T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

İNFERTİL KADINLARDA İNFERTİLİTE KAYNAKLI STRESİN YAŞAM DOYUMU VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

DUYGU DİŞLİ ÇETİNÇAY

DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY

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

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 14.06.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı , Kadın sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı ,Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

TEZ JÜRİSİ

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

Dr. Öğt. Üyesi Meltem KAYDIRAK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze FIŞKIN
Marmara Üniversitesi
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.

Duygu Dişli Çetinçay

İTHAF

Beni her daim destekleyen biricik aileme ve çok sevgili eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tezimin başından sonuna kadar her adımda bana destek olan, yoluma ışık tutan ve kıymetli görüşleriyle hayatımda hiç unutmayacağım izler bırakan çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ümran Oskay'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni bilgi ve birikimleriyle geliştiren; sevgi ve anlayışla yetiştiren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Nevin Şahin'e, Prof. Dr. Ergül Aslan'a, Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış'a ve Dr. Öğr. Üye. Meltem Mecdi Kaydırak'a,

Tezimin veri toplama aşamasında bana gösterdikleri cana yakın ev sahiplikleri için çok sevgili İnfertilite Polikliniği çalışanlarına,

Bu süreçte beni motive eden ve her zaman destek olan biricik annem ve babam Zehra ve Hasan Dişli'ye, sevgili ablam Burcu Dişli'ye, canım eşim Şakir Çetinçay'a ve bana yol gösteren değerli meslektaşlarım Dr. Öğr. Üye. Özden Tandoğan'a ve Arş. Gör. Zehra Acar'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. İnfertilite Tanımı 3
2.2. İnfertilite Epidemiyolojisi 3
2.3. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler 4
2.4. İnfertilite Etiyolojisi 5
2.4.1. Kadına Ait Faktörler 5
2.4.2. Erkeğe Ait Faktörler 6
2.4.3. Açıklanamayan İnfertilite 8
2.5. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi 8
2.5.1. Kadında İnfertilite Değerlendirilmesi 8
2.5.2. Erkekte İnfertilite Değerlendirilmesi 9
2.6. İnfertilite Tedavi Yöntemleri 10
2.6.1. Over Stimülasyonu (OS) 11
2.6.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI) 11
2.6.3. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT) 12
2.6.4. İn Vitro Fertilizasyon (IVF) 12
2.6.5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) 12
2.7. İnfertilite Krizi 13
2.8. İnfertilitenin Etkileri 13
2.8.1. Sosyokültürel Etkiler 13

2.8.2. Psikolojik Etkiler 14
2.8.3. Evlilik ve Cinselliğe İlişkin Etkiler.....15
2.8.4. Ekonomik Etkiler 16
2.9. İnfertilite ve Stres.....16
2.10. İnfertilite ve Yaşam Doyumu.....18
2.11. İnfertilite ve Başa Çıkma 19
2.12. İnfertilitede Hemşirelik Yaklaşımı 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....24
3.1. Araştırmanın Amacı.....24
3.2. Araştırmanın Tipi.....24
3.3. Araştırma Soruları.....24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 24
3.5. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Zaman 25
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....25
3.7. Verilerin Toplanması 26
3.8. Veri Toplama Araçları 27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....30
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....30
4. BULGULAR.....32
4.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular 33
4.2. İnfertil Kadınların DSE, YDÖ ve BÇTDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular 37
4.3. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile DSE, YDÖ ve BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 39
4.4. DSE Puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular49
5. TARTIŞMA 51
5.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 52
5.2. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile DSE Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....55
5.3. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile YDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....59

5.4. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....60
5.5. DSE Puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması 63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....65
KAYNAKLAR.....68
FORMLAR.....85
ETİK KURUL KARARI.....98
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....100
ÖZGEÇMİŞ.....101

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: DSÖ semen analizi için kabul edilen referans değerlerinin alt sınırları 7
Tablo 3-1: Ölçeklerin güvenilirlik analizi 30
Tablo 4-1: İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri..... 33
Tablo 4-2: İnfertil kadınların evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri 34
Tablo 4-3: İnfertil kadınların DSE puanlarına ilişkin bulgular..... 37
Tablo 4-4: İnfertil kadınların YDÖ puanlarına ilişkin bulgular 37
Tablo 4-5: İnfertil kadınların BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular..... 38
Tablo 4-6: İnfertil kadınların sosyodemografik, obstetrik, evlilik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular..... 39
Tablo 4-7: İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile YDÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular..... 44
Tablo 4-8: İnfertil kadınların DSE ve YDÖ puanlarının arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular 49
Tablo 4-9: İnfertil kadınların DSE ve BÇTDÖ puanlarının arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular..... 49

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DSE: Doğurganlık Sorunu Envanteri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E_2: Estradiol

ESHRE: Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyoloji Derneği (European Society of Human Reproduction and Embryology)

ET: Embriyo Transferi

FSH: Folikül Stimülan Hormon

GIFT: Gamet İntrafallopian Transfer

HSG: Histerosalpingografi

ICSI: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

IUI: İntrauterin İnseminasyon

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

LH: Luteinizan Hormon

OS: Over Stimülasyonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

ZIFT: Zigot İntrafallopian Transfer

ÖZET

Dişli Çetinçay, D. (2022). İnfertil Kadınlarda İnfertilite Kaynaklı Stresin Yaşam Doyumu ve Başa Çıkma Tutumları Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, infertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu çalışma Mart 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet hastanesinin infertilite polikliniğine başvuru yapan 202 infertil kadın ile gerçekleştirildi. Çalışmanın verileri yüz yüze görüşme yoluyla Kişisel Bilgi Formu, Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE), Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılarak toplandı. İnfertil kadınların global infertilite stresinin ortalamasının 131,10±31,49 olduğu ve katılımcıların çoğunun orta düzeyde strese sahip olduğu belirlendi. İnfertil kadınların toplam yaşam doyumu puanının ortalamasının 24,96±6,33 olduğu bulundu. İnfertil kadınların en fazla duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını (61,21±8,83) kullandıkları saptandı. İnfertil kadınların yaş, eğitim durumu, gelir durumu gibi bazı özellikleri ile infertilite kaynaklı stres düzeyleri, yaşam doyumu düzeyleri ve kullanılan başa çıkma tutumları arasında anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,05$). Ebeveyn olma ihtiyacı haricindeki tüm DSE alt boyut puanları ve toplam DSE puanı ile toplam YDÖ puanı arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). Toplam DSE puanı ve DSE'nin cinsel kaygı, ilişkiler kaygısı ve çocuksuz yaşamın reddi alt boyut puanları ile BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Çalışma sonucunda infertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres düzeyi arttıkça yaşam doyumunun azaldığı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanıldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Kadın, İnfertilite Kaynaklı Stres, Yaşam Doyumu, Başa Çıkma Stratejileri.

ABSTRACT

Dişli Çetinçay, D. (2022). The Effect of Infertility-related Stress on Life Satisfaction and Coping Attitudes in Infertile Women. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies. Department of Women Health and Diseases Nursing. Master's Dissertation. İstanbul.

This study was conducted to examine the relationship between infertility-related stress, life satisfaction and coping attitudes in infertile women. This descriptive and relationship-seeking study was carried out with 202 infertile women who applied to the infertility outpatient clinic of a state hospital in Istanbul between March 2021 and December 2021. The data of the study were collected through face-to-face interviews using Personal Information Form, Fertility Problem Inventory (FPI), Satisfaction with Life Scale (SWLS) and COPE Inventory (COPE). It was determined that the mean global stress of infertile women was 131.10±31.49 and most of the participants had moderate infertility-related stress. The mean total life satisfaction score of infertile women was found 24.96±6.33. It was determined that infertile women mostly used emotion-focused coping attitudes (61.21±8.83). Significant differences were found between some characteristics of infertile women, such as age, educational status, income status, and infertility-related stress levels, life satisfaction levels and coping attitudes used ($p<0.05$). All FPI sub-dimensions, except for the need to be a parent, and total FPI scores were found to have a negative and weakly significant correlation with the total SWLS score ($p<0.05$). A positive and weakly significant correlation was found between the total FPI score and the FPI sub-dimension scores of sexual anxiety, relationship anxiety, and rejection of life without children, and the total score of COPE non-functional coping. As a result, it was determined that as infertility-related stress level increased in infertile women, life satisfaction decreased, and non-functional coping attitudes were used more.

Key Words: Infertility, Women, Infertility-related Stress, Life Satisfaction, Coping Strategies.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadının doğası gereği sahip olduğu doğurganlık özelliği nedeniyle kadın ile fertilite kavramlarının birlikte gündeme gelmesi antik çağlara kadar dayanmaktadır (Koçyiğit Topdemir, 2012; Karaaslan, 2014). Geçmişten bugüne kadar kadının toplumdaki konumunda ve rollerinde süregelen bir değişim olsa da günümüzde pek çok kadın halen çocuk sahibi olmak istemektedir (Koçyiğit Topdemir, 2012; TNSA, 2019). Ancak dünya genelinde üreme çağında bulunan birçok birey fertilite ile ilgili problemlerle yüzleşmektedir ve bunun sonucunda infertilite deneyimlemektedir (Demirci ve Potur, 2017).

İnfertilite, çiftlerin 1 yıl ya da daha uzun süredir korunmasız ve düzenli cinsel ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin elde edilememesi olarak tanımlanmıştır (WHO, 2020). Dünyada infertilite prevalansı %4-14 arasında değişmekle birlikte dünya çapında yaklaşık 48 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (Mascarenhas ve ark., 2012; Bahamondes ve Makuch, 2014). Ülkemizde ise ortalama 1,5–2 milyon çiftin infertilite yaşadığı tahmin edilmektedir (Demir ve Kızılkaya Beji, 2015).

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen bireyleri birçok yönden olumsuz etkilemektedir ve bir yaşam krizi olarak değerlendirilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, emosyonel ve ekonomik boyutlarda hem çift hem de aileleri için pek çok etkisi bulunmaktadır (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016; Yücesoy, Yıldırım ve Şahin, 2021).

Literatürdeki çalışmalarda infertilitenin; stres, keder, anksiyete, depresyon, yaşam doyumunda azalma, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, damgalanma, cinsel disfonksiyon ve çift uyumunda bozulma gibi sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Lykeridou ve ark. 2009; Greil ve ark., 2011; Direkvand-Moghadam ve ark., 2015; Rooney ve Domar, 2018; Kiesswetter ve ark., 2020; Iordachescu ve ark., 2021).

İnfertilite deneyimi oldukça stresli olabilmektedir. Bireyin hissettiği gebe kalamamayla ilişliki strese ek olarak tedavi süreci de çiftler üzerindeki stres yükünü arttırmaktadır (Boivin ve Schmidt, 2005; Sominsky ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda

infertilitenin yüksek stres ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Anaman-Torgbor ve ark., 2021; Swift ve ark., 2021).

İnfertilite tedavisi yıllarca devam edebilecek stresli ve uzun bir süreçtir. Bu süreçte kadınlar stres başta olmak üzere negatif duygularla ve yaşamlarının farklı yönlerine ilişkin pek çok olumsuzluk ile yüzleşmektedirler. Bu nedenle bireylerin yaşam doyumunda düşüş olmaktadır (Callan ve Hennessey, 1988; Abbey ve ark., 1992; Dembińska, 2016; Ben Shlomo ve ark., 2017).

İnfertilite sürecinde stres yaratan etkenlerin ya da olayların negatif etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için başa çıkma stratejileri kullanılabilmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015; Swift ve ark., 2021). Kullanılan başa çıkma tutumlarının infertil kadınların stres ve yaşam doyumu düzeyleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

İnferilite sürecinde çiftlerin en sık iletişim kurduğu sağlık çalışanı hemşirelerdir (Yılmaz, 2012; Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015). İnfertilite hemşiresi bireylerin deneyimlediği stresin azaltılmasıda kritik bir role sahiptir ve infertil çiftler için temel bilgi kaynağı konumundadır (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015; Thable ve ark., 2020). Dolayısıyla, infertilite hemşiresinin bireyleri biyopsikososyal boyutlarda bütüncül olarak değerlendirmesi ve bireylerin ihtiyaç ve gereksinimlerine yönelik bireysel hemşirelik bakımını planlaması önem taşımaktadır.

Bu kapsamda, bu çalışmanın amacı infertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infertiliteyi erkek ya da kadın üreme sisteminin bir hastalığı olarak ifade etmiş ve 1 yıl ya da daha uzun süredir korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin elde edilememesi olarak tanımlamıştır (WHO, 2020).

Subfertilite; infertilite ile dönüşümlü olarak kullanılabilen bir terimdir ve üreme verimliliğinde (fertilite) azalma durumudur. İnfertilite tanımı kısıtlı bir zaman dilimini temel alırken, sterilite ise daimi infertil olma halidir (Zegers-Hochschild ve ark., 2017; Vander Borght ve Wyns, 2018).

Fekundabilite; sperme yeterli maruziyeti olan ve kontraseptif yöntem kullanmayan bir kadında tek bir menstrual döngünün gebelik ile sonuçlanma ihtimalini ifade etmektedir. Fekundite; klinik olarak canlı doğum yapma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Zegers-Hochschild ve ark., 2017; Taylor ve ark., 2020).

İnfertilite primer ve sekonder olarak kategorize edilebilir (Vander Borght ve Wyns, 2018). Primer infertilite; hiçbir zaman klinik gebelik gerçekleşmemiş olan durumlarda en az 1 yıl süreyle korunmasız cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebelik olmaması ve infertilite tanı kriterlerinin karşılanmasıdır. Sekonder infertilite; daha önceden klinik gebelik olduğu halde son 1 yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunulduğu halde tekrar gebeliğin gerçekleşmemesidir (Demirci ve Potur, 2017; Zegers-Hochschild ve ark., 2017).

2.2. İnfertilite Epidemiyolojisi

Dünyada infertilite prevalansı %4-14 arasında değişmekle birlikte dünya çapında yaklaşık 48 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (Mascarenhas ve ark., 2012; Bahamondes ve Makuch, 2014).

İnfertilite yaygınlığının gelişmekte olan ülkelerde %3,5-16,7 ve gelişmiş ülkelerde %6,9-9,3 olduğu tahmin edilmektedir. Bunun yanında, Sahra-altı Afrika'nın belirli bölgelerinden gelen raporlarda infertilite prevalansı %30-40 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, dünya nüfusunun yaklaşık %5'inin gönüllü olarak çocuksuz kalmaya karar verdiği ve kişisel yetişkin gelişiminin bir parçası olarak ebeveyn rolünü seçmediği düşünülmektedir (Bahamondes ve Makuch, 2014).

Türkiye genelinde infertilite prevalansı %10-20 arasında bir değer almaktadır (Taşçı ve ark., 2008). Mascarenhas ve ark.'nın (2012) çalışmasına göre Türkiye'de çocuk sahibi olmak isteyen kadınların primer infertilite prevalansı %2-%2,99 arasında yer alırken daha önceden canlı doğum yapmış ve başka çocuk sahibi olmak isteyen kadınların sekonder infertilite prevalansı %9'dan az bir değer almıştır.

Ülkemizde ortalama 1,5–2 milyon çiftin infertilite yaşadığı tahmin edilmektedir (Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). 2018 TNSA verilerine göre ülkemizde halen evli olan, 45-49 yaş aralığında bulunan ve hiç çocuk sahibi olmamış kadınların oranları primer infertilite prevalansı olarak değerlendirildiğinde bu oranın %4 olduğu görülmektedir (TNSA, 2019).

2.3. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler

Fertilitenin birçok unsurdan etkilenebileceği günümüzde bilinmektedir. İnfertilite risk faktörleri olarak bilinen bu unsurların tümü halen net olarak açıklanamamıştır. Ancak pek çok faktörün fertilteye etkisi yapılan çalışmalar ile aydınlatılmıştır (Abiç ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019).

Fertiliteyi etkileyen en önemli faktör yaştır. İlerleyen yaşla birlikte doğurganlık potansiyeli azalmaktadır (ACOG, 2014; Liu ve Case, 2017). Hem kadın hem de erkek fertilitesi sigara kullanımından olumsuz yönde etkilenmektedir (Kaya ve ark., 2016). Alkol tüketiminin fertilite üzerindeki etkisinin kullanım sıklığına ve tüketim miktarına bağlı olarak değiştiği düşünülmektedir (Eggert ve ark., 2004; Sharma ve ark., 2013). Normal aralığın altında veya üstünde olan anormal bir BKİ vücudun fizyolojisini değiştirerek sağlığı ve doğurganlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Imterat ve ark., 2019). Sağlıklı miktarda egzersiz yapmak fertilite için faydalı olabilmektedir (Sharma ve ark., 2013). Yapılan egzersiz tipi, yoğunluğu ve miktarına bağlı olarak fertilite üzerindeki etkiler değişebilmektedir (Vaamonde ve ark., 2009). Bazı meslekler; uzun süreli oturma, ağır metallere veya zararlı kimyasallara maruz kalma nedenlerine bağlı olarak fertiliteyi olumsuz etkileyebilmektedir (Sharma ve ark., 2013; Demirci ve Coşkuner Potur, 2014). Yüksek stres üreme fonksiyonlarını negatif yönde etkilemektedir (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Kadınlarda ovulasyon gününün bilinmesi ve fertilite bilincinin olması gebelik gerçekleşme olasılığını arttırken erkeklerde yakın zamanlı gerçekleşen ejekülasyonlar bu olasılığı azaltmaktadır (Wilcox ve ark., 1995; Bigelow ve ark., 2004; Stanford ve Dunson, 2007). Tercih edilen kontraseptif yöntemlerin ve lubrikantların

fertilite üzerinde pozitif ya da negatif etkileri olabilmektedir (Kelly-Weeder ve Cox, 2006; Amory, 2016; McInerney ve ark., 2018). Kronik hastalıklar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hem kadınların hem erkeklerin fertilitesini olumsuz olarak etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir (Unuane ve ark., 2011; Tsevat ve ark., 2017; Koyyada ve Orsu, 2020; Thong ve ark., 2020).

2.4. İnfertilite Etiyolojisi

2.4.1. Kadına Ait Faktörler

Kadın infertilitesi temel olarak ovulator, ovaryan, servikal, uterin, tubal ve peritoneal kökenli faktörlerle ilişkilendirilmektedir. İnfertilite vakalarının yaklaşık %15-30'u belirli bir faktörle ilişkilendirilememiş olup açıklanamayan inferilite olarak değerlendirilmektedir (ASRM, 2006; Tsevat ve ark., 2017).

Ovulator Faktörler

Kadınlarda ovulator disfonksiyon sonucunda amenore, oligomenore, disfonksiyonel uterin kanama, polimenore, yetersiz luteal faz gibi menstrual sorunlar görülmektedir. Spesifik tedavinin uygulanabilmesi için tiroid hastalığı, hiperandrojenizm, hipofiz tümörü, yeme bozukluğu, aşırı kilo kaybı veya egzersiz, hiperprolaktinemi, obezite gibi ovulator disfonksiyonun altında yatan nedenler araştırmalıdır (ASRM, 2006; 2015a).

Over Rezervine İlişkin Faktörler

Over rezervi kavramı, üreme potansiyelini oositlerin sayısının ve kalitesinin bir fonksiyonu olarak tanımlamaktadır. Üreme çağında ve düzenli menstrual döngüye sahip kadınlarda, düşük over rezervine sahip olanların fekunditesinde ve over stimülasyonunda diğer kadınlara göre azalma görülmektedir (ASRM, 2015a).

Servikal Faktörler

Üreme fizyolojisinde kritik rol oynayan servikal mukus, spermin taşınması ve canlılığının sürdürülmesi için temel ve gerekli bir bileşendir. Fertil servikal mukus olmadan spermin ovum ile karşılaşma ve döllenme ihtimali çok düşüktür (Keefe ve ark., 2012). Servikal mukus üretimindeki sorunlar veya sperm-mukus etkileşimindeki anormallikler infertiliteye neden olabilmektedir (ASRM, 2015a).

Uterin Faktörler

Uterus, gebeliğin gerçekleşebilmesi ve terme kadar başarılı bir şekilde sürdürülmesinde kritik bir rol üstlenmektedir. Uterus faktör infertilitesi konjenital ya da edinsel olarak kategorize edilmektedir. Uterus anatomisi veya işlevindeki konjenital anomaliler nadir görülmekle birlikte infertiliteye sebebiyet verebilmektedir. Ayrıca, endometrial polipler, uterin miyomlar, adenomiyomlar ve Asherman Sendromu gibi edinsel faktörler infertiliteye yol açabilmektedir (Hur ve ark., 2019).

Tubal Faktörler

Tubal faktöre dayalı infertilite; döllenmiş veya döllenmemiş ovumun fallop tüplerinden uterusa taşınmasını engelleyen tıkanıklık, hastalık, hasar, skarlaşma, konjenital malformasyon gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* ve gonore gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar tedavi edilmediğinde pelvik inflamatuar hastalığa yol açarak tubal obstrüksiyon ve hasara neden olmaktadır ve tubal faktör infertilitesi ortaya çıkabilemektedir (Shepard ve Jones, 1989; Pawar ve Gholap, 2020).

Peritoneal Faktörler

Endometriozis, pelvik veya adneksiyal adezyonlar, geçirilmiş pelvik cerrahi ve pelvik inflamatuar hastalık gibi peritoneal faktörler infertiliteye neden olabilmektedir (ASRM, 2015a; Anwar ve Anwar, 2016).

2.4.2. Erkeğe Ait Faktörler

Erkek faktörlü infertilite, dünya çapındaki infertilite vakalarının %20'sinde tek etken olarak rol almaktadır. Tüm vakaların %30'unda ise erkek infertilitesi ve kadın infertilitesi ortaklaşa pay sağlamaktadır. Genel olarak infertil çiftlerin yaklaşık %50'sinde erkek faktörünün etkili olduğu tahmin edilmektedir (Choy ve Eisenberg, 2018; Agarwal ve ark, 2021).

Sperm Parametrelerine İlişkin Faktörler

Erkek infertiltesi genellikle sperm transferi veya spermatogenezdeki sorunlarla ilişkilidir. Detaylı bir semen analizi ile oligospermi, astenospermi veya teratospermi gibi durumlar tespit edilebilemektedir ve tanı koyulabilmektedir (Kumar ve Singh, 2015; Anwar ve Anwar, 2016).

DSÖ, insan sperminin incelenmesi ve işlenmesi için bir laboratuvar kılavuzu yayınlamıştır (Tablo 2-1). Bu kılavuzda sperm parametrelerinin alabileceği normal değerler açıklanmıştır. Semen analizinde DSÖ'nün normal sperm parametrelerinin altında değer alan erkeklerde erkek faktörlü infertilite olduğu kabul edilmektedir (ASRM, 2015b; Kumar ve Singh, 2015).

Tablo 2-1: DSÖ semen analizi için kabul edilen referans değerlerinin alt sınırları

Parametre	Minimum Referans Değeri
Ejakülasyon Hacmi	1,5 ml
pH	7,2
Sperm konsantrasyonu	$15x10^6$ spermatozoa/ml
Toplam sperm sayısı	$39x10^6$ spermatozoa/ejakülat
Motilite (yüzdelik)	%40
Progresif motilite	%32
Normal morfoloji	%4 normal

Kaynak: ASRM, 2015b

Erkek Üreme Organlarına İlişkin Faktörler

Erkek üreme organlarına ilişkin sorunlar fertiliteyi olumsuz etkilemektedir. Testiküler bozukluklar (varikosel, kriptorşidizm vb.), vas deferens obstrüksiyonu veya agenezisi, epispadias, hipospadias erkek üreme organlarına ait sıklıkla görülen sorunlardandır (Quaas ve Dokras, 2008; ASRM, 2015b; Demirci ve Potur, 2017).

Endrokrin Faktörler

Hipogonadotropik hipogonadizm, hipergonadotropik hipogonadizm, hiperprolaktinemi gibi hipotalamus-hipofiz-testis ekseninin hormonal anormallikleri erkek infertilitesinin bilinen ancak nadir görülen nedenlerindendir (ASRM, 2015b).

Diğer Faktörler

Klinefelter sendromu, kistik fibrozis gen mutasyonları gibi genetik anomaliler sperm üretimini veya sperm transferini etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir (ASRM, 2015b). Üretrit, prostatit, orşit veya epididimit olarak ortaya çıkan bu enfeksiyonlar erkek infertilitesinin potansiyel olarak tedavi edilebilir nedenlerindendir. Ancak, tedavi edilmeyen idrar yolu enfeksiyonları veya cinsel yolla bulaşan

enfeksiyonlar; ejakülatör kanallarının, prostat bezinin ve seminal veziküllerinin obstrüksiyonuna yol açarak infertiliteye neden olabilmektedir. Ayrıca, çeşitli tıbbi komorbid durumlar semen parametrelerini etkileyebilmektedir. (Anwar ve Anwar, 2016; Fainberg ve Kashanian, 2019; Sharma ve ark., 2021).

2.4.3. Açıklanamayan İnfertilite

Bireylerin infertilite tanımını karşılamalarına rağmen yapılan temel infertilite değerlendirmesinde ve tanısal testlerde herhangi bir anormalliğin olmadığı durumlar açıklanamayan infertilite olarak ele alınmaktadır (ACOG, 2019). Çiftlerin %30'una yakın bir kısmı tanısal değerlendirmeden sonra açıklanamayan infertilite tanısı almaktadır (Quaas ve Dokras, 2008).

2.5. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

Düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az 1 yıldır doğal yollarla gebelik elde edemeyen çiftlerde infertilite değerlendirmesi önerilmektedir. Ancak tıbbi öykü ve fizik muayene temel alındığında gereken durumlarda 12 aydan önce bir değerlendirme yapılarak uygun tedavi planlanabilmektedir. Ayrıca, kadın partner 35 yaşını geçkin ise 12 aylık süre 6 aya indirilebilmektedir (Agarwal ve ark., 2021).

