, (1), 13-254.

Hartung, J. ve Stein, P. (2012). Telephone delivery of EFT (emotional freedom techniques) remediates PTSD symptoms in veterans. Energy Psychology Journal, 4(1), 33-40.

Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M. ve Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. Iranian Journal of Reproductive Medicine, 12(2), 131–138.

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T. ve Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. Journal of Assisted Reproduction and Genetics: Official Publication of ALPHA, Scientists in Reproductive Medicine, 28(11), 1111. https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2

Hisli Şahin. N., Güler, M. ve Basım, N.B. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. [The relationship between cognitive intelligence, emotional intelligence, coping and stress symptoms in the context of type A personality pattern]. Türk Psikiyatri Dergisi, 20(3), 243- 254.

Hope, N. ve Rombauts, L. (2010). Can an educational DVD improve the acceptability of elective single embryo transfer? a randomized controlled study. Fertility and Sterility, 94(2), 489–495. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.03.080

Hosseinpanahi, M., Mirghafourvand, M., Farshbaf-Khalili, A., Esmaeilpour, K., Rezaei, M. ve Malakouti, J. (2020). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: a randomized controlled trial. Journal of Education and Health Promotion, 9, 251. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_20

Hui, K.K.S, Liu, J., Makris, N., Gollub, R.W., Chen, A.J.W., Moore, C.I. ve ark. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. Human Brain Mapping, 9(1), 13-25.

Inhorn, M.C, ve Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. Hum Reprod Update, 21, 411–426.

Inhorn, M.C., Birenbaum-Carmeli, D., Westphal, L.M., Doyle, J., Gleicher, N., Meirow, D. ve ark. (2018). Medical egg freezing: The importance of a patientcentered approach fertility preservation. Assist Reprod Genet, 35(1):49-59. https://doi.org/10.1007/s10815-017-1081-5

İsmail, N.İ.A. ve Moussa, A.A.A.(2017). Coping strategies and quality of life among infertile women in damanhour city. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(2), 31−45.

Jafari, H., Courtois, I., Van den Bergh, O., Vlaeyen, J. W. ve Van Diest, I. (2017). Pain and respiration: a systematic review. Pain, 158(6), 995-1006.

Jafarzadeh, F., Golzari, M., Jomehri, F., Poursamar, S.L. ve Sahraian, K. (2015). The comparison of coping strategies with stress and marital satisfaction in women on the basis of infertility factor, Women's Health Bulletin, 2(2), e25227.

Jensen, M.P (2011). Psychosocial approaches to pain management: an organizational framework. Pain, 152, 717-725.

Jerath, R., Edry, J.W., Barnes, V.A, ve Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. Medical Hypothesis, 67, 566-571.

Jones, S., Thornton, J., & Andrews, H. (2011). Efficacy in reducing public speaking anxiety: A randomized controlled trial. Energy Psychology: Theory, Research and Treatment, 3(1), 33-42.

Jungwirth, A., Giwercman, A., Tournaye, H., Diemer, T., Kopa, Z., Dohle, G., Krausz, C. ve European Association of Urology Working Group on Male Infertility (2012). European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. European urology, 62(2), 324–332. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.04.048

Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağliği ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, (73) , 63-81 .

Kadıoğlu, A., Kendirci, M., Aktan, G., Yaman, Ö. ve Çayan, S. (2011). Semen analizi. WHO Laboratuvar el kitabı insan semeninin incelenmesi ve işlemlerden geçirilmesi. 5.Baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 7-113.

Kahyaoğlu, S.H. ve Balkanlı, K.P. (2015). Quality of life in women with infertility via the fertiqol andthe hospital anxiety and depression scales. Nursing and Health Sciences, 17(1), 84−89. https://doi.org/10.1111/nhs.12167

Kalcı, P., Karaş, H. ve Polat, A. (2020). IVF tedavisi gören kadınlarda bağlanma, yılmazlık, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri ile infertiliteye ilişkin global stres düzeyi ve tedavi sonucu arasındaki ilişki (tur). J Clin Psy. 23(4): 446-455. https://doi.org/10.5505/kpd.2020.24865

Kalhori, F., Masoumi, S. Z., Shamsaei, F., Mohammadi, Y. ve Yavangi, M. (2020). Effect of Mindfulness-Based Group Counseling on Depression in Infertile Women: Randomized Clinical Trial Study. International Journal of Fertility & Sterility, 14(1), 10–16. https://doi.org/10.22074/ijfs.2020.5785

Kalla, M., Simmons, M., Robinson, A. ve Stapleton, P. (2017). Emotional freedom techniques (EFT) as a practice for supporting chronic disease healthcare: a practitioners' perspective. Disability and Rehabilitation, 1-9.

Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. Androloji Bülteni, 20(2), 61–64. https://www.doi.org/10.24898/tandro.2018.24993

Karaca, A, ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3:80–5.

Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, H., Orengul, F., Yilmaz, R., ve ark. (2016). Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.017

Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., ve ark. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. Journal of Nervous and Mental Disease, 199(6), 372-378.

Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçigil, L., Özmenle, K.N. ve ark. (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 18, 311-322.

Karpat, C. ve Erensoy, H. (2020). A Pilot Study on Stress and Coping Strategies in Infertile Women under in Vitro Fertilization Treatment, 14 (3), 461-467 https://doi.org/10.21763/tjfmpc.737420

Kartal, M. (2018). Nefes Teknikleri Nefesin Sihirli Gücü. Ray Yayıncılık İstanbul 5. Baskı, 43-200.

Kaydırak, M.M., Beji, K.N. ve Zengin, M. (2017). İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü. İçinde Demirci, N., Beji, N.K. (Ed.), İnfetilite Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıb Kitabevleri, 55-73.

Kazandı, M., Gunday, O., Mermer, T.K., Erturk, N. ve Ozkınay, E. (2011).The status of depression and anxiety in infertile Turkish Couples. Iran J Reprod Med, 9(2): 99−104.

Kharde, S.N., Pattad, S. ve Bhogale, G.S. (2012). Effectiveness of a Therapeutic Counseling Intervention for Depression, Anxiety, Self Esteem and Marital Adjustment Among Infertile Women. International Journal of Nursing Education, 4(2).

Kim, M. (2021). National policies for infertility support and nursing strategies for patients affected by infertility in South Korea. Korean Journal of Women Health Nursing, 27(1), 1–5. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.03.12.1

Kim, S., Roth,W. T. ve Wollburg, E. (2015). Effects of therapeutic relationship, expectancy, and credibility in breathing therapies for anxiety. Bulletin of Menninger Clinic, 79(2), 116–130. https://doi.org/10.1521/bumc.2015.79.2.116

Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(2), 162–178. https://doi.org/10.5455/cap.20130511

Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2019). The effect of yoga on stress level in infertile women. Perspectives in Psychiatric Care, 55(2), 319–327. https://doi.org/10.1111/ppc.12352

Ko, Y. L. ve Lin, P. C. (2012). The effect of using a relaxation tape on pulse, respiration, blood pressure and anxiety levels of surgical patients. Journal of Clinical Nursing, 21(5-6), 689–697. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03818.x

Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), 49- 51.

Kwak, H.Y., Choi, E.J., Kim, J.W., Suh, H.W. ve Chung, S.Y. (2020). Effect of the Emotional Freedom Techniques on anger symptoms in Hwabyung patients: a comparison with the progressive muscle relaxation technique in a pilot randomized controlled trial. Explore, 16(3), 170–177. https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.08.006

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R. ve Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. BMC Women's Health, 17(1), 48. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2

Lake, J. (2014). A review of select CAM modalities for the prevention and treatment of PTSD. Psychiatric Times, 31(7), 29-30.

Lee, L.Y.K., Tsang, A.Y.K., Wong, K.F. ve Lee, J.K.L. (2011). Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. Nursing Science Quarterly, 24 (4), 363-369.

Lee, S. H., Wang, S. C., Kuo, C. P., Kuo, P. C., Lee, M. S. ve Lee, M. C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. Scandinavian journal of caring sciences, 24(3), 507–513. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x

Legg, M. J. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. Australian Journal of Advanced Nursing, 28(3), 61–67.

Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W. ve Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. Behaviour Research and Therapy, 77, 96–104. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.010

Li, J., Luo, H. ve Long, L. (2018). A qualitative investigation of the experience of participation in Mindfulness-based Intervention for IVF-ET (MBII) with Chinese women undergoing first IVF-ET. Nursing open, 6(2), 493–503. https://doi.org/10.1002/nop2.232

Lim, G. S., Kayanoth, R. K., Broekman, B. F. ve Chee, C. Y. (2018). Perception of a single-session pre-in vitro fertilisation counselling service and attitudes towards support group: a survey of patients in Singapore. Singapore Med J, 59(6), 316-321. https://doi.org/10.11622/smedj.2017076

Llewellyn-Edwards, T., Llewellyn-Edwards, M. (2012). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on soccer performance. Fidelity: Journal for the National Council of Psychotherapy, 47,14-19.

LoGiudice, J. A. ve Massaro, J. (2018). The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): a systematic literature review. Applied Nursing Research, 39, 220–228. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.025

Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J. ve Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. Human Reproduction, 29(2), 293–302. https://doi.org/10.1093/humrep/det418

Lu, C. F., Chen, M. C. ve Shu, S. C. (2012). An overview of generalized anxiety disorder and reflections on the effective nursing care of patients with this disorder. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 7(1), 1– 10.

Madoni, E.R.,Wibowo, M.E. ve Japar, M. (2018). Group counselling with systematic desensitization and emotional freedom techniques to reduce public speaking anxiety. Jurnal Bimbingan Konseling, 7 (1):28-35.

Maeda, K. ve Tsukamura, H. (2006). The impact of stress on reproduction: are glucocorticoids inhibitory or protective to gonadotropin secretion?. Endocrinology, 147(3), 1085–1086. https://doi.org/10.1210/en.2005-1523

Mamuk, R. ve Beji, K.N. (2017). İnfertilite tedavisi sürecinde psikoterapi uygulamaları. Androloji Bülteni, 62, 200–5.

