

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE BAŞ ETME STRATEJİLERİNİN YAŞAM DOYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Funda DUYMAZ DİLER

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2020

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE BAŞ ETME STRATEJİLERİNİN YAŞAM DOYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Funda DUYSMAZ DİLER

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Buğra ÇETİN

İSTANBUL-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnfertilite.....	3
2.1.1. İnfertilite Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. İnfertilite Etiyolojisi	4
2.1.3. İnfertilitenin Tanılanması	6
2.1.4. İnfertilitenin Etkileri.....	7
2.1.4.1. Psikolojik Duruma Etkisi.....	7
2.1.4.2. Sosyokültürel Duruma Etkisi	8
2.1.4.3. Eşler Arasındaki Duruma Etkisi.....	9
2.1.4.4. Ekonomik Duruma Etkisi	10
2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi	10
2.1.5.1. Tıbbi Tedaviler.....	11
2.1.5.2. Psikolojik Tedavileri	12
2.2. Sosyal Destek	14
2.2.1. Algılanan ve Sağlanan Sosyal Destek	16
2.2.2. Sosyal Desteği Açıklayan Modeller	17
2.2.3. Sosyal Desteğin Boyutları	18
2.2.4. Sosyal Destek Kaynakları.....	19
2.2.5. Sosyal Desteğin İşlevleri	19
2.2.6. İnfertilite ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi	21
2.3. Psikolojik Dayanıklılık	22
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları	23
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Etmenler	25
2.3.3. İnfertilite ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi	27

2.4. Baş Etme	28
2.4.1. Baş Etme Kaynakları.....	29
2.4.2. Baş Etme Stratejileri.....	30
2.4.3. İnfertilite ve Baş Etme Stratejileri.....	31
2.5. Yaşam Doyumu	32
2.5.1. Yaşam Doyumunu Açıklayan Kuramlar	33
2.5.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler	34
2.5.3. İnfertilite ve Yaşam Doyumu İlişkisi	35
3.GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Veri Toplama Araçları	38
3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	38
3.1.2. Hasta Sağlığı Anketi (HSA, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms, PHQ-SADS).....	38
3.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	38
3.1.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)	39
3.1.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği-COPE Inventory (BÇTDÖ).....	39
3.1.6. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....	40
3.2. İstatistiksel Analiz	40
4.BULGULAR.....	41
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Öykülerinde Elde Edilen Klinik Değişkenler	41
4.2. Bağımsız Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi	43
5.TARTIŞMA.....	45
6.SONUÇLAR.....	51
7.KAYNAKÇA	53

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, danışmanlığını, desteğini ve bilgilerini benden esirgemeyen tez danışmanım sayın Dr. Öğretim Üyesi Buğra ÇETİN'e,

Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalına mazeretsiz geçişimi onaylayarak beni çok mutlu eden, deneyimlerinden ve kapsayıcılığından yararlanmaktan çokça mutlu olduğum, birlikte çalışmadığımız zamanlar dâhil olmak üzere benden desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Aytül GÜRSU HARİRİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, hasta yaklaşımlarını örnek aldığım, desteklerini esirgemeyen, eğitimimde büyük katkıları bulunan saygıdeğer hocalarım başta Anabilim dalı başkanı Doç.Dr. Suat KÜÇÜKGÖNCÜ olmak üzere Dr. Öğr. Üyesi Burcu KÖK KENDİRLİOĞLU'na ve Dr. Öğr. Üyesi Hidayet Ece ÇELİK ARAT'a,

Tez sürecimin başlangıç döneminde kliniğimizde birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, desteğini her zaman hissettiğim, hasta yaklaşımlarını örnek aldığım sevgili Uzm. Dr. Özlem KIZILKURT'a,

Psikiyatri asistanlığıma başlarken yanımda olan, ilk bilgilerimi edinirken deneyimlerinden yararlanmaktan mutlu olduğum, benden desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Aziz YAŞAN'a, Doç. Dr. Mahmut BULUT'a, Doç. Dr. Mehmet Cemal KAYA'ya, Doç. Dr. Abdullah ATLI'ya, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet GÜNEŞ'e ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı ekibine,

Nöroloji rotasyonum sırasında bana öğretici ve eğitici yaklaşımları ile verimli bir rotasyon geçirme imkânı sağlayan, çalışkanlıklarını hep takdir ettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Sibel KARŞIDAĞ'a, Prof. Dr. Şevki ŞAHİN'e, Doç. Dr. Nilgün ÇINAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Miruna FLORENTINA ATEŞ'e,

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyonum sırasında birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tecrübe ve engin bilgisini cömertçe sunan, sevgili hocam Doç. Dr. Özhan YALÇIN'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, birbirimize destek olduğumuz sevgili asistan arkadaşlarıma,

Tezimle ilgili olarak fedakârca yardımlarını esirgemeyen; Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalından başta Prof. Dr. Ümit ÖZEKİCİ olmak üzere, hemşire-sağlık memuru ve yardımcı personeli, poliklinik tıbbi sekreterlerine,

Beraber alıştığım tüm hemşire, psikolog, sekreter ve yardımcı personelimize,

Asistanlığım süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim hastalarım,

On altı yıldır her daim desteğini ve sevgisini yanımda hissettiğim; mesafeler olmasına rağmen, tüm zamanlarda olduğu gibi, uzmanlık sürecimde de yanımda olan sevgili eşim Osman DİLER'e,

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Funda DUYMAZ DİLER
İstanbul, 2020

KISALTMALAR

APA: American Psychiatry Association

ASRM: American Society for Reproductive Medicine

BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMB: Endometrial Biopsi

HSA: Hasta Sağlık Anketi

HSG: Histerosalpingografi

ICSI: Intra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu

IUI: İntrauterin İnseminasyon

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

KOH: Kontrollü Overiyan Hiperstimülasyon

LH: Luteinizan Hormon

MESA: Mikro Epididimal Sperm Aspirasyonu

NICE: National Institute for Clinical Excellence

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluk

PESA: Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu

PHQ-SADS: Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms

SB: Somatizasyon Bozukluğu

SF: Sosyal Fobi

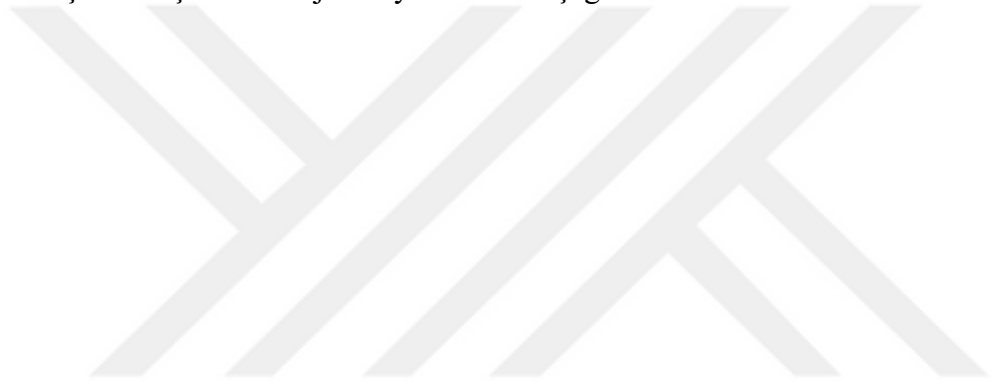
TESE: Testiküler Sperm Ekstraksiyonu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

WHO: World Health Organization

YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1 -Olguların Sosyo-demografik Özellikleri	42
Tablo 2 -Bağımsız Değişkenlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	43



ÖZET

Giriş ve Amaç: İnfertilite tedavisi gören kadınlarda yaşam doyumunun etkilendiği ve yaşam doyumu üzerinde doğrudan ve koşullu etki ile yordayıcıların olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumu değişkeni üzerindeki etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca hastaların sahip olduğu depresyon, somatizasyon ve anksiyetenin yaşam doyumu üzerindeki etkisinin ortaya konulması da hedeflenmiştir.

Yöntem: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve infertilite tedavisi gören toplam 106 kadın katılımcıya gönüllü onam formu imzalatılarak, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun katılımcılar dahil edildi. Katılımcıların ruhsal durumu, algılanan sosyal destek düzeyi, psikolojik dayanıklılık düzeyleri, infertilite ile baş etme stratejileri, yaşam doyumu düzeylerini değerlendirmek amacıyla Hasta Sağlık Anketi (HSA, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms, PHQ-SADS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) ve Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların yaşam doyumunu etkileyecek değişkenlere yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda PHQ 9 depresyon, PHQ 15 somatizasyon, GAD 7 anksiyete, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek ve baş etme stratejileri değişkenlerinin yaşam doyumu varyansındaki değişimin %42 ($R=,650$; $R^2=,423$) oranında açıkladığı belirlendi. PHQ 9 depresyon puanının ($\beta=-,389$; $p<,05$) infertil tedavisi gören kadınların yaşam doyumu düzeylerinin negatif yönde; YPDÖ toplam ($\beta=,480$; $p<,05$) boyutunun pozitif yönde anlamlı yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlerin ise infertil kadınların yaşam doyumu düzeylerinin anlamlı yordayıcıları olmadığı belirlenmiştir. PHQ 9 depresyon puanı ($\beta=-,465$; $t=-3,107$) ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı ($\beta=,480$; $t=4,566$) önemli olarak tespit edilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda modele en büyük katkının psikolojik dayanıklılık değişkeni tarafından yapıldığı bulunmuştur.

Sonuç: İnfertilite tedavisi gören kadınların yaşam doyumu psikolojik dayanıklılıkları ve depresyon düzeylerinden etkilenmektedir. İnfertil kadınların tedavi sürecinde ruhsal değişkenlerden olan depresif belirtiler göstermesi yaşam doyumunu negatif etkilemektedir. Psikososyal kaynaklardan olan psikolojik dayanıklılık ise bu süreçte kadınların yaşam doyumu üzerinde pozitif etkilere sahip olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık, baş etme stratejileri, yaşam doyumu

ABSTRACT

Introduction and Objective: It is thought that life satisfaction is affected in women receiving infertility treatment and there are predictors with direct and indirect effect on life satisfaction. In this study, we aimed to investigate the effects of perceived social support, psychological resilience and coping strategies on the life satisfaction of women receiving infertility treatment. It is also aimed to reveal the effect of depression, somatization and anxiety on patients' life satisfaction.

Method: 106 female participants who applied to Maltepe University Faculty of Medicine Hospital IVF Center and received infertility treatment were included to the study in accordance with the inclusion and exclusion criteria. Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms (PHQ-SADS), the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), the resilience scale for adults (RSA), coping orientation to problems experienced inventory (COPE), the satisfaction with life scale (SWLS) were applied to the patients to evaluate the mental state, perceived social support level, psychological resilience levels, strategies to cope with infertility, life satisfaction levels of the participants respectively.

Findings: As a result of the multiple linear regression analysis for the variables that will affect the life satisfaction of the participants, 42% of the change in the life satisfaction variance of the variables of PHQ 9 depression, PHQ 15 somatization, GAD 7 anxiety, psychological resilience, social support and coping strategies ($R = .650$; $R^2 = .423$) in the ratio of was determined. PHQ 9 depression score ($\beta = -.389$; $p < .05$) had negative effects on the life satisfaction levels of women who received infertile treatment; It was determined that YPRS total ($\beta = .480$; $p < .05$) dimension had positive predictors. Other variables were found not to be a significant predictor of life satisfaction levels of infertile women. PHQ 9 depression score ($\beta = -.465$; $t = -3.107$) and psychological endurance total score ($\beta = .480$; $t = 4.566$) were determined as important. In line with the results, it was found that the greatest contribution to the model was made by the psychological resilience variable.

Conclusion: Life satisfaction of women receiving infertility treatment is affected by their psychological resilience and depression levels. Depressive symptoms, which are among the psychic variables, affect life satisfaction negatively in the treatment process of infertile women. Psychological resilience, which is a psychosocial source, has positive effects on the life satisfaction of women in this process.

Key words: [infertility](#), perceived social support, psychological resilience coping strategies, life satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, bir çiftte en az bir yıl ya da daha fazla süre kontraseptif yöntem kullanılmaması ve düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen hamileliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (WHO 2009). Bir üreme sistemi hastalığı olan infertilitenin dünya genelinde yaklaşık 65-85 milyon çiftte yordandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde ise çiftlerin %10-15'nin infertiliteden etkilendiği bildirilmiştir. İnfertilite etiyolojisinin yaklaşık %30'unun sadece erkek ya da kadından; %25'inin eşlerin ikisinden kaynaklı ve %15'inin ise psikojenik kökenli "açıklanamayan" infertilite olduğu belirlenmiştir (Fisher ve ark. 2008). Ülkemizde ise bu oranlar, %10-20 "primer" ve "sekonder"; açıklanamayan infertilite ise %10-15 oranında değişim göstermektedir.

İnfertilite sorunu yaşayan çiftler için tanı ve tıbbi tedavi süreci büyük bir yaşam krizi ve psikolojik olarak kronik stres ile sorun yaratan bir durumdur (Eren 2008). Bu nedenle infertilite, çiftlerde yol açtığı biyopsikososyal olumsuz sonuçlar ile özel bir öneme sahiptir. İnfertilitenin temel semptomunun üreme sorunu olmasına rağmen tanı ve tedavi süreci birçok psikolojik semptomlar ve psikososyal kaynaklar ile yordanmaktadır. Bu süreçteki bulgulara yönelik yapılan çalışmalarda psikolojik semptomların major depresyon, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluk olmak üzere dört temel ruhsal soruna yol açtığı görülmektedir. Bazı görüşlere göre ise psikolojik semptomların kendisi infertilite hastalığının temel semptomlarından biri olarak kabul edilmektedir.

Bireyler için bir yaşam krizi olan infertilite; birey ve eşlerin psikolojik dayanıklılıklarını azaltmakta, baş etme stratejilerini zorlamakta, hem fiziksel hem de psikolojik olarak enerjilerini tüketmektedir (Boivin 2001). Bununla birlikte infertilite tanı ve tedavisi bireylerin yaşam doyumunu da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle infertilitenin tanı ve tedavi süreci bireylerin ve özellikle kadınların sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu ve bu desteği yüksek düzeyde algılamak istediği bir süreçtir (Blevins 2011).

Yapılan çalışmalarda infertilitenin yaşam doyumunu olumsuz etkileyerek psikolojik semptom ve ruhsal sorunlara yol açtığı ortaya koyulmuştur (Verhaak ve ark. 2007b; Knoll ve ark. 2009). İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde psikolojik dayanıklılığı zaman içerisinde düşen hastaların benlik saygısı ve imgesinde, özgüvenlerinde, öz yeterlik algılarında, psikolojik sağlıklarında, stresten etkilenme düzeyi ve baş etmelerinde bozulmalar olduğu gözlenmiştir (Taebi ve ark. 2018). Bu nedenle tükenmiş sosyal destek kaynaklarının ve olumsuz algılanan sosyal desteğin, infertilitede anksiyöz ve depresif belirtileri ya da emosyonel stresi artırabileceği belirtilmiştir (Mindes ve ark. 2003; Boivin ve ark. 1999). Bunun yanı sıra infertil çiftlerin; aileleri ve arkadaşlarından aradıkları

sosyal desteği aldıklarında stresten daha az etkilendiği, baş etme stratejilerini aktif olarak kullandıkları, yaşam doyumlarının arttığı ve daha fazla uyum göstererek psikolojik semptom düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Son yıllarda bu konuda daha sık çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu, infertil hastaların tanı ve tedavi sürecinde algılanan sosyal destek düzeyinin saptanması ile psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumunu üzerindeki pozitif etkilerini destekler gzlmektedir.

İnfertilite tedavi sürecinde hastaların psikolojik dayanıklılıkları ile yaşam doyumlarının düşmesi ve sıklıkla psikolojik semptomlar görülmesi kaynaklı ruh sağlığı uzmanlarının desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların ruh sağlığı uzmanlarından sağladığı destek, tedavinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır (Verhaak ve ark. 2007a; Wischmann ve ark. 2010). İnfertilite tedavisi gören hastalar aynı zamanda ruh sağlığı uzmanları tarafından takip edildiğinde hastaların tedavi sürecindeki psikolojik sorun ve stresleri azalabilmektedir. Bu nedenle infertilite tedavisi alan çiftlere rutin psikiyatrik değerlendirilme yapılması, hastaların tedavi başarısında ve tedavi bırakmanın azalmasında önemli bir rol oynayacaktır (Domar 2004;Dancet ve ark. 2010).

Bu çalışmada; infertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumunu değişkeni üzerindeki etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Bunun yanında hastaların sahip olduğu depresyon, somatizasyon ve anksiyetenin yaşam doyumunu üzerindeki etkisinin ortaya konulması da hedeflenmiştir.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H1: İnfertilite tedavisi gören kadınların algıladıkları sosyal desteğin yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

H2: İnfertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılığının yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

H3: İnfertilite tedavisi gören kadınların baş etme stratejilerinin yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

H4: İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki depresyonun yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

H5: İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki somatizasyonun yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

H6: İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki anksiyetenin yaşam doyumunu üzerinde etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organization, WHO 2009) infertilite üzerine birçok çalışma yapmış ve klinik bir tanım geliştirmiştir. Buna göre toplumda “kısırlık” olarak yer alan ve tıp literatüründe “infertilite” olarak adlandırılan durum, *“1 yıl ya da daha fazla süre ile kontraseptif yöntem kullanılmaması ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen hamileliğin gerçekleşmemesi ile tanımlanan bir üreme sistemi hastalığı”* olarak tanımlamıştır.

Son yıllarda yapılan açıklamalar infertilitenin sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik nedenlerden kaynaklı olduğunu ortaya koymaktadır (Sadeghi 2015; Atak 2009). Bunun üzerinden infertilite kendi içerisinde “fizyolojik” ve “psikojenik” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Fizyolojik infertilite içerisinde; düzenli biçimde kontraseptif yöntem kullanılmadan ilişki yaşanması ve hamile kalma çabalarına rağmen çocuk sahibi olunamamasını içeren “primer” ve geçmişte hamilelik oluşmasına ve canlı doğum gerçekleşmesine rağmen yeni bir hamileliğin olamaması durumunu içeren “sekonder” infertilite kategorileri yer almaktadır (Karaca 2011).

Bunun yanı sıra son yıllarda çalışmalarla üzerinde durulan ve tıpta biyolojik anlamda hiçbir patolojiye denk gelmeyen “psikojenik” olarak adlandırılan açıklanamayan infertiliteyi tanımlamakta güçlüklerin olduğu görülmüştür (Çubuk 2018). Buna rağmen en genel anlamı ile “bir yıl korunmasız cinsel ilişki sonrası hamileliğin oluşmadığı çiftlerin klinik değerlendirmeleri sonucunda herhangi bir fizyolojik sorun ve patoloji gözlenmemesi” olarak tanımlanmaktadır (Çırak, 2016, s.7).

2.1.1. İnfertilite Epidemiyolojisi

Dünya genelinde epidemiyolojisi zamanla %15’den %18’e artış gösteren ve DSÖ çalışmaları tarafından 65-85 milyon çiftte gözlemlendiği yordanan infertilite, 1980 yıllarından günümüze *ciddi bir üreme sağlığı sorunu* olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Van ve ark. 1991; Templeton 1995; Drosdzol ve Skrzypulec 2008).

Ele alınan bu patoloji, ülkelerin sosyolojik ve kültürel yapılarına göre yaygınlık farklılığı göstermektedir. Bunun üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında; infertilite yaygınlığının Güney Asya, Kuzey Afrika, Orta Doğu Avrupa ve Orta Asya’da yüksek oranlarda

gözlendiği görülmüştür (Araoye 2003; Mascarenhas ve ark. 2012). Buna ek olarak Tayland ve Kore’de “primer” infertilite oranının düşük (%1) olmasına rağmen Kolombiya’nın özellikle kırsal kesimlerinde bu oran çok yüksek (%13-23) olmuştur (Gerrits 1997). Buna ek olarak Türkiye’de bu oranlar, %10-20 “primer” ve “sekonder”; açıklanamayan infertilite ise %10-15 oranında değişim göstermektedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

Cinsiyetler arasında gözlenen yaygınlığına bakıldığında yurtdışında sadece erkek ya da sadece kadından kaynaklı infertilite %30; eşlerin ikisinden kaynaklı infertilite %25 ve psikojenik kökenli “açıklanamayan” infertilite ise %15 olarak belirlenmiştir (Fisher ve ark. 2008). Ülkemizdeki verileri ortaya koyan çalışmalara göre ise; sadece kadından kaynaklanan infertilite %27; sadece erkekten kaynaklı infertilite %25; eşlerin ikisinden kaynaklı infertilite ise %13 olarak belirtilmiştir (Altıntop ve Kesgin 2018).

2.1.2. İnfertilite Etiyolojisi

İnfertilite yaygınlığında ele alınan oranların bölgeler ve toplumlarda farklılık göstermesi infertilitenin birçok farklı etiyojisinin olmasından kaynaklanmaktadır. Bireylerin infertilite görünüşleri de kendi içlerinde farklı etiyojilerden etkilenebilmektedir (Macaluso ve ark. 2010).

Fizyolojik ve psikolojik olarak değişim gösterebilen infertilite etiyojisi, başlıca anatomik, fizyolojik ve genetik gibi sayısız etmeni içerisinde barındırmaktadır. Aynı zamanda birçok çevresel faktörler ve öğrenilmiş davranışlar da infertilite etiyojilerinden sayılmaktadır (Masoumi ve ark. 2018). Hamileliği engelleyen pek çok etmen olmasının yanı sıra bunların birlikte görülme olasılıkları da yüksek olmaktadır (Greil 1997).

Üreme sistemlerinde görülen bazı sorunları içeren anatomik ve fizyolojik etiyojiler kendi içerisinde kadın ve erkek üzere ikiye ayrılmaktadır. Yapılan çalışmalar kadına bağlı infertilite nedenlerinin; ovulatuvar disfonksiyon, tuba uterinanın zarar görmesi, endometriozis, tuba peritoneal, psikolojik ve birden fazla etmenin birlikte olduğunu ortaya koymuştur (Günalp ve ark. 2016).

Erkek infertilitesi ise spermatogenez, işlev bozuklukları (anti sperm antikorlar, sperm yapışma anomaliliği gibi) ve duktal sistemdeki bozukluklar olmak üzere üç kategori üzerinden açıklanmaktadır (Hellema ve Rümke 1978).

Ortaya konan bu etmenlerin yanı sıra yaşam biçimi de infertiliteyi yordayıcı nedenlerden biri olmaktadır. Özellikle yaş, obezite, sigara, alkol/madde kullanımı, cinsel taciz-tecavüz öyküsü, radyasyon ve stres buna sebep olabilmektedir. Yapılan araştırmalar özellikle kadınların yaşının doğurganlıkta önemli rol oynadığını ve infertiliteyi etkileyebileceğini öne sürmektedir. Bununla

birlikte kadınlar için önemli bir etmen olan yaş, erkekler için de önemli olmakta ve 35 yaştan sonra sperm morfolojisinde bozulma, kalitesi ve miktarında azalmalar olmaktadır (Sharma 2017).

Son yıllarda bireylerde yaygın olarak gözlenen obezite, infertilite etiyolojisi içerisinde yer almaktadır. Araştırmacılar karın yağı yüksek olan kadınların infertilite riskinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Buna ek olarak obezite ile polikistik over arasında korelatif bir ilişki olduğu ve bu durumun da infertilite insidansını arttırabileceği belirtilmektedir (Nodine and Hastings 2012).

Yapılan meta-analiz çalışmaları, infertil erkeklerin yarısına yakınının sigara kullandığını ortaya koymaktadır. Sigara kullanan erkeklerin sperm morfolojisinde bozulmalar olduğu, sayı ve kalitesinin düştüğü ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra kadınların sigara kullanımının overlerin tahribatına ve ovulasyonda azalmaya yol açtığı tespit edilmiştir. Sigara kullanımıyla, kadın ve erkek üreme sisteminde gözlenen olumsuz etkilerin de infertilite insidansının artmasına yol açtığı bildirilmiştir (Sabarra ve ark. 2013; Jaiswal ve ark. 2015). Buna ek olarak erkeklerde alkol kullanımının da sperm sayısı ile volümünü azaltması ve sperm morfolojisinin olumsuz etkilenmesi kaynaklı infertilite insidansının artışına yol açtığı görülmüştür (Sandro ve ark.,2013, s.224). Ayrıca, madde kullanımının kadınlarda hormonal düzensizliğe yol açtığı ve ovulator işlevleri olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu nedenle madde kullanan kadınların kullanmayanlara oranla birincil infertilite insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür (Homan ve ark. 2007).

Literatürdeki çalışmalar cinsel taciz ve tecavüzün infertiliteyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle kadınların geçmişte yaşadığı cinsel şiddetin anovulasyon, hidrosalpenks nedenli infertiliteye yol açtığı görülmektedir (Dhont ve ark. 2010).