İnfertil bir çiftte her iki partner de fertiliteyi etkileyen faktörler açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca, çiftin infertilitesinde rol oynayan faktörlerin birden fazla olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamda altta yatan sebepleri saptamak için tam bir tanısal değerlendirme yapılmalıdır. Mümkünse çiftlerin değerlendirilmesi eş zamanlı olarak gerçekleştirilmelidir (Kuohung ve Hornstein, 2021a).

2.5.1. Kadında İnfertilite Değerlendirilmesi

Kadınlarda infertilitenin değerlendirilmesi ilk olarak kapsamlı bir tıbbi öykü alınmasını ve fizik muayeneyi içermektedir. Tıbbı öykü alınırken; infertilite süresi, daha önceki test sonuçları ve tedaviler, menstrual öykü, gebelik öyküsü, kontraseptif yöntem kullanımı, koital sıklık ve seksüel disfonksiyon, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, tiroid hastalığı, galaktore, hirsutizm, pelvik veya abdominal ağrı ve disparoni varlığı, pap smear sonuçları, ilaç kullanımı, mevcut alerjiler, ailede doğum defekti, gelişimsel gerilik, erken menopoz ya da üreme sorunları öyküsü, meslek ve bilinen çevresel tehlikelere maruz kalma, tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımı sorgulanmalıdır (ASRM, 2015a).

Fizik muayene yapılırken; kilo, BKİ, kan basıncı, nabız, tiroid büyümesi, nodül veya hassasiyet varlığı, meme dokusu ve özellikleri, hiperandrojenizm belirtileri, vajinal ya da servikal anomaliler, sekresyon ve akıntı özellikleri, pelvik-abdominal hassasiyet, kitle varlığı, uterus boyutu, şekli, pozisyonu ve hareketliliği, adneksiyal kitleler veya hassasiyet, cul-de-sac nodül varlığı değerlendirilip raporlandırılmalıdır (ASRM, 2015a).

İnfertilite değerlendirmesi, tıbbi öykü ve fizik muayeneye ek olarak tanısal testleri de içermektedir. Kadınlarda tanısal testler temel olarak over rezervi, ovulator fonksiyon ve yapısal anomali değerlendirmesine odaklanmaktadır (ACOG, 2019).

Menstural döngünün 2-5. günleri arasında estradiol (E_2) ve folikül stimülan hormon (FSH) ölçülerek over rezervi değerlendirilmektedir. Ayrıca, ovaryan rezervin bir diğer belirteci olan serum AMH seviyesi menstrual döngünün herhangi bir gününde ölçülebilmektedir. Ovulator fonksiyon değerlendirmesi için menstruasyon başlangıcından yaklaşık bir hafta önce (menstural döngünün 21.günü) serum progestreron ölçümü yapılmaktadır. Transvajinal ultrasonografi ile gelişen foliküllerin boyutu ve sayısı belirlenmektedir. Serum tiroid stimülan hormon (TSH) ve prolaktin seviyesi ölçümü ile anovulasyona neden olan tiroid bozuklukları ve/veya hiperprolaktinemi varlığı saptanmaktadır (ASRM, 2015a; ACOG, 2019). Histerosalpingografi (HSG), floroskopi sırasında serviksten radyoopak kontrast enjekte edilerek uterus ve fallop tüplerini görüntülemek için kullanılan bir prosedürdür ve genellikle tubal açıklığın belirlenmesi için kullanılmaktadır. HSG'de proksimal ve distal tubal oklüzyon, peritubal yapışıklıklar ve salpenjit isthmica nodosa tespit edilebilmektedir (ACOG, 2019). Histeroskopi, uterus kavitesinin endoskopik değerlendirilmesinde altın standart olarak kabul edilmektedir ve uterin kavite anormallikleri şüphesi olan infertil hastaların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Salazar ve Isaacson, 2018).

2.5.2. Erkekte İnfertilite Değerlendirilmesi

Erkekte infertilite değerlendirmesi temel olarak tıbbi öykü, üreme öyküsünü ve en az bir semen örneği analizini içermektedir. Öyküsü alınırken; koitus sıklığı ve zamanlaması, infertilire süresi ve önceki fertilite öyküsü, çocuklukta geçirilmiş hastalıklar ve gelişim öyküsü, sistemik tıbbi hastalıkların varlığı, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, kullanılan ilaçlar ve mevcut alerjiler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, cinsellik öyküsü, çevresel ve kimyasal toksinlere veya ısıya maruz kalma sorgulanmalıdır (ASRM, 2015b; Pathak ve ark., 2020).

Semen analizi, infertil erkeğin laboratuvar değerlendirmesinin temel taşını oluşturmaktadır ve erkek faktörünün şiddetinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Semen analizinden 2-5 gün öncesinde cinsel perhiz uygulanmaktadır. Semen, bir numune kabına mastürbasyon yoluyla toplanmaktadır. Toplanan semen numunesi, DSÖ'nün semen analiz parametrelerine göre laboraturvarda değerlendirilmektedir (ASRM, 2015b; Baskaran ve ark., 2021).

Üreme öyküsünde ya da değerlendirme sonuçlarında saptanan bir anormallik durumunda taramanın genişletilmesi ve ileri incelemeler düşünülmelidir. Bu kapsamda, fizik muayene, endokrin değerlendirme, ejakülasyon sonrası idrar analizi, USG, semen ve sperm üzerinde özel testler ve genetik tarama gibi prosedürler önerilmektedir (ASRM, 2015b).

2.6. İnfertilite Tedavi Yöntemleri

Tanılama ve değerlendirme süreci sonunda infertiliteye neden olan bir sorun saptanmış ise etiyolojiye yönelik bir tedavi planı oluşturulmaktadır ve infertilite tedavisinde mevcut soruna odaklanılmaktadır. Bunun yanında, açıklanamayan infertiliteye sahip çiftlerde tedavi edilebilir bir neden belirlenemediği için tedavi ampiriktir. İnfertilitenin yönetiminde tedaviye öncelikle en az invaziv olan müdahaleyle başlanması önerilmektedir (Cunningham, 2017; ASRM, 2020).

İnfertilite tedavisinde; yaşam değişiklikleri, medikal ajanlar, cerrahi yöntemler veya yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanılmaktadır. Polikistik over sendromu temelli infertilite tedavisinde yaşam değişiklikleri önemli rol oynamaktadır ve insülin duyarlılığını arttırmak için metformin kullanılmaktadır. Ovulasyon indüksiyonu için klomifen sitrat, letrozol veya enjekte edilebilir gonadotropinler uygulanmaktadır. Tiroid bozukluğuna bağlı infertilitede tedavi sorunun asıl kaynağına göre şekillenmektedir. Endometriyozis, Asherman Sendromu ve obstrüksiyonlara bağlı infertilite tedavisinde laparoskopik cerrahi yöntemleri veya YÜT tercih edilmektedir. Uterus anomalilerinde histereskopik rezeksiyon yapılırken miyom varlığında miyomektomi gerçekleştirilmektedir. Erkek üreme organlarındaki anatomik farklılıklar, varikosel veya obstrüksiyon varlığında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Erkek faktör infertilitesinde genel tedavi YÜT kullanımına dayanmaktadır (Cunningham, 2017; Anawalt ve Page, 2020; Kuohung ve Hornstein, 2021b).

Başlıca uygulanan yardımcı üreme teknikleri şunlardır; (Kaya, 2018)

- İntrauterin İnseminasyon (IUI)
- Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)
- Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)
- İn Vitro Fertilizasyon (IVF)-Embriyo Transferi (ET)
- İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

2.6.1. Over Stimülasyonu (OS)

Over stimülasyonu (OS), fertilizasyon için mevcut olgun oosit sayısını artırmak ve foliküler büyümeyi teşvik etmek amacıyla uygulanmaktadır. Anti-östrojenler, gonadotropinler ve aromataz inhibitörleri OS için en sık kullanılan medikal ajanlardır (Wang ve ark., 2019). Anti-östrojenler grubunda yer alan klomifen sitrat anovulatuar infertilite tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve OS için ilk adımdır. Over stimülasyonuna, genellikle menstrual döngünün üçüncü gününde başlanmaktadır ve devam eden beş gün boyunca tedavi sürdürülmektedir (Franik ve ark., 2018; Eskew ve ark., 2019).

2.6.2. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon (IUI) laboratuvarda hazırlanmış spermin ovulasyon zamanına denk gelecek şekilde küçük bir kateter kullanılarak uterin kaviteye yerleştirilmesidir. IUI, doğal bir döngü içinde ya da over stimülasyonu ile kombine olarak yapılabilemektedir. İnseminasyonun doğru zamanlaması için ultrasonografi ile folikül büyüklüğü ve kanda ya da idrarda luteinizan hormon (LH) seviyesi takip edilerek menstrual döngü izlemi yapılmaktadır. Stimülasyonun gerçekleştiği döngülerde doğru zamanlama olasılığını artırmak için ovulasyon genellikle human koryonik gonadotropin (hCG) enjeksiyonu ile indüklenmektedir. Ovulasyon indüksiyonlu IUI, tek başına IUI ile karşılaştırıldığında canlı doğum oranlarını artırmaktadır. Bu nedenle over stimülasyou ile kombine edilmeyen IUI tedavisinin rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Quaas ve Dokras, 2008; Kandavel ve Cheong, 2018; Wang ve ark., 2019; Ayeleke ve ark., 2020).

2.6.3. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)

Gamet intrafallopian transfer (GIFT) oosit ve spermin laparoskopi yoluyla uterus yerine fertilizasyonun gerçekleştiği fallop tüplerine yerleştirilmesidir. GIFT prosedüründe oositlerin toplanması, sperm ile birleştirilmesi ve fallop tüplerine aktarılması basamakları yer almaktadır. GIFT'de döllenme in vivo olarak gerçekleşmektedir (Oyelowo, 2007; Taylor ve ark., 2020).

Zigot intrafallopian transfer (ZIFT) prosedürü temel olarak GIFT ile aynı ilerlemektedir. Ancak ZIFT'te GIFT'ten farklı olarak fertilizasyon in vitro olarak laboratuvarda gerçekleştirilmektedir ve oluşan zigotlar ertesi gün fallop tüplerine transfer edilmektedir. Günümüzde GIFT ve ZIFT prosedürleri son derece nadir olarak kullanılmaktadır (Taylor ve ark., 2020).

2.6.4. İn Vitro Fertilizasyon (IVF)

İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavi edilemeyen tubal hastalıklar için geliştirilmiş bir teknik olmasına rağmen günümüzde tüm infertilite nedenleri için yaygın olarak kullanılmaktadır. Açıklanamayan infertilite, çok faktörlü inferilite, enfeksiyona bağlı tubal hastalık, endometriyozis, yaşa bağlı inferilite ve erkek faktörlü inferilite için IVF en iyi tedavi yöntemidir. Ayrıca, diğer uygulanan tedavilerden olumsuz sonuç alınırsa infertilite tedavisinde en son yöntem olarak tercih edilmektedir (Taylor ve ark., 2020).

In vitro fertilizasyon; kontrollü over stimülasyonu, ultrason rehberliğinde oosit toplama, inseminasyon, embriyo kültürü ve embriyoların bölünme veya blastosist aşamasında transservikal kateterle uterin kaviteye transfer aşamalarını içermektedir (Pandian ve ark., 2015; Farquhar ve ark., 2017; Yüksel Özgör ve Baştu, 2017).

2.6.5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), oosit sitoplazmasına tek bir spermin enjekte edildiği bir prosedürdür ve IVF döngüsünün bir parçası olarak gerçekleştirilmektedir (Zegers-Hochschild ve ark., 2017; Rosen, 2021).

ICSI fertilizasyon için mükemmel spermatazoayı belirleme sürecini esas alan bir yöntemdir. Bu yöntem ilk olarak erkek faktörlü infertiliteye sahip çiftlerin tedavisinde kullanılmıştır (Simopoulou ve ark., 2016; Wang ve ark., 2019).

2.7. İnfertilite Krizi

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen bireyleri birçok yönden olumsuz etkilemektedir ve bir yaşam krizi olarak değerlendirilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Pek çok çift infertiliteyi yaşamlarındaki en büyük kriz olarak tanımlamaktadır. Çiftler, infertilite krizi sürecinde emosyenel olarak farklı evrelerden geçerek her evrede duruma karşı farklı tepkiler sergilemektedirler. İnfertilite krizi evreleri sırasıyla; şok ve inanmama, inkar, anksiyete, öfke, kontrol kaybı, yalnızlık ve yabancılaşma, suçluluk, depresyon ve yas, çözülme olarak ortaya çıkmaktadır (Şahin Yılmaz, 2012; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

İnfertilite tanısıyla yüzleşen bireyler ilk aşamada bu durumu kabullenmekte zorlanmaktadırlar ve durumu inkar etmeye yönelmektedirler. Sonrasında kendisine, eşine ve çocuklu çiftlere karşı öfke ve suçluluk hissleri ön plana çıkmaktadır. Özellikle çiftlerden infertilite tanısı almış bireyde suçululuk duygusu daha fazla görülebilmektedir (Jordan ve Revenson, 1999).

2.8. İnfertilitenin Etkileri

İnfertilite hem bireyleri hem de bireylerin aile ve sosyal çevrelerini etkilemektedir. İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, emosyonel ve ekonomik boyutlarda pek çok etkisi bulunmaktadır (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016; Yücesoy ve ark., 2021).

Yapılan çalışmalarda infertilitenin; stres, keder, anksiyete, depresyon, yaşam doyumunda azalma, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, damgalanma, cinsel disfonksiyon ve çift uyumunda bozulma gibi sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Lykeridou ve ark., 2009; Greil ve ark., 2011; Direkvand-Moghadam ve ark., 2015; Rooney ve Domar, 2018; Kiesswetter ve ark., 2020; Iordachescu ve ark., 2021).

2.8.1. Sosyokültürel Etkiler

Kültür, hastalıkların bireyler tarafından algılanmasında ve bu hastalıklara karşı mücadele etme yöntemlerinde belirleyici rol oynamaktadır. Bireyler, hastalıkları kültür etkisinde deneyimlemektedirler (Bayraktar, 2018).

Fertilitenin sosyokültürel anlamı, toplumlar ve bireyler tarafından üremeye yüknenen önem çerçevesinde şekillenmektedir. Toplumdan topluma infertiliteye yüklenen anlam değişmektedir. Dünyadaki pek çok kültür, infertil bireyleri verimsiz,

kusurlu ya da eksik olarak kabul etmektedir. Çoğu toplumda çocuk sahibi olmak, evlilik-aile yapısında ve yetişkin kimliğinde belirleyici olmaktadır. Bu durum çiftler üzerinde fazlaca psikolojik, sosyal ve toplumsal baskı oluşturmaktadır (Koçyiğit Topdemir, 2012; Yücesoy ve ark., 2021).

İnfertil bireyler, çocuk sahibi olamamalarına bağlı olarak ebeveynlik kapsamında toplumsal ve sosyal rollerini yerine getirememektedirler. Bu duruma bağlı olarak bu bireyler yetersizlik, mutsuzluk, engellenme gibi duygular hissetmekte ve dışlanma, damgalanma korkusu, sosyal izolasyon ve benlik saygısında azalma yaşayabilmektedirler (Yanıkkerem ve ark., 2008; Koçyiğit Topdemir, 2012; Bayraktar, 2018; Yücesoy ve ark., 2021).

Birçok toplumda annelik kadınların birinci rolü olarak görülmekte, anne ve kadın kelimeleri anlamdaş olarak düşünülmektedir. Diğer yaşam rollerinden daha önemli konumda ele alınan annelik rolüne kültürel boyutta sık sık vurgu yapılmaktadır ve her kadından bu rolü gerçekleştirmesi beklenmektedir. Dolayısıyla, infertil kadınlar sosyokültürel anlamda zorlayıcı deneyimlerle karşılaşmaktadırlar. Özellikle kırsal kesimlerde yaşayan ve çocuk sahibi olamayan kadınlar statü kaybına uğramakta ve kusurlu kabul edilerek suçlanmaktadır (Yanıkkerem ve ark., 2008; Özkan ve ark., 2020).

2.8.2. Psikolojik Etkiler

İnfertilite, yaşamı tehdit etmeyen bir durum olarak görülmesine karşın çiftlerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek ciddi psikolojik ve duygusal sorunlara neden olabilmektedir (Malina ve Pooley, 2017; Seymenler ve Siyez, 2018).

Literatürde infertilitenin psikolojik yönünü inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Ancak psikolojik faktörler ile infertilite arasındaki ilişkiye dair net bir görüş hakim değildir. Bu kapsamda üç hipotez öne sürülmüştür. Bunlar literatürde aşağıdaki gibi ifade edilmiştir; (Cwikel ve ark., 2004)

- Psikolojik faktörler infertilite için etkendir
- İnfertilite teşhis ve tedavi deneyimi psikolojik sorunlara neden olmaktadır
- Psikolojik faktörler ile infertilite arasında iki yönlü bir ilişki vardır ve her iki durum eş zamanlı ya da art arda ortaya çıkabilmektedir

Dünya çapında pek çok birey infertiliteden etkilenmektedir. İnfertilite teşhisi almanın bir sonucu olarak kişilerde duygusal kargaşa görülebilmektedir. İnfertil hastalar depresyon, anksiyete ve stres yaşama açısından yüksek risk altındadır (Rooney ve Domar, 2018).

Xu ve ark. tarafından IVF tedavisi gören 842 kadın ile yapılan çalışmada katılımcıların %39,4'ünün anksiyeteli ve %28,5'inin depresif durumda olduğu %20'sinden fazlasının ise hem anksiyeteli hem depresif olduğu bildirilmiştir (Xu ve ark., 2017).

Kadın infertilitesinin sosyopsikolojik sonuçlarının incelendiği bir sistematik derlemede infertil kadınlarda depresyon prevalansının %30 ile %66 arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, anksiyetenin infertiliteye bağlı en yaygın psikolojik sonuç olduğu ve infertil kadınlardaki prevalans oranının %44 ile %86 arasında bulunduğu vurgulanmıştır (Golbar Yazdi ve ark., 2020).

2.8.3. Evlilik ve Cinselliğe İlişkin Etkiler

İnfertilite evlilik doyumu, aile yaşamı ve cinsellik üzerinde önemli etkilere sahip olabilmektedir. Doğurganlık sorunu yaşayan çiftler bakış açıları, baş etme stratejilerindeki farklılıklar ve eş iletişimindeki zorluklar gibi nedenlerden dolayı cinsellik ve evlilikle ilgili problemlerle yüzleşebilmektedirler. İnfertil çiftler için zamanla bir yaşam krizi haline dönüşen infertilite; çiftlerin ilişkisini olumsuz etkilemekte, potansiyel çatışmalara ve bazı durumlarda boşanmaya sebebiyet vermektedir (Newton ve ark., 1999; Kjaer ve ark., 2014; Iordachescu ve ark., 2021). Yapılan araştırmalarda infertil çiftlerin boşanma olasılığının fertil çiftlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Che ve Cleland, 2002; Kjaer ve ark., 2014).

Literatürde kadın ve erkeklerin infertiliteden farklı derecelerde etkilendiğine değinilmiştir. Lee ve Sun'ın evli ve infertil çiftlerle yapmış oldukları çalışmalarında erkek partnerlerin evlilik ve cinsel doyumunun kadın partnerlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Lee ve Sun, 2000; Luk ve Loke, 2015)

İnfertilite tedavisi gören çiftlerde planlı cinsel aktivite rejimi, cinsel ilişki baskısı ve cinsel ilişki sırasında zevk kaybına neden olarak çiftlerin ilişkilerini bozabilmektedir. Bu duruma bağlı olarak bazı çiftler için yakınlık sorunları ve cinsel doyum kaybı, infertilite sorunu çözüldükten sonra da devam edebilmektedir (Luk ve Loke, 2019).

Gabr ve ark.'nın çalışmasında infertil kadınlarda infertilitesi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek oranda cinsel disfonksiyon görüldüğü bildirilmiştir (Gabr ve ark., 2017). Bunun yanında, yardımcı üreme tedavisi alan kadınlarda cinsel istek ve ilgide düşüş, uyarılma ve lubrikasyonda azalma ve orgazm güçlükleri sıklıkla görülen cinsel sorunlar arasında yer almaktadır (Facchin ve ark., 2019).

2.8.4. Ekonomik Etkiler

İnfertilite, bireyleri ekonomik açı da dahil olmak üzere pek çok boyutta etkilemektedir. İnferilite tedavisi alan çiftler tedaviye devam edebilmek için iş yerlerinden pek çok kez izin almak durumunda kalmaktadırlar. Bu bağlamda, özellikle kadın bireyler işlerini bırakabilmekte ve kariyer planlarına devam edememektedirler (Yücesoy ve ark., 2021).

Literatürde sosyoekonomik durumun infertilite tedavisi almayı etkilediği vurgulanmıştır. Sosyoekonomik durumdaki eşitsizlikler nedeniyle birçok birey infertilite tedavisine erişememektedir (Imrie ve ark., 2021). Ayrıca, YÜT tedavisinin maaliyetinin yüksek olması çiftler için büyük bir engel oluşturmaktadır. Çiftler bu maaliyeti karşılayamadıklarında tedaviden vazgeçmektedirler ya da maddi güçlerinin yetmemesine rağmen tedavi aramakta ve bu nedenle ağır mali yüke maruz kalmaktadırlar (Dyer ve Patel, 2012).

Yapılan bir çalışmada yardımla üreme teknikleri için bireysel bütçeden yapılan ödemelerin hastalar için ciddi bir sorun teşkil ettiği ve beş çiftten birinde (%22) mali bir felakete yol açtığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, çiftlerin infertilite tedavisi masrafları ile başa çıkmak için giyim ve gıda harcamalarını azalttıkları, birikimlerini harcadıkları, ek işte çalıştıkları ve borç aldıkları ifade edilmiştir (Dyer ve ark., 2013).

2.9. İnfertilite ve Stres

Stres, bireyin tehditlere ve kendisini zorlayan tehlikelere karşı gösterdiği bedensel ve ruhsal bir tepkidir (Eren Gümüştekin ve Öztemiz, 2005). Stres, yaşamın her alanında bulunur ve bir noktada tüm bireyler stresten etkilenir. Ancak uzun süre devam eden veya yönetilemeyen stres, doğurganlık da dahil olmak üzere insan sağlığını olumsuz yönde etkiler ve bireyler için zararlı olabilir (Sominsky ve ark., 2017).

Literatürde, stres ve infertilite arasındaki ilişki farklı yönlerden ele alınmıştır. Stresin infertiliteye neden olabileceğini ifade eden çalışmaların yanında infertilite tanısı almanın ve/veya infertilite tedavisi görmenin strese neden olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015).

İnsanın temel iç güdülerinden olan üreme ve neslini sürdürme isteğinin karşılanmaması stres ile sonuçlanmaktadır (Yücesoy ve ark., 2021). Ancak infertil bireylerde bu isteğin gerçekleşmemesi tek stres faktörü değildir. İnfertilite deneyimleyen kadınlarda; tanı alma ve tedavi süreci, başarısızlığa uğrama, seçeneklere karar verme, toplumsal baskılar, damgalanma ve ekonomik maaliyetler başta olmak üzere pek çok faktör strese neden olmaktadır. Ayrıca, çiftlerin çocuk sahibi olmaya yüklediği anlam stresin altında yatan çok önemli bir etmendir (Sharma ve ark, 2013; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Woods ve ark., 2021). Karaca ve Ünsal (2015) çalışmalarında infertil kadınlarda yüksek düzey stres ve anksiyete görülmesinin temelindeki en önemli nedenin infertilile ile ilişkili annelik duygusunda, benlik saygısında, üretkenlikte ve genetik devamlılıkta yaşanan kayıp olduğunu ifade etmektedir.

İnfertilite deneyimi oldukça stresli olabilmektedir. Bireyin hissettiği gebe kalamamayla ilişliki strese ek olarak tedavi süreci çiftler üzerindeki stres yükünü arttırmaktadır. Günümüzde yardımcı üreme teknikleri infertil pek çok birey tarafından tercih edilen tedavi seçeneğidir. IVF/ICSI gibi invaziv yöntemleri içeren yardımcı üreme teknikleri fiziksel olarak zorlu, duygusal olarak zor ve finansal olarak maliyetli olduğu için ek bir stres faktörü oluşturmaktadır (Boivin ve Schmidt, 2005; Sominsky ve ark., 2017).

Anaman-Torgbor ve ark.'nın yaptığı bir nitel çalışmada, YÜT tedavisi alan kadınların anksiyete, stres, hayal kırıklığı deneyimlediği ve tedaviyi finanse etmede zorlandıklarına değinilmiştir (Anaman-Torgbor ve ark., 2021).

Swift ve arkadaşları infertiliteye bağlı stresin; infertilite deneyimindeki bireysel, sosyal, evlilik ile ilişkili ve infertilite tedavisinin mali yüküne bağlı faktörlerden kaynaklandığını vurgulamışlardır (Swift ve ark., 2021).

Stres, YÜT gören bireylerde tedaviyi zorlaştırmakta, tedavinin etkinliğini azaltmakta ve kişilerin tedaviyi bırakma eğilimlerini arttırmaktadır. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay çalışmalarında çiftlerin infertilite tedavisini bırakmasının temel sebeplerini

psikolojik yük, tedavinin gidişatının kötü olması ve umutların azalması şeklinde ifade etmiştir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015).

Zhou ve ark.'nın çalışmasında IVF tedavisi gören ve stres düzeyi yüksek olan çiftlerde gebelik gerçekleşmesine bağlı başarısızlık oranının daha yüksek olduğunu ve erkek partnerlerin sperm parametrelerinde düşüş olduğunu bulgulamıştır (Zhou ve ark., 2019).

