

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLİŞKİSİ

Aslıhan DOĞAN

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2020

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA BELİRSİZLİĞE
TAHAMMÜLSÜZLÜK VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ İLİŞKİSİ

Aslıhan DOĞAN

184003095

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2020

ÖZET

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş düzeylerini ve her iki durumun birbiri üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın örneklemini, İstanbul İli Anadolu yakasındaki bir üniversite hastanesinin infertilite polikliniğine 01.03.2020-01.07.2020 tarihleri arasında başvuran 140 kadın oluşturmuştur. Veriler, tanımlayıcı veri toplama formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdelik hesaplamaları, Man Whitney U testi, Anova testi, Kruskal Wallis testi ve t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların BTÖ puan ortalaması 92.31 ± 25.53 ve PİÖ puan ortalaması 35.83 ± 12.10 olarak bulunmuştur. Kadınların yaş grubu ve BTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$), öğrenim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi ve daha önce gebe kalma durumu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların, öğrenim durumu ve çalışma durumu ile PİÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); yaş grubu, evlilik süresi ve daha önce gebe kalma durumu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların BTÖ ile PİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$).

Kadınların psikolojik iyi oluş düzeyleri arttıkça, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri azalmıştır. İnfertilite tedavisi kadınların yoğun stres ve belirsizlik yaşadığı bir durumdur. Tedavi sonunda olumsuz sonuç alma korkusu kadınların psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İnfertilite tedavisi gören kadınların psikolojik iyi oluşlarının değerlendirilmesi ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan kadınlar için psikolojik destek sağlanması konusunda yönlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Belirsizliğe tahammülsüzlük, Psikolojik iyi oluş.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF INTOLERANCE TO UNCERTAINTY AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN WOMEN TREATED WITH INFERTILITY

This study is conducted to determine the intolerance to uncertainty and psychological well-being levels of women receiving infertility treatment and their effects on each other. The sample of this descriptive and relationship seeking study was 140 women who applied to infertility outpatient clinic a university hospital Anatolian side of Istanbul Marmara University between 1 March and 1 July 2020. The research data were obtained by using descriptive data collection form, Uncertainty Intolerance Scale (UIS) and Psychological Well-being Scale (PWS). In the evaluation of the data, number-percentage calculations, Man Whitney U test, Anova test, Kruskal Wallis test and t test were used.

The mean score of UIS of the women was 92.31 ± 25.53 and the mean score of the PWS was 35.83 ± 12.10 . A statistically significant difference was found between participants' the age group and the mean score of BDI ($p < 0.05$), no significant difference was found between educational status, employment status, duration of marriage and previous pregnancy status ($p > 0.05$). A significant difference was found between the educational status and employment status of the participants and the mean score of PWS ($p < 0.05$); There was no significant difference with age group, duration of marriage and previous pregnancy status ($p > 0.05$). A negative correlation was found between the BDI and the mean score of PWS ($p < 0.01$).

As the level of psychological well-being increases, uncertainty intolerance level of women decreases. Infertility treatment is a condition in which women experience intense stress and uncertainty. The fear of getting negative results at the end of the treatment can negatively affect the psychological status of women. It is suggested that, nurses evaluate the psychological well-being of women and help them in providing psychological support for women with intolerance to uncertainty.

Key words: Infertility, Uncertainty intolerance, Psychological well-being.

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yüksek lisansa başladığım andan itibaren samimiyeti ve güler yüzlülüğüyle yoluma ışık tutan sevgili tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**'a,

Lisansüstü eğitimime devam etmem için beni her zaman destekleyen, bana cesaret veren, her kararına saygı duyan ve yanımda olan en büyük destekçim sevgili hayat arkadaşım eşim **Kadir DOĞAN**'a,

Tam pes etmek üzereyken 'biz buradayız' diyen sevgili dostlarım **Merve UĞURLU**, **Ece CİVAN**, **Hamdullah ÇAYIR** ve **Zeynep ÖZBEK**'e sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Aslıhan DOĞAN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Aslıhan DOğAN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnfertilite.....	3
2.2. İnfertilitenin Görölme Sıklığı.....	4
2.3. İnfertilitenin Nedenleri	4
2.4. İnfertilitenin Eşler Üzerindeki Psikolojik Etkileri	7
2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	9
2.6. Psikolojik İyi Oluş	12
2.7. İnfertil Kadınlarla Çalışan Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1.Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Verilerin Toplanması	17
3.5. Araştırmanın değişkenleri	18
3.6. Verilerin Analizi	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	18
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKLAR	37
EKLER	47
Özgeçmiş.....	53

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 2. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine ve Eş İlişkisine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 3. Ölçek Puan Ortalamasının DağılımıHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 4. Ölçekler Arasındaki KorelasyonHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 6. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine ve Eş İlişkisine İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının KarşılaştırılmasıHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme SonuçlarıHata! Yer işareti tanımlanmamış.

Tablo 8. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR LİSTESİ

Ark	: Arkadaşları
BTÖ	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
PSİÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
%	: Yüzde
n	: Sayı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü



1. GİRİŞ

İnfertilite çiftlerin bir yıl boyunca haftada en az iki kere korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır. Çiftlerin %8-16'sı yaşamlarının herhangi döneminde çocuk sahibi olmakla ilgili zorluklar yaşamaktadırlar. Çocuk sahibi olmak, bir bireyin hayatının önemli aşamalarından biridir. Sağlıklı ve başarılı çocuklara sahip olmak, her evli çiftin arzu ettiği bir olgudur. İnfertilite, eşleri psikolojik olarak etkileyen, duygusal olarak stresli yapan, ekonomik olarak da pahalı olan bir yaşam krizidir. İnfertilite sadece jinekolojik bir rahatsızlık değil, psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir sağlık sorunudur (1-2).

Genel olarak infertilitenin psikososyal etkileri, insan yaşamının kalitesinin bileşenlerinin olumsuz etkilenmesidir. En çok etkilenen alanlar; emosyonel davranışlar, mental sağlık, psikoloji, çevre, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır. Ayrıca infertil kadınlar, infertil erkekler ile karşılaştırıldığında, infertil kadınların yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği görülmüştür. Aile olmanın en temel işlevlerinden biri olan neslin devamını getirmede başarısız olan çiftler, aralarındaki ilişkilerde olumsuzluklar yaşarlar. İnfertilite, çiftlerin yaşantılarında daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz olması nedeni ile çiftlerin hem bireysel hem de evlilik ilişkileri etkilenmektedir (1-3).

Birçok insan hayatının herhangi bir döneminde belirsizlik durumu ile karşılaşmaktadır. Bu durum şimdiye ya da geleceğe dair olabilir. Literatür incelendiğinde belirsizlik ile ilgili birkaç tanım göze çarpmaktadır. Crigger (1996) belirsizliği, herhangi bir olayı kontrol edememekten ötürü oluşan yetersizlik duygusu veya hayattaki olayların anlamını açıklayamamaktan kaynaklanan bilişsel bir durum şeklinde tanımlarken, psikopatoloji modelleri belirsizliği stres ile ilişkili olaylarda merkezi bir özellik olarak varsaymaktadır (4). Belirsizlik, karşılaşılan olay ya da durumla ilgili değil, bireyin algısıyla ilgilidir. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre belirsizlikte bir olay/durumdan ziyade o olay/durumun kişide stres yaratma özelliğine odaklanılır. Çünkü o olay/durumun kişinin iyilik haline etkisinin ne olacağı tam olarak bilinemez ve onunla başa çıkmak için neler yapılabileceği konusunda yetersizlik yaşanır. Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) ise, günlük yaşam olaylarındaki belirsizliklere verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri yansıtan geniş bir yapı olarak tanımlanmıştır. BT bütün bireylerin karşı karşıya olduğu ve bireyin doğasında hoş karşılanmayan bir durum

olmakla beraber her bireyin farklı düzeyde tepki verdiği bir süreçtir. Belirsizliği tolere edemeyen kişiler bu durumu stresli ve rahatsız edici olarak yaşarlar. Belirsiz durumları daha olumsuz tehdit unsuru olarak yorumlar ve sıklıkla bunlardan kaçmaya çalışırlar. Belirsizlik, son derece stresli olarak yaşanabilir ve yaşam kalitesini hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler (5-6-7).

Psikolojik iyi oluş, bireyin hayattaki amaçları, potansiyeli ile ilgili farkındalığını ve diğer insanlarla ilişkisinin kalitesini kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle, bireyin kendini pozitif algılamasını, yetersizliklerinin olduğunu bildiği halde kendinden memnun olmasını, çevresindekilerle samimi ilişkiler içinde olmasını, kişisel gereksinim ve arzularını karşılayacak şekilde çevreyi şekillendirmesini, özerk hareket edebilmesini, yaşam amacının varlığını, kapasitesini bilmeyi ve bu kapasitesini arttırmayı içermektedir (8).

İnfertilite tedavisi, kadınlarda korku, suçluluk, stres ve kaygı gibi duyguların yanında belirsizliğe sebep olabilir. Bu belirsizlik sürecinin neler getireceğini ve nasıl sonuçlanacağını içerir. Birey belirsizlik karşısında bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler gösterebilir. Belirsizliğin kişinin iyilik haline etkisiyle onunla başa çıkmak için neler yapılabileceği bilinemez. Kadının bu süreçte etkilenmesi muhtemel iyilik hallerinden biri psikolojik iyi oluşudur. Psikolojik iyi oluş içinde bulunan koşullardan etkilenir. İnfertilite tedavi sürecinin neden olduğu koşullardan doğan belirsizlik, bu belirsizliğin kadının psikolojik iyi oluşunu ne ölçüde etkilediği ve bu durumda kullanılacak hemşirelik yaklaşımını belirlemek son derece önemlidir. Bu süreçte hemşire kadını ve kocasını beraber dinlemeli, söylemeye çekindikleri korkularını ve gereksinimlerini anlamaya çalışmalıdır. Ayrıca öncelikle kadında var olan stresi tanımlamalı ve kadının bunu kabul etmesini sağlamalıdır. İnfertilite tedavisi gören kadınların özverili ve dikkatli bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır (1-2-3).

Bu çalışma ile infertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük durumları ve psikolojik iyi oluşlarını belirlemek ve her iki durumun birbiri üzerinde etkisini olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

Üreme yeteneğinin istek dışında azalması ya da kaybolması infertilite olarak tanımlanır. Bir başka ifade ile kadın yaşı 35'in üstünde olduğunda 6 ay süre ile herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan ve düzenli olarak (haftada en az iki kez) cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmamasına, kadın yaşı 35'in altında olduğunda ise 12 ay ve daha uzun süre gebelik oluşmamasına infertilite denilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün infertilite tanımında ise bu süre 2 yılı kapsamaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü sağlığı 'yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmama durumu değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak tam bir iyilik halidir' şeklinde tanımlar. Bundan dolayı infertilite sosyal refah ve sağlık düzeyinin azalmasının kaynağı olarak tanımlanabilir (9-10-11).

Primer infertilite, düzenli cinsel ilişkiye rağmen daha önce hiç gebe kalmamayı, sekonder infertilite ise canlı doğumla sonuçlanmasının bir önemi olmadan, en az bir gebelik oluşması durumudur. Bir menstrüel siklusta, gebe kalabilme olasılığına fekdabilite, bir siklusta canlı doğuma kadar olan gebelik oluşma olasılığına ise fekdite denir. Tüm kadınların bir yıl boyunca korunmasız cinsel ilişkiyle gebe kalma ihtimali %84 olduğu belirlenmiştir. Bu rakam 2 yıl sonra %92, 3 yıl sonra ise %93 seviyesine çıkar. Fekondabilite ilk üç ayda %25, sonraki 9 ayda %11 seviyelerine inmektedir. On iki ayın sonunda gebelik elde edemeyen çiftlerde ise tedavi edilmediği durumlarda bu oran 0,00 ile 0,04 arasındadır. Günümüzde, fertilizasyon ve embriyo gelişimi tekniklerinin gelişmesiyle beraber daha önce tedavisi mümkün olmayan pek çok infertil çiftte çocuk sahibi olma imkânı tanınabilmektedir (11-12).