Yaşam şartlarının değişimi, zorlaşması ve karmaşıklaşması beraberinde stres etmenini getirmektedir. Birçok tıp çalışmalarında hastalıklarla ilişkili olduğu düşünülen stres etmeni infertiliteye de yol açabilmektedir (Aydın 2008). Stres kadınlarda amenore (menstrual gecikme ya da kesilmesi) ve menstrual düzensizliklere neden olarak fertilitiyi etkileyebilmektedir (Palm ve Ehlert 2014).

Aynı zamanda erkekte de sperm sayısında ve volümünde azalma, kalitesinde bozulma, cinsel istekte baskılanma, ejakulasyon bozukluğu ve testosteron gibi hormonlarda azalmaların görülmesi de infertiliteye yol açmaktadır (Shin ve Okada 2016).

Küreselleşen dünya ve gelişen endüstri ile birlikte insanlar birçok eksojen maddeye ve çevresel kimyasallara maruz kalmaktadır. Elektromanyetik frekans yayan mobil cihazlar, erkeklerin sperm kalitesini düşürebilecek ve normal işlevini bozabilecek dalgalar olmaktadır. Bu nedenle cep

telefonunun fazla kullanımı erkeklerde infertiliteye yol açabilmektedir (Deyhoul ve ark. 2017). Bu nedenle çevresel etmenler de infertilite etiyolojisinde rol oynamaktadır. İnsanlar çevresinde maruz kaldığı kimyasallardan olan ağır metallere ve hava kirliliğine maruz kaldıklarında özellikle erkeklerin sperm kalitesi ve sayısında azalmaların olduğu belirtilmiştir (Bonde 1993;Nafstad ve ark. 2004). Bunun yanı sıra kurşun gibi ağır metallere maruz kalan kadınların da infertilite insidansının arttığı belirtilmiştir (Sharma 2017).

2.1.3. İnfertilitenin Tanılanması

İnfertilitenin tanılanması; infertilite etiyolojisini ortaya koymak, prognoz hakkında bilgilendirme yapmak, tedavi sürecinde destek sağlamak, eğitim vermek ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini sunmak amacıyla yapılmaktadır. Bu noktada infertilitenin tanılanmasında, erkek ve kadınlar için ayrı ayrı olmak üzere laboratuvar bulgularına bakılmaktadır. İnfertil bireylerin tanılanmasında tam bir tıbbi, cerrahi ve ürolojik/jinekolojik anamnez alınması ile fizik muayene yapılması önemli olmaktadır (Kızılkaya 2009; Eğin, 2016).

Anamnezde; bireylerin yaşı, evlilik süresi, koitus sıklıkları, menstruasyon ve gebelik öyküsü, infertilite süresi ile tıbbi özgeçmiş bilgileri ayrıntılı biçimde alınmaktadır. Bu aşamanın sonrasında çiftler ayrıntılı fizik ve jinekolojik/ürolojik muayeneye alınmaktadır (Yıldırım 2002).

Tanılama noktasında kadının araştırılmasının zor, zaman alıcı ve daha maliyetli olması kaynaklı erkekler daha önce fizik muayene ve tetkike alınmaktadır. Erkeklerin tanılanmasında ilk tetkik *spermiyogram analizi* olmaktadır. Bu analiz; ucuz ve noninvaziv olması kaynaklı infertil çiftlerin tanılanmasında ilk basamakta yer alır (Benli 2010). Bu analiz ile erkekteki sperm varlığı, niceliği, şekli ve normalliği tespit edilmektedir. Bu tetkiğin ardından sperm volümü, konsantrasyonu, motilitesi, morfolojisi ile vitalite (canlılık) testleri, testiküler biyopsi, immünolojik değerlendirme, testis palpasyonu ve büyüklüğünün ölçümü yapılmaktadır (Guzick ve ark. 2001; WHO 2001).

Kadınlarda infertilite tanılanmasında *vajinal ultrasonografiden* sonra öncelikle oositlerin varlığı araştırılmaktadır. Bu doğrultuda over rezervlerinin değerlendirilmesi, ultrasonografi ile ovulasyon takibi, günlük luteinizan hormon (LH) takibi, bazal vücut ısısı, servikal mukusun tetkiki, vajinal smear, hormon düzeyleri ve endometrial biopsi (EMB) yapılmaktadır (Eren, 2008;Kızılkaya, 2009). Yapısal etmenlere yönelik ise; serviks, uterus ve tubaların değerlendirilmesi için *postkoital test*; tubaların açık olup olmadığı ve uterus boşluğunun biçiminin normal olup olmadığını değerlendirmek için *histerosalpingografi (HSG)* ve endometriozis, pelvik adezyonlar ile diğer anormallikler için pelvis boşluğuna *laparoskopi* yapılmaktadır (American Society for Reproductive Medicine, ASRM 2012a).

2.1.4. İnfertilitenin Etkileri

Klinik hastalıklar içerisinde yer alan infertilite, bireyin hayatı için risk oluşturan ve tehlikeli bir durum yaratan bir hastalık olarak sınıflandırılmamaktadır. Ancak bireyi, aileyi ve toplumu da etkilemesi, psikososyal bir sorun olması ve yıkıcı sonuçları kaynaklı önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

2.1.4.1. Psikolojik Duruma Etkisi

İnfertilite, bireylerin yaşamında yoğun strese yol açması ve olumsuz fizyolojik/psikolojik sonuçları kaynaklı psikolojik bir travma olmaktadır. İnfertilitenin temel semptomunun üreme sorunu olmasına rağmen tanı ve tedavi süreci birçok psikolojik semptomlar ile yordanmaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerinden birisi tanı ve tedavi sürecindeki müdahalelerin (hormon enjeksiyonları, laparoskopik cerrahi gibi) yıpratıcılığı ve bunların başarısız olma ihtimalidir (Klonoff ve Natarajan 2004). Bir diğer neden ise algılanan sosyal destek biçimi ve düzeyi ile baş etmede kullanılan stratejiler gibi birçok psikososyal etmen tarafından etkilenmesidir. Fizyolojik ve psikolojik olan bu nedenler infertil bireyler üzerinden birçok psikolojik etkiye yol açmaktadır. Bu etkilerin birçok faktörden etkilenmesi de bireylerde gözlenebilecek psikolojik sorunları karmaşıklştırmaktadır (Eren 2008).

Geçmişten günümüze psikojenik etmenlerin infertilite ile ilişkisi araştırmacıların çalışma alanlarından biri haline gelmiştir. Ancak infertilite ile psikolojik etmenler arasındaki gerçek ilişkinin biçimine dair ortak bir görüşe varılamamıştır (Cwikel ve ark. 2004). Bazı çalışmacılar, infertilitenin altında yatan bir psikiyatrik hastalık ve psikolojik etki ile oluştuğuna yönelik çeşitli hipotezler ortaya koymuştur (Seward ve ark. 1965; Horney 1994). İlerleyen yıllarda Mennings'in (1970) "Psikolojik Zorlanma" kuramı ile birlikte infertilite ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki birlikteliği açıklamaya ilişkin psikiyatrik hastalığın infertilitenin nedeni değil bir sonucu olduğu görüşü ortaya çıkmıştır (Mennings 1984). Başka bir görüşe göre ise infertilite ve psikiyatrik hastalıklar arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır (Cwikel ve ark. 2004).

Birinci görüşü savunan çalışmacılar; infertilitede psikolojik stres ile ilgili araştırmalar yapmış ve infertil kadınların yarısının psikolojik sorunlarının olduğunu ve bu sorunlar ile infertilite arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Karaca 2011). 1950'li yıllardan başlayarak psikanalitik kuramı takip eden birtakım çalışmacı ve klinisyenler, infertilite üzerinde araştırmalar yapmaya başlamıştır. Özellikle açıklanamayan (psikojenik) infertiliteye sahip kadınlarda hamileliği etkileyen ya da engelleyen nedenlerin bilinçdışı çatışmalar olduğunu savunmuşlardır (Atak 2009; Çubuk 2018). Buna göre kadınların doyurulmayan çocuk arzusunun temelinde anne rolünün olduğu ve infertilite

yakınmalarının altında mutlaka bilinçdışı psikolojik çatışmaların yer aldığını ifade etmişlerdir (Horney 1994).

Bununla birlikte fiziksel ve işlevsel infertil çiftlerin psikiyatrik hastalıklardan depresyon ve anksiyete insidanslarının çocuk sahibi çiftlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buradan yola çıkarak fiziksel ve işlevsel infertilite tanısını koyma noktasında psikiyatrik hastalıklardan; yüksek depresyon, anksiyete, somatik ve panik belirtilerin %97 oranda yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte infertil çiftlerin çocuk sahibi olmayla ilgili uyarıcılara daha fazla psikolojik hassasiyette sahip oldukları görüşü desteklenmiştir (Fassino ve ark. 2002). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da infertilite sorunu yaşayan bireylerin psikiyatrik hastalıklardan depresyon ve anksiyete insidanslarının fazla olduğu ortaya konulmuştur (Öztürk 2011;Çavuşoğlu 2015).

İkinci görüş üzerinden yapılan çalışmalar; infertil bireylerin çocuk sahibi olmak için başvurdukları merkezlerdeki tedavileri boyunca psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. Buna göre bireyler çocuk sahibi olamamaları kaynaklı stres, hayal kırıklığı, umutsuzluk, haksızlığa uğradıkları ve kontrollerini kaybettikleri duygularını yaşayabilmektedir. Buna paralel biçimde kendilerine, eşlerine, tedavi ekibi ve çocuğu olan bireylere karşı öfke duyabilmektedir (Sandelowski ve ark. 1990). İnfertil bireyler sadece doğurma konusunda yetersiz hissetmeleri kaynaklı özgüven azalması değil, aynı zamanda da iyi bir ebeveyn ya da eş olamamakla ilgili yetersizlik duyguları yaşayabilmektedir. Bu da, erkeklik ya da kadınlık ile çekiciliğin kaybolduğu ya da azaldığı düşüncelerine yol açabilmektedir (Fleming and Burry 1988). Özellikle ataerkil kültür kaynaklı, çocuk sahibi olamamak uzun yıllardır hatta günümüzde bazı bölgelerde bile kadına ait bir suç ve sorunmuş gibi görünmektedir. Buna paralel biçimde infertil kadınlar beden imgelerine yönelik olumsuz düşünce yapıları geliştirmekte, kendilerini kadın gibi hissedememekte, benlik saygısında azalmalar olması kaynaklı olarak da yetersiz, suçlu, değersiz, eksik, kusurlu ya da anormal hissetmektedir (Atak 2009; Çubuk 2018).

Başka bir çalışmada infertil kadınların yaşam kalitesindeki düşüş, hissedilen öfke ile yalnızlıktan kaynaklı sosyal destek algılarının da düşük olduğu ortaya konmuştur (Kuş 2008).

2.1.4.2. Sosyokültürel Duruma Etkisi

Bireylerin sahip olduğu çocuk sahibi olma arzusu kültür ve toplum farkı olmaksızın toplumsal bir anlam kazanmıştır. Çünkü toplumsal olarak “annelik” kadına yüklenen bir cinsiyet statüsü olmaktadır. Bunun yanı sıra toplumun temel ve önemli bir yapı taşı olan “aile” kavramı da bireylere sosyal bir görev gibi dayatılmaktadır (Cousineau ve Domar 2007).

Toplumsal olarak doğurganlığın kadına atfedilmesi kaynaklı sosyokültürel etkilerin infertil erkekler üzerindeki yansımaları konusunda çok fazla veri bulunmamaktadır. Fakat aynı annelik gibi babalık statüsü de, özellikle de infertilitesi olan erkekler tarafından, erkekliğin ifadesi olarak yorumlanmaktadır. Çünkü toplumda geleneksel olarak erkeklik statüsü kadını hamile bırakmak ve soyunu sürdürmek üzerinden konumlandırılmaktadır. Bu nedenle erkek için infertilite, cinselliği ve erkek stereotiplerine bir tehdit olarak yorumlanarak impotans kavramı ile ilişkilendirilmektedir (Berg ve ark. 1991; Koçyiğit 2012).

İnfertilite bazı toplum ve bölgelerde kadının aile içi şiddete maruz kalmasına da neden olabilmektedir. Sadece ülkemizde değil aynı zaman da Nijerya'da da kadınların, infertil olduğu için aile içi şiddet yaşadığı bildirilmektedir (Ameh ve ark. 2007). Kadının infertil olması durumu; suçu tamamen kendinde görmesine yol açmakta, emosyonel ve psikolojik iyi oluşa belirgin ölçüde zararlar vermekte, yaşam kalitesini bozup sosyal ilişkilerinin de azalmasına neden olmuştur (Leung ve ark. 2003). Bunun yanı sıra infertil eşe sahip olan erkekler de bunu kadına yükleyerek başka kadınlar ile ilişki yaşamakta ya da eşlerinden ayrılmaktadır. (Unisa 1999).

Ele alınan bu sosyo-kültürel durumlara paralel biçimde infertil çiftler sosyo-kültürel baskıların etkisi, kurallara uymamaları kaynaklı damgalanma, toplumdan dışlanma, değer kaybetme düşüncesi ve emosyonel yüklerin içerisine girmektedir. Bu durum bireylerde daha fazla stres, kaygı, depresyon ve olumsuz etkilere yol açmaktadır (Fido ve Zahid 2004; Ergin ve ark. 2008).

2.1.4.3. Eşler Arasındaki Duruma Etkisi

İnfertilite durumu her iki eş için de zaman içerisinde bir yaşam krizi haline dönüşmekte ve evlilik ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle kadınların erkeklere oranla evlilik uyumlarının ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Newton ve ark. 1999).

İnfertilite, eşler arası doyum ve uyumu olumsuz etkilemesinin yanı sıra cinsel açıdan da bireyleri rahatsız eden bir sorun olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunda infertilite tanı ve tedavi sürecinin sonunda cinsel ilgide azalma, tatminsizlik, cinsel işlev bozukluğu, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi ve orgazm eksikliği olduğu saptanmıştır (Tayebi ve Ardakani 2007). Bu duruma yol açan bir başka etmen ise çiftlerin cinselliği sadece çocuk yapmak için yapmaya başlamaları ve hazzı ikinci plana atarak durumu mekanik bir hale getirmeleri olmaktadır. Çünkü bu noktadaki performans ölçütü cinsellikten zevk almak değil çocuk sahibi olmaktır (Devine 2003; Nelson ve ark. 2008). Buna ek olarak başka bir çalışma çiftlerin ön sevişmeye ayırdıkları süre ve ilişki sıklığında azalma olduğunu, ilişki esnasında ise orgazm, cinsel arzu ve uyarılmanın hiç ya da çok az olduğunu ortaya koymaktadır (Norten ve ark. 2001).

Bu sorunların yanı sıra başka çalışmacılar da eşlerin daha önceden sahip olduğu cinsel sorunların infertiliteye yol açacağını öne sürmektedir. Özellikle seksüel yeterlilik ile ilgili sorulan cinsel ilişkiden bilinçli olarak kaçınma, orgazma ulaşamama, vajinismus, ejakulasyon ve ilişki sırasında başarısızlık gibi sorunlar zamanla infertiliteye yol açabilmektedir (Vural ve Bej 2014).

2.1.4.4. Ekonomik Duruma Etkisi

İnfertilite, bireylerin psikolojik ve eş ilişkilerini olumsuz etkilemesine rağmen ekonomik durumlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu duruma neden olan durum infertilite tedavisinin manevi olduğu kadar maddi olarak da zorluklar getirmesidir.

İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaç ve tedavi işlemlerinin oldukça pahalı olması ve sağlık sigortalarının tedavinin bir kısmını karşılaması bazı çiftlere ekonomik zorluklar yaşatmaktadır. Bu durum çiftlerin ikinci bir işe başlamalarına, tedavi için sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmalarına neden olmaktadır (Devine 2003; Ricci 2007). Buna ek olarak özellikle kadınlar tedavi için işlerini bırakmakta ve kariyerlerinden vazgeçmektedir. Bu durum infertil çiftlerin yaşamlarını alt üst etmekte ve maddi kayıplara sebebiyet vermektedir (Dağ 2014). Yapılan bir çalışmada infertil kadınların tedavi süresince yaşadığı stres nedenleri arasında ekonomik etmenlerin %17'ye yakın olduğu saptanmaktadır (Can 2005). Başka bir çalışma ise infertilite tedavisinin kadınların %84'ünün, erkeklerin ise %85'inin aile bütçelerini ekonomik olarak olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Kamacı 2003).

Tüp bebek tedavisinin maliyetinin yüksek olması ile birlikte infertil çiftler için tedavilere ayrılan ortalama gider, aile bütçesinin yaklaşık üç katına erişmesine yol açmakta ve ekonomilerini zorlamaktadır. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireyler için bu ödeme gelirlerinden daha fazla olmaktadır. Bu durum, asgari düzeyde bir ekonomiye sahip olan çiftlerin toplum içerisinde yaşadıkları baskıyla mücadelesinin bir örneği durumundadır (Koçyiğit 2012).

2.1.5. İnfertilitenin Tedavisi

Günümüzde tüp bebek merkezlerinin çoğaltılması ve sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, infertilitenin tedavi edilebilir bir hastalık olarak algılanmasını sağlamakta ve başarılı tedavi ile hastaneye başvuru oranlarında önemli artışlar olmaktadır. Bu noktada bireylerin başarılı bir tedavi görmeleri önemli bir durum olmaktadır. Bu nedenle tedavi sürecinin hastalara özgü ve düzenlenebilir olması gerekmektedir. Çünkü çiftin medikal öyküsü ve değerlendirmeleri, ekonomik düzeyleri, yaşları, dini inançları ve kültürel değerleri farklılık göstermekte ve önemli bir konumda olmaktadır. Tedavi öncesinde hastaların uygun biçimde değerlendirilmesi, tedavisinde de bu doğrultuda

belirlenen yöntemlerin kullanılması ve tedaviye hastanın uyumunun sağlanması tedavideki başarı için önemli olmaktadır (Murray ve ark., 2006; Ladewing 2006).

Bu tıbbi tedavilerin yanı sıra; infertil bireylerin fizyolojik durumu dışında psikolojik sağlığı da çocuğu olanlara oranla daha kötü olmaktadır. Buna rağmen bu bireylere yönelik tedavilere bakıldığında tedavi süreci içinde infertilitenin fiziksel özelliklerine odaklanıldığı fakat emosyonel özellikleri çoğunlukla önemslenmediği ve tedavisiz bırakıldığı görülmektedir. Bireyler çocuk sahibi olmaya yönelik olarak çoğunlukla tıbbi ve medikal yardım almaktadır. Bunun yanı sıra ruh sağlığı uzmanlarından psikolojik destek alma oranlarının düşük olduğu görülmektedir (Atherton ve Howel 1995). Bu nedenle tıbbi tedavi ile psikolojik tedavilerin etkileşim içerisinde birlikte sağlanması önemli olmaktadır.

2.1.5.1. Tıbbi Tedaviler

İnfertilite, çok farklı etmenleri barındırması ve birçok etiolojiye sahip olması kaynaklı karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle de tedavi süreci de karmaşık olmaktadır. Tıbbi tedavi sürecine başlamadan önce infertilitenin fizyolojik nedenlerini anlamak ve ortaya koymak önemli olmaktadır. Fakat bu süreç oldukça uzun zaman almakta ve tedaviyi de güçleştirmektedir (Faramarzi ve ark. 2008).

İnfertilite tedavisi öncelikle etiolojiye göre planlanmalı ve infertiliteye yol açtığı düşünülen anatomik ya da fizyolojik bir sorunun varlığı ortadan kaldırılmalıdır. Kadından kaynaklı infertilite etiyojisi arasında da en yaygın gözlenen ovulatuvar disfonksiyonu olmaktadır (Benli 2010). Bu sorunun tedavisine yönelik olarak; ilaçlar yardımı ile overlerin uyarılması ve folikül gelişimini sağlayan *ovulasyon indüksiyonu* uygulanmaktadır. Bu tedavi ile iyi kalitede ve çok sayıda oosit gelişiminin sağlanması amaçlanmaktadır (Johanson ve ark. 2010). Bunun dışında diğer etiyojilerden olan tuba ve uterus anomalileri ile endometriozis varlığında ise *özel cerrahi teknikler* ile tedavi tercih edilmektedir. Pelvisin enflamatuvar hastalıkları sonucu meydana gelen pelvik yapışıklıkların tedavisinde mikrocerrahi yöntemi kullanılmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Yapılan tüm müdahale ve tedavilere rağmen hamile kalamayan kadınlara yardımcı üreme teknikleri uygulanmaktadır (Freidman 1989).

Yardımcı üreme tekniklerinden en yaygın yöntem *intrauterin inseminasyon (IUI)* olmaktadır. İnfertilite tedavisinde birinci basamak olarak kullanılan bu yöntem ile kadının eşinden alınan sperm laboratuvarında özel şartlarda hazırlanarak katater aracılığı ile ovulasyon döneminde uterus boşluğuna yerleştirilmektedir (Abdelkader ve Yeh 2009).

İnfertilite tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir diğer teknik de *in vitro fertilizasyon (IVF)* tedavisi olmaktadır. Bu yöntem, kadından seçilen oositlerin sperm ile vücut dışında ve laboratuvar ortamında bir tüp içinde birleştirilerek fertilize olmasını sağlamaktadır (National Institute for Clinical Excellence, NICE 2013).

Yardımcı üreme tekniklerinden biri olan *Kontrollü Overiyan Hiperstimülasyon (KOH)* yöntemi 1970'li yıllarda IVF pratiğinden yararlanılarak oluşturulmuştur. IVF'in temel basamaklarından birini oluşturan bu yöntemde aynı siklusta çok sayıda folikülün geliştirilmesi ve olgun oosit elde etmek için overlere uyarıcı ilaçlar verilmektedir. Bu yöntem ile düşük over rezervinde over yanıtını iyileştirmek, erken ovulasyonu önlemek, gelişen folikül kohortu oluşturmak, overlerden en ideal sayıyı sağlamak, çok sayıda embriyo elde etmek, oosit kalitesini ve sayısını arttırmak ile overiyan hiperstimülasyon riskini azaltmak amaçlanmaktadır (Gürkan ve ark. 2017; Gallos ve ark. 2017). İçerik olarak *ovulasyon indüksiyonuna* benzeyen bu yöntemde multipl follikül gelişimi önemli olmaktadır (Arslan ve ark. 2005).

Erkek kaynaklı infertilite etiyolojisinden biri olan genitoüriner bölge enfeksiyonu durumunda (prostatit ve epididimitis gibi), uygun antibiyotikler kullanılmaktadır. Düşük sperm sayı ve kalitesi olan hastalara cerrahi tedavi uygulanarak sperm hızı, hareketliliği, sayısı, yoğunluğu ve yapısı değiştirilmektedir (Devine 2003; Yazdani ve ark. 2005). Bununla birlikte erkekte obstrüktif ve non-obstrüktif azospermi olduğunda testiküler sperm elde edilmesi için de *perkütan epididimal sperm aspirasyonu (PESA)*, *mikro epididimal sperm aspirasyonu (MESA)* ve *testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE)* cerrahi tedavileri uygulanmaktadır. *PESA* yöntemi ile perkütan yolla doğrudan epididimislerden sperm aspirasyonu yapılmaktadır. *MESA* ve *TESE* tedavileri ile ise epididimis tıkanıklığı ya da ejakülatuar bozukluğu olan erkeğin epididimislerinden ya da testis dokusundan biyopsi ile sperm çıkarılmaktadır (Kızılkaya 2009).

Ciddi erkek faktörü infertilite olgularında ise *Intra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)* yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem ile oosit zona pellusidasında bir delik açılarak hazırlanmış tek bir sperm oosit sitoplazması içine enjekte edilmekte ve fertilizasyon beklenmektedir (American Society for Reproductive Medicine 2012b).

2.1.5.2. Psikolojik Tedavileri

İnfertil çiftlerin büyük çoğunluğunda (%85-90) tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye yol açan sorunlar ortadan kaldırılmakta ve böylece çifte çocuk sahibi olma noktasında yardımcı olunmaktadır. Bu popülasyon dışında kalan (%10-15) bireylerde ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanılabilmektedir (Ludwig ve ark. 2006). İnfertilite sorunu yaşayan çiftler için tanı ve tıbbi tedavi

süreci büyük bir yaşam krizi olmaktadır. Bundan dolayı psikolojik olarak da kronik stres ve sorun yaratan bir durumdur (Eren 2008). Ancak çalışmalara bakıldığında psikolojik ve psikiyatrik tedavi yöntemleri üzerinde çok fazla durulmadığı görülmüştür.

Literatürde infertil hastalara verilen psikolojik destek verilerinin yetersizliği üzerinden çalışmacılar ruh sağlığı uzmanları tarafından verilen desteğin infertilite tanı ve tedavisine etkileri üzerinde çalışmaya başlamıştır. Buna yönelik olarak infertil bireylerde stres ve psikolojik sorun belirtilerini hafifleterek infertilite tedavisinin başarı ve tedaviyi kabul etme düzeylerini arttıracak bazı müdahaleler araştırılmıştır (Domar ve ark. 1992). Bunun üzerine yurtdışı literatüründe “*infertilite danışmanlığı*” kavramı ortaya çıkmıştır. Bu yöntemle birlikte infertil bireylere sunulan ya da sunulması önerilen çeşitli psikolojik destek hizmetleri başlatılmaktadır (Talay 2018).