Van Den Broeck ve ark.'nın çalışmasında psikolojik yükün infertilite tedavisini bırakmada bir numaralı neden olduğu ve infertilite süresinin uzaması ile tedaviyi bırakma oranlarında artış olduğu bulunmuştur (Van Den Broeck ve ark., 2009).

2.10. İnfertilite ve Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu, bir bireyin yaşamının tümünün genel kalitesini olumlu olarak değerlendirme derecesidir ve kişinin yaşamı ne kadar sevdiğini ifade etmektedir (Veenhoven, 1996).

Yaşam doyumu kişinin farklı yaşam boyutlarındaki ihtiyaç ve isteklerinin karşılanma derecesi olarak ele alınmaktadır. Refahın önemli bir belirleyicisi olan yaşam doyumu, kişinin olumlu ve olumsuz değerlendirmelerini kapsayan kendi yaşamına ilişkin öznel yargısını oluşturur. Yaşam doyumu stabil bir özellik olarak kabul edilmemekle birlikte bireylerin mevcut yaşam durumuna göre zaman içerisinde değişim gösterebilmektedir (Pavot ve Diener, 2009; Kiesswetter ve ark., 2020).

İnfertilite tedavisi yıllarca devam edebilecek stresli ve uzun bir süreçtir. Buna karşın tedavinin başarı garantisi yoktur. Bu süreçteki daimi belirsizlik durumu, bireylerde kronik bir psikolojik rahatsızlığa dönüşmektedir. İnfertilte tedavisi almaya karar veren kadınlar, yaşamlarının farklı yönlerine ilişkin pek çok olumsuzluk ile yüzleşmektedirler. Anksiyete, depresyon ve öfke gibi negatif duygulara maruz kalan infertil bireylerin yaşam doyumunda düşüş olmaktadır (Callan ve Hennessey, 1988; Abbey ve ark., 1992; Dembińska, 2016).

Yaşam doyumundaki azalmayla ilişkili diğer önemli faktör ise yüksek düzeyde strestir. Pek çok kadın annelik kavramını kimliğin ana bileşenlerinden birisi olarak algılamaktadır. Annelik, yaşam doyumunu artırırken gebe kalma ile ilişkili problemler strese neden olabilmektedir ve bu duruma bağlı olarak yaşam doyumu azalabilmektedir (Ben Shlomo ve ark., 2017).

Kohler ve ark.'nın çalışmasında annelik ile yaşam doyumu arasında pozitif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (Kohler ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar çocuk sahibi olmak isteyip olamayan kadınların doğurganlık engeli olmayan veya çocuksuz olmayı tercih eden yetişkinlere göre daha düşük yaşam doyumuna sahip olduklarını bildirmiştir (McQuillan ve ark., 2022).

2.11. İnfertilite ve Başa Çıkma

İnfertilite bireylerde fiziksel ve psikososyal sorunları tetikleyebilmektedir. Eşler için büyük bir psikolojik yük oluşturan infertilite; üzüntü, depresyon, suçluluk, nevrotik bozukluklar ve kişilik bozukluklarına neden olabilmektedir. Partnerler arasındaki ilişki infertilite nedeniyle çoğunlukla olumsuz etkilenmekte ve bunun sonucunda yüksek stres ve benlik saygısında azalma ortaya çıkabilmektedir. İnfertil çiftlerde cinsel yaşam monoton bir rutin ve görev haline geldiği için cinsel ilişki bozuklukları görülebilmektedir (Podolska ve Bidzan, 2011).

Kadınlar infertilite ile ilişkili fiziksel ve psikososyal yükü daha fazla hissetmektedirler. İnfertil kadınlar erkek partnerlere göre daha yüksek aksiyete ve depresyon; daha düşük benlik saygısı ve yaşam doyumu deneyimlemektedir (Chernoff ve ark., 2021). Başa çıkma, infertil bireyler için bu durumun yönetilmesinde önem kazanmaktadır (Peterson ve ark., 2006).

Başa çıkma; içsel-dışsal talepleri ve stresi kontrol etmek, tolere etmek veya azaltmak için gösterilen bilişsel ve davranışsal çaba olarak ifade edilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1980; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Stres yaratan etkenlerin ya da olayların negatif etkilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için başa çıkma stratejilerinin kullanılması evrensel bir tutumdur (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). İnfertilite deneyiminin neden olduğu strese karşı başa çıkma stratejileri kullanılabilmektedir (Swift ve ark., 2021).

Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma stratejileri, problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere temel iki işleve dayandırılarak sınıflanmıştır. Problem odaklı başa çıkmada, stresin kaynağı olan kişi-çevre ilişkisinin yönetimi veya değiştirilmesi öne çıkarken duygu odaklı başa çıkmada stresli duyguların düzenlenmesi temel alınmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980; Lykeridou ve ark., 2011).

Folkman bu modeli daha sonra revize ederek durumun olumlu bir şekilde yeniden değerlendirilmesini, hedefe yönelik problem odaklı başa çıkmayı, manevi inançları ve uygulamaları ve sıradan olayların olumlu bir anlamla aşılanmasını içeren anlam temelli başa çıkmayı eklemiştir (Schmidt, 2006).

Diğer bir sınıflandırma, başa çıkma tutumlarını aktif ve pasif olarak tanımlamaktadır. Aktif baş etme strese neden olan etkenin kendisinin ortadan kaldırılmasını ya da değiştirilmesini hedefleyen davranışsal veya psikolojik girişimleri içermektedir. Aktif baş etmeye; durumun olumlu tarafını görmeye çalışmak, geçmiş deneyimlerinden yararlanmak, durum hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışmak gibi davranışlar örnek verilebilir. Pasif baş etme ise strese neden olan etkenle aktif olarak yüzleşmekten kaçınma ve uzaklaşma girişimlerini içermektedir. Pasif baş etmeye; duygularını saklamak, sigara içmek, normalden fazla yemek yemek gibi davranışlar örnek verilebilir (Billings ve Moos, 1981; Ağargün ve ark., 2005).

İnfertilite ile başa çıkma konusunda yapılan çalışmalarda başa çıkmayı ölçmek için standart ölçekler kullanılmaktadır. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Başa Çıkma Yolları Ölçeği sıklıkla kullanılan ölçeklerdendir (Schmidt, 2006).

Başa çıkma yöntemlerinin bireylerin kişilik özellikleri, algıları, öğrenimleri veya deneyimlerine bağlı olarak şekillendiği düşünülmektedir. Bu nedenle her bireyin tercih ettiği başa çıkma yöntemleri bireye özgü bir niteliğe sahiptir (Ağargün ve ark., 2005; Schmidt ve ark., 2005; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015).

Schmidt ve ark'nın çalışmasında düşük sosyal sınıflardaki kadınların ve orta sosyal sınıflardaki erkeklerin anlamlı olarak daha fazla aktif yüzleşme kullandıkları bulgulanmıştır. Bu çalışmada, infertilite ile baş çıkmada sosyal farklılıların önemli olduğu ve bireyin baş etme unsurlarını sosyal ağları yoluyla öğrenebileceği öne sürülmüştür (Schmidt ve ark., 2005).

Erkekler ve kadınların kullandıkları infertilite ile başa çıkma stratejilerinde benzerlik ve farklılıklara bulunmaktadır. Ayrıca, infertil kadınlar daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları için genellikle başa çıkma stratejilerini erkeklerden daha sık kullanmaktadırlar (Peterson ve ark., 2006).

Kaya ve Oskay'ın çalışmasında infertil kadınların duygu odaklı başa çıkma yollarından biri olan dini başa çıkma stratejisini daha fazla kullandıkları bildirmiştir (Kaya ve Oskay, 2019).

Ying ve ark'nın çalışmasında kadınların baş etme stratejilerinden kendini suçlama ve kaçınmayı daha çok kullandığına değinilmiştir (Ying ve ark., 2015).

2.12. İnfertilitede Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite çoğu çifti fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz etkileyerek bir yaşam krizine neden olmaktadır. İnferilite sürecinde bireyler fiziksel acı, stres ve maddi zorlanmalar yaşamakta ve sıklıkla stres, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinde düşüş deneyimlemektedirler (Rooney ve Domar, 2016; Gülpınar ve ark., 2019).

İnfertil bireylerin bakım, eğitim, danışmanlık ve gereksinimleri bireylere göre farklılık gösterir ve kişiye özgüdür. İnfertilite sürecindeki hemşirelik bakımının esas amacı, çiftleri holistik bir yaklaşım doğrultusunda ele alarak iyilik düzeylerini yükseltmek ve belirlenen sorun ve gereksinimler çerçevesinde uygun bakımın planlanması ve uygulanmasıdır (Gülpınar ve ark., 2019; Özdemir ve Kaplan, 2021).

İnferilite sürecinde çiftlerin en sık iletişim kurduğu sağlık çalışanı hemşirelerdir. Fertilite problemi yaşayan bireylere tanı aşamasından itibaren tüm süreç boyunca farklı hemşirelik girişimleri uygulanmaktadır. Dolayısıyla, hemşireler infertilite sürecinde çeşitli roller üstlenmektedirler. İnfertilite hemşirelerinin bakım verici, tedavi edici, eğitici, danışmanlık, koordinatörlük, hasta hakları savunucusu, araştırıcı ve yönetici rolleri ön plana çıkmaktadır (Yılmaz, 2012; Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015).

Vurgulanan roller kapsamında infertilte hemşiresi; infertil çiftleri değerlendirir, tedaviyi planlar/uygular/koordine eder, YÜT işlemlerinde görev alır ve bakımı planlar, hasta kayıtlarını izleyerek süreci takip eder, danışamanlık yapar, çiftlere eğitim verir, oluşabilecek komplikasyonları önlemek için çalışır ve vaka yöneticiliği yapar (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015).

İnfertilite hemşiresi, bireylerin deneyimlediği stresin azaltılmasıda kritik bir role sahiptir ve infertil çiftler için temel bilgi kaynağı konumundadır. Bu bağlamda, infertilite hemşiresi infertilite sürecinde duygusal veya psikolojik sıkıntı yaşayan ve danışmanlık, başa çıkma stratejileri ve çift temelli müdahalelere ihtiyacı olan hastaları tanımalı ve

desteklemelidir. Ayrıca, tedavi öncesi ve sonrası bakımın sürekliliğine ve sık takip yapılmasına önem verilmelidir (Thable ve ark., 2020; Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015).

Terapötik iletişim, bireylerin duygu ve davranışlarını anlamalarına yardımcı olmaya odaklanmaktadır. İnferilite hemşirelik yaklaşımlarında terapötik iletişim esas alınmalı ve çiftlere destek verilirken mahremiyetin sağlanmasına özen gösterilmelidir (Murray ve McKinney, 2014; RCN, 2020).

Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) 2015 yılında infertilite kliniğinde çalışan doktorlar, hemşireler, ebeler, danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, embriyologlar ve idari personellere yönelik psikososyal bakımın kanıta dayalı uygulamalar ışığında rutin infertilite bakımına dahil edilmesine dair bir rehber yayınlamıştır. Yayınlanan rehberde, infertilite ve tedavisinin sosyal ve psikolojik etkilerinin yönetilmesini ve infertilite bakımınının optimize edilmesini sağlayan bakım psikososyal bakım olarak tanımlanmıştır (Gameiro ve ark., 2015).

İnfertilitede psikososyal hemşirelik bakım yaklaşımları şu şekildedir; (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015; Kaya, 2018;)

- İnfertil çiftler ayrı ayrı psikolojik ve sosyal boyutlarda değerlendirilmelidir. İnfertiliteye bağlı stres, anksiyete, depresyon ve adaptasyon güçlüğü açısından risk altında olan bireyler belirlenmelidir.
- Bireylere infertilite nedeniyle ortaya çıkan stresörler konusunda bilgi verilmelidir.
- Planlanan girişimler ve amaçları anlaşılır bir dil kullanılarak açıklamalıdır. Bireylere soru sorma fırsatı verilmeli ve geri bildirim alınmalıdır.
- Bireylerin hangi başa çıkma stratejilerini kullandığı tespit edilmelidir. Başa çıkma stratejilerinde cinsiyetler arası farklılık olabileceği açıklanmalıdır. Etkin baş etme yollarının kullanılması için yol gösterilmeli ve destek olunmalıdır.
- Eşlerin infertilite tanı ve tedavi sürecine beraber katılmaları desteklenmeklidir. Çiftin, birbirlerine açıkça duygu ve düşüncelerini ifade edip etmedikleri ve birbirlerine karşı destek olma durumu sorgulanmalıdır. Eşler birbirlerini desteklemesi için teşvik edilmelidir.
- Çiftin sosyal destek sistemi değerlendirilmelidir. Duygusal rahatlama ve aitlik sağlanması amacıyla bireyler destek gruplarına yönlendirilmelidir.

- Emosyonel duruma etkisi göz önüne alındığında çiftin infertiliteye ilişkin kültürel ve dini görüşleri değerlendirilmelidir.
- Pozitif bireysel imajın oluşması sağlanmalıdır. Çiftleri iyi hissettirecek hobi, egzersiz, spor gibi aktivitelerin yapılması teşvik edilmelidir.
- Çiftler, baş etme stratejisi olarak tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının (gevşeme egzersizleri, müzikterapi, yoga vb.) kullanması konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Bakım sürecinde çiftlerin stresle başa çıkma stratejileri, duygularını ifade etme biçimleri, kayıp sonucundaki tutumları gözlenmelidir. Yardıma ihtiyacı olan bireyler bir uzmana yönlendirilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, infertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.3. Araştırma Soruları

1. İnfertil kadınların yaşadıkları stres düzeyi nedir?
2. İnfertil kadınların yaşam doyumu düzeyi nedir?
3. İnfertil kadınların başa çıkma tutumları nelerdir?
4. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özelliklerinin infertilite kaynaklı stres düzeyleri, yaşam doyumu düzeyleri ve başa çıkma tutumları üzerine etkisi nedir?
5. İnfertil kadınların yaşadıkları infertilite kaynaklı stres düzeyleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. İnfertil kadınların yaşadıkları infertilite kaynaklı stres düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasında ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, eşin yaşı, eğitim durumu ve süresi, eşin eğitim durumu ve süresi, yaşadığı yer, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, evlilik yaşı ve süresi, evlenme şekli, aile tipi, eşiyle akrabalık durumu, çocuk isteme süresi, önceki gebelik durumu, infertilite süresi, infertilite nedeni, daha önce tedavi görme durumu, infertilite tedavi sayısı, sosyal destek varlığı, destek sağlayan kişi, sorunlarını paylaşabilme ve duygularını paylaşabilme

Bağımlı Değişkenler: Doğurgalık Sorunu Envanteri toplam ve alt boyut puanları, Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puanı, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları

3.5. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği kapsamındaki İnfertilite Polikliniği'nde Mart 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütüldü. İnfertilite Polikliniğinde bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim, bir hemşire, bir ebe ve bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte dört adet hekim odası, bir adet hemşire-ebe odası, yedi adet muayene odası, üç adet aile planlama odası, bir adet kan ve numune alma merkezi ve 48 kişi kapasiteli bekleme alanı mevcuttur.

Polikinik hafta içi her gün saat 09:00 ile 17:00 arasında hizmet vermektedir. Polikliniğe günlük olarak 20 randevulu hasta kabul edilmektedir. Randevulu hastalar dışında; test, izlem veya tedavi için başvuran hastalara da randevusuz olarak hizmet verilmektedir. Poliklinik randevuları Sağlık Bakanlığının online randevu sistemi ya da telefon hattı üzerinden alınabilmektedir. Polikliniğe başvuran hastalar, kayıt işlemlerini tamamladıktan sonra yapılacak işleme göre muayene için bekleme alanına veya kan ve numune alma merkezine yönlendirilmektedir. Muayene sonrasında hasta süreç hakkında bilgilendirilmekte, ilgili birimlere yönlendirilmekte ve hastanın gelecek randevusu planlanmaktadır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01.03.2021-03.12.2021 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi İnfertilite Polikliniği'ne başvuru yapan infertil kadınların tümü oluşturdu.

Araştırmanın örneklemine evrenden olasılıksız (gelişigüzel) örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden infertil kadınlar dahil edildi.

Araştırmaya dahil etme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- İnfertilite tanısı alıp tedavi için başvuran
- Türkçe anlıyor ve konuşabiliyor olan

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- 18 yaşın altında olan
- Kronik bir rahatsızlığı olan
- CA öyküsü olan
- Psikiyatrik bir rahatsızlığı olan
- Perimenopozal dönemde olan
- Yaşayan çocuğu olan

Çalışmada yeterli örnek hacminin belirlenmesi aşamasında G*Power 3.1 paket programı kullanıldı. Araştırmanın örneklem hacmi belirlenirken konuyla ilgili önceden yapılmış çalışmalar incelenerek literatür tarandı. Bu kapsamda, Peterson ve ark. ve Gün tarafından yapılan çalışmaların sonuçları temel alındı (Peterson ve ark., 2006; Gün, 2017). Bu çalışmalardaki kadın katılımcılara ait Doğurganlık Sorunu Envanteri'ne ilişkin toplam puan (global stress) değişkeninin ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak etki büyüklüğü (effect size)=0,4805 olarak hesaplandı. 1.tip hata payı (α)=0,05 ve testin gücü (1-β)=0,95 kabul edildi. Hesaplamalar neticesinde örnek hacmi toplamda minimum 190 kişi olarak belirlendi (df=188; t=1,653). Çalışma veri kayıpları olabileceği göz önüne alınarak 202 infertil kadın ile yürütüldü.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma tek aşamada gerçekleştirilmiştir ve izlem yapılmamıştır. Araştırma verileri 01.03.2021-03.12.2021 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde toplandı. Araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma kriterlerine göre infertil kadınlar değerlendirildi. Çalışmaya katılma koşullarına uyan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirildi. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-1) imzalatıldı. Sonrasında, katılımcılara yüz yüze görüşme yoluyla yaklaşık 25-30 dakika süren Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Doğurganlık Sorunu Envanteri (EK-3), Yaşam Doyumu Ölçeği (EK-4) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (EK-5)'nden oluşan anket uygulandı. Katılımcılarla görüşme esnasında mahremiyetin sağlanmasına ve katılımcıların görüşme için yeterli zamanının olmasına dikkat edildi. Veri toplama aşamasında 12 kadın araştırma kriterlerine uymadığı ve 3 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma kapsamına alınmadı.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanma aşamasında Kişisel Bilgi Formu, Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE), Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu infertil kadınların; yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile evlilik, obstetrik ve infertilite öyküsünü kapsayan 23 sorudan oluşmaktadır. Bu form konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Doğurganlık Sorunu Envanteri (DSE)

Doğurganlık Sorunu Envanteri (Fertility Problem Inventory), infertilite kaynaklı stresi ölçmek amacıyla 1999 yılında Newton ve ark. tarafından oluşturulmuş olup Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2017 yılında Gün tarafından yapılmıştır. Envanter toplam 46 maddeden oluşmaktadır. 6'lı likert tipinde (kesinlikle katılıyorum=1, az katılıyorum=2, çok az katılıyorum=3, çok az katılmıyorum=4, az katılmıyorum=5, kesinlikle katılmıyorum=6) derecelendirilmektedir. Envanterin beş alt boyutu vardır. Bunlar: sosyal kaygı, ilişkiler kaygısı, cinsel kaygı, ebeveyn olma ihtiyacı ve çocuksuz yaşamın reddidir. Alt ölçek puanlarının toplamı global stres puanını oluşturmaktadır. Alt ölçekler şunları ifade etmektedir (Newton ve ark., 1999; Gün, 2017).

- Sosyal kaygı: İnfertiliteyi hatırlatıcı şeyler, tavsiyelere karşı hassaslık, aile ve akranları tarafından sorgulanmak ve sosyal izolasyon hissi
- Cinsel kaygı: Cinsel ilişkinin zorlaşması, cinsel özsaygı ve haz almada azalma
- İlişkiler kaygısı: İnfertiliteyi konuşmada zorlanma, ilişkilerin üzerindeki etkiler, cinsiyet farklılıklarını ayırt etme
- Ebeveyn olma ihtiyacı: Ebeveyn olmanın bireylerin yaşamındaki önemi, aile içerisindeki rolün tespitine açık olmama
- Çocuksuz yaşamın reddi: Mutluluğu ya da gelecek hakkındaki memnuniyeti bir çocuk sahibi olma ile ilişkilendirmek, çocuksuz yaşama veya şimdiki duruma negatif bakış

Envanterden alınabilecek minimum puan 46, maksimum puan 276'dır. Puan arttıkça stres düzeyi de artmaktadır (Newton ve ark., 1999; Gün, 2017).

Gün'ün çalışmasında envanterden elde edilen puanların gösterdiği stres düzeyleri aşağıdaki gibi ifade edilmiştir (Gün, 2017);

- %16 persantil altı: Düşük düzeyde stres
- %16-84 persantil arası: Orta düzeyde stres
- %85-98 persantil arası: Hafif yüksek düzeyde stres
- %98 persantil üstü: Yüksek düzeyde stres

Newton ve ark.'nın çalışmasında Doğurganlık Sorunu Envanteri'nin toplamının Crombach Alpha değeri 0,93 bulunmuştur (Newton ve ark., 1999). Gün'ün Türk popülasyonunda yapmış olduğu geçerlik güvenirlik çalışmasında envanterin toplam puanının Cronbach Alpha değeri 0,88 bulunmuştur (Gün, 2017). Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında ise envanterin Cronbach Alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur (Karaca ve Ünsal, 2015). Bu çalışmada DSE'nin toplamının Cronbach Alpha değeri 0,85 olup envanterin güvenirliğinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3-1).

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Yaşam Doyumu Ölçeği; Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında yaşam doyumunu belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Dağlı ve Baysal, 2016). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Yetim tarafından 1993 yılında yapılmıştır. 7'li likert tipte (kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, kısmen katılmıyorum=3, kararsızım=4, kısmen katılıyorum=5, katılıyorum=6, kesinlikle katılıyorum=7) geliştirilmiş olan yaşam doyumu ölçeği, tek boyuttan ve 5 maddeden oluşmaktadır (Yetim, 2003). Ölçekten toplam olarak en fazla 35 (yüksek doyum) ve en az 5 (düşük doyum) puan alınabilmektedir (Kusier ve Folker, 2021).

Pavot ve ark. çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha kaysayısı 0,83 bulunmuştur (Pavot ve ark., 1991). Yetim 1993'te Türk popülasyonunda yaptığı çalışmasında ise ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0,86 olarak bulmuştur (Yetim, 2003). Bu çalışmada YDÖ'nün Cronbach Alpha kaysayısı 0,79 olup ölçeğin oldukça güvenilir olduğu belirlendi (Tablo 3-1).

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, 1989 yılında Carver ve arkadaşları tarafından bireylerin strese karşı tepki olarak kullandıkları başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Carver ve ark., 1989). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2005 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır. 4'lü likert tipinde (asla böyle bir şey yapmam=1, çok az böyle yaparım=2, orta derecede böyle yaparım=3, çoğunlukla böyle yaparım=4) derecelendirilmektedir (Ağargün ve ark., 2005).

Bir öz bildirim ölçeği olan BÇTDÖ, toplamda 60 sorudan ve 15 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermekte olup her bir alt boyutta dört madde bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınan toplam puanlar bireylerin en fazla hangi başa çıkma tutumunu kullandıklarını hakkında bilgi vermektedir 15 alt boyutta ele alınan başa çıkma tutumları şunlardır; 1-Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2-Zihinsel boş verme, 3-Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4-Yararlı sosyal destek kullanımı, 5-Aktif başa çıkma, 6-İnkâr, 7-Dini olarak başa çıkma, 8-Şakaya vurma, 9-Davranışsal olarak boş verme, 10-Geri durma, 11-Duygusal sosyal destek kullanımı, 12-Madde kullanımı, 13-Kabullenme, 14-Diğer meşguliyetleri bastırma, 15-Plan yapma (Ağargün ve ark., 2005). BÇTDÖ'nün alt boyutları duygusal odaklı başa çıkma, sorun odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilmektedir (Kaya ve Oskay, 2019; Küçük ve Koruk, 2022)

Ağargün ve ark.'nın çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur (Ağargün ve ark., 2005). Kaya ve Oskay'ın infertil kadınlarla yaptıkları çalışmada BÇTDÖ Cronbach Alpha katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur (Kaya ve Oskay, 2019). Bu çalışmada BÇTDÖ'nün Cronbach Alpha kaysayısı 0,83 olup ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3-1).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 versiyonu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan envanter ve ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alpha testi uygulanmıştır (Tablo 3-1). Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçeğin güvenilir olmadığını, 0,40-0,59 arasında ölçeğin

güvenirliğinin düşük olduğunu, 0,60-0,79 arasında ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu, 0,80-1,00 arasında ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016).

Tablo 3-1: Ölçeklerin güvenilirlik analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Doğurganlık Sorunu Envanteri	0,850	46
Yaşam Doyumu Ölçeği	0,799	5
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	0,838	60

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Shapiro-Wilk normal dağılım testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde; ikili grup karşılaştırmasında Student's t-testi, ikiden fazla grup karşılatırmasında Oneway ANOVA ve Scheffe post-hoc testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde; ikili grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılatırmasında Kruskall Wallis testi ve parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Test analizlerinde istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde ve sınırlı bir sürede yürütüldü. Bu nedenle bu faktörler araştırma sınırlılıkları olarak belirlendi.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın tüm basamaklarında etik ilkelere uyulmaya özen gösterildi. Araştırmada kullanılacak Doğurganlık Sorunu Envanteri için Semra Gün'den, Yaşam Doyumu Ölçeği için Ünsal Yetim'den ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği için Mehmet Yücel Ağargün'den e-posta yolu ile ölçek kullanım izinleri (EK-6) alındı. Araştırmanın etik olarak uygunluğunun değerlendirilmesi için T.C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni ve araştırmanın verilerinin toplanabilması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (EK-7) alındı. Veri toplama aşamasında katılımcılar araştırmanın kimliği, amacı ve konusu; kişisel bilgilerin gizlililiğinin sağlanacağı ve paylaşılmayacağı; elde edilen verilerin nasıl

kullanılacağı hakkında bilgilendirildi. Katılımcılardan hem sözel olarak hem de Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılarak yazılı onam alındı.