Maroufizadeh, S., Foroudifard, F., Navid, B., Ezabadi, Z., Sobati, B. ve Omani-Samani, R. (2018). The perceived stress scale (pss-10) in women experiencing infertility: a reliability and validity study. Middle East Fertility Society Journal, 23(4), 456–459. https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.02.003

Martarelli, D., Cocchioni, M., Scuri, S. ve Pompei, P. (2011). Diaphragmatic breathing reduces exercise-induced oxidative stress. Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM), 8(1), 1–10. https://doi.org/ecam/nep169

Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S. ve Steven, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. PLoS Med, 9(12), e1001356. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356.

Matthiesen, S. M. S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J. ve Zachariae, R. (2012). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART):a meta-analysis. Human Reproduction, 26, 2763–2776.

McCallion, F. (2012). Emotional freedom techniques for dyslexia: A case study. Energy Psychology Journal, 4(2), 29-30.

McCurry, M.S., Hunter, R. S. ve Roy, C. (2010). Knowledge fort he good of the invidual ond socienty: linking philosophy, disciplinary goals, theory and practice. Nursing Philosophy, 11:42-52.

Meran, H.E.P. ve Beji N.K. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. Androloji Bülteni, 18,60–4.

Moghadam, A.D., Delpishehand, A. ve Khosravi, A. (2013). Epidemiology of female ınfertility; a review of literature. Biosciences Biotechnology Research Asia, 10(2), 559-567.

Mohammadi, M., Samani, R.O., Navid, B., Maroufizadeh, S. ve Sabati, S.(2018). Coping strategy in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment, Middle East Fertility Society Journal, 23(4), 482-485.

Molgora, S., Baldini, M. P., Tamanza, G., Somigliana, E. ve Saita, E. (2020). Individual and relational well-being at the start of an art treatment: a focus on partners' gender differences. Frontiers ın Psychology, 11, 2027. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02027

Moore-Hafter, B., Barbee, J., Garfield,S.,E., ve ark. (2021). The EFT International Free Tapping Manual A Comprehensive Introductory Guide to EFT (Emotional Freedom Techniques),

Moran, L., Tsagareli, V., Norman, R. ve Noakes, M. (2011). Diet and IVF pilot study: short-term weight loss improves pregnancy rates in overweight/obese women undertaking IVF. The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 51(5), 455–459. https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01343.x

Morreale, M., Balon, R., Tancer, M. ve Diamond, M. (2011). The Impact of Stress and Psychosocial Interventions on Assisted Reproductive Technology Outcome. Journal of Sex & Marital Therapy, 37(1), 56–69. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533584

Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J. ve Shobeiri, F. (2013). Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. Journal of Reproduction & Infertility, 14(3), 110–119.

Nakayama, M., Koizumi, C. ve Kamisawa, E. (2005). QOL of women undergoing fertility treatment. Perinatal Medicine, 35, 1384–1388.

Nery, S. F., Paiva, S. P. C., Barbosa, A. B. , Sant'Anna, E. M. , Casalechi, M., Dela Cruz, C. ve ark. (2019). Mindfulness-based program for stress reduction in

infertile women: Randomized controlled trial. Stress and Health, 35(1), 49–58. https://doi.org/10.1002/smi.2839.

Ockhuijsen, H., van Smeden, M., van den Hoogen, A. ve Boivin, J. (2017). Validation study of the SCREENIVF: an instrument to screen women or men on risk for emotional maladjustment before the start of a fertility treatment. Fertility and Sterility, 107(6), 1370–1379. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.04.008

Ogawa, M., Takamatsu, K. ve Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. Bio Psycho Social Medicine, 5(1): 15.

Oltuluoğlu, H., Günay, U. ve Aylaz, R. (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma. Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(2), 92–98.

Ombelet, W. (2011). Global access to infertility care in developing countries: A case of human rights, equity and social justice. Facts, Views, & Vision in ObGyn, 3, 257–266.

Omu, F. E. ve Omu, A. E. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. BMC Nursing, 9(1),5. https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-5.

Ozan, D.Y. ve Okumuş, H. (2017). Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial. Journal of Caring Sciences, 6(2), 95–109. https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010

Ozan, Y.D. ve Okumuş, H. (2013). Experiences of Turkish women about infertility treatment: A qualitative study. International Journal of Basic and Clinical Studies, 2(2), 56-64.

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

Özdemir, E. ve Kaplan, S. (2017). İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(1), 79-89.

Parsa, Y.Z., Sadeghian, F., Larijani, T.T. ve Mehran, A. (2017). The comparison of two types of relaxation techniques on postoperative state anxiety in candidates for the mastectomy surgery: a randomized controlled clinical trial. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 5(1), 61–69.

Patel, A., Sharma, P. S. V. N. ve Kumar, P. (2020). Application of mindfulness-based psychological interventions in infertility. Journal of Human Reproductive Sciences, 13(1), 3–21. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_51_19

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., Kumar, P. ve Binu, V. S. (2018). Illness cognitions, anxiety, and depression in men and women undergoing fertility treatments: a dyadic approach. Journal of Human Reproductive Sciences, 11(2), 180–189. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_119_17

Patterson, S.L. (2016). The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: a pilot study. Nurse Education Today, 40**,** 104-10.

Payne, D. ve Goedeke, S. (2007). Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. Journal of Advanced Nursing, 60(6), 645–653. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04451.x

Peddie, V. L., van Teijlingen, E. ve Bhattacharya, S. (2004). Ending in-vitro fertilization: women's perception's of decision making. Human Fertility (Cambridge, England), 7(1), 31–37. https://doi.org/10.1080/1464727042000198069

Peddie, V. L., van Teijlingen, E. ve Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. Human Reproduction (Oxford, England), 20(7), 1944–1951. https://doi.org/10.1093/humrep/deh857

Pedro, A. (2015). Coping with infertility: An explorative study of South African women's experiences. Open J Obstet Gynecol, 5,49-59.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U. ve Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Human reproduction (Oxford, England), 23(5), 1128–1137. https://doi.org/10.1093/humrep/den067

Peterson, B.D., Gold, L. ve Feingold, T. (2007). The experience and influence of infertility: considerations for couple counselors. The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples and Families, 15(3), 251−257. https://doi.org/10.1177/1066480707301365

Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U. ve Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Human Reproduction, 23(5), 1128-1137.

Pfeifer, S., Butts, S., Dumesic, D., Fossum, G., Gracia, C., La Barbera, A. ve ark. (2015). Diagnostic evaluation of the infertile male: A committee opinion. Fertil Steril, 103(3):e18–25. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.12.103.

Pook, M. ve Krause, W. (2005). Stress reduction in male infertility patients: a randomized controlled trial. Fertility and Sterility, 83(1), 68–73. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.06.053

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM), (2015). Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. Fertility and Sterility, 103(3), e9–e17. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.12.093

Prince, L. B. ve Domar, A. D. (2013). The stress of infertility. In M. V. Spiers, P. A. Geller, J. D. Kloss (Eds), Women's health psychology Hoboken, NJ: Wiley, 328–354.

Psaros, C., Kagan, L., Willett, J., Jacquart, J., Alert, M. D., Denninger, J. W. ve ark. (2015). Mind-body group treatment for women coping with infertility: a pilot study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 36(2), 75–83. https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.989983

Rahimi, E., Attarha, M. ve Majidi, A. (2019). Effect of acceptance and commitment therapy on the quality of life in infertile women during treatment: a randomized control trial. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, 7 (4), 483–489.

Rahimi, E., Attarha, M., Majidi, A. ve Ghafarizadeh, A.A. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy (act) on anxiety in infertile women during treatment: a randomized trial. J Biochem Tech Special Issue (2): 78-86

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N., Naghizadeh, M.M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. Iranian Journal of Reproductive Medicine, 7, 97–103.

Rancour, P. (2016). The emotional freedom technique finally, a unifying theory for the practice of holistic nursing, or too good to be true?. Journal of Holistic Nursing, 35(4), 382-388.

Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M. ve Farahani, M.N. (2011). Infertility stress: the role of coping strategies, personality trait, and social support. Journal of Family and Reproductive Health, 5 (4), 101−108.

Robson, P. ve Robson, H. (2012). The challenges and opportunities of introducing thought field therapy (TFT) following the Haiti earthquake. Energy Psychology Journal, 4(1), 41-5.

Rogers, R. ve Sears, S. (2015). Emotional freedom techniques (EFT) for stress in students: a randomized controlled dismantling study. Energy Pschycology, 7,2. https://doi.org/10.9769/epj.2015.11.01.rr

Rotheram, M., Maynard, I., Thomas, O., Bawden, J. ve Francis, L. (2012). Preliminary evidence for the treatment of type I "yips": The efficacy of the emotional freedom techniques. Sport Psychologist, 26(4), 551-570.

Royal College of Nursing (RCN) (2018). An RCN Education and Career Progression Framework for Fertility Nursing. London. Publication code: 006 690, https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pdf-006690

Royal College of Nursing (RCN) (2020). Fertility Care and Emotional Wellbeing RCN Guidance. London. Publication code: 007 770, https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007770

Şahin, H.N., Bilgiç, D. (2015). İnfertilite Hemşireliği. İçinde. Beji, N.K. (Ed.), İnfertilite hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları, İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri: 113−117.

Salas, M., Brooks, A., Rowe, J. (2011). The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: a pilot study. Explore, 7(3), 155-161.

Salma, U., Almufdhi, E. A. M., AlGhamdi, M. M. S., Alzaid, S. A. S., Elshamy, M., Rashwan, E. K. ve ark. (2020). Factors related with male infertility in Saudi Arabia. International Medical Journal, 27(5), 581–583.

Sansone, A., Di Dato, C., de Angelis, C., Menafra,D., Pozza, C., Pivonello, R. ve ark. (2018). Smoke, alcohol and drug addiction and male fertility. Reproductive Biology and Endocrinology, 16(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12958-018-0320-7

Satar, D. ve Gençdal, S.(2013). Sperm değerlendirmesi, sperm analizi. Arşiv Kaynak Tarama Derg , 22(4): 532-42.