Bu danışmanlık sürecinde psikolog ve psikiyatrlar tarafından infertil bireylere; “*psikolojik değerlendirme*”, “*hasta hazırlama ve eğitim*” ile “*destekleyici danışmanlık*” kategorilerini içeren hizmetler verilmektedir. “*Psikolojik değerlendirme sürecinde*”, hastaların infertilite tedavi sürecini kaldırıp kaldıramayacağı, tedavi rejimini anlayarak doğru uygulayabilecekleri ve gözlenebilecek başarısızlıkla baş edip edemeyecekleri değerlendirilmektedir. İnfertil bireyin tedavi öncesinde “*hazırlanma ve eğitimi*”, özellikle rahatsızlık veren etik kararların önceden konuşulması ve süreçte yaşadıkları kaygıları rahat ifade edebilecekleri bir güven ilişkinin kurulmasını içermektedir. Son kategori olan “*destekleyici danışmanlık*”ta ise infertil bireylerin tedavi sürecinde yaşadıkları emosyonel sorun ve stresleri ile baş etmelerine yönelik verilen psikolojik desteği içermektedir (Greenfeld 1997). İnfertil çiftlere verilecek danışmanlık bireyler ve çiftlerin yaşam biçimlerini düzenlemelerine, ilişkilerini güçlendirmelerine ve kendileri için doğru olan seçimleri yapmalarına yol gösterici olmaktadır. Eşlerin özel gereksinimlerinin farkındalığını kazanarak uygun kararlar almalarını ve yaşamda infertiliteden daha fazla şeyler olduğunu fark etmelerini sağlamak için yardım etmektedir. Aynı zamanda süreç içerisinde oluşabilecek kaygı, mutsuzluk, öfke ve tatminsizlik gibi duygulardan uzaklaşmalarında destekleyici olabilmektedir (Yanikkerem ve ark. 2008).

Blyth (2012) da infertilite danışmanlığını beş kategori altında toplamıştır. Buna göre birinci kategori “*sonuç etki-bilgilendirme danışmanlığı*”; önerilen infertilite tedavisinin ebeveyn ve doğacak çocuk üzerindeki etkilerinin birey ve eşlerle birlikte incelenmesini içermektedir. Eğitimli bir psiko-sosyal danışmanlığı içeren bu danışmanlık biçimi tedavi öncesi ya da sırasında bir değişim yapılması düşünüldüğünde, geri dönüşü olmayan bir karar alınmadan önce yeterli sınamanın yapılması için infertil bireylere sunulmaktadır. İkinci kategori; tetkik, tanı ve tedavi süresince emosyonel ve psikolojik destek sağlanmasını içeren “*destekleyici danışmanlık*” tır. Üçüncü kategori; infertilite ve tedavisinde yaygın olan rahatsızlık veren ve stresli sonuçlara odaklanan “*terapötik danışmanlık*” tır.

Bu danışmanlık türü klinik alanda uzmanlığı olan psikolog-psikiyatr ya da özel bir alanda uzmanlaşanlara (yas ya da cinsel terapist gibi) yönlendirmeyi içermektedir. Dördüncü kategori, infertilite tedavisi sürecinde önemli kararların alınması gerektiği durumlarda verilen “*karar verme danışmanlığı*” olmaktadır. Son kategori ise tedavi sürecinde olumsuz sonuç ya da kriz yaşayan bireylere yönelik verilen “*kriz danışmanlığı*” nı içermektedir.

Ortaya çıkan bu danışmanlık yöntemi hastaların sadece tedavi sürecindeki psikolojik durumlarını desteklemeye, sorunları ile baş ederek çözmeye yönelik olmaktadır. Fakat bu durumun öncesinde hastaların tanıyı öğrenmesi ile birlikte gelişen psikolojik sorunları ile ilgilenilmemektedir. Buradan hareketle özellikle gelişmiş ülkelerde infertilite hastalarının tedavisi başlamadan önce ayrıntılı psikolojik öykünün alınması uygun görülmektedir. Bu yöntemle birlikte tedavi sürecinde oluşabilecek psikolojik sorunların öngörülerek önceden hazırlıklı olunması ve baş etme stratejilerinin kazandırılması amaçlanmaktadır. Benzer biçimde evlilik öyküsü ve cinsel öykünün alınması da tedavi öncesinde değerlendirilerek sosyal destek sistemleri, evlilik-cinsel sorunlar belirlenmektedir (Devries 1984). Buna ek olarak infertilitede psikolojik danışmanlık yöntemlerinde bireyin infertilitesini açıklayan bilinçdışı etmenlerin de önemi göz önünde bulundurulmaktadır. Bu nedenle bireylerin infertilitesinin zeminini ortaya koyabilmek adına psikoterapötik ya da psikanalitik bir tedavide çalışılması gerekmektedir (Atak 2009). Ele alınan psikanalitik yöntem dışında gevşeme ve stres yönetimi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişilerarası terapi, psikoeğitim, yas yönetimi, cinsel terapi ve evlilik terapisi, kriz danışmanlığı ve grup terapileri de önemli olmaktadır. Bununla birlikte bazı hastaların geçmiş yaşantı ve psikolojik zeminlerinin farklılığından kaynaklı bazı hastalarda psikiyatrik ilaç tedavisi de gerekebilmektedir (Talay 2018).

İnfertilite tedavi sürecinde hastalarda sıklıkla psikolojik semptomlar görülmesi kaynaklı ruh sağlığı uzmanları tarafından verilen destek, tedavinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır (Verhaak ve ark. 2007a; Wischmann ve ark. 2010). İnfertilite tedavisi gören hastalar aynı zamanda ruh sağlığı uzmanları tarafından takip edildiğinde hastaların tedavi sürecindeki psikolojik sorun ve stresleri azalabilmektedir. Bu nedenle infertilite tedavisi alan çiftlere rutin psikiyatrik değerlendirme yapılması hastaların tedavi başarısında ve tedavi bırakmanın azalmasında önemli bir rol oynayacaktır (Domar 2004; Dancet ve ark. 2010).

2.2. Sosyal Destek

Varoluşsal olarak sosyal bir varlık olan insan, yaşamının temellerini de sosyal ilişkileri üzerinden kurmaktadır. Buna paralel biçimde bireyler diğerleriyle birlikte olma ve ilişki kurma ihtiyacını doğumundan ölümüne kadar yaşamaktadır. Bu noktada “sosyal destek” kavramı sosyal

ilişkileri kurma ve devam ettirme noktasında önemli olmaktadır. 1970’li yıllardan günümüze kadar sosyal destek, hastalıklara karşı koruyucu ve baş etme kaynağı olarak birçok araştırmanın konusu olmuştur. Sosyal desteğin yeterli ya da yetersiz oluşunun fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu/olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir. Bireylere yeterli sosyal destek sağlandığında, sosyal desteğin fizyolojik ve psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırmada önemli rol oynadığı savunulmuştur (Zimet ve ark. 1988; Eker ve ark. 2001). Son yıllarda yapılan çalışmalar da özellikle kadınlarda yetersiz sosyal desteğin, hastalık semptomlarının insidansı ve şiddetinin artmasına, süresinin uzamasına, hastalığa adaptasyonda zorluğa, fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulmaya, prenatal ve postpartum depresyona, infertilite tedavisinde zorluğa ve psikososyal sorunlara yol açacağını bildirmektedir (Eren 2008; Yıldırım ve ark. 2011; Alhulsen ve ark. 2012).

Sosyal destek kavramına olan ilgi ve çalışmalar 1970’lerin ortalarına doğru artış göstermiştir (Gottlieb 1992). Bireye özel olarak fiziksel ve psikolojik olarak güç vererek temel sosyal ihtiyaçlarını ve bir grubun parçası olmasını sağlayan “sosyal destek” kavramı, birçok çalışmacı tarafından farklı biçimlerde ele alınarak tanımlanmaktadır (Gülaçtı 2010). Çünkü sosyal destek tek bir kavrama değil sosyal ilişkilerin yararlı etkileriyle ilgili bir kavram kategorisine işaret etmektedir. Bu nedenle sosyal destek etmenleri her çalışmacı tarafından farklı biçimlerde ele alınmaktadır (Isaksson ve ark. 2007).

Cobb (1976) sosyal desteği, bireyin sevildiğine, saygı duyulduğuna ve karşılıklı bir sosyal ağa ait olduğuna inanmasına yol açan bilgi olarak tanımlamaktadır. Shumaker ve Brownell (1984) ise sosyal desteği sağlayıcı ya da alıcı tarafından algılanan, iki birey arasında alıcının refahını arttırmayı amaçlayan bir kaynak değişimi olarak tanımlamışlardır. Bunun yanı sıra ait olma, takdir edilme ve sevgi gibi insanın temel ihtiyaçlarının karşılanması anlamına da gelmektedir (Ekinci and Ekici 2003). Rodriguez ve Cohen (1998) ise sosyal desteği bireyin zihinsel ve psikolojik sağlığını pozitif yönlü etkileyerek bireyin çevresi tarafından sağlanan psikolojik ya da maddesel çok boyutlu özellik ve işlevlerden oluşan bir yapı olarak tanımlamışlardır. Farklı bir açıdan Caplan (1973) sosyal destek tanımının üç önemli noktası olduğunu ve bunları; i) emosyonel sorunları ile baş edebilmesi için bireylerin psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede destek; ii) bireylere ihtiyacı olan gerekli maddiyat ve kaynak sağlayarak ya da bilgi-beceri ve nasihat ederek yüz yüze geldikleri stresörler ile baş etmede destek ve iii) görevlerini paylaşan yakınlarından alınan destek üzerinden açıklamaktadır.

Tardy (1985) ise sosyal desteği kavramlaştırırken beş önemli nokta olduğunu belirtmiştir. Bu olgular “sosyal desteğin yönü”, “konumu”, “tanımlanması ve değerlendirilmesi”, “içeriği” ve “sosyal ağ” dır. Bu olgularda da en önemlisi “sosyal ağ” olmaktadır. Başka bir ifade ile sosyal destek, bireye diğer bireyler, gruplar ve daha geniş toplumlar tarafından sosyal ağlar yoluyla erişilebilen destek olmaktadır (Insel ve Shapiro 1992).

Sosyal destek, bireyin yaşamında yer alan diğerleri tarafından değer görme/verme, saygı duyulma ve sevilme deneyimini ifade etmektedir (Roohafza ve ark. 2014). Bireyin Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde ortaya koyduğu “*ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme*” gibi temel ihtiyaçlarının diğer bireylerle (arkadaşları, ailesi, iş yerindeki yöneticileri ya da psikolog/psikiyatr gibi) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin olmasını içermektedir (Ekinci ve Ekici 2003). Sosyal destek, diğerleri tarafından sağlanan somut yardımlar biçiminde olabildiği gibi bireylerin ihtiyaç duyulduğunda yeterli desteğin mevcut olup olmadığına dair güvenlerini değerlendiren algılanan sosyal destek biçiminde de olabilmektedir (MdYasin ve Dzulkifli 2010). Genel anlamıyla ele alındığında sosyal destek; bireyin stres oluşturan yaşam olaylarına ve durumlarına yönelik olumsuz sonuçlar ile baş edebilmesinde yardımcı olarak yeniliklere uyum becerisini destekleyen partner, aile, arkadaş ve yardım kuruluşları gibi çevrelerden sağladığı emosyonel, bilişsel ve maddi destektir (Budak 2009; Mermer ve ark. 2010).

2.2.1. Algılanan ve Sağlanan Sosyal Destek

Sosyal destek, kendi içerisinde “algılanan” ve “sağlanan” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Son yıllarda sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar “algılanan sosyal destek” kavramı üzerinde durmuştur. Bireyler için sosyal desteğin yararları uzun zamandır üzerinde durulan bir nokta olsa da zaman içerisinde sosyal desteğin yeterli olup olmadığı tartışılmıştır (Eker ve ark. 2001). Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, popüler, değerli ve gerektiğinde bireyin diğerleri tarafından desteklenme düşüncesine sahip olduğu ve yakın bireysel etkileşimden daha fazla memnuniyet kazandığı savunulmaktadır (Sorias 1988). Bunun üzerinden “algılanan sosyal desteğin” daha iyi bir öncü olduğu kabul edilmiştir. Bununla birlikte sağlık durumu ve algılanan sosyal destek arasında pozitif; psikolojik patolojiler ve endişe düzeyleri ile negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Yamaç 2009). Psikolojik iyi oluşları ve sağlıkları açısından sosyal desteğe oranla da belirleyici etkisi olan algılanan sosyal destek, bireylerin ihtiyaç duyduklarında hissettikleri, öznel nitel bakış açılarıyla tanımlanabilir ve ölçülebilir destek kaynaklarının varlığını içermektedir (Stokes 1985).

Bireyin öz tatminini içeren algılanan sosyal destek, bireyin sosyal desteğe ve ağlara yönelik izlenimini içermektedir. Birey bu izlenimleri üzerinden sosyal ağlar tarafından destek görüp görmediğini kendi içerisinde değerlendirmektedir (Aksüllü 2002). Bireyler; bu sosyal ağlar tarafından yeterince desteklenip desteklenmediğine ilişkin algılarını ve değerlendirmelerini bilişsel algıları ve şemaları üzerinden oluşturmaktadır. Bununla birlikte yaşamları içerisinde kurdukları bağların güvenilir olup olmaması ve diğerlerinin kendilerine ne kadar destek sağladığı da bu algılar üzerinde önemli olmaktadır (Oktan 2005).

Bireyin ailesi, arkadaşları, otorite figürleri ve eşlerinden aldığı gerçek desteği içeren destek “sağlanan sosyal destek” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle destek kaynaklarından sağlanan sosyal destek miktarı olmaktadır (Kef 1997). Bu destek çeşidinde bireyin, ihtiyacı olan bireye yardım ederken gösterdiği davranışları (işin bitirilmesine yardım etmek, eşya ödünç vermek gibi) içermektedir (Barrera 1986).

Bu destek biçimi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında bireyin kişilik özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı farklılık olmaktadır (Stokes 1985). Bu noktada bireye özgü algılar değil diğerlerinin davranışları ve hareketleri önemli olmaktadır. Başka bir ifade ile desteğin gözlenen davranışsal değerlendirmesi yer almaktadır (Coyne ve Downey 1991). Bunun yanı sıra algılanan sosyal destek, bu etmenlerin dışında birçok etmenden kaynaklı sağlanan sosyal destekten daha ön planda olmaktadır. Bu durum zemininde algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlık ile yakından ilişkili ve yordayıcı olduğunu ortaya koyan çalışmalar yer almaktadır (Harandi ve ark. 2017; Xu ve ark. 2019).

2.2.2. Sosyal Desteği Açıklayan Modeller

Cohen ve Wills (1985) tarafından sosyal destek kavramının sağlık üzerindeki etkisini ortaya koyan iki model öne sürülmüştür. Bu modellerden birincisi sosyal destek ve sağlık arasında doğrudan ilişki olduğunu savunan “Temel Etki Modeli”dir. Buna göre sosyal desteğin, bireyin hayatı üzerinde stres düzeyi ve etkisi göz önüne alınmadan her şartta doğrudan yararlı etkiye sahip bir etmen olduğu savunulmaktadır. Bu model, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde tek başına olumsuz etki yaratan bir durum olduğunu öne sürmektedir. Başka bir ifade ile stresörlerden bağımsız biçimde, sosyal desteğin varlığı bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını doğrudan etkilemektedir. Yüksek seviyede sosyal desteğe sahip olan bireylerin sevilme ve değer verilme duyguları da yüksek seviyede olacaktır. Bu olumlu duygular da bireyin psikolojik sağlığı üzerinde sürekli ve olumlu bir etki yapacaktır (Duru 2008). Sosyal destek yokluğu ya da azlığı da özellikle psikolojik hastalık oluşumuna ve bireyin kendini değersiz ya da önemsiz hissetmesine yol açmaktadır (Pugliesi ve Shook 1998).

Temel Etki Modeli’nin tersine “Tampon Etki Modeli”ne göre sosyal desteğin, stresörlerin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinden koruyan bir tampon işlevi gördüğünü öne sürmektedir. Bu modele göre stresör olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmaması sağlık üzerinde olumsuz bir etki oluşturmamaktadır. Bunun yanı sıra bireyler stresörlerle karşı karşıya kaldığında sosyal destek, bireyin algısını değiştirerek olumsuz etkileri azaltmaktadır (Cohen ve Wills 1985). Başka bir ifade ile sosyal destek, bireyin yaşamında stresörler bulunmadığı ya da düşük olduğu durumlarda fiziksel sağlık ve psikolojik iyi oluş üzerinde ya çok az ya da hiç tampon görevi görmemektedir (Sarafino

1990). Fakat sosyal destek, bireyin yüksek stresörlere maruz kaldığı durumlarda adaptasyon ve şartlarla baş edebilmesini kolaylaştırarak stresörlerin olumsuz etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve McKay 1984). Bu modele göre sosyal desteğin en önemli işlevi, yaşam olayları içerisinde stresörlerin meydana getirdiği olumsuz etkileri azaltarak ya da dengeleyerek psikolojiyi korumaktır. Bununla birlikte bireye yaşamında karşılaştığı sorun ve zorluklara karşı baş etme stratejisi olarak hizmet etmektedir (Duru 2008).

Ortaya konulan bu iki model üzerinden “Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirinden Bağımsız Etkileri” olmak üzere üçüncü bir model geliştirilmiştir. Bu modele göre sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının fiziksel sağlık ve psikolojik iyi oluş üzerinde bağımsız etkilerinin olduğu savunulmaktadır. Başka bir ifade ile bireyin hayatındaki yaşam olayları ve sosyal destek eksikliği tek başlarına sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek değişkenlerdir. Bununla birlikte, bu model her iki değişkenin bir arada bulunmasının bireyin daha şiddetli fiziksel sorunlar yaşayacağını ve psikolojik iyi oluş seviyelerinin daha fazla düşmesine zemin hazırlayacağını ileri sürmektedir (Cohen ve Wills 1985).

2.2.3. Sosyal Desteğin Boyutları

Sosyal desteğin boyutları üzerine birçok çalışmacı farklı açıklamalar ortaya koymaktadır. Bu durum zemininde, bu kavramın birçok sınıflamadan oluşması ve doğası kaynaklı çok boyutlu olması bulunmaktadır (Barrera 1986).

Bazı çalışmacılar sosyal desteğin “niceliksel” ve “niteliksel” boyutlardan oluştuğunu savunmaktadır. *Niteliksel sosyal destek*, sosyal ilişkilerin önemi ve değerine atıfta bulunarak süreç ile ilgilenmektedir. Bu boyut daha çok bireylerin birincil ilişkileriyle ilgili olmaktadır. Bunun yanı sıra *niceliksel sosyal destek*, kişilerarası ilişkilerin sayısı, süresi, erişilebilirliği, kompleksliği ve yoğunluğunu içermektedir (Kaner 2003). Bunun üzerinden Kazak ve Marvin (1984), sosyal desteğin “nicel” özelliklerini *yapısal*; “nitel” özelliklerini ise *işlevsel* olarak iki kategori altında değerlendirmektedir. Buna göre yapısal desteği; sosyal ağ büyüklüğü, ağ yoğunluğu ve sınır yoğunluğu olarak tanımlamışlardır. Bu boyutta bireyin sosyal desteği aldığı bireyler, bunların sayısı ve bireye yakınlık seviyesi önemli olmaktadır. İşlevsel destekte ise sağlanan desteğin birey için önem derecesi ve bireydeki anlamı ile ihtiyaç duyulan desteğin ne kadar karşılandığı ya da karşılanmadığını içermektedir (İncesoy 2014).

2.2.4. Sosyal Destek Kaynakları

Bireyin yaşam alanları içerisinde birçok farklı noktada yer alması kaynaklı, sağlanan sosyal destek, birçok farklı kaynak tarafından karşılanabilmektedir. Bireyler daha çok içerisinde aile, okul ve işyerleri içerisinde bulunmaktadır. Bu nedenle sosyal destek kaynakları da öncelikle bireyin ailesi, öğretmenleri ve iş (yönetici, sosyal yardım gibi) çevresinden oluşmaktadır (Carlson ve Perrew 1999). Bunun yanı sıra bireyin çevresi, komşuları, eş ya da partnerleri, ideolojik, dinsel ya da etnik gruplar ile içerisinde yer aldığı toplum gibi etmenlerden oluşabilmektedir (Yıldırım 1997).

Bireylerin sahip oldukları sosyal destek kaynakları dinamik olmakta ve gelişim dönemleri ile yaşam süreçlerine göre değişebilmektedir. Çalışmacılar, sosyal destek üzerine algılanan sosyal desteğin en yüksek seviyesindeki kaynağın bireylerin aileleri olduğunu ortaya koymaktadır (Taysi 2000). Başlangıçta aile olan bu kaynak zamanla arkadaş ve öğretmen, iş arkadaşı, partner, topluluk ya da bağlı olunan herhangi bir sosyal grup gibi farklı kaynaklardan gelebilmektedir (MdYasin ve Dzulkifli 2010).

2.2.5. Sosyal Desteğin İşlevleri

Çalışmacılar son 30 yıldır bir baş etme kaynağı ve fiziksel/psikolojik hastalıklara karşı koruyucu olan sosyal desteğin işlevleri üzerindeki çalışmalarını arttırmıştır. Bunun üzerinden sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik iyi oluş arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu gösteren birçok çalışma ortaya konmuştur (Kessler ve ark. 1985; Hobfoll ve Stokes 1988; Coyne ve Downey 1991). Fakat ilerleyen yıllarda yapılan sosyal destek çalışmaları sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda bireyin kendi izlenimlerine başka bir ifade ile algılanan sosyal desteğin işlevlerine yönelik olmuştur (Gülaçtı 2010; Aydın ve ark. 2017).

Sosyal destek işlevlerinin ortaya konulmasına yönelik çalışmacılar, dört farklı işlev kategorize etmiştir. Buna göre bu işlevler; *emosyonel*, *bilgisel*, *araçsal* ve *yaygın destek* olmaktadır (Tardy 1985). “Değerlilik” ve “yakın destek” olarak da adlandırılan *emosyonel destek*; bireyin duygu ve düşüncelerini anlama, ilgi, sevgi, anlayış, kabul gösterme, güven sağlama ve empatik yaklaşma olarak ifade edilmektedir (Robertson 1988). Bu işlev, bireylerin psikolojik sağlığı ile doğrudan ilişkili olmakta ve bireyin davranışlarının stresli olayların sonuçları ile emosyonel yönden baş edebilmeleri yönünde değiştirilebilmesini içermektedir (Cohen ve Wills 1985). *Bilgisel destek* işlevi, bireylerin sorun olarak gördüğü olaylar ile baş edebilmesi için bireylere açıklayıcı bilgiler ve nasihatler vererek sorunu fark edip anlamasına rehberlik etmektedir (Rodriguez ve Cohen 1998). *Araçsal destek*,

bireylerin diğeri tarafından gördüğü maddi destek, materyal kaynakları ve eşya yardımı gibi somut yardımları içermektedir (Robertson 1988). Bu sosyal destek işlevi diğeriinden farklı olarak bireyin sorunlarını doğrudan çözmek gibi yarara sahip olmaktadır. Son olarak *yaygın destek* işlevi ise bireyin vakit geçirme, eğlenme ve rahatlamasını içeren sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. Birey diğeri ile birlikteyken kendi ile ilgili geri bildirimler edinmek için diğeri ile kendini kıyaslamaya girmektedir. Bu nedenle bu destek işlevi bireyin bir gruba ait olma duygusuyla birlikte stresini azaltmakta, diğeriyle sorunları hakkında konuşarak rahatlamasını ve davranışlarını kendi faydasına olacak biçimde değiştirmesini sağlamaktadır (Kef 1997). İşlevlerin her birinin diğeriinden ayrıldığı özellikleri bulunmakta ve her biri bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkilere sahip olmaktadır. Bu işlevlerin bireyin sosyal ağı ve çevresinden sağlanması bireylerin yaşam içerisindeki zorluklarla baş etmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle stres durumlarında sosyal desteğin bu işlevlerinin bireye sağlanması ve bireyin algıladığı sosyal desteğin yüksek olması sağlıkları üzerinde olumlu etkiye yol açmaktadır (Taysi 2000).

Ele alınan bu kategorik işlevlerin yanı sıra yapılan çalışmalar sosyal desteğin bireyin, fiziksel ve psikolojik sağlığını korumak için son derece önemli olduğunu, strese karşı direncini arttırdığını, patoloji gelişimi ile travma kaynaklı (travma sonrası stres bozukluğu, TSSB gibi) hastalıkların işlevsel sonuçlarını ve morbiditeyi azalttığını ortaya koymaktadır (Özbay ve ark. 2007). Bireylerin sahip olduğu zengin sosyal ağlar, riskli davranışlarda bulunma oranını azaltabilmekte, olumsuz değerlendirmeyi önlemekte ve tedaviye uyumu arttırmaktadır (Fortana ve ark. 1989; Rozanski 1992).

