



**İNFERİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN
DOĞURGANLIĞA HAZIR OLMA, ÖZ YETERLİLİK,
İNFERİLİTEDEN ETKİLENME DÜZEYLERİNİN VE BAŞ
ETME TARZLARININ BELİRLENMESİ**

Türkan TURAN ÇAPIK
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ash SİS ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN
DOĞURGANLIĞA HAZIR OLMA, ÖZ YETERLİLİK,
İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DÜZEYLERİNİN VE
BAŞ ETME TARZLARININ BELİRLENMESİ**

Türkan TURAN ÇAPIK

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnfertilite	5
2.1.1. İnfertilite Yaygınlığı.....	6
2.1.2. İnfertilitenin Tarihçesi.....	8
2.1.3. İnfertilite Nedenleri.....	10
2.1.3.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri	10
2.1.3.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri	12
2.1.3.3. Açıklanamayan İnfertilite	14
2.1.3.4. Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenler	14
2.1.4. İnfertilite Tedavisi ve Yönetimi	15
2.1.4.1. Tıbbi Tedavi Yöntemleri	15
2.1.4.2. Cerrahi Müdahale	17
2.1.5. İnfertilite Hemşireliği ve Danışmanlık	18
2.2. Hazır Oluşluk.....	21
2.2.1. Doğurganlığa Hazır Oluşluk	23
2.2.2. İnfertilitede Doğurganlığa Hazır Oluşluk	24
2.2.3. İnfertilitede Doğurganlığa Hazır Oluşluk ve Hemşirelik	25

2.3. Öz Yeterlilik	25
2.3.1. İnfertilite ve Öz-Yeterlilik.....	26
2.3.2. İnfertilitede Öz Yeterlilik ve Hemşirelik	27
2.4. İnfertiliteden Etkilenme	27
2.4.1. İnfertilitenin Psikolojik Duruma Etkisi.....	27
2.4.2. İnfertilitenin Sosyokültürel Duruma Etkisi.....	28
2.4.3. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri.....	29
2.4.4. İnfertilitenin Ekonomik Duruma Etkisi	30
2.4.5. İnfertilitede Etkilenme ve Hemşirelik	30
2.5. Baş Etme	31
2.5.1. Baş Etme Kaynakları	31
2.5.2. Baş Etme Stratejileri	32
2.5.3. İnfertilitede Baş Etme	34
2.5.4. İnfertilite ile Baş Etmede Demografik Faktörlerin Etkisi.....	36
2.5.5. İnfertilite Nedenine Göre Baş Etme.....	36
2.5.6. İnfertilitede Baş Etme ve Hemşirelik	37
3. MATERYAL VE METOT.....	39
3.1. Araştırma Türü	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39
3.4. Verilerin Toplanması	40
3.4.1. Veri Toplama Araçları	40
3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	40
3.4.1.2. Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği	41
3.4.1.3. İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu	41

3.4.1.4. İnfertilite Etkilenme Ölçeği	42
3.4.1.5. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği	42
3.5. Çalışmanın Değişkenleri.....	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	44
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR.....	81
EKLER	107
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	107
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	108
Ek-3. Kurum İzni.....	109
EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	110
EK-5. Fertilitate Desteği Alan Kadınlar için Fertilitate Hazır Oluşluk Ölçeği	112
EK-6. İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu	113
EK-7. İnfertilite Etkilenme Ölçeği	114
EK-8. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği.....	115

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım bu çalışmayı değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, yardımlarını esirgemeyen, çalışma disiplini ve profesyonelliği ile her zaman örnek olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK' e teşekkür ederim.

Jüri üyesi olarak tezime verdikleri kıymetli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Dilek POTUR ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN hocalarıma,

Lisans eğitimimde bana her zaman örnek olan, yüksek lisans sürecimde ise desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Dilek KILIÇ ve Prof. Dr. Neziha KARABULUTLU hocalarıma en derin şükranlarımı sunarım.

Tezin her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen, eşim Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Atilla EROĞLU' na, çalışma arkadaşlarıma, birim sorumlularıma, bugünlere gelmemde, başarılarımın esas sahibi olan, desteklerini daima hissettiğim, fedakarlıklarını, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım aileme çok teşekkür ederim.

Türkan Turan ÇAPIK

ÖZET

İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Doğurganlığa Hazır Olma, Öz Yeterlilik, İnfertiliteden Etkilenme Düzeylerinin ve Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi alan kadınların doğurganlığa hazır olma, öz yeterlilik, infertiliteden etkilenme düzeylerinin ve baş etme tarzlarının belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu çalışma Temmuz 2023-2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Tüp Bebek Ünitesinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini 260 infertil kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği”, “İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu”, “İnfertilite Etkilenme Ölçeği” ve “İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği” kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan katılımcıların %59.2’si üniversite mezunudur ve %80.8’i tedavinin yapıldığı şehirde ikamet etmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 32.02 ± 5.43 ve ortalama evlilik süresi 6.07 ± 3.69 yıldır. Katılımcıların %58.5’i primer infertildir, ve infertilite nedeni %34.6’sının kendisinden kaynaklı, %17.7’sinin eşinden kaynaklı ve %57.7’sinin nedeni bilinmemektedir. Katılımcıların, İnfertil Kadınlar İçin Doğurganlığa Hazır Oluşluk Ölçeği puan ortalamasının 80.98 ± 14.50 , İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu puan ortalamasının 17.78 ± 5.75 , İnfertilite Etkilenme Ölçeği puan ortalamasının 43.09 ± 10.79 ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puan ortalamasının 131.46 ± 15.36 olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek puanı “Düşüncelerle aşırı meşguliyet” alt boyutundan, en düşük puanı ise “Umut” alt boyutundan almışlardır.

Sonuç: Kadınların doğurganlığa hazır oluşluklarının orta düzeyin biraz üzerinde, infertilite öz yeterlilik düzeylerinin orta düzeyde, infertiliteden orta düzeyde etkilendikleri ve çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları sorunlarla baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışma kapsamına alınan, kadınların infertilite sorunu ile baş etmede; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma, sosyal destek arama, kabul ve spiritüel baş etme tarzlarını kullandıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Baş etme, doğurganlığa hazır oluşluk, hemşirelik, infertilite, infertiliteden etkilenme, öz yeterlilik

ABSTRACT

Determining the Levels of Readiness for Fertility, Self-Efficacy, Infertility Impact, and Coping Styles in Women Receiving Infertility Treatment

Aim: The purpose of this study is to determine the levels of readiness for fertility, self-efficacy, infertility impact, and coping styles in women receiving infertility treatment.

Material and Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted between July 2023-2024 at the Atatürk University Health Research and Application Center, In Vitro Fertilization Unit. The study sample consisted of 260 infertile women. In order to collect data; “Introductory Questionnaire Form”, “Fertility Readiness Scale for Women Receiving Fertility Support”, “Infertility Self-Efficacy Scale Short Form”, “Infertility Affect Scale” and “Coping Scale for Infertile Women” were used.

Results: 59.2% of the participants included in the study are university graduates, and 80.8% reside in the city where the treatment is being conducted. The average age of the participants is 32.02 ± 5.43 years, and the average duration of marriage is 6.07 ± 3.69 years. 58.5% of the participants are primarily infertile, with the cause of infertility being attributed to the participant in 34.6% of the cases, to their spouse in 17.7% of the cases, and the cause being unknown in 57.7% of the cases. It was determined that the participants had an average score of 80.98 ± 14.50 on the Fertility Awareness Scale for Infertile Women, 17.78 ± 5.75 on the Short Form of the Infertility Self-Efficacy Scale, 43.09 ± 10.79 on the Infertility Distress Scale, and 131.46 ± 15.36 on the Coping Scale for Infertile Women. The participants scored the highest on the "Preoccupation with Thoughts" subscale and the lowest on the "Hope" subscale of the Coping Scale for Infertile Women.

Conclusion: It can be said that the women' fertility readiness was slightly above the medium level, their infertility self-efficacy levels were at a medium level, they were moderately affected by infertility, and their level of coping with the problems they experienced during the childbearing process was at a medium level. In addition, the women included in the study mostly used the following to cope with the infertility problem: It was determined that they used hope, spouse relationships, self-investment and seeking social support, acceptance and spiritual coping styles.

Key Words: Affected by infertility, Coping, fertility readiness, infertility, nursing, self-sufficiency

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	: World Health Organization
bHCG	: Human Koryonik Gonadotrop Hormonu
ET	: Embriyo Transferi
FHO	: Fertilité Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilité Hazır Oluşluk
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
GIFT	: Gamet İntrafallopian Transfer
ICSI	: Intrazitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	: İnteruterin İnseminasyon
IVF	: In Vitro Fertilizasyon
İKBO	: İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği
İÖY-KF	: İnfertilite Öz Yeterlilik Kısa Formu
LH	: Lütinize Hormon
MESA	: Mikrocerrahi Epididimal Sperm Aspirasyon
MÖ	: Milattan Önce
MS	: Milattan Sonra
OPU	: Ovum Pick Up
PESA	: Sperm Aspirasyon
PID	: Pelvik İnfiamatuar Hastalık
PKOS	: Polikistik Over Sendromu
RCN	: Royal College Of Nursing
TESA	: Testis Sperm Aspirasyon
TESE	: Testis Sperm Ekstraksiyonu
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT	: Zigot İntrafallopian Transfer

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	43
Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu	44
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	46
Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri	47
Tablo 4.3. Fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertiliteden etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanların dağılımı.....	49
Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.5. Obstetrik ve infertilite ile ilgili özelliklere göre fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 4.6. Çeşitli değişkenler ile fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk ölçeği, infertilite öz yeterlilik ölçeği kısa formu, infertilite etkilenme ölçeği ve infertil kadınlar için baş etme ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi ...	59
Tablo 4.7. Fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk ölçeği, infertilite öz yeterlilik ölçeği kısa formu, infertilite etkilenme ölçeği ve infertil kadınlar için baş etme ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	61
Tablo 4.8. Fertilite desteği alan kadınlar için fertilite hazır oluşluk ölçeği puanı üzerine infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme puanının etkisi regresyon modeli	63

Tablo 4.9. İnfertil kadınlar için baş etme puanı üzerine; fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite etkilenme puanının etkisi regresyon modeli	64
--	----



1. GİRİŞ

İnfertilite, çiftlerin düzenli bir şekilde korunmasız cinsel ilişkiye girmelerine rağmen bir yıl boyunca gebe kalamama durumudur. Primer infertilite durumunda daha önce hiç gebelik oluşmamıştır. Sekonder infertilite ise daha önce gebelik yaşanmış olmasına rağmen yeni bir gebelik oluşmamasıdır (Zegers-Hochschild ve ark, 2009).

İnfertilite, dünya genelinde 80 milyonu aşkın kişiyi etkilemekte ve infertilite oranının %5 ila %30 oranında değiştiği bildirilmektedir (World Health Organization, 2022). Bu sıklık ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmekte olup, gelişmiş ülkelerde infertilite oranı yaklaşık %8-10 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %15-20 arasındadır (Ramazanzadeh ve ark., 2009). Amerika'da, infertilite sıklığının %15 olduğu ve bu durumun her 6 çiftten birinde, yani yaklaşık 4.8 milyon kadında çocuk sahibi olamama sorununa yol açtığı bildirilmektedir (Ramazanzadeh ve ark., 2009; Jose-Miller, Boyden, Frey, 2007). Türkiye'de ise çiftlerin yaklaşık %10 ile %20'sinin infertilite sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. İnfertilite oranları, kadının yaşının ilerlemesi ile artmaktadır. Bu doğrultuda, 25-29 yaş aralığında infertilite oranının yaklaşık olarak %5.5, 30-34 yaşlarında %9.4 ve 35-39 yaşlarında da %19.7 olduğu bilinmektedir (Taşkın, 2007).

Fertilite tedavisi, bireylerin uyum göstermesi ve istekli olmaları gereken bir süreçtir. Bu süreçte fertiliteye verilen önem, sosyal desteğin varlığı, çocuk sahibi olma umudu, eşe duyulan sevgi, rahatlatıcı uygulamalar gibi faktörler, kadınların tedaviye hazır olmalarını, tedavi sürecine inanmalarını ve tedaviye uyum sağlamalarını destekler (Makar & Toth, 2002). Kadınların tedaviye hazır olmaları, tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Bu nedenle, fertilite tedavisi gören kadınların tedaviye hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Birçok sağlık profesyoneli, hastaların değişime veya tıbbi bir tedavi planına uyum sağlama isteğini, hazırlıklı olmama durumuyla açıklar

(Dalton & Gottlieb, 2003). Hazır oluşluk, kabullenme, cesaret, umut, rahatlatıcı uygulamaları kullanma, hayatın felsefesini anlama, kendini affetme gibi özellikleri geliştirmeye istekli olmaktır. İnfertiliteye bağlı olarak artan olumsuzluklar, bu sürece uyum göstermeyi zorlaştırabilir ve sonunda da kadınların infertilite öz-yeterlik algısını düşürebilir (Durning & Williams, 2004).

İnfertil kadınların tedavi ve prosedürlerini içeren bu süreci sağlıklı bir şekilde atlatabilmelerinde öz-yeterlilik ve uyum düzeylerinin önemli olduğu bilinmektedir. Özyeterlilik, aslında sosyoloji alanına ait bir terim olmasına rağmen, bireyin zorluklarla başa çıkabilmesi, kendi bakımını yönetebilmesi, sağlığını etkileyen kararları alabilmesi ve bu kararlara uygun davranışlarda bulunabilmesi açısından hemşirelik uygulamalarında da büyük bir rol oynar (Payne & Goedeke, 2007; Sousa ve ark, 2005). Bireylerin öz-yeterlilik algısı ne kadar sağlam ise, o kişi o durumu aşma konusunda o kadar fazla çaba ve direnç gösterebilir. Ayrıca, yeterlik inançları, bireylerin düşünce yapısını, problem çözme yeteneklerini ve duygusal tepkilerini şekillendiren önemli etmenlerden biridir (Bandura, 1998). Araştırmalar, infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin uygulanmasının kadınların öz-yeterlik algısını düşürebileceğini ortaya koymaktadır (Domar ve Ark, 2000; Venkatesan, 2005).

İnfertilite bireyi fiziksel, ekonomik veya emosyonel olarak etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde infertilite tedavisi öncesinde çiftlerin detaylı psikolojik geçmişi incelenirken, evlilik ve cinsellikle ilgili geçmişi de tedavi öncesinde değerlendirilir. Bu sürecin ayrılmaz bir parçası olan sosyal destek, infertil kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma açısından kritik bir rol oynar. Bu aynı zamanda bireyin baş etmesi içinde gereklidir (World Health Organization, 2022; Taşkın, 2007; Sousa ve ark, 2005; Bandura 1998).

Baş etme Weiten tarafından; “stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelerek ihtiyaçları azaltma veya kabul etmek için gösterilen çaba” şeklinde tanımlanmıştır (Weiten, Hammer & Dunn, 2012; Folkman, 1984). Karaca & Ünsal (2015) çalışmalarında, infertil kadınların yaşadıkları sorunlarla başa çıkmak için eşleriyle ve diğer infertil kadınlarla sorunlarını paylaşma, manevi baş etme yöntemlerini kullanma ve sosyal izalasyon gibi yöntemler kullandıklarını belirlemişlerdir. Literatür incelendiğinde infertilite tedavisi alan kadınlarda fertiliteye hazıroşluk, öz yeterlilik, infertiliteden etkilenme ve baş etme tarzlarının belirlendiği ve çeşitli yönleri ile incelendiği görölmektedir. Fakat bu kavramların tümünü birden inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi alan kadınların doğurganlığa hazır olma, öz yeterlilik, infertiliteden etkilenme düzeylerinin, baş etme tarzlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Araştırma Soruları

1. Fertilitate desteği alan kadınlarda, fertilitate hazır oluşluk düzeyi nasıldır?
2. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertilite öz yeterlilik düzeyi nasıldır?
3. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertiliteden etkilenme düzeyi nasıldır?
4. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertilite baş etme düzeyi nasıldır?
5. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertilite baş etme tarzları nasıldır?
6. Fertilitate desteği alan kadınlarda fertilitate hazır oluşluk düzeyini etkileyen demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikler nelerdir?
7. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertilite öz yeterlilik düzeyini etkileyen demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikler nelerdir?
8. Fertilitate desteği alan kadınlarda, infertiliteden etkilenme düzeyini etkileyen demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikler nelerdir?

9. Fertilitte desteği alan kadınlarda, infertilite baş etme düzeyini etkileyen demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikler nelerdir?
10. Fertilitte desteği alan kadınlarda, fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertilite baş etme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
11. Fertilitte hazır oluşluk leği düzeyi üzerine infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertilite baş etme düzeyinin etkisi var mıdır?
12. İnfertilite baş etme düzeyi üzerine fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite etkilenme düzeyinin etkisi var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

İnfertilite, 15-49 yaşları arasında herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadan haftada en az 3 ya da 4 kez korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 ay içinde gebe kalamama durumu olarak tanımlanmaktadır (The Lancet Global Health, 2022). Dünya Sağlık Örgütü de infertiliteyi “12 ay veya daha uzun süre, düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebelik elde edilememesi ile tanımlanan erkek veya kadın üreme sisteminin bir hastalığı” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2011).

35-40 yaşları arasında bu süre 12 aydan 6 aya, 40 yaşından sonra ise 6 aydan daha kısa (3-4 ay) bir süreye inmektedir (Şahin ve ark., 2023). Dünya çapında 48 milyon çiftin ve 186 milyon kişinin infertilite problemi yaşadığı tahmin edilmektedir (The Lancet Global Health, 2022).

İnfertilite problemi; primer ve sekonder infertilite olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce hiç gebeliğin oluşmadığı durumlarda primer infertiliteden bahsedilirken; canlı doğum olsun veya olmasın en az bir kez gebeliğin geçirildiği, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 ay içerisinde tekrar gebe kalınmadığı durumlarda ise sekonder infertiliteden bahsedilmektedir (Demirci ve ark., 2017).

Kadın yaşamının bazı dönemlerinde (puberte öncesi, menarş sonrası ilk aylar, gebelik dönemi, laktasyon, postmenopozal dönem) kadınların gebelik geçiremeyeceği durumlar vardır, bu durumdaki infertiliteye 'fizyolojik infertilite' adı verilir. (Demirci & Potur, 2017).

İnfertilite klinik olarak yaklaşık her 6 çiftten 1 tanesinde görülebilir. Çoğu zaman çiftlerin üreme sistemlerinde organik bir patolojiden kaynaklı bir durum olabilirken, bazı çiftlerde ise neden ortaya konulamamaktadır (Kaya & Beji, 2016). İnfertilite nedeni olarak herhangi bir patolojik durumun görülmediği durumda nedeni açıklanamayan

infertilite tanısı konmaktadır (Uslu Yuvacı, 2021). Küresel olarak, infertilite prevalansı demografik nedenlerden dolayı %3 ila %30 arasında büyük farklılıklar göstermektedir (Wang ve ark., 2022).

İnfertilitenin 1990-2017 yılları arasında küresel olarak kadınlar için %14.96 ve erkekler için %8.22 oranında arttığı bildirilmektedir (Wang ve ark., 2022). Türkiye’de evli çiftler arasında infertilite prevalansının yaklaşık %8-16 arasında olduğu bildirilmektedir (Saraç & Koc, 2018). Değişen yaşam tarzları, akademik başarı ve kariyer gelişimine odaklanma, maddi güvence sağlama ve finansal bağımsızlık elde etme gibi nedenlerle birçok çiftin evlenmeyi bir ertelediği görülmektedir (Ambildhuke ve ark., 2022). Günümüzde gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de evlilik yaşı ve gebe kalma yaşı giderek artmaktadır. Ovulasyonun 35’li yaşlardan itibaren her ay düzenli olamaması ve yumurta kalitesinin de giderek bozulması nedeniyle geciktirilmiş evliliklerde gebe kalma şansını azaltmaktadır (Taşkın, 2007).

İnfertilite yalnızca üreme sağlığı sorunu değil aynı zamanda sosyal bir sorundur (Bourey & Murray, 2022). Özellikle aile soyunun bir çocuğun doğumuyla devam ettiği kültürlerde damgalanma, utanç, dışlanma, kaygı, depresyon ve düşük benlik saygısına neden olup, çiftleri psikolojik, ailevi, sosyal ve kültürel açılardan etkileyen bir yaşam krizidir (Wang ve ark., 2022; Fata & Tokat, 2017).

Literatürde, infertilite durumunun her iki cinsiyeti de etkilediği bilinmesine rağmen, özellikle kadınların çocuk sahibi olamamanın olumsuz sonuçlarına karşı daha yüksek risk altında olduğu belirtilmektedir (Wang ve ark., 2022).

2.1.1. İnfertilite Yaygınlığı

Dünya genelinde infertil olan bireylerin sayısı kesin olarak bilinmemesine rağmen yapılan çalışmalar sonucunda gelişmekte olan ülkelerdeki infertilite tanısı alan kadınların 186 milyondan fazla olduğu öne sürülmektedir (Borghet & Wyns, 2018; İnhorn ve ark.,

2015). Dünya çapında üreme çağındaki kadınların %12.5'inin, erkeklerin %10'unun, çiftlerin ise %8-12'sinin infertiliteden muzdarip olduğu varsayılmaktadır (Wasilewski ve ark., 2020; Yassa ve ark., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü infertil olan bireylerin sayısının %15 olduğunu bildirmektedir. Fakat bu oran ülkelere göre değişiklik göstermektedir (Mantzouki ve ark., 2019; Ribeiro ve ark., 2019; Anokye ve ark., 2017).

İngiltere'de kadın ve erkekler arasında infertilite ve yardım arama yaygınlığı için yapılan bir çalışmada infertilite prevalansının kadınlarda %12.5 ve erkeklerde %10.1 oranında olduğu bildirilmiştir (Datta ve ark., 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada infertilite prevalansı %15.5 olarak bulunmuştur (Thoma ve ark., 2013). Çin'de yapılan bir çalışmada üreme çağındaki çiftler arasında infertilite prevalansı %25 olarak saptanmıştır (Zhou ve ark., 2018). Çin'de yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların tümü arasında infertilite prevalansı %24.9, primer infertilite prevalansı %6.5 ve sekonder infertilite prevalansı ise %18 olarak bildirilmiştir (Liang ve ark., 2021). İran'da infertilite prevalansını belirlemek için yapılan meta-analizde ise prevalansın %7.9 olduğu bildirilmiştir (Saei Ghare Naz ve ark., 2020).

Sahra altı Afrika, Güney Asya, Kuzey, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Orta ve Doğu Avrupa ve Orta Asya'da infertilite görülme sıklığının %30'lara ulaştığı rapor edilmiştir (WHO, 2010; Borght & Wyns., 2018; Mascarenhas ve ark., 2012).

Nik Hazlina ve ark. (2022) infertilite prevalansını belirlemek için yaptıkları ve Hindistan, Türkiye, Filandiya, İran, Pakistan, Arabistan, Japonya ve Çin'i kapsayan meta-analiz çalışmalarında infertilite prevalansının ortalama %46.2 olduğunu bildirmişlerdir.

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporu sonuçlarına göre, Türkiye'de 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınlarda hiç çocuk sahibi olamamış kadınlar %4 oranındadır. Bu raporda, üreme çağının sonunda hiç çocuğu olmayan evli

kadınlardaki bu oranın primer infertilite oranı için bir gösterge olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (TNSA, 2018). Öztekin ve ark. 2019 yılında Türkiye’de yapmış olduğu bir çalışmaya göre infertilite görülme sıklığı %8.1 olarak raporlanmıştır (Öztekin ve ark., 2019).

İnfertilite sorununun %70’i kadınlardan kaynaklanan problemler nedeniyle oluşmaktadır (Benjamin ve ark., 2020). Kadın kaynaklı infertilite oranlarının artışı; kariyer planlamaları, ileri evlilik yaşı, eğitim seviyesindeki artış, aile planlanmasındaki güncellikler, gebelik kontrolü gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Moghadam ve ark., 2013).

İnfertilitenin yaşam boyu yaygınlığının %17.5, dönem prevalansının ise %12.6 olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2023). Çalışma sonuçları da dünyadaki çiftlerin %10 ile %15’inin infertiliteden etkilendiğini göstermektedir (Bayu ve ark., 2020).

2.1.2. İnfertilitenin Tarihçesi

Tarihin ilk zamanlarından itibaren var olan infertilitenin önemli bir sağlık problemi olduğu düşünülmektedir. Antik inanışlara göre doğurgan olmak Tanrı’nın topluma armağanı, doğurganlığın kaybı ise cezalandırma yöntemi olarak algılanmaktadır. Çoğu toplum infertil olma konusunda kadını sorumlu tuttuğundan dolayı infertil kadın, toplumda verimsiz ve yetersiz olarak yorumlanmaktadır. Kadınlar, toplumların din ve kültürel özelliklerine göre farklı yaptırımlara maruz kalmaktadır. Hatta bazı topluluklarda erkeklere eşlerini asarak öldürme hakkı dahi tanınmıştır. (Batool & Visser, 2016; Katole & Saoji, 2019).

Antik Mısırlılara göre ölümün ve hayatın son bulmasının tanrıçası olarak bilinen Neftis (Nephtys), çocuk sahibi olunmamasının soyun bitmesi ve yok oluş anlamına gelmesi nedeniyle “infertil kadın kraliçesi” olarak da bilinirdi (Denber, 1978).

M.Ö. 1900'lü yıllara gelindiğinde ise Mısırlılar infertil olmanın ceza değil de tanı konulup tedavi edilebilen bir sağlık problemi olduğunu kabullenmiştir. İnfertiliteyi üreme organlarıyla sindirim sisteminin ilişkisindeki bozulmadan kaynaklandığı düşünülüp, şişkinlik, hazım problemi, bulantı/kusma gibi yan etkilerine odaklanılmış, bu yan etkilerin üzerinden tanı konulmaya başlanmıştır. Ancak bilinen bir tedavi yöntemi yoktur (Katole & Saoji, 2019).