Schlegel, P. N., Sigman, M., Collura, B., De Jonge, C. J., Eisenberg, M. L., Lamb, D. J. ve ark. (2021). Diagnosis and treatment of infertility in men: AUA/ASRM guideline part I. Fertility and Sterility, 115(1), 54–61. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.11.015

Schmidt, M., Schumann, A., Müller, J., Bär, K. J. ve Rose, G. (2017). ECG derived respiration: comparison of time-domain approaches and application to altered

breathing patterns of patients with schizophrenia. Physiological Measurement, 38(4), 601-6.

Schoninger, B. ve Hartung J. (2010). Changes on selfreport measures of public speaking anxiety following treatment with thought field therapy. Energy Psychology: Theory, Practice, Research, 2(1),13-26.

Şen, E., Bulut, S. ve Şirin, A. (2014). Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(1), 17–24.

Şen, H., Hüsmenoğlu, M., Denizer, S., Yilmaz, Ü. ve Çelik, H. Ö. (2020). Tip 2 diyabet hastalarında uygulanan eft ve solunum egzersizlerinin anksiyete ve kan şekeri düzeylerine etkisi. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN), 68(2), 287–293.

Şen, S. ve Sevil,Ü. (2016). Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi, 6: 63−82.

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

Sezgin, H. ve Hocaoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2), 165−184.

Shahraki, Z., Ghajarzadeh, M. ve Ganjali, M. (2019). Depression, anxiety, quality of life and sexual dysfunction in zabol women with infertility. Maedica, 14(2), 131–134. https://doi.org/10.26574/maedica.2019.14.2.131

Sheldon, T. (2014). Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: a case study. Current Research in Psychology, 5(1), 40-63.

Şinik, E. (2020).Gündelik Yaşam İçin Burun Nefesleri Kılavuzu, Nefeste Saklı Hayat. Altın Kitaplar Yayınevleri, Libros Yayıncılık, İstanbul 10.Baskı, 21-207.

Sliiden, T., Beck, S. ve MacDonald, I. (2017). An evaluation of the breathing strategies and maximum phonation time in musical theater performers during controlled performance tasks. Journal of Voice, 31(2), 253-e1.

Sorias, O. (1988). Sosyal desteğin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi, 6, 19-40.

Souilm, N.A., Abd Elkhalek, N.K. ve Hassan, M.M. (2018). Effectiveness of an educational program in enhancing ınfertile women's psychological health. American Journal of Nursing Research, 6 (6), 515-523. https://doi.org/10.12691/ajnr-6-6-20

Spector, A.R. (2004). Psychological issues and interventions with infertile patients. Women Therapy, 27(3-4): 91-105. https://doi.org/10.1300/J015v27n03_07

Stapleton, P., Church, D., Sheldon, T., Porter, B. ve Carlopio, C. (2013). Depression symptoms improve after successful weight loss with emotional freedom techniques. Hindawi Publishing Corporation ISRN Psychiatry. Article ID 573532.2013, 1-7.

Stapleton, P., Devine, S., Chatwin, H., Porter, B. ve Sheldon, T. (2014). A feasibility study: Emotional freedom techniques for depression in Australian adults. Current Research in Psychology, 5(1), 19-33.

Stapleton, P., Sheldon, T. ve Porter, B. (2012). Clinical benefits of emotional freedom techniques on food cravings at 12-months follow-up: a randomized controlled trial. Energy Psychology Journal, 4(1), 13-24.

Stapleton, P., Sheldon, T., Porter, B. ve Whitty, J. (2010). A randomized clinical trial of a meridian-based intervention for food cravings with six month follow-up. Behavior Change, 28(1), 1-16.

Stein, P. ve Brooks, A. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches vs licenses therapists in veterans with PTSD. Energy Psychology: Theory, Research and Treatment, 3(1), 11-18.

Stephens, R.J., Haas, M., Moore, W.L., Emmil, J.R., Sipress, J.A. ve Williams, A. (2017). Effects of diaphragmatic breathing patterns on balance: a preliminary clinical trial. Journal of manipulative and physiological therapeutics, 40(3), 169-75.

Stevenson, E.L., Hershberger, P.E. ve Bergh, P.A. (2016). Evidence-Based Care for Couples With Infertility. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45(1), 100–110. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.006

Subbalakshmi, N. K., Adhikari, P., Shanmugavel Jeganathan, P. (2014). Comparative study on cardiac autonomic modulation during deep breathing test and diaphragmatic breathing in type 2 diabetes and healthy subjects. Journal of Diabetes Investigation, 5(4), 456–463. https://doi.org/10.1111/jdi.12163

Sünger, B.B. (2018). Kadınlarda infertilitenin hayat kalitesine etkilerinin araştırılması. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Hayrunisa Yeşil, Dr.Öğr.Üyesi Nuray Egelioğlu Çetişli).

Swingle, P. (2010). Emotional freedom techniques (EFT) as an effective adjunctive treatment in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment, 2(1), 29-38.

Swingle, P.G., Pulos, L. ve Swingle, M.K. (2004). Neurophysiological indicators of EFT treatment of post traumatic stress. Subtle Energies & Energy Medicine, 15(1), 75-86

Taghvaeinia, A., Dehghani, F., Jobaneh, G.R. ve Nikoo, J.S. (2017). Effectiveness of Existential Psychotherapy on Spiritual Health of Infertile Women, 4 (4), 13-17. http://jhsme.muq.ac.ir/article-1-140-en.html

Takaki, J. ve Hibino,Y. (2014). Family-Related Opinions and Stressful Situations Associated with Psychological Distress in Women Undergoing Infertility Treatment. International Journal of Environmental Research and Public Health, 11(9), 9068–9081. https://doi.org/10.3390/ijerph110909068.

Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). Marital adjustment in infertile women. J Turk Soc Obstet Gynecol; 5(2):105-110.

Temple, G. ve Mollon, P. (2011). Reducing anxiety in dental patients using emotional freedom techniques (EFT): a pilot study. Energy Psychol Theory Res Treat, 3(2), 53-56.

Terzioğlu F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 22(3), 133–141. https://doi.org/10.3109/01674820109049965

The ESHRE Capri Workshop Group. (2009). Intrauterine insemination. Hum Reprod Update, 15(3):265–277. https://doi.org/10. 1093/humupd/dmp003.

The Fertility Society of Australia (FSA). (2018). Andrology Australia. Male Infertility. Erişim Tarihi: (24.05.2021). https://www.healthymale.org.au/files/resources/male_infertility_info_guide_healthy_male_2019.pdf

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). Social science & medicine (1982), 41(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

Tijani, K. H., Oyende, B. O., Awosanya, G. O., Ojewola, R. W., Lawal, A. O. ve Yusuf, A. O. (2014). Scrotal abnormalities and infertility in west African men: A

comparison of fertile and sub-fertile men using scrotal ultrasonography. African Journal of Urology, 20(4), 180–183. https://doi.org/10.1016/j.afju.2014.08.003

Topçu, H.O., Evliyaoğlu, Ö. ve Şahin, Y. (2017). Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır? TJRMS,1(2):104-11 Doi: 10.24074/tjrms.2016-54252.

Tural, N.G. ve Çelik, S.A (2019). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), 91–104. https://doi.org/10.17681/hsp.410980

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA). (2018). [5. Bölüm Doğurganlık]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. Erişim: (24.05.2021).

Uğur, A.S. (2014). İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Erten Yaman).

Ünal, S., Kargın, M. ve Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. [Psychological factors affecting infertile women].TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5),481-486.

Van Dongen, A. J., Kremer, J. A., Van Sluisveld, N., Verhaak, C. M. ve Nelen, W. L. (2012). Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. Human reproduction (Oxford, England), 27(12), 3493–3501. https://doi.org/10.1093/humrep/des324

Van Empel, I.W.H., Nelen, W.L.D.M., Hermens, R.P.M.G. ve Kremer, J.A.M. (2008). Coming soon to your clinic: High-quality ART. Hum Reprod., 23:1242-5. https://doi.org/10.1093/humrep/den094.

Vander Borght, M. ve Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinical biochemistry, 62, 2-10. https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012

Vas, L.S.R. (2020). İyileştiren Nefes Nefesin İyileştirici, Huzur Verici ve Aydınlatıcı Gücünü Kullanmak, Akaşa Yayınları. İstanbul, 9-12.

Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. (2nd ed). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W. ve Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF

treatment. Human reproduction (Oxford, England), 25(5), 1234–1240. https://doi.org/10.1093/humrep/deq054

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Eugster, A., van Minnen, A., Kremer, J. A. ve Kraaimaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. Fertility and sterility, 76(3), 525–531. https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)01931-8

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A. ve Kraaimaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. Journal of behavioral medicine, 28(2), 181–190. https://doi.org/10.1007/s10865-005-3667-0

Vicdan, A.K. ve Karabacak, B.G. (2014). Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4),255-259.

Vizheh, M., Rouhi, M., Veisy, A. ve Pakgohar, M. (2015). Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple based study. Sexuality and Disability, 33(4), 457–468. https://doi.org/10.1007/s11195-015-9417-5

Volmer, L., Rösner, S., Toth, B., Strowitzki, T. ve Wischmann, T. (2017). Infertile Partners' Coping Strategies Are Interrelated - Implications for Targeted Psychological Counseling. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 77(1), 52–58. https://doi.org/10.1055/s-0042-119200

Vural, I.P. ve Aslan, E. (2019). Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. Complementary Therapies in Clinical Practice, 35, 224–231. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.011

Vural, I.P., Körpe G., Aslan, E. (2021). Validity and reliability of the turkish version of screening tool on distress in fertility treatment (SCREENIVF). 1st Hamidiye International Student Congress (HISCON2021), July 23-26.