Buna ek olarak Baron ve arkadaşları (1990) sosyal desteğin bireyin fiziksel ve psikolojik iyi oluşu sağlama işlevlerinin bağlılık ve güven ihtiyaçlarının doyurulması, benlik imgesinin korunup güçlendirilerek kendine olan güveninin artması ile sağlandığını ortaya koymaktadır. Bireyler sosyal destekleri eşliğinde özgüvenlerini, benlik imge ve değerlerini arttırmaktadır. Bu şekilde daha güçlü ve işlevsel savunma mekanizmaları kullanarak stresörler ile daha kolay baş edebilmektedir.

Algılanan sosyal desteğin işlevi üzerine çalışan çalışmacılar, bireylerin algıladığı sosyal desteğin sağlayıcı desteğe oranla psikolojik dayanıklılık üzerinde daha çok etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Stokes 1985). Bunun yanı sıra bireyin sağlığının korunmasında anahtar rolü olmakta, benlik saygısı ve yaşam doyumunu arttırmaktadır (Ardahan 2006). Bunların yanı sıra özellikle aile desteği, iş verimliliği ve performansını arttırmakta; aile içi çatışmayı azaltmaktadır (Bhanthumnavin 2003; Marcinkus ve ark. 2007).

2.2.6. İnfertilite ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi

İnfertil bireylerin duygu ve kaygılarını paylaşması, bu bireylerin sorunlarla baş edebilmesinde büyük ve önemli bir yardım sağlamaktadır. Bu noktada paylaşımın sağlanması da sosyal destek ile olmaktadır (Aldemir ve ark. 2015).

İnfertilitenin tanı ve tedavisi süreci bireylerin ve özellikle kadınların sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu ve bu desteği yüksek düzeyde algılamak istediği bir süreçtir (Blevins 2011). Çünkü infertilite birey ve eşlerin baş etme stratejilerini zorlamakta, hem fiziksel hem de psikolojik olarak enerjilerini tüketmektedir (Boivin 2001). Bu nedenle tükenmiş sosyal destek kaynaklarının ve olumsuz algılanan sosyal desteğin, infertilitede anksiyöz ve depresif belirtileri ya da emosyonel stresi arttırabileceği belirtilmiştir (Mindes ve ark. 2003; Boivin ve ark. 1999). Bununla birlikte infertil bireylerin özellikle eşlerinden ve ailelerinden sosyal destek alamadıklarında anksiyöz şikâyetlerinin olduğu ve düşük benlik saygısı geliştirdiği ortaya konmuştur (Aldemir ve ark. 2015). İnfertil çiftlerin çoğu, içinde bulundukları bu zor durumlara rağmen genellikle sosyal destek almamaktadır (Daniluk 2001).

Literatüre bakıldığında infertil çiftlerin sosyal destek alması ve algıladığı desteğin yüksek olmasının önemli olduğu görülmektedir. Çünkü eşlerin infertilite sorunu ile baş etmelerini algıladıkları sosyal destek düzeyleri etkileyebilmektedir (Kaplan 2018). İnfertil bireyler, sosyal desteğin kendileri için yeterli olduğunu algıladıkları zaman infertilite ve sorumluluklarıyla daha iyi baş etmektedir (Abbey ve ark. 1992). Bunun yanı sıra sosyal desteği yüksek olan bireyler infertiliteye daha iyi uyum sağlama eğiliminde olmaktadır. Özellikle infertil kadınlar sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymakta ve bu desteği yüksek düzeyde algılamak istediklerini belirtmektedir (Blevins 2011).

Literatürdeki infertilite ve sosyal destek ilişkisi üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında da sosyal desteğin infertilite stresörleri bağlamındaki önemi ortaya konulmuştur (Trindade 1993; Slade ve ark. 2017). İnfertilitede, sosyal desteğin stres üzerindeki yararlı etkileri ortaya konulmuştur. Özellikle infertil çiftlerin aileleri ve arkadaşlarından aradıkları sosyal desteği aldıklarında stres etkeni üzerinde koruyucu bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Helgeson 2003). İnfertil çiftlerin aile üyeleri, arkadaşları ya da bir danışman ile duygu, düşünce ve yaşadıkları sorunları paylaşmasının yaşanılan stresi azalttığı ifade edilmiştir (Kaplan 2018). Bununla birlikte bireylerin algıladıkları sosyal destek ile sosyal ve kişisel stres düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (Martins ve ark. 2013). İnfertilite durumunda sosyal desteğin stres zamanlarında bireyler için önemli kaynaklar olduğu ve stresi azalttığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra sosyal desteği yüksek olan bireylerin evlilik kalitesinin ve psikolojik iyi oluşunun da yüksek olduğu görülmüştür (Amir ve ark. 1999). Ayrıca,

infertil hastaların sahip olduğu yüksek sosyal destek ağı ve hastalar tarafından bunun algılanması ile daha iyi bir yaşam kalitesi sağlandığı, acı ve kaygının azaldığının görüldüğü belirtilmiştir (Cunha ve ark. 2008).

İnfertil bireylerin psikopatolojileri ve sosyal destek ilişkisinin incelendiği çalışmalarda infertilite tedavisi alan çiftlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik imgesi, somatizasyon ve hostilite semptomları arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Avşar 2018). Başka bir çalışmada ise primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek (aile, arkadaş, eş) ile infertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeyleri arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Tural 2017). Tedavi sürecinde olan infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarının varlığında eş desteğinin olmamasının önemli risk etmenlerinden olduğu belirtilmektedir (Benli 2009). Bu noktada algılanan destek düzeyi dışında sosyal ağ büyüklüğü ve sosyal destek sayısının da önemli bir yordayıcı olduğu belirtilmektedir (Kavlak ve Saruhan 2002).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Bireyler, yaşamı içerisinde birçok travmatik ve stresli yaşam olayları ile karşılaşmaktadır. Her bireyin bu olumsuz olaylara verdikleri tepkiler farklılık göstermekte ve bireye özgü olmaktadır. Bazıları bu süreci başarılı biçimde atlatarak uyum gösterebilmekte bazıları ise sağlıklı baş etme geliştirememekte, psikopatoloji göstermekte ya da riskli davranışlara yönelmektedir. Bu noktada bireylerin uyum sağlamalarında ve olumsuz yaşam olayları ile kolay biçimde baş etmelerindeki en temel etmen “psikolojik dayanıklılık” olmaktadır (Garmezy 1991; Kim 2007). Bireylerin psikolojik sağlıklarını koruma ve iyi oluşlarını sağlamada onların psikolojik dayanıklılıklarını yükseltmek önemli olmaktadır (Yılmaz ve Sipahioğlu 2015).

Latince “resiliens” kelimesinden türetilen “psikolojik dayanıklılık” kavramı esnek olma, yılmazlık, sağlamlık, iyileşme ve zorlukları yenme gücü anlamlarına gelmektedir (Greene 2002). Psikoloji literatürüne bakıldığında bireylerin zorluklar karşısında önemli bir düzenleyici güç olarak tanımladığı “psikolojik dayanıklılık” birçok farklı tanımdan oluşmaktadır (Hamby ve ark. 2013).

Literatürde bu kavram, travmatik ya da stres yaratan yaşam olayları ile baş edebilme, olumsuzluklara rağmen iyi oluşunu sürdürebilme ve iyileşme olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile bireyin yaşanan kötü ve olumsuz olaylardan kendini kurtarması ya da kurtaramadığında yeni duruma uyum sağlamasıdır (Doğan 2015).

Bir diğer tanımlamaya göre ise; bireyin travma yaratan bir olay ya da ciddi bir stresle karşı karşıya kaldıktan sonra sağlıklı uyum gösterebilme ve psikolojik işlevini yüksek düzeyde sürdürme

yeteneği olarak ifade edilmektedir (Bonanno ve ark. 2011). Bireyin yaşamı içerisindeki zorluk ve sorunlarla baş edebilmek için güçlerini geliştirme ve eski haline dönebilme kapasitesini içermektedir (Garmezy 1993; Siliman 2014). Bununla birlikte bireyin ihtiyaç duyulduğunda diğerlerine de güç kaynağı olma eğilimlerini ve zorluklar karşısında baş edebilme ile yaşamını sürdürebilme yetisini ifade etmektedir (Hamby ve ark. 2013).

Fraser ve arkadaşlarına (1999) göre psikolojik dayanıklılık, bireyin belli kişilik özellikleri ve çevresel etmenleri arasındaki etkileşiminden doğan pozitif bir sonuçtur. Bu nedenle psikolojik dayanıklılık dinamik bir sürece işaret etmekte, geliştirilebilmekte ve doğumdan ölüme değişim göstermektedir. Çünkü birey yaşadığı şartlar, olayların etkileri ve gelişim özellikleri kaynaklı değişken bir güce sahip olmaktadır. Bunun yanı sıra bireyin dayanıklılığı sürekli olmamakta, birey bir alanda dayanıklılık geliştirirken bir başka alanda gösteremeyebilmektedir (Masten ve Coatsworth 1998; Herrenkohl ve ark. 2003).

Varoluşçu kuramcılardan olan Kobasa (1982) psikolojik dayanıklılığı varoluşçu yaklaşımın temel kavramlarına dayandırarak açıklamıştır. Bireyin merkezde olduğu bu yaklaşıma göre; birey hayatına yönelik karar verme, sorumluluk ve inisiyatif alma yeteneğine sahip olmalıdır. Bireyler bu yeteneklere yaşamı anlamlı kılma ve sürdürmek için ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, hayatlarında ne yapmak istediklerini kolayca belirleyebilme, problemlerin ortaya çıkmasını engelleyebileceğine inanma ve var olan durumu düzeltmede gelişim gösterme gücüne sahiptirler (Florin ve ark. 1995). Bunun yanı sıra, stres ve zorluklarla baş edebilmekte, hastalığa yol açan davranışsal tutumlarla mücadele ederek fiziksel ya da psikolojik “iyi oluş” göstermektedir (Kobasa 1982).

Tanımlara bakıldığında psikolojik dayanıklılığa ilişkin birçok açıklaması olmasına rağmen birçok ortak noktasının da olduğu görülmektedir. Bu ortak noktalar, yaşam içerisindeki *travmatik ve zorlu olaylar*, bunlarla *etkili baş edebilme*, *sağlıklı uyum gösterme* ya da *yeterlilik geliştirebilme* ile bireyler için *koruyucu etmen* olarak nitelendirilen birtakım kişilik özelliklerine sahip olunması olarak sayılabilir (Windle 1999). Bunun yanı sıra her bir tanım çok boyutlu bir kavram olan psikolojik dayanıklılığın farklı bir özelliğini içermekte ve ortaya koymaktadır. Bu noktada boyutları ayrıntılı biçimde ele alıp açıklamak kavramı tanımlama noktasında önemli olmaktadır.

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları

Psikolojik dayanıklılık birbiriyle ilişkili üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; *kendini adama (bağlanma)*, *meydan okuma* ve *kontrol* biçiminde kategorize edilmektedir.

Psikolojik dayanıklılığın *kendini adama (bağlanma)* alt boyutu Kobasa (1979) tarafından “*bireyin hayatındaki çeşitli alanlarıyla ilgilenme, yönelim ve yeteneği ile kişilerarası ilişkilerine kendini tam olarak dahil etmesi*” olarak tanımlamaktadır. Bireyin yaşam alanları içerisinde karşılaştığı durum ve deneyime karşı yabancılık çekmek yerine dahil olmasını içermektedir (Kobasa ve ark. 1982). Başka bir tanıma göre ise olayları anlamlı ve önemli bir şeye dönüştürme yeteneğini ifade etmektedir. Bu noktada bireyin bir amacının olması ve durum/olayın kendisi için anlam taşıması önemli olmaktadır (Maddi ve Khoshaba 1994). Bu alt boyutta; yakın ilişkilerde bulunduğu bireyler, dahil olduğu gruplar, topluluklar, belli bir konuda sahip olduğu bilgi, donanım ve deneyimler yer almaktadır. Bu noktada bireyin sahip olduğu bu maddi ve manevi donanımlar; bireyi travmatik ve stresli olaylar sonrasında yaşama bağlayan, adanmışlığını ve tekrar yaşamına devam edebilme gücü sağlamaktadır (Erdener 2019).

Bu boyutta yer alan bireyler, yaşadığı her türlü sorun ile baş eden, kişilerarası ilişkilere ve çevreye etkin olarak katılan, kendi hayatının kontrolü elinde olan içgörü sahibi ve üzerlerine aldıkları bir görevi tamamlama sorumluluğu olanlar olarak tanımlanmaktadır (Just 1999). Literatürde kendini adama boyutu yüksek olanların; stresli olaylarını büyütmeden, onlarla baş ettiği, “iyi oluşunu” sürdürerek işlev gördüğü, baskı altındayken kolay pes etmediği, kendileri ve kişilerarası ilişkilerinde girişken ve yakın durduğu ortaya konulmuştur (Kobasa ve ark. 1982).

İkinci boyut olan *meydan okuma* alt boyutu ise; değişim, ilerlemenin sağlanması için yaşamın içerisinde olması gereken bir durum olarak tanımlanmaktadır (Maddi 2002). Bu boyutta birey, değişimi gelişimini destekleyici bir fırsat olarak görmekte ve değişime yönelik olumlu inanca sahip olmaktadır. Başka bir ifade ile bu alt boyut; değişimin yaşam içerisinde doğal bir süreç olarak, başarıyı teşvik edici olduğunu görmeye denk gelmektedir (Kamya 2000).

Bu boyut, içinden çıkılması zor ya da stresli olayları etkin biçimde değerlendirmesi yoluyla, açıklığı ve esnekliği güçlendiren bir boyut olmaktadır. Buna ek olarak bireylerin açıklık ve esnekliğini güçlendirme ile farklı bakış açıları kazanmasını, diğerleri ile etkileşime geçmesini, yaşama etkin katılımını, girişken olmasını ve zamanı iyi kullanmasını sağlamaktadır (Holt ve ark. 1987). Boyut içerisinde yer alan yüksek dayanıklı bireyler; yenilikleri denemekten hoşlanmakta, karşılarına çıkan zorlukları ve başarısızlıkları yaşanması gereken hayat deneyimi olarak görmekte, zorluklarla baş etmek için çaba sarf etmekte, problem çözücü, özgüvenli ve iyimser olmaktadır (Anderson 1997).

Son boyut olan *kontrol*, bireyin çaba göstererek çevresindeki olayların seyrini etkileyebileceğine yönelik inancını içermektedir. Bu inanç doğrultusunda da mutsuz olmak, kaçmak

ya da kaçınmak yerine bu durumlardan deneyim elde ederek yaşamına yön vereceğine inanmasıdır (Maddi ve Khoshaba 1994; Maddi ve ark. 2006).

Yaşam içerisinde kontrolün kendinde olduğuna inanan bireyler; çaresizliği kabul etmemekte, seçimlerini özgürce yapmakta, motivasyonu yüksek biçimde hayatına devam etmekte, istikrarlı, başarı yönelimli, özerk, karar verme yetisine sahip, benlik saygısı yüksek, güçlü ve özgür olmaktadır (Kamya 2000; Maddi 2004).

Ele alınan bu boyutlar birbirinden bağımsız gibi görünmesine rağmen etkileşim halinde olmaktadır. Bireyin psikolojik dayanıklılığa gerçek anlamda sahip olabilmesi için de bu boyutların hepsine sahip olması gerekmektedir. Çünkü bu boyutlardan *kontrol* boyutunda yüksek fakat diğer boyutlarda düşük olan bireyler; sonuçları belirlemek isteseler bile birey ve olaylarla ilgili deneyim ve duygulardan ders çıkarmak için zaman ve çaba harcamaya karşı isteksiz olabilmektedir. Başka bir ifade ile bir ya da iki boyut düşük ise tek başına bir yüksek boyutun var olması baş edebilme stratejileri için yeterli olmayacaktır (Maddi 2002).

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Etmenler

Psikolojik dayanıklılığın bireyin yaşamı üzerindeki önemi ve etkisi, psikolojik dayanıklılığı etkileyen etmenlerin ortaya konulmasını gerekli kılmıştır. Bunun yanı sıra bu durum bireyin zorlu ve travmatik yaşam olay ve deneyimleriyle karşılaşmadan önce risk grubu bireylere dair yapılacak önleyici çalışmalara yön vermesi açısından önem taşımaktadır (Doğan 2015).

Bunun üzerinden çalışmacılar psikolojik dayanıklılığı etkileyen etmenleri; *risk etmenleri*, *koruyucu etmenler* ve *olumlu sonuçlar* olmak üzere üç kategori altında toplamıştır.

Risk etmenleri, bir sorunun meydana gelmesine neden olan, olasılığını arttıran ya da devam etmesini sağlayan tüm etkiler olarak tanımlanmaktadır (Kirby ve Fraser 1997). Bireylerin kırılganlık düzeyini artıran elverişsiz çevresel şartlar ve stresli yaşam olaylarını içermektedir (Norman 2000). Bu etmenlerin belirlenmesinde sıkıntılar yaşanmasına rağmen genel olarak olumsuz yaşam deneyimleri, maruz kalınan doğal/yapay afetler ve bireyin psikolojik olarak sağlıklı bir hayat sürmesini etkileyecek her türlü olay bu etmenler arasında sayılmaktadır (Luthar ve ark. 2000).

Bu etmenlere ek olarak; risk etmenleri kendi içinde *bireysel*, *ailesel* ve *çevresel* risk etmenleri olarak üçe ayrılmaktadır. *Bireysel risk etmenleri*, bireylerin doğuştan getirdiği ya da sonradan kazandığı olumsuz özellikler ve yaşam koşullarını içermektedir. Bunlar cinsiyet, ırk, zekâ, doğum travmaları, erken çocukluk dönemi ya da sonradan gelen kronik sağlık sorunları, engel durumu ve kişilik özellikleri olarak tanımlanabilmektedir (Murray 2003). *Ailesel risk etmenleri*, bireyin doğup

büyüdüğü ailesiyle ilgili olumsuz durumlar ve yaşantıları içermektedir. Bunlar ebeveynlerin kronik hastalık ya da psikopatolojisi, boşanması, kaybı ile tek ebeveynle kalmak, ergenlikte anne olma, evlatlık olma, madde ve suç geçmişi olan ebeveyni, düşük sosyo-ekonomik düzeyi, eğitim düzeyi, aile içi ihmal istismar ve bağın kurulamamasını içermektedir (Flores ve ark. 2004; Lansford ve ark. 2006). *Çevresel risk etmenleri* ise bireyin içerisinde yer aldığı çevredeki olumsuz şartlardan kaynaklanan olumsuz durum ve koşulları içermektedir. Bunlar; düşük sosyoekonomik düzey, taciz, istismar, yoksulluk, evsizlik, göç, terör, çocuk ihmali, yetersiz beslenme, olumsuz akran desteği, toplumsal şiddet ve sarsıntıları içermektedir (Hetherington ve ark. 1999).

Koruyucu etmenler ise ele alınan risk etmenlerinin etkisini ortadan kaldıran ya da bunların olumsuz sonuçlarının etkilerini azaltan etmenler olarak tanımlanmaktadır (Arslan 2015). Başka bir ifade ile risk etmenlerinin oluşturduğu etkileri yumuşatıp ortadan kaldırarak, uyumun sağlıklı biçimde gerçekleşmesini sağlayan ve bireyin baş etme stratejileri ve donanımlarının gelişmesine yardımcı durumlar olmaktadır (Masten 1994). Bunun yanı sıra bu etmenler olumsuz sonuçların etkisini azalttığı gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkma ihtimalini de azaltmaktadır. Bu noktada bireyin yaşamında sahip olduğu olumlu etmen ve baş etme mekanizmaları bu etmenlerden sayılmaktadır. Birey sahip olduğu koruyucu etmenler ile stres ve travma durumlarına karşı hazırlıklı olmaktadır (Beauvais ve Qetting 1999).

Koruyucu etmenler kendi içerisinde *bireysel* ve *çevresel* etmenler olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır. Bununla birlikte bireysel etmenler “içsel”, çevresel etmenler ise “dışsal” olarak gruplandırılmaktadır. Buna göre *bireysel koruyucu etmenler*, kalıtımsal ve psikolojik kolektif geçişleri içine alan bireysel kaynaklar olmaktadır. Kalıtımsal olarak sağlık durumu (erken çocukluk döneminde daha az hastalık geçirme), genetik yatkınlıklar (daha az kronik ve genetik hastalığın olması), mizaç ve cinsiyet bu kategoride yer almaktadır. Psikolojik olarak bakıldığında ise bireyin kişilik özellikleri, zekâ, baş etme mekanizmaları ve kişilerarası iletişim/etkileşimi bu kategoride yer almaktadır (Mandleco ve Peery 2000).

Dışsal koruyucu etmenlerden olan *çevresel etmen* ise aile ve dışındaki ortamları içermektedir. Bireyin ailesinden sağladığı koruyucu etmenler, ebeveyn tutumlarını, aile içi ortamını, eğitimini, sosyoekonomik düzeyini, ebeveyn ilişki ve yatırımlarını içermektedir (Krovetz 1999). Dışsal çevre etmeni ise, bireyin içerisinde yaşadığı toplumsal kaynakların yeterli ve doyurucu olmasını, destekleyici kurumların varlığını, toplum içerisinde güvende hissetme ile kişilerarası ilişki ve etkileşimini içermektedir (Mandleco ve Peery 2000).

Koruyucu etmenler bireyin sahip olduğu içsel ve dışsal etmenlerden ya da bunların tümünün etkileşiminden kaynaklanan durumlardan oluşmaktadır. Bu noktada birey için önemli olan bu etmenlerin hangisinin var olduğundan öte bu etmenlerin mevcut ya da olacak riski ne ölçüde azalttığı ya da engellediğinin ortaya konulmasıdır (Greene ve Conrad 2002). Bu durumlar saptandığında bireyin psikolojik dayanıklılık durum ve dereceleri de tahmin edilebilecektir. Çünkü tüm bu koruyucu etmenlerin varlığı, birey için sorunun etkisini azaltması kaynaklı bireyin fiziksel ve psikolojik iyi oluşunu arttıracak davranışları ve tutumları güçlendirmesine de destek olmaktadır (Romano ve Hage 2000). Bu sebeplerden dolayı koruyucu etmenlerin (bireysel, ailesel, çevresel) niteliklerinin incelenerek ortaya konulması, psikolojik dayanıklılık noktasında bireylerin birbirinden ayrıldığı uyum noktaları ve yararların görünüşlerinin açıklanabilmesi açısından önemli bir rol oynamaktadır (Masten ve Reed 2002).

2.3.3. İnfertilite ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

İnfertilite, bireyler için bir yaşam krizi olması kaynaklı bireylerin psikolojik güçlerini azaltabilmektedir. İnfertilite üzerine çalışmalar yapan çalışmacılar bu popülasyondaki psikolojik dayanıklılığı büyük ölçüde göz ardı etmiştir. Fakat son yıllarda pozitif psikolojinin psikolojik dayanıklılık üzerindeki çalışmaların artışı ile birlikte, yaşam içerisinde zorlu ve stresli bir durum olan infertilite ile psikolojik dayanıklılığın yakından bir ilişkisi olduğu savunulmaya ve bu doğrultuda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Buna paralel biçimde literatüre psikolojik bir kaynak olarak psikolojik dayanıklılığın infertilite tedavisi ve sürecindeki önemi eklenmiştir.

Literatüre bakıldığında infertilitenin bireyler üzerindeki fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerinin azaltılmasında psikolojik dayanıklılığın yordayıcı bir etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde hastaların ya da çiftlerin her ikisinin de psikolojik dayanıklılığının zaman içerisinde düştüğü görülmüştür. Bu durum beraberinde bireylerin benlik saygısı ve imgesinde, özgüvenlerinde, öz yeterlik algılarında, psikolojik sağlıklarında, stresten etkilenme düzeyi ve baş etmelerinde bozulmalar getirmektedir (Taebi ve ark. 2018). Fertil ve infertil kadınların karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada da infertil kadınların yaşam kalitesi, öz yeterlik algıları ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin fertillere oranla önemli ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir (Sani ve Tamannaeifar 2015). Bireyler bu durumda iyileşmeye ve müdahalelere yönelik kendini, güçsüz, savunmasız ve başarısız hissedebilmektedir. Buna ek olarak çalışmalarda profesyonel psikolojik destek almayan infertil bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğu buna paralel biçimde kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, aktif baş etme stratejilerini düşük oranda kullandıkları

bulunmuştur (Altıntop ve Kesgin 2018). Bu nedenle bireyin profesyonel psikolojik tedavi ve eğitim almasının psikolojik dayanıklılığını güçlendirme ve arttırmada etkili olacağı, özgüveninin, benlik saygısı ile imajının, baş etme düzeylerinin artacağı bu şekilde tedavi sürecinin daha kolay ve başarısının daha yüksek olacağı savunulmaktadır (Mohammadi ve ark. 2019).

Çalışmalarda da psikolojik dayanıklılık ve infertiliteye özgü stres sonuçları üzerinde olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde bireylerin psikolojik dayanıklılığının yüksek olmasının infertiliteye özgü strese ve yaşam kalitesindeki azalmalarda koruyucu bir etmen olduğu belirtilmiştir (Hermann ve ark. 2011). Benzer biçimde infertilitesi olan kadınların psikolojik dayanıklılığı ile infertiliteye bağlı stres arasında negatif; yaşam kalitesi düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Bu sonuca neden olan durumu, bireylerin psikolojik dayanıklılığının yüksek olmasına paralel biçimde farkındalıklarının ve baş etme stratejilerinin de yüksek olması üzerinden açıklamışlardır (Li ve ark. 2019). Sexton ve arkadaşları (2010) da psikolojik dayanıklılığın infertiliteye özgü ve genel stres ile negatif, eylem odaklı baş etme stratejileri ile pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Psikolojik dayanıklılık, infertiliteye bağlı stresi azaltmanın yanı sıra eş ilişkilerini, uyumlarını ve kolektif algıları sürdürmek için kritik öneme sahip olmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı yükseltilen çiftlerin infertilite öncesi birbirleri ve duruma karşı görüşlerinde değişimler olmakta ve çarpık şemaları düzenlenmektedir. Bununla birlikte bireyin içsel ve dışsal koruyucu etmenlere sahip olarak psikolojik dayanıklılığının yükseltilmesi infertilitenin kabul edilmesi ve tedavi sürecinin başarısının artmasına destek olmaktadır (Aaron ve ark. 2009).

İnfertilite etyolojisi ile psikolojik görünüş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ise fizyolojik etiyolojiye sahip infertil bireylerin psikolojik etiyolojiye sahip olanlara oranla daha yüksek psikolojik dayanıklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar psikolojik etiyolojiye sahip infertililerin daha fazla kaçınma ve içe dönük davranışlar göstermesi ile açıklanmıştır. Buna ek olarak fizyolojik etiyolojiye sahip bireylerin psikolojik dayanıklılığı sayesinde aktif baş etme stratejileri kullandığı daha az depresyon ve anksiyete semptomu gösterdiği belirtilmiştir (Oğuz 2004).

2.4. Baş Etme

Bireyler yaşam içerisinde doğumlarından ölüme kadar birçok stresli olayla karşılaşmaktadır. Bunun üzerinden olumsuz ve can sıkıcı olan bu olayları ortadan kaldırmak ya da etkilerini azaltmak için stratejiler geliştirmektedir. Bu durum “baş etme stratejileri” kavramının doğmasına yol açmıştır.

Eski Yunanca “kolahos” kelimesinden gelen baş etme, “karşı karşıya gelmek ya da çarpmak” anlamına gelmektedir (Marsella ve Jash-Scheuer1998). Bu kavram bireyin travmatik ve stresli bir yaşam olayı karşısında, uyum sağlama ve stratejilerdeki bireysel eğilimleri açıklayan kavramsal bir çerçevedir (Çetin ve Akın,2009, s.247).

Literatürde ilk kez Lazarus ve Folkman (1980) tarafından ortaya konulan ve sorunlara bilinçli ve doğrudan yaklaşımı içeren baş etme “*stresli olayların ya da iç ve dışsal beklentilerin yol açtığı gerilimi azaltma, ortadan kaldırma ya da direnme amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve emosyonel tepkiler bütünü*” olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Folkman 1980). Potansiyel olarak zarar verici olumsuzluklara reaksiyon veren, fiziksel ve psikolojik düzenlilik kontrolünü tekelinde tutan bir sistem olmaktadır (Broom 2001). Başka bir ifade ile daha genel bir süreç olan regülasyonun, sorunlar ile karşılaşıldığında harekete geçen daha özel bir yönü olmaktadır (Compas ve ark. 2001).

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA 2019) ise baş etmeyi stresli ya da hoş olmayan bir durumla karşılaşıldığında tepki vermekte kullanılan bir dizi eylem/eylemler ya da düşünce süreci olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre ise bireyin kendisini kötü hissetmesini engelleyen kaçınmaları ya da psikolojik iyi oluşunu sağlayan uygun davranış örüntülerini içermektedir (Lazarus, 1976). Bunun yanı sıra bireyin kaynaklarını başarılı biçimde kullanımını, aktif davranış biçimlerini ve etkili çözümlerle beklentilerin azaltılması gibi özelliklerini de içermektedir (Marsella ve Jash 1998).

2.4.1. Baş Etme Kaynakları

Bireylerin karşılaştıkları sorunlar karşısında baş etmeyi kolaylaştıran bununla birlikte var olan alternatifleri de geliştiren fiziksel ve psikolojik iyi oluşun devamını yordayabilecek “psikolojik-bireysel” ve “sosyal-çevresel” kaynaklar belirlenmiştir (Pearlin ve Schooler 1978).

Buna göre “psikolojik-bireysel” kaynaklar bireyin içsel dinamiklerini ve donanımlarını içermektedir. Bu kaynaklar, bireylerin baş etme stratejilerinin yordayıcı ve belirleyicileridir. Bu boyuttaki etmenler cinsiyet, kişilik yapısı (iyimser olma, problem çözücü gibi), sorun çözme becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi bireyin adaptasyonunu kolaylaştıran yapılardır (Compas 1987; Greenberg ve ark. 2014)

Bireylerin yaşamlarındaki zorluk ve stresle baş etmesini sağlayan bir diğer kaynak “sosyal-çevresel” kaynaklardır. Bireyin içerisinde yer aldığı aile ve toplumu içeren bu kaynak (paraya erişim, sosyal desteğin varlığı ve erişilebilirliği, kültür gibi) destekleyici dışsal etmenlerden oluşmaktadır (McLeroy ve ark. 1988).

2.4.2. Baş Etme Stratejileri

Baş etme stratejileri stresli ve olumsuz olarak konumlandırılan yaşam olayları ya da durumlara bireylerin verdiği gerçekçi baş etme reaksiyonunu içermektedir (Marsella ve Jash 1998). Başka bir ifade ile bireyler için hoş olmayan ve stres yaratan olay ya da durumlara karşı gösterilen tüm emosyonel ve davranışsal reaksiyonlar bu stratejileri oluşturmaktadır (Anshel 2001).

Baş etme stratejilerini, bireyden bireye göre değişim gösterdiği ve çok sayıda olduğu için tanımlamak ve kategorize etmek oldukça zor olmaktadır. Stres durumlarında bireylerin gösterdiği baş etme stillerinin ampirik biçimde ortaya konmasının davranış yordamasındaki önemi kaynaklı çalışmacılar belli kategorilere ihtiyaç duymaktadır (Çavdarlı 2013). Bu alanda çalışmalar yapan Lazarus ve Folkman (1984) “*Stresle Başa Çıkma Modeli*”nde baş etme stratejilerini “problem odaklı” ve “duygu odaklı” olmak üzere iki kategori altında toplamışlardır. Buna göre uzun süreli stresle baş etme stratejisi olan “problem odaklı baş etme”; bireyin tehdit edici ve stresli algıladığı durum/olayı ortadan kaldırmaya ya da etkisini azaltmaya yönelik aktif çabasını içermektedir. Bu baş etme stratejisinde temel amaç oluşan sorunu çözerek stresi azaltmaktır. Birey bunun için akılcı, planlı ve aktif kişilerarası çaba göstermektedir (Plotnik 2009). Bu çabalar ihtiyaçların azaltılması, ortadan kaldırılması ya da ihtiyaçlarla baş etmek için kaynakların artırılmasına yönelik doğrudan davranışlar biçiminde olabileceği gibi çevreye yönelik de olabilmektedir (Folkman ve Lazarus 1986; Patterson ve McCubbin 1987).

Kısa süreli olumsuz duygularla baş etme stratejisi olan “duygu odaklı baş etme” ise bireyin stresörler ile pasif biçimde baş etmesini içermektedir. Birey; bu olumsuz durum/olaylarla mücadele etmek yerine bu uyarının etkisini ve olumsuz emosyonel reaksiyonları azaltmak için durumun gerçekliğini inkâr etme ve sorundan kaçma/kaçınma gibi davranış ve düşünce biçimleri göstermektedir (Folkman ve Lazarus 1985). Bu baş etme stratejisinin temel amacı, sorunların ve duyguların düzenlenmesi ile karşılaşılan ihtiyaçların sonucu ortaya çıkan gerginliğin azaltılmasıdır (Folkman ve Lazarus 1986; Patterson ve McCubbin 1987). Bu nedenle bu baş etme stratejisi uzun vadeli bir çözüm sağlamamakta, çözümleri ertelemekte ve gelişimi engelleyerek birey üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir (McLeod 2015).

Lazarus ve Folkman’ın (1984) ortaya koyduğu bu baş etme stratejilerinin her ikisi de bireyin yaşamında karşılaştığı olumsuz durum/olaylara karşı uzun süreli ve etkin baş etmek için gerekli olmaktadır. Bu noktada bir baş etme davranışının birey için etkin olup olmadığı; bireyin gereksinimi, kullanıldığı bağlam ve uygulama yeteneği ile ilişkili bulunmaktadır.

Literatüre bakıldığında Lazarus ve Folkman'dan farklı olarak baş etme stratejileri üzerine üç farklı model öne sürülmüştür. Bu modellerden birincisi; *aktif ve pasif baş etme* modelidir. Buna göre *aktif baş etme*, karşılaşılan olumsuz bir sorun ya da duruma yönelik doğrudan baş etmeye yönelik bilişsel ve davranışsal girişimleri içermektedir. Birey bu baş etme modelinde durumu ya da yaşanan duyguları yönetmeye yönelik çabalar göstermektedir. *Pasif baş etme* ise, bireyin stres kaynağının sonuçlarını ya da emosyonel gerilimler kaynaklı (alkol, madde kullanımı, kaçınma gibi) olarak uzaklaştırmasını içermektedir (Billings ve Moos 1981).

Baş etme biçimlerine rehberlik eden ikinci model ise *birincil ve ikincil kontrollü baş etme* modeli olmaktadır. Bu model, birey-çevre üzerinde kontrolü korumayı, artırmayı ve değiştirme amacını taşımaktadır (Rothbaum ve ark. 1982). Buna göre *birincil kontrollü baş etme*, şartları etkilemeyi ve bireyin isteklerine uygun hale getirmeyi içermektedir. Birey yaşam içerisinde kendini olumsuz etkileyecek durumları azaltmak, olumlu olanları arttıracak biçimde nesnel şartları değiştirmeyi amaçlamaktadır. *İkincil kontrollü baş etme* ise bireyin olumlu yaşam şartlarına ulaşmak ve süregelen şartlara üst düzeyde uyum sağlamak için kendini değiştirmesini içermektedir. Bunun yanı sıra bu modelde *kontROLSÜZLÜK DURUMU* bireyin bu iki baş etme stratejilerinden hiçbirini kullanmamasını içermektedir (Weisz 1994). Bireylerin olumsuz durumlarla karşı karşıya kaldığında bu iki baş etme modelini de ayrı ayrı kullanması gibi etkileşim halinde kullanması da önemli olmaktadır.

Üçüncü model *kontrole dayalı baş etme* olarak yer almaktadır. Skinner ve Wellborn (1994) bu modeli, bireyin algıladığı kontrolün düşüklüğü ve yüksekliğine dayandırmaktadır. Bireylerin olumsuz durumun ne kadarını kontrol altına aldığı ve baş etme kaynaklarının yeterlilik düzeyine ilişkin olarak duygu ve davranışlarını düzenlemesini içermektedir.

Son model ise *regülasyon modeli* olmaktadır. Bu modelde baş etme, regülasyon çerçevesinde ele alınmaktadır. Modele göre birey; stresli ve olumsuz durumları düzenlemede emosyonel yönelimli davranış biçimlerini göstermektedir (Fuente ve ark. 2018).

2.4.3. İnfertilite ve Baş Etme Stratejileri

İnfertilite tanı ve tedavisi gören çiftler için bu durum ön görülemeyen bir stres kaynağı ve olumsuz bir yaşam olayı olması kaynaklı bireylerin bilişsel ve psikolojik baş etme stratejilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışmacılar için infertilite ile baş etme stratejileri ilişkisinin ortaya konulması önemli bir konu olmaktadır.

Aflakseir ve Zarei (2013) baş etme stratejilerinin infertil hastalar tarafından algılanan stres düzeyini değiştirdiğini ortaya koymuştur. Buna göre problem odaklı baş etme stratejilerine sahip hastaların infertiliteden algıladıkları stres düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra infertil çiftlerin çoğunun duygu odaklı baş etme stratejilerini kullandığı, stres düzeylerinin yüksek ve uyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

Kargar ve Ramezanli (2015) infertilite tanı ve tedavi gören çiftlerin yaşam üzerindeki kontrol eksikliği nedeniyle emosyonel baş etme stratejilerini daha fazla kullandıklarını ortaya koymuştur. Buna ek olarak özellikle kadın kaynaklı infertilitesi olan hastaların kendilerini başarısız ve eksik görmesinin problem odaklı baş etme stratejilerini kullanma oranlarını olumsuz etkilediği ve bu stratejileri kullanım oranının düşük olduğu belirtilmiştir.

Kaya (2018) infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; infertil kadınların duygu odaklı baş etme stratejilerini daha çok kullandıklarını tespit etmiştir. Bununla birlikte kadınlar duygu odaklı baş etme stratejilerinin alt boyutlarında en çok dini baş etme ve sosyal desteği strateji olarak belirlemiştir. Bunun yanı sıra yaşı büyük ve eğitim düzeyi yüksek olan infertil çiftlerin problem odaklı stratejileri daha fazla kullandıkları görülmüştür. Çiftler tecrübeleri ve bilgi düzeyleri arttıkça baş etme stratejilerini duygu odaklıdan problem odaklıya geçirebilmektedir.

Baş etme açısından bir diğer önemli konu ise sosyal destek olmaktadır. Bunu destekler biçimde Peterson ve arkadaşları (2006) erkeklerin problem odaklı stratejileri daha fazla kullandıklarını, bunun yanı sıra kadınların, infertilite stresi ile duygu odaklı baş ettiği ve sosyal destek arayışlarının fazla olduğunu ortaya koymuştur. Sharma ve arkadaşları (2014) da yaptığı çalışmada, infertilite stresi ile baş etmek için bireylerin sosyal destek arama ve dini baş etme stratejilerini yoğun olarak kullandığını saptamıştır. Bu çalışmada da duygu odaklı baş etme stratejileri kullanımının yüksek olduğu sonucunu tespit etmiştir. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olamayışına uyum sağlama ve bu durumla baş etmede inanç sistemlerini kullandıkları görülmektedir. Bu baş etme stratejisi bireylere teslimiyet sağlaması, umut vermesi, rasyonalize etme, kontrolü başkasına vermenin rahatlığı ve uyum sağlamayı kolaylaştırması kaynaklı sıklıkla kullanılmaktadır (Ayten ve ark. 2012; Roudsari ve ark. 2014; Aflakseir ve Mahdiyar 2016).

2.5. Yaşam Doyumu

Bireylerin yaşam içerisinde yaşamlarının anlam kazanabilmesi ve mutluluk verebilmesi için sahip olmaları gereken temel etmenlerin başında “yaşam doyumu” gelmektedir. Bu nedenle “yaşam doyumu” kavramı uzun yıllardır çalışmacıların ilgi odağı olmuştur (Diener 1984).

Literatüre bakıldığında yaşam doyumu üzerine birçok tanımlamalar bulunmuştur. Bu konuya yönelik çalışmalar 1950’li yıllarda başlamasına rağmen bu kavram ilk kez 1961 yılında Neugarten ve arkadaşları tarafından ele alınmıştır. Yaşam doyumunu tanımlayabilme noktasında öncelikle doyum kavramını ele almak önemli olmaktadır. Doyum; bireyin beklentileri, ihtiyaçları ve arzuların karşılanma düzeyine işaret etmektedir. Buna paralel biçimde “yaşam doyumu” bireyin arzusu ile elinde mevcut olan kaynaklarıyla karşılaştırılması sonucunda elde edilen sonucu içermektedir (Neugarten ve ark. 1961). Birey yaşamı içerisinde bilişsel yargıları ve beklentileriyle elinde olanların karşılaştırılması sonucu elde ettiği durum ya da sonuç üzerinden yaşam doyumu elde etmektedir (Haybron 2004). Bu noktada bireyin doyuma ulaşması kendi belirlediği kriterlere paralel biçimde tüm yaşamını pozitif değerlendirmesi ile oluşmaktadır (Diener ve ark. 1985).

1970’li yıllardan sonra sosyal psikolojiye yönelik araştırmalarda yer almaya başlayan yaşam doyumu, bireyin hayata genel bakış açısını ve bilişsel yargılarını içermektedir. Genel olarak bakıldığında yaşam doyumu bireyin yaşam kalitesini kendi belirlediği kriterlere göre değerlendirmesini içermektedir (Shin ve Johnson, 1978).

Başka bir ifade ile bir bireyin kendi belirlediği ölçütlerine uygun biçimde, bireyin tüm yaşantısını olumlu değerlendirmesi olarak açıklanmıştır (Diener, 1985). Bir başka ifade ile de bireyin kendi yaşamından duyduğu mutluluk ve olumlu emosyonların olumsuz egemen olması olarak tanımlanmaktadır (Campbell 1976).

Bireyin yaşam doyumu hayatının tek bir boyutuna ilişkin olmamakta hayatının tüm boyutlarını içermektedir (Diener 1984). Bu sebeple yaşam doyumu bireylerin hayatıyla ilgili inanç ve değerlendirmelerinin toplamı ya da hayatına yönelik genel tutumuna işaret etmektedir (Rice ve ark. 1992). Bu nedenle bir bütün olarak yaşamın bütün kalitesinin olumlu gelişiminin seviyesi yaşam doyumunu belirlemekte ve bu durum yaşam boyu değişebilmektedir (Veenhoven 1996).

2.5.1. Yaşam Doyumunu Açıklayan Kuramlar

Yaşam doyumu kavramını açıklamaya çalışan kuramlar, genel olarak iki temel başlık altında toplanmakta ve *amaç ve ihtiyaç* ile *süreç ya da aktivite* kuramları üzerinden kategorize edilmektedir

İlk kez Wilson (1960) tarafından ortaya konulan *amaç ve ihtiyaç kuramı* bireyin hayatı için çok önemli olan bir amaca ulaştığı ya da kendi belirlediği yönde ilerlediğinde mutluluk ve yaşam doyumuna ulaşacağını savunmaktadır. Bununla birlikte doyurulmamış ihtiyaçlar da mutsuzluğa yol açmakta ve yaşam doyumuna ulaşamamasına neden olmaktadır (Wilson 1967). Ele alınan bu

yaklaşımına göre bireyin mutluluğa ulaşması için yaşadığı gerilim ile mutsuzluğun azalması, fizyolojik ya da psikolojik sorunların giderilmesi ve amacına ulaşması gerekmektedir (Diener ve Diener 2002).

Süreç ya da aktivite kuramı ise; amaç ve ihtiyaç kuramlarının tersine mutluluk ve yaşam doyumunun bireyin etkinliklerinin ve davranışlarının bir ürünü olduğunu savunmaktadır (Diener 1984). Buna göre bireyin yetenek düzeyi yeterli olduğunda etkinliklerinin haz ve doyum getireceği öne sürülmüştür. Buna ek olarak bireyi mutlu eden ve doyuma ulaştıran durum başarmak için uğraşılan amaçlar ve deneyimlerdir (Boniwell ve Zimbardo 2015).

2.5.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Etmenler

Yaşam doyumunun bireye özgü olması ve değişkenlik göstermesi, etkileyen etmenlerin belirlenerek kategorize edilmesini de zorlaştırmıştır. Bununla birlikte yaşam doyumunun tanımları ve literatür çalışmalarından yola çıkılarak belli etmenler ortaya konulmuştur.

Appleton ve Song (2008) etmenleri altı bileşen üzerinden açıklamıştır. Buna göre bu bileşenler; i) ekonomik güvence, ii) iş ve sosyal statü, iii) olanak ve koşullar, iv) refah düzeyi, v) güvenli toplumda yaşamak ve vi) aile ve çevresi ile iyi ilişkiler içerisinde bulunmak olarak kategorize edilmektedir. Buna ek olarak Schmitter (2003) de yaşam doyumunu; günlük yaşamdan duyulan mutluluk, hayatı anlamlı bulmak, amaçlara ulaşma konusunda çaba göstermek, olaylara ve durumlara pozitif yaklaşmak, fizyolojik ve psikolojik “iyi oluş”, kişilerarası ilişkiler, sosyal destek ağının genişliği, özerklik, açık fikirli ve aktif olmak üzerinden ortaya koymuştur.

Ele alınan bu etmenlerin dışında demografik özelliklerden olan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, çalışma durumu ve medeni durum da bu kategorilerde yer almaktadır. Bu etmenler üzerinde literatürde birçok çalışma bulunmaktadır ve bu etmenlerin yaşam doyumu ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Yaş ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi ölçen çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmalar yaş ile yaşam doyumu arasında “U” şeklinde bir ilişkinin olduğunu, yaşam doyumunun orta yaşta azalırken emeklilikle birlikte yaşlılıkta arttığını ortaya koymuştur (Clark 2007; Blanchflower ve Oswald 2008; Wunder ve ark. 2009; Stone ve ark. 2010).

Cinsiyet değişkeni üzerine literatür çalışmaları kadınların erkeklere oranla daha olumsuz duygu bildirmelerine rağmen yaşamdan daha fazla doyum aldığı sonuçlarını ortaya koymuştur (Ünal ve ark. 2001; Guista ve ark. 2011). Fakat bu değişken üzerinde ortak bir görüş bulunmamakta, bununla

birlikte bazı çalışmalar ise cinsiyet ile yaşam doyumu arasında fark ortaya koymamıştır (Lavallee ve ark. 2007;Joshnanloo 2018).

Eğitim düzeyi değişkeni üzerine Campbell (1981) 1957-78 arasında yaptığı bir çalışmada eğitimin yaşam doyumu üzerinde yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur. Bu noktada eğitim düzeyinin artmasının bireyin hayattaki amaçlarını artırması ve yaşam biçimlerine yoğunlaştırmasına paralel olarak yaşam doyumu da artış göstermektedir. Fakat güncel yaklaşımlara bakıldığında yaygın olarak eğitim seviyesi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin dolaylı ilişkiler olduğu dikkat çekmektedir (Batan 2016; Değer 2017).

Sosyoekonomik değişken üzerinde birçok farklı görüş ve bulgu bulunmuştur. Bir kısım çalışmacı yaşam doyumu ile sosyoekonomik düzey arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur (Veenhoven 1991;Daraei ve Mohajery 2012). Bir kısım araştırmacı ise son yıllarda *sosyoekonomik durumun* yaşam doyumu üzerinde pozitif yönde ilişki olduğu görüşünün yanlış olduğunu ve bu iki durum arasında çok zayıf ve doğrusal olmayan bir bağlantının olduğunu ortaya koymuşlardır (Ayten ve ark. 2012;Batan 2016).

Campell'ın (1976) *çalışma durumu* ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında sosyoekonomik değişkenin kontrol altına alınmasına rağmen çalışmayan grubun çalışanlara oranla daha mutsuz ve yaşam doyumunun düşük olduğunu bulmuşlardır. Buna paralel biçimde çalışma durumu yaşam doyumunun önemli bir yordayıcısı olmaktadır. Landry (2000) de yaşam doyumu ile çalışma düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Literatüre bakıldığında evliliğin fiziksel ve psikolojik açılardan bireyleri pozitif yönde etkilediğine; onları mutlu ederek, sıkıntılardan koruduğuna yönelik birçok ortak görüş bulunmaktadır (Botha ve Booysen 2013;Soylu ve Kabasakal 2016).

2.5.3. İnfertilite ve Yaşam Doyumu İlişkisi

İnfertilite tedavisi, uzun vadeli bir süreç olmasına rağmen her zaman başarılı sonuçlar verememektedir. Bu durum özellikle infertil kadınlarda kronik bir psikolojik rahatsızlık durumu haline gelen belirsizlik durumu oluşturmaktadır. Bununla birlikte tedavinin her aşaması da kadın için daha fazla sorun kaynağı olabilmektedir. İnfertilitenin yaşam koşullarına dayalı yaşam doyumu için farklı etkileri olması muhtemeldir. İnfertilite tedavisi almaya karar veren kadınlar, yaşamlarının farklı yönleri ile ilgili birçok olumsuz duyguya maruz kalmakta ve yaşam doyumu düşebilmektedir (Abbey ve ark. 1994a, Aleksandra 2015).

Toplum içerisinde birçok kadının, anneliği yaşam doyumunu artıran merkezi bir kimlik bileşeni olarak algılaması da infertiliteye bağlı strese ve bu durum da yaşam doyumunda düşmeye yol açabilmektedir (Shomo ve ark. 2016). Abbey ve arkadaşları (1994b) ebeveyn statüsüne ulaşmanın infertil kadınlar arasında yaşam doyumunu arttırdığını ortaya koymuştur. Buna rağmen bazı çalışmacılar infertilite üzerinde yaşam doyumunun doğrudan bir etkisinin olmadığını, dolaylı ve koşullu etkisi olduğunu ortaya koymuştur (McQuillan ve ark. 2007). Buna ek olarak infertilitenin, hastaların yaşam doyumunu azaltabilecek çok sayıda toplumsal, psikolojik etki ve sonuçlara sahip olması kaynaklı, ruh sağlığı uzmanlarından destek alınması gerektiği görüşü yaygın olmaktadır (Seymenler ve Siyez 2018).

Batı toplumlarında çiftlerin %10-15 oranında infertiliteden etkilendiği ve infertilitenin fizyolojik sorun olmasının ötesinde psikolojik sorunların kaynağı olduğu belirtilmiştir. Bu durum bireylerin refah düzeyinde azalmaya yol açarak aynı zamanda yaşam doyumlarını da düşürmektedir. Literatüre bakıldığında infertilitenin biyolojik ve toplumsal etkilerinin yanı sıra, psikolojik etkilerinden olan yaşam doyumunu da çok fazla azalttığı belirtilmiştir (Daniluk ve Tench 2007; Schwerdtfeger 2009). Yapılan çalışmalar da infertilite tanı ve tedavisinin, yaşam doyumunu olumsuz etkileyerek psiko-duygusal stres ile psikolojik sorunlara yol açtığını ortaya koymuştur (Verhaak ve ark. 2007b; Knoll ve ark. 2009).

Navid ve arkadaşları (2017) kadın ve erkek kaynaklı infertil bireyler üzerinde yaptığı çalışmada kadın nedenli infertil hastalarda yaşam doyumlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Bunun yanı sıra açıklanamayan infertiliteye sahip erkek hastaların yaşam doyumunun yüksek olduğu görülmüştür. Bu noktada kadınların doğurganlık üzerinden kendini kaygılı ve depresif hissettiği için yaşam doyumları düşerken, erkek hastalarda bu sonuçlar gözlenmemektedir. Kiesswetter ve arkadaşları (2019) da infertil çiftler üzerinde yaptığı çalışmada hastaların stres düzeyi ile yaşam doyumları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bulgulardan farklı olarak Shlomo ve arkadaşları (2015) infertilite olan ve olmayan kadınların yaşam doyumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur. Etemadifar ve arkadaşları'nın (2016) yaptıkları çalışmada; infertil hastaların yaşam doyumlarının düşük olduğu, fakat psikolojik iyi oluş hali yüksek olan bireylerin yaşam doyumunun yüksek olduğu bulunmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Betimsel ve ilişkisel modelde tasarlanan araştırmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve infertilite tedavisi gören, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun katılımcılardan, toplam 106 kadın katılımcı gönüllü onam formu imzalatılarak dahil edildi. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan katılımcıların ruhsal durumunun tespiti için, Hasta Sağlık Anketi (HSA, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms, PHQ-SADS) uygulandı. Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyini ölçmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçmek için Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), infertilite ile baş etme stratejilerini belirlemek için Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) ve yaşam doyumu düzeylerini ölçmek için Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) uygulandı.

Örnekleme dâhil edilme kriterleri

Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda infertilite tedavisi görmek,

İnfertilite etyolojisinin kadın kaynaklı olması,

Ölçek uygulamaları konusunda yeterliliğe sahip çalışmacı tarafından verilecek

bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Dışlama kriterleri

18 yaşından küçük olma, menopoz döneminde olma,

Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusurun olması, eğitiminin ölçeklerin doldurulabilmesini engeller düzeyde olması,

Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması,

Görüşmeyi sürdüremeyecek ya da öz bildirimli ölçeklerin doldurulabilmesini engeller düzeyde aktif psikotik bulgu olması

3.1. Veri Toplama Araçları

3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak katılımcıların sosyodemografik verilerini öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgi formudur. Bu formda; katılımcıların yaş, oturduğu yer, eğitim düzeyi, doğduğu yer, sosyo-ekonomik düzey, çalışma durumu, çalışma süresi, medeni durumu, evlilik süresi, aile tipi, sahip olunan çocuk sayısı, infertilite nedeni, infertilite tedavi geçmişi, tedavi süresi, yöntemi, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, kronik hastalığı, psikiyatri öyküsü ve psikiyatrik ilaç kullanımı gibi sosyodemografik değişkenleri yer almaktadır.

3.1.2. Hasta Sağlığı Anketi (HSA, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms, PHQ-SADS)

Kroenke ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş olan PHQ Anketi, sağlık birimlerine başvuran ya da klinik bir ortamda hastalarda bulunan somatik, anksiyete ve depresif belirtilerin tespiti için kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hazırlanan bu anket, PHQ-15 (somatizasyon), GAD-7 (anksiyete), PHQ-9 (depresyon) ve P-5 (panik) modülü biçiminde tasarlanmıştır. Yazıcı ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu anketin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha = .82$ olarak tespit edilmiştir. 3'lü likert tipi (0= Hiç rahatsız olmadım, 1=Biraz rahatsız etti, 2=Çok rahatsız etti) olarak oluşturulan anketin her bir modülü için 0-4 puan aralığı düşük şiddet, 5-9 orta şiddet ve 10-15 yüksek şiddet olarak belirlenmiştir.

3.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 1988'de Zimmet ve arkadaşları tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Türkiye'de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşur. "Kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Algılanan sosyal desteğin kaynağı aile, arkadaşlar ve anlamlı diğerleri (flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) olmak üzere üç alt boyutta ölçülebilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin

yüksek olduğunu gösterir. Eker ve arkadaşları (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır.

3.1.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ)

Toplam 33 madde içeren, maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu 5'li Likert tipi ölçektir. Ölçekteki boyutlar 'kendilik algısı', 'gelecek algısı', 'yapısal stil', 'sosyal yeterlilik', 'aile uyumu' ve 'sosyal kaynaklar' olarak adlandırılmaktadır. Değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır ve mevcut ters soruların bu şemaya göre değerlendirilmesi önerilmiştir. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Friberg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup, Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

3.1.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği-COPE Inventory (BÇTDÖ)

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkar, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. Bu başa çıkma tutumlarından beş tanesi (aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı) problem odaklı olarak sınıflandırılmaktadır. Diğer beş baş etme tutumu (duygusal sosyal destek kullanımı, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, kabullenme, şaka ve dini olarak başa çıkma) duygu odaklı olarak sınıflandırılır. Diğer beş baş etme tutumu ise (Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı, inkâr ve zihinsel boş verme) en az yararlı olanı işlevsel olmayan baş etme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır. Ağargün ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, COPE Türkçe'ye çevrilerek 47 denek üzerinde uygulanmıştır. Cronbach alfa değeri 0.79 ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. Ölçeğe ait tek tek madde puanları pozitif yönde ve ileri düzeyde test-tekrar test

güvenirliği göstermiştir. Bu sonuçlar COPE'nin psikometri özelliklerinin Türk örnekleminde başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

3.1.6. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

YDÖ yaşam doyumu düzeyini belirlemek ve bu konuda standart araştırmalar yapabilmek için Diener ve arkadaşları (1985) tarafından hazırlanmıştır. Bu ölçek "yaşamım birçok yönüyle ideallere yakın, yaşam koşullarım çok iyi, yaşamımdan hoşnutum, şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim ve yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim" ifadelerini içeren 5 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek ilk hazırlandığında 7'li likert tipinde hazırlanmış ancak ülkemizdeki uygulamalarda kültürümüze uymaması gerekçesiyle 5'li likert haline dönüştürülmüştür. İçeriği; hiç katılmıyorum (1), çok az katılıyorum (2), orta düzeyde katılıyorum (3), büyük oranda katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) şeklindedir. Yaşam doyumu ölçekleri arasında en sık kullanılanıdır. Puanlaması 5-25 arasında olmaktadır. Bireylerin tüm yaşamlarına ve yaşamlarının tüm yönlerine dair bir memnuniyet ölçümü sunmaktadır. Bunu tek tek hayatlarının aile, iş, çevre gibi her yönüne dair sorularla değil, genel sorularla yapmaktadır. Kişilere kendi kendilerini değerlendirip oranlama imkanı vermektedir. Bireyin ölçekten düşük puan alması yaşam doyumunun düşük, yüksek puan alması da yaşam doyumunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Özgün halinin Türkçeye uyarlaması Köker (1991), geçerlik güvenirlik çalışması Karataş (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenirliği $r=.85$, madde-test korelasyonları ise .71 ile .80 arasında hesaplanmıştır. Güncel halinin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılmıştır. Korelasyon kat sayısı. 92, iç tutarlılık katsayısı. 88, test güvenirliği. 97 olarak bulunmuştur.

3.2. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin ilk olarak tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, yüzde, frekans) istatistikleri yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin olup olmadığını incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizi yapılmadan analizin koşulları test edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Öykülerinden Elde Edilen Klinik Değişkenler

Katılımcıların sosyodemografik verileri ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (ss), yüzde (%) ve frekanslarına göre değerlendirildi. Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ait sıklık dağılımları Tablo 1’de görülmektedir. Örneklemimizde bulunan katılımcıların yaşları 22 ile 55 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 36 ± 6.75 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %1,9’unun (n:2) okur-yazar olmayan, %1,9’unun (n:2) sadece okur-yazar, %25,5’inin (n:27) ilkokul mezunu, %9,4’ünün (n:10) ortaokul mezunu, %27,4’ünün (n:29) lise mezunu, %6,6’sının (n:7) önlisans mezunu, %20,8’inin (n:22) lisans mezunu ve %6,6’sının (n:7) lisansüstü olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine bakıldığında; %0,9’unun (n:1) düşük, %66’sının (n:70) orta, %33’ünün (n:35) ise yüksek grupta olduğu saptanmıştır. %58’inin (n:62) çalışmadığı, %41,5’inin (n:44) çalıştığı belirlenmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların %1,9’unun 1 yıldan az, %48,1’inin 1-5 yıl arası, %23,6’sının 5-10 yıl arası ve %26,4’ünün 11 yıl ve üzeri evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çocuk sayılarına bakıldığında %83’ünün hiç çocuğunun olmadığı, %12,3’ünün 1 tane çocuğu, %2,8’inin 2 tane çocuğu ve %1,9’unun 3 tane çocuğu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %67,9’unun infertilite sebebinin primer ve %32,1’inin sekonder olduğu bulunmuştur. %63,2’sinin infertilite tedavisi aldığı, %36,8’inin infertilite tedavisi almadığı saptanmıştır. %48,1’inin 1 yıldan az, %38,7’sinin 1-5 yıl arası, %9,4’ünün 5-10 yıl arası ve %3,8’inin 10 yıl ve üzeri infertilite tedavisi aldığı bulunmuştur.

Çalışmada bulunan katılımcılarda; madde kullanımının bulunmadığı saptanmıştır. %23,6’sının sigara, %20,8’inin alkol kullandığı bulunmuştur. %20,8’inde ek tıbbi hastalık bulunduğu, %22,6’sının geçmiş psikolojik /psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğu ve %17’sinin psikotrop ilaç kullanım öyküsünün olduğu bulunmuştur.

Tablo 1-Olguların Sosyo-demografik Özellikleri

	Özellikler	$\bar{x}$	ss
Yaş		36	6.75
		Frekans	%
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	2	1.9
	Sadece okur yazar	2	1.9
	İlkokul	27	25.5
	Ortaokul	10	9.4
	Lise	29	27.4
	Ön lisans	7	6.6
	Lisans	22	20.8
	Lisans üstü	7	6.6
Sosyo-Ekonomik durum	Düşük	1	0,9
	Orta	70	66
	Yüksek	35	33
Çalışma durumu	Çalışmıyor	62	58
	Çalışıyor	44	41,5
Evlilik süreleri	1 yıldan az	2	1,9
	1-5 yıl arası	51	48,1
	5-10 yıl arası	25	23,6
	11 yıl ve üzeri	28	26,4
Çocuk sayısı	Hiç çocuğu olmayan	88	83
	1 tane çocuğu olan	13	12,3
	2 tane çocuğu olan	3	2,8
	3 tane çocuğu olan	2	1,9
İnfertilite sebebi	Primer	72	67,9
	Sekonder	34	32,1
İnfertilite tedavisi	Tedavi alan	67	63,2
	Tedavi almayan	39	36,8
Tedavi süreleri	1 yıldan az	51	48,1
	1-5 yıl arası	41	38,7
	5-10 yıl arası	10	9,4
	11 yıl ve üzeri	4	3,8
Sigara kullanımı	Evet	25	23,6
	Hayır	81	76,4
Alkol kullanımı	Evet	22	20,8
	Hayır	84	79,2
Madde kullanımı	Evet	0	0
	Hayır	106	100
Tıbbi hastalık	Evet	22	20,8
	Hayır	84	79,2
Psikiyatrik hastalık	Evet	24	22,6
	Hayır	82	77,4
Psikotrop kullanımı	Evet	18	17
	Hayır	88	83

4.2. Bağımsız Değişkenlere İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenlerin sonuç üzerinde etkisinin olup olmadığını belirlemek için “Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi” yapılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde enter modeli kullanılarak analizler yapılmıştır. Tüm değişkenler ile modelin anlamlılığı ve açıklama yüzdesi hesaplanmıştır. Regresyon analizinde adımsal değişken seçim yöntemiyle model oluşturulmuştur. Çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanarak yaşam doyumu bağımlı değişkenini açıklayabileceğini düşündüğümüz; PHQ 9 depresyon, PHQ 15 somatizasyon, GAD 7 anksiyete, YİPDÖ toplam, ÇBASDÖ toplam ve BÇTDÖ toplam bağımsız değişkenleri ile model oluşturma işlemi yapılmıştır. Bu bağımsız değişkenler ölçeklerde belirtilen hesaplamalar ile skorlanmıştır.

Enter yöntemi seçilerek yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde otokolerasyon Durbin-Watson istatistiği kullanılarak kontrol edilmiştir. Durbin-Watson istatistiği 2,110 olarak elde edilmiştir, bu değer literatürde ortalama 2 olarak kabul görmektedir. Bu sonuç ile otokolerasyon probleminin olmadığı görülmüş analize devam edilmiştir. Değişkenler ile oluşturulanlar kontrol edilmiştir (varyans analizi yapılarak bağımlı değişkenin, bağımsız değişkenler ile açıklanıp açıklanamayacağı kontrol edilerek modelin tümel anlamlılığı tespit edilmeye çalışılmıştır). Araştırma sonucunda ortaya çıkan bağımsız değişkenlerin standartlaştırılmış regresyon katsayıları (β) ve anlamlılık değerleri (p) incelenmiştir.

Tablo 2-Bağımsız Değişkenlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Standart hata	β	t	p
Yaşam Doyumu (Sabit)	16,228	7,088		2,289	,024
YİPDÖ Toplam	,149	,033	,480	4,566	,000
ÇBASDÖ Toplam	-,042	,046	-,087	-,916	,362
BÇTDÖ Toplam	-,055	,041	-,108	-1,344	,182
PHQ9	-,568	,183	-,389	-3,107	,002
PHQ 15	,060	,182	,037	,328	,743
GAD 7	,091	,174	,060	,523	,602
R=,650 F(5,141) =12,096	R²=,423 p<,001	p<,05 n=160			

Tablo 2’de verilen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, bağımsız değişkenlerin tümünün yordama gücünü belirlemek amacı ile analize dahil edildiği görülmektedir. Analiz sonucunda elde edilen regresyon denkleminin varyans analizi sonucunda modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F=12,096$; $p<,001$). Bu duruma göre çoklu doğrusal regresyon analizine dahil olan PHQ 9 depresyon, PHQ 15 somatizasyon, GAD 7 anksiyete, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek ve baş etme stratejileri değişkenlerinin yaşam doyumu varyansındaki değişimi %42 ($R=,650$; $R^2=,423$) oranında açıkladığı belirlenmiştir ($p<,05$).

Bağımsız değişkenlerin β ve p değerleri incelenmiştir. PHQ 9 depresyon puanının ($\beta=-,389$; $p<,05$) infertilite tedavisi gören kadınların yaşam doyumu düzeylerinin negatif yönde; YİPDÖ toplam ($\beta=,480$; $p<,05$) boyutunun pozitif yönde anlamlı yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlerin ise infertil kadınların yaşam doyumu düzeylerinin anlamlı yordayıcıları olmadığı belirlenmiştir.

Bağımsız değişkenlerin β ve t değerlerinden yola çıkarak yordayıcı değişkenlerin yaşam doyumu üzerindeki önem sıraları analiz edilmiştir. PHQ 9 depresyon puanı ($\beta=-,465$; $t=-3,107$), ve psikolojik dayanıklılık toplam puanı ($\beta=,480$; $t=4,566$) önemli olarak tespit edilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda modele en büyük katkı psikolojik dayanıklılık değişkeni tarafından yapılmaktadır.

5. TARTIŞMA

İnfertilite, bir çiftte en az bir yıl ya da daha fazla süre kontraseptif yöntem kullanılmaması ve düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen hamileliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (WHO 2009). İnfertilitenin temel semptomunun üreme sorunu olmasına rağmen tanı ve tedavi süreci birçok psikolojik semptom ve psikososyal kaynaklar ile yordanmaktadır. Geçmişte yapılan araştırmalar, infertilite için tedavi gören kadınların daha düşük yaşam doyumu olduğunu göstermektedir (Greil ve McQuillan 2004). Çalışmacılar, bir problemin algısına bakılmaksızın yaşam boyu infertilitenin yaşam doyumu üzerinde doğrudan ve koşullu etki ile yordayıcıların olduğunu belirtmiştir (McQuillan ve ark. 2007).

İnfertiliteye eşlik eden psikolojik semptomların yol açtığı ruhsal durumlardan olan depresyon ve yaşam doyumu gibi faktörlerin birbirlerine olan etkileri konusunda literatürde tartışmalı bulgular mevcuttur. Ayrıca literatürde tedavi gören infertil bireylerde yordayıcılardan psikolojik yapılanmayı ortaya koyan psikolojik dayanıklılığı, baş etme, sosyal destek gibi farklı değişkenler aracılığıyla araştıran (Sexton ve ark. 2010; Herrmann ve ark. 2011; Yu ve ark. 2014; Ridenour ve ark. 2008; Kvamme 2011) ve yaşam doyumu (Shalkouhi ve ark. 2015) ile ilişkilendiren çalışmalar vardır.

Sosyo-demografik Özellikler Değişkeni

Çalışmamıza katılan infertil kadınların yaşları 22 ile 55 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 36 ± 6.75 olarak bulunmuştur. İnfertil kadınlarla yapılmış ve araştırma bulgularımızdan farklı yaş gruplarının tespit edildiği çalışmalar bulunmakta ancak tedavi gören kadınların yaş grubu araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmalar; infertilitenin birçok farklı etmene bağlı ortaya çıktığını savunmaktadır. Ancak hamile kalma ve tedaviden başarı elde edilmesindeki en önemli etmenin yaş olduğu ortaya konulmuştur. Teskereci (2010) infertilite tedavisi gören çiftler üzerinde yaptığı çalışmada; kadın katılımcıların yaşlarının, 20-45 yaşları arasında değişmekte olduğunu ve ortalamasını 31.04 ± 5.26 olarak bulmuştur. Çavuşoğlu (2015) infertil kadınlarla yürüttüğü çalışmada; katılımcıların 18-46 yaş grubunda olduğunu ve infertilite tedavisi gören kadınların genellikle yaş ortalamasının 36-45 yaş aralığında olduğunu tespit etmiştir. Bu yaş aralığının; hamile kalma olasılığının daha düşük olmasından kaynaklı orta yaş üstünde olduğu söylenebilir. Çünkü 35 yaş sonrasında kadınların overlerindeki antral follikül sayısı azalmakta ve AMH değeri düşmektedir. Oosit kalitesindeki azalmaya yol açan bu durum infertilite oranlarındaki artışı da beraberinde getirmektedir (Rochebrochard ve Thonneau, 2003; Klipstein ve ark., 2005).

İnfertilitede kadınların eğitim düzeyi, üreme ve sağlık davranışları açısından oldukça önemlidir. Bu değişken infertilitenin algılanma ve infertilite kaynaklı sorunların yaşanma düzeyini etkilemektedir (Akyüz, 2001). Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek kadınlar infertilite tedavi sürecinde daha bilinçli olabilmektedir. Katılımcıların eğitim durumu değerlendirildiğinde katılımcıların çoğunun (%27,4) lise, (%25,5) ilkokul, (%20,8) lisans ve (%9,4) ortaokul mezunu olduğu; okuryazar olmayan (%1,9), önlisans (%6,6) ve lisansüstü (%6,6) mezunlarının sayısının da düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmalara bakıldığında bulgularımızdan farklı olarak eğitim durumunun ilkokul mezunu olarak ele alındığı okuryazarların çalışmalara dâhil edilmediği gözlenmiştir (Akyüz, 2010; Teskereci, 2010; Çavuşoğlu, 2015). Bulgularımızla benzer biçimde Ünal ve arkadaşları'nın (2010) yapmış olduğu çalışmada; infertil kadınların genellikle ilkokul (%38), lise (%32), ortaokul (%16) ve üniversite mezunu (%14) olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin eğitim düzeyinin düşük oluşunun; yaşam kalitelerinin düşmesine, sağlık risklerinin daha az farkında olmalarına, sağlığı koruyucu önlemleri bilmemelerine, sağlık sorunu yaşadıklarında baş etme stratejilerini kullanamamalarına ve psikolojik dayanıklılıklarının düşmesine yol açacağı düşünülmektedir.

Yardımcı üreme tekniklerinin pahalı olması kaynaklı, infertilite tedavisinde gelir düzeyi oldukça önemlidir. Gelir düzeyinin orta ya da iyi olması, bireylerin tedavi hizmetlerine ulaşmasını kolaylaştırır ayrıca psikolojik dayanıklılığı ve baş etme stratejilerini de olumlu etkiler. Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyleri genellikle orta (%66) ve yüksek (%33) olarak, %58'inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışmalarda bulgularımızdan farklı olarak genellikle gelir düzeyinin kötü olduğu ancak bulgularımızla benzer biçimde kadınların çoğunun çalışmadığı belirlenmiştir (Seven, 2008; Ünal ve ark., 2010). Bulgularımızla farklı biçimde Sarkar ve Gupta (2016) infertil kadınların çoğunun gelir düzeyini düşük (%14) ve çoğunun çalıştığını (%15) ortaya koymuştur. Bu noktada ülkemizde özellikle yardımcı üreme tedavisi gören kadınlar çalışmayı bırakmakta ve tedavi süreçlerini daha kolay sürdürebilmek için zamanlarını evde geçirmektedirler. Bununla birlikte ülkemizde masrafların yüksek olması da gelir durumu orta ya da iyi olanlar tarafından tercih edilmesine yol açabilmektedir.

Çalışmamızda infertilite tedavisi alan kadınların çoğunun (%48,1) 1-5 yıl arası ve 11 yıl ve üzeri (% 26,4) sürelerde evli; %83'ünün çocuk sahibi olmadığı ve %12,3'ünün 1 tane çocuğunun olduğu saptanmıştır. Bulgularımızdan kısmen farklı biçimde Uğur (2014); infertil kadınların %43'ünün 1-5 yıl arası evli olduğunu; %44'ünün çocuk sahibi olmadığını ve %18'inin 1 tane çocuğunun olduğunu tespit etmiştir. Eğin (2016) ise çalışmasında bulgularımızla benzer biçimde kadınların %31'inin 1-5 yıl arasında ve %27'sinin 11 yıl ve üzeri sürelerde evli; %77'sinin hiç çocuğunun olmadığını belirlemiştir.

Katılımcıların %67,9'unun infertilite sebebinin primer olduğu; %63,2'sinin infertilite tedavisi aldığı ve %48,1'inin 1 yıldan az süreyle infertilite tedavisi aldığı bulunmuştur. Kuş (2008) çalışmasında infertil kadınların %77'sinin infertilite sebebinin primer olduğunu; kadınların %81'inin tedavi aldığını ve %34'ünün 1 yıldan az süre infertilite tedavisi aldığını tespit etmiştir. Benksim ve arkadaşları (2018) da kadınların %93,3'ünün primer sebepli infertil olduğunu, %40'ının tedavi aldığını ve %34'ünün 3 yıldan az süre tedavi gördüğünü bulmuştur. Çalışmalar infertilite sebeplerinin genellikle primer olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada bulunan katılımcıların; madde kullanımının bulunmadığı, %23,6'sının sigara, %20,8'inin alkol kullandığı, %20,8'inin ek tıbbi hastalığının olduğu %22,6'sının geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu ve %17'sinin psikotrop ilaç kullanım öyküsünün olduğu bulunmuştur. Yahşi (2010) primer infertilite tanısı alan kadınlara yönelik yaptığı çalışmada; kadınların yüksek oranda (%19) sigara, %5 oranında alkol kullandığını, %31 oranında tıbbi hastalığının, %69 oranında psikiyatrik hastalıklarının olduğunu belirlemiştir. İnfertil kadınlar tedavi sürecini olumsuz etkilemesi kaynaklı sigara ve alkol kullanmamaya çalışmaktadır. Bununla birlikte; psikiyatrik hastalıkların görülme oranının, infertilite tanı ve tedavi sürecinin bireylerin psikolojisindeki olumsuz etkileri kaynaklı yüksek olduğu söylenebilir.

Sosyal Destek Etki Değişkeni

İnfertilite tedavisi gören kadınların tanı koyulma ve tedavi sürecindeki müdahalelerin (hormon enjeksiyonları, laparoskopik cerrahi gibi) yıpratıcılığı ile artan stresin kadınların yaşam doyumunu etkilediği görülmektedir (Klonoff ve Natarajan 2004). Yapılan çalışmalara göre kadınların artan stresine eşlik eden duygusal bozukluklar, eş sorunları, sosyal destek eksikliği ya da sosyal dışlanma gibi psikososyal etmenlerin yaşam doyumunun azalmasına yol açabileceği ortaya koyulmuştur. Kadınlara verilen sosyal destek ve sosyal desteği algılama düzeyinin fazla olmasının kadınların yaşam doyumunu arttıracığı bildirilmiştir (Wischman ve ark. 2001; Kiesswetter ve ark. 2019).

McQuillan ve arkadaşları (2007) infertilite tedavisi gören kadınların eşinden algıladıkları sosyal desteğin yaşam doyumunu üzerinde pozitif etkileri olduğu ortaya koyulmuştur. Bir başka çalışmada ise infertilite tedavi sürecinde ve infertilite ile baş etmede sosyal desteğin doğrudan yaşam doyumunu üzerinde etkisi olduğu ortaya koyulmuştur. Tedavi sürecindeki kadınların sahip olduğu ve algıladığı sosyal desteğin yaşam doyumunu üzerinde pozitif yönlü yüksek düzeyde etkisi olduğu bildirilmiştir (Lu ve ark. 1997).

Hirsch ve Hirsch (1995) alışmalardan farklı olarak infertilite tedavisi gören kadınlar için aile, arkadaş ve diğerklerinden (akraba, iş arkadaşı, ruh sağlığı uzmanları gibi) alınan ve algılanan sosyal desteğin baş etmeyi kolaylaştırdığını saptamıştır. Bu süreçle kolaylıkla baş eden kadınların da tedavi sürecinde ve sonrasında dolaylı olarak yaşam doyumunun artacağı bildirilmiştir.

Çalışma bulgularımızda algılanan sosyal desteğin infertilite tedavisi alan kadınların yaşam doyumunu üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Araştırmacılar, yaşam doyumunun yaşam içerisindeki özel olaylar tarafından kalıcı olarak değiştirilebileceğini önermektedir (Myers 1992; Lucas ve ark. 2004). Diener ve arkadaşları (1999) yaşam doyumunun düşük olması üzerinde sosyal desteğin etkisi olmadığını, ocuk sahibi olamamanın ve tedavi stresinin yaşam üzerindeki kısa ve uzun vadeli sonuçlarının etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da infertilite nedeni farklılaşmasına rağmen infertilite tedavisi gören kadınların algılanan sosyal destek ve yaşam doyumunu arasında anlamlı etkilerin olmadığı ortaya koyulmuştur. İnfertilite ve tedavi süresinin uzun ve kısalığı üzerinde karşılaştırma yapıldığında yaşam doyumunun değişebileceği, yaşam doyumunun tedavinin uzadıkça stresi artıracakı için yaşam doyumunu etkileyeceği söylenebilir. Bu noktada; algılanan sosyal desteğin, kadınların stres durumunun yol açtığı düşük yaşam doyumunda yordayıcı etkisinin olmayacakı düşünülmektedir (Kuş 2008).

Psikolojik Dayanıklılık Etki Değişkeni

İnfertilite tedavisi gören çiftlerde stres ve kaygı kaynaklı psikolojik dayanıklılık düzeyinin düştüğü ortaya koyulmuştur (Altıntop ve Kesgin 2018). İnfertil çiftlerin tedavi süreci için psikolojik dayanıklılığın, infertiliteye ve tedaviye özgü stresi kaynaklı yaşam doyumunun bozulmasına karşı koruyucu bir etmen olduğu ortaya koyulmuştur (Herrmann ve ark. 2011). Bunun üzerinden ruh sağlığı uzmanları, özellikle infertil kadınların yaşam doyumunu arttırmaya yönelik olarak tedavi süresince ve sonrasında psikolojik dayanıklılığı arttırmaya odaklanmıştır (Hammer ve Covington 2006). Ridenour ve arkadaşları (2008) infertilite tedavisi gören kadınlar ve çiftlerin yaşam doyumunu arttırma ile evre etkileşimini hedefleyen bir “infertilite dayanıklılık modeli” önermiştir. İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların psikolojik dayanıklılıklarınnn farklı değişkenler ile ilişkisini ve infertil bireylerin yaşadıkları olumsuzluklar ile baş etmelerinde, yaşam doyumlarını arttırmada psikolojik dayanıklılığın desteklenmesinin önemi ortaya koyulmuştur.

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılığın yaşam doyumunu üzerinde pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Taebi ve arkadaşları (2018) infertilite tedavisi gören kadınların etkili baş etme stratejileri uygulamasının infertil kadınlarda yaşam doyumunu iyileştirmede etkili olduğunu ve sonuç olarak

infertil kadınların psikolojik dayanıklılığın gelişmesine yol açtığını ortaya koymuştur. Psikolojik dayanıklılığın yaşam doyumunu doğrudan etkileyen bir değişken olmadığı, yaşam doyumunda dolaylı ve pozitif bir etkisi olduğu bildirilmiştir.

Baş Etme Stratejileri

Travmatik ve olumsuz yaşam olaylarından olan infertilite ile yaşam doyumunda arasındaki düşük ilişkilere yönelik olarak çalışmacılar, baş etme stratejileri daha fazla olan bireylerin, yaşam doyumlarının daha az düştüğünü ortaya koymuştur. İnfertilite tedavisi gören kadınların prediktörlerinden olan baş etme stratejilerinin yaşam doyumundaki değişimlere doğrudan katkıda bulunduğu ve yaşam doyumunda düzeyini değiştirme olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (Diener ve Fujita 1995).

Bulgulardan farklı olarak Olga ve arkadaşları (2005) yardımcı üreme tekniği, cerrahi tedavi uygulanan infertilite tedavisi gören çiftlerin literatürün tersine yaşam doyumlarının etkisi olmadığını saptamıştır. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin literatürün tersine yaşam doyumlarının düşük olmadığı buna paralel baş etme stratejilerinin de yordayıcı etki göstermediği bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmada da Güleş ve arkadaşları (2019) infertilite tedavisi gören kadınların görmeyenlere oranla baş etme stratejilerinin yaşam doyumunda etkisi olmadığını saptamıştır. Çalışmamızda da baş etme stratejilerinin yaşam doyumunda etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Ruhsal Durum Değişkenleri

İnfertilite ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki birlikteliği açıklamaya ilişkin psikiyatrik hastalığın infertilitenin bir sonucu olduğu (Mennings 1984), infertilitenin altta yatan bir psikiyatrik hastalık ve psikolojik etki ile oluştuğu (Seward ve ark. 1965; Horney 1994) ve infertilite ile psikiyatrik hastalıkların her ikisinin de ortak ve karşılıklı bir ilişkisinin olduğuna yönelik çeşitli hipotezler ortaya konulmuştur (Cwikel ve ark. 2004).

İnfertilite ve tedavi sürecinde psikiyatrik eşitlik ile ruhsal semptomların varlığına yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Araştırmaların çoğunda infertil hastalarda, psikolojik açıdan en büyük psikiyatrik hastalığın anksiyete, tedavi başarısız çiftlerde ise depresyon olduğu saptanmıştır. Mevcut psikiyatrik hastalık açısından yüksek oranlar %23 anksiyete, %17 majör depresyon, %10 distimik bozukluk bildirilmektedir (Matsubayash ve ark. 2001; King 2003; Chen ve ark. 2004). Benzer biçimde Türkiye’de de yapılan birçok çalışmada da, infertil hastalarda en yüksek psikiyatrik hastalık prevalansı olarak anksiyete ve depresyon saptanmıştır (Sezgin ve Hocaoglu 2014). Yapılan diğer çalışmalarda da infertil hastalarda depresyonun 3.4 kat, yaygın anksiyete bozukluğunun 2.7 kat daha

sık görüldüğü saptanmıştır (Oğuz 2004; Benli 2010). İnfertil hastalarda sık görülen diğer psikiyatrik hastalıklar; somatizasyon bozukluğu (SB), panik bozukluk (PB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal fobi (SF) olarak ortaya koyulmuştur (Ragni ve ark. 2005; Klemetti ve ark. 2010).

Çalışmamızda infertilite tedavisi gören kadınların depresif belirtilerinin değerlendirildiği PHQ 9 ölçeğinde aldığı puanların yaşam doyumu üzerinde negatif etkisinin olduğu gözlemlendi. Ancak somatik belirtilerinin değerlendirildiği PHQ 15 ve anksiyete belirtilerinin değerlendirildiği GAD 7 ölçeği puanlarının yaşam doyumu üzerinde etkisinin olmadığı görüldü. Bu bulgular Samani ve arkadaşlarının (2018) çalışmasındaki infertilite tedavisi gören kadınlarda depresif belirtilerde görülen anlamlı artışın yaşam doyumunu azalttığı görüşünü destekler niteliktedir. Süt ve Kaplan'ın (2014) çalışmasındaki infertilite tedavisi gören kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerindeki artışın yaşam doyumunu azalttığı görüşünü kısmen destekler niteliktedir. Bu durumda, infertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılığının yüksek olmasının depresyonu etkilemediği fakat somatizasyon ile kaygıyı engellediği söylenebilir.

6. SONUÇLAR

Dünyada gittikçe artan bir halk sağlığı sorunu olan infertilite, çiftler için ve toplumsal olarak önemini korumaktadır. Bireylerin yaşamı üzerinde olumsuz sonuçlara yol açan infertilite, tedavi süresi uzadıkça ve çocuk sahibi olamadıkça kadınların sosyal destek, yaşam doyumu ve psikolojik dayanıklılıklarında değişimlere yol açmaktadır. Bunun üzerinden özellikle kadınlarda baş etme stratejilerinde azalma, depresyon ya da anksiyete gibi psikolojik sorunlar da gözlenmeye başlamaktadır. Bireyler için maddi ve manevi olarak sorunlara yol açan infertilite bireylerin öznel deneyiminden çıkarak toplumsal bir sorun haline de dönüşebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda infertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve baş etme stratejilerinin yaşam doyumu değişkeni üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ayrıca hastaların sahip olduğu depresyon, somatizasyon ve anksiyetenin yaşam doyumu üzerindeki etkileri de ortaya koyulmuştur.

Araştırma sonuçlarımız;

1-İnfertilite tedavisi gören kadınların algıladıkları sosyal desteğin yaşam doyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır.

2- İnfertilite tedavisi gören kadınların psikolojik dayanıklılığının yaşam doyumu üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur.

3- İnfertilite tedavisi gören kadınların baş etme stratejilerinin yaşam doyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır.

4- İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki depresyonun yaşam doyumu üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır.

5- İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki somatizasyonun yaşam doyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır.

6- İnfertilite tedavisi gören kadınlardaki anksiyetenin yaşam doyumu üzerinde etkisi bulunmamıştır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, konuya ve ileride yapılacak araştırmalara yönelik;

- Araştırmamızın örnekleminin sınırlı olması kaynaklı bu değişkenlerin daha geniş örneklemle çalışılması,
- İnfertil kadınların yaşadığı psikolojik sorunların ve bunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla sağlık çalışanlarına öneminin kavratılması,
- İnfertil kadının sadece jinekolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmesi ve gerekli görüldüğünde ruh sağlığı çalışanlarına yönlendirilmesi,
- İnfertilitenin, birey ve aile üzerinde yarattığı sorunlar kaynaklı, kadınların psikolojik dayanıklılığını etkileyerek yaşam doyumunu olumsuz etkileyen bir sorun olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda ruh sağlığı çalışanlarının infertil birey ve eşlerinin sorun ve gereksinimlerini belirlemesi ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmaya yönelik destek vermesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Aaron FR, Jeremy BY, Brennan P. The infertility resilience model: assessing individual, couple and external predictive factors. *Contemp Fam Ther.*, 2009;31:34–51.
- Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*, 1992;57:122-128.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Psychosocial predictors of life quality: How are they affected by infertility, gender, and parenthood? *Journal of Family Issues*, 1994a;15:253–271.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and parenthood: Does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994b;62:398-403.
- Abdelkader AM, Yeh J. The potential use of intrauterine insemination as a basic option for infertility: a review for technology-limited medical settings. *Obstetrics and Gynecology International*, 2009;2009:1-11.
- Aflakseir A, Zarei M. Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in shiraz, iran. *J Reprod Infertil*, 2013;14(4):202-206.
- Aflakseir A, Mahdiyar M. The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in shiraz. *Journal of Reproduction and Infertility*, 2006;17(2):117.
- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK ve ark. (2005) COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-226.
- Aktürk FS. *Türk toplumunun yardımcı üreme tekniklerine bakışı*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Afyon, 2006.
- Aksüllü N. *Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2002.
- Akyüz A. *IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik*. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2001.
- Aldemir S, Eser A, Turhan N, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015;28:328-336.
- Aleksandra D. Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*, 2015;4(2):146-158.
- Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Rose L, Sharps PW. The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2012;41(6):71–81.
- Altıntop İ., Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018;11(55):755-768.
- Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in nigeria. *Niger J Med*, 2007;16(4), 375-7.
- American Society for Reproductive Medicine. *Diagnostic testing for female infertility*. Alabama: English Fact Sheets and Info Booklets, 2012a.
- American Society for Reproductive Medicine. Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) for non-male factor infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 2012b;98(6), 1395–1399.

- Amir M, Horesh N, Stein-Lin T. Infertility and adjustment in women: the effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1999;6(4), 463-479.
- Andersen A. *A Test of the hypothesis about hardiness as an index of mental health*. Honors Theses. Southern Illinois University, Carbondale, 1997.
- Anshel MH. Qualitative validation of model for coping with acute stress in sport. *Journal of Sport Behavior*, 2001b;24(3), 223-246.
- American Psychological Association (APA) (2019). *Coping Strategy*. <<https://dictionary.apa.org/coping-strategy>> (Erişim Tarihi: 23.08.2019).
- Appleton S, Song L. Life satisfaction in urban china: components and determinants. *World Development*, 2008;36(11), 2325-2340.
- Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West Afr J Med.*, 2003;22(2), 190-196.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;9(2), 68-75.
- Arıcıoğlu A. *Hacettepe üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
- Arslan M, Bocca S, Mirkin S, Barroso G, Stadtmayer L, Oehninger S. Controlled ovarian hyperstimulation protocols for in vitro fertilization: two decades of experience after the birth of Elizabeth Carr. *Fertil Steril*, 2005;84(3), 555-569.
- Arslan G. Ergenlerde psikolojik sağlamlık: bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015;5(44), 73-82.
- Atak İ. *Açıklanamayan infertilitede kadınlık ve anne-kız ilişkisinde anneliğin iletimi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009.
- Atherton F, Howel D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. *Journal of Public Health*, 1995;17(2), 157-160.
- Avşar B. *İnfertilite tedavisi alan çiftlerin algıladıkları sosyal destekleri ile yaşadıkları ruhsal semptomlar arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2018.
- Aydın İ. *İş yaşamında stres*. Ankara: PEGEM Yayınları, 2008.
- Aydın A, Kahraman N, Durmaz D. Determining the perceived social support and psychological well-being levels of nursing students. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2017;8(1): 40-47.
- Aydın M, Egemberdiyeva A. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Eğitim Dergisi*, 2018;3(1), 37-53.
- Ayten A, Göcen G, Sevinç K., Öztürk E. E. Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2012;12(2), 45-79.
- Bar M. *Beden eğitimi ve spor etkinliklerinin psikolojik dayanıklılık ve akademik ertelemeye etkisi*. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 2006.
- Baron RS, Cutrona CE, Hicklin D, Russell DW, Lubaroff D. M. Social support and immune function among spouse of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990;59(2): 344-352.

- Barrera M. Distinctions Between Social Support Concepts, Measures and Models. *American Journal of Community Psychology*, 1986;14(4):413-445.
- Basım NH, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22, 1-12.
- Batan, N.S. (2016). *Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beauvais F, Qetting ER. Drug use, resilience and the myth of the golden child. In *Resilience and development: positive life adaptations*. M.D. Glantz ve J.L. Johnson (Eds.). NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999.
- Benksim A, Elkhoudri N, Addi AR, Baali A, Cherkaoui M. Difference between primary and secondary infertility in morocco: Frequencies and associated factors. *Int J Fertil Steril*, 2018;12(2): 142–146.
- Benli S. *İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete durumu ve ilişkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2010.
- Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex role identification. *Soc Sci Med*, 1991;33(9):1071-1080.
- Bhanthumnavin D. Perceived social support from supervisor and group members' psychological and situational characteristics as predictors of subordinate performance in thai work units. *Human Resource Development Quarterly*, 2003;14(1), 79-97.
- Billings AG, Moos RH. The Role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 1981;4, 139-157.
- Blanchflower D, Oswald A. Is well-being u-shaped over the life cycle? *Social Science And Medicine*, 2008;66(8):1733-1749.
- Blevins-Slauson K. *Infertility help seeking and social support: do conventional theories explain internet behaviors and outcomes?* Doctor Degree. University of Nebraska-Lincoln Sociology Thesis, 2011.
- Blyth E. Guidelines for infertility counselling in different countries: is there an emerging trend? *Human Reproduction*, 2012;27(7):2046–2057.
- Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod*, 1999;14:1384-1391.
- Boivin J, Appleton T, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E. et. al. European society of human reproduction and embryology. guidelines for counselling in infertility: Outline Version. *Hum Reprod*, 2001;16:1301-1304.
- Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*, 2011;7:511-535.
- Bonde JP. The risk of male subfecundity attributable to welding of metals. studies of semen quality, infertility, fertility, adverse pregnancy outcome and childhood malignancy. *Int J Androl*, 1993;16(1):1-29.
- Boniwell I, Zimbardo PG. Central to the discipline of positive psychology. In *Positive psychology in practice: promoting human flourishing in work, health, education and everyday life*. S. Joseph (Ed.). NJ: Wiley, 2015.
- Botha F, Booysen F. The relationship between marital status and life satisfaction among south african adult. *Acta Academica*, 2013;45(2), 150-178.
- Broom DM. Coping, stress and welfare. In *Coping with challenge: welfare in animals including humans*. D.M. Broom (Ed.). Berlin: Dahlem University Press, 2001.

- Budak S. *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 2009.
- Campbell A. Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 1976;31(2):117–124.
- Campbell A. *The sense of well-being in america: recent patterns and trends*. NY: McGraw-Hill, 1981.
- Can G. *Yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi*. Mezuniyet Tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir, 2005.
- Caplan N, Nelson S.D. On being useful: the nature and consequences of psychological research on social problems. *American Psychologist*, 1973;28(3):199–211.
- Carlson SD, Perrewe LP. The role of social support in the stressor-strain relationship: an examination of work-family conflict. *Journal of Management*, 1999;25(4):513–540.
- Cetin B, Akin A. An investigation of the relationship between achievement goal orientations and the use of stress coping strategies with canonical correlation. *International Journal of Human Sciences*, 2009;6(1), 242–255.
- Charney DS. Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, 2004;161:195–216.
- Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.*, 2004;19:2313–2318.
- Clark A. Born to be mild? cohort effects don't (fully) explain why well-being is u-shaped in age. *IZA Discussion Paper*, 2007;3170:1–29.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women: review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2004;(117):126–131.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 1976;38:300–314.
- Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In *Handbook of psychology and health*. A. Baum, S.E. Taylor and J.E. Singer (Eds.). NJ: Erlbaum, 1984
- Cohen S, Wills AT. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985;98(2):310–357.
- Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2007;21(2):293–308.
- Coyne CJ, Downey G. Social factors and psychopathology: stress, support and coping processes social. *Annu. Rev. Psychol.*, 1991;42:401–425.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women: review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2004;(117):126–131.
- Cunha M, Carvalho AJ, Albuquerque MR, Ludermit BA, Novaes M. Infertility: association with common mental disorders and the role of social support. *Rev Psiquiatr RS.*, 2008;30(3):201–210.
- Çavuşoğlu İ. *İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.
- Çırak E. *Kadınlarda açıklanamayan primer infertilite ile farklı biyolojik örneklerdeki metal düzeyleri arasındaki ilişkinin toksikolojik açıdan değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016.
- Çubuk B. *Kadınsılık ve cinsel mitlerin açıklanamayan infertiliteye etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2018.

- Dağ H. *Neuman sistemler modeli'ne göre infertil kadınların yaşadığı stresörlerin incelenmesi*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014.
- Dancet EA, Nelen WL, Sermeus W, DeLeeuw L, Kremer JA, D'Hooghe TM. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 2010;16:467-487.
- Daraei M, Mohajery A. The impact of socioeconomic status on life satisfaction. *Social Indicators Research*, 2012;112(1):69-81.
- Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Counsel Development*, 2001;79(4):439-449.
- Daniluk J, Tench E. Long term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development*, 2007;85:89-100.
- Değer G. *Evli bireylerde partnere saygı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
- Devine KS. Caring for the infertile woman. *MCN*, 2003;28(2):100-105.
- Devries K, Degoni S. The influence of the post-coital test on sexual function of infertile women. *J. Psychosomatic Obs. Gynec.*, 1984;3:101-106.
- Deyhoul N, Mohamaddoost T, Hosseini M. Infertility-related risk factors: a systematic review. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 2017;5(1):24-29.
- Dhont N, Wijgert JV, Luchters S, Muvunyi C, Vyankandondera J, Temmerman M. Sexual violence, hsv-2 and hiv are important predictors for infertility in rwanda. *Hum Reprod.*, 2010;25(10):2507-2515.
- Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 1984;95(3):542-575.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985;49(1):71-75.
- Diener E, Fujita F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995;67:926-935.
- Diener E., Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. In *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. Kahneman D, Diener E, Schwartz N. (Eds.). NY: Russell Sage, 1999, pp. 213-229.
- Diener E, Diener BR. Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2002;57(2):119-169.
- Doğan T. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2015;3(1):93-102.
- Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril*, 1992;58(6):1158-1163.
- Domar AD. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertil Steril*, 2004;81(2):271-273.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2008;13(3):271-281.

- Durmazoğlu G. *İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015.
- Duru E. Üniversiteye uyum sürecinde yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın doğrudan ve dolaylı rolleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2008;3(29):13-24.
- Eğin EA. *İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.
- Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the mspss in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 1995;30:121-126.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;12(1):17-25.
- Ekinci H, Ekici S. İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 2003;27(1):109-120.
- Ender A, Öndeş B. İnfertil çiftte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. *JAREM*, 2011;1:57-60.
- Erdener M. *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2019.
- Eren N. *İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi*. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2008.
- Ergin NR, Polat A, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol.*, 2018;15(1):46-49.
- Etemadifar S, Hosseiny SR, Ziraki Omrani AA, Alijanpoor M. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in females with infertility. *Women's Health Bull*, 2016;3(4):1-6.
- Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord.*, 2008;108:159-164.
- Fassino S, Garzaro R, Piero A, Daga GA, Bulik C. Eating behaviors and attitudes in women with infertility: a controlled study. *Int J Eat Disord*, 2003;33(2):178-184.
- Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among kuwaiti women: cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry*, 2004;50:294-300.
- Fisher JR, Hammarberg K, Baker GH. Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 2008;89(5):1103-1112.
- Fleming J, Burry K. Coping with infertility. In *Infertility and adoption: a guide for social work practice*. Valentine D. (Ed.). NY: Haworth, 1988.
- Flores E, Rogosch FA, Cicchetti, D. Predictions of resilience in maltreated and nonmaltreated latino children. *Developmental Psychology*, 2004;41(2): 338-351.
- Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real life situation? the roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995;68(4):687-695.
- Folkman S, Lazarus SR. 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*, 1985;48(1):150-170.

- Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986; 95: 107-113.
- Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, stress and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychol*, 1989; 8: 175-193.
- Frassler, M.W., Richman, J.M. ve Galinsky, M.J. (1999). Risk, Protection and Resilience: Toward a Conceptual Framework for Social Practice. *Social Work Research*, 23(3), 129-208.
- Freidman, T. (1989). Infertility and Assisted Reproduction. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 3, 751-767.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. et al. (2003). A New Rating Scale for Adult Resilience: What are the Central Protective Resources behind Healthy Adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res.*, 12, 65-76.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M. et al. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 2005; 14(1): 29-42.
- Fuente J, Mañas I, Franco C, Cangas AJ, Soriano E. Differential Effect of level of self-regulation and mindfulness training on coping strategies used by university students. *Int J Environ Res Public Health*, 2018; 15(10): 2230.
- Gallos ID, Eapen A, Price MJ, Sunkara SK, Macklon NS, Bhattacharya S, Coomarasamy A. *Controlled ovarian stimulation protocols for assisted reproduction: a network meta-analysis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017.
- Garnezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behav Sci.*, 1991; 34(4): 416-430.
- Garnezy N. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 1993; 56(1): 127-136.
- Gerrits T. Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. *Patient Educ Couns*, 1997; 31(1): 39-48.
- Gottlieb HB. Editorial social support: a relationship process, not a commodity. *Canadian Journal on Aging*, 1992; 11(4): 306-310.
- Greenberg PL, Martindale LS, Collum PS, Dolan LS. Distress tolerance as a predictor of depressive and posttraumatic stress symptoms in a substance use disorder in-patient treatment sample. *J Trauma Stress Disor Treat*, 2014; 3(2): 1-4.
- Greenfield AD. Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1997; 14(4): 186-188.
- Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc. Sci. Med.*, 1997; 45(1): 1679-1704.
- Greil AL, McQuillan J. Help-seeking patterns among U.S. women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2004; 22: 305-319.
- Guista DM, Jewell LS, Kambhampati SU. Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 2011; 17(3): 1-34.
- Guzick DS, Overstreet JW, Factor-Litvak P. et al. Sperm morphology, motility, and concentration in fertile and infertile men. *N Engl J Med.*, 2001; 345: 1388-1393.

- Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010; 2: 3844-3849.
- Güleç G, Yalçın G.E, Yenilmez Ç. İnfertil çiftlerde kaygı, öfke, başa çıkma yöntemleri, yeti yitimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2019; 20: 1-8.
- Güenalp S, Enginsu E, Şahin A. Erkeğe bağlı infertilite, androloji. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* İçinde. Güenalp S, Yüce K. (Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi, 2016.
- Gürgen T, Gülerman C, Özyer Ş. IVF sikluslarında kontrollü ovaryan stimülasyon. *TJRMS*, 2017; 1(1): 42-53.
- Hamby S, Grych J, Banyard VL. *Life paths research measurement packet: sewanee*. TN: Life Paths Research Program, 2013.
- Hammer L. ve Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. In *infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. Covington SN, Hammer L. (Ed). NY: Cambridge University Press, 2006, pp. 1-16.
- Harandi FT, Taghinasab MM, Nayeri DT. The correlation of social support with mental health: a meta-analysis. *Electronic Physician*; 2017; 9(9): 5212-5222.
- Haybron DM. *Happiness and the importance of life satisfaction*. Delivered at the Department of Philosophy University of Arizona, 2004.
- Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res.*, 2003; 12(1): 25-31.
- Hellema HW, Rümke P. Immune sperm agglutination: are only motile spermatozoa involved? *Clin Exp Immunol.*, 1978; 31(1): 12-17.
- Hermann D, Scherg H, Verres R, VonHagens C, Strowitzki T, Wishmann, T. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J Assist Reprod Genet*, 2011; 28: 1111-1117.
- Hetherington EM, Stanley-Hagan M. The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999; 40(1): 129-140.
- Hirsch AM, Hirsch SM. The long-term psychosocial effects of infertility. *Journal of Obstetrical Gynecological Neonatal Nursing*, 1995; 24(6): 517-522.
- Hobfoll SE, Stokes JP. The process and mechanics of social support. In *handbook of personal relationships: theory, research and interventions*. Duck S, Hay DF, Hobfoll SE, Ickes, W, Montgomery BM. (Eds.). England: John Wiley and Sons, 1988.
- Holt P, Fine MJ, Tollefson N. Mediating stress: survival of the hardy. *Psychology in the Schools*, 1987; 24(1): 51-58.
- Homan GF, Davies M, Norman R. The Impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 2007; 13(3): 209-223.
- Horney K. *Psikanalizde yeni yollar*. Budak S. (çev.) Ankara: Öteki Yayınları, 1994.
- Insel TR, Shapiro LE. Oxytocin receptor distribution reflects social organization in monogamous and polygamous voles. *Proc Natl Acad Sci.*, 1992; 89: 5981-5985.
- Isaksson G, Lexell J, Skar L. Social support provides motivation and ability to participate in occupation. *Occupation, Participation and Health*, 2007; 27: 23-30.

İnanç B, Yerlikaya EE. *Kişilik kuramları*. Ankara: Pegem Yayınları., 2012

İncesoy M. *Primer baş ağrılı ergenlerin algılanan stres ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

İşlegen G. *Danışanların algıladıkları sosyal desteğin terapötik çalışma uyumunu yordama gücünün belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Ensttüsü, Ankara, 2011.

Jaiswal D, Trivedi S, Agrawal NK, Singh K. Association of polymorphism in cell death pathway gene faslg with human male infertility. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2015;4(2):112-115.

Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson P. et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful ivf treatment. *Acta Obstet Gynecol*, 2010;89:683-691.

Joshanloo M. Gender differences in the predictors of life satisfaction across 150 nations. *Personality and Individual Differences*, 2018;135(1):312-315.

Just HD. Hardiness: Is it still a valid concept? *Educational Resources Information Center*, 1999;29:1-22.

Kamacı S. *Primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi*. Mezuniyet Tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 2003.

Kamya H. Hardiness and spiritual wellbeing among social work students. *Journal of Social Work Education*, 2000;36(2):231-241.

Kaner S. Aile destek ölçeği: faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. *Özel Eğitim Dergisi*, 2003;4(1):57-72.

Kaplan E. İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androl Bulten*, 2018;20:61-64.

Karaca A. *İnfertil kadınların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve baş etmelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.

Kararımkar Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2006;3(26):129-142.

Kargar M, Ramezanli S. Coping with infertility: an examination of coping mechanisms in Iranian women with infertility. *Journal of Psychiatry*, 2015;18(1):1-5.

Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2002;41(4):229 -232.

Kaya D, Akgemci T, Çelik A. A research levels of perceived social support on the responsible persons of the hospital units. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012;21(3):357-370.

Kayacı Ü, Özbay Y. Üniversite öğrencilerinin travmatik yaşantı, psikolojik doğum sıraları ve sosyal ilgilerinin psikolojik dayanıklılıklarını yordaması. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2016;4(1):128-142.

Kazak AE, Marvin RS. Differences, difficulties and adoption: stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relation*, 1984;(33):67-77.

Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013;2:162-78.

Kızılkaya N. *İnfertilite hemşireliği*. İstanbul: İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009.

- Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlknecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, 2019; 1-12.
- Kef S. The personel networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1997; 91: 236-244.
- Kessler, R.C., Price, R.H., Wortman, C.B. et al. (1985). Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes. *Annu Rev Psychol*, 36, 531-572.
- Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(2), 162-178.
- Kim J. Resilience and developmental psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2007; 16(2): 271-283.
- King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med.*, 2003; 56: 739-751.
- Kirby LD, Fraser MW. *Risk and resilience in childhood*. DC: NASW Press, 1997.
- Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being: a nation wide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2010; 89: 677-682.
- Klipstein S, Regan M, Ryley DA, Goldman MB, Alper MM, Reindollar RH. One last chance for pregnancy: A review of 2,705 in vitro fertilization cycles initiated in women age 40 years and above. *Fertility And Sterility*, 2005; 84(2): 435-445.
- Klonoff-Cohen HS, Natarajan L. The effect of advancing paternal age on pregnancy and live birth rates in couples undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Am J Obstet Gynecol.*, 2004; 191(2): 507-514.
- Knoll N, Schwarzer R, Pf Fuller B, Kienle R. Transmission of depressive symptoms: a study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *Eur Psychologist*, 2009; 14: 7-17.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979; 37(1): 1-13.
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982; 42: 168-177.
- Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 2012; 1(1): 27-38.
- Köker S. *Normal ve sorunlu ergenlerde yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1991.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Lowe B., (2010). Patients Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32: 345-59.
- Krovetz M. Fostering Resiliency. *Thrust for Educational Leadership*, 1999; 28(5): 28-31.
- Kurt E. *Ortaokul Öğrencilerinin Sosyal Destek Algılarıyla İlgili Olarak Sınav Kaygısı ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
- Kuş C. *İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.

- Ladewig PAW. Infertility. In *Contemporary maternal-newborn nursing care*. M.L. London, M.R. Davidson (Ed.). London: Prentice Hall, 2006.
- Landry BM. The Effects of life satisfaction and job satisfaction on reference librarians and their work. *Reference and User Services Quarterly*, 2000;40(2):166-177.
- Lansford JE, Patrick SM, Kristopher IS, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Developmental trajectories of externalizing behaviors: factors underlying resilience in physically abused children. *Development and Psychopathology*, 2006;18:35-55.
- Lavallee LF, Hatch PM, Michalos AC, McKinley T. Development of the contentment with life assessment scale (clas): using daily life experiences to verify levels of self-reported life satisfaction. *Social Indicators Research*, 2007;83:201-244.
- Lazarus RS. *Patterns of adjustment*. NJ: McGraw-Hill Book, 1976.
- Lazarus RS, Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980;21:219-231.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer, 1984.
- Leung TW, Ng EH, Leung WC, Ho PC. Intimate partner violence among infertile women. *Int J Gynaecol Obstet*, 2003;83(3):323-324.
- Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S., Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2019;17(38):1-9.
- Lu L, Shih JB, Lin SS, Ju LS. Personal and environmental correlates of happiness. *Personality and Individual Differences*, 1997;33:453-462.
- Ludwig AK, Sutcliffe AG, Diedrich K, Ludwig M. Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: a systematic review of controlled studies. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2006;127(1):3-25.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 2000;71(3):543-562.
- Macaluso M, Wright Schnapp TJ, Chandra A, Johnson R, Satterwhite CL, Pulver A, Berman S, Wang RY, Farr SL, Pollack LA. A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertil Steril*, 2010;93(1):16.
- Maddi SR, Khoshaba DM. Hardiness and mental health. *J Personality Assessment*, 1994;63:265-274.
- Maddi SR. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002;54(3):173-185.
- Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2000;13(3):99-111.
- Marcinkus WC, Whelan-Berry KS, Gordon JR. The relationship of social support to the work-family balance and work outcomes of midlife women in management. *Review*, 2007;22(2):86-111.
- Maddi RS. Hardiness: an operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 2001;44(3):279-298.

- Maddi RS, Harvey RH, Khoshaba DM., Lu, J. L., Persico, M. and Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 2006; 74(2): 575–598.
- Marsella AJ, Dash-Scheuer A. Coping, Culture and Healthy Human Development: A research and conceptual overview. In *Health and cross-cultural psychology: toward applications*. Dasen PR, Berry JW, Sartorius N (Eds.). US: Sage Publications, 1988.
- Martins VM, Peterson B, Costa EP, Costa EM. Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2013; 30(4): 371–388.
- Mascarenhas NM, Flaxman RS, Boerma T, Vanderpoel S, Steven AG. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med.*, 2012; 9(12): 1–2.
- Masoumi ZS, Parsa P, Darvish N, Mokhtari S, Yavangi M, Roshanaei G. An epidemiologic survey on the causes of infertility in patients referred to infertility center in fatemeh hospital in hamadan. *Iran J. Reprod Med*, 2015; 13(8): 513–516.
- Masten AS. Resilience in individual development: successful adaptation despite risk and adversity. In *Educational resilience in inner-city america: challenges and prospects*. Wang MC, Gordon EW (Ed.). NJ: Lawrence Erlbaum, 1994.
- Masten AS. Ordinary magic: resilience process in development. *American Psychologist*, 2001; 56(3): 227–238.
- Masten AS, Reed MJ. Resilience in Development. In *The handbook of positive psychology*. Snyder CR, Lopez SJ (Eds.). Oxford: University Press, 2002.
- Matsubayashi H, Hosaka T, Shun I, Takahiro S, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod.*, 2001; 16: 966–969.
- McLeod S. Stress management. *Simply Psychology*, 2015; 1–4.
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 1988; 15: 351–377.
- McQuillan J, Stone TA, Greil LA. Infertility and life satisfaction among women. *Published in Journal of Family Issues*, 2007; 28(7): 955–981.
- MdYasin AS, Dzulkifli MA. The relationship between social support and psychological problems among students. *Int J Bus Soc Sci.*, 2010; 1: 110–116.
- Menning BE. *The psychology of infertility. clinical perspectives in obstetrics and gynecology*. Berlin: Springer, 1984.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010; 1(2): 71–76.
- Mindes EJ, Ingram KM, Kliewer W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med.*, 2003; 56: 2165–2180.
- Mohammadi KR, Bozorgi AS, Shariat S, Hamidi M. The effectiveness of positive psychotherapy on mental endurance, self-compassion and resilience of infertile Women. *Social Behaviour Research and Health*, 2018; 2(2): 235–244.
- Monroe B, Oliviere D. *Resilience in palliative care: achievement in adversity*. NY: Oxford University Press, 2007.

Murray C. Risk factors, protective factors, vulnerability and resilience: a framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and Special Education*, 2003; 24(1): 16-26.

Murray SS, McKinney ES. Infertility. In: *Foundations of maternal- newborn nursing*. ABD: Saunders Elsevier, 2006.

Myers DG. *The pursuit of happiness*. New York: William Morrow, 1992.

Nafstad P, Håheim L, Wisløff T, Gram F, Oftedal B, Holme I, Hjermann I, Leren P. Urban air pollution and mortality in a cohort of norwegian men. *Environ Health Perspect*, 2004; 112(5): 610-615.

Navid B, Mohammadi M, Vesali S, Mohajeri M, Samani OR. Correlation of the etiology of infertility with life satisfaction and mood disorders in couples who undergo assisted reproductive technologies. *Int J Fertil Steril*, 2017; 11(3): 205-221.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Fertility problems: assessment and treatment. In *Clinical guideline*. London: NICE, 2013.

Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*, 2008; 5(8): 1907-1914.

Neugarten LB, Havinghurst JR, Tobin SS. The Measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 1961; 16(2): 134-143.

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

Nodine PM, Hastings-Tolsma M. Maternal obesity: improving pregnancy outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2012; 37(2): 110-115.

Norman E. *Resiliency enhancement: putting the strength perspective into social work practice*. Columbia: Columbia University Press, 2012.

Norton JE, Schilling EA, Couchman GM, Walmer DK. Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 2001; 76: 28.

Oğuz DH. *İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2004.

Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005; 21: 183-192.

Olga BA, Akker VD. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education And Counseling*, 2005; 57(2): 183-189.

Ozbay F, Johnson CD, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 2007; 4(5): 35-40.

Özkan İ. *Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012.

Özkoçak E. *Alzheimer hastalarına bakan kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin algılanan stres, sosyal destek ve demografik özelliklere göre incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016.

Öztürk T. *İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.

Öztürk B. *Üniversite öğrencileri için infertiliteyi önleme psiko-eğitim programının geliştirilmesi ve etkililiğinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2018.

Palm-Fischbacher S, Ehlert U. Dispositional resilience as a moderator of the relationship between chronic stress and irregular menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2014;35(2): 42-50.

Patterson JM, McCubbi HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 1987;10:163-186.

Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978;19(1):2-21.

Peterson DB, Newton RC, Rosen KH, Skaggs EG. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 2006;21(9):2443-2449.

Plotnik R. *Psikoloji'ye giriş*. Geniş T. (Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2009.

Pugliesi K, Shook SL. Gender, ethnicity and network characteristics: variation in social support resources. *Sex Roles: A Journal of Research*, 1998;38(3-4): 215-238.

Ragni G, Mosconi P, Baldini MP et al. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod*, 2005;20(5):1286-1291.

Rice RW, Frone MR, McFarlin DB. Work-Nonwork Conflict and the Perceived Quality of Life. *Journal of Organizational Behavior*, 1992;13(2):155-168.

Ricci SC. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. London: Lippincott Williams Wilkins, 2007.

Ridenour AF, Yorgason JB, Peterson B. The infertility resilience model: assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 2008;31(1):34-51.

Robertson, A. (1988). Welfare State and Welfare Society. *Social Policy Journal Administration*, 22(3), 222.

Rochebrochard EDL, Thonneau P. Paternal age $\geq$ 40 years: An important risk factor for infertility. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 2003;189(4):901-905.

Rodriguez M, Cohen S. Social support. In *Encyclopedia of mental health*. Friedman H. (Ed.). NY: Academic Press, 1998.

Romano LJ, Hage S. Prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 2000;28(6):733-763.

Roohafza RH, Afshar H, Keshteli HA, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M, Adibi P. What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *J Res Med Sci*, 2014;19(10):944-949.

Rothbaum R, Weisz JR, Snyder S. Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982;42:5-37.

Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 1999;99:2192-2217.

Sabarre KA, Khan Z, Whitten AN, Remes O, Phillips KP. A qualitative study of Ottawa university students' awareness, knowledge and perceptions of infertility, infertility risk factors and assisted reproductive technologies (art). *Reprod Health J*, 2013;10(41):1-10.

- Sadeghi RM. Unexplained infertility, the controversial matter in management of infertile couples. *J Reprod Infertil*,2015;16(1):1-2.
- Samani R, Maroufizadeh S, Almasi A, Amini P. Prevalence of depression and its determinant factors among infertile patients in Iran based on the phq-9. *Middle East Fertility Society Journal*,2018;23(4):460-463.
- Sandro La V, Rosita AC, Giancarlo B, Enzo V, Aldo EC. Does alcohol have any effect on male reproductive function? a review of literature. *Asian J Androl*,2013;15:221-225.
- Sani SM, Tamannaefar M. The comparison of quality of life, self-efficacy and resiliency in infertile and fertile women. *World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine*,2017;15(8):111-118.
- Sarafino EP. *Health psychology: biopsychosocial interactions*. NY: Oxford University Press, 1990.
- Sarkar S, Gupta P. Socio-demographic correlates of women's infertility and treatment seeking behavior in India. *J Reprod Infertil*,2016;17(2):123-132.
- Schmitter, C.P. (2003). Democracy in Europe and Europe's Democratization. *Journal of Democracy*, 14(4), 71-85.
- Schwerdtfeger KL. Trauma of pregnancy loss and infertility among mothers and involuntarily childless women in the United States. *Journal of Loss and Trauma*,2009;14:211-227.
- Sencan B. *Otistik çocuğa sahip ailelerin algıladıkları sosyal destek ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
- Seven M. *İnfertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda postpartum depresif belirtilerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
- Sexton BM, Byrd RM, VonKluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the cd-risc: examining infertility-related stress, general distress and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*,2010;44(4):236-241.
- Seward HG, Wagner SP, Heinrich FJ, Bloch KS, Myerhoff LH. The question of psychophysiologic infertility: Some negative answers. *Psychosomatic Medicine*, 1965;27(6):533-545.
- Seymenler S, Siyez MD. İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2018;10(2):186-197.
- Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2014;6(2):165-184.
- Sharma C, Subedi D, Rai L, Upreti K. Stress and coping mechanism of infertile women attending infertility clinic in Kathmandu. *Journal of Universal College of Medical Sciences*.2014;2(4):24-28.
- Sharma A. Male/Infertility evidences, risk factors, causes, diagnosis and management in human. *Annals of Clinical and Laboratory Research*,2017;5(3):1-10.
- Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*,1978;5(4):475-492.
- Shin T, Okada H. (2016). Infertility in men with inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*,2016;7(3):361-369.
- Shlomo SB, Pascal M, Taubman BO, Azuri Y, Horowitz E. Life satisfaction of women in early stages of fertility treatment. *Women Health*,2017;57(5):566-582.
- Shumaker SA, Brownell A. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*,1984;40(4):11-36.

- Skinner EA, Wellborn JG. 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, 1994, pp. 91-133.
- Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod.*, 2007; 22(8): 2309-2317.
- Silliman B. Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically child. *Journal of Clinical Nursing*, 2004; 13(5): 636-645.
- Sorias O. Yaşam stresine karşı koruyucu olarak sosyal destekler. *Edebiyat Fakültesi Yayınları Seminer Psikoloji (Özel Sayı)*, 1988; 805-811.
- Soylu Y, Kabasakal Z. Evli kadınların yaşam doyumunun evlilik doyumu ve çalışma durumu ile ilişkilerinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2016; 5(4): 215-221.
- Stokes JP. The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 48(4): 981-990.
- Stone A, Schwartz J, Broderick J, Deaton A. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2010; 107: 9985-9990.
- Taebi M, Simbar M, Abdollahian S. Psychological empowerment strategies in infertile women: a systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 2018; 7(1): 1-7.
- Talay N. *İnfertiliteyle başetme becerisi geliştirme programının infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyine etkisi*. Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2018.
- Tardy C. Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 1985; (133): 187-202.
- Tayebi, N. and Ardakahani, M.S. (2007). The Prevalence of Sexual Dysfunctions in Infertile Women. *Middle East Fertility Society Journal*, 12(3), 184-187.
- Taysi E. *Benlik saygısı, arkadaşlardan ve aileden sağlanan sosyal destek: üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2000.
- Templeton A. Infertility-Epidemiology, aetiology and effective management. *Health Bull Edinb.*, 1995; 53(5): 294-298.
- Terzi Ş. *Öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
- Teskereci G. *İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2010.
- Trindade ZA. As representações sociais e o cotidiano: a questão da maternidade e da paternidade. *Psic Ter Pesq.*, 1993; 9(3): 535-546.
- Tural G. *Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2017.
- Uğur AS. *İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014.
- Unisa S. Childlessness in andhra pradesh, india: treatment-seeking and consequences. *Reproductive Health Matters*, 1999; 7(13): 54-64.

Uz G.İnfertilite tedavisi alan kadınların beslenme durumu ve yaşam tarzının embriyo kalitesine etkisi.Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara,2018.

Ünal S, Kargın M, Akyüz A.İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull.*,2010; 9(5):481-486.

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

Vara Ş.Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumu ve genel yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İzmir,1999.

Van Noord-Zaadstra BM,Looman CW, Alsbach H,Habbema JD,Velde ER, Karbaat J.Delaying childbearing:effect of age on fecundity and outcome of pregnancy.*BMJ*,1991;302:1361-1365.

Veenhoven,R. (1991). Is Happiness Relative?*Social Indicators Research*,24(1),1-34.

Veenhoven R.A comparative study of satisfaction with life in Europe. In *Chapter 1*. Saris WE,Veenhoven R, Scherpenzeel AC, Bunting B.(Eds.).*Eötvös University Press*,1996;2:11-48.

Vergili M.Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul,2018.

Verhaak CM, Smeenk JM., Evers AW., Kremer JA., Kraaimaat FW,Braat DD. Women's emotional adjustment to ivf: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*,2007a;13:27–36.

Verhaak CM, Smeenk JM, Nahuis MJ, Kremer JA, Braat DD.Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women.*Hum Reprod.*,2007b;22:305-308.

Vural IP, Bej N. İnfertilite sorununun psikoseksüel etkileri.*Erkek Üreme Sağlığı*,2014;135-138.

Weisz RJ, 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*, 1994;62(2):324-332.

Wilson W. Correlates of happiness.*Psychological Bulletin*,1967;67:294-306.

Windle M.Critical Conceptual and Measurement Issues in the Study of Resilience. In *Resilience and development:positive life adaptations*.M. D. Glantz, J. L. Johnson (Eds). NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers;1999.

Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the heidelberg fertility consultation service. *Hum Reprod.*,2001;16(8): 1753–1761.

Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R, A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment.*Hum Reprod.*,2012;27:3226-3232.

World Healthy Organization (WHO). Laboratory manual of the who for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. *Ann Ist Super Sanita*, 2001;37(1): 1-123.

World Healthy Organization (WHO) (2016).Sexual and reproductive health:multiple definitions of infertility. <<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>> Erişim Tarihi:28.08.2019.

Wunder C,Wiencierz A,Schwarze J,Kuchenhoff H,Kleyer S,Bleninger P.Well-Being over the life span:semiparametric evidence from british and german longitudinal data.*IZA Discussion Paper*,2009;4155:1-39.

Xu Q,Li S,Yang L.Perceived social support and mental health for college students in mainland china:the mediating effects of self-concept.Psychol Health Med.,2019;24(5):595-604.

Yahşı S. *Primer infertil kadınlarda psikososyal sorunların IVF başarısı üzerine etkileri*.Uzmanlık Tezi.Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Kocaeli,2010.

Yamaç, Ö. (2009) .Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki.Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Konya.

Yanikkerem E,Kavlak O,Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2008;11(4):112-121.

Yazdani A,McLachlan RI,Kovacs G,Howlett D.Management of the infertile couple.Australian Family Physician, 2005;34(3):111-118.

Yazıcı, G.M, Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M. and Sünbül E.A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Comprehensive Psychiatry*,53 (2012),623-629.

Yıldırım,İ.(1997).Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği.*Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,1997;13:81-87.

Yıldırım M. *Klinik jinekoloji*. Ankara:Çağdaş Medikal Kitabevi,2002.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler.*Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011;8(1):31-46.

Yılmaz H,Sipahioğlu Ö. Investigating resilience of adolescents in different risk groups.*İlköğretim Online*,2015;11(4):927-944.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK.The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988;52(1),30-41.