4. BULGULAR

İnfertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında ele alınmıştır:

1. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulgular
2. İnfertil kadınların DSE, YDÖ ve BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular
3. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri ile DSE, YDÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. DSE puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

4.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri (N=202)

Özellikler	X̄±SS	Min-Maks.
Yaş	29,00±4,59	21-40
Eşin yaşı	32,55±5,15	22-52
Eğitim süresi (yıl)	10,73±4,07	0-20
Eşin eğitim süresi (yıl)	10,72±4,01	0-24
	n	**%**
Yaş		
29 yaş ve altı	111	55
29 yaş üzeri	91	45
Yaşadığı yer		
Şehir	194	96
Kırsal Bölge	8	4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	7	3,4
İlköğretim	63	31,2
Lise	69	34,2
Üniversite ve üzeri	63	31,2
Eğitim süresi		
10 yıl veya altı	72	35,6
10 yıl üzeri	130	64,4
Eşin eğitim durumu		
Okur yazar değil	5	2,5
İlköğretim	68	33,7
Lise	70	34,7
Üniversite ve üzeri	59	29,2
Eşin eğitim süresi		
10 yıl veya altı	78	38,6
10 yıl üzeri	124	61,4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	72	35,6
Çalışmıyor	130	64,4
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	200	99
Çalışmıyor	2	1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	67	33,2
Gelir gidere eşit	118	58,4
Gelir giderden fazla	27	8,4
Sosyal Güvence		
Var	195	96,5
Yok	7	3,5

Çalışmaya katılan infertil kadınların yaş ortalaması 29,00±4,59 (yıl) ve eşlerinin yaş ortalaması 32,55±5,15 (yıl) olarak bulundu (Tablo 4-1).

İnfertil kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %65,4'ünün lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptandı. Kadınların aldığı eğitim süresi ortalama 10,73±4,07 (yıl) olarak bulundu. 10 yıldan fazla süre eğitim alan kadınların oranı %64,4 olarak bulgulandı. Eşlerin eğitim durumu incelendiğinde %63,9'unun lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Çalışma durumları değerlendirildiğinde infertil kadınların %35,6'sının, eşlerinin ise %99'unun bir işte çalıştığı görüldü. Katılımcıların %96'sının şehirde ikamet ettiği, %58,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %96,5'inin sosyal güvenceye sahip olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: İnfertil kadınların evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri (N=202)

Özellikler	**X̄±SS**	**Min-Maks.**
Evlilik yaşı	24,14±4,24	18-37
Evlilik süresi (yıl)	4,95±3,23	1-20
Çocuk isteme süresi (yıl)	3,65±2,53	1-16
İnfertilite süresi (yıl)	2,03±1,67	1-9
	n	**%**
Evlilik yaşı		
24 yaş ve altı	117	57,9
24 yaş üzeri	85	42,1
Evlilik süresi		
5 yıl ve altı	138	68,3
5 yıl üzeri	64	31,7
Evlenme şekli		
Severek	154	76,2
Görücü usulü	48	23,8
Aile tipi		
Çekirdek aile	184	91,1
Geniş aile	18	8,9
Akraba evliliği		
Evet	29	14,4
Hayır	173	85,6
Çocuk isteme süresi		
2 yıl ve altı	86	42,6
2 yıl üzeri	116	57,4
Önceki gebelik durumu		
Evet	46	22,8
Hayır	156	77,2

Tablo 4-2 (devam): İnfertil kadınların evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri (N=202)

Özellikler	n	%
İnfertilite süresi		
1 yıl ve altı	112	55,4
1 yıl üzeri	90	44,6
İnfertilite nedeni		
Kadın	85	42,1
Erkek	28	13,9
Hem kadın hem erkek	12	5,9
Açıklanamayan infertilite	77	38,1
Daha önce tedavi görme durumu		
Evet	126	62,4
Hayır	76	37,6
İnfertilite tedavisi*		
Medikal tedavi	90	36,9
IUI	60	24,6
IVF	18	7,4
Tedaviye yeni başvuru	76	31,1
İnfertilite tedavi sayısı		
Yeni başvuru	76	37,6
1 veya 2 kere	62	30,7
2'den fazla	64	31,7
İnfertilite masraflarının karşılanması		
Sosyal güvence	146	72,3
Kendi ve sosyal güvence	56	27,7
Sosyal destek		
Var	184	91,1
Yok	18	8,9
Destek sağlayan kişi*		
Eş	167	58,4
Aile	94	32,9
Arkadaş ve akrabalar	25	8,7
Sorunlarını paylaşabilme		
Evet	149	73,8
Hayır	53	26,2
Duygularını paylaşabilme		
Evet	157	77,7
Hayır	45	22,3

*Birden fazla yanıt verilmiştir

İnfertil kadınların evlilik özellikleri incelendiğinde evlilik yaşının ortalama 24,14±4,24 (yıl) olduğu ve evlilik süresinin ortalama 4,95±3,23 (yıl) olduğu belirlendi. Katılımcıların %68,32'sinin 5 yıl ve daha az süredir evli olduğu, %76,2'sinin severek evlendiği, %91,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %14,4'ünün akraba evliliği yaptığı bulgulandı (Tablo 4-2).

İnfertil kadınların infertilite özelliklerine bakıldığında çocuk isteme süresinin ortalaması 3,65±2,53 (yıl) ve infertilite süresinin ortalaması 2,03±1,67 (yıl) olarak saptandı. Katılımcıların %22,8'inin daha önce gebelik yaşadığı belirlendi. İnfertilite nedeninin %42,1'inin kadın, %13,9'unun erkek, %5,9'unun hem kadın hem erkek ve %38,1'inin ise açıklanamayan infertilite kökenli olduğu görüldü (Tablo 4-2).

İnfertil kadınların %62,4'ünün medikal (%36,9), IUI (%24,6) veya IVF (%7,4) tedavilerinden en az bir defa gördüğü; %37,6'sının tedaviye yeni başvurduğu saptandı.

Katılımcıların %72,3'ünün tedavi masraflarının sosyal güvence tarafından karşılandığı bulundu. Katılımcıların infertilite sürecindeki sosyal destek durumlarına bakıldığında sosyal desteğin en fazla (%58,4) eş tarafından sağlandığı bildirildi. İnfertil kadınların sorunlarını ve duygularını paylaşabilme durumları değerlendirildiğinde %26,2'sinin sorunlarını, %22,3'ünün ise duygularını diğer bireylerle paylaşamadığı belirlendi (Tablo 4-2).

4.2. İnfertil Kadınların DSE, YDÖ ve BÇTDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-3: İnfertil kadınların DSE puanlarına ilişkin bulgular (N=202)

Doğurganlık Sorunu Envanteri Alt Boyutları	X̄±SS	Min-Maks.
Sosyal kaygı	20,77±9,95	10-48
Cinsel kaygı	44,96±11,45	21-60
İlişkiler kaygısı	18,98±8,38	8-36
Ebeveyn olma ihtiyacı	33,39±8,98	13-53
Çocuksuz yaşamın reddi	12,99±6,07	9-34
Toplam puan (global stres)	131,10±31,49	59-221

Katılımcıların DSE puan ortalamalarına bakıldığında DSE toplam puan ortalaması 131,10±31,49 (min:59, maks:221), sosyal kaygı alt boyutu ortalaması 20,77±9,95 (min:10, maks:51), cinsel kaygı alt boyutu ortalaması 44,96±11,45 (min:21, maks:76), ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalaması 18,98±8,38 (min:8, maks:43), ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalaması 33,39±8,98 (min:9, maks:53), çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalaması 12,99±6,07 (min:6, maks:34) puan olarak bulundu (Tablo 4-3).

İnfertil kadınların DSE puanları, persantil bazında stres düzeylerine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %65'inin orta düzeyde strese sahip olduğu görüldü.

Tablo 4-4: İnfertil kadınların YDÖ puanlarına ilişkin bulgular (N=202)

	X̄±SS	Min-Maks.
Yaşam Doyumu Ölçeği Toplam Puanı	24,96±6,33	5-35

Tablo 4-4'te infertil kadınların YDÖ toplam puanlarına bakıldığında ortalamanın 24,96±6,33 (min:5, maks:35) olduğu görüldü.

Tablo 4-5: İnfertil kadınların BÇTDÖ puanlarına ilişkin bulgular (N=202)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	X̄±SS	Min-Maks.
Duygusal Odaklı Başa Çıkma		
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	14,43±2,21	4-16
Dini olarak başa çıkma	15,12±2,08	4-16
Şakaya vurma	8,50±3,89	4-16
Duygusal sosyal destek kullanımı	12,07±3,31	4-16
Kabullenme	11,06±3,69	4-16
Toplam puan	61,21±8,83	26-80
Sorun Odaklı Başa Çıkma		
Yararlı sosyal destek kullanımı	12,07±3,82	4-16
Aktif başa çıkma	13,36±2,66	4-16
Geri durma	11,16±2,77	4-16
Diğer meşguliyetleri bastırma	10,26±2,84	4-16
Plan yapma	12,24±3,56	4-16
Toplam puan	59,11±8,73	23-77
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma		
Zihinsel boş verme	10,64±2,79	4-16
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	13,12±3,30	6-16
İnkar	7,63±3,80	4-16
Davranışsal olarak boş verme	6,53±3,55	4-16
Madde kullanımı	4,34±1,48	4-16
Toplam puan	42,28±8,31	23-74

Katılımcıların BÇTDÖ toplam puan ortalamaları ele alındığında; duygusal odaklı başa çıkma toplam puan ortalamasının 61,21±8,83 (min:26, maks:80), sorun odaklı başa çıkma toplam puan ortalamasının 59,11±8,73 (min:23, maks:77) ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puan ortalamasının 42,28±8,31 (min:23, maks:74) olduğu bulundu. İnfertil kadınların en fazla duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını kullandıkları saptandı. Kullanılan başa çıkma tutumlarına bakıldığında duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından "dini olarak başa çıkma" (15,12±2,08) ve "pozitif yeniden yorumlama ve gelişme" (14,43±2,21) en sık, daha sonra sorun odaklı başa çıkma tutumlarından "aktif başa çıkma" (13,36±2,66) ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından "soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma" (13,12±3,30) sıklıkla kullanılan başa çıkma tutumları olarak belirlendi (Tablo 4-5).

4.3. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile DSE, YDÖ ve BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-6: İnfertil kadınların sosyodemografik, obstetrik, evlilik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Sosyal kaygı	Cinsel kaygı	İlişkiler kaygısı	Ebeveyn olma ihtiyacı	Çocuksuz yaşamın reddi	Toplam DSE puanı (global stres)
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
Yaş						
29 yaş ve altı	20,25±9,87	44,86±11,51	20,20±8,96	33,69±9,59	13,06±5,85	132,08±32,56
29 yaş üzeri	21,40±10,07	45,07±11,43	17,49±7,39	33,03±8,21	12,90±6,37	129,91±30,26
Test değeri	Z_{MWU}= -0,833	t= -0,131	Z_{MWU}= -2,107	t= 0,527	Z_{MWU}= -0,368	Z_{MWU}= -0,327
p	0,405	0,896	***0,035****	0,599	0,713	0,744
Eğitim süresi						
10 yıl veya altı	23,87±10,56	48,38±9,77	21,58±8,11	36,61±8,48	13,69±6,17	144,15±28,31
10 yıl üzeri	19,05±9,19	43,06±11,89	17,54±8,21	31,61±8,77	12,60±6,00	123,87±30,92
Test değeri	Z_{MWU}= -3,394	Z_{MWU}= -3,029	Z_{MWU}= -3,656	Z_{MWU}= -3,984	Z_{MWU}= -1,240	Z_{MWU}= -4,686
p	***0,001****	***0,002****	***0,000*****	***0,000*****	0,215	***0,000*****
Eşin eğitim süresi						
10 yıl veya altı	21,69±10,45	46,75±10,90	18,57±6,95	34,51±8,94	13,15±6,28	134,69±30,01
10 yıl üzeri	20,19±9,62	43,83±11,68	19,24±9,18	32,69±8,96	12,88±5,96	128,84±32,30
Test değeri	Z_{MWU}= -0,913	t= 1,778	Z_{MWU}= -0,097	t= 1,405	Z_{MWU}=-0,460	t= 1,286
p	0,361	0,077	0,923	0,162	0,963	0,200
Çalışma durumu						
Çalışıyor	21,95±9,81	44,56±10,31	19,51±7,75	32,97±7,81	12,62±6,24	131,63±27,44
Çalışmıyor	20,11±10,00	45,17±12,06	18,69±8,73	33,63±9,58	13,19±5,99	130,80±33,62
Test değeri	Z_{MWU}= -1,531	t= -0,360	Z_{MWU}= -1,118	t= -0,498	Z_{MWU}=-0,844	Z_{MWU}= -0,460
p	0,126	0,719	0,263	0,619	0,399	0,646
Eşin çalışma durumu						
Çalışıyor	20,72±9,97	45,025±11,47	19,04±8,39	33,35±9,00	12,96±6,07	131,10±31,54
Çalışmıyor	26,00±8,48	38,50±7,77	13,50±7,77	37,50±4,94	16,00±7,07	131,50±36,06
Test değeri	Z_{MWU}= -1,019	Z_{MWU}= -0,882	Z_{MWU}= -0,920	Z_{MWU}= -0,748	Z_{MWU}= -0,796	Z_{MWU}= -0,061
p	0,308	0,378	0,358	0,454	0,426	0,952
Gelir durumu						
Gelir giderden az	24,26±10,78	47,70±10,64	21,26±8,96	35,10±8,19	13,74±6,67	142,08±32,48
Gelir gidere eşit	19,44±8,92	44,72±10,86	18,48±7,75	32,55±9,00	12,69±5,68	127,90±27,36
Gelir giderden fazla	16,17±9,83	35,82±13,97	13,47±7,47	32,47±11,17	12,05±6,33	110,00±39,71
Test değeri	X^2_{KW}= 16,496	X^2_{KW}= 14,743	X^2_{KW}= 15,002	F= 1,830	X^2_{KW}= 1,488	X^2_{KW}= 18,447
p	***0,000*****	***0,001****	***0,001****	0,163	0,475	***0,000*****
Sosyal Güvence						
Var	20,55±9,80	44,8±11,20	18,95±8,45	33,50±8,75	13,08±6,09	130,90±30,85
Yok	26,85±13,00	49,42±17,50	19,85±6,49	30,28±14,46	10,28±5,12	136,71±48,93
Test değeri	Z_{MWU}= -1,318	Z_{MWU}= -0,517	Z_{MWU}= -0,528	t= 0,585	Z_{MWU}= -1,494	Z_{MWU}= -0,276
p	0,188	0,605	0,598	0,579	0,135	0,782

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001
t: Student's t Test F: Oneway ANOVA Test

Tablo 4-6 (devam): İnfertil kadınların sosyodemografik, obstetrik, evlilik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Sosyal kaygı	Cinsel kaygı	İlişkiler kaygısı	Ebeveyn olma ihtiyacı	Çocuksuz yaşamın reddi	Toplam DSE puanı (global stres)
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
Evlilik yaşı						
24 yaş ve altı	20,94±10,00	44,82±11,74	20,15±8,77	33,22±9,50	12,94±5,51	132,08±32,12
24 yaş üzeri	20,54±9,94	45,15±11,09	17,37±7,58	33,63±8,25	13,04±6,80	129,75±30,74
Test değeri	Z_{MWU}= -0,387	t= -0,203	Z_{MWU}= -2,288	t= -0,329	Z_{MWU}= -0,519	t=0,519
p	0,699	0,839	***0,022****	0,742	0,604	0,605
Evlilik süresi						
5 yıl ve altı	19,85±9,61	44,86±11,37	18,52±7,92	33,45±8,61	12,47±5,91	129,18±30,06
5 yıl üzeri	22,75±10,45	45,15±11,69	19,96±9,28	33,26±9,80	14,10±6,31	135,25±34,24
Test değeri	Z_{MWU}= -2,005	t= -0,165	Z_{MWU}= -0,789	t= 0,140	Z_{MWU}= -1,908	Z_{MWU}= -1,559
p	***0,045****	0,869	0,430	0,889	0,056	***0,045****
Evlenme şekli						
Severek	19,85±9,23	43,65±11,55	18,09±8,03	32,16±8,98	12,66±5,70	126,44±29,61
Görücü usulü	23,70±11,60	49,14±10,12	21,83±8,91	37,33±7,83	14,04±7,10	146,06±32,94
Test değeri	Z_{MWU}= -2,068	t= 2,956	Z_{MWU}= -2,694	t= 3,580	Z_{MWU}= -0,816	t=3,900
p	***0,039****	***0,003****	***0,007****	***0,000*****	0,415	***0,000*****
Aile tipi						
Çekirdek aile	24,33±9,77	51,22±11,40	20,50±8,47	36,72±8,99	12,83±6,05	145,61±30,94
Geniş aile	20,42±11,32	44,34±10,26	18,83±7,46	33,07±8,30	13,00±6,42	129,68±34,28
Test değeri	Z_{MWU}= -1,520	t= 2,461	Z_{MWU}= -1,162	t= 1,654	Z_{MWU}= -0,319	Z_{MWU}= -2,053
p	0,128	***0,015****	0,245	0,100	0,750	***0,040****
Akraba evliliği						
Evet	25,27±10,16	49,96±7,56	21,20±8,23	39,03±5,77	13,24±6,51	148,72±24,17
Hayır	20,01±9,74	44,12±11,78	18,61±8,37	32,45±9,08	12,94±6,01	128,15±31,66
Test değeri	Z_{MWU}= -2,860	t= 3,507	Z_{MWU}= -1,746	t= 5,163	Z_{MWU}= -0,109	Z_{MWU}= -3,697
p	***0,004****	***0,001****	0,081	***0,000*****	0,913	***0,000*****
Çocuk isteme süresi						
2 yıl ve altı	19,03±9,74	43,92±11,94	18,78±8,62	33,70±9,31	13,04±6,13	128,50±32,83
2 yıl üzeri	22,03±9,95	45,70±11,06	19,12±8,23	33,17±8,76	12,94±6,05	132,99±30,48
Test değeri	Z_{MWU}= -2,480	t= -1,091	Z_{MWU}= -0,410	t= 0,413	Z_{MWU}= -0,029	Z_{MWU}= -1,352
p	***0,013****	0,276	0,681	0,680	0,976	0,176
Önceki gebelik durumu						
Evet	21,13±9,73	44,13±12,04	17,67±8,69	35,10±8,60	13,78±6,59	131,82±34,79
Hayır	20,66±10,04	45,20±11,29	19,37±8,27	32,89±9,05	12,75±5,91	130,89±30,56
Test değeri	Z_{MWU}= -0,436	t= -0,558	Z_{MWU}= -1,421	t= 1,518	Z_{MWU}= -1,056	Z_{MWU}= -0,329
p	0,633	0,577	0,155	0,133	0,291	0,742
İnfertilite süresi						
1 yıl ve altı	20,22±10,28	44,30±11,55	18,65±8,47	34,13±9,16	13,23±6,62	130,54±32,19
1 yıl üzeri	21,45±9,54	45,77±11,33	19,40±8,29	32,47±8,70	12,68±5,34	131,80±30,76
Test değeri	Z_{MWU}= -1,338	t= -0,909	Z_{MWU}= -0,791	t= 1,305	Z_{MWU}= -0,001	t= -0,281
p	0,181	0,364	0,429	0,193	0,999	0,779

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001
t: Student's t Test F: Oneway ANOVA Test

Tablo 4-6 (devam): İnfertil kadınların sosyodemografik, obstetrik, evlilik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Sosyal kaygı	Cinsel kaygı	İlişkiler kaygısı	Ebeveyn olma ihtiyacı	Çocuksuz yaşamın reddi	Toplam DSE puanı (global stres)
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
İnfertilite nedeni						
Kadın	21,77±10,24	45,57±10,75	20,29±9,19	34,03±9,05	13,82±6,49	135,50±33,71
Erkek	21,00±10,55	49,89±10,64	19,21±7,70	31,57±8,29	13,10±5,20	134,78±23,40
Hem kadın hem erkek	19,33±6,66	37,58±6,28	16,91±5,40	31,50±6,05	14,33±6,34	119,66±16,29
Açıklanamayan infertilite	19,80±9,87	43,63±12,37	17,77±7,91	33,64±9,51	11,81±5,75	126,68±32,65
Test değeri	X^2_{KW}= 2,201	F= 3,988	X^2_{KW}= 3,312	F= 0,725	X^2_{KW}= 5,464	F= 1,732
p	0,531	***0,009****	0,346	0,538	0,141	0,162
Daha önce tedavi görme durumu						
Evet	21,06±10,08	45,24±11,66	18,54±7,97	33,30±8,89	12,92±6,19	131,08±32,88
Hayır	20,28±9,77	44,48±11,14	19,71±9,02	33,55±9,17	13,09±5,90	131,13±29,25
Test değeri	Z_{MWU}= -0,562	Z_{MWU}= -0,282	Z_{MWU}= -0,690	Z_{MWU}= -0,423	Z_{MWU}= -0,393	Z_{MWU}= -0,600
p	0,574	0,778	0,490	0,673	0,694	0,548
İnfertilite tedavi sayısı						
Yeni başvuru	20,28±9,77	44,48±11,14	19,71±9,02	33,55±9,17	13,09±5,90	131,13±29,25
1 veya 2 kere	19,01±9,26	44,27±12,10	17,00±7,30	32,91±8,60	12,46±6,40	125,67±31,78
2'den fazla	23,04±31,78	46,18±11,23	20,04±8,36	33,67±9,22	13,37±6,00	136,32±33,32
Test değeri	X^2_{KW}= 5,801	X^2_{KW}= 0,808	X^2_{KW}= 4,935	X^2_{KW}=0,375	X^2_{KW}= 1,683	X^2_{KW}= 3,303
p	0,055	0,668	0,085	0,829	0,431	0,192
Sosyal destek						
Var	20,13±9,67	44,44±11,54	18,71±8,46	33,32±9,07	12,76±6,02	129,37±31,58
Yok	27,27±10,71	50,27±9,13	21,77±7,19	34,16±8,18	15,27±6,29	148,77±24,93
Test değeri	Z_{MWU}= -2,816	t= -2,521	Z_{MWU}= -1,880	t= -0,381	Z_{MWU}= -1,778	Z_{MWU}= -2,723
p	***0,005****	***0,019****	0,060	0,704	0,075	***0,006****
Destek sağlayan kişi*						
Eş						
Evet	19,70±9,52	43,97±11,48	18,22±8,40	32,94±9,06	12,39±5,59	127,23±30,33
Hayır	25,88±10,52	49,68±10,15	22,62±7,33	35,54±8,33	15,82±7,43	149,57±30,73
Test değeri	Z_{MWU}= -3,324	t= -2,728	Z_{MWU}= -3,273	t= -1,561	Z_{MWU}= -2,490	Z_{MWU}= -3,912
p	***0,001****	***0,007****	***0,001****	0,120	***0,013****	***0,000*****
Aile						
Evet	20,02±9,24	43,79±11,41	19,27±8,13	33,64±8,56	12,76±5,45	129,51±30,67
Hayır	21,42±10,53	45,97±11,43	18,73±8,62	33,17±9,36	13,18±6,59	132,49±32,26
Test değeri	Z_{MWU}= -0,776	t= -1,349	Z_{MWU}= -0,710	t= 0,373	Z_{MWU}= -0,058	t= -0,670
p	0,438	0,179	0,478	0,710	0,953	0,504
Arkadaş ve akraba						
Evet	20,04±10,75	42,28±13,74	15,92±7,02	32,52±9,27	11,52±6,42	122,28±37,48
Hayır	20,87±9,86	45,33±11,08	19,41±8,48	33,51±8,95	13,19±6,01	132,35±30,47
Test değeri	Z_{MWU}= -0,692	t= -1,252	Z_{MWU}= -1,901	t= -0,507	Z_{MWU}= -1,548	Z_{MWU}= -1,639
p	0,489	0,212	0,057	0,616	0,122	0,101

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001
t: Student's t Test F: Oneway ANOVA Test

Tablo 4-6 (devam): İnfertil kadınların sosyodemografik, obstetrik, evlilik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Sosyal kaygı	Cinsel kaygı	İlişkiler kaygısı	Ebeveyn olma ihtiyacı	Çocuksuz yaşamın reddi	Toplam DSE puanı (global stres)
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
Sorunlarını paylaşabilme						
Evet	19,73±9,36	44,26±11,59	17,77±7,63	33,42±8,87	12,14±5,44	127,35±30,01
Hayır	23,67±11,04	46,90±10,90	22,37±9,48	33,32±9,35	15,35±7,11	141,64±33,41
Test değeri	Z_{MWU}= -2,373	t= 1,444	Z_{MWU}= -3,066	t= 0,071	Z_{MWU}= -3,042	t= -2,888
p	***0,018****	0,150	**0,002****	0,944	***0,002****	***0,004****
Duygularını paylaşabilme						
Evet	19,56±9,40	44,07±11,72	17,91±7,73	33,12±8,87	12,19±5,46	126,87±29,81
Hayır	24,97±10,75	48,06±9,95	22,71±9,51	34,35±9,36	15,75±7,26	145,86±33,04
Test değeri	Z_{MWU}= -3,149	Z_{MWU}= -2,029	Z_{MWU}= -2,968	t= -0,812	Z_{MWU}= -3,143	t= -3,676
p	***0,002****	***0,042****	***0,003****	0,418	***0,002****	***0,000*****

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001
t: Student's t Test F: Oneway ANOVA Test

DSE ilişkiler kaygısı alt boyutu puanının 29 yaş ve altındaki infertil kadınlarda, 29 yaş üzeri olanlara göre anlamlı olarak (p=0,035) daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim süresi 10 yıldan fazla katılımcıların DSE tüm alt boyutlarında ve toplamda daha az puan aldığı belirlendi. Eğitim süresi ile sosyal kaygı (p=0,001), cinsel kaygı (p=0,002), ilişkiler kaygısı (p=0,000), ebeveyn olma ihtiyacı (p=0,000) alt boyutları ve toplam DSE puanı (p=0,000) arasında anlamlı fark bulgulandı. Katılımcıların gelir durumu ile DSE alt boyutlarından sosyal kaygı (p=0,000), cinsel kaygı (p=0,001), ilişkiler kaygısı (p=0,001) puanları ve toplam DSE puanı (p=0,000) arasında anlamlı farklılık bulundu Gruplar arasındaki farklılığı saptamak için yapılan parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi sonucunda; toplam DSE puanında ve sosyal kaygı alt boyut puanında tüm gruplar arasında; cinsel kaygı ve ilişkiler kaygısı alt boyut puanlarında geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanlar arasında gelir durumuyla ters orantılı olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4-6).