Antik Yunan inancına göre ise ‘tıbbın babası’ olarak kabul gören Hipokrat (MÖ 460-380)’ın infertiliteye yaklaşımı dikkat çekmektedir. Hipokrat’a göre erkek beyinde oluşan semenin sırasıyla spinal korda, böbreklere, böbreklerden testisler ile üriner yoldan farklı bir yolla penise ulaşmaktadır ve bu ulaşım venler ve kordlar aracılık etmektedir. Ejakülasyon sonrası ise erkeği güçsüz bıraktığını düşünmektedir (Luk & Loke, 2019). Hipokrat infertilite sebepleri olarak; serviksin yerleşiminde bozulma, kısmen ya da tamamen tıkanıklık durumu, menstrual siklustaki kanın uterustan atılmasında problem olması, menometroraji veya amenoreye sebep olabilecek bir problemin varlığı olarak varsaymıştır. Tedavi girişimi planlamasında ise, vajen girişini açma amacıyla kırmızı nitreyle bal, reçine ve kimyon karışımının vajen girişine dökülmesi gerektiğini belirlemiştir. Hipokrat, infertilite tanısı koymak için kadınların kalın örtü ile sarıldıktan sonra, alttan tütsülenmesini daha sonra bu tütsünün esansının burun deliği ve ağızdan çıktığı görülüyorsa kadının doğurganlığında herhangi bir problem olmadığını saptamıştır. Bir diğer yöntemi ise kadının vajenine yatmadan soyulmuş bir sarımsak yerleştirilmesidir. Sabah kadının nefesi sarımsak kokuyorsa doğurganlığı devam ediyor anlamına gelmektedir (Luk & Loke, 2019).

İbrani filozoflar MS 3. yüzyılda yapay döllemeyle alakalı fikirleri ilk öne sürenler olsa da bilimsel çalışmaların 18. yüzyılda başladığı bilinmektedir. İlk kez in vitro fertilizasyon (IVF) 1878 senesinde tavşan ve kobay farelerinde denenmiş ve sonuç

başarısız olmuştur. Tarihte ilk başarılı, sağlıklı ve canlı doğum ile sonlanan IVF tedavisi Edwards ve Steptoe tarafından 1978 senesinde gerçekleştirilmiş ve Louise Brown adında bir bebek dünyaya gözlerini açmıştır. Daha sonra infertilite tedavisinde IVF sıklıkla kullanılan bir yöntem olmuştur (Howe ve ark., 2020).

2.1.3. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite, kadın, erkek, kombine faktörlerle birlikte ve idiopatik (nedeni açıklanamayan) durumlarla ilişkilendirilebilen bir üreme bozukluğudur (Bourey & Murray, 2022). İnfertilite etiolojisinde toplam vakaların %30-40'na erkek faktörü, %30-40'na kadın faktörü katkıda bulunur. %15-20'sinde hem kadın hem erkeğe ait faktörler olup, %15'inde açıklanamayan faktörlerdir (Carson & Kallen, 2021; Van der Borgh & Wyns, 2018).

2.1.3.1. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri

Kadın infertilitesinin başlıca nedenleri ovulasyon bozuklukları (%25), endometriozis (%15), pelvik adezyonlar (%12), tubal tıkanıklık (%11), diğer tubal anormallikler (%11) ve hiperprolaktinemi (%7)'dir (Rooney & Domar, 2018; Unuane & Velkeniers, 2020). Kadınlarda infertilite; tubal sorunlar, endometriozis, uterus problemleri, vulva, vajen ve servikse ait sorunlar, hiperprolaktinemi, anovülasyon, polikistik over sendromu ve pelvik inflamatuvar hastalık veya diğer nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Demirci & Potur, 2017; Kavlak, 2016; Öngen, 2021).

Tubal sorunlar: Tubal fonksiyon bozuklukları kadın infertilitesinin büyük kısmını oluşturmaktadır (Kaya & Tahta, 2022).

Endometriozis: Endometriozis, pelvik adezyonlar ve pelvik anatomiye bozan kitleler ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum, tubal motiliteyi, oosit salınımını ve sperm motilitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Bellver & Donnez., 2019; Mol & Hart 2020).

Uterus problemleri: Uterus anomalileri, fibroidler ve diğer benzeri problemler implantasyon bozukluklarına ve düşük gebelik oranlarına neden olabilmektedir (Bellver & Donnez., 2019; Mol & Hart 2020). Uterusa bağlı infertilite nedenlerinin en yaygın görülenlerinden biri ise myoma uteri, endometriozis, kronik pelvik ağrı, prolapsus, endometriyal maligniteler, gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve masif obstetrik kanamalar nedeniyle yapılan histerektomidir (Dolgun & İnan, 2017; Ejzenberg ve ark., 2018; Gülşah ve ark., 2020).

Vulva, vajen ve servikse ait sorunlar: Vulva ve vajena ait nedenler koitusu etkilemektedir. Servikal bölgede meydana gelen mukus sekresyonundaki değişiklikler ise sperm hareketini olumsuz yönde etkileyerek spermin geçişini engelleyebilmektedir (Kaya & Tahta, 2022). Kriyo veya elektrik koterizasyon, koni biyopsisi ve loop elektrocerrahi eksizyon gibi servikse yapılan müdahaleler, serviks malformasyonları ve enfeksiyon servikte daralma veya mukus üretiminde bozulmaya neden olarak fertilitiyi olumsuz etkilemektedir. Servikte bulunan ve sperm fonksiyonlarını bozan antisperm antikor varlığı da bir diğer servikse ait infertilite nedenidir (Demirci & Potur 2017; Kavlak, 2016).

Hiperprolaktinemi: Hipotalamik-hipofiz ekseninin en sık görülen endokrin bozukluğudur ve fertilitate sorunu yaşayan kadınlarda prevalansı %9-17'dir (Holt, 2008; Somunkıran ve ark., 2006). Fizyolojik (gebelik, emzirme, meme başı uyarısı, cinsel ilişki, stres, uyku, egzersiz), farmakolojik (dopamin reseptör antagonistleri, antidepresanlar, opioidler, verapamil, simetidin, yüksek doz östrojen- antiandrojen ilaçlar) veya patolojik (hipotalamo-hipofizer hastalıklar, primer hipotirodizm, kronik böbrek yetmezliği, siroz) nedenlerle olabilmektedir (Güzel ve ark., 2018; Holt, 2008; Somunkıran ve ark., 2006). Oligomenore, amenore, galaktore ve infertilite prolaktin seviyesinin artmasına bağlı olarak gelişen klinik tablodur.

Anovülasyon: En sık görülen infertilite nedenlerinden olup, kadına bağlı infertilitenin %30-40'ını oluşturmaktadır (Demirci & Potur 2017; Kavlak, 2016). Anovülasyonun en sık nedeni polikistik over sendromudur (PKOS). Diğer nedenler arasında tiroid hastalığı, hipofiz hastalığı, adrenal hiperplazi veya adrenal tümörden kaynaklanan yüksek androjenle, idiyopatik kronik anovülasyon ve fonksiyonel hipotalamik amenore bulunur (Carson & Kallen, 2021).

Polikistik Over Sendromu: Çok faktörlü bir durum olan PKOS, %5-10 prevalans ile kadınlarda en sık görülen endokrin bozukluktur (Van der Borgh & Wyns, 2018).

PKOS nedeni kesin olarak bilinmemekle beraber genetik ve çevresel (sağlıklı beslenmeme, fiziksel aktivite azlığı, toksinler, stres gibi) birçok nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir (Naqvi ve ark., 2019). PKOS'ta androjenlerin östrojenlere hatalı aromatisasyonu nedeniyle folikülün büyümesi baskılanır ve apoptoz olması gereken birçok olgunlaşmamış folikül yumurtalıkta kalır. Hormonal olarak azalan Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH), artan Lüteinize Hormon (LH) görülür. Foliküler büyüme, olgunlaşma ve ovulasyon gerçekleşemez (Demirci & Potur 2017; Kavlak, 2016). Klinik olarak oligomenore, amenore, hiperandrojenizm, hirsutizm, infertilite, disfonksiyonel uterin kanama, endometriyal hiperplazi ve meme kanseri görülebilmektedir (Naqvi ve ark., 2019).

Pelvik İnflamatuvar hastalık (PID): İnfertiliteye neden olan en yaygın enfeksiyonun PID olduğu bildirilmektedir (Kaya & Tahta, 2022; Bellver & Donnez., 2019; Mol & Hart 2020).

2.1.3.2. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri

Erkeklerde infertilite; pretestiküler sorunlar, testis sorunları, sperm fonksiyon bozuklukları, klinefelter sendromu, ürogenital sistem enfeksiyonları, kombine infertilite

nedenleri, koitus sorunları veya diğerk nedenlerden kaynaklanabilir (Buckett & Sierra, 2019).

Pretestiküler sorunlar: Hipogonadotropik hipogonadizm, erektil disfonksiyon, retrograd ejakülasyon, anejekülasyon, genetik faktörler ve kromozom anomalileri gibi nedenler infertiliteye neden olabilmektedir (Kaya & Tahta, 2022).

Testis sorunları: Testis fonksiyon bozuklukları, testis tümörleri, orşiektomi, kriptorşidizm gibi durumlar infertiliteye neden olabilmektedir (Mol & Hart 2020; Sengupta ve ark., 2022).

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm hareketliliği, spermin hayatta kalması ve dölleme yeteneği için önemlidir (Er, 2019). Spermlerde hareket problemlerine neden olan durumlar antisperm antikorlar, enfeksiyonlar, testis kanseri, varikosel, sperm yapışma anormallikleri ve penetrasyon ile ilgili durumlardır (Danacioglu ve ark., 2018; Demirci & Potur, 2017).

Klinefelter sendromu: XY kromozomları yerine XXY kromozomlarına sahip olan sık görülen seks kromozom bozukluğudur. Hipogonadizme bağlı infertilite sorunları görülebilmektedir (Bellver & Donnez., 2019; Mol & Hart 2020; Sengupta ve ark., 2022).

Ürogenital sistem enfeksiyonları: Gonokok, klamidy, frengi, prostatit vb tekrarlayan ürogenital enfeksiyonların infertiliteye neden olduğu bildirilmektedir (Kaya & Tahta, 2022; Bellver & Donnez., 2019; Mol & Hart 2020; Sengupta ve ark., 2022).

Kombine infertilite nedenleri: Hem kadında hem de erkekte hormonal homeostazdaki bozuklukları içerir (Kaya & Tahta, 2022).

Koitus Sorunları: Çiftin koitus zamanlaması veya ilişkisel zorluklar fertilitte üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Cinsel disfonksiyonlar koitusun etkinliğini azaltabilmektedir. Ayrıca, çiftler arasındaki iletişim eksiklikleri, duygusal stres

ve diğerk ilişki sorunları da gebelik şansını olumsuz etkileyebilmektedir (Bellver & Donnez., 2019; Bourey & Murray, 2022).

2.1.3.3. Açıklanamayan İnfertilite

Her iki çiftte yapılan araştırmalar sonucunda infertiliteye neden olabilecek bir patoloji saptanmadığında konulan tanıdır (Demirci & Potur, 2017). İnfertil çiftlerin yaklaşık %15 ila %30'unda infertiliteye neden olan anomali saptanamamaktadır (Gelbaya ve ark., 2014).

Kadında overler, fallop tüpleri, uterus, serviks ve pelvis görünüşte normaldir. Erkekke ise testis fonksiyonu, genito-üriner yapı ve ejakülat görünüşte normaldir. Çiftlerde koitus ise yeterli sıklıktadır (Zegers- Hochschild ve ark., 2017). Etiyolojisinde ovulasyon bozuklukları, endometriozis, luteal faz defekti, genetik faktörler, vajinal pH, servikal mukus anormallikleri ya da sperm disfonksiyonunun rol alabileceği düşünülmektedir (Nakano ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda %15 oranında endometriozis olduğu görülmüştür (Gelbaya ve ark., 2014). Açıklanamayan infertilitesi olan bazı çiftlerde spontan gebelik meydana gelebilmektedir. Ancak bu prognoz yaşa ve infertilite süresine bağlıdır. Tedavisinde ise yardımcı üreme teknikleri önerilmektedir (Buckett & Sierra, 2019). Ayrıca yapılan çalışmalarda açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda daha fazla psikolojik sıkıntı yaşandığı görülmüştür. Bu yüzden bu bireylere gerekli eğitim ve danışmanlık sağlanması faydalı olacağı düşünülmektedir (Noel ve ark., 2022; Rooney & Domar, 2018).

2.1.3.4. Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenler

Diyabet, tiroid hastalıkları, sürrenal hastalıklar, bazı ilaçlar, bunların yanı sıra, radyasyon, pestisitler, kötü beslenme davranışları, fazla ya da düşük vücut ağırlığı, ileri yaş, sigara, alkol, depresyon ve stres infertiliteye neden olan yaşam tarzı ile ilgili

faktörlerdir (Demirci & Potur 2017; Kavlak, 2016; Unuane & Velkeniers, 2020; Bala ve ark. 2021).

2.1.4. İnfertilite Tedavisi ve Yönetimi

İnfertilite tedavisinde öncelik infertilite nedenini belirleme, çift için uygun tedaviyi seçme ve seçilen tedaviyi gerekli süre boyunca uygulamaktır. Prognoz; nedene, süreye ve her iki partnerin yaşına bağlı olarak değişmektedir (Anwar & Anwar, 2016; Çetin & Özkan, 2019). Çiftin tıbbi öyküsü, aile ve cinsel geçmişi, fiziksel muayene, hormon testleri, radyolojik incelemeler ve üreme hücrelerinin değerlendirilmesi gibi bir dizi test yapıp bunun sonucunda infertilite nedenleri belirlenir sonra da tedavi yöntemleri seçilir. (Koniares ve ark., 2022; Bala ve ark., 2021; Zambrano Serrano ve ark., 2020).

2.1.4.1. Tıbbi Tedavi Yöntemleri

Ovulasyon indüksiyonu/ Over stimülasyonu: Hormon ilaçları veya diğer tıbbi müdahaleler kullanılarak, birden fazla ovumun olgunlaşmasını sağlayarak, gebelik şansını artırmayı hedefleyen bir tedavi protokolünü ifade eder. Genellikle FSH ve LH gibi gonadotropinlerin sentetik formları kullanılarak over gelişimi ve olgunlaşması desteklenir. Gonadotropinlerin kullanımı, overlerdeki folliküllerin büyümesini ve gelişmesini artırarak bir veya birden fazla olgun ovum hücresinin oluşumunu teşvik eder. Follikül gelişimi uygun bir noktaya ulaştığında, bHCG (human koryonik gonadotrop hormonu) hormon ilacı kullanılarak ovulasyon tetiklenir. Erkek hastalarda da hormonal ilaçlar kullanılarak sperm üretimini artırmak mümkündür (Kaya & Tahta, 2022)

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT): YÜT, çiftlerin infertilite nedenlerine bağlı olarak kullanılan bir dizi teknolojik müdahaleyi içerir. Bunlar arasında intrauterin inseminasyon (IUI), gamet intrafallopian transfer (GIFT), zigot intrafallopian transfer (ZIFT), in vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET), intrasitoplazmik sperm

enjeksiyonu (ICSI), donör yumurta veya sperm kullanımı gibi tedavi seçenekleri yer alır (Carson & Kallen 2021; Bala ve ark., 2021; Koniares ve ark., 2022).

Intra Uterin İnseminasyon (IUI): Erkekten alınan spermelerin bazı işlemlerden geçirilerek kateter aracılığıyla ovulasyon zamanında uterusu enjekte edilmesi işlemidir (Çavuşoğlu, 2017). IUI, infertil çiftlerin tedavisinde birinci basamak olarak kullanılan uygun maliyetli ve erişilebilirliği kolay bir tekniktir (Vargas-Tominaga ve ark., 2020). Servikal faktörler, açıklanamayan infertilite, anovulasyon, en az bir açık tüplü endometriozis, orta derece erkek faktörü ve retrograd ejakülasyon durumlarında endikedir (Banker ve ark., 2018; Çavuşoğlu, 2017). Kadın yaşı, sperm parametreleri, inseminasyon zamanı ve uygulanan protokole göre gebelik olasılığı değişebilmektedir (Lee ve ark., 2018). Folikül çapı 17-18 mm seviyesine ulaştığında ovulasyon için human chorionic gonadotropin (HCG) uygulanır. Uygulama sonrası 36. saatte erkekten alınarak hazır hale getirilen spermier intrauterin kaviteye enjekte edilip 14 gün sonra beta hCG düzeyi ölçülür (Naqvi ve ark., 2019).

Gamet Intrafallopian Trasfer (GIFT): Gametlerin uterus kavite yerine fallop tüplerine laparoskopi kullanılarak transfer edildiği ve fertilizasyonun fallop tüplerinde gerçekleştiği yöntemdir. IVF'ye alternatif bir yöntem olup az kullanılmaktadır. Normal tubal fonksiyonu olan kadınlarda tercih edilen bir yöntemdir (Çavuşoğlu, 2017; Medicine, 2018).

Zigot Intrafallopian Trasfer (ZIFT): GIFT ve IVF prosedürlerinin kombinasyonu olarak spermier yumurta ile birleşmesini engelleyen durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Vaginal yoldan aspire edilen oosit ve erkekten alınan spermier laboratuvar ortamında fertilize edilip bu işlem sonrasında oluşan zigot laparoskopi ile fallop tüplerinden uygun olana yerleştirilir. ZIFT'de az kullanılan bir yöntemdir (Çavuşoğlu, 2017; Medicine, 2018).

In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Tranferi (IVF-ET): Spermler oositin laboratuvar ortamında bir tüp içerisinde fertilizasyonu sağlandıktan sonra oluşan embriyoların katater ile ultrasonografi eşliğinde uterusu yerleştirilmesi işlemidir (Çavuşoğlu, 2017; Medicine, 2018). IVF tubal oklüzyon, endometriozis, açıklanamayan infertilite, pelvik adhezyon, erkek faktörü ve PKOS varlığında tercih edilen bir yardımcı üreme yöntemidir (Medicine, 2018; Naqvi ve ark., 2019). IVF-ET’de önce insan menopozal gonadotropin (hMG), FSH, LH (FSH ile kullanılır), insan koryonik gonadotropin, klomifen sitrat ya da letrozol gibi ilaçlarla ovülasyon indüksiyonu sağlanır. Foliküller hazır olduğunda HCG uygulanır ve işlemi takiben 34 ila 36 saat sonra transvajinal ultrason aspirasyonu ile oositler toplanır (OPU). Elde edilen sperm ve oosit fertilizasyon için inkübatörde bekletilir. Aspermi, azospermi gibi durumlarda ise fertilizasyon için intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu uygulanır. Oluşan embriyolar uygun kültür ortamında kameralar ile izlenirler. Sonraki aşamada ise bir veya birden fazla embriyo ince bir katater ile uterusun kaviteye bırakılır. Ortalama 12 gün sonra ise beta hCG düzeyine bakılır. Kalan embriyolar ise ileride kullanılmak amacıyla dondurularak saklanabilir (Çavuşoğlu, 2017; Medicine, 2018).

Intrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu: Tek bir sperm hücrenin mikropipet yardımıyla çekilip oosit zona pellusidasını geçerek oositin içine enjekte edilmesidir. Anormal sperm parametrelerine sahip ciddi erkek infertilitesi, tekrar eden başarısız IVF, açıklanamayan infertilite ve kriyoprezervasyonun kullanıldığı durumlarda tercih edilmektedir (Çavuşoğlu, 2017; Zegers-Hochschild ve ark., 2017).

2.1.4.2. Cerrahi Müdahale

Laparoskopi, histeroskopi, mikrocerrahi, tuboplasti, varikosel onarımı, percutan epididimal sperm aspirasyonu (PESA), mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu

(MESA), testis sperm aspirasyon (TESA), testis sperm ekstraksiyonu (TESE) gibi bir dizi cerrahi müdahale yöntemi kullanılmaktadır (Bala ve ark., 2021; Koniares ve ark., 2022).

Submukozal fibroidlerin cerrahi tedavisinde histeroskopik miyomektomi işlemi ilk basamak tedavidir. Moreselasyon, elektrokoter rezeksiyonu, lazer ablasyon ve vaporizasyon gibi farklı yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir (Hur ve ark., 2019). İntraabdominal adhezyonlarda, büyük miyomlarda ve kitle varlığında ise laparotomi gerekebilir. Pelvisin enflamatuvar hastalıkları veya pelvik cerrahi sonucu oluşan pelvik adhezyonların tedavisinde mikrocerrahi yöntemi kullanılabilir (Kirca & Pasinlioglu, 2013). Erkeklerde varikozel teşhis edildiği durumlarda ise tedavi için spermatik venin cerrahi olarak bağlanması erkeklerin %50- 70'inde meni kalitesini iyileştirmektedir (Terzioğlu, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri, infertilite tedavisi sırasında genel sağlık durumunu iyileştirme ve doğal üreme potansiyelini artırma amacı taşır. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sigara ve alkol kullanımının azaltılması/bırakılması, egzersiz ve stres yönetimi gibi faktörleri içerir (Kaya & Tahta, 2022; Carson & Kallen 2021; Bala ve ark., 2021; Koniares ve ark., 2022).

Sonuç olarak, infertilite tedavisi ve yönetiminde doğru tanı ve tedavi yöntemleri seçilerek, çiftlerin doğurganlık şansı artırılarak infertilite sorunu çözülebilmektedir (Souza ve ark., 2023).

2.1.5. İnfertilite Hemşireliği ve Danışmanlık

İngiltere'de infertilite alanında çalışan hemşirelerin bakım standartlarının oluşturulması ve değişen rollerinin tanımlanması amacıyla 1987 yılında Royal College of Nursing bünyesinde yer alan "RCN Fertilite Hemşireleri Grubu" oluşturulmuştur. Bu grubun yaptığı araştırmalar çerçevesinde hemşirelerin çalışmalarının belirli bir eğitime ve deneyime dayanması gerektiğini ortaya koymuştur. Bakım standartları kapsamında;

profesyonel ilerleme ve sorumluluklar, infertil çiftin bakımı, danışmanlık ve etik konular üzerinde durulmuştur. İngiltere’de hemşirelerin rollerinde meydana gelen bu değişimler Nisan 2002’de yasal düzenlemeler yapılarak kabul edilmiştir ve bu alandaki çalışmalar halen devam etmektedir (RCN, 2012). Ülkemizde infertilite hemşireliğine yönelik 2 dernek bulunmaktadır. Bu derneklerden ilki 2006’da “İstanbul İnfertilite Hemşireleri Grubu” adıyla kurulmuş ve 2008’de “Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği” olarak ismi değişmiştir. İkinci dernek ise 2008’de kurulan “İnfertilite Hemşireliği Derneği”dir. İnfertilite alanında çalışan ebe ve hemşirelerin temel eğitimi ve sertifikalandırılması amacıyla 2008’de İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından infertilite hemşireliği sertifika programı düzenlenmiştir (Beji & Meran, 2016).

İnfertilite, çiftlerde psikolojik, fiziksel, zihinsel ve tıbbi zararlara neden olabilen karmaşık bir kriz durumudur. Ciddi bir stres kaynağı olup birçok duygusal sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle, infertilite danışmanlığı, çiftlerin infertilite sürecinde destek almalarına ve karar vermelerine yardımcı olan bir hizmettir (Walker & Tobler 2022; Leslie ve ark., 2023; Kızılkaya Beji & Kaya., 2018). Özellikle nedeni belli olmayan infertilite ve erkek kaynaklı infertilitede çiftler için zaman sorunu yok ise, risk oluşturan yaşam tarzı davranışları sorgulandıktan sonra bunları değiştirecek tedavi planlamaları oluşturulmalı ve sağlıklı yaşam davranışları için kişilere özel bireysel bakım planları ile danışmanlık verilmelidir (Demirci & Potur, 2014; Amanak ve ark., 2014).

İnfertilite danışmanlığı, konu hakkında çiftlere detaylı bilgi vererek, bu sürecin nedenleri ve tedavi seçenekleri hakkında destek sağlar (Walker & Tobler 2022). Danışmanlık hizmetleri, çiftlere tedavi seçeneklerinin detaylı bir açıklamasını sunarak en uygun tedavi seçeneğini belirleme konusunda rehberlik etmektedir (Walker & Tobler 2022; Leslie ve ark., 2023; Alirezai ve ark., 2022).

Danışmanlık ile değiştirilebilir faktörlerin infertilite tedavisinde başarılı bir şekilde ele alınması durumunda, ekonomik yükün hafifletilmesi mümkün olabilmektedir (Kaya & Tahta., 2022; Kızılkaya Beji & Kaya., 2018).

İnfertil çiftlere verilecek danışmanlıkta temel basamaklar şöyledir (Kaya & Tahta., 2022; Kızılkaya Beji & Kaya., 2018);

- İlk tanışma ve güven oluşturma,
- İnfertiliteye neden olan faktörlerin paylaşılması,
- Tanı süreçlerinin belirlenmesi, devam ettirilmesi ve sonuçları hakkında bilgilendirme,
- İnfertilite sorununu çözmek için alternatifleri ayrıntılı açıklama, tedavi seçeneklerini belirleme ve sürdürme,
- Tedavinin sonuçlarını gözden geçirme, değerlendirmedir.

İnfertilite danışmanlığı kapsamında, çiftlere destek sağlamak için birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında bireysel terapi, çift terapisi, grup terapisi, meditasyon, yoga gibi teknikler yer alır (Kızılkaya Beji & Kaya., 2018).