Çiftler genellikle gebe kalmaya çalışana kadar infertil olduklarından habersizdirler ve çoğunlukla da bu konuda tedbir almazlar. Çok sayıda nedene bağlı olarak ortaya çıkan infertilite bireylerde ve evlilik ilişkilerinde meydana gelen duygusal sorunlar sebebiyle tıbbi bir durumdan çok bireysel ve aile ilişkilerini de içine alan bir kriz olarak görülmektedir (13).

2.2. İnfertilitenin Görülme Sıklığı

İnfertilitenin sıklığı her ülkede hatta her bölgede farklılık göstermektedir. İngiltere’de her 7 çiftten biri, Amerika’da ise 6 çiftten biri infertilite sorunuyla karşı karşıyadır. İnfertilite prevalansı İran’da ise % 10.2 olarak tahmin edilmektedir (14-15-16). En yüksek infertilite prevalansının Güney Asya, Sahra Altı Afrika, Kuzey Afrika / Orta Doğu, Orta / Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde olduğu belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10’unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-20’sinde infertilite görülmektedir. Bu farklılığın sebebi gelişmekte olan ülkelere gonore ve klamidy gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların yetersiz tedavisi sonucunda infertiliteye yol açan hasarlar oluşmasıdır (14-17). İnfertilite tanımının güvenilirliğinin olmaması ve örneklerinin farklı yaşlar ve çeşitli metodlar kullanılarak ölçülmesinden dolayı hala infertilitenin prevalans tahminleri açık bir dalgalanma yaşamaktadır (18).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre infertilite, tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilemektedir. Türkiye’de ise evli çiftlerin %10-20’sini yani yaklaşık 1.5-2 milyon çifti etkilediği bildirilmiştir (14-19). Sağlıklı her çiftin bir ayda gebe kalma olasılığı %20-25, altı ay içinde %75 ve bir yıl içinde %90 olarak düşüldüğünde gebeliğin oluşmadığı siklus sayısı arttıkça gebe kalabilme olasılığı da azalır (14).

2.3 .İnfertilitenin Nedenleri

Dünyanın her yerinde kadınların üremede başarısız oldukları için utanç, suçluluk gibi duyguları barındırmaları alışlagelmiş bir durumdur. Genel olarak bu da sosyal damgalama, topluluktan dışlanma gibi olumsuz psikolojik sonuçları doğurur. İnfertilite bir kadının 'sorunu' değildir, ancak, kendini suçlama ve başkaları tarafından suçlanma açısından bu şekilde deneyimlenebilir. Eski çağlardan beri toplumun üzerinde durduğu hemen hemen daima kadının suçlandığı infertilite üreme fizyolojisi aydınlığa kavuştuğu erkeğin de büyük rolünün olduğu belirlenmiş, böylece ailede yaşanan mutsuzluklar azalmaya başlamıştır (20-21).

Hem erkek faktörü hem de kadın faktörü infertilite nedenlerinde eşit derecede rol oynar. Popüler inanışların aksine pratikte, bir çift gebe kalmakta zorlandığında, infertilitenin %40’ı kadın, %40’ı erkek faktöründen kaynaklandığı, %20’sinin ise hem

erkek hem kadından kaynaklı olabileceği ya da nedenin bilinmediği (açıklanamadığı) vurgulanmaktadır (21-22).

İnfertil kadınların başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için her şeyden önce nedene odaklanmalı ve bunun için de öykünün alınması, klinik muayenenin yapılması, gerekli tetkiklerin alınması gereklidir. Fertilitiyi etkileyen temel faktörler kadın ve erkeğin yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamadır (10-19). Kadın doğurganlığı yaşla birlikte azalmaya başlar. 18-24 yaşları arasında zirvedeyken, 27 yaşından sonra düşüş ve 35 yaşından sonra daha büyük bir oranda azalma görülür. Kadınlar yumurtalık rezervi açısından değerlendirmeye alındığında; tipik bir kadın 30 yaşında rezervlerin %12'sine, 40 yaşında ise sadece %3'sine sahiptir. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin çoğu üç majör nedene sahiptir. Bunlar; erkek faktörü, yumurtlama disfonksiyonu ya da tubal-peritoneal hastalıktır. Çevresel toksinler (ağır metaller, biyolojik metabolitler, kimyasal tozlar, pestisitler, fiziksel ajanlar, klorlu hidrokarbonlar vs.) gibi zararlı maddelerin de hem infertiliteye hem de spontan düşüklere neden olduğu bilinmektedir (22-23).

DSÖ tarafından 7.273 evli infertil çift üzerinde yapılan bir araştırmada, infertilite nedenine göre %41 oranında kadın, %24 oranında erkek, %24 hem kadın, hem erkek sorumlu tutulmuş ve %11'inde de herhangi bir neden gösterilememiştir. İnfertilitenin nedenleri arasında primer infertilitenin %55-75, sekonder infertilitenin ise %25-40 oranında olduğu bildirilmektedir. Yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmelere rağmen tedaviye alınan hastalarda transferin bir kısmı başarısızlık ile sonuçlanmaktadır. Tedavi başarısızlığının altında kadının yaşı, az yumurta oluşumu, endometrial nedenler, uygun olmayan stimülasyon protokolleri, embriyo laboratuvarındaki istenmeyen ortam faktörleri, siklusa spesifik ovaryan cevap farklılıkları, erkek yada kadından kaynaklanan genetik anormallikler, embriyo transfer teknikleri, kadında eşlik eden sistemik hastalıklar, immunolojik faktörler gibi pek çok neden sayılabilmektedir (24-25).

2.3.1. Kadında infertilitenin nedenleri:

- Önceki ameliyatlardan ya da pelvik enfeksiyonlardan kaynaklanan yapışma (skar dokusu)
- Anti-sperm antikorları

- Tıkalı follop tüpleri
- Spermin rahim ve follop tüplerine girmesine izin vermeyen servikal mukus (servikal faktörler)
- Hormonal anormallikler
- Düzensiz yumurtlama ya da yumurta bırakamama
- Anne yaşı
- Tekrarlayan düşükler
- Açıklanamayan infertilite

2.3.2. Erkeklerde infertilitenin nedenleri:

- Anormal sperm hareketliliği
- Antisperm gövdeleri
- Yetersiz sperm veya sperm azlığı (Yılmaz 2006).

Azalan sağlık koşulları, tıbbi sorunlar, cinsel ilişkinin zamanlaması, stresli yaşam tarzları, kişisel sorunlar, mesleki baskılar, her iki cinsiyette de kısırlılığa katkıda bulunan infertil nedenleridir. Ayrıca sigara kullanımı ve aşırı kilo gibi yaşam tarzını etkileyen faktörler de doğurganlık üzerine olumsuz etkiye sahiptir. Sigara kullanımı erkeklerde spermilerin hareketliliği, morfolojisi ve üretimini olumsuz desteklerken kadınlarda da foliküllerin gelişimine olumsuz etki etmektedir. Obezitenin ve düşük vücut ağırlığını varlığı ise hormon dengesizliklerine ve yumurtlama bozukluğuna neden olabilir ve bu da üremeyi etkileyebilir. Erkeklerde infertilitenin en yaygın nedenleri; düşük sperm sayısı ve sperm hareketliliği ile ilgili sorunlar olarak bilinirken, kadınlarda tıkalı follop tüpleri ve yumurtlama bozukluğu olarak ileri sürülmektedir (21-26).

2.3.3. İnfertiliteye neden olabilecek tıbbi durumlar

- Endometriozis
- Kanserler (testis, yumurtalık, servikal, hodgkin lenfoma)
- Klinefelter sendromu
- Turner sendromu
- Rokinansky-Kuster-Hauser sendromu (26).

2.4. İnfertilitenin Eşler Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Ani ve tahmin edilemeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun zaman alan, aşırı stresle kendini gösteren ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur. Çocuk sahibi olamama tüm aile üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Kanıtlar, çocuk doğurma yeteneğinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların genellikle toplumdaki statüsünü artırmak için bir yol olduğunu açıklamaktadır. Başka bir ifadeyle çocuk doğurmak ve hamilelik algısı kadınsal bir potansiyeldir (18-19).

Bazı toplumlarda cinsiyetçilik kabul gördüğü için çocuk sahibi olabilme yeteneği sadece kadınlara atfedilir. Dünyadaki infertil vakalarının yarısını erkekler oluşturmalarına rağmen hala infertiliteden kadının sorumlu tutulduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Erkek infertilitesinin rolü bu nedenle birçok ülkede görmezden gelinmekte ve hatta Orta Doğu da dâhil olmak üzere çoğu toplumlarda gizlenmektedir. Olguların çoğunda, erkeklerden ziyade on yedinci ve on sekizinci yüzyıl kadınları, üretken başarının temel yöneticileri olarak kabul edildi, çünkü vücutları üreme odağı olarak görüldü. Hamile kalmak ve böylece kendilerini topluluğun değerli üyeleri olarak görmeleri için, diyet ve egzersizle ilgili kendi kendine tedavilere katılmaları, bitkisel ilaçları tüketen ebeleri ziyaret etmeleri ve dua etmeleri teşvik edildi (27-28).

İnfertilite sağlık kuruluşlarında yüksek maliyetle aylarca ya da yıllarca tedavi gerektirebilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, infertil çiftlerin daha fazla psikolojik olarak acı çektiği, utanç hissettiği, başa çıkma yöntemlerine başvurma eğilimini arttırdığı söylenebilir. Üstelik tedavilerin üst üste başarısızlıkla sonuçlanması çiftlerde umutsuzluğa, stresin artmasına, maddi olanakların zorlanmasına neden olmakta ve sonuç olarak çok yönlü bir sorun haline dönüşebilmektedir. Ayrıca çevresel beklentiler ve baskılar tedavi sürecindeki çiftlerin sosyal ilişkilerini de etkilemektedir. Bu duruma ek olarak infertilite tedavisinde sürecin belirsizliği durumu daha da zorlaştırmaktadır. İnfertilite tedavi sürecinde kadınların pek çok ilaç ve hormon yüklemeleri çeşitli psikolojik yan etkilere yol açabilir. Yumurta toplama, embriyo transferi ve hamilelik testlerinin özellikle kadınlar olmak üzere çiftler için yüksek strese neden olduğu tanımlanmıştır (29-30).

Genel psikolojik iyilik hali göz önünde bulundurulduğunda yüksek stres altında olan bireylerin tedaviyi bırakmasının daha muhtemel olduğu ve ilişki memnuniyetinin daha zayıf olduğu bildirilmiştir. İnfertilitede tedavi olması gereken kadınlar olduğu için erkekler tipik olarak tedavide destekleyici rolde olduklarını hissederler. Aslında, infertilite benzersiz fiziksel bozuklukların ilki olduğu kadar çoğu psikolojik rahatsızlıkların da başlangıcıdır (30-31).

Bazen infertil çiftler yeni bebeği olan hiç kimseyi uzun süre görmek istemezler ve danışmanlar bu durumun beklenen bir tepki olduğunu, bunu hissetmenin bireyi korkunç bir insan yapmayacağını anlamada yardımcı olabilir. Tanı ve tedavi dâhil infertilite ile başa çıkma süreci, çiftlerin cinsel ilişkilerini ve normal işlevlerini de bozabilir. Fakat infertilite hem kadınları hem erkekleri duygusal olarak etkilemesine rağmen kadınların daha fazla baskıya eğimli olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (17-30-32).