Evlilik yaşı ile DSE ilişkiler kaygısı alt boyutu arasında anlamlı fark (p=0,022) saptandı. 24 yaş ve altındakilerde ilişkiler kaygısı puanının daha yüksek olduğu görüldü. Evlilik süresi 5 yıldan fazla olan infertil kadınların DSE sosyal kaygı alt boyut ve toplam DSE puanlarının anlamlı olarak (p=0,045) daha yüksek olduğu bulundu. Görücü usulü ile evlenen katılımcıların DSE sosyal kaygı (p=0,039), cinsel kaygı (p=0,003), ilişkiler

kaygısı (p=0,007), ebeveyn olma ihtiyacı (p=0,000) alt boyut ve toplam DSE (p=0,000) puanlarının anlamlı olarak severek evlenenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Aile tipi ile DSE cinsel kaygı alt boyut puanı (p=0,015) ve toplam DSE puanı (p=0,040) arasında anlamlı farklılık bulundu. Bu puanların geniş aile tipine sahip infertil kadınlarda daha düşük olduğu saptandı. Akraba evliliği yapanların yapmayanlara göre sosyal kaygı (p=0,004), cinsel kaygı (p=0,001), ebeveyn olma ihtiyacı (p=0,000) DSE alt boyut ve toplam DSE (p=0,000) puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-6).

Çocuk isteme süresi ile DSE sosyal kaygı alt boyut puanı (p=0,013) arasında anlamlı fark bulgulandı. 2 yıldan daha fazla süredir çocuk isteyenlerin sosyal kaygı puanının 2 yıl ve daha az süredir çocuk isteyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. İnfertilite nedeni ile DSE cinsel kaygı alt boyut puanı arasında anlamlı fark (p=0,009) bulundu. Gruplar arası farklılığı saptamak için Scheffe post-hoc testi yapıldı. Erkek faktör ile hem kadın hem erkek faktör gruplarının DSE cinsel kaygı alt boyut puanında anlamlı olarak farklılığa sahip olduğu belirlendi. Karşılaştırılan tüm gruplar arasında DSE cinsel kaygı alt boyut puanının erkek faktörde en yüksek değerde, hem kadın hem erkek faktörde ise en düşük değerde olduğu görüldü (Tablo 4-6).

Sosyal destek varlığı sorgulandığında infertilite sürecinde sosyal desteğe sahip olan infertil kadınların DSE sosyal kaygı (p=0,005), cinsel kaygı (p=0,019) alt boyut ve toplam DSE (p=0,006) puanlarının anlamlı olarak daha az olduğu bulundu. Eş tarafından sağlanan sosyal destek gören katılımcıların DSE sosyal kaygı (p=0,001), cinsel kaygı (p=0,007), ilişkiler kaygısı (p=0,001), çocuksuz yaşamın reddi (p=0,013) alt boyut ve toplam DSE (p=0,000) puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-6).

Sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların DSE sosyal kaygı (p=0,018), ilişkiler kaygısı (p=0,002), çocuksuz yaşamın reddi (p=0,002) alt boyut puanlarının ve toplam DSE puanının (p=0,000) anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Duygularını diğer bireylerle paylaşabilme ile sosyal kaygı (p=0,002), cinsel kaygı (p=0,042), ilişkiler kaygısı (p=0,003), çocuksuz yaşamın reddi (p=0,002) alt boyut puanları ve toplam DSE puanı (p=0,000) arasında anlamlı fark bulundu. Bu puanlarda duygularını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların paylaşamayanlara göre daha az değer aldıkları görüldü (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile YDÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Yaşam doyumu	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sorun Odaklı Başa Çıkma	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS
Yaş				
29 yaş ve altı	24,84±6,34	60,92±9,11	58,12±8,76	42,54±8,39
29 yaş üzeri	25,09±6,35	61,56±8,53	60,32±8,58	41,97±8,25
Test değeri	Z_{MWU}= -0,287	Z_{MWU}= -0,393	Z_{MWU}= -1,903	Z_{MWU}= -1,070
p	0,774	0,694	0,057	0,284
Eğitim süresi				
10 yıl veya altı	24,58±6,58	61,91±8,89	57,06±7,45	44,36±9,08
10 yıl üzeri	25,16±6,20	60,82±8,81	60,25±9,20	41,13±7,65
Test değeri	Z_{MWU}= -0,787	Z_{MWU}= -0,873	Z_{MWU}= -2,664	Z_{MWU}= -2,386
p	0,432	0,383	***0,008****	***0,017****
Eşin eğitim süresi				
10 yıl veya altı	24,48±6,93	63,37±8,43	59,44±7,92	42,62±7,18
10 yıl üzeri	25,25±5,93	59,85±8,85	58,91±9,23	42,07±8,97
Test değeri	Z_{MWU}= -0,744	Z_{MWU}= -2,697	Z_{MWU}= -0,468	Z_{MWU}= -0,934
p	0,457	***0,007****	0,640	0,350
Çalışma durumu				
Çalışıyor	24,01±5,94	59,41±8,47	61,04±8,63	41,05±8,32
Çalışmıyor	25,48±6,50	62,20±8,91	58,05±8,64	42,96±8,26
Test değeri	Z_{MWU}= -1,898	Z_{MWU}= -2,406	Z_{MWU}= -1,94	Z_{MWU}= -1,753
p	0,058	***0,016****	0,052	0,080
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	24,99±6,35	61,18±8,85	59,03±8,73	42,18±8,14
Çalışmıyor	21,50±0,70	64,00±8,48	67,50±0,70	52,50±21,92
Test değeri	Z_{MWU}= -1,144	Z_{MWU}= -0,462	Z_{MWU}= -1,533	Z_{MWU}= -0,614
p	0,252	0,644	0,125	0,539
Gelir durumu				
Gelir giderden az	22,05±6,09	60,68±9,72	58,43±8,41	41,88±8,74
Gelir gidere eşit	25,90±6,13	61,86±8,29	59,18±8,78	43,03±8,05
Gelir giderden fazla	29,82±2,89	58,76±8,80	61,35±9,77	38,70±7,76
Test değeri	X^2_{KW}= 17,454	X^2_{KW}= 0,392	X^2_{KW}= 0,265	X^2_{KW}= 0,487
p	***0,000*****	0,531	0,607	0,485
Sosyal Güvence				
Var	24,90±6,27	61,10±8,83	59,19±8,86	42,29±8,41
Yok	26,57±8,24	64,28±8,95	57,00±3,05	42,14±5,20
Test değeri	Z_{MWU}= -0,850	Z_{MWU}= -0,863	Z_{MWU}= -0,896	Z_{MWU}= -0,086
p	0,395	0,388	0,370	0,932
Evlilik yaşı				
24 yaş ve altı	24,97±6,31	61,17±8,96	58,14±8,68	43,00±8,79
24 yaş üzeri	24,94±6,39	61,27±8,72	60,45±8,67	41,29±7,55
Test değeri	Z_{MWU}= -0,029	Z_{MWU}= -0,013	Z_{MWU}= -1,925	Z_{MWU}= -1,519
p	0,977	0,989	0,054	0,129

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 4-7 (devam): İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile YDÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Yaşam doyumu	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sorun Odaklı Başa Çıkma	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS
Evlilik süresi				
5 yıl ve altı	25,18±6,17	61,27±8,88	59,34±8,50	41,55±8,05
5 yıl üzeri	24,48±6,68	61,07±8,80	58,62±9,26	43,85±8,71
Test değeri	Z_{MWU}= -0,663	Z_{MWU}= -0,212	Z_{MWU}= -0,624	Z_{MWU}= -1,880
p	0,507	0,832	0,533	0,060
Evlenme şekli				
Severek	25,07±6,20	60,88±8,96	60,01±8,52	41,55±8,40
Görücü usulü	24,60±6,78	62,27±8,44	56,25±8,87	44,62±7,65
Test değeri	Z_{MWU}= -0,350	Z_{MWU}= -0,737	Z_{MWU}= -2,751	Z_{MWU}= -2,464
p	0,727	0,461	***0,006*****	***0,014****
Aile tipi				
Çekirdek aile	25,22±6,38	61,17±9,09	59,26±8,79	42,35±8,36
Geniş aile	22,27±5,14	61,61±5,80	57,66±8,16	41,61±8,03
Test değeri	Z_{MWU}= -2,289	Z_{MWU}= -0,266	Z_{MWU}= -0,755	Z_{MWU}= -0,180
p	***0,022****	0,790	0,450	0,857
Akraba evliliği				
Evet	22,48±6,85	63,27±7,32	59,96±9,71	41,89±7,76
Hayır	25,37±6,16	60,86±9,04	58,97±8,58	42,35±8,42
Test değeri	Z_{MWU}= -2,135	Z_{MWU}= -1,286	Z_{MWU}= -0,744	Z_{MWU}= -0,187
p	***0,033****	0,198	0,457	0,851
Çocuk isteme süresi				
2 yıl ve altı	25,97±5,86	61,24±8,58	60,14±7,46	43,09±8,00
2 yıl üzeri	24,22±6,57	61,18±9,05	58,37±9,51	41,70±8,52
Test değeri	Z_{MWU}= -1,813	Z_{MWU}= -0,173	Z_{MWU}= -1,198	Z_{MWU}= -1,373
p	0,070	0,862	0,231	0,170
Önceki gebelik durumu				
Evet	24,45±6,86	63,13±7,03	60,23±9,40	42,67±10,44
Hayır	25,10±6,18	60,64±9,24	58,78±8,53	42,17±7,61
Test değeri	Z_{MWU}= -0,549	Z_{MWU}= -1,834	Z_{MWU}= -0,912	Z_{MWU}= -0,045
p	0,583	0,067	0,362	0,964
İnfertilite süresi				
1 yıl ve altı	26,00±5,92	60,33±8,49	59,09±8,16	42,05±8,37
1 yıl üzeri	23,65±6,60	62,30±9,17	59,14±9,44	42,57±8,28
Test değeri	Z_{MWU}= -2,644	Z_{MWU}= -1,695	Z_{MWU}= -0,207	Z_{MWU}= -0,624
p	***0,008*****	0,090	0,836	0,533
İnfertilite nedeni				
Kadın	25,15±5,85	60,94±9,04	57,94±9,13	42,95±8,44
Erkek	23,21±7,76	63,60±9,76	61,57±8,02	46,21±7,75
Hem kadın hem erkek	24,00±5,00	60,83±7,09	61,75±8,18	40,50±8,39
Açıklanamayan infertilite	25,53±6,44	60,70±8,52	59,11±8,49	40,40±7,89
Test değeri	X^2_{KW}= 2,866	X^2_{KW}= 3,090	X^2_{KW}= 5,027	X^2_{KW}= 10,873
p	0,413	0,378	0,170	***0,012****

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 4-7 (devam): İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri ile YDÖ ve BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Özellikler	Yaşam doyumu	Duygusal Odaklı Başa Çıkma	Sorun Odaklı Başa Çıkma	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
Daha önce tedavi görme durumu				
Evet	24,99±6,22	60,97±8,57	58,23±8,68	41,34±7,49
Hayır	24,90±6,55	61,60±9,30	60,59±8,67	43,84±9,36
Test değeri	Z_{MWU}= -0,093	Z_{MWU}= -0,770	Z_{MWU}= -1,907	Z_{MWU}= -1,558
p	0,926	0,442	0,056	0,119
İnfertilite tedavi sayısı				
Yeni başvuru	24,90±6,55	61,60±9,30	60,59±8,67	43,84±9,36
1 veya 2 kere	26,66±5,55	60,17±8,07	57,45±9,26	40,20±9,26
2'den fazla	23,37±6,44	61,75±9,03	58,98±8,08	42,45±7,52
Test değeri	X^2_{KW}= 8,466	X^2_{KW}= 1,425	X^2_{KW}= 4,365	X^2_{KW}= 4,823
p	***0,015****	0,490	0,113	0,090
Sosyal destek				
Var	25,02±6,25	61,35±8,85	59,41±8,90	42,19±8,40
Yok	24,27±7,28	59,72±8,78	56,11±6,20	43,27±7,48
Test değeri	Z_{MWU}= -0,573	Z_{MWU}= -0,892	Z_{MWU}= -1,911	Z_{MWU}= -0,630
p	0,566	0,372	0,056	0,529
Destek sağlayan kişi*				
Eş				
Evet	25,10±6,26	61,62±8,92	59,88±8,82	42,16±7,98
Hayır	24,28±6,67	59,25±8,25	55,48±7,38	42,88±9,87
Test değeri	Z_{MWU}= -0,771	Z_{MWU}= -1,658	Z_{MWU}= -2,896	Z_{MWU}= -0,126
p	0,441	0,097	***0,004****	0,900
Aile				
Evet	24,36±6,24	61,11±8,77	58,95±9,08	41,95±9,42
Hayır	25,48±6,39	61,29±8,93	59,25±8,46	42,57±7,25
Test değeri	Z_{MWU}= -1,310	Z_{MWU}= -0,097	Z_{MWU}= -0,141	Z_{MWU}= -1,284
p	0,190	0,923	0,888	0,199
Arkadaş ve akraba				
Evet	26,76±5,00	60,12±7,75	59,24±9,84	41,92±7,60
Hayır	24,70±6,47	61,36±8,99	59,10±8,59	42,33±8,43
Test değeri	Z_{MWU}= -1,365	Z_{MWU}= -0,651	Z_{MWU}= -0,095	Z_{MWU}= -0,154
p	0,172	0,515	0,924	0,878
Sorunlarını paylaşabilme				
Evet	25,18±6,42	62,11±8,78	59,89±8,67	42,54±8,38
Hayır	24,33±6,07	58,67±8,55	56,94±8,60	41,56±8,16
Test değeri	Z_{MWU}= -1,107	Z_{MWU}= -2,764	Z_{MWU}= -2,37	Z_{MWU}= -0,487
p	0,268	***0,006****	***0,018****	0,626
Duygularını paylaşabilme				
Evet	25,43±6,03	61,33±8,65	60,00±8,51	42,34±7,91
Hayır	23,31±7,11	60,80±9,54	56,02±8,88	42,08±9,69
Test değeri	Z_{MWU}= -1,724	Z_{MWU}= -0,528	Z_{MWU}= -2,836	Z_{MWU}= -0,631
p	0,085	0,597	***0,005****	0,528

Z_{MWU}: Mann Whitney U Test X^2_{KW}: Kruskal Wallis Test *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Gelir durumu ile toplam YDÖ puanı arasında anlamlı farklılık (p=0,000) saptandı. Yapılan parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi sonucunda tüm gruplar arasında anlamlı fark olduğu ve gelir durumu arttıkça toplam yaşam doyumu puanının anlamlı olarak artış gösterdiği bulundu (Tablo 4-7).

Çekirdek aileye sahip katılımcıların geniş aileye sahip olanlara göre toplam YDÖ puanının anlamlı olarak (p=0,022) daha yüksek olduğu saptandı. Aile tipi ile toplam YDÖ puanı arasında anlamlı farklılık (p=0,033) bulgulanırken akraba evliliği yapan infertil kadınların toplam YDÖ puanının anlamlı olarak (p= 0,033) daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

İnfertilite süresi 1 yıldan fazla olan katılımcıların 1 yıl veya daha az olanlara göre toplam YDÖ toplam puanının anlamlı olarak (p=0,008) daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4-7).

İnfertilite tedavi sayısı ile toplam YDÖ toplam puanı arasında anlamlı fark (p=0,015) bulgulandı. Gruplar arasında parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi yapıldığında 1 veya 2 kere ve 2'den fazla tedavi görenler arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. Bu doğrultuda, 2'den fazla infertilite tedavisi gören katılımcıların toplam YDÖ puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-7).

10 yıldan fazla eğitim gören infertil kadınların BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanı (p=0,008) ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı (p=0,017) arasında anlamlı fark bulgulandı. Bu puanlara göre; eğitim süresi 10 yıldan fazla olanların sorun odaklı başa çıkma toplam puanlarının daha fazla olduğu buna karşın işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanlarının daha az olduğu saptandı. Eşi 10 yıldan daha uzun süre eğitim almış katılımcıların BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma toplam puanının anlamlı olarak (p=0,007) daha az olduğu bulgulandı. Bir işte çalışma durumuna bakıldığında çalışan katılcımların BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma toplam puanının çalışmayanlara göre anlamlı olarak (p=0,016) daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Evlenme şekli ile BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanı (p=0,006) ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı (p=0,014) arasında anlamlı fark saptandı. Buna kapsamda, severek evlenen infertil kadınların görücü usulü evlenenlere göre sorun odaklı başa çıkma toplam puanının daha fazla olduğu görülürken işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanının daha az olduğu bulundu (Tablo 4-7).

İnfertilite nedeni ile BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı arasında anlamlı fark (p=0,012) saptandı. Gruplar arasındaki farklılığı saptamak için parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi yapıldı. Erkek faktör ile açıklanamayan infertilite grupları arasında anlamlı farklılığın olduğu görülürken erkek faktöre bağlı infertilite yaşayan kadınların BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7).

İnfertil kadınların sosyal destek durumları incelendiğinde eş desteği ile BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanı (p=0,004) arasında anlamlı fark bulundu. Buna göre, eş desteğine sahip katılımcıların BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların paylaşamayanlara göre BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma toplam puanı (p=0,006) ve sorun odaklı başa çıkma toplam puanında (p=0,018) anlamlı olarak daha yüksek değere sahip olduğu bulundu. Duygularını diğer bireylerle paylaşabilme ile sorun odaklı başa çıkma toplam puanı arasında anlamlı fark saptandı (p=0,005). Bu çerçevede, duygularını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların daha yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 4-7).

4.4. DSE Puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 4-8: İnfertil kadınların DSE ve YDÖ puanlarının arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

	Toplam YDÖ puanı	
	r	***p***
Sosyal kaygı	-0,365**	***0,000***
Cinsel kaygı	-0,226**	***0,001***
İlişkiler kaygısı	-0,390**	***0,000***
Ebeveyn olma ihtiyacı	-0,059	0,403
Çocuksuz yaşamın reddi	-0,204*	***0,004***
Toplam DSE puanı (global stres)	-0,359**	***0,000***

r: Spearman's rho **p<0,01 **p<0,001

İnfertil kadınların DSE ve YDÖ puanları incelendiğinde toplam DSE puanı ile toplam YDÖ puanı arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon (r=-0,359 p=0,000; p<0,001) saptandı. Doğurganlık Sorunu Envanterinden alınan puan arttıkça Yaşam Doyumu Ölçeğinden alınan puanın azaldığı belirlendi (Tablo 4-8).

DSE alt boyut puanları ele alındığında toplam YDÖ puanı ile DSE sosyal kaygı (r=-0,365 p=0,000) ve ilişkiler kaygısı (r=-0,390 p=0,000) alt boyutları arasında negatif yönlü p<0,001 anlamlılık düzeyinde zayıf derecede ilişki saptanırken DSE cinsel kaygı (r=-0,226 p=0,001) ve çocuksuz yaşamın reddi (r=-0,204 p=0,004) alt boyutları arasında negatif yönlü p<0,01 anlamlılık düzeyinde zayıf derecede ilişki bulgulandı (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: İnfertil kadınların DSE ve BÇTDÖ puanlarının arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

	Duygusal Odaklı Başa Çıkma Toplam Puanı		Sorun Odaklı Başa Çıkma Toplam Puanı		İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Toplam Puanı	
	r	***p***	***r***	***p***	***r***	***p***
Sosyal kaygı	-0,036	0,606	-0,070	0,319	0,099	0,159
Cinsel kaygı	0,132	0,061	0,012	0,863	0,199*	***0,004***
İlişkiler kaygısı	0,022	0,756	-0,138	0,050	0,206*	***0,003***
Ebeveyn olma ihtiyacı	-0,077	0,275	-0,043	0,541	0,128	0,069
Çocuksuz yaşamın reddi	0,029	0,681	0,025	0,726	0,200*	***0,004***
Toplam DSE puanı (global stres)	0,024	0,734	-0,066	0,348	0,229*	***0,001***

r: Spearman's rho *p<0,01

Toplam DSE puanı ile BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon (r=0,229 p=0,001; p<0,01) bulundu (Tablo 4-9).

DSE alt boyut puanlarına bakıldığında, BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı ile DSE cinsel kaygı (r=0,199 p=0,004), ilişkiler kaygısı (r=0,206 p=0,003) ve çocuksuz yaşamın reddi (r=0,200 p=0,004) alt boyut puanları arasında zayıf derecede, pozitif yönlü, p<0,01 düzeyinde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4-9).

5. TARTIŞMA

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen bireyleri birçok boyutta olumsuz etkileyerek bir yaşam krizine neden olabilemektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016).

Pek çok açıdan zorlu bir süreç olan infertilite, bireylerde strese sebebiyet vermektedir. İnfertlite kaynaklı strese bağlı olarak bireylerin yaşam doyumunda azalma olabilmektedir (Callan ve Hennessey, 1988; Abbey ve ark., 1992; Dembińska, 2016). Başa çıkma stratejileri, infertilite yaşayan bireylerin bu süreci yönetebilmesi için önem arz etmektedir (Peterson ve ark., 2006).

İnfertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulguların literatürde yer alan çalışmalar ile karşılaştırılması beş başlık altında verilmiştir:

1. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri ile DSE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri ile YDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
4. İnfertil kadınların sosyodemografik, evlilik, obstetrik ve infertilite özellikleri ile BÇTDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
5. DSE puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulguların tartışılması

5.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaş, fertiliteyi etkileyen bir faktördür (Sharma ve ark., 2013). Bu çalışmada infertil kadınların yaş ortalaması 29,00±4,59 (yıl) ve eşlerinin yaş ortalaması 32,55±5,15 (yıl) olarak belirlendi (Tablo 4-1). İnfertiliteye ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde infertil kadınların yaş ortalaması Kaya ve Oskay'ın çalışmasında 30,46±5,20 (yıl), Ünal ve ark.'nın çalışmasında 30,20±5,50 (yıl) ve Samani ve ark'nın çalışmasında 29,02±4,77 (yıl) olarak bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2010; Samani ve ark., 2017; Kaya ve Oskay, 2019). İnfertil çiftlerde eşlerin yaş ortalamasına bakıldığında erkek partnerlerin yaş ortalaması Zurlo ve ark.'nın çalışmasında 35,58±3,81 (yıl) ve Egelioğlu Cetişli ve ark'nın çalışmasında 33,94±5,08 (yıl) olarak belirlenmiştir (Egelioğlu Cetişli ve ark., 2019; Zurlo ve ark., 2020). Bu çalışmadaki infertil çiftlerin yaş ortalaması 29 ile 33 yaş arasındadır ve literatürdeki verilerle benzenlik göstermektedir.

Bu çalışmadaki infertil kadınların %65,4'ünün lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu; eşlerinin ise %63,9'unun lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu belirlendi (Tablo 4-1). Türkiye'de infertil kadınlar ile yapılmış çalışmalara bakıldığında Balkan'ın İstanbul ilinde yaptığı çalışmada kadınların %65,1'inin, Üner ve Sunal'ın İstanbul ilinde yaptıkları çalışmada kadınların %61,1'inin, Çakı ve Sohbet'in Gaziantep ilinde yaptıkları çalışmada kadınların %28,3'ünün, Kalcı ve ark.'nın Kocaeli ilinde yaptıkları çalışmada kadınların %73,9'unun, Sis Çelik ve Kırca'nın Akdeniz Bölgesi'nde bulunan bir ilde yaptıkları çalışmada kadınların %63,2'sinin lise ve üzerinde eğitim durumuna sahip oldukları bildirilmiştir (Sis Çelik ve Kırca, 2018; Üner ve Sunal, 2018; Kalcı ve ark., 2020; Balkan, 2021; Çakı ve Sohbet, 2021). Çeşitli çalışmalarda infertil kadınların eşlerinin %71,9'unun (Balkan, 2021), %62,2'sinin (Küçükkaya, 2019) ve %52,5'inin (Kaya, 2018) lise ve üzerinde eğitim düzeyinde olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmadaki infertil kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin veriler literatürdeki diğer çalışmalarla hem benzerlik hem farklılık göstermektedir. Bu benzerlik ve farklılıklar, infertil kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin çalışmanın yapıldığı yere bağlı olarak değişiklik göstermesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada infertil kadınların %35,6'sının, eşlerinin ise %99'unun bir işte çalıştığı görüldü (Tablo 4-1). Literatürdeki çalışmalarda infertil kadınların çalışma oranları bu çalışmadaki verilere kıyasla daha yüksek olarak bildirilmiştir (Şen ve ark., 2014; Eroğlu ve Temiz, 2020; Kalcı ve ark., 2020) Farklı çalışmalarda infertil kadınların

eşlerinin tamamına yakınının bir işte çalıştığı ifade edilmiştir (Donarelli ve ark., 2012; Kaya, 2018). Bu çalışmada eşlerin çalışma oranı literatürdeki veriler ile örtüşmekte olup infertil kadınların çalışma oranlarının literatürdeki verilerden düşük olması araştırmanın yapıldığı dönemdeki ekonomik koşullar ve hastanenin bulunduğu ilçedeki sosyoekonomik durum ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada infertil kadınların %96'sının şehirde ikamet ettiği, %58,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %96,5'inin sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi (Tablo 4-1). Literatürdeki çalışmalarda bu çalışmanın bulgularına paralel olarak infertil kadınların çoğunun şehirde ikamet ettiği (Sis Çelik ve Kırca, 2018; Kaya ve Oskay, 2019), gelirinin giderine eşit olduğu (Gülpınar ve ark., 2019; Yaylagülü Okuducu ve Yorulmaz, 2020) ve sosyal güvencesinin olduğu (Ünal ve ark., 2010; Eroğlu ve Temiz, 2020) bildirilmiştir. Bu durum, infertilite merkezlerinin genellikle şehirlerde bulunması ve şehirlerde ikamet eden bireylerin benzer sosyoekonomik koşullara sahip olmaları ile açıklabilir.