Vural, I.P., Körpe, G. ve Inangil, D. (2019). Emotional freedom techniques (EFT) to reduce exam anxiety in Turkish nursing students. European Journal of Integrative Medicine, 32. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.101002

Wati,N.M.N., Mirayanti, N.W. ve Juanamasta, I.G. (2019). The Effect of Emotional Freedom Technique Therapy on Nurse Burnout. JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit), 8(3), 173–178. https://doi.org/10.18196/jmmr.83104

Weil, A. (2021). 4 7 8 Breathing, (Erişim Tarihi: 10.07.2021), https://www.drweil.com

Whittier Olerich, K., Summers, K., Lewis, A. M., Stewart, K. ve Ryan, G. L. (2021). Patient identified factors influencing decisions to seek fertility care: adaptation of a wellness model. Journal of Reproductive & Infant Psychology, 39(3), 263–275. https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705263

World Health Organization (2010). WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen. 5th Ed. Geneva: WHO Press. 1-286 p. ISBN: 978 92 4 154778 9.

World Health Organization (2021). Body mass index-BMI, (Erişim Tarihi: 10.07.2021), https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

Yanıkkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 112-121.

Yılmaz, E. ve Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. Perspectives in psychiatric care, 55(3), 378–382. https://doi.org/10.1111/ppc.12319

Yılmaz, F. (2020). Sperm function tests from past to present. J Health Sci Med, 3(1), 71-76 https://doi.org/10.32322/jhsm.660649

Yılmaz, T. (2012). İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul. (Danışman: Doç.Dr.Ümran Oskay).

Yılmaz, T. ve Oskay, Y.Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. HSP, 2(1):100-112.

Ying, L., Wu, L. H. ve Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. Journal of Assisted Reproduction and Genetics: An Official Journal of the American Society for Reproductive Medicine, 33(6), 689-701. https://doi.org/10.1007/s10815-016-0690-8

Yumru, E.D. ve Öndeş, B. (2011). İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. JAREM, 1(2), 57–60.

Zangeneh, F. Z. (2009). Stress and female reproductive system : disruption of corticotropin-releasing hormone/opiate balance by sympathetic nerve traffic. Journal of Family & Reproductive Health, 3(3), 69–76.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., ve ark. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, Human Reproduction, 32(9), 1786-1801.

Zhang, Y., Feng, B., Xie, J. P., Xu, F.Z. ve Chen, J. (2011). Clinical study on treatment of the earthquake-caused post- traumatic stress disorder by cognitive behavior therapy and acupoint stimulation. Journal of Traditional Chinese Medicine, 31(1), 60-63.

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

EK-3: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-4: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF)

EK-5: İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)

EK-6: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği-İsteğe Bağlı Tedavi Modülü (FertiQol)

EK-7: Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Distress Scale-SUD)

EK-8: İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-I

EK-9: İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-II

EK-10: İnfertilite Stresi Ölçeği Kullanım İzni

EK-11: Doğurganlık Sorunu Yaşan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

EK-12: EFT Uygulayıcı Sertifikası (Emotional Freedom Techniques Practitioner)

EK-13: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi-Modül A Katılım Belgesi

EK-14: İnfertilite Hemşireliği Kursu Katılım Sertifikası

EK-15: İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD İzin Yazısı

EK-16: İTF Dekanlık İzin Yazısı

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

Araştırmanın Başlığı: İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisi

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı; Tüp Bebek Tedavi Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisinin belirlenmesidir.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Araştırmaya 80 kadının dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız, 18 yaş üzeri olmanız, en az bir yıldır çocuk sahibi olmamanız, psikiyatrik hastalık öykünüzün olmaması, iletişim kurmaya engel olacak bir durumun olması olmamasıdır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde ilk görüşmede ve son görüşmede size araştırmacı tarafından "Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı, İnfertilite Stresi Ölçeği, Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği " uygulanacaktır. Soruları yanıtlamak ortalama 20–25 dakikanızı alacaktır. Bu sorular, sizin geçmiş ve bugün yaşamış olduğunuz duygu, düşünce ve deneyimleriniz ile ilgilidir. Lütfen, sorulara yanıt verirken size en uygun olan seçeneği belirtiniz. Bu testlerde, "doğru" ya da "yanlış" cevap yoktur. Nasıl cevaplayacağınız hakkında tam emin değilseniz, size en uygun cevabı seçiniz. Çalışmanın amacına ulaşması ve doğru veriler elde edilebilmesi için kimsenin baskısı ve zorlaması olmadan ve size en uygun cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanız önemlidir.

Danışmanlık kapsamında size nefes teknikleri ve duygusal özgürleşme tekniği (EFT) uygulanacaktır. EFT, kişisel negatif duyguların ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıkların iyileştirilmesi sürecini kapsayan; akupresör noktalarına parmak uçlarıyla vuruşlar yaparak ve telkin cümleleriyle duygu bedenine (bilinçaltına) mesaj vererek uygulanan tamamlayıcı, integratif bir tekniktir. EFT vuruşları sırasında vücut doğal olarak Endorfin ve Seratonin hormonları salgılar. Uygulama ortalama 30-40 dakika sürecek olup, eğitimin katılımcıya herhangi bir maddi yükümlülüğü yoktur. Bu çalışma tedavi süreciniz için herhangi bir risk taşımamaktadır. Aksine tedavi sürecindeki stres yönetiminizde pozitif sonuçlar elde edeceği öngörülmektedir.

Araştırmaya katılımınız sizin isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmanız sizi parasal bir sorumluluk altına sokmayacak sizden ya da bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödemesi de yapılmayacaktır. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Eğer araştırma konusuyla ilgili ya da araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgi elde edilirse siz de bilgilendirileceksiniz. Sizden alınan bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu bilgiler sadece yetkili kişiler ve etik kurul tarafından görülecektir. Kamuoyuna açıklanmayacak ve araştırma sonuçlarının bilimsel çalışma olarak yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mervecskn20208@gmail.com e-posta adresi ve 0537 550……02 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. *Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.*

Katılımcının;
Adı-Soyadı: Tarih: İmzası:

Araştırmacının:
Adı-Soyadı: Tarih: İmzası:

Merve KANIĞ

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0537 550……..02

EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Araştırmanın Başlığı: İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisi

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı; Tüp Bebek Tedavi Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisinin belirlenmesidir.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Araştırmaya 80 kadının dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız, 18 yaş üzeri olmanız, en az bir yıldır çocuk sahibi olmamanız, psikiyatrik hastalık öykünüzün olmaması, iletişim kurmaya engel olacak bir durumun olması olmamasıdır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde ilk görüşmede ve son görüşmede size araştırmacı tarafından "Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı, İnfertilite Stresi Ölçeği, Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği ” uygulanacaktır. Soruları yanıtlamak ortalama 20–25 dakikanızı alacaktır. Bu sorular, sizin geçmiş ve bugün yaşamış olduğunuz duygu, düşünce ve deneyimleriniz ile ilgilidir. Lütfen, sorulara yanıt verirken size en uygun olan seçeneği belirtiniz. Bu testlerde, “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Nasıl cevaplayacağınız hakkında tam emin değilseniz, size en uygun cevabı seçiniz. Çalışmanın amacına ulaşması ve doğru veriler elde edilebilmesi için kimsenin baskısı ve zorlaması olmadan ve size en uygun cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanız önemlidir.

Araştırmaya katılımınız sizin isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmanız sizi parasal bir sorumluluk altına sokmayacak sizden ya da bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödemesi de yapılmayacaktır. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Eğer araştırma konusuyla ilgili ya da araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgi elde edilirse siz de bilgilendirileceksiniz. Sizden alınan bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu bilgiler sadece yetkili kişiler ve etik kurul

tarafından görülecektir. Kamuoyuna açıklanmayacak ve araştırma sonuçlarının bilimsel çalışma olarak yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mervecskn20208@gmail.com e-posta adresi ve 0537 550……..02 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı-Soyadı: Tarih: İmzası:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı: Tarih: İmzası:

Merve KANIĞ

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0537 550…….02

EK-3: Tanıtıcı Bilgi Formu

Tarih:_____ /_____/_____

Sayın Katılımcı;

İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Merve KANIĞ

I .Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş : ……..
2. Boy: …….
3. Kilo: ……..
4. Eşinizin Yaşı:…….
5. Eğitim durumunuz
    1. ( ) İlkokul
    2. ( ) Ortaokul
    3. ( ) Lise
    4. ( ) Üniversite
    5. ( ) Yüksek lisans/doktora
6. Eşinizin eğitim durumu
    1. ( ) İlkokul
    2. ( ) Ortaokul
    3. ( ) Lise
    4. ( ) Üniversite
    5. ( ) Yüksek lisans/doktora
7. Aile tipinizi;

    1 ( ) Çekirdek aile
    2 ( ) Kadının ailesi ile
    3 ( ) Kocanın ailesi ile
8. Çalışıyor musunuz?
    1. ( ) Evet
    2. ( ) Hayır
9. Çalışıyorsanız mesleğinizi belirtiniz

    ……
10. Çalışıyorsanız işyerinizden tedavi için izin almakta güçlük çekiyor musunuz?

    1 ( ) Evet
    2 ( ) Hayır

11. Sosyal Güvence durumunuz?
    1. ( ) Emekli sandığı
    2. ( ) SSK
    3. ( ) Bağkur
    4. ( ) Yeşil kart
    5. ( ) Özel
    6. ( ) Yok
12. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
    1. ( ) Geliri giderinden az
    2. ( ) Geliri giderine denk
    3. ( ) Geliri giderinden fazla
13. Evlenme şekliniz
    1. ( ) Görücü usulü-istemeden
    2. ( ) Görücü usulü-isteyerek
    3. ( ) Kendisi tanışıp anlaşarak
14. Kaçıncı evliliğiniz? …….
15. Kaç yıllık evlisiniz? …….