Genel olarak, infertilitenin özellikle kadınlarda cinsel işlev üzerinde derin psikolojik etkileri vardır. Böyle bir durumda, sekse korku, başarısızlık ve yetersizlik duygusu eşlik eder ya da kuvvetli hale gelirse, cinsel arzunun azalmasına, ulaşamayan orgazm ve diğer cinsel bozukluklara neden olur. İnfertil çiftlerde depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, evlilikte tatminsizlik, özgüven eksikliği ve düşük yaşam kalitesi gibi olumsuz etkiler sağladığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Hem erkek hem kadın bu sorunu farklı deneyimlerler (16-30).

Çoğu yazar infertilitenin bir çiftin hayatındaki en stresli olay olduğunu vurgulamaktadır. İnfertilite tedavisi fiziksel, zihinsel ve duygusal bir yük oluşturur. Bundan dolayı infertil çiftler aşırı stresle mücadele etmek zorunda kalabilir. Literatür bunu ‘infertilite krizi’ olarak tanımlar. Bu kriz, tanı ve tedavi için gerekli tıbbi prosedürlere ilişkin reaksiyonları, diğer reaksiyonları, ebeveyn olup olmamaya yönelik belirsizlikleri ve çiftin bireysel özelliklerini içeren oldukça karmaşık bir durumdur. Bu sorunlar hem çifti bireysel olarak hem de çift olarak ayrı ayrı etkiler. İnfertil birey ve eşi normal yollarla gebe kalamayacağını ve çocuk sahibi olamayacağını fark etmeleriyle birlikte -diğer kriz durumlarında olduğu gibi- şok, inkâr ve inanmama aşamalarına dair tepkiler vermektedir (33-34)

Halıcı'nın (2018) aktardığına göre, Blenner'in infertilite krizi evreleri şunlardır:

- 1) **Olayın farkına varma:** Problemin farkına varılır.
- 2) **Gerçekle yüzleşme:** Neden ben? sorusu gündeme gelir.
- 3) **Umut ve azim:** Tedavi süreci başlar.
- 4) **Tedavinin yoğunlaşması:** İnfertilite tedavisi yaşamın odağı haline gelir.
- 5) **Kısır döngü:** Başarısız tedavi sonuçları üzüntü yaratır.
- 6) **Tedaviye devam:** Yaşamın adaletsiz olduğu kabul edilir ve tedavi sürdürülür.
- 7) **Tedavinin bırakılması:** Uğraşlar sonuçsuz olduğundan çift pes edebilir.
- 8) **Odak değiştirme:** Yas tutma, boyun eğme, evlat edinme ve çocuksuz yaşam gibi çözümlerden birine karar verilir (19).

2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Birçok insan hayatının farklı dönemlerinde belirsizlik durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum şuanda ya da gelecekte yaşanabilir. Bu tür kaygı verici belirsizlik durumlarına karşı her insanın vereceği tepki farklı olabilmektedir. Çevremizde belirsizliği ya da bilinmeyi deneyimlemek kimileri için merak uyandırıcı kimileri içinse stresli bir durum olarak nitelendirilir. Bireylerin belirsizlikten olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmeleri de farklılık göstermektedir. Bu nedenle literatürde “belirsizlik tahammülsüzlüğü” terimi kullanılmaktadır (35-36-37-38).

Sarıçam ve ark.'na (2014) göre belirsizlik, gelecek ile ilgili beklentilerin ya da geleceğin net olarak bilinmemesi durumu olarak tanımlanmıştır. Belirsizliğin ortaya çıkmasında belli başlı kuramlar geliştirilmiştir. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre bilişsel ve duygusal yönleriyle ruhsal bir durum olarak belirtilen belirsizlikte, bir olay/durumdan daha çok o olay/durumun bireyde stres yaratma özelliği öne çıkmaktadır. Belirsizliğin birey üzerinde psikolojik ve fiziksel sonuçlarla birlikte güçlü bir stres kaynağı görüşünü destekleyen birçok deneysel kanıt bulunmaktadır. Örneğin, yüksek düzeyde algılanan belirsizlik yüksek kaygı ve depresyon ile düşük hayat kalitesi ile ilişkilidir (7).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ise, ilk olarak Frenkel-Brunswik tarafından tanımlanan muğlaklığa tahammülsüzlük kavramına dayalı olduğundan uzun yıllar birbirinin yerine kullanılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, bir tür bilişsel hata olarak bireyin algı ve değerlendirmelerine etki eden geleceğe yönelik bir duygu durumu olarak ele alınmakta ve anksiyete bozuklukları ile daha çok ilişkilendirilmektedir. Muğlaklığa tahammülsüzlük ise şu an ve burada ile daha çok ilişkili olan ve bireyin bu durumu “siyah ya da beyaz” olarak değerlendirdiği iki kutuplu belirsizlik durumudur (36).

Belirsizliğe tahammülsüzlük meydana gelebilecek olayların olma olasılığından bağımsız olarak kabul edilemez ve tehdit edici mevcut negatif olayları görme eğilimi sergilemektir. Bu belirsizliğe tahammülsüz olan birinin belirsiz ve bilinmeyenle dolu olduğunu düşünürsek hayatın pek çok yönünü dayanılmaz bulacağını desteklemektedir (5).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler geleceğin belirsiz olmasını stresli, üzücü, adaletsiz olduğuna, belirsiz durumların olumsuz etkiye sahip olduğuna ve kaçınılması gerektiğine inanırlar. Belirsizlikten rahatsızlık duyan kişiler gelecekteki olaylarla ilgili belirsizlikleri olumsuz olarak değerlendirmeyi tercih edebilir, ki bunun depresyon riski daha yüksektir. Aslında belirsizliğe tahammülsüzlük ve yüksek depresif belirtiler arasında klinik ve subklinik örnekler mevcuttur (39-40).

Depresyonla bağlantılı birkaç araştırma göz önüne alındığında belirsizliğe tahammülsüzlüğün transdiagnostik özellikleri sadece kaygıya değil aynı zamanda depresif bozukluklara da uzanmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük var olan hassasiyetle depresyonun çeşitli şekilleriyle etkileşime girebilir. Watkins ve Baracaia depresyonu olan birçok hastanın ruminasyonu, bunların anlaşılmasında ve belki de semptomlarının iyileşmesi için yararlı bulduklarını keşfetmişlerdir (41).

Endişenin gelişimi ve devamında önemli bir rol oynadığı bilinen belirsizliğe tahammülsüzlüğün mükemmeliyetçilik, algılanan kontrol, depresyon ve işlevsel olmayan tutumlar gibi bilişsel süreçler ile karşılaştırıldığında, endişe ile ilişkisinin daha anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda belirsizliğe tahammülsüzlüğün, patolojik olmayan endişenin ayırt edici bir bilişsel süreci olabileceği söylenebilir (42).

Çalışmalar belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişenin yüksek derecede bağlantılı olduğunu göstermiştir. Anksiyete ve depresif belirtilerin önemli derecede endişeyle

bağlantılı olduğu göz önüne alındığında, bu buluşun belirsizliğe tahammülsüzlüğünün endişede önemli bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Ek araştırmalar belirsizliğe tahammülsüzlüğün sadece genel anksiyete bozukluğunun oluşumu ile bağlantılı olmadığına aynı zamanda semptomları şiddetlendirdiğini de desteklemektedir. Ayrıca, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe, genel anksiyete bozukluğunun temel özelliğidir. Klinik bozukluklarda aşırı endişenin rolü ve genel popülasyondaki endişe seviyeleri göz önüne alındığında; aşırı endişenin nasıl geliştiğini ve bunu korumak için hangi faktörlerin sorumlu olduğunu saptamak için endişeyle ilgili temel yapıları belirlemek önemlidir. Şimdiki araştırmalar belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişenin korunmasında ve etiyolojisinde anahtar rol oynayabileceğini ve endişeyi anlamada önemli etkisi olduğunu desteklemektedir (5-39).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü derin yaşayan kişiler belirsiz durumları ile ilgili kesinlik seviyelerini artırmak için ek bilgi arama eğilimdedir ve kaygı belirtilerine yol açan tehdit edici bilgilerden kaçınmaya çalışır. Belirsizliğe tahammülsüzlük potansiyel olarak korkunç sonuçlarla ilgili belirsizlikten kaynaklanan stresi azaltmanın bir fonksiyonu olarak dürtü ve alışkanlıklarla bağlantılı olabilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük sosyal kaygı belirtileri, panik ve agorafobi ve travma sonrası stresle pozitif ilişkili olduğu göstermiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük genel anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete, panik ve daha genel olarak kaygı duyarlılığı dâhil bir dizi anksiyete bozukluğu ile ilişkilidir (40-43).

Belirsizliğe tahammülsüzlükte cinsiyet farklılıkları bulunmakla birlikte erkeklerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün kadınlara oranla çok daha az olduğu görülmektedir. Bilinen kadarıyla az sayıda çalışma belirsizliğe tahammülsüzlükte cinsiyet açısından faktöriyel farklılık olmadığını bulmuştur (40).

Belirsizliğe tahammülsüzlük nörotipik popülasyonlarda klinik olarak ciddi anksiyetenin geliştirilmesi ve korunması için eğilimsel bir risk faktörüdür. Belirsiz olay ve durumlara duygusal, bilişsel ve davranışsal düzeyde olumsuz tepki verme eğilimi dahildir (40-43).

Carleton (2016), belirsizlik ve tahammülsüzlük kavramlarını ayrı ayrı incelemiştir. Tahammülsüzlük; sıkıntıya gelememe, dayanma sınırının olmaması veya rahatsızlık duyma olarak açıklanmaktadır. Belirsizlik ise, bilinmezliği deneyimleme

olarak tanımlanmaktadır. Belirsizlik, muğlaklık ile ilişkili ancak ayrı olarak görülmektedir. Belirsizliğe dayanma kapasitesi ise algılanan bilinmez durumlara verilen duygusal tepkilerin toplamı ve etkileşimi olarak görülmektedir. Bunu ele alarak Carleton (2016), belirsizlik tahammülsüzlüğünü bir kapasite olarak ele almaktadır. Nitelikli, temel ve belirgin bilgi eksikliğinin algılanması sonucunda belirsizlik algısı oluşmaktadır. BT; belirsizlik algısı dolayısıyla tetiklenen caydırıcı tepkiye, kişinin katlanmasını sağlayacak kapasitenin yetersizliği olarak açıklanmaktadır. Bu açıklama yardımıyla belirsizlik tahammülsüzlüğünün bilişsel, duygusal ve davranışsal yansımaları ayrıştırılabilmektedir (35).

Dugas ve ark, panik durumları, obsesif kompulsif bozukluklar endişe ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında, belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişe arasında oldukça bağlantılı olduğu bulunmuştur (Buhr & Dugas 2002). Sarıçam'ın (2014) aktardığına göre, Budner (1969), belirsizliğe tahammülsüzlüğü, belirsiz durumları tehlike kaynağı olarak algılama yanlılığı olarak tanımlarken, Buhr ve Dugas (2002) belirsiz olay ve durumlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olumsuz tepki verme yatkınlığı olduğunu belirtmiştir (7).

Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin artması ile birlikte bireyin yaşamında sıkıntılar yaşaması bu durumun da bireyin psikolojik iyi oluş düzeyi üzerinde olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Belirsizliğin birey üzerinde psikolojik ve fiziksel sonuçlarla birlikte güçlü bir stres kaynağı görüşünü destekleyen çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Örneğin, yüksek düzeyde algılanan belirsizlik, yüksek kaygı ve depresyon ile düşük hayat kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ryff ve Keyes (1995) ise depresyonun psikolojik iyi oluşun tüm boyutlarıyla negatif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasında ne düzeyde bir ilişki olduğuna yönelik bir soruyu akla getirmektedir (36).