Bu çalışmada infertil kadınların evlilik yaşının ortalama 24,14±4,24 (yıl) olduğu ve evlilik süresinin ortalama 4,95±3,23 (yıl) olduğu belirlendi (Tablo 4-2). İnfertil kadınların ortalama evlilik yaşı bu çalışmaya benzer şekilde Bektaş'ın çalışmasında 24,60±4,30 (yıl) ve Kaya'nın çalışmasında 24,64±5,15 (yıl) olarak belirlenmiştir (Kaya, 2018; Bektaş, 2019;) TNSA 2018 verilerine bakıldığında şehirde ikamet eden kadınların ortanca evlenme yaşı 21,8 olarak belirtilmiştir (TNSA, 2019). Bu çerçevede son yıllarda kadınların evlilik yaş ortalamasında artış olduğu düşünülebilir. İnfertil kadınların ortalama evlilik süresi bu çalışmanın bulgularından daha fazla olarak Kurt ve Aslan'ın çalışmasında 7,20±5,10 (yıl), Yılmaz ve ark'nın çalışmasında 7,20±4,10 (yıl) ve Lau ve ark.'nın çalışmasında 7,10±3,30 (yıl) şeklinde bildirilmiştir (Kurt ve Arslan, 2019; Lau ve ark., 2019; Yılmaz ve ark., 2020). Bu çalışmada infertil kadınların evlilik süresinin ortalamasının diğer çalışmalara göre daha az bulunması, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınların evliliklerinin daha erken döneminde infertilite problemine sonuç almak istemeleri ve infertilite tedavisine karşı olumlu tutuma sahip olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada infertil kadınların %76,2'sinin severek evlendiği, %91,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %14,4'ünün akraba evliliği yaptığı belirlendi (Tablo 4-2). Kaya, çalışmasında infertil kadınların %65,8'inin severek evlendiğini, %8,6'sının

akraba evliliği yaptığını vurgulamıştır (Kaya, 2018). Keskin ve Babacan Gümüş'ün çalışmasında infertil kadınların %59,4'ünün severek evlendiği bildirilmiştir (Keskin ve Babacan Gümüş, 2014). Literatürdeki çeşitli çalışmalarda infertil kadınların çekirdek aileye sahip olma oranı bu çalışmanın bulgularına kıyasla daha düşük bulunmuştur (Şen ve ark., 2014; Üner ve Sunal, 2018; Nuri Tural ve Sis Çelik, 2019). Bu durumda, Türkiye'de son yıllarda yeni evlenen çiftlerin ailelerinden bağımsız yaşamayı tercih ettikleri ve çekirdek aile yapısını seçtikleri düşünülebilir.

Bu çalışmada infertil kadınların çocuk isteme süresinin ortalaması 3,65±2,53 (yıl) ve infertilite süresinin ortalaması 2,03±1,67 (yıl) bulunurken katılımcıların %22,8'inin daha önce gebelik yaşadığı belirlendi (Tablo 4-2). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların çocuk isteme süresinin ortalaması bu çalışmanın bulgularına benzer olarak Donarelli ve ark.'nın çalışmasında 3,90±2,60 (yıl) ve Kaba ve Egelioğlu Cetişli'nin çalışmasında 3,40±1,40 (yıl) olarak; bu çalışmanın bulgularından farklı olarak ise Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında 6,40±4,00 (yıl) ve Ünal ark.'nın çalışmasında 6,90±4,80 (yıl) olarak belirlenmiştir (Ünal ve ark., 2010; Donarelli ve ark., 2012; Kaba ve Egelioğlu Cetişli, 2019; Yılmaz ve ark., 2020). Literatürdeki bu benzerlik ve farklılıkların örneklem dağılımının farklılaşmasından kaynakladığı düşünülebilir. İnfertil kadınların infertilite süresinin ortalaması bu çalışmanın verileri ile uyumlu şekilde Kurt ve Arslan'ın çalışmasında 3,80±3,30 (yıl) (Kurt ve Arslan, 2019), Lau ve ark.'nın çalışmasında 4,20±2,70 (yıl) ve Zurlo ve ark'nın çalışmasında 3,28±2,66 (yıl) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak Kaya'nın çalışmasında infertil kadınların %28,8'inin daha önceden gebe kaldığı bulunmuştur (Kaya, 2018).

Bu çalışmada infertilite nedeninin en fazla kadın faktör olduğu; infertil kadınların yarısından fazlasının en az bir defa infertilite tedavisi görmüş olduğu ve %72,3'ünün tedavi masraflarının sosyal güvence tarafından karşılandığı bulundu (Tablo 4-2). Literatürdeki çeşitli çalışmalarda infertilite nedeninin en fazla kadın faktöre bağlı olduğu bildirilmiştir (Ozan Durgun ve Duman, 2018; Yaylagülü Okuducu ve Yorulmaz, 2020; Zurlo ve ark., 2020). Buna karşın birincil infertilite nedeninin açıklanamayan infertilite (Kaya ve Oskay, 2019; Kurt ve Arslan, 2019) veya erkek faktör (Dural ve ark., 2016; Sis Çelik ve Kırca, 2018) olduğunu bildiren farklı çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmanın sonuçları infertilite nedeni açısından Ozan Durgun ve Duman, Yaylagülü Okuducu ve Yorulmaz ile Zurlo ve ark. çalışmalarının sonuçları ile örtüşmektedir. Kalcı ve ark.'nın çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak infertil kadınların çoğunluğunun en az bir defa

infertilite tedavisi gördüğü belirlenmiştir (Kalcı ve ark., 2020). Bu durum infertilite tedavisi sonucunda çocuk sahibi olamayan çoğu çiftin tekrar tedaviye başvurmak istediğini göstermektedir. Ülkemizde son yıllarda infertilite tedavi masrafları genellikle sosyal güvence kapsamında devlet tarafından karşılanmaktadır fakat devlet hastanelerine başvuran infertil hasta sayısının fazla olması infertilite tanı ve tedavi sürecini geciktirebilmektedir. Tedavi masrafları sosyal güvence tarafından kısmen karşılanan ya da hiç karşılanmayan bireyler infertilite tedavi sürecini hızlandırmak adına özel kliniklere başvurmayı tercih etmektedir. Bu çalışma bir devlet hastanesinde gerçekleşmiş olmakla birlikte katılıcımalardan sosyal güvencesi olanların çoğunluğunun infertilite tedavisi devlet tarafından karşılanmıştır. Türkiye'de yapılmış çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir (Doğaner Karakuş, 2019; Yılmaz ve ark., 2020).

Bu çalışmada infertilite sürecinde infertil kadınların en fazla eş tarafından sosyal destek aldığı; %26,2'sinin sorunlarını, %22,3'ünün ise duygularını diğer bireylerle paylaşamadığı belirlendi (Tablo 4-2). Bu çalışmaya uyumlu olarak Kuş'un çalışmasında infertilite sürecinde kadına sosyal desteğin en çok eş tarafından sağlandığı bildirilmiştir (Kuş, 2008). Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında da bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde infertil kadınların %27,1'inin infertil olma durumlarını başka bireylerle paylaşmadığı belirlenmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015).

5.2. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile DSE Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğurganlık Sorunu Envanteri infertiliteye özgü bir ölçektir ve infertil kadınların stresini sosyal kaygı, cinsel kaygı, ilişkiler kaygısı, ebeveyn olma ihtiyacı ve çocuksuz yaşamında reddi boyutlarında değerlendirerek bireylerin infertilite kaynaklı global stresini belirlemektedir (Newton ve ark., 1999). Bu çalışmada infertil kadınların DSE toplam puan ortalaması 131,10±31,49 olarak bulundu (Tablo 4-3) ve DSE puanları, persantil bazında stres düzeylerine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %65'inin orta düzeyde strese sahip oldukları görüldü.

Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde DSE global stres puanı Peterson ve ark.'nın çalışmasında 128,90±35,20 olarak, Donarelli ve ark.'nın çalışmasında ise 134,20±28,96 olarak bildirilmiştir (Peterson ve ark., 2006; Donarelli ve ark., 2015). Buna karşın Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında infertil kadınların DSE global stres puanının ortalaması bu çalışmanın sonuçlarından yüksek şekilde 171,53±33,61 olarak belirlenmiş

ve çalışmadaki infertil kadınların çoğunun persantil bazında hafif yüksek düzeyde strese sahip olduğu bildirilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015).

Kadınlarda ilerleyen yaşla birlikte fertilitenin düşmesine bağlı olarak psikolojik baskı oluşabilmekte ve infertilite kaynaklı stres düzeyi artabilmektedir (Alhassan ve ark., 2014; Zaidouni ve ark., 2018; Teklemicheal ve ark., 2022). Bu çalışmada yaşın infertilite kaynaklı toplam stres puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ancak DSE ilişkiler kaygısı alt boyutunda daha genç kadınların daha yüksek strese sahip olduğu bulundu (Tablo 4-6). Bu çalışmadaki genç infertil kadınların evliliklerinin ilk yıllarında henüz evliliğe tam anlamıyla adapte olamadan infertilite problemi ile karşılaşmalarına ve tedavi sürecinin başlarında oldukları için sürece dair daha fazla kaygı duymalarına bağlı olarak ilişkilerindeki sorunları çözmede zorlandıkları düşünülmektedir. Van Der Merwe ve Greeff'in çalışmasında infertlite kaynaklı strese bağlı olarak çiftler arası iletişim azaldığı ve evliliğe ilişkin sorunların görüldüğü ifade edilmiştir (Van Der Merwe ve Greeff, 2015). Egelioğlu Cetişli ve ark.'nın çalışmasında ise infertil kadınlarda evlilik süresinin artmasıyla çift uyumu ve cinsel doyumun arttığı bildirilmiştir (Egelioğlu Cetişli ve ark., 2014).

Eğitim düzeyinin yükselmesi infertilitenin negatif psikolojik etkisini hafiftelebilmektedir (Alhassan ve ark., 2014). Kadınların eğitim düzeyinin değişmesine bağlı olarak çocuksuz olmaya verdikleri anlam ve infertiliteye karşı tepkileri farklılık göstermektedir (Karaca ve Ünsal, 2015). Bu çalışmada eğitim süresi 10 yıldan fazla olan infertil kadınların DSE çocuksuz yaşamın reddi haricindeki tüm alt boyut ve toplam puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4-6). Bu sonucun infertil kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesi ile birlikte infertilite sürecini daha iyi anlayabilmeleri, değerlendirebilmeleri ve süreç hakkında bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri ve bu doğrultuda infertiliteyle daha iyi baş edebilmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları Eteman Kaya ve Gürkan'ın çalışmasının sonuçları ile benzerdir (Eteman Kaya ve Gürkan, 2020).

Ülkemizde yardımcı üreme teknikleri tedavilerine sosyal sigorta kapsamında finansman sağlanması en fazla üç deneme ile sınırlandırılmaktadır. Bu nedenle pahalı olan infertilite tedavisi çiftler üzerinde ekonomik yük ve stres oluşturmaktadır (Abbey ve ark., 1992; Yücesoy ve ark., 2021). Bu çalışmada infertil kadınların gelir durumu iyileştikçe infertilite kaynaklı stresinin azaldığı belirlendi (Tablo 4-6). Yapılan

çalışmalarda bu çalışmaya benzer olarak gelir durumu kötü olan infertil kadınların infertiliteden daha fazla etkilendiği bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2010; Yılmaz ve ark., 2020).

Bu çalışmada daha genç evlenen infertil kadınların DSE ilişkiler kaygısı alt boyut puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-6). Literatürde uzun süredir infertilite ile mücadele eden çiftlerin birbirlerine olan olan desteklerinin artmasına bağlı olarak evlilik uyumlarının da arttığı bildirilmiştir (Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Egelioğlu Cetişli ve ark., 2014). Bu çalışmadaki genç yaşta evlenen infertil kadınların çoğunun evliliklerinin ilk yıllarında olmalarına ve evliliğe henüz adaptasyon sağlayamadan infertilite ile karşı karşıya kalmalarına bağlı olarak ilişkilerindeki problemleri çözmede sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada görücü usulü evlenenlerin severek evlenenlere göre DSE çocuksuz yaşamın reddi alt boyut puanı haricindeki tüm alt boyut ve global infertilite stresinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-6). Bu durum, Koçyiğit Topdemir'in çalışmasında de değinildiği gibi görücü usulü ile evlenen kadınların çoğunun eğitim düzeyinin düşük düzeyde olması ve toplumsal cinsiyet kapsamında annelik rolüne yükledikleri önemin yüksek olması ile açıklanabilir (Koçyiğit Topdemir, 2012).

Bu çalışmada geniş aile tipine sahip infertil kadınların toplam DSE puanına göre daha düşük düzeyde stres yaşadıkları belirlendi (Tablo 4-6). Bu sonucun eş haricindeki aile fertlerinin infertil kadın için sosyal destek sağlaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. İnfertilite sürecinde aile tarafından sağlanan sosyal destek kadının yalnızlaşmasını önlemekte ve infertilite stresi ile başa çıkmasına yardımcı olabilmektedir (Zorlu ve Erbaş, 2021). İlerisoy'un çalışmasında yakın aile desteğinin ve tedavi sürecinde ortaya çıkan olumsuz duyguları aile bireyleri ile paylaşabilmenin infertilite ile baş etmede en önemli mekanizma olarak ortaya çıktığı vurgulanmıştır (İlerisoy, 2012). Bu çalışmanın bulgularının aksine literatürde geniş aile yaşamının sosyal baskıya neden olabileceğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Koçyiğit Topdemir, 2012; Kaya ve Oskay, 2019). Bu çalışmanın sonuçları İlerisoy'un çalışması ile uyumludur.

Bu çalışamda akraba evliliği yapanların DSE sosyal kaygı, cinsel kaygı ve ebeveyn olma ihtiyacı alt boyut puanları ve toplam DSE puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-6). Ülkemizde akraba evliliği yapan kadınların çoğunun aile içindeki

tek rolü annelliktir (Babacan Gümüş ve ark., 2011). Bu kadınlara göre anne olmak büyük bir önem arz etmektedir. Bu isteğin gerçekleşmemesi ağır bir yük haline gelmektedir ve stres düzeyini arttırmaktadır. Ayrıca, eşi ile akraba evliliği yapan bireyler gebelik sonucunda hasta veya engelli çocuğa sahip olacağına dair endişe duyabilmektedirler (Uyar ve ark., 2021). Bu durumun infertil kadınlarda stres seviyesini yükselttiği düşünülmektedir.

Literatürde infertilite ve çocuk isteme süresinin uzamasının infertil kadınlarda çocuk sahibi olma isteğini arttırabileceği ve strese neden olabilceğini bildirmiştir (Zaidouni ve ark., 2018; Yılmaz ve ark, 2020). Bu çalışmada 2 yıldan daha fazla süredir çocuk isteyenlerin DSE sosyal kaygısı alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6). Bu durum, Çakı ve ve Sohbet'in çalışmasında da vurgulandığı gibi infertil kadınların çocuk sahibi olamadıkları süre arttıkça sosyal çevrelerinden gelen sorulara ve infertiliteyi hatırlatıcı unsurlara daha fazla maruz kalmaları ve buna bağlı olarak sosyal izolasyona yönelmeleri ile açıklanabilir (Çakı ve Sohbet, 2021). Bu çalışmadaki kadınların infertilite süresinin ortalama 1-2 yıl olması nedeniyle infertilte kaynaklı stres düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 4-7). Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında da infertilite süresi ile toplam DSE puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları Karaca ve Ünsal'ın çalışmasına benzerdir (Karaca ve Ünsal, 2015). İnfertilite süresinin kısa olması stresi azaltan bir etken gibi gözükmektedir.

Bu çalışmada erkek faktör kaynaklı infertilite problemi yaşayan kadınların DSE cinsel kaygı alt boyut puanının hem kadın hem erkek faktör kaynaklı infertilite problemi yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve toplam DSE puanının kadın faktör nedenli infertilite yaşayan kadınlarda anlamlılık saptanmasa da en yüksek değerde olduğu belirlendi (Tablo 4-6). İnfertilite; kadın, erkek, hem kadın hem erkek faktöre veya açıklanamayan bir nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Kaya ve Oskay, 2019). Literatürde çalışmalara alınan gruplar farklılık gösterse de çeşitli seviyelerde infertilitenin cinsel kaygıya neden olduğu gösterilmiştir (Van Der Merwe ve Greeff, 2015; Çakı ve Sohbet, 2021). Bu çalışmada sosyal desteğe sahip olan infertil kadınların DSE sosyal kaygı ve cinsel kaygı alt boyut puanları ve toplam DSE puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4-6). Eşinden sosyal destek alan infertil kadınların DSE ebeveyn olma alt boyutu hariç tüm alt boyut ve toplam puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. İnfertil kadınlarda sosyal desteğin stresi azalttığı birçok çalışmada

gösterilmiştir (Gibson ve Myers, 2002; Zorlu ve Erbaş, 2021). Bu çalışmada da sosyal desteğin önemi ortaya konmuştur.

Bu çalışmada sorunlarını veya duygularını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların global infertilite stresinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-6). Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında infertilite durumunu diğer bireylerle paylaşan kadınların sosyal stresinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015). Bireylerin bir sorunu olduğunda yakın oldukları insanlarla paylaşmaları stres düzeyine ve iyilik haline katkıda bulunur. İnfertil bireylerin sorunlarını başkalarıyla paylaşarak dile getirmelerinin de stresi azalttığı düşünülebilir.

Eşin eğitim süresi, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, önceki gebelik durumu, infertilite süresi, daha önce tedavi görme durumu, infertilite tedavi sayısı, aile veye arkadaş ve arkaba tarafından sosyal destek sağlanması ile infertilite kaynaklı stres arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-6). Bu çalışmada bu parametrelerin stres düzeyini etkilememesi infertilite süresinin kısa olması ve sosyal destek düzeyinin yüksek olması gibi bu gruba özgü özelliklerden kaynaklanmış olabilir.

5.3. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile YDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireylerde karşılanamamış çocuk sahibi olma arzusu, önemli bir psikolojik sıkıntı kaynağı oluşturur ve bu duruma refahta azalma, yaşam kalitesi ve doyumunda düşüş eşlik edebilir (Kiesswetter ve ark, 2020). Literatürde yaşam doyumu hakkında yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmasına rağmen infertil kadınların yaşam doyumuna ilişkin yapılan çok az sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle bu bölümde literatür tarandığında bu çalışmanın sonuçları ile ilişkili olabilecek çalışmalar tartışılmıştır.

Bu çalışmada gelir durumu arttıkça toplam yaşam doyumu puanının anlamlı olarak artış gösterdiği bulundu (Tablo 4-7). Bal ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu çalışmanın sonuçlara benzer olarak gelir durumunun iyileşmesi ile yaşam doyumunu arttığı bildirilmiştir (Bal ve ark., 2018).

Bu çalışmadaki infertil kadınların çekirdek aileye sahip olanların geniş aileye sahip olanlara göre; akraba evliliği yapmayanların akraba evliliği yapanlara göre yaşam doyumu daha yüksek bulundu (Tablo 4-7). Bal ve ark.'nın çalışmasında evlilik uyumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu; evlilik uyumu arttıkça yaşam

doyumunun da arttığı bildirilmiştir (Bal ve ark., 2018). Fışıloğlu'nun çalışmasında çekirdek aileye sahip çiftlerin eş uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Fışıloğlu, 2001). Buna göre infertil çiftlerin çekirdek aile yapısında olmaya bağlı olarak yaşam doyumları yükselmiş olabilir. Bunun yanında, akraba evliliği yapmamış kadınların sosyoekonomik durumununun daha iyi olduğu bilinmektedir (TNSA, 2019). Bu durumda, sosyoekonomik durumu yüksek olan kadınların annelik rolü haricinde farklı rollere ve imkanlara sahip olması yaşam doyumunu arttıcı etki göstermiş olabilir.

Bu çalışmada 1 yıldan daha fazla süredir infertilite yaşayan ve 2 kereden fazla infertilite tedavisi gören kadınların yaşam doyumunun daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7). Yaşam doyumu ile yaşam katitesinin yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Novianti ve ark., 2020). Çeşitli çalışmalarda infertilite süresinin uzamasına ve tedavi sayısının artmasına bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesinde düşüş olduğu bildirilmiştir (Karabulut ve ark., 2013; Yaylagülü Okuducu ve Yorulmaz, 2020). Bu sonuca göre infertilite süresinin uzaması ve alınan infertilite tedavisi sayısının artması bireylerin yaşam doyumunu olumsuz olarak etkilemektedir.

Yaş, eğitim süresi, eşin eğitim süresi, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlenme şekli, çocuk isteme süresi, önceki gebelik durumu, infertilite nedeni, daha önce tedavi görme durumu, sosyal destek varlığı, sosyal destek sağlayan kişi, sorunlarını veya duygularını diğer bireylerle paylaşabilme durumları ile toplam YDÖ puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-7). İnfertil çiftlerle yapılan çalışmalarda yaşam doyumu çok az araştırılmış bir konudur. Literatürde yaş, evlilik süresi ve ekonomik durum gibi faktörlerin yaşam doyumunu hem etkilediği hem de etkilemediğine dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Ünal ve ark., 2001; Sönmez Benli ve Yıldırım, 2017; Yıldırım ve Kevser, 2017).

5.4. İnfertil Kadınların Sosyodemografik, Evlilik, Obstetrik ve İnfertilite Özellikleri ile BÇTDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İnfertilite bireylerde pek çok açıdan büyük bir psikolojik yük ve strese neden olmaktadır (Podolska ve Bidzan, 2011). Bu durumun yönetilebilmesi için infertil bireylerin başa çıkma stratejileri kullanması önem arz etmektedir (Peterson ve ark., 2006).

Bu çalışmada infertil kadınlar tarafından en sık duygusal odaklı başa (61,21±8,83), daha sonra sorun odaklı başa çıkma (59,11±8,73) ve en az işlevsel olmayan başa çıkma (42,28±8,31) tutumlarının kullanıldığı belirlendi. Duygusal odaklı başa çıkma

tutumlarından “dini olarak başa çıkma” ve “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” yöntemlerinin, sorun odaklı başa çıkma tutumlarından “aktif başa çıkma” yönteminin ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” yöntemlerinin sıklıkla kullanıldığı belirlendi (Tablo 4-5). Kaya ve Oskay’ın infertil kadınlarla yaptıkları çalışmasında duygusal odaklı başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanıldığı ve bu tutumlardan “dini olarak başa çıkma” ve “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” yöntemlerinin en fazla kullanılan başa çıkma tutumları olduğu bildirilmiştir (Kaya ve Oskay, 2019). Buna karşın Küçük ve Koruk’un çalışmasında infertil kadınların sorun odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (Küçük ve Koruk, 2022). Bu çalışmanın sonuçları Kaya ve Oskay’ın çalışmasıyla uyumludur.

Bu çalışmada eğitim süresi 10 yıldan fazla olan infertil kadınların sorun odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı buna karşın işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha az kullandığı bulundu. Eşi 10 yıldan daha uzun süre eğitim almış infertil kadınların duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını daha az kullandığı belirlendi (Tablo 4-7). Kaya’nın çalışmasında da bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak infertil kadınların eğitim süresinin artması ile duygusal ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarının daha sık kullanıldığı bildirilmiştir (Kaya, 2018). Altıntop ve Kesgin’in çalışmasında eğitim durumunun problem çözme odaklı başa çıkma tutumu ile pozitif; çaresizlik odaklı başa çıkma tututmu ile negatif ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Altıntop ve Kesgin, 2018). Bu çalışmanın sonuçları liteatür ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle infertilite ile başa çıkmada işlevsel olmayan tutumlar daha az kullanılmaktadır.