II.Genel Sağlık Öyküsü

16. Sigara kullanıyor musunuz?
    1. ( ) Evet ise günde kaç adet:…….
    2. ( ) Hayır
17. Alkol kullanıyor musunuz?
    1. ( ) Evet ise miktar:…….
    2. ( ) Hayır
18. Devamlı kullanılan ilaç var mı?
    1. ( ) Evet ise süre:…….
    2. ( ) Hayır
19. Kronik hastalığınız var mı?
    1.( ) Evet ise yazınız:……..
    2.( ) Hayır
20. Klinikteki tıbbi tanısı: ……..
21. Geçirilmiş genital/pelvik cerrahi var mı?
    1. ( ) Evet ise operasyonun adını yazınız ……..……
    2. ( ) Hayır

III.Obstertik ve Jinekolojik Öyküsü

22. Menarşınız (ilk adet kanaması) yaşı:…….
23. Mensturasyonunuz düzenli mi?
    1.( ) Evet ise yazınız
    2.( ) Hayır
24. Daha önce geçirilmiş üreme sistemi rahatsızlığınız var mı?
    1.( ) Evet ise yazınız:……..
    2.( ) Hayır
25. Herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı?
    1.( ) Evet ise yazınız:……..
    2.( ) Hayır
26. Gebelik sayısı ……
27. Düşük sayısı…….....
28. Doğum sayısı……
29. Yaşayan çocuk sayısı……..
30. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? ……. Ay
31. İnfertilite tanısını ne kadar süre önce aldınız? …….. ay
32. Çocuk sahibi olamama nedeniniz nedir?
    1. ( ) Kendim
    2. ( ) Eşim
    3. ( ) Her ikimizden
    4. ( ) Nedeni belirlenemedi
33. Ailenizde ya da eşinizin ailesinde infertil olan kişiler var mı?
    1. ( ) Evet ise yazınız:……..
    2 .( ) Hayır
34. Daha önce infertilite tedavisi aldınız mı?
    1. ( ) Evet
    2. ( ) Hayır
35. Evet ise kaç defa ……
36. Hangi tedavileri aldınız?
    1. ( ) Aşılama ….
    2. ( ) Tüp bebek ……
    3. ( ) Cerrahi ……..
37. Daha önceki infertilite tedavisi sonrasında hiç gebe kaldınız mı?
    1) Hayır
    2) Evet ise sonucu a) ölü doğum
       b) düşük
       c) dış gebelik
       e) diğer .....

38. Tedavi süreci ile ilgili düşüncelerinizi nasıl değerlendirirsiniz?
    1. ( ) Olumlu
    2. ( ) Olumsuz
    3. ( ) Emin değilim

39. Çocuk sahibi olmadığınızı ve tedavi sürecinizi aile yakınları ile paylaştınız mı?
    1. ( ) Evet
    2. ( ) Hayır ise yazınız

EK-4: Sosyal Duygusal Kapasite Ölçüm Aracı (SCREENIVF)

Aşağıda kendinizi tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. ***Son 1 haftalık sürede*** *size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.*				
	Hiç (1)	**Ara sıra (2)**	**Çoğunlukla (3)**	**Her zaman (4)**
1. Kendimi iyi hissediyorum.				
2. Durumumdan memnunum.				
3. Gerçekten önemli omayan şeyler hakkında çok endişeleniyorum.				
4. Mutluyum.				
5. Rahatsız edici düşünceler beni sıkıntıya sokuyor.				
6. Kendimi güvende hissediyorum.				
7. Halimden memnunum.				
8. Durup dururken aklıma gelen düşünceler bana rahatsızlık veriyor.				
9. Yaşadığım hayal kırıklıklarını çok ciddiye alıyorum ve aklımdan çıkaramıyorum.				
10. Şu an ki sıkıntılarımı düşündüğümde çok gergin ve endişeli oluyorum.				
Aşağıda sosyal ilişkilerinize dair ifadeler bulunmaktadır. ***Son 6 ay içinde*** *sosyal ilişkilerinizi düşündüğünüzde size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.*				
11. Gergin veya kaygılı hissettiğimde, bana destek olan birisi var.				
12. Güzel bir şey yaşadığımda, bunu paylaşabildiğim birisi var.				
13. Ağrım olduğunda, beni rahatlatan birisi var.				
14. Üzgün olduğumda, paylaşabildiğim birisi var.				
15. Tek başıma yapamadığım işlerde, bana yardımcı olan birisi var.				

Aşağıda çocuk sahibi olma problemleriyle ilgili çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.				
	Hiç Katılmıyorum	**Kısmen Katılıyorum**	**Çoğunlukla Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
16. Çocuk sahibi olamama yüzünden benim için en önemli şeyleri yapamıyorum.				
17. Çocuk sahibi olamamanın beraberinde getirdiği sonuçların üstesinden gelebilirim.				
18. Çocuk sahibi olamama ile yaşamayı öğrendim.				
19. Çocuk sahibi olamama tüm hayatımı kontrol ediyor.				
20. Çocuk sahibi olamama bazen kendimi işe yaramaz hissettiriyor.				
21. Çocuk sahibi olamama nedeniyle hayatımı eksik hissediyorum.				
22. Çocuk sahibi olamama benim için önemli olan her şeyi etkiliyor.				
23 Çocuk sahibi olamama problemi çözülmese de üstesinden gelebilirim.				
24. Çocuk sahibi olamama nedeniyle çaresiz hissediyorum.				
25. Çocuk sahibi olamama ile ilgili problemlerimle iyi şekilde başedebilirim.				

	Bu bölüm, birlikte gruplandırılmış ifadelerden oluşmaktadır. Her bir grupla ilgili, ***son 1 haftalık sürede*** *hissettiklerinize en uygun ifadeye işaret koyunuz seçiniz.*	
26		Mutlu hissediyorum.
		Üzgün hissediyorum.
		Sürekli üzgün hissediyorum ve bundan kurtulamıyorum.
		O kadar üzgün ve mutsuzki artık dayanamıyorum.

27		Kendimi çok başarılı hissediyorum.
		Diğer insanlara göre kendimi daha başarısız hissediyorum.
		Geçmişe baktığımda bir çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
		Kendimi tamamen başarısız hissediyorum.

28		Kendimi hayal kırıklığına uğratmış hissetmiyorum.
		Kendim ile ilgili hayal kırıklığı hissediyorum.
		Kendimden tiksiniyorum.
		Kendimden nefret ediyorum.

EK-5 İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)

Sayın katılımcı İnfertilite sorunu olan kadınların yaşadıkları stresi belirlemek amacıyla bir çalışma yapıyoruz. Aşağıda bireylerin infertiliteyle ilgili streslerini tanımlayan ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeleri samimiyetle yanıtlamanızı rica ederiz. Tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Lütfen aklınıza ilk gelen cevabı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz

	Tamamen katılıyorum (1)	**Biraz katılıyorum (2)**	**Kararsızım (3)**	**Biraz katılmıyorum (4)**	**Kesinlikle Katılmıyorum (5)**
1.İnfertilite sorunu yüzünden hayatım alt üst oldu					
2.İnfertilite sorunuyla uğraşmak benim için çok stresli					
3.Çocuğumuzun olmaması ilişkimizde krize neden oldu					
4.Çocuğumuzun olmaması boşanmayı düşünmemize neden oldu					

İnfertilite sorununuz aşağıdaki durumlar üzerine ne kadar stres yükledi?	**Çok Fazla (1)**	**Biraz (2)**	**Az (3)**	**Hiç (4)**
5.Evliliğinize/ilişkinize				
6. Cinsel yaşamınıza				
7.Kendi ailenizle ilişkinize				
8.Eşinizin ailesiyle ilişkinize				
9.Arkadaşlarınız ile ilişkinize				
10. İş arkadaşlarınız ile ilişkinize				
11.Çocukları olan insanlar ile ilişkinize				
12. Gebe kadınlar ile ilişkinize				
13. Fiziksel sağlığınıza				
14. Ruh sağlığınıza				

EK-6: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQOL)

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

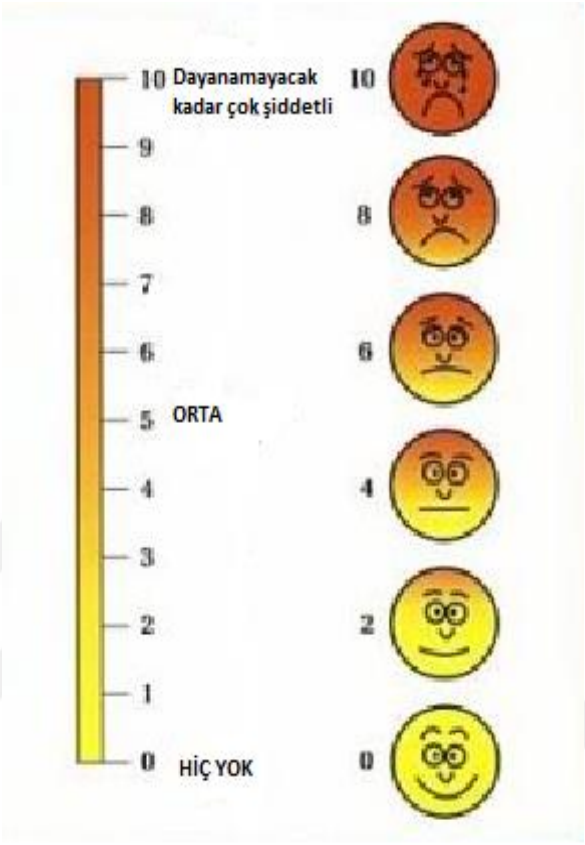
Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere başladınız mı? Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		**Her zaman**	**Çoğu Zaman**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir Zaman**
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?					
T2	İstediğiniz tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?					
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		**Fazlasıyla**	**Çok**	**Ortalama**	**Biraz**	**Hiç**
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?					
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?					
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?					
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?					
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		**Hiç Memnun Değilim**	**Memnun Değilim**	**Ne memnunum, ne memnun değilim**	**Memnunum**	**Çok Memnunum**
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?					
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?					
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?					
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?					

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicin

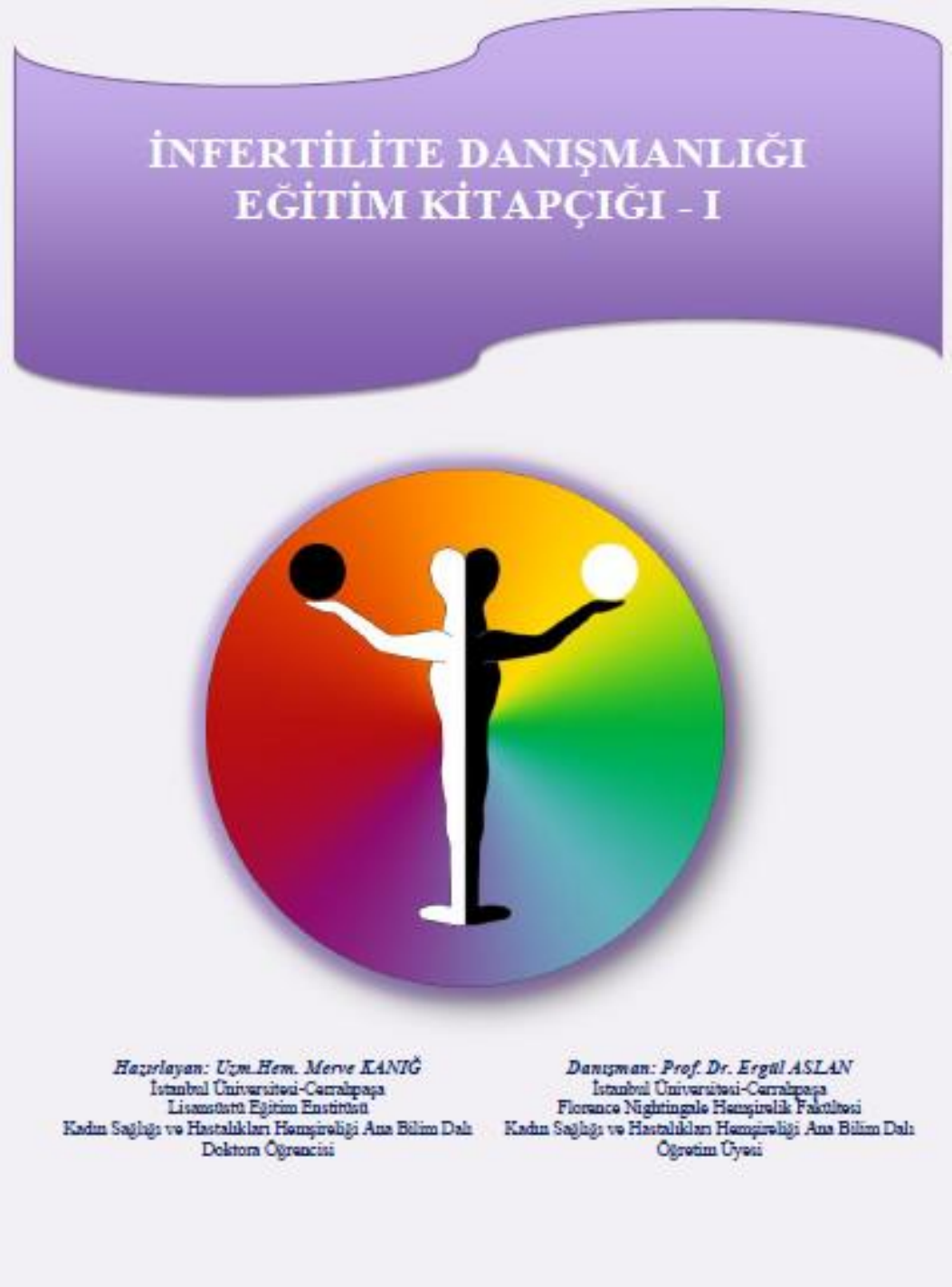
EK-7: Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD)

Stresinizi 0'dan 10'a kadar puanladığınızda kaç puan verirsiniz? İşaretleyiniz. (0 hiç yok, 10 dayanamayacak kadar çok)



	UYGULAMA ÖNCESİ	UYGULAMA SONRASI
II. İZLEM		
IV. İZLEM		
V. İZLEM		

EK-8: İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-I



Değerli Kadınlar,

Üreme insan yaşamındaki en önemli ve en temel ihtiyaçlardan birisidir. Planlanan zamanda ve istenildiği anda çocuk sahibi olabilmek her çiftin temel arzusudur. Bazen çocuk sahibi olabilmek zaman alabilir veya çeşitli testlere ve tedavilere ihtiyaç duyulabilir. Bu süreç birçok açıdan zorluklar içermektedir.

Çocuk sahibi olamamak (infertilite) eşlerin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla duygusal sorunlar yaşamaktadır. İnfertilite durumunda kadın tedavinin yüksek maliyetine bağlı ekonomik zorluklar, tedavi sürecinde işten ayrı kalma, tedavi sonucunda gebelik olmaması endişesi, duygusal ve ruhsal destek eksikliği, stres, anksiyete, depresyon ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi durumlar yaşamaktadır.

Sağlık çalışanları tanı testleri ve tedavi sürecine uyumu artırmak için eşlerin yaşadığı zorluklarla başa çıkmalarına destek olması gerekmektedir. Gerek sağlık çalışanlarının desteği gerekse bireysel öğrenim ve deneyimler sonucunda başa çıkma yöntemleri kolaylıkla kullanılır hale gelinir.

Hazırlanmış olan bu kitapçık infertiliteyi her yönü ile açıklamaktadır. Size destek olacağına ve yaşantınızın daha iyi olmasına katkıda bulunacağına inanıyoruz.

Msc. Merve KANIĞ
Prof.Dr. Ergül ASLAN

İçindekiler *Sayfa*

Giriş..... 4

İnfertilite Nedir?..... 5

İnfertilite Tipleri..... 5

İnfertilitenin Görülme Sıklığı..... 5

Doğurganlık Koşulları..... 6

İnfertiliteyi Etkileyen Faktörler..... 7

İnfertilite Tanı Testleri..... 10

İnfertilite Tedavi Süreci..... 12

Tüp Bebek (IVF) Yapılmasını Gerektiren Durumlar..... 13

Tüp Bebek Tedavi Süreci Neleri Kapsar?..... 13

Kaynaklar..... 18

EK-9: İnfertilite Danışmanlığı Eğitim Kitapçığı-II

İNFERTİLİTE DANIŞMANLIĞI EĞİTİM KİTAPÇIĞI-II



Hazırlayan: Uzm.Hem. Merve KANIĞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doktora Öğrencisi

Danışman: Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim
Dalı Öğretim Üyesi

Değerli Kadınlar,

İnfertilite, her iki birey için karmaşık bir kriz dönemidir. İnfertilite tanısı alınmasından tedavi sonuçlanana kadar ki süreçte bireylerin duygu durumlarında değişiklikler görülmektedir. Hem psikolojik yönden tehdit edici hem de ekonomik yönden de pahalı tanı ve tedavi gerektiren işlemler olması açısından, çiftlerde stres yaratmaktadır. Bilimsel çalışmalar göstermektedir ki kadınların bu süreçte erkeklerden daha fazla anksiyete, stres ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir.

İnfertilite, çocuk isteyen eşler açısından, evliliğin içinde stresli ve ilişkiyi yıpratan bir durumdur. Kişilerin infertilite sorunu ile başa çıkmalarını; kişilik özellikleri, birey tarafından infertilitenin algılanış şekli, ortaya çıkan olayın zamanı, olaya yüklenen anlam, kişinin bu sürece hazır olmaması, stresli bir kişilik yapısı, uygun başa çıkma yöntemlerini bilmemesi veya uygulayamaması ve çevresinde yakınlarından gördükleri destek etkileyebilir.

İnfertilite stresi ile baş etmede etkisiz/etkili, farklı yöntemler kullanılır. "İnfertilite Danışmanlığı Kitapçığı-II"de stresle başa çıkma yöntemlerine detaylı olarak yer verilmiştir.

Unutmayın ki; kazanmanın anahtarı stres altındaki duruşunuzdur(Paul Brown)

Msc. Merve KANIĞ
Prof.Dr. Ergül ASLAN

İçindekiler *Sayfa*

İnfertilite ve Stres..... 4

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri..... 5

Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) Nedir?..... 6

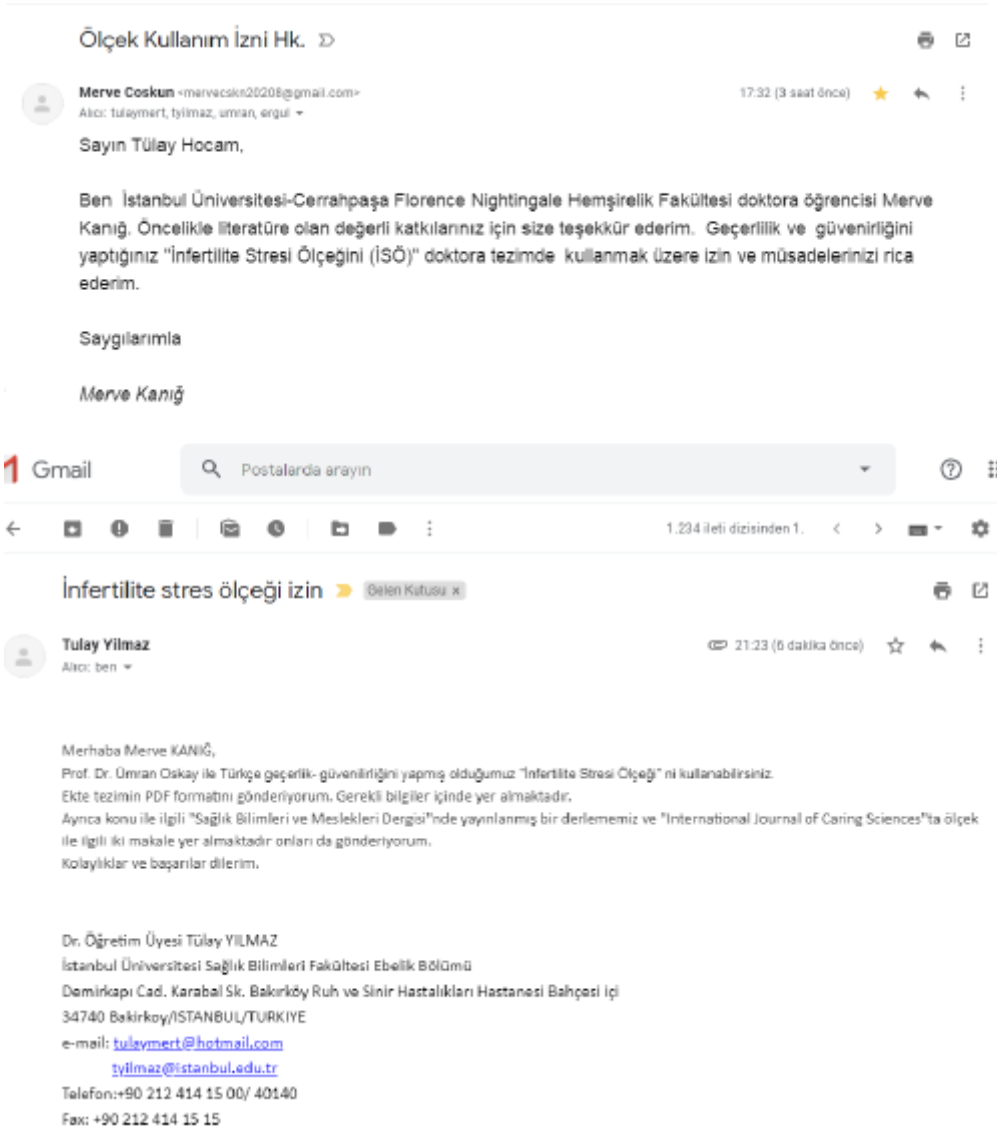
EFT Turu (Temel Reçete) Uygulama..... 7

Nefes Egzersizleri..... 11

Karın Nefesi..... 12

Rahatlatıcı Nefes (4-7-8 Tekniği)..... 13

EK-10: İnfertilite Stresi Ölçeği Kullanım İzni



Ölçek Kullanım İzni Hk.

Merve Coskun <mervecskn2020@gmail.com> 17:32 (3 saat önce)
Alıcı: tulaymert, tyilmaz, umran, ergul

Sayın Tülay Hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Merve Kanığ. Öncelikle literatüre olan değerli katkılarınız için size teşekkür ederim. Geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız "İnfertilite Stresi Ölçeğini (İSÖ)" doktora tezimde kullanmak üzere izin ve müsadelerinizi rica ederim.

Saygılarımla

Merve Kanığ

Gmail Postalarda arayın

1.234 ileti dizisinden 1.

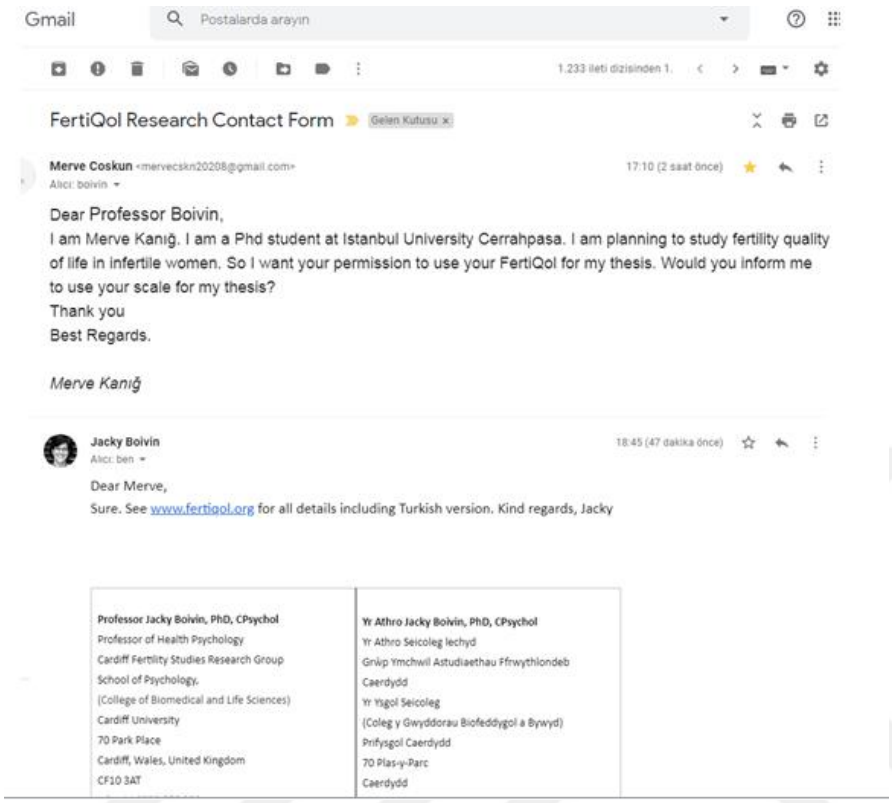
İnfertilite stres ölçeği izin Gelen Kutusu ×

Tulay Yilmaz 21:23 (6 dakika önce)
Alıcı: ben

Merhaba Merve KANIĞ,
Prof. Dr. Ümran Oskay ile Türkçe geçerlik- güvenirliğini yapmış olduğumuz "İnfertilite Stresi Ölçeği" ni kullanabilirsiniz.
Ekte tezimin PDF formatını gönderiyorum. Gerekli bilgiler içinde yer almaktadır.
Ayrıca konu ile ilgili "Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi"nde yayınlanmış bir derlememiz ve "International Journal of Caring Sciences"ta ölçek ile ilgili iki makale yer almaktadır onları da gönderiyorum.
Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

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

EK-11: Doğurganlık Sorunu Yaşan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni



Gmail

Postalarda arayın

1.233 ileti dizisinden 1.

FertiQol Research Contact Form — Gelen Kutusu

Merve Coskun <mervecskn20208@gmail.com> — 17:10 (2 saat önce)
Alıcı: boivin

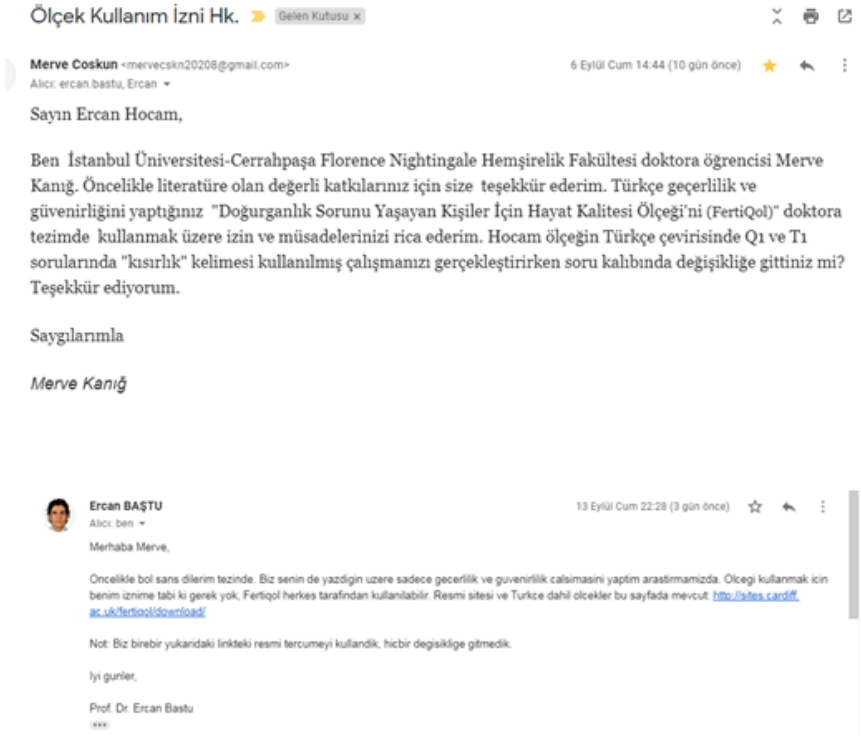
Dear Professor Boivin,
I am Merve Kanığ. I am a Phd student at Istanbul University Cerrahpasa. I am planning to study fertility quality of life in infertile women. So I want your permission to use your FertiQol for my thesis. Would you inform me to use your scale for my thesis?
Thank you
Best Regards.

Merve Kanığ

Jacky Boivin — 18:45 (47 dakika önce)
Alıcı: ben

Dear Merve,
Sure. See www.fertiqol.org for all details including Turkish version. Kind regards, Jacky

Professor Jacky Boivin, PhD, CPsychol Professor of Health Psychology Cardiff Fertility Studies Research Group School of Psychology, (College of Biomedical and Life Sciences) Cardiff University 70 Park Place Cardiff, Wales, United Kingdom CF10 3AT	**Yr Athro Jacky Boivin, PhD, CPsychol** Yr Athro Seicoleg Iechyd Grŵp Ymchwil Astudiaethau Ffrwythlondeb Caerdydd Yr Ysgol Seicoleg (Coleg y Gwyddorau Biofeddygol a Bywyd) Prifysgol Caerdydd 70 Plas-y-Parc Caerdydd



Ölçek Kullanım İzni Hk. — Gelen Kutusu

Merve Coskun <mervecskn20208@gmail.com> — 6 Eylül Cum 14:44 (10 gün önce)
Alıcı: ercan.bastu, Ercan

Sayın Ercan Hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Merve Kanığ. Öncelikle literatüre olan değerli katkılarınız için size teşekkür ederim. Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız "Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'ni (FertiQol)" doktora tezimde kullanmak üzere izin ve müsadelerinizi rica ederim. Hocam ölçeğin Türkçe çevirisinde Q1 ve T1 sorularında "kısırlık" kelimesi kullanılmış çalışmanızı gerçekleştirirken soru kalıbında değişikliğe gittiniz mi? Teşekkür ediyorum.