2.6. Psikolojik İyi Oluş

Dünya Sağlık Örgütü zihinsel sağlığı 'kişinin kendi yeteneklerinin farkında olması ve yetenekleriyle topluma katkı sağlaması, yaşamındaki stresle başa çıkma, iş hayatında üretken ve faydalı olması' olarak tanımlar. Bu tanımdan yola çıkıldığında, bir kişinin mental sağlığının iyi olması ve psikolojik rahatsızlığı olmaması zihinsel ve işlevsel olarak yeterli olduğu anlamına gelmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu

tanımına paralel olarak pozitif psikoloji alanında çalışan bilim adamları Psikolojik İyi oluş kavramını ortaya koymuştur (44).

Psikolojik iyi oluş, ilk olarak Bradburn tarafından ortaya atılmıştır. Bradburn'e (1969) göre olumlu duygulanım olumsuz duygulanımdan fazla olduğunda bireyin psikolojik iyi oluşu da yüksek olacaktır; olumsuz duygulanım olumlu duygulanımdan fazla olduğunda ise bireyin psikolojik iyi oluşu düşük olacaktır. Bu modeli biraz daha açarsak bireyin haz deneyimleri acı deneyimlerinden ne kadar fazla olursa bireyin iyi oluş ya da mutluluk düzeyi de o kadar fazla olacaktır. Bir başka deyişle, psikolojik iyi oluş, "hayatındaki olumlu duyguların daha fazla, olumsuz duyguların ise daha az yaşanması" olarak tanımlamaktadır (45).

İyi oluşla ilgili dünya genelinde araştırmalar yapan Biswas ve Diener mutluluğu, birinin hayatı hakkında olumlu düşünmesi ve hissetmesi olarak özetlemiştir. Diener'e göre mutluluk psikolojik sağlığın merkezidir. Mutluluk kavramı öznel ve göreceli bir kavram olduğundan, bireyin iyi bir yaşam duygusuna ve yaşamaya değer bir hayata sahip olduğu gerçeğini ifade eder (44-46).

Psikolojik iyi oluş, mutluluk, yaşam doyumu, psikolojik sağlığın göstergeleri, olumlu ruh hali, anksiyete düzeyleri gibi birçok farklı durumu içeren geniş bir terimdir. Kişinin hayatında duyduğu memnuniyet düzeyini etkileyen eğlence, zenginlik, sağlık, kişisel ilişkiler, başarı, görünüm gibi objektif görünen kavramlara herkes farklı değerler verebilir. Bu nedenle yaşam doyumunu genellemek sorgulanmalıdır (47).

Psikolojik iyi oluş, bireyin kendinin farkına varmasını ve zorluklarla karşılaştığında anlamlı bir yaşam için potansiyelinin harekete geçirilmesini içerir. Başka bir ifadeyle psikolojik iyi oluş bireyin kendini olumlu algılaması, gerçekçi bir şekilde kendini fark etmesi, yeteneğinin ve sınırlarının farkında olması, kendini tatmin etme duygusunun yeterli olması, hayatını özerk ve bağımsız bir kişi olarak sürdürebilmesi anlamını taşımaktadır. Psikolojik iyi oluşun tanımları kişilik yapısına, mutluluğun nedenine, kişinin neden ve nasıl iyi olduğuna odaklanır. Bireyin potansiyelini kullanmasına bir tür engel oluşturabilecek belirsizlik durumlarının depresyonla ilgili olması ve depresyonun da psikolojik iyi oluşun tüm boyutlarıyla negatif yönde ilişkisi nedenleriyle psikolojik iyi oluş kavramı ile belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı arasındaki ilişkinin belirlenmesi oldukça önemlidir (36-44).

Psikolojik iyi olmanın çeşitli faktörlerden etkilendiği ve bireyin psikolojik iyi olma düzeyinin çeşitli faktörlerin etkisiyle değişim gösterebileceği bilinmektedir. Bireyin kişilik özellikleri, sosyo-demografik değişkenler, sosyal destek düzeyi, fiziksel sağlık, duygular, durumsal, kurumsal, çevresel ve ekonomik faktörler gibi etkenler psikolojik iyi oluşu etkileyen faktörler olarak değerlendirilmektedir (48).

2.7. İnfertil Kadınlarla Çalışan Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İnfertilite hemşireliği, çiftin infertilite tanısı almasıyla başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan süreçte eşlerin psikolojik ve sosyal durumunu göz önünde bulundurarak her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında hemşirelik bakımını içeren süreçtir. İnfertilite tedavisi alan çiftlerde hemşirelik yaklaşımlarının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır. İnfertilite tanısı alan bireylerde en çok rastlanan duygu hüzündür. Bu duruma şok ve inanamama, engellenme, öfke, depresyon ve aşırı hüznün de eklenebilir. İnfertilite tanısı alan bireylere bu dönemde danışmanlık yapılması çok önemlidir. Bilgi alan bireylerin tedaviye uyumu ve sorunu kabullenmesi ve bununla baş edebilmesi daha kolay olmaktadır. İnfertil çiftlerin alacağı danışmanlık karar verme sürecine, çiftlerin yaşam tarzlarını düzenlemesine, yaşamda infertiliteden daha fazla şeyler olduğunun farkına varmasını sağlamada son derece etkilidir. Hassas olan bu dönemde çiftlerin duygu durumlarını, ihtiyaçlarını açabilmeleri için rahat, sakin bir ortam ve güven verici bir yaklaşım benimsenmelidir. İnfertil çiftlerle iletişim kurarken güler yüzlü ve hoşgörülü olmak oldukça önemlidir (49).

İnfertilite hemşireliği, tedavilerine duygusal ve finansal yatırım yapmış bireylerle çalıştıkları için çalışma alanı ve hasta grubu nedeniyle kendine özgü bilgi, donanım ve uygulamaya sahip özel bir dal hemşireliğidir. Tedavi süresince çiftlerin en çok iletişim kurduğu temel sağlık personeli hemşireler olduğundan, tedavinin belirli aşamalarında koordinasyonu ve çiftlerin tedavilerinin devamlılığının sağlanması açısından önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Günümüz şartlarında infertilite alanında çalışan hemşireler, rol ve sorumluluklarını temel eğitimleri ve infertil çiftlerin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirip, değiştirmek zorunda kalmışlardır. Tedavi sürecinin başından sonuna kadar çiftlere yardımcı olabilmek için uygulayıcı/klinisyen, eğitim/danışmanlık, araştırmacı, yönetici, koordinatör, hasta hakları savunucusu gibi farklı hemşirelik girişimleri gerekmektedir. Tedaviyle ilgili kararlarını desteklemek, tedavinin sonuçlarına rağmen

çiftlerin yeteneklerinin ve başarılarının farkında olmasını sağlamak, sosyal ilişkilerini geliştirmek ve sürdürülmesinin teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde hemşireler anahtar role sahiptir (50).

Hemşire infertilite tedavisi hakkında çiftin anlaşılır bilgi almasını sağlamalıdır. Bu nedenle hemşireler, infertilite ve infertilite tedavisi ile ilgili güncel bilgi ve yaklaşımlara sahip olmalı; bu alanda spesifik eğitim almalıdırlar (25).

İnfertilite alanındaki değişimler ve gelişmeler hemşirelere sorumluluklar yüklemektedir. Hemşire güncel konuları ve infertilite alanındaki yenilikleri daha iyi danışmanlık verebilmek ve çiftlere yeterli bilgi sağlayabilmek için yakından takip etmelidir (50).

İnfertilitenin neden olduğu psikolojik sorunlardan biri de çiftlerin sağlık personelinin gerekli desteği göremediklerini ifade etmeleridir. Hatta bu çiftler toplum tarafından dışlanma korkusu nedeni ile ailelerinden ve kendilerine en yakın bireylerden bile tedavi sürecini, bu süreçte yaşadığı sorunları saklamaktadır. Bu durum en önemli ve en başta sosyal destek sağlayacak olan ailelerin desteğini engellemektedir. Literatürde de sosyal desteğin infertilite tedavisinden kaynaklı psikososyal sorunları azalttığına yönelik veriler bulunmaktadır (51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş düzeyleri ve her iki durumun birbiri ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin infertilite polikliniğinde 1 Mart -1 Temmuz 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İnfertilite polikliniği ile yumurta toplama ve transfer işleminin gerçekleştiği bölüm farklıdır. İnfertilite polikliniği, tek bir poliklinikte olup, hekimler dönüşümlü olarak tedavi görecektir hastaları değerlendirmektedir. Poliklinikte, hekimle beraber bir hemşire/ebe görev yapmakta ve hastaları gerekli birimlere yönlendirmektedir. Veri toplama işlemi, poliklinik muayenesi için bekleyen hastaların mahremiyetine dikkat edilecek şekilde, boş bir poliklinik odasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, veri toplama tarihlerinde Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi infertilite polikliniğine başvuran 293 kadın oluşturmuştur. Örneklemi, evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre belirlenen 140 kadın oluşturmuştur. Çalışmaya, 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşup anlaşılabilen, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya istekli kadınlar dâhil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğüne karar verilirken ise: evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formülden yararlanılmıştır.

$$n = N t^2 \cdot p \cdot q \cdot S^2 (N-1) + t^2 p \cdot q$$

$$n = 293 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50 (0,04)^2 \cdot 292 + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50$$

n= 140 olarak hesaplanmıştır.

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p:incelenen olayın görülme boyutu

q:incelenen olayın görülmemeye boyutu

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (%95 için t-tablo değeri=1.96'dır)

S²: Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu, çalışma kriterlerine benzer özellikteki üç kadına uygulanmış, anlaşılmayan ifadeler olup olmadığı değerlendirilmiş, anket formundaki tüm ifadelerin anlaşılır olması nedeniyle sorularda herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Araştırma verileri, demografik veri formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği' ve 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' ile elde edilmiştir (Ek-1).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ): Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ilk olarak Fransızca olarak geliştirilmiştir. Daha sonra Buhr ve Dugas tarafından İngilizceye (The Intolerance of Uncertainty Scale) uyarlanmıştır. Ölçek belirsizlik içeren durumlara verilen davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkileri ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek 5'li Likert tipi bir ölçek olup 'Beni Hiç Tanımlamıyor' (1) ile 'Beni Tamamen Tanımlıyor' (5) arasında değişmektedir. Sarı ve Dağ (2009) tarafından uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin, faktör analizi sonucunda dört faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu faktörler sırasıyla "Belirsizlik stres verici ve üzücüdür" (F1), "Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri" (F2), "Geleceği bilmemek rahatsız edicidir" (F3) ve "Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor" (F4) şeklindedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe belirsizliğe tahammülsüzlük artmaktadır. Ölçekten en az 27, en fazla 135 puan alınabilmektedir. Sarı ve Dağ' ın çalışmasında ölçeğin cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ,79'dur (6). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri ,81 olarak bulunmuştur.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PİÖÖ): Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Diener ve ark. tarafından pozitif ilişkiler, yeterlik hisleri, anlamlı ve amaçlı bir yaşam sürdürebilme gibi insan fonksiyonunun önemli bileşenlerini tanımlamak amacıyla geliştirilmiş, sekiz maddeli bir ölçme aracıdır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Telef (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) arasında değişen 7’li likert tipi bir ölçektir. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. En düşük puan 8, en yüksek puan ise 56’dır. Yüksek puan bireyin pek çok psikolojik kaynağının ve gücünün olduğunu ifade eder. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ,87’dir (8). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri, 91 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişken: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Kadınların sosyo-demografik özellikleri, tedavi süresi, psikolojik desteğe ihtiyaç, eş ile ilişkisinin düzeyi, öğrenim durumu, çalışma durumu, daha önce gebe kalma durumu, genel ruh hali ve destek kişi varlığı