İnfertilite hemşirelerinin görevleri (Özkan, 2012; Okumuş & Durgun, 2012);

- Bireyin emniyetini, konforunu ve itibarını korumak,
- Bireye güven aşılama, destek sağlamak ve bilgi verilmesini sağlamak,
- İşlemler esnasında asepsi ilkelerini uygulamak ve sağlanmasına destek olmak,
- OPU ve ET işlemlerinde yardımcı olmak veya gerçekleştirmek,
- Beden dilini de içeren tüm hassas bireysel gereksinimleri değerlendirmek,
- Analjezik ve antibiyotik uygulamaları için damar yolu açmak,
- Doktor istemine uygun olarak ilaçları özenle ve kusursuz bir şekilde uygulamak,
- Güven oluşturmaya sürdürmek ve bilgilendirme sağlamak,
- İşlem sırasında doğru pozisyon sağlamak,

- İşlem öncesi, sırası ve sonrasında yaşamsal bulguları izlemek,
- Ekipman ve aletlerin doğru şekilde kurulumunu ve ayarlanmasını sağlamak,
- Hastanın iyileşme sürecini dikkatle gözlemek ve gerekli müdahaleleri yapmak,
- İşlem sonrası iyileşme hizmetlerini sağlamak ve taburculuk sürecini sözlü ve yazılı bilgilerle tamamlamak.

İnfertilite hemşireliğinde hemşirelik yaklaşımlarının özellikleri (Özkan, 2012; Okumuş & Durgun, 2012);

- Gelişmiş bir uzmanlık alanıdır.
- Yüksek düzeyde eleştirel düşünme, klinik karar verme ve uzmanlaşmış bilgi ve beceri gerektirir.
- Bireyin kendi etik ve moral değerlerini anlamasını gerektirir.
- Hemşirelik uygulamaları, empati, şefkat ve yargılamayan bir yaklaşımla sunulmalıdır.
- Hemşire, bireyin savunucusu olarak bilgilendirilmiş onam alınmasını sağlamalıdır.
- İnfertil bireyler gerçekte bir çifttir ve sonuç her iki bireyi de ilgilendirir.
- Başarı kavramı, sadece gebelikten daha geniş bir anlam taşır.
- Tedavi sonlandırma ve evlat edinme dahil olmak üzere tüm seçenekler incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

2.2. Hazır Oluşluk

Hazır oluşluk kavramı; kişinin kendi yeteneklerini ve durumunu değerlendirmesi, mevcut seçenekleri göz önünde bulundurması, yeni çözümler ve hedefler belirleyerek bunları denemesi ve hayata geçirebilmesidir (Dalton & Gottlieb, 2003). Hazır oluşluğun NANDA'da yapılan tanımı; kabullenme, cesaret, umut, rahatlatıcı uygulamaları

kullanma, hayatın felsefesini anlama, kendini affetmek gibi özellikleri geliştirmeye istekli olmaktır (NANDA, 2014). Hazır oluşluk kavramını tam anlamıyla tanımlamak ve açıklamak oldukça güçtür. Bireyin hazır olma durumunun öznel bir değerlendirmeye dayanması, hazır oluşluluğa dair kriterlerin olmaması, kişiden kişiye değişebilmesi, hazır olma durumunu tanımlamak için referansların olmaması ve değerlendirmek için kullanılan göstergelerin ve ölçeklerin, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından oluşturulması gibi faktörler sıralanabilir (Dalton & Gottlieb, 2003).

Hazır oluşluk, bir kişinin hazır veya hazır olmadığını değerlendirildiği, çeşitli bileşenleri içeren belli aşamaları olan bir süreç olarak da açıklanabilir. Süreci ele aldığımız zaman üç aşamadan oluştuğunu görürüz. Bunlar; farkındalık aşaması, değerlendirme aşaması ve planlama aşamasıdır. İlk aşamada, birey ihtiyaçları doğrultusunda farkındalık kazanarak hayatında hangi alanların değişmesi gerektiğine karar verir. İkinci aşama olan değerlendirme aşaması, değişimin kar ve zararları, değişim gerçekleşirse hayatında nelerin değişeceğini içermektedir. Birey bu aşamada hazır olma sürecine devam etmeyi ya da vazgeçmeyi seçebilir. Bireyin hazır oluşluk seviyesi yüksekse ve değişim yaratmaya istekliyse; farkındalık düzeylerine, değişimin faydalarını ne ölçüde gördüğüne ve kendilerini gerekli değişimi sağlayabilecek şekilde algılayıp algılamadıklarına bağlı olarak hazır olma hali ile ilerler. Birey bu aşamada hazır oluşluk seviyesi düşük ise değişimin yarardan çok zararlarını görmeye meyilli olduğundan farkındalık seviyesi düşüktür. Son aşama eylem planlaması olup, birey bu aşamada değişim için planlamalar yaparak hayata geçirmeye başlar (Dalton & Gottlieb, 2003).

Hazır oluşluk düzeyinin yüksek olması öfke, depresyon gibi psikolojik tepkileri daha az hissetmeye, bireyleri daha olumlu bir yaklaşım içinde olmaya teşvik eder. Daha düşük hazır oluşluk düzeyi ise bireylerin değişim karşısında depresif, korkmuş ve savunmasız hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu sebeple, belirli bir değişiklik

yaratmada başarılı olup olunmayacağını belirlemede hazır oluşluk kilit rol oynamaktadır (Stevens, 2013).

2.2.1. Doğurganlığa Hazır Oluşluk

Birçok sağlık hizmeti sağlayıcısı, bir hastanın değişim istekliliğinin veya bir tıbbi tedaviye uyum sağlamasının başarısını veya başarısızlığını, hazırlık eksikliği ile açıklar. Daha yüksek hazırlık seviyesi, daha iyi tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilir (Dalton & Gottlieb, 2003). Bu nedenle, kadınların hazırlık düzeyinin değerlendirilmesi, doğurganlık tedavisinde çok önemli bir adımdır. Fata & Aluş Tokat doğurganlığa hazır oluşluğu umut ve farkındalık, olumlu duygu ve hisler, beyin ve bedeni hazırlamak kavramları altında doğurganlığa hazır oluşluğu açıklamışlardır (Fata & Aluş Tokat 2020). Umut ve farkındalık kavramı altında; tedavinin yararlı olacağına inanma, düzenli beslenme ve umut terimleri incelenmiştir. Olumlu duygu ve düşünceler kavramı altında; olumlu düşünce, olumlu cümleler kurma ve olumlu mesajlar alma incelenmiştir. Hazır beden ve beyin kavramı altında; test sonuçlarının olumlu çıkacağını düşünme, bedenin mükemmel çalıştığını düşünme, rahatlatıcı müzikler dinleme, bedene güvenme gibi unsurlar yer almaktadır (Fata & Aluş Tokat 2020).

Fertiliteye/doğurganlığa/gebeliğe hazır oluşluk düzeyi, sosyal, ekonomik ve kişisel faktörlerin etkisiyle şekillenmekte olup, ebeveynlik yeteneklerinin algılanmasıyla ilişkilidir. Bu algı ve hazır oluşluk düzeyi, fertilite tedavisinin başarısını da doğrudan etkilemektedir. Fertilite tedavisine olan hazır olma hissi arttıkça, tedavi sonuçları da daha olumlu bir seyir izlemektedir. Ebeveynlik deneyimi, pek çok toplumda bireysel kimliğin ve yaşam planlarının önemli bir parçası olmasına rağmen, fertilite davranışı kişisel düzeyde farklılıklar gösterebilir (Allan ve ark., 2018).

2.2.2. İnfertilitede Doğurganlığa Hazır Oluşluk

Kadınlar biyolojik olarak çocuk sahibi olmayı hem ebeveynliğe hazır hissetmemeleri hem de yardımcı üreme tedavileri seçeneklerinin artması ve çalışma hayatı gibi sosyal nedenler ile erteleyebilmektedir. Anneliğe yönelik olumlu beklentileri yüksek olan kadınların bu beklentilere sahip olmayan kadınlardan daha fertil olduğu da bilinmektedir (Fata, 2019). Aynı zamanda fertilité sorunu yaşayan kadınların çevreden aldıkları mesajlar beyin-beden etkileşimiyle fertilitésini olumsuz etkileyebildiği için infertil kadınlara olumlu mesajlar verilerek fertilitésini artırılabilir (Serdaroğulları, 2020).

Avustralya’da önemli bir IVF servis sağlayıcısı kurum olan “City Fertility”e göre Fertilité tedavisi, bireylerin uyum göstermesi ve istekli olması gereken bir süreçtir. Fertilitéye verilen önem, sosyal destek varlığı, çocuk sahibi olma umudu, eşine olan sevgisi, rahatlatıcı uygulamaları kullanması gibi durumlar kadınların fertilitéye hazır oluşluğuna, tedavisi sürecinde tedavi başarısına inanmasına ve tedaviye uyumuna yardımcı olmaktadır. Mevcut stresörlerin varlığı ve olumsuz inanışlar ise tedaviyi bırakma kararına neden olabilmektedir (City Fertility, 2024). Stresi azaltmanın gerekliliğini fark etme, stresin azaltılmasının üremeye faydalarını öğrenme/değerlendirme ve stresle baş etme yöntemlerini arama/planlama değişim için hazır oluşluk aşamalarını içermektedir. Stresle baş etme yöntemlerinin kullanılması da değişimin bir parçasıdır (Serdaroğulları, 2020).

Dalton ve Gottlieb (2003), eğer kadınların hazır oluşlukları artarsa, tedavi sonucunun da olumlu etkilenebileceğini savunmuşlardır. Bu nedenle, fertilité tedavisi gören kadınların doğurganlığa hazır olup olmadığının değerlendirilmesini çok önemli bir adım olarak kabul etmişlerdir.

2.2.3. İnfertilitede Doğurganlığa Hazır Oluşluk ve Hemşirelik

İnfertilite tedavisine başlamadan önce infertil çiftin karar almasını etkileyen ve tedaviye hazır oluşuklarını etkileyen kültürel, dini, maddi ve duygusal birçok faktör vardır. Bu sürecin her aşamasında infertil çiftle daha özel bir iletişime sahip olan hemşireler multidisipliner ekip içinde merkezi bir rol üstlenmektedir (Yano & Ohashi, 2010). İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi, anamnez alınması, tedavi planı hakkında bireyleri bilgilendirmesi ve uygulamaya katılması, girişimsel işlemlerde oluşan komplikasyonların önlenmesi, hazır oluşluk üzerinde olumlu etkide bulunacaktır (Koçark & Duman, 2016). Bu nedenle, fertilitate tedavisi gören kadınların anneliğe hazır olup olmadığının değerlendirilmesi tedavinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Hemşireler bu değerlendirme sonucunda hastanın hangi aşamada olduğunu saptayıp uygun girişimler planlamalıdır. Fertilitate hazır oluşluğu yüksek bireyler desteklenmeli, nötr ve düşük olan bireylerin farkındalığı artırılmalı, yararlarını görmesini sağlamalı, ulaşılabilecek hedefler koyularak değişime olan inancı tetiklenmelidir. (Borghet & Wyns, 2018).

2.3. Öz Yeterlilik

Öz-yeterlilik kavramı Bandura'nın sosyal öğrenme teorisine dayanmaktadır. 1986'da sosyal öğrenme teorisi, "sosyal bilişsel teori" olarak adlandırılmıştır. Bandura, çevreyi başkalarıyla paylaşan insanların davranışları ve etkileşimi için sosyal bir ortam yaratmaya odaklanan sosyal öğrenme teorisine odaklanır (Bandura, 1997). Davranışlar, insan ve çevre arasındaki etkileşimle oluşur, birbirlerini etkiler ve sonraki insan davranışlarına rehberlik eder. Bandura'nın teorisi, insan davranışını belirleyen gücün, insanların kendileri ve çevreleri hakkındaki inançlarını kendilerinin kontrol etmesi tarafından yönlendirildiğini ve insanların içinde yaşadıkları çevrenin üreticilerini ve ürünlerini yarattığını varsayar (Bandura, 1997).

Öz-yeterlik, bir kişinin karşı karşıya olduğu durumun üstesinden gelmek için gerekli eylemleri ne ölçüde gerçekleştirebileceğine olan inancı olarak tanımlanır. Bir kişinin gelecekte karşılaşacağı sorunları çözmek için gösterdiği çaba ve azim açısından, davranışlarında iyilik ve kötülük uygulamalarını etkileyen ve bunu aştığında öz-yeterlik inancı çok önemlidir (Dennis, 2003).

Öz-yeterlik inancı, bir kişinin belirli bir davranış için gerekli olan etkinlikleri organize etme ve başarılı bir şekilde gerçekleştirme potansiyeline sahip olduğu inancıdır. Öz yeterliğe olan inançlar, kendi yeteneklerimize olan inançlarımızdan beslenir ve belirli hedefler yapmak, planlamak ve bunlara ulaşmak için kullanılır. Öz yeterlik, birbiriyle etkileşim içinde olan dört bilgi kaynağından oluşur (Maleki-Saghooni ve ark., 2017).

2.3.1. İnfertilite ve Öz-Yeterlilik

Bireylerin öz yeterlik algıları ve uyumları, infertilite tedavisi sırasındaki tutum ve davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Özkan, 2012). Çocuk sahibi olmaya odaklanmaya rağmen spontan gebelikte başarısız olma, yardımcı üreme tekniklerine başvurma ve başarısız tedavi varlığı, hayattan hoşnut olmamaya, depresyon ve anksiyete oluşmasına ve tedavi sürecinde bireylerde düşük öz-yeterlik algısına neden olmaktadır. Bu aşamada çift, sağlık ekibinden stres seviyelerini düşürmelerini ve olumlu tedavi süreci ile birlikte başarılı bir sonuç elde edilmesi için cesaretlendirilmeyi, öz-yeterlik algılarını artırmalarını beklemektedir (Brandoa ve ark., 2017).

İnfertilite sürecinde öz-yeterlik algısını güçlendirmek amacıyla yapılan literatür incelemelerinde, psikososyal destek programlarının sıklıkla uygulandığı görülmektedir, örneğin; Cousineau ve ark., (2008) ile Chan ve ark., (2006)'ın çalışmalarında infertil kadınlara yönelik yapılan deneysel araştırmalarla, hemşirelerinde de dahil olduğu psikososyal destek programlarının bireylerin öz-yeterlik, uyum düzeyleri ve psiko sosyal iyiliklerini artırılabildiği gösterilmiştir.

Sonuç olarak, öz yeterlilik kadınların infertilite ile nasıl başa çıktıklarını ve tedaviye nasıl yanıt verdiklerini anlamada kritik bir öneme sahiptir. Öz-yeterliliğin artırılması, infertilite yaşayan kadınların psikolojik sağlığını destekleyebilir ve tedavi süreçlerinde daha olumlu sonuçlar elde etmelerine yardımcı olabilir (Özkan, 2012; Brandoa ve ark, 2017; Cousineau ve ark, 2008; Chan ve ark, 2006).

2.3.2. İnfertilitede Öz Yeterlilik ve Hemşirelik

Hemşireler, anne adayları için en önemli destek kaynaklarından biridir. Anne adayının gebelik boyunca karşılaştığı sıkıntıları, olumsuz düşüncelerini ifade etmelerine yardım eden, gebeliğe ve bebek bakımına pozitif bakmalarını sağlayan en önemli sağlık profesyoneli (Karaçam & Şen, 2012). Bu süreçte; öz-yeterliliği etkileyen tüm değiştirilebilir faktörler (eğitim düzeyi, çalışma durumu, madde kullanımı, alışkanlıklar, obezite, fiziksel hareketsizlik vb) saptanmalı ve çözüme ulaştırılmalıdır (Riordan, 2005). Hemşireler, öz-yeterliliği yükseltmede önemli bir rol oynadığından dolayı vereceği eğitimlerle ilgili daha donanımlı ve bilgili olmalıdır. Aileyi sadece bilişsel yönden değerlendirmemeli aynı zamanda sosyal-bilişsel yönden de değerlendirmelidir (Şahin & Özerdoğan, 2014; Bandura, 2004).

2.4. İnfertiliteden Etkilenme

Klinik hastalıklar içerisinde yer alan infertilite, kişisel hayatı tehdit eden ve tehlikeli bir durum oluşturan bir hastalık değildir. Ancak bireyleri, aileleri ve toplumu etkilediği için önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir ve yıkıcı sonuçları olan psikososyal bir sorundur (Kırca & Pasinlioğlu, 2013).

2.4.1. İnfertilitenin Psikolojik Duruma Etkisi

İnfertilite, kişisel yaşamdaki muazzam baskı ve olumsuz fiziksel/psikolojik sonuçların neden olduğu psikolojik bir travmadır. İnfertilitenin ana belirtisi üreme sorunları olmakla birlikte birçok psikolojik belirti de tanı ve tedavi sürecini işaret

etmektedir. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri müdahalelerin (hormon enjeksiyonları, laparoskopik cerrahi gibi) can sıkıntısı ve teşhis ve tedavi sürecinde başarısızlık ihtimalidir (Wu ve ark., 2015).

Çağlar boyunca psikojenik faktörler ile infertilite arasındaki ilişki araştırmacıların araştırma alanlarından biri haline gelmiştir. Ancak infertilite ile psikolojik faktörler arasındaki gerçek ilişkinin şekli konusunda bir fikir birliği yoktur (Dudu & Doğan, 2018). İnfertilitenin psikolojik etkileri aşağıdaki gibi gruplanabilir (Kırca&Pasinlioğlu, 2013; Cousineau & Domar, 2007; Ünal, Kargın & Akyüz, 2010; İslimye ve ark., 2016; Lee ve ark., 2010).

- **Emosyonel etkiler:** Yas ve depresyon, öfke ve hayal kırıklığı, suçluluk, şok/inkâr, anksiyete.
- **Kontrol kaybı:** Aktivitelerde ve duygularda kontrol kaybı, hayattaki amaçlarla ilgili gelecek planları yapamama.
- **Kişilik, özgüven, inançlara etkisi:** Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları, kişilik problemleri / değişimleri, dünyaya bakış açısının değişmesi.
- **Sosyal etkileri:** Evlilik ilişkisine ve memnuniyetine etkisi, seksüel fonksiyona etkisi, sosyal ilişkilerde güçlükler, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulmalar, yalnızlık, utanç.
- **İnfertiliteyle ilgili suçluluk duyguları:** Evlilik öncesi cinsel ilişki, evlilik dışı ilişkiler, gebelikten koruyucu yöntem kullanma, homoseksüel düşünce ve davranışlar, cinsel yolla bulaşan bir hastalık, mastürbasyon.

2.4.2. İnfertilitenin Sosyokültürel Duruma Etkisi

Hangi toplum veya kültürel yapı olursa olsun bireyin çocuk arzusu sürekli toplumsal bir anlam ifade etmektedir. Çünkü toplumda “annelik” kadına dayatılan cinsiyet statüsüdür (Dudu & Doğan, 2018). Toplumsal olarak doğurganlık kadına

atfedilmektedir (Kumar & Singh, 2015). Erkek ise baba rolünü üstlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında infertilite konusunda daha çok kadın infertilitesi üzerinde durulmakta, erkek infertilite kavramı ile pek fazla ilişkilendirilmemektedir (Koçyiğit, 2012).

İnfertilite kadına duygusal ve zihinsel sağlığına önemli ölçüde zarar vermesine, yaşam kalitesini bozmasına ve sosyal ilişkilerinde düşüşe yol açmasına neden olmaktadır (Göcek & Tekinsav, 2016). Ayrıca infertil eşi olan erkeklerin de başka kadınlarla ya da eşlerinden ayrı ilişkilerde bulunarak, bunun suçlusunun kadın olduğunu düşünebilmektedirler (Fido & Zahid, 2015).

İnfertil çiftler sosyo-kültürel baskıların, kurallara uymama damgasının, sosyal dışlanmanın, değer kaybeden düşüncelerin ve duygusal yüklerin etkisi altında kalmaktadırlar. Bu durum da bireye daha fazla stres, kaygı, depresyon ve olumsuz etkiler getirmektedir (Ergin ve ark. 2018).

2.4.3. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri

İnfertilite değerlendirilmesi, duygusal olarak rahatsız edicidir ve her çiftin kendi hakkındaki duygusal ve fiziksel seks imajına bir tehdittir (Vural & Beji, 2015; Drosdzol & Skrzypulec, 2009). İnfertilite zamanla her iki eş için de bir yaşam krizi haline gelmekte ve evlilik ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Kadınların evliliğe uyumlarının ve yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha düşük olduğu söylenmektedir (Ergin ve ark., 2018). İnfertilite, bireyi cinsel açıdan bozan, eşler arasındaki doyum ve uyumu olumsuz etkileyen bir sorundur (Zeren, 2016).

Araştırmalar, çoğu kadının infertilite tanı ve tedavi süreci sonunda cinsel ilgi, memnuniyetsizlik, cinsel işlev bozukluğu, uyarılma eksikliği ve orgazm eksikliğinin azaldığını bulmuştur (Tayebi & Ardakani, 2007). Ayrıca bir başka araştırma, çiftlerin cinsel ilişki sırasında orgazm, libido ve uyarılmanın çok az veya hiç olmadığı ya da çok

az olduğu veya hiç olmadığı halde, çiftlerin n sevişmeye ve cinsel ilişki sıklığına daha az zaman harcadıklarını göstermiştir (Tao ve ark., 2011).

Bu sorunlara ek olarak, diğer araştırmacılar eşin önceki cinsel sorunlarının kısırlığa neden olabileceğine inanmaktadır. Bilinçli olarak cinsel ilişkiden kaçınma, orgazma ulaşamama, vajinismus, boşalma ve cinsel ilişkide başarısızlık gibi durumlar özellikle cinsel yetenek sorulduğunda zamanla kısırlığa neden olabilmektedir (Vural & Beji, 2014).

2.4.4. İnfertilitenin Ekonomik Duruma Etkisi

İnfertilite tedavisinin sebep olduğu ekonomik ve ruhsal zorluklar bireyin psikolojisini ve eşi ile ilişkisini olumsuz etkilediği gibi ekonomik durumunu da olumsuz etkileyebilmektedir (Rooney & Domar, 2018).

İnfertiliteyi tedavi etmek için kullanılan ilaç ve tedavi prosedrlерinin oldukça pahalı olması, sağlık sigortasının tedavinin tamamını karşılamaması, bazı çiftler için maddi zorluklara neden olmaktadır (Bitler & Schmidt, 2012).

Özellikle kadınlar tedavi nedeniyle işlerini ve kariyerlerini bırakmak zorunda kalabilmektedirler. Bu durum infertil çiftlerin hayatlarını alt st etmekte ve ekonomik kayıplar yaşamalarına neden olmaktadır (Dağ, 2014). Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bireyler için infertilite tedavisi için ayırmak zorunda kaldıkları maddi kaynak gelirlerinden daha yüksek olabilmektedir. Bu durumu, ekonomik düzeyi en düşük olan çiftlerin toplumda katlandıkları baskılarla nasıl mücadele ettiklerinin bir örnek olarak vermek mümkündür (Koçyiğit, 2012).

2.4.5. İnfertilitede Etkilenme ve Hemşirelik

İnfertil bireyler için içinde buldukları durum, hayatlarının en zor deneyimini oluşturmakta ve bu deneyim onların bedensel sağlıklarının yanında psikolojik iyilik hallerini ciddi manada etkilemektedir. İnfertil bireylerin zorlandığı en önemli kısım

hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık ekibinin, infertilitenin kendilerinde ortaya çıkardığı yoğun emosyonel tepkilerin fark edilememesidir. Hemşire, infertil bireyin duygusal durumunu anlayıp harekete geçebilecek sağlık personelidir. Bu nedenle hemşire bireye uygulanacak tıbbi tedavinin ilerlemesinde rol almasının yanında danışmanlık işlevi ile çiftlerin tedavi öncesinde, tedavi süresince ve sonrasında destek olmalıdır (Fata & Aluş Tokat, 2019; Akyüz, 2005).

2.5. Baş Etme

Eski Yunan dilinde 'kolahos' kelimesinden türeyerek oluşturulan 'baş etme/başa çıkma'; karşı karşıya gelmek, karşılaşmak gibi anlamlara gelen bir kavramdır (Etemen & Gürkan, 2020). Bu kavram bireylerin travmatik ve stresli bir yaşam karşısında, uyum sağlama ve stratejilerdeki bireysel eğilimlerini açıklar (Çetin & Akın, 2009). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA, 2019) ise baş etme kavramını stresli veya hoş olmayan bir durumla karşılaşıldığında tepki vermekte kullanılan bir dizi eylem, düşünce süreci olarak tanımlamıştır.

2.5.1. Baş Etme Kaynakları

Bireylerin karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerine yardımcı olan ve mevcut alternatifleri geliştiren, fiziksel ve psikolojik sağlığın devamını destekleyebilecek "psikolojik-bireysel" ve "sosyal-çevresel" kaynaklar belirlenmiştir (Pearlin & Schooler, 1978).

"Psikolojik-bireysel" kaynaklar, bireylerin içsel dinamiklerini ve sahip oldukları donanımları içerir. Bu kaynaklar, bireylerin baş etme stratejilerini şekillendirir. Ayrıca cinsiyet, kişilik özellikleri (örneğin, iyimserlik, problem çözme yetenekleri), sosyal beceriler ve kişilerarası ilişkiler, bireyin uyum sağlama sürecini kolaylaştıran yapılar arasındadır (Greenberg ve ark., 2014). Rashidi ve ark., (2011) tarafından yapılan çalışmada, infertilite kaynaklı stres, başa çıkma yöntemleri, sosyal destek ve kişilik

eğilimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda, infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyi problem odaklı/aktif başa çıkma ve sosyal destek ile negatif yönde ilişkilidir. Ayrıca, dışadönüklük özelliği olan bireylerde de stres düzeyinin azaldığı gözlenmiştir. Öte yandan, duygu odaklı başa çıkma stratejisi ile nörotik eğilimler arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Bireylerin yaşamlarında zorluk ve stresle baş etmesine yardımcı olan bir diğer kaynak “sosyal- çevresel” kaynaklardır. Bireyin yaşadığı aileyi ve toplumu içeren sosyal- çevresel kaynaklar (paraya erişimi, sosyal destek varlığı ve erişilebilirliği, kültür vs) destekleyici dışsal etmenlerden oluşmaktadır (McLeroy ve ark., 1988). Gana'da infertilite tedavisi gören kadınların baş etme stratejilerini açıklamak amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların çoğunun dini inançlarına dayalı başa çıkma stratejileri kullandığı, bazılarının ise eşlerinin desteğine güvendiği, infertiliteyi hatırlatan durumlardan kaçındığı ve ekonomik bağımsızlıklarını sağlamaya çalıştığı belirtilmiştir (Donkor & Sandall, 2009). İnfertilite tedavisinin getirdiği stres ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, sosyal destek ile tedaviyle ilişkili stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ehsanpour, Mohsenzadeh, Kazemi & Yazdani, 2009).