Saygılarımla

Merve Kanığ

Ercan BAŞTU — 13 Eylül Cum 22:28 (3 gün önce)
Alıcı: ben

Merhaba Merve,

Öncelikle bol sans dilerim tezinde. Biz senin de yazdigin uzere sadece gecerlilik ve guvenirlilik calsimasini yaptim arastirmamizda. Olcegi kullanmak icin benim iznime tabi ki gerek yok, Fertiqol herkes tarafından kullanilabilir. Resmi sitesi ve Turkce dahil olcekler bu sayfada mevcut http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/download/

Not: Biz birebir yukaridaki linkteki resmi tercumeyi kullandik, hicbir degisiklige gitmedik.

Iyi gunler,

Prof. Dr. Ercan Bastu

EK-12: EFT Uygulayıcı Sertifikası (Emotional Freedom Techniques Practitioner)



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SÜREKLİ EĞİTİM MERKEZİ

EFT UYGULAYICI SERTİFİKASI
(Emotional Freedom Techniques Practitioner)

TC KİMLİK NO	DOĞUM TARİHİ	SERTİFİKA NO
40135543768	05.02.1991	13704

Yukarıda açık kimliği yazılı **MERVE KANIĞ**, 05.08.2019 - 10.08.2019 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezince düzenlenen 20 saatlik **EFT (Emotional Freedom Techniques) Uygulayıcı** programını başarıyla tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Berna TÜRKÖVER
Kişisel ve Kurumsal Gelişim
Master Eğitmeni

Doç. Dr. Can Tansel KAYA
Yeditepe Üniversitesi
Sürekli Eğitim Merkezi Müdürü

EK-13: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi-Modül A Katılım Belgesi



KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ EĞİTİMİ

KATILIM BELGESİ

Sayın **Merve Kanığ**

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği'nin
2-3 Kasım 2019 tarihlerinde düzenlemiş olduğu 16 saatlik
"Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi, Modül 1 (A Düzey)"
eğitimine katılmıştır.

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği Başkanı

EK-14: İnfertilite Hemşireliği Kursu Katılım Sertifikası



ACIBADEM

7. Kadın Doğum GÜNLERİ

28-30 Mart 2019, Wyndham Grand Levent Otel - İstanbul

İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ KURSU
KATILIM SERTİFİKASI

MERVE KANIĞ

28 Mart 2019 tarihinde,
Wyndham Grand Levent Otel, İstanbul'da düzenlenen
7. Acıbadem Kadın Doğum Günleri
İnfertilite Hemşireliği Kursu'na katılmıştır.

Nezihe Kızılkaya Beji
Kurs Koordinatörü

EK-15: İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD İzin Yazısı

EK-16: İTF Dekanlık İzin Yazısı

ETİK KURUL KARARI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye ve İyilik Haline Etkisi			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doktora Öğrencisi Merve Kanığ			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Ergül Aslan			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalı İnfertilite Kliniği			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Topkapı Mahallesi, Turgut Özal Millet Cd, 34093 Fatih/İstanbul			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐ DOKTORA TEZİ ☒ YÜKSEK LİSANS TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐ YANDAL UZMANLIK TEZİ ☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☐ Anket çalışması ☐ Retrospektif (geriye dönük) araştırma ☒ Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma ☐ Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma ☒ Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma ☐ Vücut fizyolojisi çalışması ☐ Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma ☐ Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması			
		DİĞER ☐	Diğer ise belirtiniz:		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	DİĞER			Açıklama:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İN VİTRO FERTİLİZASYON (IVF) SÜRECİNDEKİ KADINLARA VERİLEN DANIŞMANLIĞIN DUYGUSAL KAPASİTEYE VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%20	%20	%9	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
2	endoskopi.tgv.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	pdfs.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	%1
4	www.kolorektalcerrahi.com İnternet Kaynağı	<%1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
7	onlinelibrary.wiley.com İnternet Kaynağı	<%1
8	link.springer.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve		**Soyadı**	KANIĞ
Doğ.Yeri				
Uyruğu			**TC Kim No**	
Email			**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2021
Yük.Lis.	Koç Üniversitesi Hemşirelik (Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)	2016
Lisans	Acıbadem Üniversitesi-Hemşirelik	2013
Lise	Rami Atatürk Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1. Stajyer Hemşire	Maslak Acıbadem Hastanesi	2010-2013
2. Hemşire	Maslak Acıbadem Hastanesi	2013-2014
3. Klinik Eğitmen	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	2014-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası ve Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Taşkıran Eskici, G., **Kanig, M.,** Ugur, E., Seren Harmancı, A.K. The Turkish Version of the Patient Safety Competency Self-Evaluation Tool: A Validity and Reliability Study, Nurse Education in Practice. 2021. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103229

2. **Kanığ, M.,** Güngör Satılmış, İ. İnfertilite Danışmanlığında Birey, Çift ve Grup Girişimlerinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: Sistematik Derleme. Archives of Health Science and Research, 2021; 8(3):223-233. https://doi.org/10.5152/ArcHealthSciRes.2021.20085

3. Kan Öntürk, Z., **Kanığ, M.,** Aslan, E., Kuğuoğlu, S. Reflection of Learning Styles on Students' Anxiety and Learning Levels in Simulation Education: An Obstetrics and Neonatology Nursing Experience. Florence Nightingale Journal of Nursing, 2021; 29 (2):186-193. https://doi.org/10.5152/FNJN.2021.19173

4. Ocaktan, N., Uslu, Y., **Kanig, M**., Ünver, V., Karabacak, Ü. The Timing Of Simulation-Based Scenario Implementation In Patient Safety Education: The Example Of The Operating Room. Clinical Simulation in Nursing, 2020; 48:80-88 https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.08.012

5. **Kanığ, M.,** Eroğlu, K."Investigation of the Relationship Between the Level of Perceived Social Support and Healthy Lifestyle Behaviors of Pregnant Women" Journal of Psychiatric Nursing,2020; https://doi.org/10.14744/phd.2020.89156.

6. **Kanığ, M.,** Eroğlu, K. "Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16 (2):125-133.

Kitap Bölüm Yazarlığı (Ulusal)

1. **Kanığ, M.,** Şahin, N.H. "Jinekolojik Kanserler". Jinekoloji Hemşireliği. Şahin N. (Ed.). (ss:143-158). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2019, ISBN: 978-605-258-589-4

2. Karabacak, Ü., **Kanığ, M.** "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı". Sağlık Bilimlerinde Simülasyon- Kavramdan Uygulamaya. Karabacak Ü, Uğur E (Eds). (ss:9-15). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2019, ISBN: 978-605-335-461-1.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. **Coşkun, M.,** Eroglu, K.(2018). Gebelikte Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. I.Uluslararası ve II.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul (Sözel Bildiri).

2. **Coskun M.,** Aslan E., Ünver V., Karabacak Ü., "Postpartum Hemoraji Yönetiminde Gerçeklik Düzeyi Yüksek Alanda Simülasyon: Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Öncesi ve Sonrası Uygulama Sonuçları", Internationale Congress of Black Sea Nursing Education (ICOBNE), Samsun, Türkiye, 12-13 Ekim 2017, pp.020-020 (Sözel Bildiri).

3. Kan Öntürk Z, **Coskun M**, Aslan E, Kuğuoğlu S. Reflection of Learning Styles on Anxiety and Level of Learning in Simulation Based Learning: An Experience Specific For a Variety of Nursing Science Branches, HPSN UK 2017 (Sözel Bildiri)

4. Yıldız, H., **Kanığ , M.,** Uğur, E., & Karabacak, Ü., (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumları Arasındaki İlişki . 5.Ulusal 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi (pp.104). Antalya, Turkey

5. Yalin, H., Karabacak, U., Yilmaz, E., **Coskun, M.** (2014). Our One Year Experience With CASE:What has changed in the Fundamentals of Nursing curriculum?. HPSN Europe, Istanbul. (Poster Presentation - 05)

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. Arıkan, H.C., Peker, Ş., Yıldırım, S., **Coşkun, M.** (2017). Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin (X ve Y Kuşakları) Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul (Sözel Bildiri-S52)

2. Uğur, E., Yılmaz Coşkun, E., Uslu, Y., **Coşkun, M.,** Kocatepe, V., Ateş, E., Ocaktan, N., Karabacak, Ü. (2016). Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Simüle ve Gerçek Hasta Bakım Ortamına İlişkin Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma. 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Bodrum, 25-27 Mayıs.(Sözel Bildiri-0263).

3. **Coşkun, M**., Sayın, S.A., Akbayrak, H., (2017). Kuşaklararası Hemşirelikte Örgütsel Bağlılık 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul (Poster Bildiri-P183).

4. Aslan, E., Esencan, T., **Coşkun, M.** (2016). Gebelik ve Lohusalık Döneminde Alt Üriner Sistem Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi, Ankara. (Poster Bildiri-PP-037).

5. Ulus, B., **Coşkun, M.** (2016). Simülasyon Temelli Eğitim Planı Nasıl Yapılır? 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-097).

6. **Coşkun, M**., Şancı, Y., Arabacı, N., Çan, G.S., Uğur, Z. (2016). Bir Vakıf Üniversitesinde Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Simülasyon Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. 15.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-199).

7. Şancı, Y., **Coşkun, M.,** Ersoy, F., Albayrak, E. (2016). Simülasyon Eğitimi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Kaynaklarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-200).

8. **Coşkun, M.,** Akbayrak, H., Sayın, S.A (2016). Elektronik Hasta Kayıtlarının Hasta Güvenliği ve Hemşirelik İle İlişkilendirilmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-201).

Serifika ve Kurslar

1. "EFT Uygulayıcı Sertifikası (Emotional Freedom Techniques Practitioner)" Yeditepe Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi-2019
2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi- Modül A, PSİMED: Psikiyatri, Psikoloji ve Psikoterapi Merkezi-2019
3. İnfertilite Hemşireliği Kursu, 7. Acıbadem Kadın Doğum Günleri-2019
4. Medikal Simülasyon Eğitici Eğitimi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, CASE-2020
5. Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Cinsel Sağlık ve Psikososyal Yaklaşımlar Kursu, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-2014

Mesleki İlgi Alanları: Kadın Sağlığı, Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı, İnfertilite, Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, pilates, kitap okuma