Bu çalışmada bir işte çalışan infertil kadınların bir işte çalışmayanlara göre duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını daha az kullandığı bulundu (Tablo 4-7). Karpat ve Erensoy’un çalışmasında bir işte çalışmayan infertil kadınların pasif yok sayma başa çıkma tutumlarını daha sık kullandıkları bildirilmiştir (Karpat ve Erensoy, 2020). Literatürde bu konuda yapılmış yeterli çalışma ve ortak bir görüş bulunmamaktadır fakat bir işte çalışmanın infertilite ile işlevsel olarak başa çıkmada yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada severek evlenen infertil kadınların görücü usulü evlenenlere göre sorun odaklı başa çıkma tutumlarını daha sık kullandığı görülürken işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha az kullandığı bulundu (Tablo 4-7). Kaya'nın çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak severek evlenen kadınların sorun odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı gösterilmiştir (Kaya, 2018). Bu sonuca göre severek evlenen çiftlerde eş uyumunun ve sosyal desteğin daha yüksek olmasından dolayı (Şendil ve Korkut, 2008; Özbey, 2012) evlenme şeklinin inferilite ile işlevsel olarak başa çıkmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada erkek faktöre bağlı infertilite yaşayan kadınların diğer nedenlere bağlı infertilite yaşanlara göre BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7). Daha çok ataerkil toplum düzeninin var olduğu ülkemizde üreme konusunda sorunun erkekte olması, erkeğin toplumdaki itibarını zedeleyebilecek söylemlere ve stigmatizasyona neden olabileceğinden kadının durumla baş etmesini güçleştiriyor olabilir. Bunun yanında, ataerkil toplumlarda cinsellik ile erkeklik kavramlarının eş değerde görülmesi erkek faktöre bağlı infertilite yaşayan çiftlerin cinselliğini olumsuz etkileyebilir ve çiftlerin bu durumla baş etmesinin zorlaştırabilir (Kaya ve Şahin, 2019). Dyer ve ark.'nın çalışmasında infertil erkeklerin kendilerini yarım bir erkek olarak hissettikleri ve stigmatizasyona maruz kaldıkları ifade edilmiştir (Dyer ve ark., 2004). Oskay ve ark.'nın çalışmalarda erkek faktöre bağlı infertilite deneyimleyen çiftlerin daha fazla cinsel sorun yaşadığı bildirilmiştir (Oskay ve ark., 2010). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada eş tarafından sosyal destek gören infertil kadınların BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7). Altıntop ve Kesgin'in çalışmasında yeterli sosyal destek gören kadınların daha çok aktif baş etme yöntemlerini kullandığı vurgulanmıştır (Altıntop ve Kesgin, 2018). Bu çalışmada yararlı sosyal destek kullanımı sorun odaklı başa çıkma tutumları altında ele alınmış olup bu çalışmanın Altıntop ve Kesgin'in çalışmasının sonuçları ile uyumludur.

Bu çalışmada sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilen infertil kadınların paylaşamayanlara göre duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmayı daha çok tercih ettikleri belirlenirken duygularını diğer bireylerle paylaşabilenlerin paylaşamayanlara göre sorun odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı bulundu (Tablo 4-7). İnfertil bireyleri infertilite sorununu ya da bu

sorun hakkında hislerini sosyal çevresi ile paylaştıklarında bu durum ile başa çıkmaları kolaylaşabilir. Zorlu ve Erbaş'ın çalışmasında başka bireylerle konuşarak infertilite sorunuyla baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha az etkilendiği bildirilmiştir (Zorlu ve Erbaş, 2021). Bu çalışmanın sonuçları Zorlu ve Erbaş'ın çalışması ile uyumludur.

Yaş, eşin çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi, eş ile akrabalık durumu, çocuk isteme süresi, önceki gebelik durumu, infertilite süresi, daha önce tedavi görme durumu, sosyal destek varlığı ile BÇTDÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-7). Bu çalışmada bu parametrelerin kullanılan baş etme tutumalarını etkilememesi çalışma grubuna özgü özelliklerden kaynaklanmış olabilir.

5.5. DSE Puanları ile YDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada Doğurganlık Sorunu Envanteri'nden alınan puan arttıkça Yaşam Doyumu Ölçeği'nden alınan puanın azaldığı bulundu (Tablo 4-8). Buna göre infertil kadınların infertilite kaynaklı global stresi arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı belirlendi. Kiesswetter ve ark.'nın çalışmasında infertil çiftlerin algılanan stres düzeyleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı bildirilmiştir (Kiesswetter ve ark., 2020). Literatürde yaşam doyumunun yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Novianti ve ark., 2020). İnfertilite ile yaşam kalitesini inceyelen çeşitli çalışmalarda infertil kadınların yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Keramat ve ark., 2014). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada infertil kadınların DSE'nin ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile toplam YDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4-8). Bu doğrultuda, Türkiye'de annelik rolünün sosyal ve kültürel açıdan halen önemli bir konumda bulunduğu göz önüne aldığında infertil kadınların yaşam doyumu seviyesi ne olursa olsun ebeveyn olma ihtiyacına ilişkin stres düzeyinin belirli bir seviyede kaldığı düşünülmektedir (Yücesoy ve ark., 2021).

Bu çalışmada doğurgalık stresi arttıkça yaşam doyumunun azaldığı ortaya çıkan net bir gerçektir. Bu sonuca göre infertilitenin büyük ölçüde stres yarattığının ve yaşama sevincini de içeren yaşam doyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Kiesswetter ve ark'.nın çalışmasında da bu sonucu destekleyen bulgular ortaya konmuştur (Kiesswetter ve ark., 2020).

Bu çalışmada Doğurganlık Sorunu Envanteri'nden alınan toplam puan (global stres) arttıkça işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha sık kullanıldığı belirlendi (Tablo 4-9). Bu sonuç işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanan infertil kadınların infertilite ile başa çıkamadığı ve yüksek düzey stres yaşadıklarını göstermektedir. İnfertil çiftlerle yapılan çalışmalarda başa çıkma tutumları etkisiz olan kadınlarda stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Schmidt ve ark., 2005; Peterson ve ark., 2006; Van Den Broeck ve ark., 2009). Bu çalışmanın sonuçları Schmidt ve ark., Peterson ve ark. ve Van Den Broeck ve ark.'nın çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada infertil kadınların infertilite kaynaklı stresi ile duygusal odaklı başa çıkma ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarının kullanılması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu sonuç, infertilite kaynaklı stres ile başa çıkmada işlevsel olan yöntemler kullanılsa dahi bu durumla her zaman başa çıkılamadığını da ortaya koymaktadır. Chernoff ve ark.'nın çalışmasında da duygusal ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarının stres ve kaygı ile ilişkisi saptanmamıştır (Chernoff ve ark., 2021). Bu çalışmanın sonucu Chernoff ve ark.'nın çalışma sonucu ile uyumludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertil kadınlarda infertilite kaynaklı stres, yaşam doyumu ve başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucuna göre;

- İnfertil kadınların yaş ortalamasının 29,00±4,59 (yıl) ve eşlerinin yaş ortalamasının 32,55±5,15 (yıl) olduğu,
- İnfertil kadınların %3,4'ünün okur yazar olmadığı; %31,2'sinin ilköğretim, %34,2'sinin lise, %31,2'sinin üniversite ve üzerinde eğitim düzeyinde olduğu ve kadınların ortalama eğitim süresinin 10,73±4,07 (yıl) olduğu,
- İnfertil kadınların %96'sının şehirde ikamet ettiği, %35,6'sının bir işte çalıştığı; %33,2'sinin gelirinin giderinden az, %58,4'ünün gelirinin giderine eşit, %8,4'ünün gelirinin giderinden fazla olduğu ve %96,5'inin sosyal güvenceye sahip olduğu,
- İnfertil kadınların ortalama evlilik yaşının 24,14±4,24 (yıl) ve ortalama evlilik süresinin 4,95±3,23 (yıl) olduğu,
- İnfertil kadınların ortalama çocuk isteme süresinin 3,65±2,53 (yıl) ve ortalama infertilite süresinin 2,03±1,67 olduğu,
- İnfertil kadınların %76,2'sinin severek evlendiği, %91,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu ve %14,4'ünün akraba evliliği yaptığı ve %22,8'inin daha önce gebelik yaşadığı,
- İnfertil kadınların infertilite nedeninin %42,1'inin kadın faktör, %13,9'unun erkek faktör, %5,9'unun hem kadın hem erkek faktör ve %38,1'inin açıklanamayan infertilite kaynaklı olduğu,
- İnfertil kadınların %62,4'ünün medikal (%36,9), IUI (%24,6) veya IVF (%7,4) tedavilerinden en az bir defa gördüğü; %37,6'sının tedaviye yeni başvurduğu ve %72,3'ünün tedavi masraflarının sosyal güvence tarafından karşılandığı,
- İnfertil kadınların %91,1'inin infertilite sürecinde sosyal destek aldığı; alınan sosyal desteğin %58,4'ünün eş tarafından, %32,9'unun aile tarafından, %8,7'sinin arkadaş ve akrabalar tarafından sağlandığı,
- İnfertil kadınların %26,2'sinin sorunlarını ve %22,3'ünün duygularını diğer bireylerle paylaşamadığı,

- İnfertil kadınların DSE toplam puan ortalamasının 131,10±31,49, sosyal kaygı alt boyutu ortalamasının 20,77±9,95, cinsel kaygı alt boyutu ortalamasının 44,96±11,45, ilişkiler kaygısı alt boyutu ortalamasının 18,98±8,38, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ortalamasının 33,39±8,98 ve çocuksuz yaşamın reddi alt boyutu ortalamasının 12,99±6,07 puan olduğu,
- İnfertil kadınların %65'inin orta düzeyde strese sahip olduğu,
- İnfertil kadınların YDÖ toplam ortalamasının 24,96±6,33 olduğu,
- İnfertil kadınların BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma toplam puan ortalamasının 61,21±8,83, sorun odaklı başa çıkma toplam puan ortalamasının 59,11±8,73, işlevsel olmayan başa çıkma toplam puan ortalamasının 42,28±8,31 olduğu ve en fazla duygusal odaklı başa çıkma tutumlarının kullanıldığı,
- Duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından "dini olarak başa çıkma" (15,12±2,08) ve "pozitif yeniden yorumlama ve gelişme" (14,43±2,21) tutumlarının en sık, daha sonra sorun odaklı başa çıkma tutumlarından "aktif başa çıkma" (13,36±2,66) ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından "soruna odaklanma" ve "duyguları açığa vurma" (13,12±3,30) tutumlarının sıklıkla kullanıldığı,
- İnfertil kadınların DSE toplam puanı ile eğitim süresi (p=0,000), gelir durumu (p=0,000), evlilik şekli (p=0,000), aile tipi (p=0,000), eş ile akrabalık durumu (p=0,000), sosyal destek varlığı (p=0,006), eş tarafından sağlanan sosyal destek varlığı (p=0,000), sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilme (p=0,004) ve duygularını diğer bireylerle paylaşabilme (p=0,000) arasında anlamlı fark olduğu,
- İnfertil kadınların YDÖ toplam puanı ile gelir durumu (p=0,000), aile tipi (p=0,022), eş ile akrabalık durumu (p=0,033), infertilite süresi (p=0,008) ve infertilite tedavi sayısı (p=0,015) arasında anlamlı fark olduğu,
- İnfertil kadınların BÇTDÖ duygusal odaklı başa çıkma toplam puanı ile eşin eğim süresi (p=0,007), çalışma durumu (p=0,016) ve sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilme (p=0,006) arasında anlamlı fark olduğu,
- İnfertil kadınların BÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma toplam puanı ile eğitim süresi (p=0,008), evlenme şekli (p=0,006), eş tarafından sağlanan sosyal destek varlığı (p=0,004), sorunlarını diğer bireylerle paylaşabilme (p=0,018)

ve duygularını diğer bireylerle paylaşabilme (p=0,005) arasında anlamlı fark olduğu,

- İnfertil kadınların BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanı ile eğitim süresi (p=0,017), evlenme şekli (p=0,014) ve infertilite nedeni (p=0,012) arasında anlamlı fark olduğu,
- İnfertil kadınların toplam DSE puanı ve toplam YDÖ puanı arasında p<0,001 anlamlılık düzeyinde, negatif yönlü ve zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu,
- İnfertil kadınların toplam DSE puanı ve toplam BÇTDÖ işlevsel olmayan başa çıkma puanı arasında p<0,01 anlamlılık düzeyinde, pozitif yönlü ve zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Bu doğrultuda bu çalışmanın sonuçları için;

- İnfertilite kliniğinde çalışan hemşirelerin infertil çiftleri değerlendirme aşamasında bireylerin infertilite kaynaklı stres düzeylerini, yaşam doyumu düzeylerini ve kullandıkları başa çıkma tutumlarını değerlendirmesi ve hemşirelik bakımını bu kapsamda bireysel ve bütüncül olarak planlaması,
- İnfertil çiftlerin yaşam doyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin sorgulanması ve bu çiftlerin yaşam doyumunu arttırmak için girişimlerin planlanması,
- İnfertil çiftlerin infertilite kaynaklı stres ile başa çıkabilmeleri için etkin başa çıkma tutumlarını kullanmaları konusunda teşvik edilmesi ve desteklenmesi,
- İnfertil bireylerde yaşam doyumunu inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbey, A., Halman, L. J. ve Andrews, F. M. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, *57*(1), 122–128.

Abiç, A. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2019). Infertility risk factors and nurse's role. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, *3*(1), 1–8.

(ACOG) American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice. (2014). Female age-related fertility decline. *Fertility and Sterility*, *101*(3), 633–634.

(ACOG) American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Infertility workup for the women's health specialist: ACOG committee opinion, number 781. *Obstetrics and Gynecology*, *133*(6), e377–e384.

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A. ve Kara, H. (2005). COPE (başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *6*(4), 221–226.

Agarwal, A., Baskaran, S., Parekh, N., Cho, C. L., Henkel, R., Vij, S., … Shah, R. (2021). Male infertility. *The Lancet*, *397*(10271), 319–333.

Alhassan, A., Ziblim, A. R. ve Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*, *14*(1), 1–6.

Altıntop, İ. ve Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi göen çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslarası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *11*(55), 754–768.

Amory, J. K. (2016). Male contraception. *Fertility and Sterility*, *106*(6), 1303–1309.

Anaman-Torgbor, J. A., Jonathan, J. W. A., Asare, L., Osarfo, B., Attivor, R., Bonsu, A., … Tarkang, E. E. (2021). Experiences of women undergoing assisted reproductive technology in Ghana: a qualitative analysis of their experiences. *PLoS ONE*, *16*(8), e0255957.

Anawalt, B. D. ve Page, S. T. (2020). Treatments for male infertility. *UpToDate*. Erişim: 02.11.2021, https://www.uptodate.com/contents/treatments-for-male-infertility.

Anwar, S. ve Anwar, A. (2016). Infertility: a review on causes, treatment and management. *Women's Health & Gynecology*, *2*(6), 1–5.

(ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2006). Optimal evaluation of the infertile female. *Fertility and Sterility*, *86*(5 SUPPL.), 264–267.

(ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015a). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, *103*(6), e44–e50.

(ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015b). Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, *103*(3), e18–e25.

(ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2020). Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: a guideline. *Fertility and Sterility*, *113*(2), 305–322.

Ayeleke, R. O., Asseler, J. D., Cohlen, B. J. ve Veltman-Verhulst, S. M. (2020). Intra-uterine insemination for unexplained subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G. ve Tuna Malak, A. (2011). Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, *5*(1), 7–14.

Bahamondes, L. ve Makuch, M. Y. (2014). Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *12*(1), 1–7.

Bal, F., Faraji, H. ve Erdinç, İ. (2018). Yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin evlilik ve cinsellik kavramı üzerinden değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, *5*(30), 185–197.

Balkan, E. (2021). *İnfertilitede Hasta Merkezli Bakım Yaklaşımının Tedavi Uyumuna Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Baskaran, S., Finelli, R., Agarwal, A. ve Henkel, R. (2021). Diagnostic value of routine semen analysis in clinical andrology. *Andrologia*, *53*(2), e13614.

Bayraktar, E. (2018). Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, *27*(3), 234–238.

Bektaş, G. (2019). *İnfertil Kadınların Yaşam Tarzı Faktörlerinin İnfertilite Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Ben Shlomo, S., Pascal, M., Taubman Ben-Ari, O., Azuri, Y. ve Horowtz, E. (2017). Life satisfaction of women in early stages of fertility treatment. *Women and Health*, *57*(5), 566–582.

Bigelow, J. L., Dunson, D. B., Stanford, J. B., Ecochard, R., Gnoth, C. ve Colombo, B. (2004). Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. *Human Reproduction*, *19*(4), 889–892.

Billings, A. G. ve Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(2), 139–157.

Boivin, J. ve Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, *83*(6), 1745–1752.

Çakı, B. ve Sohbet, R. (2021). Fertil - infertil kadınların üreme bilgilerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 103–112.

Callan, V. J. ve Hennessey, J. F. (1988). The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology*, *61*(2), 137–140.

Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, K. J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283.

Che, Y. ve Cleland, J. (2002). Infertility in Shanghai: prevalence, treatment seeking and impact. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *22*(6), 643–648.

Chernoff, A., Balsom, A. A. ve Gordon, J. L. (2021). Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(1), 73–83.

Choy, J. T. ve Eisenberg, M. L. (2018). Male infertility as a window to health. *Fertility and Sterility*, *110*(5), 810–814.

Cunningham, J. (2017). Infertility: a primer for primary care providers. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, *30*(9), 19–25.

Cwikel, J., Gidron, Y. ve Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *117*(2), 126–131.

Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *15*(59), 1250–1263.

Dembińska, A. A. (2016). Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*, *4*(2), 146–158.

Demir, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Androloji Bülteni*, *17*(61), 136–139.

Demirci, N. ve Coşkuner Potur, D. (2014). Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *22*(1), 39–45.

Demirci, N. ve Potur, D. C. (2017). İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. N. Demirci ve N. Kızılkaya Beji (Ed.), *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde (ss. 11–36). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A. ve Direkvand-Moghadam, A. (2015). Effect of infertility on sexual function: a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *9*(5), QC01–QC03.

Doğaner Karakuş, T. (2019). *İnfertil kadınlarda kişilik özelliklerinin infertilite stresi ile baş etmeye etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A. ve Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? a study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, *27*(11), 3215–3225.

Donarelli, Z., Gullo, S., Lo Coco, G., Marino, A., Scaglione, P., Volpes, A. ve Allegra, A. (2015). Assessing infertility-related stress: the factor structure of the fertility problem inventory in Italian couples undergoing infertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *36*(2), 58–65.

Drosdzol, A. ve Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(12), 3335–3346.

Dural, O., Yasa, C., Keyif, B., Celiksoy, H., Demiral, I., Yuksel Ozgor, B., … Bastu, E. (2016). Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. *Human Fertility*, *19*(3), 186–191.

Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E. ve van der Spuy, Z. M. (2004). "You are a man because you have children": experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*, *19*(4), 960–967.

Dyer, S. J. ve Patel, M. (2012). The economic impact of infertility on women in developing countries - a systematic review. *Facts, views & vision in ObGyn*, *4*(2), 102–109.

Dyer, S. J., Sherwood, K., Mcintyre, D. ve Ataguba, J. E. (2013). Catastrophic payment for assisted reproduction techniques with conventional ovarian stimulation in the public health sector of South Africa: frequency and coping strategies. *Human Reproduction*, *28*(10), 2755–2764.

Egelioğlu Cetişli, N., Serçekuş, P. ve Oğuz, N. (2014). Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, *16*(3), 38–47.

Egelioğlu Cetişli, N., Top Ören, E. D. ve Kaba, F. (2019). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 422–426.

Eggert, J., Theobald, H. ve Engfeldt, P. (2004). Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertility and Sterility*, *81*(2), 379–383.

Eren Gümüştekin, G. ve Öztemiz, A. B. (2005). Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *14*(1), 271–288.

Eroğlu, N. ve Temiz, G. (2020). İnfertilite tedavisi gören hastalarda eğitimin stres ve stresle başa çıkma durumlarına etkisi. *Cukurova Medical Journal*, *45*(4), 1309–1317.

Eskew, A. M., Bedrick, B. S., Hardi, A., Stoll, C. R. T., Colditz, G. A., Tuuli, M. G. ve Jungheim, E. S. (2019). Letrozole compared with clomiphene citrate for unexplained infertility: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, *133*(3), 437–444.

Eteman Kaya, D. ve Gürkan, F. S. (2020). İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslarası Sosyal Bilimler Dergisi*, *3*(1), 1–18.

Facchin, F., Somigliana, E., Busnelli, A., Catavorello, A., Barbara, G. ve Vercellini, P. (2019). Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction. *Human Reproduction*, *34*(6), 1065–1073.

Fainberg, J. ve Kashanian, J. A. (2019). Recent advances in understanding and managing male infertility. *F1000Research*, *8*(F1000 Faculty Rev:670), 1–7.

Farquhar, C., Rombauts, L., Kremer, J. A. M., Lethaby, A. ve Ayeleke, R. O. (2017). Oral contraceptive pill, progestogen or oestrogen pretreatment for ovarian stimulation protocols for women undergoing assisted reproductive techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Fışıloğlu, H. (2001). Consanguineous marriage and marital adjustment in Turkey. *The Family Journal*, *9*(2), 215–222.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219–239.

Franik, S., Eltrop, S. M., Kremer, J. A. M., Kiesel, L. ve Farquhar, C. (2018). Aromatase inhibitors (letrozole) for subfertile women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Gabr, A. A., Omran, E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S. ve Belal, D. S. (2017). Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *217*, 38–43.

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., De Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., … Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, *30*(11), 2476–2485.

Gibson, D. M. ve Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, *24*(1), 68–80.

Golbar Yazdi, H. Z., Sharbaf, H. A., Kareshki, H. ve Amirian, M. (2020). Infertility and psychological and social health of Iranian infertile women: a systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, *15*(1), 67–79.

Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L. ve McQuillan, J. (2011). Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Human Reproduction*, *26*(8), 2101–2112.

Gülpınar, K., Başkaya, S., Yeşilbudak, Z. ve Boz, İ. (2019). İnfertilite tedavisi sırasında kadınların algıladıkları bakım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, *16*(1), 21–26.

Gün, S. (2017). *Doğurganlık Sorunu Envanterinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Güngör, İ. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *23*(2), 152–159.

Hur, C., Rehmer, J., Flyckt, R. ve Falcone, T. (2019). Uterine factor infertility: a clinical review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *62*(2), 257–270.

İlerisoy, M. (2012). *Aile sistemleri kuramı çerçevesinde infertilite tedavisi gören ailelerde aile yaşam döngüsünün nitel yöntemlerle araştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Imrie, R., Ghosh, S., Narvekar, N., Vigneswaran, K., Wang, Y. ve Savvas, M. (2021). Socioeconomic status and fertility treatment outcomes in high-income countries: a review of the current literature. *Human Fertility*, 1–11.

Imterat, M., Agarwal, A., Esteves, S. C., Meyer, J. ve Harlev, A. (2019). Impact of body mass index on female fertility and ART outcomes. *Panminerva Medica*, *61*(1), 58–67.

Iordachescu, D. A., Gica, C., Vladislav, E. O., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., Furtuna, M. E. ve Gica, N. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*, *92*(2), 98–104.

Jordan, C. ve Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *22*(4), 341–358.

Kaba, F. ve Egelioğlu Cetişli, N. (2019). Sexual function and dyadic adjustment in infertile women. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *13*(1), 28–33.

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. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *23*(4), 446–455.

Kandavel, V. ve Cheong, Y. (2018). Does intra-uterine insemination have a place in modern ART practice? *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *53*(11), 3–10.

Karaaslan, D. (2014). Antik Yunanda kadın olmak. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *1*(2), 159–174.

Karabulut, A., Özkan, S. ve Oğuz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *170*(1), 193–197.

Karaca, A. ve Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *12*(2), 126–132.

Karpat, C. ve Erensoy, H. (2020). A pilot study on stress and coping strategies in infertile women under in vitro fertilization treatment. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *14*(3), 461–467.

Kaya, Y., Kızılkaya Beji, N., Aydın, Y. ve Hassa, H. (2016). Kadınlarda yaşam biçim davranışlarının fertilite üzerine etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(3), 190–196.

Kaya, Z. (2018). *İnfertil Kadinlarda Damgalanma ve Umutsuzluk ile Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kaya, Z. ve Oskay, U. (2019). Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *38*(5), 485–496.

Kaya, Z. ve Şahin, N. (2019). İnfertil erkeklerin infertilite ve tedavi sürecine yönelik deneyimleri: bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(4), 328–336.

Keefe, C. E., Mirkes, R. ve Yeung, P. (2012). The evaluation and treatment of cervical factor infertility: a medical-moral analysis. *Linacre Quarterly*, *79*(4), 409–425.

Kelly-Weeder, S. ve Cox, C. L. (2006). The impact of lifestyle risk factors on female infertility. *Women and Health*, *44*(4), 1–23.

Keramat, A., Masoomi, S. Z., Mousavi, S. A., Poorolajal, J., Shobeiri, F. ve Hazavhei, S. M. M. (2014). Quality of life and its related factors in infertile couples. *Journal of Research in Health Sciences*, *14*(1), 57–65.

Keskin, G. ve Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *5*(1), 9–16.

Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlknecht, A. ve Duschek, S. (2020). Impairments in life satisfaction in infertility: associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, *46*(2), 130–141.

Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, *6*(1), 47–48.

Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, *5*(2), 162–178.

Kjaer, T., Albieri, V., Jensen, A., Kjaer, S. K., Johansen, C. ve Dalton, S. O. (2014). Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *93*(3), 269–276.

Koçak, D. Y. ve Büyükkayacı Duman, N. (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing - Special Topics*, *2*(3), 7–13.

Koçyiğit Topdemir, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, *1*(1), 27–37.

Kohler, H. P., Behrman, J. R. ve Skytthe, A. (2005). Partner + children = happiness? the effects of partnerships and fertility on well-being. *Population and Development Review*, *31*(3), 407–445.

Koyyada, A. ve Orsu, P. (2020). Role of hypothyroidism and associated pathways in pregnancy and infertility: clinical insights. *Tzu Chi Medical Journal*, *32*(4), 312–317.

Küçük, S. ve Koruk, F. (2022). Being an infertile woman in a highly fertile region of Turkey: stigmatisation and coping experiences. *Electronic Journal of General Medicine*, *19*(2), em346.

Küçükkaya, M. (2019). *İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyine Damgalanmanın Etkisi*. Atatürk Üniversitesi.

Kumar, N. ve Singh, A. K. (2015). Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: a review of literature. *Journal of human reproductive sciences*, *8*(4), 191–196.

Kuohung, W. ve Hornstein, M. D. (2021a). Evaluation of female infertility. *UpToDate*. Erişim: 25.10.2021, https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility.

Kuohung, W. ve Hornstein, M. D. (2021b). Treatments for female infertility. *UpToDate*. Erişim: 02.11.2021, https://www.uptodate.com/contents/treatments-for-female-infertility.

Kurt, G. ve Arslan, H. (2019). İnfertilite tedavisi alan çiftlerin kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Cukurova Medical Journal*, *44*(Suppl 1), 329–338.

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

Kusier, A. O. ve Folker, A. P. (2021). The satisfaction with life scale: philosophical foundation and practical limitations. *Health Care Analysis*, *29*(1), 21–38.

Lau, B. H. P., Yao, S. H., Tam, M. Y. J., Chan, C. L. W., Ng, E. H. Y. ve Chan, C. H. Y. (2019). Gratitude in infertility: a cross-sectional examination of dispositional gratitude in coping with infertility-related stress in women undergoing IVF. *Human Reproduction Open*, *2019*(3), hoz012.

Lee, T. Y. ve Sun, G. H. (2000). Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Archives of Andrology*, *45*(3), 143–148.

Liu, K. E. ve Case, A. (2017). No. 346-advanced reproductive age and fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *39*(8), 685–695.

Luk, B. H. K. ve Loke, A. Y. (2015). The Impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *41*(6), 610–625.

Luk, B. H. K. ve Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *37*(2), 108–122.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D. ve Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(3), 223–237.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. ve Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(13–14), 1971–1980.

Malina, A. ve Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization - review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *24*(4), 554–558.

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. ve Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, *9*(12), e1001356.

McInerney, K. A., Hahn, K. A., Hatch, E. E., Mikkelsen, E. M., Steiner, A. Z., Rothman, K. J., … Wise, L. A. (2018). Lubricant use during intercourse and time to pregnancy: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *125*(12), 1541–1548.

McQuillan, J., Passet-Wittig, J., Greil, A. L. ve Bujard, M. (2022). Is perceived inability to procreate associated with life satisfaction? evidence from a German panel study. *Reproductive Biomedicine and Society Online*, *14*, 87–100.

Murray, S. S. ve McKinney, E. S. (2014). Infertility. *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing* içinde (6. bs., ss. 701–717). Missouri: Elsevier Saunders.

Newton, C. R., Sherrard, W. ve Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, *72*(1), 54–62.

Novianti, L. E., Wungu, E. ve Purba, F. D. (2020). Quality of life as a predictor of happiness and life satisfaction. *Jurnal Psikologi*, *47*(2), 93–103.

Nuri Tural, G. ve Sis Çelik, A. (2019). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *6*(1), 91–104.

Oskay, U. Y., Beji, N. K. ve Serdaroglu, H. (2010). The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sexuality and Disability*, *28*(2), 71–79.

Oyelowo, T. (2007). *Mosby's Guide to Women's Health*. *Mosby's Guide to Women's Health*. Missouri: Elsevier.

Ozan Durgun, Y. ve Duman, M. (2018). İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilite uyumları ile öz-yeterlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, *15*(2), 43–46.

Özbey, S. (2012). Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, *13*(1), 167–181.

Özdemir, E. ve Kaplan, S. (2021). İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, *4*(1), 79–89.

Özkan, H., Üst Taşğın, D. Z., Aydın, A. ve Kanbur, A. (2020). İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 158–165.

Pandian, Z., Gibreel, A. ve Bhattacharya, S. (2015). In vitro fertilisation for unexplained subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Pathak, U. I., Gabrielsen, J. S. ve Lipshultz, L. I. (2020). Cutting-edge evaluation of male infertility. *Urologic Clinics of North America*, *47*(2), 129–138.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. ve Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale; evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, *57*(1), 149–161.

Pavot, W. ve Diener, E. (2009). Review of the satisfaction with life scale. E. Diener (Ed.), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* içinde (ss. 101–117). Dordrecht: Springer.

Pawar, D. ve Gholap, S. (2020). An Ayurvedic perspective – the role of Uttarbasti in tubal block infertility. *International Ayurvedic Medical Journal*, *8*(4), 3361–3367.

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. ve Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, *21*(9), 2443–2449.

Podolska, M. Z. ve Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia polska*, *82*(1), 44–9.

Quaas, A. ve Dokras, A. (2008). Diagnosis and treatment of unexplained infertility. *Reviews in obstetrics & gynecology*, *1*(2), 69–76.

(RCN) Royal College of Nursing. (2020). Fertility care and emotional wellbeing RCN guidance. Erişim: 14.03.2022, https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007770.

Rooney, K. L. ve Domar, A. D. (2016). The impact of stress on fertility treatment. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *28*(3), 198–201.

Rooney, K. L. ve Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 41–47.

Rosen, M. (2021). Intracytoplasmic sperm injection. *UpToDate*. Erişim: 09.11.2021, https://www.uptodate.com/contents/intracytoplasmic-sperm-injection.

Şahin Yılmaz, T. (2012). *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Salazar, C. A. ve Isaacson, K. B. (2018). Office operative hysteroscopy: an update. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *25*(2), 199–208.

Samani, R. O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B. ve Mohammadi, M. (2017). Evaluation on hope and psychological symptoms in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *International Journal of Fertility and Sterility*, *11*(2), 123–129.

Schmidt, L., Christensen, U. ve Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, *20*(4), 1044–1052.

Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Danish Medical Bulletin*, *53*(4), 390–417.

Şen, E., Bulut, S. ve Şirin, A. (2014). Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *22*(1), 17–24.

Şendil, G. ve Korkut, Y. (2008). Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, *28*(0), 15–34.

Seymenler, S. ve Siyez, D. M. (2018). İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, *10*(2), 186–197.

Sezgin, H. ve Hocaoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, *6*(2), 165–185.

Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M. ve Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *11*(1), 1–15.

Sharma, A., Minhas, S., Dhillo, W. S. ve Jayasena, C. N. (2021). Male infertility due to testicular disorders. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *106*(2), e442–e459.

Shepard, M. K. ve Jones, R. B. (1989). Recovery of Chlamydia trachomatis from endometrial and fallopian tube biopsies in women with infertility of tubal origin. *Fertility and Sterility*, *52*(2), 232–238.

Simopoulou, M., Gkoles, L., Bakas, P., Giannelou, P., Kalampokas, T., Pantos, K. ve Koutsilieris, M. (2016). Improving ICSI: a review from the spermatozoon perspective. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, *62*(6), 359–371.

Sis Çelik, 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.

Sominsky, L., Hodgson, D. M., McLaughlin, E. A., Smith, R., Wall, H. M. ve Spencer, S. J. (2017). Linking stress and infertility: a novel role for Ghrelin. *Endocrine Reviews*, *38*(5), 432–467.

Sönmez Benli, S. ve Yıldırım, A. (2017). Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(4), 167–179.

Stanford, J. B. ve Dunson, D. B. (2007). Effects of sexual intercourse patterns in time to pregnancy studies. *American Journal of Epidemiology*, *165*(9), 1088–1095.

Swift, A., Reis, P. ve Swanson, M. (2021). Infertility stress, cortisol, coping, and quality of life in U.S. women who undergo infertility treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *50*(3), 275–288.

Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernei Dergisi*, *5*(2), 105–110.

Taylor, H. S., Pal, L. ve Seli, E. (2020). *Speroff's Clinical Gynecologic, Endocrinology and Infertility* (9. bs.). Wolters Kluwer.

Teklemicheal, A. G., Kassa, E. M. ve Weldetensaye, E. K. (2022). Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: a cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychology*, *10*(1), 1–8.

Thable, A., Duff, E. ve Dika, C. (2020). Infertility management in primary care. *The Nurse practitioner*, *45*(5), 48–54.

Thong, E. P., Codner, E., Laven, J. S. E. ve Teede, H. (2020). Diabetes: a metabolic and reproductive disorder in women. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, *8*(2), 134–149.

(TNSA) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. Erişim: 17.03.2022 , http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.

Tsevat, D. G., Wiesenfeld, H. C., Parks, C. ve Peipert, J. F. (2017). Sexually transmitted diseases and infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *216*(1), 1–9.

Ünal, S., Karlıdağ, R. ve Yoloğlu, S. (2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, *4*(2), 113–118.

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

Üner, E. ve Sunal, N. (2018). İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyini ve algıladıkları aile desteğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *4*(2), 1–15.

Unuane, D., Tournaye, H., Velkeniers, B. ve Poppe, K. (2011). Endocrine disorders & female infertility. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, *25*(6), 861–873.

Uyar, M., Yıldırım Öztürk, E. N., Duman, H. ve Şahin, T. K. (2021). Konya İli Meram İlçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri gebe kadınların depresyon riski sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, *18*(3), 894–900.

Vaamonde, D., Da Silva-Grigoletto, M. E., García-Manso, J. M., Vaamonde-Lemos, R., Swanson, R. J. ve Oehninger, S. C. (2009). Response of semen parameters to three training modalities. *Fertility and Sterility*, *92*(6), 1941–1946.

Van Den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K. ve D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *68*(1), 58–64.

Van Der Merwe, E. ve Greeff, A. P. (2015). Infertility-related stress within the marital relationship. *International Journal of Sexual Health*, *27*(4), 522–531.

Vander Borght, M. ve Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, *62*(2018), 2–10.

Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel ve B. Bunting (Ed.), *A comparative Study of Satisfaction with Life in Europe* içinde (ss. 11–48). Budapest: Eotvos University Press.

Wang, R., Danhof, N. A., Tjon-Kon-Fat, R. I., Eijkemans, M. J., Bossuyt, P. M., Mochtar, M. H., … Wely, M. van. (2019). Interventions for unexplained infertility: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).

(WHO) World Health Organization. (2020). Infertility. Erişim: 29.06.2021, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility.

Wilcox, A. J., Weinberg, C. R. ve Baird, D. D. (1995). Timing of sexual Intercourse in relation to ovulation-effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New England Journal of Medicine*, *333*(23), 1517–1521.

Woods, B. M., Patrician, P. A., Fazeli, P. L. ve Ladores, S. (2021). Infertility-related stress: a concept analysis. *Nursing Forum*, 1–9.

Xu, H., Ouyang, N., Li, R., Tuo, P., Mai, M. ve Wang, W. (2017). The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, Health and Medicine*, *22*(1), 37–43.

Yanıkkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *11*(4), 112–121.

Yaylagülü Okuducu, N. ve Yorulmaz, H. (2020). İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, *12*(1), 13–20.

Yetim, U. (2003). The impacts of individualism/collectivism, self-esteem, and feeling of mastery on life satisfaction among the Turkish university students and academicians. *Social Indicators Research*, *61*(3), 297–317.

Ying, L. Y., Wu, L. H. ve Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(10), 1640–1652.

Yıldırım, H. ve Kevser, I. (2017). Çalışmayan evli kadınların sosyal destek düzeyleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, *9*(2), 47–51.

Yılmaz, G. (2012). *İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rolleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yılmaz, T. ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *2*(1), 100–112.

Yılmaz, T., Yazıcı, S. ve Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *41*(4), 275–281.

Yücesoy, H., Yıldırım, F. ve Şahin, E. (2021). İnfertilitenin kültürel, ekonomik, psikososyal ve cinsel yönüne güncel bir bakış: temel hemşirelik yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, *23*(4), 256–263.

Yüksel Özgör, B. ve Baştu, E. (2017). İn vitro fertilizasyonun embriyo transferi ve oosit pick up kaynaklı komplikasyonları. *Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi*, *1*(2), 112–115.

Zaidouni, A., Fatima, O., Amal, B., Siham, A., Houyam, H., Jalal, K. ve Rachid, B. (2018). Predictors of infertility stress among couples diagnosed in a public center for assisted reproductive technology. *Journal of Human Reproductive Sciences*, *11*(4), 376–383.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., … van der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 393–406.

Zhou, F. J., Cai, Y. N. ve Dong, Y. Z. (2019). Stress increases the risk of pregnancy failure in couples undergoing IVF. *Stress*, *22*(4), 414–420.

Zorlu, S. ve Erbaş, N. (2021). İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *37*(2), 95–105.

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F. ve Vallone, F. (2020). Infertility-related stress and psychological health outcomes in infertile couples undergoing medical treatments: testing a multi-dimensional model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *27*(4), 662–676.

FORMLAR

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

EK-3. Doğurganlık Sorunu Envanteri

EK-4. Yaşam Doyumu Ölçeği

EK-5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

EK-6.Ölçek Kullanım İzinleri

EK-7. Kurum İzni

EK-1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İnfertil Kadınlarda İnfertilite Kaynaklı Stresin Yaşam Doyumu ve Başa Çıkma Tutumları Üzerine Etkisi

Araştırmacılar: Duygu Dişli, Prof. Dr. Ümran Oskay

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek Anabilim Dalı lisans tez çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı; çocuk sahibi olamayan kadınlarda çocuk sahibi olamamaktan kaynaklı stres, yaşam doyumu ve bu durumla başa çıkmak için kullandıkları yöntemlerin arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu kapsamda katılımcılara 10-15 dakika sürecek bir anket uygulanacaktır.

Araştırma sırasında sağlığınızı etkileyecek kesici/delici/kan ile ilgili herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırma kapsamında öngörülen yan etki veya rahatsızlık durumu bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılma isteğinizi etkileyebilecek yeni bir gelişme olması durumunda sizlere haber verilecektir.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi edinmek ve diğer sorularınız için Hemşire Duygu Dişli'yi xxx xxx xxxx numaralı telefondan 24 saat arayabilirsiniz.

Gönüllü Beyanı

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Sayın Duygu Dişli tarafından bana araştırmanın konusu ve amacı ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken kişisel bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, isteğim zaman araştırmacıya haber vererek araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı veya zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı adı-soyadı:

Telefon:

Tarih:

İmza:

EK-2.Kişisel Bilgi Formu

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:……
2. Eşinizin yaşı:……
3. Evlilik yaşı:……

4. Yaşadığınız yer:
1) İl merkezi 2) İlçe 3) Köy

5. Eğitim durumunuz:……(yıl)
1) Okur-yazar değil
2) Okur-yazar
3) İlkokul
4) Ortaokul
5) Lise
6) Üniversite ve üzeri

6. Eşinizin eğitim durumu:……(yıl)
1) Okur-yazar değil
2) Okur-yazar
3) İlkokul
4) Ortaokul
5) Lise
6) Üniversite ve üzeri

7. Çalışma durumunuz:
1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
3) Tedavi nedeniyle bıraktım

8. Eşinizin çalışma durumu:
1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

9. Gelir durumunuz:
1) Gelir giderden az
2) Gelir gidere eşit
3) Gelir giderden fazla

10. Aile tipiniz:
1) Geniş aile 2) Çekirdek aile

11. Sosyal güvenceniz var mı?
1) Evet 2) Hayır

12. Tedavi masraflarınızı kim karşılıyor?
1) Kendimiz
2) Sosyal güvencemiz
3) Sosyal güvencemiz bir kısmını karşılıyor
4) Ailemiz
5)Diğer:……

İnfertilite Öyküsü

13. Eşinizle evlenme şekliniz:
1) Görücü usulü 2) Severek

14. Eşinizle akrabalık durumunuz:
1) Var ise nedir?:……. 2) Yok

15. Evlilik süreniz:…….(yıl)

16. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? …… (yıl)

17. Daha önce hiç gebe kaldınız mı?
1) Evet
2) Hayır

18. Çocuk sahibi olabilmek için kaç yıldır tedavi görüyorsunuz? …… (yıl)

19. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kimden kaynaklanıyor?
1) Kendim 2) Eşim
3) Her ikimizden 4) Nedeni belli değil

20. Şimdiye kadar çocuk sahibi olabilmek için hangi tedavileri aldınız?
1) Aşılama, sayısı:…….
2) Tüp bebek (IVF), sayısı:……
3) İlaç, sayısı:…….
4) Diğer, sayısı:……..
5) Almadım

21. Bu süreçte ihtiyacınız olduğunda size destek olacak birisi var mı?
1) Var:
a) Eşim e) Erkek kardeşim
b) Annem f) Arkadaşım
c) Babam g) Akrabam
d) Kız kardeşim h) Diğer:…….
2) Yok

22. Sorunlarınızı yakınlarınız ya da birisiyle açıkça konuşabiliyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır

23. Sevinç ve kederlerinizi yakınlarınız ya da birisiyle rahatça paylaşabiliyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır

EK-3.Doğurganlık Sorunu Envanteri

Aşağıdaki ifadeler infertilite problemi ile ilgili farklı düşünceleri belirtmektedir. Lütfen her bir ifade ile ilgili olarak katılma ya da katılmama derecenizi ifade ediniz. Eğer çocuk sahibi iseniz, çocuk sahibi olduktan sonra şu an ki hislerinize göre cevap veriniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Az katılıyorum	Çok az katılıyorum	Çok az katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Çocuğu olmayan çiftler çocuğu olanlar kadar mutludur	○	○	○	○	○	○
2. Hamilelik ve doğum, çiftlerin ilişkisindeki en önemli iki olaydır	○	○	○	○	○	○
3. İnfertilite problemi nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamadığımı düşünüyorum	○	○	○	○	○	○
4. Eşimin gözünde tıpkı eskisi gibi çekici olduğumu düşünüyorum	○	○	○	○	○	○
5. Benim için ebeveyn olmak tatmin edici bir kariyer sahibi olmaktan çok daha önemli bir hedeftir	○	○	○	○	○	○
6. Evliliğimin bir çocuğa ihtiyacı var (veya başka bir çocuğa daha)	○	○	○	○	○	○
7. Kendimi diğer hemcinslerimden daha farklı görmüyorum	○	○	○	○	○	○
8. Bir çocuk sahibi olana kadar kendimi gerçek bir yetişkin gibi hissetmek zor	○	○	○	○	○	○
9. Çocuklar hakkında bana soru sorulması beni rahatsız etmez	○	○	○	○	○	○
10. Çocuksuz (veya başka bir çocuksuz) bir gelecek beni korkutuyor	○	○	○	○	○	○
11. Eşime nasıl hissettiğimi gösteremiyorum çünkü bu eşimi üzecektir	○	○	○	○	○	○
12. Aile, bize farklı davranıyor gibi görünmüyor	○	○	○	○	○	○
13. Kendimi cinsel yaşamda başarısızmışım gibi hissediyorum	○	○	○	○	○	○

14. Özellikle tatiller benim için zor oluyor	○	○	○	○	○	○
15. Eğer çocuğumuz (veya başka bir çocuğumuz) olmazsa bunun birçok avantajını görebiliyorum	○	○	○	○	○	○
16. Eşim infertilite sorununun beni nasıl etkilediğini anlamıyor	○	○	○	○	○	○
17. Cinsel ilişki sırasında tek düşündüğüm bir çocuk (veya başka bir) istiyor olmam	○	○	○	○	○	○
18. Kısırlığımız konusundaki soruları ele almada eşim ve ben iyi çalışıyoruz	○	○	○	○	○	○
19. Fertilite sorunum yüzünden kendimi boş hissediyorum	○	○	○	○	○	○
20. Çocuksuz (veya bir başka çocuk) olmadan beraber mutlu bir yaşamımız olduğunu hayal edebiliyorum	○	○	○	○	○	○
21. Eşimin soruna farklı yaklaşması beni rahatsız ediyor	○	○	○	○	○	○
22. Başka bir hayal kırıklığı istemediğim için cinsel ilişkide bulunmak zor geliyor	○	○	○	○	○	○
23. Bir çocuk (veya başka bir çocuk) sahibi olmak hayatımın temel odak noktası değildir	○	○	○	○	○	○
24. Eşimi hayal kırıklığına uğrattım	○	○	○	○	○	○
25. Bazen ciddi bir şekilde çocuk (veya başka bir çocuk) sahibi olmak isteyip istemediğimi cidden merak ediyorum	○	○	○	○	○	○
26. Eşim ve ben kısırlık sorunumuz hakkında birbirimizle daha açık konuşabiliyoruz	○	○	○	○	○	○
27. Aile buluşmaları bana zor geliyor	○	○	○	○	○	○
28. Çocuk (veya başka bir çocuk) sahibi olmamak bana diğer memnun edici şeyleri yapmam için zaman sağlayacak	○	○	○	○	○	○
29. Sık sık ebeveyn (anne veya baba) olmak için doğduğumu hissediyorum	○	○	○	○	○	○
30. Kendimi, çocuğu olan arkadaşlarımla kıyaslamadan edemiyorum	○	○	○	○	○	○

31. Çocuk (veya başka bir çocuk) sahibi olmak benim mutluluğum için gerekli değil	○	○	○	○	○	○
32. Eğer cinsel ilişki için kritik olan günü kaçırırsak, kendimi oldukça gergin hissedebilirim	○	○	○	○	○	○
33. Bundan dolayı ayrılabileceğimizi hayal bile edemiyorum	○	○	○	○	○	○
34. Bildim bileli ben bir anne (ya da baba) olmayı istiyorum	○	○	○	○	○	○
35. Çocuğu olan arkadaşlarımla hala ortak birçok noktam var	○	○	○	○	○	○
36. Fertilite sorunlarımız hakkında konuşmaya çalıştığımızda, bu bir tartışmaya sebep olacak gibi görünür	○	○	○	○	○	○
37. Bazen üzerimde o kadar baskı hissediyorum ki, cinsel ilişki zor bir hale geliyor	○	○	○	○	○	○
38. Çocuk (veya başka bir çocuk) olmadan da uzun ve mutlu bir ilişkimiz olabilir	○	○	○	○	○	○
39. Küçük çocukları olan arkadaşlarımla vakit geçirmeyi zor buluyorum	○	○	○	○	○	○
40. Çocuklu aileleri gördüğüm zaman kendimi terkedilmiş hissediyorum	○	○	○	○	○	○
41. Çocuksuz mutlak bir özgürlük var ve bu bana hitap ediyor	○	○	○	○	○	○
42. Çocuk (veya başka bir çocuk) sahibi olmak için ne gerekiyorsa yapacağım	○	○	○	○	○	○
43. Arkadaşlarımız veya ailemiz, bizi geride bırakıyorlar gibi hissediyorum	○	○	○	○	○	○
44. Başkalarının çocukları hakkında konuşmak beni rahatsız etmez	○	○	○	○	○	○
45. İnfertilite sebebiyle eşimle ayrılığa sürüklenme konusunda endişe ediyorum	○	○	○	○	○	○
46. Fertilite sorunu hakkında konuştuğumuz zaman eşim benim yorumlarım sayesinde rahatlamış görünüyor	○	○	○	○	○	○

EK-4.Yaşam Doyumu Ölçeği

Aşağıda genel olarak yaşamınızla ilgili çeşitli ifadeler vardır. Burada yer alan hiçbir ifadenin doğru veya yanlış cevabı yoktur. Bizim için önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi dürüst ve içtenlikle dile getirmenizdir. Size uygun olan cevabı daire içine alınız.

Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	2	3	4	5	6	7

1. Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın	1	2	3	4	5	6	7
2. Hayat şartlarım mükemmel	1	2	3	4	5	6	7
3. Hayatımdan memnunum	1	2	3	4	5	6	7
4. Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim	1	2	3	4	5	6	7
5. Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	1	2	3	4	5	6	7

EK-5.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştırdığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1= Asla böyle bir şey yapmam
2= Çok az böyle yaparım
3=Yarı yarıya böyle yaparım
4= Çoğunlukla böyle yaparım

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

7. Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

13. Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

18. Allah'ın yardımını umarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

19. Bir eylem planı yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

23. Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

28. Duygularımı dışarı vururum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

36. Sorunla ilgili şaka yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

37. İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

EK-6.Ölçek Kullanım İzinleri

EK-7.Kurum İzni

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İNFERTİL KADINLARDA İNFERTİLİTE KAYNAKLI STRESİN YAŞAM DOYUMU VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%14	%13	%5	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	koutab.kocaeli.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<%1

acikerisim.isikun.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Duygu	**Soyadı**	Dişli Çetinçay
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
		TC Kim No	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programı	2019-devam ediyor
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi	2019
Lise	Cağaloğlu Anadolu Lisesi	2015

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Haliç Üniversitesi	2019-halen

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	İyi		YÖKDİL: 88,75
Almanca	İyi	Orta	İyi		DSD II: B2

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	78,58	67,77	57,10

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office PowerPoint	İyi
Microsoft Office Excel	İyi
IBM SPSS Statistics	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Tandoğan, Ö., **Dişli Çetinçay, D.**, Yuvarlan, E. & Mecdi Kaydırak, M. (2021). Gebelerin Sağlık Hizmeti Almasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 8. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitim Kongresi , 8 Aralık 2021, Online, pp. 114-117.

Dişli, D. & Mecdi Kaydırak, M. (2021). Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(2), 143-151.

Dişli, D. & Şahin, N. Öğrenci Gözüyle Türkiye ve Almanya'daki Hemşirelik Sistemi: Erasmus Deneyimi. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 4-6 Nisan 2018, Çanakkale, pp. 113.

Dişli, B., Hotun Şahin, N., Kaptan Ateşoğlu G. & **Dişli, D.** (2018). Özel Bir Üniversitedeki Öğrencilerin Şiddet Eğilimlerinin ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 4-6 Nisan 2018, Çanakkale, pp. 227.

Dişli, D., Mecdi, M. & Oskay, Ü. Postpartum Kanama Riskinin Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım - Newly Approach To Risk Evaluation In Postpartum Haemorrhage. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-24 Mart 2018, İstanbul, Abstract: 0329.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Piyano – giriş seviyesi
- Yoga – giriş seviyesi
- Basketbol – 2015-2016 Kadın Basketbol Takımı Oyuncusu
- Seyahat etme