2.5.2. Baş Etme Stratejileri

Baş etme stratejileri, stresli ve olumsuz olarak algılanan, bireyler için rahatsız edici ve stres yaratan olay veya durumlara karşı gösterilen tüm duygusal ve davranışsal tepkileri içerir (Anshel, 2001).

Baş etme alanında çalışmalar yapan Lazarus ve Folkman (1984) “Stresle Başa Çıkma Modeli”nde baş etme stratejilerini “problem odaklı” ve “duygu odaklı” olmak üzere iki kategoride toplamışlardır. Bu modele göre uzun süreli stresle baş etme stratejisi olan "problem odaklı baş etme", bireyin tehdit edici ve stresli olarak algıladığı durum

veya olayı ortadan kaldırmaya veya etkisini azaltmaya yönelik aktif çabalarını içerir. Bu baş etme stratejisinde temel amaç, ortaya çıkan sorunu çözerek stresi azaltmaktır. Birey bu süreçte akılcı, planlı ve aktif bir şekilde kişilerarası çaba gösterir (Plotnik, 2009). Bu çabalar, ihtiyaçların azaltılması, ortadan kaldırılması veya ihtiyaçlarla baş etme kaynaklarının artırılması için doğrudan davranışlar şeklinde olabileceği gibi, çevreye yönelik de olabilir (Folkman & Lazarus, 1986; Patterson & McCubbin, 1987).

“Duygu odaklı baş etme” kısa süreli olumsuz duygularla baş etme stratejisidir. Bireyin stresörlerle pasif biçimde baş etmesini içerir. Bireyler, olumsuz durum veya olaylarla mücadele etmek yerine, uyarının etkisini azaltmak ve olumsuz duygusal reaksiyonları önlemek için durumun gerçekliğini inkâr etme veya sorundan kaçma/kaçınma gibi davranış ve düşünce biçimleri gösterebilirler (Folkman & Lazarus, 1985). Bu stratejide temel amaç, karşılaşılan ihtiyaçlardan kaynaklanan gerginliğin azaltılmasıdır (Folkman & Lazarus, 1986; Patterson & McCubbin, 1987). Bu strateji uzun vadeli bir çözüm sağlamamakta, çözümleri ertelemekte ve bireylerde olumsuz etkiler bırakabilmektedir (McLeod, 2015). Lazarus ve Folkman’ın (1985) ortaya koyduğu bu baş etme stratejilerinin her ikisi de bireylerin yaşamlarında karşılaştığı olumsuz durum/olaylara karşı uzun süreli ve etkin baş etme için gereklidir.

Literatüre göre, Lazarus ve Folkman'ın modelinden farklı olarak üç farklı baş etme stratejileri modeli öne sürülmüştür.

Modellerden **ilki**; aktif ve pasif baş etme modelidir. Aktif baş etme, karşılaşılan olumsuz bir soruna/duruma yönelik doğrudan bilişsel ve davranışsal girişimleri içermektedir. Pasif baş etmede ise, bireyler stres kaynağının sonuçlarını ya da emosyonel gerilimler kaynaklı (alkol, madde kullanımı, kaçınma gibi) durumların uzaklaştırmasını içermektedir (Billings & Moos 1981).

Baş etme modellerinden **ikincisi** ise birincil ve ikincil kontrollü baş etme modeli olup, birey-çevre üzerinde kontrolü korumayı, artırmayı ve değiştirme amacı taşır (Rothbaum ve ark., 1982). Birincil kontrol odaklı baş etme, şartları etkileyerek bireyin isteklerine uygun hale getirmeyi içermekte, ikincil kontrol odaklı baş etme ise bireyin olumlu yaşam şartlarına ulaşmak için kendini değiştirmesini içermektedir. Bu modelde kontrolsüzlük ise bireyin bu iki baş etme stratejisinden herhangi birini kullanmamasını ifade eder (Weisz, 1994).

Üçüncü model, kontrole dayalı baş etme olarak yer almaktadır. Bu model, bireylerin algıladığı kontrol düzeyine bağlı olarak şekillenir; yani bireylerin olumsuz durumun ne kadarını kontrol edebildiği ve baş etme kaynaklarının yeterliliğiyle ilgili duygularını ve davranışlarını içerir (Skinner & Wellborn, 1994).

Son model ise **regülasyon** modelidir ve baş etme, regülasyon çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu modele göre, bireyler stresli ve olumsuz durumlarla baş etmekte duygusal yönelimli davranış biçimleri sergileyebilirler (Fuente ve ark., 2018).

2.5.3. İnfertilitede Baş Etme

Baş etme kavramı, stres doğurucu olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullanılan özgül davranışsal ve psikolojik çabaları içerir. İnfertilite tedavisinde üreme desteği için yapılan tanı ve tedaviler, infertilite sürecini baş etmede zorlanılacak bir durum haline getirmektedir. İnfertilite tedavisi gören kadınların stres, anksiyete, hayal kırıklığı ve umutsuzluk gibi deneyimleri sıkça yaşadıklarını göstermektedir (Dilek & Kızılkaya, 2012). Bu durumlar bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak işlevselliğini bozduğu için infertilite tedavisi gören bireyler tarafından farklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır (Yılmaz & Oskay, 2015).

Kargar ve Ramezanli (2015)'nin çalışmalarında, problem odaklı baş etme stratejilerine sahip hastaların infertiliteyi algılama düzeylerinin düşük olduğu

bulunmuştur. Bunun yanı sıra, infertil çiftlerin önemli bir bölümünün duygu odaklı baş etme stratejilerini tercih ettiği ve bu durumun stres düzeylerini artırdığı, uyumlarını ise azalttığı belirlenmiştir.

Kaya ve arkadaşları (2012) yaptığı bir çalışmada; infertilite tedavisi gören kadınların duygu odaklı baş etme stratejilerini daha çok kullandıklarını tespit etmiştir. Kadınlar, duygu odaklı baş etme stratejilerinin alt boyutları olarak özellikle dini baş etme ve sosyal destek stratejilerini tercih etmektedirler. Olgun yaşta ve yüksek eğitim düzeyine sahip infertil çiftlerin ise genellikle problem odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullandıkları gözlemlenmiştir.

Sharma ve arkadaşları (2014)'da yaptıkları bir çalışmada; bireylerin infertilite stresi ile baş etmek için sosyal destek arama ve dini baş etme stratejilerini yoğun olarak kullandığını saptamıştır. Bu strateji, bireyler için teslimiyet sağlama, umut verme, rasyonalize etme, kontrolü başkasına devretmenin rahatlığı ve uyumu kolaylaştırma gibi nedenlerle sıklıkla tercih edilmektedir (Ayten ve ark., 2012; Aflakseir & Mahdiyar, 2016). Yapılan bir çalışmada kadınların infertilite stresi ile başa çıkmada daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçtiklerini bildirmiştir (Yılmaz & Oskay, 2015). Türk kadınları arasında psikososyal sorunlar ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların infertilite sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunlarla baş etmek için; eşleriyle ve infertilite sorunu yaşayan diğer kadınlarla sorunları paylaşmak, stresi aşmak için manevi başa çıkma yöntemlerine yönelmek, toplumdan uzak durmak gibi yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir (Karaca & Ünsal, 2015).

2.5.4. İnfertilite ile Baş Etmede Demografik Faktörlerin Etkisi

İnfertilite tanısı almanın getirdiği ve infertilitenin tanı-tedavi sürecindeki yaşanan psikososyal sorunlarla baş etme; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik faktörlerden etkilenebilmektedir. İnfertilite ve tedavisinin getirdiği olumsuz durumlarla baş etmede çiftler farklı stratejiler geliştirebilmektedir. Yurtdışında infertilite tedavisi gören çiftlerle yapılan eski bir çalışma, kadınların daha çok sosyal destek, kendini suçlama, gerginliği azaltma, problem çözmeye odaklanma gibi baş etme yöntemlerini kullandığını gösterirken, erkeklerin daha çok kontrol kaybı ve inkâr içeren stratejiler kullandığını bildirmiştir (Etemen & Gürkan, 2020; Karpat & Erensoy, 2020).

Lechner ve ark., (2007) aktif yok sayma stratejisini kadınların erkeklere oranla daha fazla kullandığını ortaya koymuştur. Türkiye’de yapılan bir çalışma genç erkeklerin pasif yok sayma stratejisini daha çok kullandığını göstermiştir (Şahin, 2012).

Türkiye’de infertilite tedavisi uygulanan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada, daha genç yaştaki kadınların stresle baş etme konusunda daha iyimser bir yaklaşıma sahip olduklarını göstermektedir. Bu kişiler, zihinsel boş verme ve pozitif yeniden yorumlama gibi baş etme yollarını daha sık kullanmaktadır. Aynı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kadınların boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım gibi baş etme yollarına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum stresi kontrol etme becerisi, kendini ifade etme becerisi, hayata bakış açısı ve kariyer planları ile ilişkilendirilmiştir (Etemen & Gürkan, 2020).

Çelik (2020)’ in yaptığı çalışmada, gelir düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı görülmüştür. Çalışmada düşük umutsuzluk düzeyi, daha yüksek problem çözme becerisi ile ilişkili bulunmuştur.

2.5.5. İnfertilite Nedenine Göre Baş Etme

Birçok faktörde olduğu gibi infertilite nedeninin de baş etme yöntemleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Yapılmış olan bir çalışmada, infertilite

sebebinin kime ait olduğu ve baş etme yöntemleri arasındaki ilişki incelenmiş, gruplar arasında baş etme yöntemleri konusunda anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karpat & Erensoy, 2020). Karaca & Ünsal (2015) infertil kadınları etkileyen psikososyal faktörleri ve başa çıkma yöntemlerini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada; kadınların infertil olmaya bağlı olarak stres yaşadıkları ve bu stres düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlemişlerdir. Yılmaz & Oksay (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, infertilite tedavisi gören çiftlerin baş etme deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak, infertilite kaynaklı stresin kişisel alanda kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak evlilik ve sosyal alanlarda cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Peterson ve ark., (2006) infertil bireylerin başa çıkma davranışlarını inceledikleri çalışmada, kadınların genel olarak tüm başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını, erkeklere kıyasla özellikle yüzleşme, sorumluluk alma, sosyal destek arama ve kaçma-kaçınma stratejilerini sıklıkla tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Erkekler ise uzaklaşma, kendini kontrol etme ve planlı problem çözme stratejilerini daha sık kullanma eğiliminde olduklarını vurgulamışlardır.

Jordan ve Revenson (1999) yaptıkları meta-analiz çalışmasında, kadınların sosyal destek arama, kaçma/kaçınma, planlı problem çözme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini erkeklerden daha sık kullandıkları bulunmuştur.

2.5.6. İnfertilitede Baş Etme ve Hemşirelik

İnfertilite süreci, bireyler için hem fiziksel hem de duygusal açıdan zorlu bir dönem olabilir ve bu durumla başa çıkmak için güçlü bir destek sistemine ihtiyaç duyulur. Hemşirelik, bu destek sisteminin önemli bir parçasını oluşturur. Hemşireler, infertilite ile başa çıkma sürecinde bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını karşılamak, onlara rehberlik etmek ve tedavi sürecinde duygusal destek sağlamak gibi kritik roller üstlenirler

(Sormunen ve ark., 2017). İnfertilite tanısı alan ve tedavi sürecine giren çiftler için bu sürecin beklenmedik bir stres kaynağı ve olumsuz bir yaşam olayı olması, bireylerin bilişsel ve psikolojik başa çıkma stratejilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, ekip için infertilite ile baş etme stratejileri önemli bir konu olarak ele alınmaktadır (Aflakseir & Zarei, 2013). İnfertilite sürecinde kadınlar, etkili başa çıkma yöntemleri yerine öfkelenme, ağlama ve kaçınma gibi tepkiler gösterebilirler. Sosyal destek aramak ve sosyal desteğin yüksek olması önemli bir faktördür ancak sosyal destek almak tek başına infertil bireyin problemlerini çözmede yeterli olmayabilir (Rashidi ve ark., 2011). Hemşirelerin bu aşamada tıbbi tedavi seçenekleri konusunda infertil kadına danışmanlık vermesi, tedavi olasılıkları, destek mekanizmaları ve ilgili kurumlar hakkında kadını yönlendirmesi, kadının öz yeterliliğini artıracak girişimlerde bulunması baş etmeyi artıracaktır (Choi & Moon, 2023; City Fertility, 2024). Bu bağlamda, hemşirelerin eğitilmiş, duyarlı ve hasta merkezli bir yaklaşım sergilemesi, infertilite ile başa çıkma sürecinde büyük bir fark yaratabilir. Hemşirelerin bu süreçteki rolü, sadece bunlarla sınırlı değildir, hastaların stres, kaygı ve depresyon gibi duygusal zorluklarla baş etmelerine yardımcı olmak ve tedaviye bağlılıklarını artırmak gibi çok yönlü görevleri de kapsar. Hemşirelerin sunduğu destek, hastaların infertilite sürecini daha iyi yönetmelerine ve daha olumlu sonuçlar elde etmelerine katkıda bulunabilir (Soumen ve ark., 2018).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Temmuz 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Tüp Bebek Ünitesi'nde yürütülmüştür. İlgili merkez infertilite nedeniyle başvuran çiftlere ovulasyon indüksiyonu, aşılama ve asiste reproduktif teknikler uzman bir ekip tarafından uygulanmaktadır. Merkezde 4 doktor, 5 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Tüp Bebek Ünitesine son bir yılda başvuran ve infertilite tedavisi alan kadınlar oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre bir önceki yılda toplam 3.600 kadın hizmet almak için Tüp Bebek Ünitesi'ne başvurmuştur. Fakat tekrarlı başvurular bu sayıdan çıkarıldığında toplam 482 kadının hizmet aldığı belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın evreni 482 infertil kadın olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın örnekleme ise evrenin belli olduğu durumlar için örneklem hacmi hesaplama formülüne göre %5 hata payı ve %99 güven aralığında 214 kadın olarak hesaplanmıştır. İlgili formül aşağıdaki gibidir. Örneklem kriterlerini sağlamama veya araştırmaya katılmaya gönüllü olmama durumları dikkate alınarak 260 kadın ile görüşülmüştür bu nedenle araştırmanın örneklem hacmi 260 infertil kadındır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n= Örneklem alınacak birey sayısı, N= Evrendeki birey sayısı, p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5), q= İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p/0.5), t= belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri, d= Olayın görülüş sıklığı.

Örnekleme alınma kriterleri;

- 19-45 yaş aralığında olmak,
- Okuma yazma bilmek,
- Primer veya sekonder infertilite tanısı alıp, tedavi sürecinde olmak,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri Kasım 2023 – Nisan 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ilgili merkeze başvuran kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Kadınların sorulara rahatça cevap vermelerini sağlayabilmek için ilgili merkezde bulunan ayrı bir odada her bir kadınla yalnız görüşülmüştür. Veri toplama araçlarının uygulanması her bir kadın için ortalama 10-15 dakika zaman almıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 4), Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği (EK 5), İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (EK 6), İnfertilite Etkilenme Ölçeği (EK 7) ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği (EK 8) kullanılmıştır.

3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4)

Bu form literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır ve 17 sorudan oluşmaktadır (Fata & Tokat, 2017; Yılmaz & Şahin, 2020; Zorlu & Erbaş, 2021). Formda kadınların demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, aile tipi vb.) ve infertilite ile ilgili özellikleri (daha önce gebelik geçirme, tedavi aşaması, infertilite süresi vb.) sorgulanmaktadır Sorular çoktan seçmeli kalıbında olup bazı sorularda birden fazla seçenek işaretlenebileceği belirtilmiştir.

3.4.1.2. Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği: (EK-5)

Ölçek Fata & Aluş Tokat (2020) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri sadece olumlu cümlelerden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçek 23 maddeden oluşmakta olup, katılımcılardan her bir maddeyi “Kesinlikle katılıyorum=5 puan”, “Katılıyorum=4 puan”, “Kararsızım=3 puan”, “Katılmıyorum=2 puan”, “Kesinlikle katılmıyorum=1 puan” şeklinde yanıtlaması istenmektedir. Maddeler sadece olumlu ifadelerden oluştuğu için alınan puanlar olduğu gibi hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan 115’dir. Yüksek puan doğurganlığa hazır oluşluğun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ortanca puanı 56 puandır. Bu puan kesme değeri olarak alınabilir. Ölçekten alınan puanın 56 puan ve yüksek olması kadının gebeliğe daha çok hazır hissettiğini, daha düşük puan ise daha az hazır hissettiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (Fata & Aluş-Tokat, 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0.93 olarak saptanmıştır.

3.4.1.3. İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (EK-6)

Cousineau ve ark. tarafından infertilite ile ilgili infertil bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal beceri güçleri hakkındaki öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek amacıyla, 2006 yılında geliştirilmiştir. Cousineau ve ark. tarafından 2006’da ölçeğin 10 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (Cousineau ve ark. 2006). Dörtlü Likert tipli olan (1- Bana hiç uymuyor ve 4- Bana tamamen uyuyor) ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Arslan-Özkan ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Ölçek, toplam 8 maddeden oluşmaktadır ve tüm ifadeler pozitif yöndedir. Ölçeğin kısa formundan 8-32 arasında puan alınmaktadır. Puan yükseldikçe, öz-yeterlilik algısı yüksek kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunda iç tutarlılık katsayısı; 0.78 olarak belirlenmiştir (Arslan-Özkan ve ark., 2014). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0.91 olarak saptanmıştır.

3.4.1.4. İnfertilite Etkilenme Ölçeği (EK-7)

Ölçek, Türk kadınlarının infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeylerini belirlemek için Akyüz, Gürhan ve Bakır tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir. Dörtlü Likert tipindeki ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Ölçekte 16 olumlu 5 olumsuz ifade yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması infertiliteden etkilenme düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir (Akyüz, Gürhan ve Bakır, 2008). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0.91 olarak saptanmıştır.

3.4.1.5. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği (EK-8)

Karaca ve ark. (2018) tarafından kadınların çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları sorunlarda kullandıkları başa çıkma stratejilerini belirlemek için geliştirilen ölçek; 50 madde ve 10 alt boyuttan (düşüncelerle ilgili aşırı meşguliyet, spiritüel baş etme, inkâr, sosyal geri çekilme, negatif benlik algısı, umut, sosyal destek arama, kabul, kendine yatırım yapma, eş ilişkileri) oluşmaktadır. Ölçeğin 25, 28 ve 29. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçek 5'li likert (Tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, kısmen katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum) tarzında kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçekte belirli bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekte puanların düşüklüğü, kişinin o baş etme tarzını daha çok kullandığını göstermektedir. İnfertil kadınlar için baş etme ölçeği Cronbach α katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir (Karaca ve ark., 2018). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0.75 olarak saptanmıştır.

3.5. Çalışmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, eş yaşı, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı şehirde ikamet etme durumu, aile tipi, gelir durumu, evlilik süresi, evlenme şekli, daha önce gebelik geçirme, infertilite sebebini bilme, bu güne kadar çocuk sahibi olmak için alınan tedaviler, şu anda tedavinin aşaması,

korunmadığı halde çocuk sahibi olamama süresi, infertilite nedeninin kimden kaynaklandığı, infertilite tanısı konduktan sonra geçen süre, infertilite tedavisi görme süresi.

Bağımlı Değişkenler: Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği puanı, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Ölçeği puanı, İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Tablo 3.1’de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “*Kurtosis*” ve “*Skewness*” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır. Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı	Standart Hata	Kat Sayısı	Standart Hata
Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği	260	-0.751	0.151	0.649	0.301
İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu	260	0.428	0.151	-0.870	0.301
İnfertilite Etkilenme Ölçeği	260	-0.153	0.151	-1.041	0.301
İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği	260	0.012	0.151	1.278	0.301
Yaş	260	0.054	0.151	-0.899	0.301
Eş yaşı	260	0.052	0.151	-0.601	0.301
Evlilik süresi*	260	1.435	0.151	2.473	0.301
Yaşayan çocuk sayısı*	72	1.745	0.283	2.102	0.559
Kimyasal gebelik sayısı	10	1.779	0.687	1.406	1.334
Düşük sayısı*	46	2.887	0.350	7.818	0.688
Ölü doğum sayısı	8
Gebeliği sonlandırma sayısı*	12	2.055	0.637	2.640	1.232
Hormon tedavisi sayısı	126	0.791	0.216	0.093	0.428
Aşılama tedavisi sayısı*	144	1.288	0.202	2.170	0.401
Tüp bebek sayısı	44	1.337	0.357	0.012	0.702
Korunmadığı halde çocuk sahibi olamama süresi (yıl)*	260	1.349	0.151	2.135	0.301
Tanıdan sonra geçen süre	260	0.858	0.151	0.263	0.301
Aktif infertilite süresi (ay)	260	1.119	0.151	0.680	0.301

* Normal dağılmayan verilerdir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için öncelikle, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (5/62 sayı ve 06.07.2023 tarih, EK-2). Ayrıca Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Tüp Bebek Ünitesinden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Ölçeklerin kullanılması için yazarlarından e-posta ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak kadınlara, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılarak ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın belirli bir zaman diliminde ve tek bir merkezde yapılmış olması, sonuçların diğer zaman ve merkezlere genellenmesini zorlaştırabilir. Çalışmada

kullanılan ölçüm araçları standardize edilmiş araçlar olduğu için sonuçların diğer bölge veya kültürlerde karşılaştırılmasına olanak tanır ve araştırma sonuçları benzer örneklem içeren gruplara genellenebilir.



4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %59.2’sinin kendisi, %61.9’unun eşi üniversite mezunudur, %53.1’i çalışmaktadır, %62.7’si il merkezinde yaşamaktadır ve %80.8’i tedavinin yapıldığı şehirde ikamet etmektedir. Katılımcıların %89.2’si çekirdek ailede yaşamaktadır, %51.5’i orta gelir düzeyine sahiptir ve %50’si karşılıklı tanışıp anlaşarak evlenmişlerdir. Katılımcıların yaş ortalaması 32.02 ± 5.43 , ortalama eş yaşı 35.30 ± 6.13 ve ortalama evlilik süresi 6.07 ± 3.69 yıldır.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	n	%			
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	49	18.8		
	Lise	57	21.9		
	Üniversite	154	59.2		
Eş Eğitim Düzeyi	İlköğretim	37	14.2		
	Lise	62	23.8		
	Üniversite	161	61.9		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	122	46.9		
	Çalışıyor	138	53.1		
Yaşanılan Yer	İl	163	62.7		
	İlçe	75	28.8		
	Köy	22	8.5		
Tedavinin Yapıldığı Şehirde Yaşama	Evet	210	80.8		
	Hayır	50	19.2		
Aile Tipi	Çekirdek aile	232	89.2		
	Geniş aile	28	10.8		
Gelir Düzeyi	İyi	114	43.8		
	Orta	134	51.5		
	Kötü	12	4.6		
Evlenme Şekli	Görücü usulü ile birbirimizi tanımadan	45	17.3		
	Karşılıklı tanışıp anlaşarak	130	50.0		
	Akraba/arkadaş önerisi ile tanışarak	72	27.7		
	Diğer	13	5.0		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	260	20.00	44.00	32.07	5.43
Eş yaşı	260	21.00	50.00	35.30	6.13
Evlilik süresi (yıl)	260	2.00	21.00	6.07	3.69

Katılımcıların obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, katılımcıların %58.5’i primer infertildir, %47.7’si daha önce gebelik geçirmiştir, daha önce gebelik geçirenlerin %24.6’sı kendiliğinden gebe kalmış ve %23.1’i tedavi ile gebe kalmışlardır. Gebeliğin sonucu %27.7 yaşayan çocuk, %3.8 kimyasal gebelik, %17.7 düşük, %3.8 ölü doğum ve %4.6 gebelik sonlandırma olmuştur. Katılımcıların %59.2’si çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almıştır, %48.5’i hormon tedavisi, %55.4’ü aşılama ve %16.9’u tüp bebek tedavisi almışlardır, katılımcıların %48.5’i şu anda aşılama tedavisi almaktadır. İnfertilite nedeni %34.6’sının kendisinden kaynaklı, %17.7’sinin eşinden kaynaklı ve %57.7’sinin nedeni bilinmemektedir. Yaşayan çocuk sayısı ortalama 1.31 ± 0.57 , Kimyasal gebelik sayısı 1.20 ± 0.42 , Düşük sayısı 1.17 ± 0.49 , Ölü doğum sayısı 1.00 ± 0.00 , Gebeliği sonlandırma sayısı 1.50 ± 1.17 , Hormon tedavisi sayı 1.97 ± 0.98 , Aşılama sayısı 1.92 ± 0.91 , Tüp bebek sayısı 1.45 ± 0.79 , Korunmadığı halde çocuk sahibi olamama süresi 4.76 ± 2.97 yıl, infertilite tanısından sonra geçen süre 3.65 ± 2.34 yıldır.

Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri

Özellikler		n	%
İnfertilite Türü	Primer	152	58.5
	Sekonder	108	41.5
Daha Önce Gebelik Geçirme	Evet	124	47.7
	Hayır	136	52.3
Kendiliğinden Gebe Kalma	Evet	64	24.6
	Hayır	196	75.4
Tedavi ile Gebe Kalma	Evet	60	23.1
	Hayır	200	76.9
Gebelik Sonucu*		n	%
Yaşayan Çocuk	Evet	72	27.7
	Hayır	188	72.3
Kimyasal Gebelik	Evet	10	3.8
	Hayır	250	96.2
Düşük	Evet	46	17.7
	Hayır	214	82.3
Ölü Doğum	Evet	10	3.8
	Hayır	250	96.2

Tablo 4.2. (Devamı)

		n	%		
Gebelik Sonlandırma	Evet	12	4.6		
	Hayır	248	95.4		
Çocuk Sahibi Olmak İçin Daha Önce Tedavi Alma*	Evet	126	59.2		
	Hayır	106	40.8		
Hormon Tedavisi	Evet	126	48.5		
	Hayır	134	51.5		
Aşılama	Evet	144	55.4		
	Hayır	116	44.6		
Tüp Bebek	Evet	44	16.9		
	Hayır	216	83.1		
Şu Anki Tedavi Aşaması	Hormon tedavisi	52	20.0		
	Aşılama	126	48.5		
	Tüp bebek	82	31.5		
İnfertilite Nedeni*		n	%		
Kendi	Evet	90	34.6		
	Hayır	170	65.4		
Eşi	Evet	46	17.7		
	Hayır	214	82.3		
Nedeni Bilinmiyor	Evet	150	57.7		
	Hayır	110	42.3		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaşayan çocuk sayısı	72	1.00	3.00	1.31	0.57
Kimyasal gebelik sayısı	10	1.00	2.00	1.20	0.42
Düşük sayısı	46	1.00	3.00	1.17	0.49
Ölü doğum sayısı	8	1.00	1.00	1.00	0.00
Gebeliği sonlandırma sayısı	12	1.00	4.00	1.50	1.17
Hormon tedavisi sayısı	126	1.00	5.00	1.97	0.98
Aşılama sayısı	144	1.00	5.00	1.92	0.91
Tüp bebek sayısı	44	1.00	3.00	1.45	0.79
Korunmadığı halde çocuk sahibi olamama süresi (yıl)	260	1.00	15.00	4.76	2.97
İnfertilite tanısı sonrası geçen süre	260	1.00	11.00	3.65	2.34

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeklerinden alınan puanlarının dağılımı Tablo 4.3'te sunulmuştur. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi katılımcılar, İnfertil Kadınlar İçin Doğurganlığa Hazır Oluşluk Ölçeğinden 80.98 ± 14.50 puan almışlardır. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %93.1'i gebelik için hazır

düzyededir. Katılımcılar İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formundan 17.78 ± 5.75 , İnfertilite Etkilenme Ölçeğinden 43.09 ± 10.79 ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeğinden 131.46 ± 15.36 puan almışlardır. Katılımcılar, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek puanı “Düşüncelerle aşırı meşguliyet” alt boyutundan, en düşük puanı ise “Umut” alt boyutundan almışlardır.

Tablo 4.3. Fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertiliteden etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler		n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk		260	40.00	115.00	80.98	14.50
İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu		260	8.00	32.00	17.78	5.75
İnfertilite Etkilenme Ölçeği		260	24.00	65.00	43.09	10.79
İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği		260	94.00	194.00	131.46	15.36
İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Alt boyutları	Düşüncelerle Aşırı Meşguliyet	260	9.00	35.00	21.81	6.72
	Spiritüel Baş Etme	260	7.00	26.00	12.45	4.62
	İnkâr	260	8.00	25.00	16.78	3.54
	Sosyal Geri Çekilme	260	9.00	30.00	19.53	4.97
	Negatif Benlik Algısı	260	7.00	30.00	19.84	5.65
	Umut	260	3.00	14.00	6.10	2.43
	Sosyal Destek Arama	260	4.00	16.00	9.50	2.55
	Kabul	260	5.00	20.00	12.02	3.20
	Kendine Yatırım Yapma	260	3.00	13.00	7.13	2.59
	Eş İlişkileri	260	3.00	13.00	6.25	2.20
Ölçek Kesme Noktalarına Göre Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Düzeyleri		n	%	-	-	-
Gebelik için hazır değil		18	6.9	-	-	-
Gebelik için hazır		242	93.1	-	-	-

Demografik özelliklere göre Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Demografik özelliklere göre fertilité desteği alan kadınlar için fertilité hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Fertiliteye		Öz Yeterlilik		İnfertilite		Baş Etme	
			Hazır Oluşluk				Etkilenme			
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	49	76.95	12.36	17.43	5.63	46.19	7.66	133.16	15.76
	Lise	57	81.02	16.35	16.67	4.38	43.96	12.69	129.35	13.15
	Üniversite	154	82.45	14.42	18.30	6.19	41.66	10.93	131.70	15.98
	Test ve Önemlilik		F=3.047 p=0.049		F=1.796 p=0.168		F=3.949 p=0.020		F=0.857 p=0.426	
Eş Eğitim Düzeyi	İlköğretim	37	71.38	18.64	15.89	4.49	51.00	8.84	127.16	15.46
	Lise	62	74.26	14.59	16.87	4.18	46.26	8.89	131.98	14.22
	Üniversite	161	85.77	10.92	18.56	6.37	40.05	10.64	132.25	15.68
	Test ve Önemlilik		F=28.562 p=0.000		F=4.354 p=0.014		F=22.083 p=0.000		F=1.706 p=0.184	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	122	80.36	16.39	18.11	5.98	42.07	10.30	132.07	13.90
	Çalışıyor	138	81.52	12.64	17.48	5.55	43.99	11.17	130.93	16.57
	Test ve Önemlilik		t=-0.633 p=0.527		t=0.890 p=0.374		t=-1.428 p=0.154		t=0.596 p=0.552	
Yaşanılan Yer	İl	163	80.29	14.78	17.41	5.49	44.16	11.06	131.19	17.80
	İlçe	75	81.60	14.96	18.88	5.88	41.37	10.41	132.75	9.67
	Köy	22	83.91	10.32	16.73	6.83	41.00	9.39	129.09	11.08
	Test ve Önemlilik		F=0.698 p=0.499		F=2.093 p=0.125		F=2.181 p=0.115		F=0.548 p=0.579	
Tedavinin Yapıldığı Şehirde Yaşama	Evet	210	80.90	14.75	17.64	5.64	43.25	10.97	131.44	15.98
	Hayır	50	81.32	13.56	18.36	6.23	42.40	10.09	131.56	12.55
	Test ve Önemlilik		t=-0.186 p=0.853		t=-0.797 p=0.426		t=0.501 p=0.617		t=-0.058 p=0.954	
Aile Tipi	Çekirdek aile	232	80.86	14.69	17.76	5.56	43.19	10.81	131.46	15.45
	Geniş aile	28	81.93	13.08	17.93	7.29	42.21	10.81	131.50	14.83
	Test ve Önemlilik		t=-0.367 p=0.714		t=-0.119 p=0.906		t=0.453 p=0.651		t=-0.014 p=0.989	
Gelir Düzeyi	İyi	114	82.84	13.21	17.77	5.67	43.54	11.74	132.54	16.54
	Orta	134	80.96	14.00	17.87	5.90	42.16	9.83	130.81	14.90
	Kötü	12	63.50	20.54	16.83	5.13	49.17	10.31	128.50	5.49
	Test ve Önemlilik		F=10.353 p=0.000		F=0.176 p=0.838		F=2.533 p=0.081		F=0.626 p=0.535	
Evlenme Şekli	Görücü usulü	45	78.58	12.65	16.49	5.48	46.44	10.09	131.62	13.14
	Tanışıp anlaşarak	130	84.89	11.70	18.58	5.82	41.18	10.58	133.55	16.37
	Akraba/arkadaş önerisi	72	76.75	17.31	17.25	5.46	43.74	11.22	130.11	13.18
	Diğer	13	73.54	18.81	17.08	6.93	47.00	9.60	117.54	16.81
	Test ve Önemlilik		F=7.235 p=0.000		F=1.892 p=0.131		F=3.567 p=0.015		F=4.744 p=0.003	

Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve evlenme şekline göre Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite mezunlarının puanlarının, ilköğretim mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); eş üniversite mezunu olanların puanlarının, eş ilköğretim ve lise mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri kötü olanların puanlarının, geliri orta ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evlenme şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); karşılıklı tanışıp anlaşarak evlenenlerin puanlarının, görücü usulü ile birbirini tanımadan ve akraba/arkadaş önerisi ile tanışarak evlenenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, çalışma durumu, yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama, aile tipine göre Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eş eğitim düzeyine göre İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eş eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); eşi üniversite mezunu olanların puanlarının, eşi ilköğretim mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama, aile tipi, gelir düzeyi ve evlenme şekline göre İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertilite Etkilenme Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi ve evlenme şekline göre İnfertilite Etkilenme Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Üniversite mezunlarının puanlarının, ilköğretim mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); eşi üniversite mezunu olanların puanlarının, eşi ilköğretim ve lise mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eşi lise mezunu olanların puanları da eşi ilköğretim mezunu olanlardan düşüktür.

Evlenme şekline göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); karşılıklı tanışıp anlaşarak evlenenlerin puanlarının, Görücü usulü ile birbirini tanımadan evlenenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, çalışma durumu, yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama, aile tipi ve gelir düzeyine göre İnfertilite Etkilenme ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, evlenme şekline göre İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); diğer şekillerde evlenenlerin puanlarının, görücü usulü ile birbirini tanımadan, karşılıklı tanışıp anlaşarak ve akraba/arkadaş önerisi ile tanışarak evlenenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama, aile tipi ve gelir düzeyine göre İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Obstetrik ve İnfertilite ile İlgili özelliklere göre Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Obstetrik ve infertilite ile ilgili özelliklere göre fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n	Ölçekler								
		Fertilitteye Hazır Oluşluk		Öz Yeterlilik		İnfertilite Etkilenme		Baş Etme		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
İnfertilite Türü	Primer	152	80.82	13.84	17.33	5.29	43.69	9.94	129.07	12.91
	Sekonder	108	81.20	15.45	18.41	6.32	42.24	11.89	134.82	17.78
Test ve Önemlilik			t=-0.212		t=-1.449		t=1.036		t=-2.867	
			p=0.832		p=0.149		p=0.301		p= 0.005	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Fertiliteye Hazır Oluşluk		Öz Yeterlilik		İnfertilite Etkilenme		Baş Etme	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Daha Önce Gebelik Geçirme	Evet	124	81.20	15.45	18.41	6.32	42.24	11.89	134.82	17.78
	Hayır	136	80.82	13.84	17.33	5.29	43.69	9.94	129.07	12.91
	Test ve Önemlilik			t=0.212 p=0.832		t=1.449 p=0.149		t=-1.036 p=0.301		t=2.867 p= 0.005
Kendiliğinden Gebe Kalma	Evet	64	80.00	12.51	16.66	5.87	44.09	11.96	134.19	15.06
	Hayır	196	81.30	15.11	18.14	5.68	42.76	10.40	130.57	15.39
	Test ve Önemlilik			t=-0.620 p=0.536		t=-1.803 p=0.073		t=0.858 p=0.392		t=1.641 p=0.102
Tedavi ile Gebe Kalma	Evet	60	82.40	16.95	19.40	6.30	41.93	10.93	133.78	20.99
	Hayır	200	80.55	13.70	17.29	5.50	43.44	10.76	130.76	13.20
	Test ve Önemlilik			t=0.773 p=0.442		t=2.518 p= 0.012		t=-0.945 p=0.346		t=1.053 p=0.296
Gebelik Sonucu										
Yasayan Çocuk	Evet	72	82.44	14.79	18.69	6.20	42.67	12.07	134.99	20.69
	Hayır	188	80.41	14.39	17.43	5.55	43.25	10.30	130.11	12.55
	Test ve Önemlilik			t=1.010 p=0.314		t=1.596 p=0.112		t=-0.363 p=0.717		t=1.872 p=0.064
Kimyasal Gebelik	Evet	10	81.20	12.92	14.40	5.32	46.80	14.54	122.60	21.65
	Hayır	250	80.97	14.59	17.91	5.74	42.94	10.63	131.82	15.00
	Test ve Önemlilik			t=0.050 p=0.961		t=-1.903 p=0.058		t=0.831 p=0.427		t=-1.333 p=0.214
Düşük	Evet	46	79.78	12.61	16.65	5.78	44.48	11.14	132.91	14.14
	Hayır	214	81.23	14.89	18.02	5.73	42.79	10.72	131.15	15.62
	Test ve Önemlilik			t=-0.615 p=0.539		t=-1.465 p=0.144		t=0.962 p=0.337		t=0.706 p=0.481
Ölü Doğum	Evet	10	82.40	8.53	12.80	3.61	52.80	8.04	104.80	16.54
	Hayır	250	80.92	14.70	17.98	5.74	42.70	10.72	132.53	14.34
	Test ve Önemlilik			t=0.316 p=0.752		t=-4.316 p= 0.001		t=2.944 p= 0.004		t=-5.960 p= 0.000
Gebelik Sonlandırma	Evet	12	69.33	22.19	19.83	7.73	43.33	9.62	136.83	8.95
	Hayır	248	81.54	13.85	17.68	5.64	43.08	10.86	131.20	15.57
	Test ve Önemlilik			t=-1.888 p=0.085		t=0.954 p=0.360		t=0.080 p=0.936		t=2.035 p=0.061

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Fertiliteye Hazır Oluşluk		Öz Yeterlilik		İnfertilite Etkilenme		Baş Etme	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Çocuk Sahibi Olmak İçin Daha Önce Tedavi Alma	Evet	126	86.86	9.31	19.32	6.03	40.46	11.02	130.52	16.96
	Hayır	106	79.36	15.25	17.35	5.61	43.81	10.65	131.72	14.92
	Test ve Önemlilik		t=4.570 p=0.000		t=2.287 p=0.023		t=-2.067 p=0.040		t=-0.482 p=0.631	
Hormon Tedavisi	Evet	126	79.30	15.10	17.27	5.77	43.63	11.56	131.16	12.55
	Hayır	134	82.55	13.79	18.25	5.72	42.57	10.04	131.75	17.64
	Test ve Önemlilik		t=-1.814 p=0.071		t=-1.381 p=0.169		t=0.788 p=0.432		t=-0.311 p=0.756	
Aşılama	Evet	144	78.03	15.59	17.06	5.44	45.72	10.27	131.65	15.15
	Hayır	116	84.64	12.13	18.67	6.02	39.83	10.58	131.23	15.68
	Test ve Önemlilik		t=-3.744 p=0.000		t=2.246 p=0.026		t=4.534 p=0.000		t=0.215 p=0.830	
Tüp Bebek	Evet	44	81.50	15.56	18.36	6.69	42.95	11.04	130.05	18.20
	Hayır	216	80.87	14.31	17.66	5.55	43.12	10.77	131.75	14.74
	Test ve Önemlilik		t=0.262 p=0.794		t=0.742 p=0.459		t=-0.090 p=0.928		t=-0.583 p=0.562	
Şu Anki Tedavi Aşaması	Hormon tedavisi	52	86.12	10.01	19.23	5.84	38.73	11.37	129.96	15.33
	Aşılama	126	80.76	14.98	17.86	5.59	44.07	10.95	132.29	15.07
	Tüp bebek	82	78.05	15.41	16.73	5.81	44.34	9.53	131.15	15.91
	Test ve Önemlilik		F=5.106 p=0.007		F=3.076 p=0.048		F=5.497 p=0.005		F=0.445 p=0.641	
İnfertilite Nedeni										
Kendi	Evet	90	79.98	13.07	16.42	5.92	45.56	9.38	129.42	18.62
	Hayır	170	81.51	15.22	18.49	5.55	41.78	11.28	132.54	13.25
	Test ve Önemlilik		t=-0.808 p=0.420		t=-2.799 p=0.006		t=2.872 p=0.004		t=-1.411 p=0.160	
Eşi	Evet	46	78.35	10.95	17.65	4.72	44.26	10.32	132.22	11.12
	Hayır	214	81.54	15.12	17.80	5.96	42.84	10.90	131.30	16.14
	Test ve Önemlilik		t=-1.666 p=0.099		t=-0.188 p=0.851		t=0.811 p=0.418		t=0.465 p=0.643	
Nedeni Bilinmiyor	Evet	150	81.67	16.01	18.43	5.83	42.03	11.53	131.48	13.40
	Hayır	110	80.04	12.15	16.89	5.55	44.53	9.57	131.44	17.75
	Test ve Önemlilik		t=0.895 p=0.372		t=2.142 p=0.033		t=-1.849 p=0.066		t=0.022 p=0.983	

Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği Toplam

Puanı İçin;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, çocuk sahibi olmak için daha önce aşılama tedavisi alma ve şu anki tedavi aşamasına göre Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alanların puan ortalaması daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için daha önce aşılama tedavisi alanların puan ortalaması daha düşüktür.

Şu anki tedavi aşamasına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hormon tedavisi alanların puanlarının, aşılama ve tüp bebek tedavisi alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, infertilite türü, daha önce gebelik geçirme, kendiliğinden gebe kalma, tedavi ile gebe kalma, gebelik sonucu (yasayan çocuk, kimyasal gebelik, düşük, ölü doğum, gebelik sonlandırma), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (hormon tedavisi, tüp bebek) ve infertilite nedenine (kendi, eşi, nedeni bilinmiyor) göre Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, tedavi ile gebe kalma, gebelik sonucu (ölü doğum), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (daha önce tedavi almadı, aşılama), şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedenine (kendi, nedeni bilinmiyor) göre İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tedavi ile gebe kalanların puan ortalaması daha yüksektir. Gebelik sonucu ölü doğum olanların puan ortalaması daha düşüktür. Çocuk sahibi olmak için daha önce

tedavi almayanların puan ortalaması daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için daha önce aşılama tedavisi alanların puan ortalaması daha düşüktür.

Şu anki tedavi aşamasına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hormon tedavisi alanların puanlarının, tüp bebek tedavisi alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İnfertilite nedeni kendi olanların puan ortalaması daha düşüktür. İnfertilite nedeni bilinmeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, infertilite türü, daha önce gebelik geçirme, kendiliğinden gebe kalma, gebelik sonucu (yasayan çocuk, kimyasal gebelik, düşük, gebelik sonlandırma), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (hormon tedavisi, tüp bebek) ve infertilite nedenine (eşi) göre İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertilite Etkilenme Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, gebelik sonucu (ölü doğum), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (daha önce tedavi almadı, aşılama), şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedenine (kendi) göre İnfertilite Etkilenme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Gebelik sonucu ölü doğum olanların puan ortalaması daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almayanların puan ortalaması daha düşüktür. Çocuk sahibi olmak için daha önce aşılama tedavisi alanların puan ortalaması daha yüksektir.

Şu anki tedavi aşamasına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hormon tedavisi alanların puanlarının, aşılama ve tüp bebek tedavisi alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İnfertilite nedeni kendi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, infertilite türü, daha önce gebelik geçirme, kendiliğinden gebe kalma, tedavi ile gebe kalma, gebelik sonucu (yasayan çocuk, kimyasal gebelik, düşük, gebelik sonlandırma), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (hormon tedavisi, tüp bebek), şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedenine (eşi, nedeni bilinmiyor) göre İnfertilite Etkilenme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, infertilite türü, daha önce gebelik geçirme, gebelik sonucuna (ölü doğum) göre İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sekonder infertil olanların puan ortalaması daha yüksektir. Daha önce gebelik geçirenlerin puan ortalaması daha yüksektir. Gebelik sonucu ölü doğum olanların puan ortalaması daha düşüktür.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, kendiliğinden gebe kalma, tedavi ile gebe kalma, gebelik sonucu (yasayan çocuk, kimyasal gebelik, düşük, gebelik sonlandırma), çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma (daha önce tedavi almadı, hormon tedavisi, aşılama, tüp bebek), şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedenine (kendi, eşi, nedeni bilinmiyor) göre İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çeşitli değişkenler ile Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Çeşitli değişkenler ile fertilitate desteği alan kadınlar için fertilitate hazır oluşluk ölçeği, infertilite öz yeterlilik ölçeği kısa formu, infertilite etkilenme ölçeği ve infertil kadınlar için baş etme ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Fertilitateye Hazır Oluşluk	Öz Yeterlilik	İnfertilite Etkilenme	Baş Etme
Yaş	r	-0.115	-0.064	0.157	0.041
	p	0.065	0.305	0.011	0.508
	n	260	260	260	260
Eş Yaşı	r	-0.082	0.018	0.092	0.033
	p	0.187	0.777	0.141	0.599
	n	260	260	260	260
Evlilik Süresi	r	0.018	0.012	0.025	-0.111
	p	0.770	0.852	0.691	0.075
	n	260	260	260	260
Yaşayan Çocuk Sayısı	r	0.090	-0.013	0.039	-0.029
	p	0.451	0.914	0.742	0.807
	n	72	72	72	72
Kimyasal Gebelik Sayısı	r	-0.457	0.059	0.370	0.448
	p	0.184	0.870	0.293	0.194
	n	10	10	10	10
Düşük Sayısı	r	-0.487	-0.073	0.149	0.073
	p	0.001	0.630	0.324	0.627
	n	46	46	46	46
Gebeliği Sonlandırma Sayısı	r	-0.491	-0.473	0.469	0.061
	p	0.105	0.120	0.124	0.851
	n	12	12	12	12
Hormon Tedavisi Sayısı	r	0.014	-0.035	-0.140	0.230
	p	0.880	0.695	0.119	0.010
	n	126	126	126	126
Aşılama Sayısı	r	-0.040	-0.117	0.072	-0.220
	p	0.633	0.161	0.390	0.008
	n	144	144	144	144
Tüp Bebek Sayısı	r	-0.219	-0.418	0.535	-0.541
	p	0.153	0.005	0.000	0.000
	n	44	44	44	44
Korunmadığı Halde Çocuk Sahibi Olamama Süresi	r	0.011	-0.047	0.094	-0.090
	p	0.858	0.450	0.133	0.147
	n	260	260	260	260
Tanıdan Sonra Geçen Süre	r	0.059	0.001	0.000	-0.007
	p	0.347	0.993	0.996	0.905
	n	260	260	260	260

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi yaş ile İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Yaş arttıkça, İnfertilite Etkilenme Ölçek puanı da artmaktadır. Yaş ile Fertilitate Desteği Alan Kadınlar için Fertilitate Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu

ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi eş yaşı, evlilik süresi, yaşayan çocuk sayısı, kimyasal gebelik sayısı, gebeliği sonlandırma sayısı korunmadığı halde çocuk sahibi olamama süresi, tanıdan geçen süre ile Fertilité Desteği Alan Kadınlar için Fertilité Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi Düşük sayısı ile İnfertil Kadınlar İçin Doğurganlığa Hazır Oluşluk Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Düşük sayısı arttıkça, Fertilité Desteği Alan Kadınlar için Fertilité Hazır Oluşluk puanı azalmaktadır. Düşük sayısı ile İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi hormon tedavisi sayısı ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hormon tedavisi sayısı arttıkça, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanı da artmaktadır. Hormon tedavisi sayısı ile Fertilité Desteği Alan Kadınlar için Fertilité Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Etkilenme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi aşılama sayısı ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Aşılama sayısı arttıkça, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanı azalmaktadır. Aşılama tedavisi sayısı ile Fertilité Desteği Alan Kadınlar için Fertilité

Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertilite Etkilenme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi tüp bebek sayısı ile İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük/orta düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Tüp bebek sayısı ile İnfertilite Etkilenme Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Tüp bebek sayısı arttıkça, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçek puanları azalmakta, İnfertilite Etkilenme Ölçek puanı artmaktadır. Tüp bebek sayısı ile Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği, İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk ölçeği, infertilite öz yeterlilik ölçeği kısa formu, infertilite etkilenme ölçeği ve infertil kadınlar için baş etme ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Fertilitteye Hazır Oluşluk Ölçeği	Öz Yeterlilik Ölçeği	İnfertilite Etkilenme Ölçeği	Baş Etme Ölçeği
Fertilitteye Hazır Oluşluk Ölçeği	r	1	0.477	-0.601	0.230
	p	-	0.000	0.000	0.000
	n	260	260	260	260
Öz Yeterlilik Ölçeği	r	0.477	1	-0.604	0.507
	p	0.000	-	0.000	0.000
	n	260	260	260	260
İnfertilite Etkilenme Ölçeği	r	-0.601	-0.604	1	-0.476
	p	0.000	0.000	-	0.000
	n	260	260	260	260
Baş Etme Ölçeği	r	0.230	0.507	-0.476	1
	p	0.000	0.000	0.000	-
	n	260	260	260	260

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği puanı ile İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki varken ($p<0.05$), İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanları arttıkça Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği puanı da artmakta, İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arttıkça Doğurganlığa Hazır Oluşluk Ölçeği puanı azalmaktadır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği puanı ile İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki varken ($p<0.05$), İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanları arttıkça İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği puanı da artmakta, İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arttıkça İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği puanı azalmaktadır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). İnfertilite Etkilenme Ölçeği puanı arttıkça, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği puanı azalmaktadır.

Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk puanı üzerine İnfertilite Öz Yeterlilik, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanının etkisini gösterir regresyon modeli Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk ölçeği puanı üzerine infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme puanının etkisi regresyon modeli

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	118.362	9.184	-	12.888	0.000	100.276	136.448
İnfertilite Öz							
Yeterlilik	0.573	0.162	0.227	3.538	0.000	0.254	0.893
İnfertilite							
Etkilenme	-0.710	0.085	-0.529	-8.393	0.000	-.877	-0.544
İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme	0.129	0.055	0.137	2.348	0.020	0.237	0.021

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, çoklu regresyon analizi, İnfertilite Öz Yeterlilik, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanlarının, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitteye Hazır Oluşluk puanını ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, İnfertilite Öz Yeterlilik, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanları ile Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitteye Hazır Oluşluk puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.628$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.388$, $F_{(3,256)}=55.653$; $p=0.000$). İnfertilite Öz Yeterlilik, İnfertilite Etkilenme ve İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanları birlikte, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitteye Hazır Oluşluk puanındaki değişimin %38.8’ini açıklamaktadır.

Regresyon analizinin sonucuna göre, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk puanını yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk puanını = $(0.573 \times \text{İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçek puanı}) + (-0.710 \times \text{İnfertilite Etkilenme Ölçek puanı}) + (-0.129 \times \text{Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçek puanı}) + (118.362)$.

İnfertilite Öz Yeterlilik puanındaki 1 birimlik artış, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk puanında 0.573 birimlik artışa neden olmaktadır. İnfertilite Etkilenme puanındaki 1 birimlik artış, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır

Oluşluk puanında 0.710 birimlik azalmaya neden olmaktadır. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanındaki 1 birimlik artış, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazır Oluşluk puanında 0.129 birimlik artışa neden olmaktadır.

İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanı üzerine; Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik ve İnfertilite Etkilenme puanının etkisini gösterir regresyon modeli Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. İnfertil kadınlar için baş etme puanı üzerine; fertilitte desteği alan kadınlar için fertilitte hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite etkilenme puanına etkisi regresyon modeli

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	147.942	9.506	-	15.563	0.000	129.222	166.662
Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk	0.163	0.070	0.154	2.348	0.020	0.300	0.026
İnfertilite Öz Yeterlilik	0.999	0.176	0.374	5.677	0.000	0.652	1.345
İnfertilite Etkilenme	-0.488	0.103	-0.343	-4.732	0.000	-0.690	-0.285

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, çoklu regresyon analizi, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik ve İnfertilite Etkilenme puanlarının İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanını ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik ve İnfertilite Etkilenme puanları ile İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.563$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.309$, $F_{(3,256)}=39.683$; $p=0.000$). Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk, İnfertilite Öz Yeterlilik ve İnfertilite Etkilenme puanları birlikte, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanındaki değişimin %30.9’unu açıklamaktadır.

Regresyon analizinin sonucuna göre, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanını yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanını =

$(0.163 \times \text{Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk Ölçek puanı}) + (0.999 \times \text{İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçek puanı}) + (-0.488 \times \text{İnfertilite Etkilenme Ölçek puanı}) + (147.942)$.

Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır Oluşluk puanındaki 1 birimlik artış, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanında 0.163 birimlik artışa neden olmaktadır. İnfertilite Öz Yeterlilik puanındaki 1 birimlik artış, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanında 0.999 birimlik artışa neden olmaktadır. İnfertilite Etkilenme puanındaki 1 birimlik artış, İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme puanında 0.488 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır. Araştırma bulguları dört farklı ölçek ile incelenmiştir. Bunlardan ilki *Fertilite Desteği Alan Kadınlar için Fertilite Hazır oluşluk Ölçeği*'dir. Çalışmamızda katılımcıların bu ölçekten ortalama 80.98 ± 14.50 puan aldıkları belirlenmiştir, bu kapsamda katılımcıların doğurganlığa hazır oluşluklarının orta düzeyin biraz üzerinde olduğu söylenebilir. Aluş Tokat ve Demirdağ'ın (2023) Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada bu değer 83.01 (39-115 arasında), Erdemoğlu'nun (2020) Malatya'da yaptığı bir çalışmada 80.00 ± 14.54 ve Fata'nın (2019) İzmir'de yürütmüş olduğu bir çalışmada 93.68 ± 10.63 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmaların tümünde katılımcıların doğurganlığa hazır oluşluk düzeyleri orta düzeyde veya orta düzeyden yüksektir. Doğurganlığa hazır oluşlukta orta düzey; hazır oluşluk sürecinin tam olarak başlangıç aşamasında olmadığını, ancak henüz tam anlamıyla ileri düzey bir hazırlık aşamasına da gelinmediğini belirtir. Örneğin, kişi veya çift, sağlıklı bir diyet izlemeye başlamış olabilir, zararlı alışkanlıklardan (sigara, alkol vb.) uzak durmaya çalışıyor olabilir, ancak henüz belirli tıbbi tedaviler veya prosedürler (örneğin, hormon tedavisi, tüp bebek gibi) planlamamış veya planlanmış olsada kadın kendini bu işlemlere hazır hissetmiyor olabilir.

Çalışmada kullanılan ikinci ölçüm aracı, *İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formudur*. Katılımcılar İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formundan 17.78 ± 5.75 puan almışlardır, buna göre katılımcıların infertilite öz yeterlilik düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Jafari, Shirvan ve Roudsari'nin (2023) İran'da yapmış oldukları bir çalışmada, ölçeğin uzun formu kullanılmış ve bu değer 51.70 ± 12.29 olarak belirlenmiştir. Mirzaasgari ve ark. (2022) İran'da yaptıkları başka bir çalışmada gebe olmayanlarda 57.90 ± 10.02 , gebelik testi pozitif olanlarda 54.67 ± 8.91 ve klinik olarak gebe olanlarda

55.18±11.67 olarak belirtilmiştir. Ozan ve Duman (2018)'in Türkiye'nin doğusunda yaptıkları çalışmada ölçeğin kısa formu kullanılmış ve katılımcılar 19.45±5.66 puan almışlardır. Altıparmak ve Derya'nın (2018) Malatya'da iki gruplu yürüttüğü bir çalışmada da yine ölçeğin kısa formu kullanılmış ve bu değer grupların birinde 23.16±4.13, diğerinde 20.43±4.19 olarak belirlenmiştir. Görüldüğü gibi çalışma bulgularımıza benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da bireylerin infertilite öz yeterlikleri orta düzeydedir. Orta düzeyde öz yeterlilik, kişinin bu konuda belirli bir bilgi ve beceriye sahip olduğunu ancak bu alandaki bilgi ve güven düzeyinin henüz yüksek olmadığını gösterir. Bu durum, kadınların üreme sağlığı ve infertilite tedavisi hakkında temel bilgilere sahip olduğunu, ancak daha ileri düzeyde bilgi ve deneyime sahip olmadığını veya bu bilgileri tam olarak uygulamada bazı zorluklar yaşadığını gösterebilir. Özetle, orta düzeyde öz yeterlilik, kişinin bilgi ve becerilerinin yeterli olduğunu ancak daha ileri düzeyde bir güven ve deneyim kazanmasına ihtiyacı olduğunu ifade eder.

Çalışmada kullanılan üçüncü ölçüm aracı, *İnfertilite Etkilenme Ölçeği*dir. Katılımcılar İnfertilite Etkilenme Ölçeğinden 43.09±10.79 puan almışlardır, buna göre katılımcıların infertiliteden orta düzeyde etkilendikleri söylenebilir. Tural ve Çelik'in (2019) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmalarında katılımcılar 37.83±8.31 puan almışlardır. Yılmaz, Yazıcı ve Benli'nin (2020) yaptıkları çalışmada katılımcılar 37.4±9.96 puan almışlardır. Zorlu ve Erbaş'ın (2021) yaptıkları bir çalışmada da katılımcılar 38.20±9.66 puan almışlardır. Görüldüğü gibi çalışma bulgularımıza benzer şekilde ulusal literatürdeki çalışmalarda da katılımcılar infertiliteden orta düzeyde etkilenmişlerdir. Uluslararası literatürde ise farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda; Cao, Bai ve Zhang'ın (2022)'in Çin'de yaptıkları bir çalışmada infertilite'den etkilenme incelenmiş ve infertil kadınlarda ilişki kaygısı ve cinsel kaygı stresinin infertiliteden etkilenmeyi artıran iki önemli unsur olduğunu belirtmişlerdir.

Simionescu ve arkadaşları (2021) infertiliteden etkilenmeyi depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısı ile ilişkilendirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da orta düzeyde infertiliteden etkilenme, kadının infertilite sorunu nedeniyle yaşadığı zorlukların, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan orta düzeyde olduğunu ifade edebilir. Yani, infertilite, kişinin yaşam kalitesini ve genel iyilik halini etkileyebilir, ancak bu etki, çok ağır veya çok hafif olmayabilir.

Çalışmada kullanılan son ölüm aracı, *İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği*'dir. Katılımcılar bu ölçekten 131.46 ± 15.36 puan almışlardır, buna göre katılımcıların çocuk sahibi olma sürecinde yaşadıkları sorunlarla baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışma kapsamına alınan, kadınların infertilite sorunu ile baş etmek için en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma ve sosyal destek arama, kabul ve spiritüel baş etme tarzlarını kullandıkları belirlenmiştir. Çalışkan & Süzer Özkan'ın (2021) Batı Karadeniz bölgesindeki bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada çalışma bulgularımıza benzer şekilde katılımcıların İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme ölçeğinden 139.17 ± 2.0 puan aldıkları ve kadınların infertilite sorunu ile baş etmek için en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma, sosyal destek arama, kabul ve spiritüel baş etmeyi kullandıkları bildirilmiştir. Erbektaş'ın (2022) İstanbul'da yaptığı benzer bir çalışmada infertil kadınların genel olarak baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu, baş etme tarzı olarak en çok; umut, eş ilişkileri, kendine yatırım yapma ve kabul yöntemlerini kullandıkları bildirilmiştir. Yılmaz ve Şahin'in (2020) infertilite stresi ile baş etmeyi konu alan bir sistematik derlemesinde ulusal ve uluslararası 16 farklı çalışma incelenmiş ve infertil bireylerin stres ile başa çıkmada çeşitli baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Din ve maneviyata yönelme, sosyal izolasyon, durumu yok sayma ve dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin en fazla kullanılan yöntemler olduğu sonucuna varılmıştır (Yılmaz & Şahin, 2020). Yapılan bir çalışmada kadınların infertilite stresi ile

başa çıkmada daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabilceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçtiklerini bildirilmiştir (Yılmaz & Oskay, 2015). Türk kadınları arasında psikososyal sorunlar ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada, kadınların infertilite sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunlarla baş etmek için; eşleriyle ve infertilite sorunu yaşayan diğer kadınlarla sorunları paylaşmak, stresi aşmak için manevi başa çıkma yöntemlerine yönelmek, toplumdan uzak durmak gibi yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir (Karaca & Ünsal, 2015). Elyasi ve ark. (2021), İranda yaptıkları bir çalışmada infertil kadınların problem çözmeye dayalı baş etme yöntemlerinden olumlu düşünme yöntemini daha çok kullandıkları, Emosyonel baş etme tarzlarından ise öz-kontrol yöntemini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. De, Mukhopadhy ve Roy'un Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada (2021) üç grup infertil kadın incelenmiş ve grupların ikisinde uzaklaşma yönteminin, diğer grupta ise sorumluluğu kabul etme yönteminin daha çok kullanıldığı belirlenmiştir. Choi ve Moon'un (2023) Korede yaptıkları kesitsel bir çalışmada; infertilite kliniğine başvuran 120 infertil kadının eş desteği, infertiliteyi kabullenme, alınan danışmanlık desteği deneyimlerinin daha çok kullanıldığını belirlemişlerdir. İnfertilite ile orta düzeyde baş etme, kadının infertilite sorununu yönetme ve başa çıkma yeteneklerinin, belirli bir seviyede olduğunu ifade eder. Bu durumda, başa çıkma tarzları ve uyum sağlama becerileri, orta düzeyde etkili olabilir. Yani, kadın bu zorlukla başa çıkmada bazı başarılar sağlasa da bu süreç tamamen sorunsuz değildir. Daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır.

İnfertil kadınların doğurganlığa hazır oluşluklarını etkileyebilecek sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve

evlenme şeklinin infertil kadınlar için doğurganlığa hazır oluşluk düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Eşi ve kendisi üniversite mezunu olanların, karşılıklı tanışıp anlaşarak evlenenlerin doğurganlığa hazır oluşlukları daha yüksek, geliri kötü olanların doğurganlığa hazır oluşlukları daha düşüktür. Debelew, Afework ve Yalew (2014) üniversite eğitimi alanların doğurganlığa hazır oluşluklarının, lise ve daha düşük eğitim alanlardan yüksek olduğunu ve gelir getiren bir işte çalışanların 11 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Anderge, Nigussie ve Wondafrash'ın (2017) yaptıkları bir çalışmada ekonomik durumun doğuma hazır oluşluk için önemli bir gösterge olduğu belirtilmiştir. Gudeta & Regassa'nın (2019) Etiyopya'da yaptıkları bir çalışmada; lise mezunu olanların doğurganlığa hazır oluşluklarının, ilkokul ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; eğitim düzeyi yükseldikçe ve gelir attıkça fertiliteye hazır oluşluğun arttığı belirlenmiştir (Aluş Tokat, Demirdağ, 2023). İnfertil kadınların kendilerinin veya eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe fertiliteye hazır oluşluğun artmasının birkaç nedeni olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar, üreme sağlığı ve doğurganlık konularında daha fazla bilgiye sahip olabilirler. Bu sayede, infertilite sorunlarına yönelik farkındalıkları artar ve çözüm yollarını daha iyi anlayabilirler. Yine eğitim seviyesi yüksek olan eşler, infertilite ile ilgili bilimsel araştırmalar yapma ve doğru bilgiye ulaşma konusunda daha yetkindirler. Bu, çiftin doğru tedavi seçeneklerini değerlendirmelerine ve infertil kadınların hazır oluşluklarının artmasına yardımcı olmuş olabilir. Eğitim düzeyi gibi gelir düzeyi de arttıkça, kadının çalışma ve dolayısıyla gelir elde etme olasılığı da artar. Bu durum, infertilite tedavisi için gerekli finansal kaynaklara ulaşmayı kolaylaştırmış olabilir. Evlilik şekli, infertil kadınların doğurganlığa hazır oluşluklarını çeşitli şekillerde etkilemiş olabilir. Konuşup tanışarak evlenen çiftlerde, duygusal destek ve iletişim avantajlarıyla genellikle daha olumlu bir etki yaratabilir. Görücü usulü veya diğer tür evliliklerde, aile

baskısı ve geleneksel beklentiler nedeniyle stres olabilir. Bu nedenler de doğurganlığa hazır oluşluk üzerinde olumsuz etki yapmış olabilir.

İnfertil kadınların doğurganlığa hazır oluşluk düzeylerini etkileyebilecek obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri incelendiğinde; çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi alma durumunun, aşılama tedavisi almanın ve şu anki tedavi aşamasının hazır oluşluk düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almayanların fertiliteye hazır oluşlukları daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için daha önce aşılama tedavisi alanların fertiliteye hazır oluşlukları daha düşüktür. Hormon tedavisi alanların fertiliteye hazır oluşlukları, aşılama ve tüp bebek tedavisi alanlardan daha yüksektir. Ayrıca Düşük sayısı arttıkça, fertiliteye hazır oluşluk düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.6). Debelew, Afework ve Yalew (2014)'in Etiyopya'da yaptıkları bir çalışmada, tedavi sürecinin ve yöntem denemelerinin artmasının doğurganlığa hazır oluşluk üzerinde olumsuz etki yaptığı belirtilmiştir (Debelew, Afework ve Yalew, 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada tedavi sayısının artmasının doğurganlığa hazır oluşluk üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Aluş Tokat, Demirdağ, 2023). Bu iki bulgu da bizim çalışmamızın bulguları ile paraleldir. Daha önce doğurganlık tedavisi almamış, ilk kez tedavi alacak kadınlar, tedavinin vücut üzerindeki etkileri açısından daha az yıpranmış olabilirler. Genellikle daha yüksek bir umut ve motivasyona sahip olabilirler. Bu durum, doğurganlık tedavilerinde duygusal ve psikolojik olarak daha güçlü olmalarına yardımcı olabilir. Aşılama tedavisi, IVF gibi daha invaziv yöntemlere göre daha basit ve daha az müdahale içeren bir tedavidir. Bu durum, kadının tedaviye daha az stresle yaklaşmasına ve daha rahat hissetmesine olanak tanımış olabilir. Kadının doğurganlık tedavisinde hangi aşamada olduğu, doğurganlığa hazır oluşluk düzeyini önemli ölçüde etkileyebilir: Kadınlar henüz tedaviye yeni başladığında, süreç hakkında yüksek umutlar

ve beklentilere sahip olabilirler. Bu, doğurganlığa hazır oluşluk düzeyini artırabilir. Tedavi süreci ilerledikçe, stres ve kaygıyı artırarak hazır oluşluk düzeyini düşürebilir.

İnfertil kadınların **Öz Yeterliliklerini** etkileyebilecek sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; eş eğitim düzeyinin infertilite öz yeterlik düzeyini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Eşi üniversite mezunu olanların öz yeterlik düzeyi, eşi ilköğretim mezunu olanlardan yüksektir. Sobotka, Beaujuan ve Bacel (2017) eş eğitim düzeyinin yüksek olmasının, infertilite öz yeterliliğinde pozitif etkiye sahip olabileceğini bildirmiştir. Faramarzi ve ark. (2014) ise eş eğitim düzeyinin infertilite özyeterliliği üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir. Eğitimli eşler, infertilite sürecinde partnerlerine daha fazla duygusal destek ve empati sunabilirler. Eşlerin duygusal desteği, kadının çocuk doğuramama ilgili yaşadığı duygusal zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olabilir ve bu da öz yeterlilik düzeyini artırmış olabilir.

İnfertil kadınların Öz Yeterliliklerini etkileyebilecek obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri incelendiğinde; tedavi ile gebe kalma durumunun, ölü doğum yapmanın, çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almamanın, aşılama tedavisi almanın, şu anki tedavi aşamasının ve infertilite nedeninin kadının kendinden veya idiyopatik olmasının infertilite öz yeterlik düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Tedavi ile gebe kalanların, daha önce tedavi almayanların ve İnfertilite nedeni bilinmeyenlerin öz yeterlik düzeyleri daha yüksektir. Daha önce ölü doğum yapanların ve daha önce aşılama tedavisi alanların öz yeterlik düzeyleri daha düşüktür. Hormon tedavisi alanların öz yeterlik düzeyi, tüp bebek tedavisi alanlardan yüksektir. İnfertilite nedeni kadından kaynaklı olanların öz yeterlik düzeyi daha düşüktür. Ayrıca Tüp bebek sayısı arttıkça, öz yeterlik düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.6). Bhat & Byatt (2016) infertil kadınlarda, gebeliğin, ölü doğum ile sonuçlanmasının, depresyon, anksiyete, öz yeterlikte azalma gibi sonuçları olabileceğini belirtmişlerdir. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliğine (ACOG)'e göre

devam eden infertilite tedavisi, tedavinin aşaması, tedavi süresi veya eşlik eden diğer etmenler kadının öz yeterliğini ve diğer ruhsal özelliklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (ACOG, 2020). Tedavi ile elde edilen olumlu sonuçlar, kadının tedavi süreçlerine ve kendi vücut işleyişine olan güvenini artırabilir. Bu güven, kadınların öz yeterlilik duygusunu olumlu yönde etkimiş olabilir. Ölü doğum, kadınlar için son derece travmatik bir deneyim olabilir. Bu durum, kadının tedavi sürecine olan inancını zedeleyebilir ve öz yeterlilik duygusunu ciddi şekilde olumsuz etkileyebilir. Kadınlar, bu tür deneyimlerden sonra tekrar gebe kalma sürecine karşı güvensizlik ve korku duyabilirler. İlk kez tedavi sürecine girecek olan kadınlar için bu süreç, genellikle belirsizlik ve bilinmezlikle doludur. Bu durum, kadının öz yeterlilik duygusunu zayıflatabilir çünkü tedavi süreçleri ve sonuçları hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. Aşılama tedavisi, infertilite tedavisine yeni başlayan kadınlar için ilk adımlardan biridir ve bu süreç, tedavi deneyimi kazanmalarına olanak tanır. Tedavi süreçlerine alışma, öz yeterliliği artırabilir. Kadınların şu anki tedavi aşaması, öz yeterliliklerini önemli ölçüde etkileyebilir. Özellikle tüp bebek (IVF) gibi ileri tedavi yöntemlerinde kadınlar, daha fazla umut ve beklenti içinde olabilirler. Bu, öz yeterliliği artırabilir ancak aynı zamanda baskıyı da artırabilir. Kadının infertilite sorununun kendi vücudundan kaynaklandığını bilmesi, kendini suçlama eğilimine yol açabilir. Bu da öz yeterlilik duygusunu zayıflatabilir, çünkü kadın kendisini başarısız ve yetersiz hissedebilir. Nedeni bilinmeyen infertiliteelerde ise bu durumun tersi geçerli olabilir.

İnfertil kadınların *İnfertilite Etkilenme* düzeylerini etkileyebilecek sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, evlenme şekli ve yaşın infertiliteden etkilenmeyi etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Üniversite mezunlarının infertiliteden etkilenmeleri, ilköğretim mezunlarından düşüktür. Eşi üniversite mezunu olanların infertiliteden etkilenmeleri, eşi ilköğretim ve lise mezunu

olanlardan düşüktür. Ayrıca eşi lise mezunu olanların infertiliteden etkilenmeleri de eşi ilköğretim mezunu olanlardan düşüktür. Karşılıklı tanışıp anlaşarak evlenenlerin infertiliteden etkilenmeleri, görücü usulü ile birbirini tanımadan evlenenlerden düşüktür. Yaş arttıkça, infertiliteden etkilenme de artmaktadır (Tablo 4.6). Dube ve ark. (2021) eğitim düzeyi düşüklüğünün infertiliteden etkilenmede önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Hudepohl & Smith (2022) ileri yaştakilerin infertiliteden etkilenme düzeylerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Nuri Tural ve Sis Çelik (2019) çalışmalarında eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi ve evlenme şeklinin infertiliteden etkilenme üzerinde etkili olmadığını, fakat yaşın etkili bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Zorlu & Erbaş (2021), eğitim düzeyinin ve yaşın infertiliteden etkilenme üzerinde etkili olmadığını belirtmişlerdir. Eş eğitim düzeyini ise infertiliteden etkilenme üzerinde anlamlı bir değişken olduğunu saptamışlardır. Yılmaz, Yazıcı ve Benli (2020), eğitim düzeyinin infertiliteden etkilenme üzerinde etkili bir faktörken, yaşın etkili olmadığını bildirmişlerdir. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer ve çelişen sonuçlar olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar, genellikle daha iyi bilgi ve farkındalığa, problem çözme becerilerine ve sosyal destek sistemlerine sahip oldukları için infertilite deneyimlerinden daha az etkilenebilirler. Eğitimli eşler, genellikle duygusal destek sağlamada ve empati göstermede daha iyi olabilirler. Bu durum, infertilite deneyiminin psikolojik yükünü azaltabilir ve kadınların daha az etkilenmelerine yardımcı olabilir. Geleneksel veya ailelerin kararıyla yapılan evliliklerde, infertilite deneyimi üzerindeki toplumsal baskı daha fazla olabilir. Bu durum, kadınların üzerindeki stres ve kaygıyı artırarak etkilenme düzeyini artırabilir.

İnfertil kadınların İnfertilite Etkilenme düzeylerini etkileyebilecek obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri incelendiğinde; ölü doğum yapmanın, çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almamanın, aşılama tedavisi alınmanın, şu anki tedavi aşamasının,

infertilite nedeninin kadının kendinden kaynaklanmasının ve tüp bebek sayısının infertiliteden etkilenmeyi etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Gebelik sonucu ölü doğum olanların, daha önce aşılama tedavisi alanların, infertilite nedeni kendinden kaynaklı olanların infertiliteden etkilenmesi daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almayanların infertiliteden etkilenmesi daha düşüktür. Hormon tedavisi alanların infertiliteden etkilenmeleri, aşılama ve tüp bebek tedavisi alanlardan düşüktür. Ayrıca tüp bebek sayısı arttıkça, infertiliteden etkilenme de artmaktadır (Tablo 4.6). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG); önceki obstetrik ve jinekolojik öykünün infertiliteden etkilenmeye neden olduğunu belirtmektedir. ACOG'a göre aşılama gibi yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması, ölü doğum yapılması infertiliteden etkilenmeye neden olmaktadır. Nuri Tural ve Sis Çelik (2019) çalışmalarında; şu anki tedavi aşamasının ve infertilite nedeninin kimden kaynaklandığının bilinmesinin infertiliteden etkilenme üzerinde etkili olduğunu belirlemişlerdir. Yılmaz, Yazıcı ve Benli (2020), infertilite nedeninin kadın olmasının infertiliteden etkilenme üzerinde etkili iken, daha önce infertilite tedavisi almanın, infertilite aşamasının etkili olmadığını saptamışlardır. Toplumda ölü doğum ile ilgili stigma ve kendini suçlama duyguları da etkilenme düzeyini artırabilir. Kadın, infertilite sürecinde yaşadığı ölü doğum nedeniyle kendini başarısız hissedebilir. Geçmişte yaşanan bir ölü doğum, kadının gelecekteki gebelikler konusunda kaygı ve güvensizlik hissetmesine neden olabilir. Bu da etkilenme düzeyini yükseltebilir. Daha önce tedavi almama durumu, kadının henüz başlamış bir tedavi süreci olmadığı için daha az yorgunluk ve duygusal yük yaşamasına neden olabilir. Aşılama tedavisi, tedavi sürecinin bir parçası olarak kadına umut ve kontrol duygusu verebilir. Bu da bazı durumlarda öz yeterliliği artırabilir ve etkilenme düzeyini düşürebilir. Kadının non-invaziv bir aşamada olması, umudun yüksek olmasını sağlayabilir ve etkilenme düzeyini düşürebilir. İnfertilitenin kadının kendisinden

kaynaklanması, genellikle suçluluk, yetersizlik hissi ve öz saygıda düşüş gibi olumsuz duygulara yol açabilir. Tüp bebek tedavisinin sayısının artması, genellikle tedavi sürecinin uzaması anlamına gelir. Her bir tedavi döngüsü beraberinde tıbbi prosedürler, hormon tedavileri ve sürekli kontrolleri getirir. Bu durum, kadın üzerinde sürekli bir stres ve kaygı yaratabilir.

İnfertil kadınların **Baş Etme** düzeylerini etkileyebilecek sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; evlenme şeklinin infertilite ile baş etmeyi etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Diğer şekillerde evlenenlerin infertilite ile baş etmeleri, görücü usulü ile birbirini tanımadan, karşılıklı tanışıp anlaşarak ve akraba/arkadaş önerisi ile tanışarak evlenenlerden düşüktür. Küçük & Koruk (2022) evlilik şeklinin infertiliteden baş etme üzerinde etkili bir faktör olduğunu belirlemiştir. Çalışmalarına göre aşk dışı evlilik türlerinde baş etme daha düşüktür. Bu bulgu kısmen bizim bulgumuzu desteklemektedir. Geleneksel evlenme şekilleri, toplumun çocuk sahibi olma beklentilerini ve baskılarını yansıtabilir. Eğer evlilik geleneksel bir şekilde yapıldıysa, bu durum ailevi ve toplumsal baskıyı artırabilir. Bu baskılar, kadının infertilite sürecinde daha fazla stres yaşamasına neden olabilir.

İnfertil kadınların baş etme düzeylerini etkileyebilecek obstetrik ve infertilite ile ilgili özellikleri incelendiğinde; infertilite türü, daha önce gebelik geçirme ve ölü doğum olmasının, infertilite ile baş etmeyi etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Sekonder infertil olanların, daha önce gebelik geçirenlerin infertilite ile baş etmeleri daha yüksektir. Gebelik sonucu ölü doğum olanların infertilite ile baş etmeleri daha düşüktür. Ayrıca hormon tedavisi sayısı arttıkça, baş etme de artmaktadır. Aşılama ve tüp bebek sayısı arttıkça, infertilite ile baş etme azalmaktadır (Tablo 4.6). Choi & Moon (2023) daha önceki gebelik süreci, ölü doğum gibi, önceki gebelik deneyimlerinin infertilite ile baş etme üzerinde etkili olduğunu belirlemiştir. Avusturalya'da yardımcı üreme teknikleri

üzerine kurulmuş bir dernek olan, “City Fertility” grubu önceki jinekolojik deneyimlerin, infertilite ile baş etmede önemli unsurlar olduğunu belirtmişlerdir. Gruba göre geçmişte ölü doğum yapan birisi ile hiç doğum yapmamış ama yardımcı üreme tekniği kullanan kadınların baş etmeleri arasında farklılık olması beklenen bir durumdur (City Fertility, 2024). Ülkemizde ise Küçük ve Koruk (2022) daha önce gebelik geçirmenin ve infertilite tedavisi almanın baş etme düzeyini artırdığını belirlemişlerdir. Primer infertilite durumunda, tedavi seçenekleri genellikle daha geniş olabilir çünkü kadınlar daha önce gebelik yaşamamıştır. Bu durum, tedavi sürecinde umut verici olabilir fakat aynı zamanda tedavi sürecinin karmaşıklığını ve stresini de artırabilir. Bu nedenle daha önce çocuk sahibi olmuş sekonder infertil kadınların baş etme düzeyleri daha yüksek çıkmış olabilir. Daha önce gebelik yaşamış kadınlar, bu deneyimi olumlu bir referans olarak kullanabilirler. Geçmişte başarılı gebelik yaşamak, tedavi sürecinde umut ve motivasyon sağlayabilir. Ölü doğum sonrası, kadınlar gelecekteki gebelikler hakkında daha fazla kaygı ve güvensizlik hissi yaşayabilirler. Bu durum baş etme üzerine olumsuz etki yapmış olabilir. Hormon tedavisi, aşılama ve tüp bebek sayısı arttıkça geçen zaman ve azalan umut baş etme düzeyini de azaltmış olabilir.

İnfertil kadınlarda fertilitate hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertilite ile baş etme düzeyleri arasındaki *ilişki* incelendiğinde; öz yeterlilik ve baş etme düzeyi arttıkça, fertilitate hazır oluşluk düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. İnfertilite baş etme düzeyi arttıkça infertilite öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır. İnfertilite etkilenme düzeyi arttıkça, fertilitate hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite ile baş etme düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.7). İnfertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme düzeyleri birlikte, infertil kadınlar için fertilitate hazır oluşluk düzeyindeki değişimin %38.8’ini açıklamaktadır (Tablo 4.8). Ayrıca İnfertil kadınlar için fertilitate hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite

etkilenme düzeyleri birlikte, infertilite ile baş etme düzeyindeki değişimin %30.9'unu açıklamaktadır (Tablo 4.9). Pedro (2015) infertiliteden etkilenme ile başa çıkma tarzları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Parwez ve Banaras (2022), öz yeterlilik ile baş etme düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlemiştir. Zorlu & Erbaş (2021)'da benzer şekilde infertiliteden etkilenme ile başa çıkma tarzları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızla benzer niteliktedir. Yılmaz & Şahin'in bir sistematik derlemesine göre (2020) başa çıkma ile infertiliteden etkilenme arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aslan (2023) ise çalışmasında; İnfertilitede özyeterlilik ile hazır oluşluk arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir. İnfertilite ile baş etme sürecinde deneyim kazanan bireyler, genellikle daha etkili problem çözme becerileri geliştirirler. Bu beceriler, öz yeterliliği artırabilir. İnfertilite ile baş etme süreci, kişilerin uyum sağlama yeteneklerini geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu, kişilerin stresle başa çıkma ve olumsuz durumları yönetme becerilerini artırabilir, bu da öz yeterliliğin artmasına katkıda bulunabilir. İnfertiliteden etkilenme düzeyi arttıkça, kişilerin tedaviye yanıt verme ve doğurganlığa hazır olma yetenekleri etkilenebilir. Uzun süreli ve karmaşık infertilite süreçleri, bireylerin fiziksel ve duygusal olarak daha az hazır hissetmelerine ve hazır oluşluklarının azalmasına neden olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- İnfertilite tedavisi alan kadınların %93.1'i gebelik için hazır düzeydedir ve doğurganlığa hazır olma düzeyleri ortalamanın üzerindedir.
- İnfertilite tedavisi alan kadınların öz yeterlilik ve infertiliteden etkilenme düzeyleri ortalama düzeydedir.
- İnfertilite tedavisi alan kadınların baş etme düzeyleri ortalama düzeyin üzerindedir.
- İnfertil kadınlarda doğurganlığa hazır oluşu etkileyen faktörler; eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi, evlenme şekli, çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almama durumu, aşılama tedavisi alma ve şu anki tedavi aşamasıdır.
- İnfertil kadınlarda öz yeterliliği etkileyen faktörler; eş eğitim düzeyi, tedavi ile gebe kalma durumu, gebelik sonucunun ölü doğum olması, çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almama, aşılama tedavisi alma, şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedeninin kadının kendinden veya idiyopatik olmasıdır.
- İnfertiliteden etkilenmeyi etkileyen faktörler; eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, evlenme şekli, gebelik sonucunun ölü doğum olması, çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi almama, aşılama tedavisi alma, şu anki tedavi aşaması ve infertilite nedeninin kadının kendinden kaynaklanmasıdır.
- İnfertil kadınlarda baş etmeyi etkileyen faktörler; evlenme şekli, infertilite türü, daha önce gebelik geçirme ve gebelik sonucunun ölü doğum olmasıdır.
- İnfertil kadınlarda öz yeterlilik ve baş etme düzeyi arttıkça, doğurganlığa hazır oluşluk düzeyi de artmaktadır. Baş etme düzeyi arttıkça, öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır.

- İnfertiliteden etkilenme düzeyi arttıkça, doğurganlığa hazır oluşluk, öz yeterlilik ve baş etme düzeyleri azalmaktadır
- İnfertilite öz yeterlilik, infertilite etkilenme ve infertil kadınlar için baş etme birlikte, infertil kadınlar için doğurganlığa hazır oluşluktaki değişimin %38.8'ini açıklamaktadır.
- İnfertil kadınlar için doğurganlığa hazır oluşluk, infertilite öz yeterlilik ve infertilite etkilenme birlikte, infertil kadınlar için baş etmedeki değişimin %30.9'unu açıklamaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

İnfertilite tedavisi alan kadınların çoğunluğunun gebelik için hazır düzeyde olması, tedavi sürecinin genel olarak olumlu etkilerini yansıtmaktadır. Ancak, doğurganlığa hazır oluşluk düzeyi düşük olan kadınlar için, tedavi sürecinde psikolojik ve emosyonel destek sağlanmalıdır.

Öz yeterlilik ve infertiliteden etkilenme düzeylerinin ortalama düzeyde olması, bu konudaki desteğin artırılması gerektiğini göstermektedir. Öz yeterlilik duygusunu güçlendirmek için bireysel danışmanlık ve destek grupları gibi ek kaynaklar sağlanabilir. Özellikle öz yeterliliği etkileyen faktörlere (eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, tedavi deneyimleri) odaklanarak, kişiselleştirilmiş destek stratejileri geliştirilebilir.

Baş etme düzeylerinin ortalamanın üzerinde olması, kadınların baş etme stratejilerinde genellikle başarılı olduklarını gösterir. Ancak, baş etme stratejilerinin güçlendirilmesi ve kişiselleştirilmiş baş etme planlarının oluşturulması yararlı olabilir. Bu planlar, kadının özel ihtiyaçlarına ve yaşadığı zorluklara göre bireyselleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). (2020). Manangement of stillbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 135(3), e110-132.
- Aflakseir, A., & Mahdiyar, M. (2006). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in shiraz. *Journal of Reproduction and Infertility*, 17(2), 117.
- Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in shiraz, iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202–206.
- Akyüz, A. (2005). *Infertilite tedavisi ve sonucun alınması sürecinde iletişim güçlükleri*. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Özet Kitabı, 20-25. Ankara.
- Akyüz, A., Gürhan, N., Bakir, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 469-476.
- Alirezaei, S., Taghipour, A., Latifnejad, R.R. (2022). The effect of infertility counseling interventions on marital and sexual satisfaction of infertile couples: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 20(10), 795-806. doi: 10.18502/ijrm.v20i10.12264.
- Altıparmak, S., Derya, Y.D. (2018). The effects of fertility-supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self-efficacy in infertile women: A quasi-experimental study, *European Journal of Integrative Medicine*, 20, 2018, 146-153.

- Aluş-Tokat, M., Demirdağ, C. (2023). The fertility preparedness and affecting factor in women that undergoing fertility treatment. *Reproductive BioMedicine Online*. 47(S), 0-43.
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 345-350.
- Ambildhuke, K., Pajai, S., Chimegave, A., Mundhada, R., Kabra, P.A. (2022). Review of tubal factors affecting fertility and its management. *Cureus*, 1, 14(11), e30990. doi: 10.7759/cureus.30990.
- Andarge, E., Nigussie, A. ve Wondafrash, M. (2017). Factors associated with birth preparedness and complication readiness in Southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 412 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1582-3>
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W.K., Ope, J.O., Barivure, T.N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie- Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10: 690. e1-5.
- Anshel, M.H. (2001). Qualitative validation of model for coping with acute stress in sport. *Journal of Sport Behavior*, 24(3), 223-246.
- Anwar, S., Anwar, A., (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Womens Health Gynecol*, 5, 2-5.
- Araoye, M.O. (2003). Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West African Journal of Medicine*, 22(2), 190-196.
- Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress,

- self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1801-12.
- Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., Lash, A. A. & Firat, M. Z. (2014). Cultural validation of the Turkish version of the infertility self-fficacy scale-short form (TISE-SF). *Journal of Transcultural Nursing*, 25(3), 232-240. doi: 10.1177/1043659613508784.
- Aslan, H., (2023). *Türkiye'nin Mardin ve Bursa illerinde infertil çiftlerin damgalanma düzeyleri, infertiliteye öz yeterlilik durumu ve fertilitate hazır oluşluluk durumlarının incelenmesi*. (Tez No. 805829) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K. & Öztürk, E.E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2),45- 79.
- Bala, R., Singh, V., Rajender, S. & Singh, K. (2021). Environment, lifestyle, and female infertility. *Reproductive Sciences*, 28(3), 617-638. doi: 10.1007/s43032-020-00279-3.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy (The Exercise of Control)*, New York: W. H. Freeman and Company. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(02\)00048-8](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(02)00048-8)
- Bandura, A. (1998). Health promotion from perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13, 623-249.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education-Behavior*, 31(2), 143-164.
- Banker, M., Patel, A., Deshmukh, A. & Shah, S., (2018). Comparison of effectiveness of different protocols used for controlled ovarian hyperstimulation in intrauterine

- insemination cycle. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68, 65-69.
- Batool, S.S., Visser, R.O. (2016). Experiences of infertility in British and Pakistani women: a cross-cultural qualitative analysis. *Health Care for Women International*, 37,180–96.
- Bayu, D., Egata, G., Kefale, B., & Jemere, T. (2020). Determinants of Infertility among Married Women Attending Dessie Referral Hospital and Dr. Misganaw Gynecology and Obstetrics Clinic, Dessie, Ethiopia. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2020, 1540318. <https://doi.org/10.1155/2020/1540318>
- Beji, N.K., Kaya, Y. (2018). *İnfertil Çiftlerde Danışmanlık Süreci. 1. Cilt. Beji, N.K., Kaya, Y. (Ed.) İnfertilite Hemşireliği El Kitabı* içinde s-18-31. ISBN:978-605-335-326-3,
- Beji, N.K., Meran, E.H.P. (2016). İnfertilite Hemşireliğinin Tarihçesi. *Androloji Bülteni*. 18(64): 60–64
- Belen, S. (2012). *The relationship between perceived quality of life and coping skills in individuals regarding fertility problems*. (Tez No. 449794) [Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Bellver, J., Donnez, J. (2019). Introduction: Infertility etiology and offspring health. *Fertility and Sterility*, 1, 111(6), 1033-1035. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.04.043.
- Benjamin, J. J., Koshy, T., Kumar, K. M., Maruthy, K. & Padmavathi, R. (2020). Metaanalysis of association between il-6-174 g/c polymorphism and female infertility related disorders. *Journal of Reproductive Immunology*, 140, 1-6.
- Bhat, A., & Byatt, N. (2016). Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 31. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0663-8>.

- Billings, A.G., Moos, R.H. (1981). The Role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4,139-157.
- Bitler, M. P., Schmidt, L. (2012). Utilization of infertility treatments: the effects of insurance mandates. *Demography*, 49(1), 125-149.
- Borghet, M. V. & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62: 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Bourey, C., Murray, S. (2022). Intimate partner violence among women with infertility. *Lancet Glob Health*, 10(6), e778-e779. doi: 10.1016/S2214- 109X(22)00205-4.
- Buckett, W. & Sierra, S., (2019). The management of unexplained infertility: An evidence- based guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society. *Reproductive Biomedicine Online*, 39, 633-640.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Cao, D., Bai, C. & Zhang, G. (2022). Psychological Distress Among Infertility Patients: A Network Analysis. *Front. Psychol.* 13:906226. doi: 10.3389/fpsyg.2022.906226
- Carson, S.A. & Kallen, A.N. (2021). Diagnosis and management of infertility: A review. *JAMA*, 6;326(1):65-76. doi: 10.1001/jama.2021.4788.
- Chan, C.H., Ng, E.H.Y., Chan, C.L.W. & Ho, P.C. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85, 339–46.
- Choi, Y. & So-Hyun M. (2023) . Types and Characteristics of Stress Coping in Women Undergoing Infertility Treatment in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, no. 3: 2648. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032648>

- City Fertility, (2024). Coping with infertility. <https://www.cityfertility.com.au/fertility-services/support-services/coping-with-infertility/>. (10.07.2024).
- Cousineau, T.M, Green, T.C., Corsini, A., Barnard, T., Seibring, A.R. & Domar, A.D. (2006). Development and validation of the infertility self-efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 85, 1684-1696.
- Cousineau, T.M. & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21,293-308
- Cousineau, T.M., Green, T.C., Corsini, E. & Seibring, A. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23(3), 554-566.
- Çalışkan, A., & Süzer Ö., F. (2021). İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(4), 297-306. 10.14744/phd.2021.46503
- Çavuşoğlu, İ., (2017). Yardımcı Üreme Teknikleri. İnfertilite Hemşireliği El Kitabı, Demirci, N. ve Beji, N.K. (editörler). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 103-120.
- Çelik, E., A. (2020). *İnfertilite tedavisi gören kadınların başa çıkma stratejileri, evlilik doyumları ve umutsuzluk düzeylerinin ilişkisi*. (Tez No. 648452) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Çetin, B. & Akin, A. (2009). An investigation of the relationship between achievement goal orientations and the use of stress coping strategies with canonical correlation. *International Journal of Human Sciences*, 6(1),242- 255.
- Çetin, S. A. & Özkan, H. A. (2019). *İnfertilite. Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Özkan, H.A. (editör). Akademisyen Kitabevi, Ankara, 119-134.

- D.E., Qiao, J. (2022). Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 10(6), e820-e830. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00098-5.
- Dağ, H. (2014). *Neuman sistemler modeli'ne göre infertil kadınların yaşadığı stresörlerin incelenmesi*. (Tez No. 388631) [Doktora Tezi, Ege Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Dağ, H., Yigitoğlu, S., Aksakal, B. İ. & Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 31 (6), 1457-1462. doi:10.12669/pjms.316.8605
- Dalton, C.C. & Gottlieb, L.N. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of Advance Nursing*. 42(2): 108-117.
- Danacioglu, Y. O., Yenice, M., Akkaş, F., Soytaş, M., Seyhan, S. & Taşçı, A. İ. (2018). The genetic causes of infertility in patients with oligozoospermia and azoospermia in Turkish population. *The New Journal of Urology*, 16, 159-164.
- De, D., Mukhopadhy, P. & Roy, P.K. (2021). Fertility-related problems and ways of coping of couples with primary infertility in urban India. *Journal of Psychosexual Health*, 3(1),37-45. doi:10.1177/2631831821991518
- Debelew, G.T., Afework, M.F & Yalew, A.W. (2014). Factors affecting birth preparedness and complication readiness in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: a multilevel analysis. *Pan African Medical Journal*. 19: 272 doi:10.11604/pamj.2014.19.272.4244.
- Demirci, N. & Potur, D.,C. (2014). Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1): 39-45.

- Demirci, N. & Beji Kızılkaya, N. (2017). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
- Demirci, N. & Coşkun Potur D. (2017). İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. N. Demirci ve N.K. Beji (Editörler). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
- Denber, H. C. B. (1978). Psychiatric aspects of infertility. *Journal of Reproductive Medicine Gynaecology & Obstetrics*, 20(1), 23–29 doi: 10.5455/cap.20131001091415.
- Dennis, C.L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psycometric assesment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6),734-744.
- Dilek, N. & Kızılkaya B. N. (2012). Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 24-29.
- Dolgun, Z. N. & İnan, C. (2017). Kliniğimizde yapılan total abdominal histerektomi endikasyonları ve operasyon materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48, 49-52.
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E. & Kessel, B. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19,568–575.
- Donkor, E. S. & Sandall, J. (2009). Coping strategies of women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*. 13 (4), 81-93.
- Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 6,3335- 3346.

- Dube, L., Nkosi- Mafutha, N., Balsom, A.A. (2021). Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: a qualitative study. *BMJ Open*, 11, e050373. doi:10.1136/ bmjopen-2021-050373
- Dudu Karaman, E. & Doğan, N. (2018). Anelik rolü üzerine: kadının “annelik” kimliği üzerinden tahakküm altına alınması. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 1475-1496
- Duman, M. (2018). İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilitate uyumları ile öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2) , 43-46
- Durning, P.E., Williams, R.S. (2004). Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertility and Sterility*. 82(2), S101.
- Ehsanpour, S., Mohsenzadeh, N., Kazemi, A. & Yazdani, M. (2009). The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 14 (2), 51-55.
- Ejzenberg, D., Andraus, W., Mendes, L. R. B. C., Ducatti, L., Song, A., Tanigawa, R., Rocha-Santos, V., Arantes, R. M., Soares, J. M. & Serafini, P. C. (2018). Livebirth after uterus transplantation from a deceased donor in a recipient with uterine infertility. *The Lancet*, 392, 2697-2704.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *STED Türk Tabipleri Birliği Yayını*, 24(6), 230-236.
- Elyasi, F., Islami Parkoochi, P., Naseri, M., Samadaee Gelekolae, K., Hamed, M., Peyvandi, S. & Azizi, M. (2021) Relationship between coping/attachment styles

- and infertility-specific distress in Iranian infertile individuals: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive Medicine*, 19,347–360. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v19i4.9061>.
- Er, Ö. (2019). *İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. (Tez No. 602405) [Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi] Ulusal Tez Merkezi.
- Erbektaş, G., (2022). *İnfertil kadınlarda damgalanma ve infertilite ile başa çıkma yöntemlerinin incelenmesi*. (Tez No. 797213) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Erdemoğlu, Ç. (2020). *İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertiliteye Hazır Oluşluk, Stres ve Stres İle Baş Etmeye Etkisi*. (Tez No. 635091) [Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Ergin, N. R., Polat, A., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1),46- 49.
- Etemen, K. D., Gürkan, F.S. (2020). İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Social Science*, 3(1), 1-18.
- Famarzi, M, Pasha, H. , Esmailzadeh, S. , Kheirkhah, F. , Hajian-Tilaki, K. & Salmalian, H. (2014). A survey of correlation infertility self-efficacy with behavioral health scales in infertile women. *Health*, 6, 943-949. doi: [10.4236/health.2014.610119](https://doi.org/10.4236/health.2014.610119).
- Fata, S. & Aluş Toka, M. (2020). Development of Fertility Preparedness Scale for Women Receiving Fertility Treatment. *Journal of Nursing Research*. 28(3), e95.

- Fata, S. (2019). *Hipnofertilite felsefesine dayalı girişimlerin in vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınların fertilite hazır oluşlukları, kortizol düzeyleri ve gebelik sonuçlarına etkisi* (Tez No. 559255) [Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Fata, S., Aluş Tokat, M. (2019). Fertilite Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar: Dünya'dan Örnekler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(1), 72-75.
- Fata, S., Tokat, M.A. (2017). Doğurganlık Desteği Alan Kadınların Stresini Azaltmada Hipnofertilite'nin Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 60-66.
- Fido, A., Zahid, M.A. (2015). Coping with infertility among kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(50), 294-300.
- Folkman S, (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4),839-52.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95,107-113.
- Folkman, S., Lazarus, S.R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*,48(1),150-170.
- Fuente, J., Mañas, I., Franco, C., Cangas, A.J. & Soriano, E. (2018). Differential Effect of level of self-regulation and mindfulness training on coping strategies used by university students. *International Journal of Environmental Health Research*,15(10), 2230.
- Gelbaya, T. A., Potdar, N., Jeve, Y. B. & Nardo, L. G. (2014). Definition and epidemiology of unexplained infertility. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 69, 109-115.

- Göcek Yorulmaz, E. G., Tekinsav Sütçü, (2016). İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 144-156.
- Greenberg, P.L., Martindale, L.S., Collum, P.S & Dolan, L.S. (2014). Distress tolerance as a predictor of depressive and posttraumatic stress symptoms in a substance use disorder in-patient treatment sample. *Journal Of Traumatic Stress*, 3(2),1-4.
- Gudeta, T. A., & Regassa, T. M. (2019). Factors Associated with Birth Preparedness and Complication Readiness Among Pregnant Women in Bench Maji Zone, Southwest Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(5), 567–576.
- Gülşah, K., Erdoğan, E. N., Söylemez, E. B., Güvenç, G. (2020). Histerektomi olan hastanın fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 273-278.
- Güzel, Ö., Atan, A., Aslan, Y. (2018). Hiperprolaktinemi ve erektil disfonksiyon. *Androloji Bülteni*, 20, 90-94.
- Holt, R. I. (2008). Medical causes and consequences of hyperprolactinaemia. A context for psychiatrists. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 28-37.
- Howe, S., Zulu, J.M., Boivin, J. & Gerrits, T. (2020). The social and cultural meanings of infertility for men and women in Zambia: legacy, family and divine intervention. *Facts Views and Vision In Obgyn*, 12: 185–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123694/>.
- Hudepohl, N.S., Smith, K. (2022). Infertility and Its Association with Depression, Anxiety, and Emotional Distress: A Current Review. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 119-132.

- Hur, C., Rehmer, J., Flyckt, R., Falcone, T. (2019). Uterine factor infertility: a clinical review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62, 257-270.
- Inhorn, .M.C, Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411- 426.
- İslimye Taşkın, .M, Usta, A., Cüce, C., Adalı, E., & Arslan, M. (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *European Journal of Health Sciences*, 2,79-84.
- Jafari, H., Seraj Shirvan, F., Latifnejad Roudsari, R. (2023). The Relationship between Self-Efficacy and Psychological Distress among Infertile Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(2), 3744-3750. DOI: 10.22038/JMRH.2023.63739.1848
- Jordan, C. ve Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 22 (4) 341-358.
- Jose-Miller A.B., Boyden, J.W., Frey, K.A. (2007). Infertility. *American Family Physician*, 75, 849-856.
- Karaca, A. & Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12(2), 126-132. doi:10.5222/HEAD.2015.126
- Karaca, A., Ünsal, G., Asik, E., Keser, I., Ankarali, H., & Merih, Y. D. (2018). Development and assessment of a coping scale for infertile women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(3), 13–23. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i3.2>
- Karaçam, Z., Şen, E. (2012). Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 80-91.

- Kargar, M., & Ramezanli, S. (2015). Coping with infertility:an examination of coping mechanisms in iranian women with infertility. *Journal of Psychiatry*.18(1),1-5.
- Karpat, C., & Erensoy, H. (2020). A pilot study on stress and coping strategies in infertile women under in vitro fertilization treatment. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 14(3), 461-467.
- Katole, A. & Saoji, A.V. (2019). Prevalence of primary infertility and its associated risk factors in urban population of central India: A community-based cross-sectional study. *Indian Journal of Community Medicine*, 44,337–41.
- Kavlak, O. & Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği' nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6,188-202.
- Kaya, D., Akgemci, T., Çelik, A. (2012). A research levels of perceived social support on the responsible persons of the hospital units. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,21(3),357-370.
- Kaya, Y., Kızılkaya Beji, N., Aydın, Y. & Hassa, H. (2016). Kadınlarda Yaşam Biçim Davranışlarının Fertilité Üzerine Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 190-196.
- Kaya, Y., Tahta., T. (2022). *İnfertilite. 1. Cilt. Fışkın G. (Ed) Kadın Sağlığı Uygulamaları ve Jinekolojik Sorunlar içinde s-361-382. Nobel, ISBN:978-625- 417-999-0*
- Kırca N, Pasinlioğlu T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5, 162-178.
- Koçak, D.Y., Duman, N.B. (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi*. 2(3), 7-13.
- Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1),27- 38.