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçülmüş, nicel verilerin analizinde t testi, Anova testi, Man Whitney U testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin infertilite polikliniklerinin pandemi döneminde çalışmaya ara vermesi nedeniyle veri toplama sürecinde aksama yaşanmıştır. Ayrıca, pandemi nedeniyle hasta sayısındaki azalmalar, hastaların hastanede kalış süresini kısa tutma istediği de çalışmaya katılan kadın sayısını etkilemiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma kapsamına alınan kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmada gönüllük esası olduğu belirtilerek ve çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur. Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmayı bırakabilecekleri belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilmiştir

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastalardan anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş ortalaması 30,42±6,31 (min: 18, maks: 50)			
Yaş Grubu	18-35 yaş	114	81,4
	36 yaş ve üzeri	26	18,6
Öğrenim durumu	İlköğretim	34	24,3
	Lise	40	28,6
	Üniversite ve üzeri	66	47,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	85	60,7
	Çalışmıyor	55	39,3
Evlilik süresi	1 yıldan az	17	12,1
	1-3 yıl	51	36,4
	4-6 yıl	29	20,7
	7 yıl ve üzeri	43	30,7
Daha önce gebe kalma durumu	Evet	32	22,9
	Hayır	108	77,1
	Toplam	140	100,0

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo1’de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 30,42±6,31 (min: 18, maks: 50), %45,7’sinin 30 yaş ve üzeri yaş grubunda, %47,1’i üniversite mezunu ve %60,7’si bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların %36,4’ü 1-3 yıldır evlidir ve %77,1’i daha önce gebe kalmamıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine ve Eş İlişkisine İlişkin Özelliklerinin**Dağılımı**

Değişkenler		n	%
İnfertilite tedavi süresi	1 yıldan az	75	53,6
	1-3 yıl	38	27,9
	4 yıl ve üzeri	26	18,6
Kaçıncı kez tedavi uygulandığı	1 kez	88	62,9
	2 kez	36	25,7
	3 ve üzeri kez	16	11,4
İnfertilitenin kaynağı	Kadın	47	33,6
	Erkek	48	34,3
	Her ikisi birlikte	13	9,3
	Nedeni belli değil	32	22,9
Daha önce başarısız sonuç alma durumu	Evet	70	50,0
	Hayır	70	50,0
Genel olarak ruh halinin nasıl olduğu	İyi	28	20,0
	Ne iyi, ne de kötü	74	52,9
	Kötü	38	27,1
Psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu	Evet	97	69,3
	Hayır	43	30,7
Tedavi sürecinde destek olan kişi varlığı	Var	104	74,3
	Yok	36	25,7
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	İyi	85	60,7
	Orta	55	39,3
İnfertilite tedavisine ne zamana kadar devam edeceği	Çocuğu olana kadar	78	55,7
	Tıbben mümkün olmayana kadar	62	44,3
Toplam		140	100,0

Katılımcıların tedavi süreçlerine ve eş ilişkisine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %53,6’sının 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi gördüğü, %62,9’una daha önce bir kez yardımcı üreme tekniği tedavisi uygulandığı, %34,6’sının infertilite nedeninin erkekten kaynaklandığı ve yarısının (%50) daha önce başarısız sonuç aldığı belirlenmiştir. Kadınların %52,9’u genel ruh halinin ne iyi ne de kötü olduğunu, %69,3’ü psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşündüğünü ve %74,3’ü tedavi sürecinde kendisine destek olan kişi olduğunu belirtmiştir. Kadınların %60,7’si eş ile ilişkisinin iyi olduğunu ve %55,7’si çocuğu oluncaya kadar infertilite tedavisine devam edeceğini belirtmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerin Puan Ortalamasının Dağılımı

Ölçekler	Ort	Ss	Min	Max
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	92,31	25,53	33	135
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PİÖÖ)	35,83	12,10	8	56

Ölçeklerin puan ortalamasının dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) puan ortalaması $92,31 \pm 25,53$ ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PİÖÖ) puan ortalaması $35,83 \pm 12,10$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler		Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ)
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	r_s	-,420
	p	,000

r_s: Sperman Korelasyon; p<0,05

Ölçekler arasındaki korelasyon Tablo 4’te gösterilmiştir. Katılımcıların BTÖ ile PİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	BTÖ Ort ± ss	PİÖÖ Ort± ss
Yaş Grubu			
18-35 yaş	114	90,31±25,03	36,21±12,13
36 yaş ve üzeri	26	100,84±26,41	34,19 ±12,09
<i>İstatistiksel test</i>	Z	-2,015	-,710
	p	,044	,478
Öğrenim Durumu			
İlköğretim ^a	34	95,61±28,77	31,35±13,55
Lise ^b	40	90,26±27,85	34,05±12,78
Üniversite ve üzeri ^c	66	91,78±22,39	39,22±9,89
<i>İstatistiksel test</i>	F	,417	5,719
	p	,660	,004 c>b>a
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	85	92,07±24,73	38,03±11,06
Çalışmıyor	55	92,68±26,96	32,43±12,94
<i>İstatistiksel test</i>	t	-,137	2,734
	p	,891	,007
Evlilik süresi			
1 yıldan az	17	81,23±26,67	36,82±10,63
1-3 yıl	51	91,06±22,85	39,47±10,70
4-6 yıl	29	97,55±22,76	33,79±11,42
7 yıl ve üzeri	43	94,86±28,89	32,51±13,71
<i>İstatistiksel test</i>	KW	4,760	,614
	p	,190	,055
Daha önce gebe kalma durumu			
Evet	32	87,38±27,41	34,37±14,31
Hayır	108	93,75 ±24,91	36,26±11,41
<i>İstatistiksel test</i>	t	-1,223	-,776
	p	,223	,439

F: Anova testi, t: t testi, Z: Man Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, t: t testi

Katılımcıların demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların yaş grubu ile BTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), öğrenim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi ve daha önce gebe kalma durumu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan 36 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha yüksektir.

Katılımcıların, öğrenim durumu ve çalışma durumu ile PİÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); yaş grubu, evlilik süresi ve daha önce gebe

kalma durumu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan üniversite mezunu olan ve bir işte çalışanların psikolojik olarak daha iyi oldukları belirlenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Tedavi Süreçlerine ve Eş İlişkisine İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Özellikler	N	BTÖ Ort ± ss	PİÖÖ Ort± ss
İnfertilite tedavi süresi			
1 yıldan az ^a	75	85,09 ±26,43	37,97±11,58
1-3 yıl ^b	38	98,05±19,46	35,92±10,98
4 yıl ve üzeri ^c	26	104,69±24,45	29,53±13,40
<i>İstatistiksel test</i>	KW P	13,282 ,001 c>b>a	7,673 ,022 a>b>c
Kaçıncı kez tedavi uygulandığı			
1 kez ^a	88	88,27±23,95	38,84±10,57
2 kez ^b	36	93,57±26,17	31,83±11,93
3 ve üzeri kez ^c	16	111,25±25,04	28,31±15,00
<i>İstatistiksel test</i>	KW P	13,909 ,001 c>b>a	13,101 ,001 a>b>c
İnfertilitenin kaynağı			
Kadın	47	92,71±28,63	35,85±13,21
Erkek	48	92,70±25,83	33,60±12,68
Her ikisi birlikte	13	100,92±21,79	37,92±9,54
Nedeni belli değil	32	87,33±21,16	38,31±10,14
<i>İstatistiksel test</i>	KW P	3,013 ,390	2,243 ,524
Daha önce başarısız sonuç alma durumu			
Evet	70	97,02±25,05	34,64±12,21
Hayır	70	87,52±25,30	37,02±11,96
<i>İstatistiksel test</i>	t p	2,208 ,029	-1,167 ,245
Genel olarak ruh halinin nasıl olduğu			
İyi ^a	28	75,85±28,15	40,89±12,36
Ne iyi, ne de kötü ^b	74	90,62±23,28	36,78±11,01
Kötü ^c	38	107,21±19,20	30,26±12,11
<i>İstatistiksel test</i>	KW P	24,243 ,000 c>b>a	13,921 ,001 a>b>c
Psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu			
Evet	97	97,86±21,92	36,32±11,59
Hayır	43	79,76±28,77	34,72±13,25
<i>İstatistiksel test</i>	t	4,034	,564

	p	,000	,470
Tedavi sürecinde destek olan kişi varlığı			
Var	104	90,59±25,84	38,55±10,61
Yok	36	97,13±25,24	27,97±12,84
İstatistiksel test	t	-1,324	4,878
	p	,188	,000
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu			
İyi	85	84,24±23,86	40,50±10,65
Orta	55	104,72±23,10	28,61±10,63
İstatistiksel test	t	-4,971	6,450
	p	,000	,000
Tedaviye ne zamana kadar devam edeceği			
Çocuğu olana kadar	78	94,81±25,57	33,85±12,39
Tıbben mümkün olmayan kadar	62	89,10±25,34	38,32±11,34
İstatistiksel test	t	1,304	-2,197
	p	,195	,030

F: Anova testi, t: t testi, Z: Man Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tedavi süreçlerine ve eş ilişkisine ilişkin özelliklerine ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların infertilite kaynağı, destek kişi varlığı ve tedaviye ne zaman kadar devam edeceği ile BTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), tedavi süresi, kaç kez tedavi uygulandığı, başarısız sonuç alma durumu, genel ruh hali, psikolojik desteğe ihtiyacı olupunu düşünme durumu ve eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlardan, 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, daha önce başarısız sonuç alan, genel ruh hali kötü olan, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten ve eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirtenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha fazladır.

Kadınların, infertilite kaynağı, daha önce başarısız sonuç alma ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumları ile PİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), tedavi süresi, kaç kez tedavi uygulandığı, genel ruh hali, destek kişi varlığı, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ne zamana kadar tedaviye devam edeceği ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlardan 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, genel ruh hali kötü olan, tedavi sürecinde destek kişi olmadığını belirten, eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde

belirtenlerin ve çocuğu olana kadar tedaviye devam edeceğini belirtenlerin psikolojik iyi oluşları daha kötü düzeydedir.

Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	B	T	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)*
Tedavi süresi	,220	2,012	,046	9,787	,000	,347
Genel ruh hali	,234	2,925	,004			
Psikolojik desteğe ihtiyaç	-,223	-3,011	,003			
Eşi ile ilişkisinin düzeyi	,300	3,908	,000			

Lineer regresyon uygulanarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin (BTÖ) tedavi süresi, genel ruh hali, psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ve eşi ile ilişkisinin düzeyi bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=9,787$ $p<0,05$ $R^2=,347$ olarak bulunmuş, BTÖ'nin toplam varyansın %35'inin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüş ve bu değişkenlerin BTÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	B	T	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)*
Öğrenim durumu	,188	2,357	,020	12,153	,000	,426
Genel ruh hali	-,154	-2,093	,038			
Destek kişi varlığı	-,228	-3,249	,001			
Eşi ile ilişkisinin düzeyi	-,363	-4,956	,000			

Lineer regresyon uygulanarak Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin (PİÖÖ) öğrenim durumu, genel ruh hali, destek kişi varlığı ve eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=12,153$

$p < 0,05$ $R^2 = ,426$ olarak bulunmuş, PİÖÖ toplam varyansın %43'ünün bu değişkenlerce açıklandığı ve bu değişkenlerin PİÖÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, infertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürden faydalanarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) puan ortalaması $92,31 \pm 25,53$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu sonuç, kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir. İnfertilite tedavisi görmek, kadınlar için kayıp ve kriz duygularının yaşanmasına neden olan stresli bir durumdur. Böyle bir durumla karşı karşıya kalan kadınların, stres yaşamaları olası bir durumdur. Literatürde, çalışma sonucu ile benzer sonuçlar yer almaktadır. Yanar'ın (2015) organ transplantasyon bekleme sürecindeki hastalarda yaptığı çalışmada BTÖ puan ortalaması $105,24 \pm 29,51$ olarak bulunmuştur (52). Daş'ın (2019) çalışmasında düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalaması $110,5 \pm 16,7$ olarak bulunmuştur (53). Çevik'in (2017) gebelerle yaptığı çalışmada, düşük riskli olan gebelerin BTÖ puan ortalaması $110,1 \pm 16,5$ bulunurken, düşük riski olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ortalaması ise $69,2 \pm 17,7$ bulunmuştur (37). Cengiz (2019), romatoid artritli hastalarda yaptığı çalışmada kullanılan belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı 112.19 olarak bulunmuştur (54). Özkan (2019), obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda yaptığı çalışmada Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)'den aldıkları puanın ortalaması 84,88 olarak bulunmuştur (55). Bu sonuçlar, tedavi süreci uzun ve yorucu olan hastalıklarla mücadele eden bireylerin benzer tahammülsüzlük düzeylerinde olduğunu göstermektedir.