- Koniaries, K.G., Patel, K., Baecher-Lind, L. (2022). Evaluation and management of infertility for patients without insurance coverage. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1, 65(4), 739-752. doi: 10.1097/GRF.0000000000000709.
- Kumar, N., & Singh, A. K. (2015). Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(4),191-196.
- Küçük, S. & Koruk, F. (2022) Being an infertile woman in a highly fertile region of Turkey: Stigmatisation and coping experiences. *Electronic Journal of General Medicine*. 19(2), 346. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11545>.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- Lee, J., Hwang, S., Lee, J., Yoo, J., Jang, D., Hwang, K. & Kim, M. (2018). Effect of insemination timing on pregnancy outcome in association with female age, sperm motility, sperm morphology and sperm concentration in intrauterine insemination. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(6), 1100-1106.
- Lee, S.H., Wang, S.C., Kuo, C.P., Kuo, P.C., Lee, M.S. & Lee, M.C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24,507-13.
- Leslie, S.W., Soon-Sutton, T.L., Khan, M.A.B. (2023). *Male Infertility*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; PMID: 32965929.
- Liang, S., Chen, Y., Wang, Q., Chen, H., Cui, C., Xu, X., Zhang, Q. & Zhang, C. (2021). Prevalence and associated factors of infertility among 20-49 year old women in henan province, China. *Reproductive Health*, 18, 254.

- Luk, B.H.K. & Loke, A.Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37: 108– 22.
- Makar, R.S. & Toth, T.L. (2002). The evaluation of infertility. *American Journal of Clinical Pathology*, 117, 95-103.
- Maleki-Saghooni, N., Amel Barez, M., Moeindarbari, S. & Karimi, F.Z. (2017). Investigating the breastfeeding self-efficacy and its related factors in primiparous breastfeeding mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(18),3097-3012.
- Mantzouki, C., Bliatka, D., Iliadou, P. K., Margeli, A., Papassotiriou, I., Mastorakos, G. & Goulis, D. G. (2019). Serum Bisphenol A concentrations in men with idiopathic infertility. *Food and Chemical Toxicology*, 125 562-565.
- Marzieh Kargar, J, Somayeh Ramezanli. (2015). Coping with infertility: An Examination of Coping Mechanisms in Iranian Women with Infertility. *Journal of Psychiatry*, 18, 188. doi:10.4172/1994-8220.1000188.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S., R., Boerma, T., Vanderpoel, S. & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12), e1001356.
- McLeod, S. (2015). Stress management. *Simply Psychology*, 1-4.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health pro-motion programs. *Health Education Quarterly*,15,351–377.
- Medicine, R., (2015). Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 103, 18-25.
- Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F. & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy

- outcomes of women undergoing in vitro fertilization: A prospective cohort study,” *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20, 539–548. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i7.11556>.
- Moghadam, A.D., Delpisheh, A. & Khosravi, A. (2013). Epidemiology of female infertility; a review of literature, *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 10, 559-567.
- Mol, B.W., Hart, R.J. (2020). Unexplained infertility. *Seminars in Reproductive Medicine*, 38(1), 1-2. doi: 10.1055/s-0040-1721425.
- Nakano, F. Y., Leão, R. d. B. F. & Esteves, S. C. (2015). Insights into the role of cervical mucus and vaginal pH in unexplained infertility. *Medical Express*, 2(2), 1-8.
- Naqvi, S. M. A. S., Bhattarai, J. B., Li, H. & Wang, X. W. (2019). Polycystic ovarian syndrome and female infertility. *Yangtze Medicine*, 4, 11-27.
- Nik Hazlina, N.H., Norhayati, M.N., Shaiful Bahari, I. & Nik Muhammad Arif, N. A. (2022). Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, 12(3), e057132. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057132>.
- Noël, I., Dodin, S., Dufour, S., Bergeron, M.-È., Lefebvre, J. & Maheux-Lacroix, S. (2022). Evaluation of predictor factors of psychological distress in women with unexplained infertility. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 16, 26334941211068010.
- Nuri Tural, G. & Sis Çelik, A. (2019). Determination of the relationship between the levels of psychological effects of infertility and social support perceived by primary infertile women. *Journal of Health Sciences and Professions*, 6(1),91-104.

- Okumuş, H. & Durgun, Y. (2012). Üreme Endokrinolojisi/İnfertilite ve Hemşire. B. Rızk, J. Garcia-Velasco, H. Sallam ve A. Makrigiannakis (Editörler). *İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri*. Güneş Tıp Kitabevi.
- Ozan, Y.D. & Duman, M. (2018). The Relationship Between Fertility Adjustment And Self-efficacy of Women In The Period of Infertility Treatment. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2), 43-46.
- Öngen, M. (2021). *İnfertilite Tanısı Alan Çiftlerde Fertiliteye Uyum Süreci ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Tez No. 693883) [Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özkan, İ.A. (2012). *Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. (Tez No. 324222) [Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Öztekin, Ü., Caniklioğlu, M., Sarı, S., Selmi, V., Gürel, A. & Işıkay, L. (2019). Evaluation of male infertility prevalence with clinical outcomes in middle anatolian region. *Cureus*, 11(7), 2-7
- Parwez, S., & Banaras, A. (2022). Self-efficacy and coping styles of infertile women in peshawar. *Pakistan Journal of Humanities & Social Sciences Research*. 5(1), 43-56.
- Patterson, J.M. & McCubbi, H.I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement *Journal of Adolescence*,10,163-186.
- Payne, D., & Goedeke, S. (2007). Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 645-653.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1987). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*,19(1),2-21.

- Pedro, A. (2015). Coping with infertility: an explorative study of south african women's experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 49-59. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2015.51008>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. & Skaggs, G. H. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for ivf cope with infertility stres. *Human Reproduction*. 21 (9), 2443-2449. doi:10.1093/humrep /del145
- Plotnik, R. (2009). *Psikoloji'ye giriş*. Geniş T.(Çev.).İstabil: Kaknüs Yayınları.
- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N. & Naghizadeh, M.M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 7, 97-103.
- Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M. & Farahani, M.N. (2011). Infertility stress: the role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5 (4), 101-108.
- Ribeiro, A. R., Luis, C., Fernandes, R. & Botelho, M. C. (2019). Schistosomiasis and Infertility: What do We Know? *Trends in Parasitology*, 35(12), 964-971.
- Riordan, J. (2005). Breastfeeding and human lactation. Third Edition. London, *Jones and Barlett Publishers*,3,67-80.
- Rooney, K. L. & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41.
- Rothbaum, R., Weisz, J.R. & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*,42,5-37.
- Royal College of Nursing Publications (RCN). (2012). RCN publications cover a wide range of topics varying from clinical guidance to employment relations issues to advice on bullying. <http://www.rcn.org.uk/publications>. (10.8. 2024).

- Saei Ghare Naz, M., Ozgoli, G. & Sayehmiri, K. (2020). Prevalence of infertility in iran: a systematic review and meta-analysis. *Urology Journal*, 17, 338-345.
- Saraç, M. & Koç, I. (2018). *Prevalence and risk factors of infertility in Turkey: Evidence from demographic and health surveys, 1993–2013*. *Journal of Biosocial Science*, 50(4), 472–490. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000244>
- Schmidt, L., Christensen U. ve Holstein, B. E., (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*. 20 (4), 1044-1052. doi:10.1093 /humrep /deh687
- Sengupta, P., Dutta, S. & Alahmar, A.T. (2022). Reductive stress and male infertility. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1391,311-321. doi: 10.1007/978-3-031-12966-7_17.
- Serdaroğulları, M. (2020). Causes of Male Infertility. *Experimed*, 10(3), 144-7.
- Sharma, C., Subedi, D., Rai, L. & Upreti, K. (2014). Stress and coping mechanism of infertile women attending infertility clinic in kathmandu. *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 2(4),24-28.
- Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B. E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., & Anton, C. (2021). Kısırlık ve psikolojik sıkıntı arasındaki karmaşık ilişki (Derleme). *Deneyisel ve Terapötik Tıp*, 21(4), 306. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>
- Sis Çelik, A. & Kırca, N. (2018). Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104-114.
- Skinner, EA., Wellborn, J.G. (1994). Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective. In *Life-Span development and behavior: life-span*

- development and behavior*. Featherman DL, Lerner RM, Perlmutter M. (Eds.).US: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 91-133.
- Sobotka, T., Beaujouan, É., & Van Bavel, J. (2017). Introduction: education and fertility in low-fertility settings. *Vienna Yearbook of Population Research*, 15, 1–16. <https://www.jstor.org/stable/26506094>
- Somunkıran, A., Merih, İ. & Yücel, O. (2006). Hiperprolaktinemi; tanı ve tedavideki güncel yaklaşımlar. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 16, 137-146.
- Sormunen, T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K., Westerbotn, M. (2018). Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of Clinical Nursing*. 27:335-344.
- Sousa, D.V., Zauszniewski, A.J., Musil, C.M., Price, P.J.L. & Davis, S.A. (2005). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 19(3), 217- 230.
- Souza, M.D.C.B., Silva, L.A.B.D., Sequeira, F.F., Azevedo Antunes, R. & Souza, M.M. (2023). The management of infertility for primary care physicians. *Women Health*, 63(3), 194-203. doi: 10.1080/03630242.2023.2165599. Spanish. doi: 10.1016/j.acuro.2019.10.013.
- Stevens, K.R.(2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 4
- Şahin, B.M. & Özerdoğan, N. (2014). Başarılı emzirme için sosyal bilişsel ve emzirme-özyeterlilik kuramına dayalı hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 21-29
- Şahin, Y., Zengin, M. N., Yayla, E., Sayın, A. D. & Et, A. (2023). Tıp Fakültesi Öğrencileri Arasında Nikotin, Alkol ve Kafein Kullanımının Değerlendirilmesi:

- Orijinal Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 12-21.
- Şahin, Y. T. (2012). *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri*. (Tez No. 365280) [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Tao, P., Coates, R. & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian Medical Journal*, 4(11), 620-627.
- Taşkın, L. (2007). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 8.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 516-520.
- Tayebi, N. & Ardakahani, M.S. (2007). The Prevalence of Sexual Dysfunctions in Infertile Women. *Middle East Fertility Society Journal*, 12(3), 184-187.
- Terzioğlu, F., (2016). *İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri*. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Taşkın, L. (editör). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 559-578.
- The Lancet Global Health. (2022). Infertility-why the silence? *Lancet Glob Health*, 10(6), e773. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00215-7.
- The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).(2014). Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017. *Oxford, Wiley Blackwell*, 361-362.
- Thoma, M. E., McLain, A. C., Louis, J. F., King, R. B., Trumble, A. C., Sundaram, R. & Louis, G. M. B. (2013). Prevalence of infertility in the united states as estimated by the current duration approach and a traditional constructed approach. *Fertility and Sterility*, 99, 1324-1331.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55 (21.07.2024).

- Unuane, D. & Velkeniers, B., (2020). Impact of thyroid disease on fertility and assisted conception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 34, 101378.
- Uslu Yuvacı, H. (2021). *İnfertilite, tanı ve tedavi yöntemleri*. Omaç Sönmez, M., Turan, Z., (ed.), *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması* içinde (s. 479). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ünal, S., Kargın, M. & Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9,481-486.
- Van der Borght, M. & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10.
- Vargas-Tominaga, L., Alarcón, F., Vargas, A., Bernal, G., Medina, A. & Polo, Z. (2020). Associated factors to pregnancy in intrauterine insemination. *JBRA Assisted Reproduction*, 24, 66.
- Venkatesan, L. (2005). Self-Concept in infertile women. *Nursing Journal of India*, 96(3),55-56.
- Vural, I.P. & Beji, N. (2014). İnfertilite sorununun psikoseksüel etkileri. *Androloji Bülteni*, 16(57), 135-138.
- Walker, M.H. & Tobler, K.J. (2022). *Female infertility*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, PMID: 32310493.
- Wang, Y., Fu, Y., Ghazi, P., Gao, Q., Tian, T., Kong, F., Zhan, S., Liu, C., Bloom, Wasilewski, T., Łukaszewicz-Zajac, M., Wasilewska, J. & Mroczko, B. (2020). Biochemistry of infertility. *Clinica Chimica Acta*, 508, 185–190.
- Weisz, R.J. (1994). McCabe am and dennig dm. primary and secondary control among children undergoing medical procedures: adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2),324-332.

- Weiten, W., Hammer, E.Y. & Dunn, D.S. (2012). *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu*, Çev. Ed. Ebru İkiz, İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- WHO. (2010). Mother or nothing the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(12), 877-953.
- WHO. (2011). Infertility. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1 (21.07.2024).
- WHO. (2022). Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction, 17-21, Geneva.
- WHO. (2023). Infertility. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315> (21.07.2024).
- Wu, Y., Kang, X., Zheng, H., Liu, H. & Liu, J. (2015). Effect of paternal age on reproductive outcomes on in vitro fertilization. *Plos One*, 10(9), 1-9.
- Yano, K. & Ohashi, K. (2010). Interprofessional team approach to infertility treatment in Japan. *Reprod Med Biol*, 9(1),33–41.
- Yassa, M., Arslan, E., & Gulbahar, D. S. (2019). Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 410-415.
- Yılmaz, B. & Şahin, P. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 84-95. 10.34087/cbusbed.583933.
- Yılmaz, T., & Oskay, Ü. Y. (2015). Methods to cope with infertility stress and nursing attitudes. *Archives of Health Science and Research*, 2, 100-112.
- Yılmaz, T., Yazici, S. & Benli, T. (2020) Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41:4, 275-281, DOI: [10.1080/0167482X.2019.1708318](https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708318)


- Zambrano Serrano, C.A. & Carvajal Obando, A. (2020). Diagnosis and hormonal treatment of male infertility. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 44(5), 321-327.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. & Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, *Fertility and Sterility*, 92, 1520-1524.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L. & van der Poel, S., (2017). The international glossary on infertility and fertility care. *Human Reproduction*, 32, 1786-1801.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. & Vanderpoel, S. (2009). International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92, 1520-1524.
- Zeren, F. (2016). *İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi.* (Tez No. 448712) [Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Zhou, Z., Zheng, D., Wu, H., Li, R., Xu, S., Kang, Y., Cao, Y., Chen, X., Zhu, Y., Xu, S., (2018). Epidemiology of infertility in China: a population- based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125, 432-441.

Zorlu, S. & Erbaş, N. (2021). The relationship between infertile women's distress from infertility, coping with stress, and perceived social support. *Journal of Ege University Nursing Faculty*, 37(2), 95-105. Doi:10.53490/egehemsire.899608.



EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Türkan TURAN ÇAPIK	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
<p>Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.</p>		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%0	% 15
II. Genel Bilgiler	%13	% 35
III. Materyal ve Metod	%29	% 35
IV. Bulgular	%8	% 15
V. Tartışma	%2	% 20
<p><i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i></p>		

EK-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Doğurganlığa Hazır Olma, Öz Yeterlilik, İnfertiliteden Etkilenme Düzeylerinin ve Başetme Tarzlarının Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:5 Karar No:62	Tarih:06.07.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2300372209

21.11.2023

Konu : Türkan TURAN ÇAPIK'ın Tez
Çalışma İzin Talebi

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.11.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300369627 sayılı belge.

İlgili yazıya istinaden Anabilim Dalımız Tüp bebek Ünitesinde tez çalışmasını yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.



EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Eşinizin yaşı:

3. Eğitim durumunuz

- a) Okur-yazar+ilkokul mezunu
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

4. Eşinizin eğitim durumu

- a) Okur-yazar+ilkokul mezunu
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

5. Çalışma durumunuz

- a) Ev hanımı
- b) Çalışıyor (mesleğiniz)

6. En uzun yaşadığınız yer

- a) İl
- b) İlçe
- c) Köy

7. Tedavinin yapıldığı şehirde ikamet etme durumunuz

- a) Evet
- b) Hayır

8. Aile tipiniz

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

10. Ne kadar süredir evlisiniz (yıl)

11. Evlenme şekliniz

- a) Görücü usulü
- b) Karşılıklı tanışıp anlaşarak
- c) Akraba/arkadaş önerisi ile tanışarak
- d) Diğer.....

12. Daha önce gebelik geçirdiniz mi?

- a) Evet () Kendiliğinden () Tedaviyle
- b) Hayır

13. Bugüne kadar çocuk sahibi olmak için hangi tedavileri gördünüz?

- a) Daha önce hiç tedavi almamış
- b) Hormon tedavisi
- c) Aşılama
- d) Tüp bebek

14. Şu anda tedavinin hangi aŐamasındasınız?

- a) Hormon tedavisi
- b) AŞılama
- c) Tüp bebek

15. Ne kadar süre korunmadığınız halde çocuk sahibi olamıyorsunuz (yıl)...

16. İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor?

- a) Kendimden
- b) EŐimden
- c) Hem eŐimden hem kendimden
- d) Nedeni bilinmiyor

17. İnfertilite tanısı konduktan sonra geçen süre (yıl):



EK-5. Fertilitte Desteği Alan Kadınlar için Fertilitte Hazır Oluşluk Ölçeği

Ölçek, gebe kalmaya hazırlanan kadınlar için oluşturulmuştur. Amacı, sizin gebe kalmaya değerlendirmektir. Kadınların gebe kalmak için kendi zihninde ne kadar hazır olduğunu ölçmektedir. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Maddeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Umut ve Farkındalık						
1	Gebe kalabilmem için tedavinin yararlı olacağına inanmıyorum.					
2	Gebelik şansımı artırmak için yeni tıbbi seçeneklere olumlu bakıyorum.					
3	Gebelik şansımı artırmak için geleneksel uy sulamalara olumlu bakıyorum.					
4	Dengeli ve düzenli beslenmenin gebelik şansımı artırdığının farkındayım.					
5	Düzenli egzersizin gebelik şansımı artırdığının farkındayım.					
6	Olumlu düşüncelerin üreme organlarım için yararlı olduğunun farkındayım.					
7	Geleceğe gebe kalma umuduyla bakıyorum.					
8	Rahatladığımda doğurganlık organlarıma daha çok oksijen ve kan gittiğinin farkındayım.					
9	Rahatladığımda gebelik için gerekli hormonları düzenli salgıladığının farkındayım.					
Olumlu Duygular ve Düşünceler						
10	Gebe kalma konusundaki duygulanım olumlu yönetebileceğime inanıyorum.					
11	Su anda gebeliğe ilişkin sadece olumlu düşüncelere odaklanıyorum.					
12	Gebe kalma ile ilgili olumlu düşüncelerimi her geçen gün artırıyorum.					
13	Gebe kalma ile ilgili sadece olumlu kelimeler kullanıyorum.					
14	Çevreden gebe kalma ile ilgili sadece olumlu mesajları alıyorum.					
Hazır Beden ve Beyin						
15	Bedenim üreme hormonlarımla sağlıklı ve dengeli olması için çalışıyor.					
16	Test sonuçlarımı beklerken rahat olabileceğime inanıyorum.					
17	Gebe kalabilmem için bedenim mükemmel çalışıyor.					
18	Rahmim artık gebelik için hazır.					
19	Rahatlatıcı müzikler dinlemenin gebe kalmamı kolaylaştıracağını farkındayım.					
20	Tedaviler sırasında rahatlamak için elimden gelen her şeyi yaparım.					
21	Muayene günümü beklerken rahat olabileceğime inanıyorum.					
22	Gebelik konusunda bedenime ve beynime güveniyorum.					
23	Beynim sayesinde hormonlarımı olumlu yönetebileceğime inanıyorum.					

EK-6. İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Tıbbi tedavi sırasında beni üzebilecek hoş olmayan düşünceleri kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum	1	2	3	4
2. Espiri yeteneğimi kaybetmeyeceğime inanıyorum	1	2	3	4
3. Çocuk sahibi olamama hakkındaki olumsuz duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
4. Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzmüyor.	1	2	3	4
5. Düşmanlık veya öfke gibi duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
6. Olumlu tutumumu sürdüreceğime inanıyorum.	1	2	3	4
7. Kendimi suçlama, kusurlu bulma veya utanma gibi duygularımı azaltacağıma inanıyorum.	1	2	3	4
8. Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat/gevşemiş olabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4

EK-7. İnfertilite Etkilenme Ölçeği

Sayın katılımcı, aşağıda kişilerin duygusal durumlarını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler, yan tarafındaki kutucuklarda da bu duyguların yaşanma sıklığı belirtilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra ÇOCUK SAHİBİ OLMAMANIZA ilişkin olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi, ifadelerin yan tarafında bulunan kutucuklardan en uygun olana işaret koyarak belirtin.

	Her zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum	4	3	2	1
2. Kendimi arkadaşlarımın ve ailemin dışına itilmiş hissediyorum	4	3	2	1
3. Sıkıntılı olduğumda çevremde başvurabileceğim kişiler vardır	1	2	3	4
4. Artık direnme ve mücadele etme gücüm	4	3	2	1
5. Kendimi işe yaramaz hissediyorum	4	3	2	1
6. Kendimi sağlıksız hissediyorum	4	3	2	1
7. Kendimi sürekli gergin ve sinirli	4	3	2	1
8. Yaptığım hiçbir işten zevk alamıyorum	4	3	2	1
9. Son zamanlarda kendimi hep yorgun hissediyorum	4	3	2	1
10. Eskiye göre kendime daha çok bakıyorum	1	2	3	4
11. Çocuk sahibi olamamayı konuşmaktan kaçınıyorum	4	3	2	1
12. Çocuk sahibi olma konusunda bana soru sorulmasını istemiyorum	4	3	2	1
13. Eşimle çocuk sahibi olamama konusunda rahatlıkla konuşuruz.	1	2	3	4
14. Çocuklu ailelerle kolaylıkla arkadaşlık edebilirim.	1	2	3	4
15. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını	4	3	2	1
16. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum	4	3	2	1
17. Çocuk sahibi olamamanın eşimle cinsel yaşamımızı etkilediğini düşünüyorum	4	3	2	1
18. Eşime karşı öfke duyuyorum	4	3	2	1
19. Eşimin beni eskisi kadar sevmediğini düşünüyorum	4	3	2	1
20. Eşimle ilişkilerim bozuldu	4	3	2	1
21. Eşim eskisinden daha çok üstüme düşüyor	1	2	3	4

EK-8. İnfertil Kadınlar İçin Baş Etme Ölçeği

İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	1	2	3	4	5
1. Düşüncelerimden dolayı yalnız kalma isteğim oluyor					
2. Çocukla ilgili düşüncelerimin takıntı boyutuna geldiğini düşünüyorum					
3. Çocuk sahibi olamamakla ilgili düşüncelerim zihnimi sürekli meşgul ediyor					
4. Düşüncelerimden dolayı uykusuzluk, iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar yaşıyorum					
5. Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum					
6. Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum					
7. Artık direnme ve mücadele gücüm kalmadı					
8. Kendimi zayıf, eksik hissediyorum					
9. İnsanların çocuk ile ilgili soru sorabilecekleri ortamlardan uzak duruyorum					
10. Bana acıyacıkları endişesi ile başkalarının yanında duygularımı dışa vuramıyorum (ağlayamıyorum vb.)					
11. Akrabalarım ile daha az görüşmeyi tercih ediyorum					
12. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum					

İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	1	2	3	4	5
13. Çocuğu olan ya da bebek bekleyen kadınlar ile görüşmekten kaçınıyorum					
14. Kendi bedenimi kusurlu görüyorum ve kendimi suçluyorum					
15. Kendime 'bu olanlar benim başıma gelmiş olamaz' diyorum					
16. Bebek görme/ bebek mevlüdü gibi sosyal aktivitelerden kaçınıyorum					
17. Çocuk sahibi olamadığımız için eşime haksızlık ettiğimi düşünüyorum					
18. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum					
19. Çocuk sahibi olan diğer çiftler görünce onlara karşı öfke duyuyorum					
20. Duygusal paylaşımlarımı sadece benimle aynı sorunu yaşayan kişilerle yapıyorum					
21. Eskiye göre daha fazla dua ediyorum					
22. Gerçekten böyle bir olay yokmuş gibi davranıyorum					
23. Başka insanların sorunumu bilmelerini istemiyorum					
24. Benim durumumda olan ya da daha önce bu deneyimi yaşamış kadınlarla vakit geçirmeye çalışıyorum					
25. Çocuk sahibi olamadığım için dünyanın/Allah'ın adaletini sorgulamaya başladım					
26. Bu sorun ile baş etmenin Allah tarafından mükafatlandıracağına inanıyorum					

İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	1	2	3	4	5
27. Çocuk sahibi olamamamı kadere bağlıyorum					
28. Bu sorunum hakkında konuşmayı tercih ediyorum					
29. Bu sorunumu etrafımdaki neredeyse herkesle paylaşıyorum					
30. Dini inancıma sığınmaya çalışıyorum					
31. Çocukla ilgili hayaller kuruyorum					
32. Tedavinin başarısızlık ihtimaline karşı sonraki adımları düşünüyorum					
33. Eşimi sorunun/tedavinin her aşamasına dahil etmeye çalışıyorum					
34. Bu sorun ile ilgili farklı kaynaklardan araştırma yapıyorum (kitap, internet, bilgilendirme içerikli)					
35. Çocukları sevmekten kaçınıyorum					
36. Çocuk sahibi olma konusunda planlar yapıyorum					
37. Çocuğumun olmaması veya tedavi ile olmaması fikrine alıştım					
38. Benzer tecrübeleri yaşamış olan insanlara ne yaptıklarını soruyorum					
39. Çocuk sahibi olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanıyorum					
40. Aile ve arkadaşlarımla bu sorunuma müdahale etmelerini istemiyorum					
41. Saygı duyduğum/ güvendiğim bir akraba ya da arkadaştan bu konuyla ilgili tavsiyeler istiyorum					

İFADELER Çocuk sahibi olmaya çalıştığım bu süreçte; Ben.....	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	1	2	3	4	5
42. Sakinleştiren aktiviteleri (masaj, kitap okuma, müzik dinleme gibi) daha çok yapıyorum					
43. Yaşanan bu sorunun eşimle bizi çift olarak yakınlaştırdığını düşünüyorum					
44. Bu sorunun çözümü için Allah'a güveniyorum					
45. Kendimi çeşitli yönlerden geliştirmeye önem veriyorum (kurs, hobi, atölye)					
46. Bu durumla yaşamayı öğreniyorum					
47. Tedavi ve randevular konusunda eşimin desteğine güveniyorum					
48. Dış görünüşüme eskisinden daha çok dikkat ediyorum					
49. Çocuk sahibi olacağım ile ilgili umutluyum					
50. Bu durumun olumlu taraflarını düşünmeye çalışıyorum					