İnfertilite tedavisi gören kadınların, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PİÖÖ) puan ortalaması $35,83 \pm 12,10$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu sonuç, kadınların psikolojik iyi oluşlarının ortanın üzerinde olduğunu göstermektedir. İnfertil hastaların psikolojik zorlukları karmaşıktır ve bu zorluklar birçok faktörden etkilenmektedir. Literatürde çalışma bulgusu ile benzerlik veya farklılık gösteren sonuçlar yer almaktadır. Ayçiçek'in (2020), kadınlarla yaptığı çalışmada PİÖÖ puan ortalaması 45.65 olarak saptanmıştır (56). Erbilim (2019) tarafından sigara içen ve içmeyen bireylerle yapılan başka bir çalışmada PİÖÖ toplam puan ortalaması 43,50 olarak bulunmuştur (57). Özyurt'un (2020) ergen bireylerle yaptığı çalışmada ise PİÖÖ toplam puan ortalaması 40.1 olarak saptanmıştır (58). Yine Durmuş (2020) tarafından ergen bireylerle yapılan çalışmada da PİÖÖ puan ortalaması 39,55 olarak bulunmuştur (59). Bilgiç'in (2019) gebelerde yaptığı çalışmada, PİÖÖ ölçeği puan ortalaması $46,21 \pm 7,22$ olarak bulunmuştur (60). Çevik'in (2017) gebelerle yaptığı çalışmada, düşük riski olan

gebelerin psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalaması 36.6 ± 8.4 , düşük riski olmayan gebelerin psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalaması 46.6 ± 6.5 'dir (37). Daş'ın (2019) evli bireylerde yaptığı çalışmasında Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden aldıkları ortalama puanın 37.71 olarak bulunmuştur (53). Ramos ve ark.'nın (2017) infertil çiftlerde gerçekleştirdiği çalışmada da, kadınların psikososyal iyi oluşlarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (61). Chow ve ark.'nın (2016) infertil çiftlerle yaptığı çalışmasında infertil çiftlerin özellikle kadın bireylerin, teşhisten sonra ve tedavi süreci boyunca önemli ölçüde psikolojik stres deneyimlediğini belirtmiştir (62). Bu sonuçlar, farklı örneklemelerde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edildiğini göstermektedir.

Kadınların BTÖ ile PİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 4). Kadınların belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça, psikolojik iyi oluşları azalmaktadır. Bu sonuç, belirsizlikler karşısında kadınların daha fazla psikolojik olarak yıprandığını ve kendilerine psikolojik olarak daha kötü hissettiklerini göstermektedir. İnfertilite ne kadar uzun süre devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hakim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonlanabilir (63). Yapılan çalışmalarda, infertil kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başında anksiyete ve depresyon gelmektedir (14-64). Çevik (2017) düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü ile psikolojik iyi oluşunu araştıran çalışmasında gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça psikolojik iyi oluşlarının azaldığı kanısına varmıştır (37). Aksoy ve Koçak (2020) tarafından COVID-19 salgının psikolojik etkilerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmasında ise katılımcıların çoğunun salgının belirsizliği ile baş etmede zorluk yaşadığı bulunmuştur (65). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada da üniversite öğrencilerinin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri mutluluğu olumsuz etkilediği; bu olumsuz etkide ileriye dönük kaygının önemli olduğu sonucuna ulaşmıştır (7). Yine üniversite öğrencilerine yönelik Geçgin ve Sahranç (2017) tarafından psikolojik iyi oluş ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeylerinin yükseldiği görülmüştür (36). Erguvan'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı (2015) çalışmada öğrencilerinin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile psikolojik iyi olma düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (66). Koç ve ark.'nın (2016) çalışmalarında psikolojik iyi oluşun belirsizliğe tahammülsüzlükten etkilendiğini

bulmuştur (67). Argun (2019), çalışmasında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik sağlamlığı anlamlı düzeyde negatif yönde yordadığı belirlenmiştir (68).

Katılımcıların **yaş grubu** ile **BTÖ** puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), **öğrenim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi ve daha önce gebe kalma durumu** ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan 36 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 5). Literatürde fertilité hızının kadında 30 yaşından sonra düşmeye başladığı, yaş ile fertilité hızı arasında ters orantı olduğuna değinilmiştir (14). Bu nedenle, 36 yaş ve üzeri yaş grubunda olan kadınların çocuk sahibi olma ihtimalleri daha düşük olduğundan belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin daha yüksek olması, yaşla beraber infertilite tedavisindeki başarı oranlarının azalmasına bağlı olarak tahammülsüzlüklerinin arttığını söyleyebiliriz. Literatürde benzer şekilde sonuçlar yer almaktadır. Yanar'ın (2015) organ transplantasyon bekleme sürecindeki hastalarda yaptığı çalışmada BTÖ puan ortalamasının yaşa, öğrenim durumuna, çalışma durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır (52). Tunçel'in (2018) Multiple Sklerozlu (MS) hastalarda yaptığı çalışmada yaş ve çalışma durumu ile BTÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamış, öğrenim durumu arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı saptanmıştır (69). Çevik'in (2017) gebelerle yaptığı çalışmada, düşük riski olan ve olmayan gebelerin yaş grubu, öğrenim düzeyi, çalışma durumu ve gebelik sayısının BTÖ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır (37). Bazı araştırmalar, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek olan yetişkinlerin belirsiz bilgiyi olumsuz ve tehdit edici olarak yorumlamaya eğilimli olduğunu gösterir. Böyle bir bilgiyle karşılaştıklarında kaygı düzeyleri artmaktadır, yani belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaygın kaygı bozuklukları pozitif yönlü ilişkilidir (7). Belge (2019) tarafından bir grup yetişkinle yapılan çalışmada yaş ve öğrenim durumunun bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini etkilemediği görülmüştür (70). Daş'ın (2019) gebelerle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin ve gebelik sayısının BTÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir (53).

Katılımcıların, **öğrenim durumu ve çalışma durumu** ile **PİOÖ** puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); **yaş grubu, evlilik süresi ve daha önce gebe kalma durumu** ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5). Kadınlardan

üniversite mezunu olan ve bir işte çalışanların psikolojik olarak daha iyi oldukları belirlenmiştir. İnfertilite tedavisi gören kadınların çevresel ya da ailesel baskıya maruz kalması da ruh sağlığını olumsuz etkileyen bir durumdur. Çalışan ya da üniversite mezunu olan kadınların ise iş yerinde daha fazla zaman geçirmesi, farklı ilgi alanlarına daha yatkın olması, maddi manevi yeterlilikleri ve özgüvenlerinin daha yüksek olması psikolojik iyi oluş durumlarının olumlu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Literatürde pek çok sonuç yer almaktadır. Çevik (2017) düşük riski olan ve olmayan gebelerle gerçekleştirdiği çalışmada, yaş, çalışma durumu ve gebelik sayısının psikolojik iyi oluşu etkilemediği belirlenmiştir (37). Daş'ın (2019) çalışmasında, psikolojik iyi oluş puanlarının yaş, evlilik süresi, eğitim durumu ve çocuk sayısı değişkenlerine göre farklılaştığı gözlenmiştir (53). Aksu'nun (2020) hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş grubu, cinsiyeti ve çocuk varlığı ile Psikolojik İyi Oluş (PİO) ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (71). Özdemir'in (2019) meme kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmada yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek gibi değişkenlerin katılımcıların psikolojik iyi oluş düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulgusu elde edilmiştir (72). Hüsrevoğlu (2019) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların evli kadın ve erkekler için Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puanları çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiş, katılımcıların evli kadın ve erkekler için PİOÖ puanları ile evlilik süreleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (73). Ünal, Kargın ve Akyüz'ün (2010) infertilite ve tedavi sürecinin neden olduğu psikolojik etkilene düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, yaş, evlilik süresi ve çocuk isteme süresi arttıkça kadınların infertiliteden etkilene düzeylerinin yükseldiğini, ilkökul mezunu, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu kötü olan kadınlar infertilite durumundan daha çok etkilendikleri belirlenmiştir (74).

Katılımcıların *infertilite kaynağı, destek kişi varlığı ve tedaviye ne zaman kadar devam edeceği* ile BTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), *tedavi süresi, kaç kez tedavi uygulandığı, başarısız sonuç alma durumu, genel ruh hali, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu ve eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu* ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Kadınlardan, 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, daha önce başarısız sonuç alan, genel ruh hali kötü olan, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten ve eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirtenlerin belirsizliğe

tahammülsüzlük düzeyi daha fazladır. Birden fazla başarısız sonuç alan ya da yıllarca tedavi gören kadınların bir sonuca ulaşamaması belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini artırmış olabilir. Bunun yanında eşten ya da aileden destek görememek, infertilitenin toplumda kusurlu bir durummuş gibi algılanması ve bireyin bu durumla tek başına başa çıkmaya çalışması infertil bireyleri yalnızlaştırmaktadır. Destek almak infertil bireylerde olumlu sonuçlar vermiştir. Bundan dolayı destek verecek bireyin olmaması ya da kadının psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünmesi kişinin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini artırmıştır. Literatürde benzer sonuçlar yer almaktadır. Mousavi ve ark. (2020) infertilite tedavisi alan kadınlarla yaptığı çalışmada stres, depresyon, anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (75). Kavlak ve Saruhan (2002) tarafından yapılan bir çalışmada infertil kadınların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. İnfertil kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, psikolojik destek ihtiyacı olma durumları ve sosyal destek durumlarını etkilediği istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (76). Çevik'in (2017) gebelerle yaptığı çalışmada, düşük riski olan ve olmayan gebelerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirtenlerin BTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (37). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Yanar'ın (2015) organ transplantasyon bekleme sürecindeki hastalarda yaptığı çalışmada BTÖ puan ortalaması ile psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (52).

Kadınların, *infertilite kaynağı, daha önce başarısız sonuç alma ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumları* ile *PİÖÖ* puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), *tedavi süresi, kaç kez tedavi uygulandığı, genel ruh hali, destek kişi varlığı, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve ne zamana kadar tedaviye devam edeceği* ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6). Kadınlardan 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, genel ruh hali kötü olan, tedavi sürecinde destek kişi olmadığını belirten, eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirtenlerin ve çocuğu olana kadar tedaviye devam edeceğini belirtenlerin psikolojik iyi oluşları daha kötü düzeydedir. İnfertilite ne kadar uzun süre devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hakim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonlanabilir (63). Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tetkik ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlamaktadır (77). İnfertil çiftler, toplumsal baskılarla birlikte tedavi sürecine uyum sağlamaya ve bu sorunla baş etmeye çalışmakta, umutsuzluk, sosyal

desteğin yetersizliği gibi durumlar çiftlerin ruhsal semptomlar yaşamasına neden olmaktadır (78-79-80). Çalışmalar kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğünü (63-81,82,83), depresyon düzeyinin yükseldiğini (81) göstermektedir. Yıldırım'ın (2020), primer infertil kadınlarla yaptığı çalışmada kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi ve infertilite tedavisinde negatif sonuç sayısı artmasının yaşam kalitesi düzeyini düşürdüğü ve depresyon risk düzeyini arttırdığı saptanmıştır (84).

Lineer regresyon uygulanarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin (BTÖ) tedavi süresi, genel ruh hali, psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ve eşi ile ilişkinin düzeyi bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=9,787$ $p<0,05$ $R^2=,347$ olarak bulunmuş, BTÖ'nin toplam varyansın %35'inin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüş ve bu değişkenlerin BTÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 7). Uzun tedavi süreçlerinden sonuç alamayan, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten, genel ruh halinin kötü ya da orta olduğunu değerlendiren ve eşi ile ilişkilerinin kötü düzeyde olduğunu belirten katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük durumlarının daha yüksek olması muhtemeldir. Eş tarafından destek görememek ya da ruh durumunu kötü değerlendirmek var olan belirsiz durumu daha da şiddetlendirmiştir. Alimehdi ve ark. (2015) tarafından belirsizliğe tahammülsüzlük üzerine yapılan çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe ve negatif düşüncenin artmasında önemli rol oynadığı anlaşılmıştır (85).

Lineer regresyon uygulanarak Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin (PİÖÖ) öğrenim durumu, genel ruh hali, destek kişi varlığı ve eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=12,153$ $p<0,05$ $R^2=,426$ olarak bulunmuş, PİÖÖ toplam varyansın %43'ünün bu değişkenlerce açıklandığı ve bu değişkenlerin PİÖÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 8). Bu sonuçlar, üniversite mezunu, genel ruh hali olumsuz olan, destek kişi olmayan, eşi ile ilişkisi kötü olma durumunun psikolojik iyi oluşu etkilediğini göstermektedir. İnfertilite durumuyla baş etmede alınan, eş ve aileden gelen psikolojik destek önemlidir (29-86). Eş ve aile desteği infertil kadınların depresyon, stres ve yalnızlık duygularında ciddi oranda azalma sağlamaktadır (77). Yapılan çalışmalarda kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında yaşam kalitesi düzeyi düşmekte (14), depresyon

risk düzeyi yükselmektedir (87). Kilit'in (2019) psikolojik iyi oluş üzerine yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe psikolojik iyi oluşun yükseldiğini görülmüştür (88). Bu sonuçlar elde ettiğimiz sonuçlarla benzerlik göstererek eğitim durumunun psikolojik iyi oluş düzeyini önemli ve olumlu ölçüde etkilediği bulunmuştur. Donarelli ve ark. (2016) çalışmasında, eşin sıkıntısının infertil kadınların sıkıntısını da etkilediğini saptamıştır (89). Hammerli ve ark. (2009), infertil bireylerde yaptığı çalışmada, psikososyal müdahalelerin psikolojik sıkıntı üzerindeki olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir (90). Bu sonuçlar, çalışma bulgusunu desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Kadınların psikolojik iyi oluşlarının ve belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin orta düzeyin üstünde olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların BTÖ ile PİÖÖ puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($p<0,01$). Kadınların belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıkça psikolojik iyi oluşun azaldığı belirlendi.
- Kadınlardan 36 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha yüksektir.
- Kadınlardan üniversite mezunu olan ve bir işte çalışanların psikolojik olarak daha iyi oldukları belirlenmiştir.
- Kadınlardan, 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, daha önce başarısız sonuç alan, genel ruh hali kötü olan, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten ve eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirtenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha fazladır.
- Kadınlardan 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, genel ruh hali kötü olan, tedavi sürecinde destek kişi olmadığını belirten, eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirtenlerin ve çocuğu olana kadar tedaviye devam edeceğini belirtenlerin psikolojik iyi oluşları daha kötü düzeydedir.

Çalışma sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- İnfertilite tedavisi gören, özellikle düşük eğitim seviyesinde, 4 yıl ve üzeri süredir tedavi gören, üç ve üzeri kez tedavi uygulanan, daha önce başarısız sonuç alan, genel ruh hali kötü olan, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten ve eşi ile ilişkisinin düzeyini orta şeklinde belirten infertil kadınlar olmak üzere tüm infertil kadınlara yönelik stresi azaltma ve baş etme amaçlı destek programlarının oluşturulması,
- İnfertilite birimlerinde görev alan hemşirelerin, stresi azaltmaya ve çifte destek olmaya yönelik bilgilendirilmelerin ve eğitimlerin yapılması,

- İnfertilite ünitesinde görev alan hemşirelerin, tedavinin başından sonuna kadar çiftin anlaşılır bilgi almasını sağlaması, öngörülen tedavileri kendi kendilerine nasıl uygulayacağını anlaşılır bir şekilde çifte anlatması,
- İnfertil bireylerin psikolojik iyi oluş ve belirsizliğe tahammülsüzlerinde etkili olabilecek durumları saptamaya yönelik nitel çalışmaların yapılması,
- Daha büyük örneklem grupları ile psikolojik iyi oluşu arttırmaya ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltmaya yönelik müdahale çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Demirci H. “İnfertilite Sorunu, Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları” Nezihe Kızılkaya Beji. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. Yardımcı İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, İstanbul, 2001, 103-117.
2. Oğuz H. D. *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri* (Tez), T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2004.
3. Albayrak E, Günay O. “State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri”, *Turkey. Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2007, 12(4): 385-90.
4. Crigger NJ. “Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis”, *Advanced in Nursing Science*, 1996, 18(3):37-47.
5. Buhr K, Dugas MJ. “The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version”, *Behaviour Research and Therapy*, 2002, 40: 931-45.
6. Sarı S, Dağ İ. “Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği’nin Türkçeye uyarlanması, Geçerliliği ve Güvenilirliği”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009, 10, 261-270.
7. Sarıçam H. “Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Mutluluğa Etkisi”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2014, 4(8):1-12.
8. Telef, B. B. “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013, 28(3):374-384.
9. Coşkun E. *Relationship Between Male Infertility and Genotoxicity Parameters and Polymorphisms* (Tez), Gazi Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara, 2012.
10. Kırca N, Pasinlioğlu T. “Psychosocial Problems In Infertility Treatment”, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(2):166.

11. Ertekin YB. *Hafif ve Şidetli Erkek İnfertilitesi İle Açıklanamayan İnfertilitenin IVF Sonuçları Açısından Değerlendirilmesi* (Tez), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Antalya, 2015.
12. Aydoğdu S. *Kontrollü Ovaryen Hiperstimulasyon ve İntrauterin İnseminasyon Yapılan Olgularda GnRh Antagonist Kullanımının Gebelik Oranlarına Etkisi* (Tez), İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Kliniği 3.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
13. Çavuşoğlu İ. *İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi* (Tez), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
14. Sezgin H, Hoccoğlu Ç. “İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(2):165-185.
15. Yurtçu BG. *İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Kadının Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Depresyonla İlişkisinin Değerlendirilmesi* (Tez), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2018.
16. Marvi N, Golmakani N, Heidarian Miri H, Esmaily H. “The Effect of Sexual Education based on Sexual Health Model on the Sexual Function of Women with Infertility”, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2019, 24(6):444-450.
17. Lara LA, Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Dos Reis RM. “Impact of Infertility on the Sexuality of Couples: an Overview”, *Current Sexual Health Reports*, Brazil, 2018, 10(4): 353-359.
18. Aghakhani N, Ewalds-Kvist BM, Sheikhan F, Khoei EM. “Iranian Women’s Experiences of Infertility: A Qualitative Study”, *International Journal Of Reproductive Biomedicine*, 2020, 18(1):65-72.
19. Can Halıcı E. *İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyumu* (Tez), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2018.

20. Keskin Gürbüz Ş. *İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi* (Tez), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
21. Chadwick R. “ Encyclopedia of Applied Ethics ”, Second Edition. 2012, 712-713.
22. Anwar S, Anwar A. “Infertility: A Review on Causes, Treatment and Management”, *Women's Health&Gynecology*, 2016, Pakistan, 2(6):1-5.
23. Olooto WE, Amballi AA, Banjo TA. “A review of Female Infertility; important etiological factors and management”, *Journal of Microbiology and Biotechnology Research*, 2012, Nigeria, 2(3):379-385.
24. Özçini Uz G. *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Beslenme Durumu ve Yaşam Tarzının Embriyo Kalitesine Etkisi* (Tez), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
25. Zeren F. *İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016.
26. Yılmaz İ. *The Determinants of Depression and Anxiety in Turkish Infertility Patients: Social Support, Sex Role Orientation, Infertility Causality, and Self-esteem* (Tez), Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
27. Jensen RE. “Infertility: Tracing the History of a Transformative Term”, 1. Edition. 2016.
28. Yazdi HZG, Sharbaf HA, Kareshki H, Amirian M. “Infertility and Psychological and Social Health of Iranian Infertile Women : A Systematic Review”, *Iranian Journal of Psychiatry*, 2020, 15(1):67-79.
29. Altıntop İ. *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği* (Tez), Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, 2018.

30. Loke AY, Hi-Kwan Luk B. “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*, 2014, 41(6):610-625.
31. Dooley M, Dineen T, Sarma K, Nolan A. “The Psychological Impact of Infertility and Fertility Treatment on The Male Partner”, *Human Fertil (Camb)*, 2014, 17(3):203-9.
32. Davies M, Webber L, Overton C. “Infertility (The Facts Series)”, 1. Edition. Oxford University Press, 2009.
33. Afyonkale Talay N. *İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi* (Tez), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Samsun, 2018.
34. Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwal-Kolarz D. “Gender Differences in the Experience of Infertility Concerning Polish Couples: Preliminary Research”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16(13): 2337.
35. Armutlu İ. *Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Dürtüsellik, Ruminasyon ve Genel Erteleme Eğiliminin Psikolojik Belirtiler İle İlişkisi* (Tez), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
36. Geçgin FM, Sahranç Ü. “Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki”, *Sakarya University Journal of Education*, 2017, 7(4): 739 – 756.
37. Çevik S. *Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi* (Tez), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2017.
38. Morriss J, Mensorley E, Van Reekum CM. “I don’t know where to look: the impact of Intolerance of Uncertainty on Saccades Towards Non-predictive Emotional Face Distractors”, *Cognition and Emotion*, 2017, 32(5):953-962.
39. Miranda R, Fontes M, Marroquín B. “Cognitive Content-specificity in Future Expectancies: Role of Hopelessness and Intolerance of Uncertainty in Depression and GAD Symptoms”, *Behaviour Research and Therapy*, 2008, 46(10):1151-9.

40. Roma VG, Hope DA. “Are We Certain About Which Measure of Intolerance of Uncertainty to Use Yet?”, *Journal Cognitive Behaviour Therapy*, 2016, 46(4): 327-338.
41. Huang V, Yu M, Carleton RN, Beshai S. “Intolerance of Uncertainty Fuels Depressive Symptoms Through Rumination: Cross-sectional and Longitudinal Studies”, *Plos One*, 14(11), 2019.
42. Karataş Z, Uzun K. “Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Yordacısı Olarak Endişe İle İlgili Olumlu ve Olumsuz İnançlar”, *Kastamonu Education Journal*, 2018, 26(4):1269-1273.
43. Rodgers J, Hodgson A, Shields K, Wright C, Honey E, Freeston M. “Towards a Treatment for Intolerance of Uncertainty in Young People with Autism Spectrum Disorder: Development of the Coping with Uncertainty in Everyday Situations (CUES©) Programme”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017, 47(12): 3959–3966.
44. Bekmezci E. *Investigation of the Relationships Between Intergroup Friendships, Perceived Discrimination, Collective Self-esteem, Collective Action and Psychological Well-being Among Adults with Physical Disability* (Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme (İngilizce) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2019.
45. Gülyüksel Akdağ F, Cihangir Çankaya Z. “Evli Bireylerde Psikolojik İyi Oluşun Yordanması”, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015, 11(3):646 – 662.
46. Atan A. *5-6 Yaş Çocuklarda Psikolojik İyi Oluş: Bir Model Önerisi ve Ebeveynler ile Öğretmenlerin Kişilik Tipleri, Ego durumları ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin Yordayıcı Rolü* (Tez), Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2020.
47. Saltoğlu S. *The Role of Coping Style As a Mediator Between The Dark Triad and Psychological Well-being* (Tez), Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018
48. Dündar Z, Demirli C. “Medeni Durumları Farklı Olan Çalışanların Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin İncelenmesi”, *The Journal of Educational Reflections*, 2018, 2(2):1-10.

49. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. “İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11(4):112-121.
50. Yılmaz G. *İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi* (Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, 2012.
51. Yüksel Koçak D, Büyükkayacı Duman N. “İnfertilitenin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı”, *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Diseases Nursing-Special Topics*, 2016, 2(3):7-13.
52. Yanar M. *Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hasta ve Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* (Tez), İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2015.
53. Daş M. *Evli Bireylerin Evlilikte Uyum ve Eş Destek Düzeyleri ile Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişki* (Tez), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
54. Cengiz F. *Romatooid Artrit Hastalarında Bilişsel Duygu Düzenlemenin Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yorgunluk Şiddeti ile İlişkisi* (Tez), Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.
55. Özkan ÖS. *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Agresyon Düzeylerinin İncelenmesi* (Tez), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
56. Ayçiçek V. *Kadınlarda Toplumsal Cinsiyet Algısı, Psikolojik İyi Oluş ve Benli Saygısı Arasındaki İlişkiler* (Tez), İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.
57. Erbilim E. *Sigara İçenlerde ve İçmeyenlerde Duygusal Zeka, Psikolojik İyi Oluş ve Tükenmişlik Düzeyinin Karşılaştırılması* (Tez), Beykent Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
58. Özyurt B. *Ergenlerin Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi* (Tez), Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2020.

59. Durmuş Y. *Ergenlerde İntihar Eğiliminin Yordanması: Yaşam Nedenleri, Psikolojik İyi Oluş ve Aleksitimi'nin Rolü* (Tez), Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2020.
60. Bilgiç G. *Gebelerde Doğum Korkusunun Psikolojik ve Spiritüel İyi Hali İle İlişkisi* (Tez), Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.
61. Moura-Ramos M, Almeida Santos T, Canavarro M.C. “The Role of Attachment Anxiety and Attachment Avoidance on the Psychosocial Well-being of Infertile Couples”, *J Clin Psychol Med Settings*, 2017; 24:132–143.
62. Chow KM, Cheung MC, Irene KM. “Cheung Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review”, *Journal of Clinical Nursing*, 2016; 25(15-16).
63. Uğur AS. *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi* (Tez), İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
64. Yılmaz T. *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri* (Tez), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
65. Erkal Aksoy Y, Koçak V. “Psychological Effects of Nurses and Midwives Due to COVID-19 Outbreak: The Case of Turkey”, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2020, 34(5): 427-433.
66. Erguvan FM. *Üniversite Öğrencilerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri ile Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin İncelenmesi* (Tez), Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2015.
67. Koç M, İskender M, Çolak TS. “Düşünceli B. Affedicilik ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkiye Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Öfke Kontrolünün Aracılık Etkisi”, *Sakarya University Journal of Education*, 2016, 6: 201-9.
68. Argun, B. (2019). *Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlüğü Yordamasında Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü* (Tez), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2019.

69. Tunçel M. *Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Aile İletişimi Arasındaki İlişki* (Tez), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
70. Belge J. *Bir Grup Yetişkinde Depresif Semptomlar, Anksiyete Semptomları ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Tez), İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
71. Aksu B. *Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeyi ve Psikolojik İyi Oluşlarının Belirlenmesi* (Tez), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.
72. Özdemir A. *Meme Kanseri Tanısı Almış Kişilerde Kemoterapinin Benlik Saygısı ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisi* (Tez), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
73. Hüsrevoğlu M. *Psikolojik İyi Oluş ile Evlilik Doyumu Arasındaki İlişki* (Tez), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
74. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. “İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 112-121.
75. Mousavi E, Sedighe H, Bakhtiyari M, Abasi I, Mohammadi A, Arani AM. “The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction Group Therapy on Anxiety, Depression, Stress, and the Intolerance of Uncertainty in Infertile Women ”, *Iranian Rehabilitation Journal*, 2020, 18(2):137-144.
76. Kavlak O, Saruhan A. “İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Ege Tıp Dergisi*, 2002; 41(4): 229-232.
77. Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC. “Lee MC. Grief Responses and Coping Strategies Smong Infertile Women After Failed Invitro Fertilization Treatment”, *Scand J Caring Sci*, 2010; 24(3): 507–513.
78. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita–Guimaraes J., Costa ME. “Dyadic Dynamics of Perceived Social Support in Couples Facing Infertility”, *Human Reproduction*, 2014; 29(1): 83–89.

79. Yazdani F, Kazemi A, Fooladi MM, Samani HR. “The Relations Between Marital Quality, Social Support, Social Acceptance and Coping Strategies Among the Infertile Iranian Couples”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2016; 200: 58–62.
80. Patel A, Sharma PSVN, Kumar P, Binu VS. “Sociocultural Determinants of Infertility Stress in Patients Undergoing Fertility Treatments”, *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2018; 11(2): 172–179.
81. Peterson BD, Sejbaek CS, Pirritano M, Schmidt L. “Are Severe Depressive Symptoms Associated with Infertility Related Distress in Individuals and Their Partners?”, *Hum Reprod*, 2014; 29(1): 76–82.
82. Santoro N, Eisenberg E, Trussell JC, Craig LB, Gracia C, Huang H. “Fertility Related Quality of Life From Two RCT Cohorts with Infertility: Unexplained Infertility and Polycystic Ovary Syndrome”, *Hum Reprod*, 2016; 31(10): 2268–2279.
83. Yaylagülü N. *İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi* (Tez), Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
84. Yıldırım M. *Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi* (Tez), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2020.
85. Alimehdi M, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Eftekharsaadi Z, Pasha R. “The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Intolerance of Uncertainty and Anxiety Sensitivity in Patients with Generalized Anxiety Disorder”, *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 2015; 10(38):77-86.
86. Massarotti C, Gentile G, Ferreccio C, Scaruffi P, Remorgida V, Anserini P. “Impact of Infertility and Infertility Treatments on Quality of Life and Levels of Anxiety and Depression in Women Undergoing in Vitro Fertilization”, *Gynecological Endocrinology*, 2019; 35(6): 485–489.
87. Kuş C. *İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi* (Tez), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
88. Kilit NN. *Kader Algısı-Psikolojik İyi Oluş İlişkisi Üzerine Bir Araştırma* (Tez), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2019.

89. Donarelli, Z., Kivlighan, D. M., Allegra, A., & Lo Coco, G. “ How Do Individual Attachment Patterns of Both Members of Couples Affect Their Perceived Infertility Stress? An Actor–partner Interdependence Analysis”, *Personality and Individual Differences*, 2015, 92(2016), 63–68. doi:10.1016/j.paid.2015.12.023.
90. Hammerli K, Znoj H & Barth J. “The Efficacy of Psychological Interventions for Infertile Patients: A Meta-analysis Examining Mental Health and Pregnancy Rate”, *Human Reproduction Update*, 2009, 15, 279–295.



EKLER

EK-1: Anket Formu

Bu çalışma, İnfertilite tedavisi gören kadınların belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tez çalışması olarak yapılmaktadır. Soruları yanıtlamak ortalama 10-15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Aslıhan DOĞAN

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi

Sosyo-Demografik Sorular

1. Yaşınız.....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

() İlköğretim () Lise () Üniversite

3. Çalışma durumunuz nedir?

() Çalışıyor () Çalışmıyor

4. Ne kadar süredir evlisiniz?

() Bir yıldan az () 1-3 yıl arası () 4-6 yıl arası () 7 yıl ve üzeri

5. Daha önce hiç gebe kaldınız mı?

() Evet () Hayır

6. Ne kadar süredir infertite tedavisi görüyorsunuz?

() Bir yıldan az () 1-3 yıl arası () 4-6 yıl arası () 7 yıl ve üzeri

7. Daha önce kaç kez yardımcı üreme tekniği (tüp bebek tedavisi) uygulandı?

() İlk kez () İkinci kez () Üçüncü kez ve üzeri

8. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime ait?

() Bana () Eşime () Her ikimize () Nedeni belli değil

9. Daha önce infertilite tedavisinde başarısız sonuç aldınız mı?

() Evet () Hayır

10. Genel olarak ruh haliniz nasıl?

() İyi () Orta () Kötü

11. Psikolojik desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

12. Tedavi sürecinde size psikolojik olarak destek olan kişi/ kişiler var mı?

() Var () Yok

13. Eşiniz ile ilişkiniz sizce nasıl?

() İyi () Orta () Kötü

14. İnfertilite tedavisini ne kadar süre devam ettirmek istiyorsunuz?

() Çocuğum oluncaya kadar

() Tıbben çocuğumun olması mümkün olmadığı kesinleşene kadar

() Diğer.....

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz

1	2	3	4	5
Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni kısmen tanımlıyor		Beni tamamen tanımlıyor

1-Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor	1	2	3	4	5
2-Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir	1	2	3	4	5
3-Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor	1	2	3	4	5
4-Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur	1	2	3	4	5
5-Yarın ne olacağımı bilemezsem zihnim rahat olmaz	1	2	3	4	5
6-Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor	1	2	3	4	5
7-Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor .	1	2	3	4	5
8-İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor	1	2	3	4	5
9-Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor	1	2	3	4	5
10-Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır	1	2	3	4	5
11-Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufakık bir durum her şeyi bozabilir	1	2	3	4	5
12-Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor	1	2	3	4	5
13-Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösteri	1	2	3	4	5
14- Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum	1	2	3	4	5
15-Emin olamadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum	1	2	3	4	5

16-Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözüküyorlar	1	2	3	4	5
17-Belirsizlik beni kırlgan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor	1	2	3	4	5
18-Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim	1	2	3	4	5
19-Beklenmedik olaylara katlanamıyorum	1	2	3	4	5
20-En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor	1	2	3	4	5
21-Her şeyi önceden organize edebilmeliyim	1	2	3	4	5
22-Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5
23-Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir	1	2	3	4	5
24-Belirsizlik derin uyumamı engelliyor	1	2	3	4	5
25-Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım	1	2	3	4	5
26.Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor	1	2	3	4	5
27. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum	1	2	3	4	5

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum					
2.	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir					
3.	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim					
4.	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum					
5.	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim					
6.	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum					
7.	Geleceğim hakkında iyimserim					
8.	İnsanlar bana saygı duyar					

Ek-2: Etik Kurul İzni

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 30.10.2019

Toplantı Sayısı: 114

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kiyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Mübariz Hasanov	(Üye) (Katılmadı)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñç Önal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 30.10.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kiyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 15. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Ashhan DOĞAN**'ın "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi" başlıklı çalışmalarının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mithat Kiyak
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Mübariz Hasanov
(Üye) (Katılmadı)

Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Erdiñç Önal
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna
(Üye)

EK-3: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Ashhan DOĞAN(Çalışma İzni)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
(Avni Dilligil Sok.No:18 Mecidiyeköy/İst)

İlgi : 21/11/2019 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ashhan DOĞAN'ın "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi " başlıklı tezin saha çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiş olup,

Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma-Yayın Değerlendirme Komisyonu 22.01.2020 tarih ve 2020/03 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan