

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖRMÜŞ GEBELER İLE
FERTİL GEBELERİN PRENATAL DÖNEMDE
ANKSİYETE VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Övgü ÖZDEMİR

İstanbul, 2016

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖRMÜŞ GEBELER İLE
FERTİL GEBELERİN PRENATAL DÖNEMDE
ANKSİYETE VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Övgü ÖZDEMİR

Öğrenci No:

130790151

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebeler İle Fertil Gebelerin Prenatal Dönemde Anksiyete Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

10.04.2016

Övgü ÖZDEMİR

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

20.10.2016

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130790151 numaralı **Övgü ÖZDEMİR**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebeler İle Fertil Gebelerin Prenatal Dönemde Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.04.2016 tarih ve 2016/16 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği ile Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvender DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Prof. Dr. İrem Yalug ULUBİL
(Kocaeli Üniversitesi)

TEŞEKKÜR METNİ

Çalışmam süresince bilgi, deneyim ve yol göstericiliğinden faydalandığım tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR'e,

Sadece uzmanlık ve teknik konularda değil moral ve motivasyonda olumlu katkılarından dolayı sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Jinekolog Şadi ÖZDEMİR ve klinik çalışanları ebe ve hemşirelerine,

Tezimin istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Kahraman GÜLER'e teşekkürü borç bilirim.

Övgü ÖZDEMİR

İstanbul, 2016

Adı ve Soyadı : Övgü ÖZDEMİR
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2016
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : İnfertilite, Fertil Gebe, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Stres.

ÖZ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖRMÜŞ GEBELER İLE FERTİL GEBELERİN PRENATAL DÖNEMDE ANKSİYETE VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın temel amacı infertilite tedavisi görmüş gebeler ile fertil gebelerin prenatal dönemde anksiyete ve stresle başa çıkma tutumlarını karşılaştırılmasıdır.

Bu çalışmanın evrenini infertilite tedavisi görmüş gebeler ile fertil gebeler oluşturmaktadır. Bu çalışmanın örneklemini Tekirdağ, Çorlu’ da infertilite tedavisi görmüş 50 gebe ile 50 fertil gebeler oluşturmaktadır. Verilerin toplanması için araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği katılımcılara uygulanmıştır.

Bu araştırmada infertilite tedavisi görmüş gebelerin fertil gebelere oranla durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin, prenatal dönemde stresle başa çıkma tutumları fertil gebelere göre daha yetersiz olduğu saptanmıştır. Fertil gebelerin kaygı düzeyleri artıkça işlevsiz baş etme mekanizmaları kullandığı saptanmıştır. Ancak infertilite tedavisi görmüş gebelerin kullandığı işlevsiz baş etme mekanizmaları çok daha fazladır.

Name and Surname : Övgü ÖZDEMİR
Supervisor : Assist. Prof. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Degree and Date : Master, 2016
Major : Clinical Psychology
Key Words : Infertile, Fertile pregnant, State Anxiety, Trait Anxiety, Stress.

ABSTRACT

INFERTILITY TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH PREGNANT WOMEN IN PRENATAL PERIOD FERTILE A COMPARISON OF THE ATTITUDES OF COPING WITH STRESS AND ANXIETY

The main objective of this work is to compare the pregnant women who have treated for infertility with women of fertile prenatal anxiety coping with their stress levels.

The universe of this study revolves around the pregnant women who have treated for infertility to fertile pregnant. The sample of this study involves 50 pregnant women who have treated in Tekirdağ, Çorlu and 50 pregnant women treated for infertility. The followings are certain documents applied for the participants in order to collect data for this study: Socio Demographic Information Form, State Anxiety Inventory, Trait Anxiety Inventory and Coping Attitudes Assessment.

In this study, the state anxiety and trait anxiety levels of the pregnant women who have treated for infertility found higher compared to fertile women. In prenatal period, the stress level of pregnant women who have treated infertility is inadequate compared to fertile pregnant women. When the anxiety level of fertile pregnant women increase, they start to use dysfunctional coping mechanisms. Yet, these pregnant women who have treated infertility use much more dysfunctional coping mechanisms. Throughout the study, it has been found that the pregnant women who have treated infertility have used their dysfunctional coping mechanisms more often compared to fertile pregnant women.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	3
1.2. PROBLEM.....	3
1.2.1. Alt Problemler.....	3
1.3. SAYILTILAR.....	4
1.4. SINIRLILIKLAR.....	4

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTE	5
2.1.1. İnfertilitenin Tanımı.....	5
2.1.2. İnfertilitenin Tarihçesi	6
2.1.3. İnfertil Hasta Çiftlere Yaklaşım ve Tanı.....	7
2.1.4. İnfertilite Tedavisi ve Psikososyal Sonuçları.....	8
2.2. STRES	12
2.2.1. Stres Kavramı ve Stresin Tanımı	12
2.2.2. Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi	14
2.2.3. Stres Türleri	15
2.2.4. Stresin Değerlendirilmesi	15
2.2.5. Stresle Başa Çıkma Tutumları	16
2.3. KAYGI.....	21
2.3.1. Kaygının Tanımı ve Türleri	21
2.3.2. Kaygı Türleri.....	24
2.3.3. Durumluk – Sürekli Kaygı Kuramı	26

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	28
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	28
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	28
3.3.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	28
3.3.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	29
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

ÖNERİ VE YORUMLAR.....	97
KAYNAKLAR	98
EKLER	106
Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu	106
EK 2. STAI FORM TX-1.....	109
EK 3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	111

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Gebelerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı...	31
Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebelerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı	34
Tablo 4.3: Fertil ve İnfertil Gebelerde Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	35
Tablo 4.4: Fertil Gebelerin Yaşları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	39
Tablo 4.5: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Yaşları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6: Fertil Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	45
Tablo 4.7: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8: Fertil Gebelerin Evlilik Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	50
Tablo 4.9: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Evlilik Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
Tablo 4.10: Fertil Gebelerin Gebelik Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	53
Tablo 4.11: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Gebelik Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	55

Tablo 4.12: Fertil Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	58
Tablo 4.13: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	60
Tablo 4.14: Fertil Gebelerin Gebelik Kaybı Yaşayıp Yaşamadıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	62
Tablo 4.15: İnfertilite Tedavi Gören Gebelerin Gebelik Kaybı Yaşayıp Yaşamadıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması	65
Tablo 4.16: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Çocuk İsteme Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	68
Tablo 4.17: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Tedavi Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	74
Tablo 4.18: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin İnfertilite Sebepleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması	79
Tablo 4.19: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin İnfertilite Tedavisini Deneme Sayısı ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	82
Tablo 4.20: Fertil Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	85
Tablo 4.21: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	87

KISALTMALAR

COPE	: Başı Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğı
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
SBTÖ	: Stresle Başı Çıkma Tarzları Ölçeğı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
STAI FORM TX-1	: Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri
STAI FORM TX-2	: Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri
ÜYTE	: Üremeye Yardımcı Tedavi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnfertilite, yani arzusu dışında çocuk sahibi olamamak hali sadece organizmaya ait bir patoloji değil aynı zamanda psiko-sosyal bir durum, bir yaşam krizi halidir. Tarihsel olarak bu problemi çözmek, toplumu oluşturan en küçük birim olarak gerek ailenin, gerekse bu işle ilgili hekimliğin en eski uğraşı alanlarından biri olmuştur (Karaca ve Ünsal, 2012).

Doğurganlığın, kadının toplum içerisindeki statüsünü belirleyen etmenlerden en önemlisi olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle eğitim, sosyal güvence ve çalışma koşullarının daha az geliştiği toplumlarda daha da çok önem taşır. Tarihsel olarak da doğurganlık ilk çağlarda bereket ve saygı uyandıran sosyal bir durum olup anaerkil toplumların uzun süre temel nedeni olmuştur. Toplumsal statüsünü yükseltmek ve doğurduğu ile emek rezervini artırmakla kadın saygı ve kabul görecektir (Koçyiğit, 2012).

Genel popülasyonda infertil çiftlerin oranı % 10-15 olarak verilmektedir. Bu önemli bir orandır. Tanı ve tedavide bu yüzden büyük bütçeler ayrılması gerekmekte ve bilimsel çalışmaların konusu olmaktadır. Erkeğe ve kadına bağlı infertilite nedenleri ayrı ayrı ele alınacak olursa; erkek infertilitesinde başlıca sebepler (erkek faktör) sperm sayısının yetersiz olması, fonksiyonel yetersizlik (sperm hareketinin yetersiz olması) ya da hormonal veya anatomik bir bozukluğa bağlı olarak sperm üretiminin bozuk olması olarak sayılabilir (Ataman ve Arslan, 2010).

Kadın infertilitesinde önde gelen sebepler (kadın faktör) ise ovulatuvar disfonksiyon (yumurtlama bozukluğu, azlığı, yokluğu ya da kalitesizliği), bağışıklık sistemiyle veya hormonal sistemle ilişkili bir bozukluk ya da kadın genital organlarının anatomik bozukluğu olarak sayılabilir (Koçyiğit, 2012).

Sheiner ve arkadaşları ise (2003)) infertilitede tek başına erkek ve kadın faktörlerin yanı sıra; kadın genital sisteminin enfeksiyonlar, çevresel etkenler veya bağışıklık sistemiyle ilişkili bozukluklar nedeni ile sperm hareketini bozması

şeklinde ortaya çıkan ve kadın ve erkek faktörün birlikte ele alınmasını gerektiren durumlara da dikkat çekmektedir.

Sebebi açıklanamayan infertilite tanısının, tek başına hem stres hem de bir stres bozukluğu kaynağı olabileceği kolaylıkla tahmin edilebilir. Bununla birlikte, stres de hipotalamus-hipofiz aksını baskılayarak infertilitenin artmasına neden olabilmektedir. Öte yandan her gebeliğin kadınlar için bir risk yarattığı bilinmektedir. Gebelik kadında anatomik, fizyolojik, biyokimyasal ve emosyonel değişiklikler yaşatan oldukça uzun ve zahmetli bir süreçtir. Bu yüzden hem gebelik öncesi tedavi süreçlerinin hem de gebelik (prenatal) sürecinin, normal ve anormalin ayırt edilmesi bakımından iyi bilinmesi gerekir (Yenen ve ark., 2003).

Son zamanlarda tıp alanındaki gelişmelerle kadın ve erkeklerdeki infertilite problemini çözmeye yönelik pek çok biyo-kimyasal yöntem geliştirilmiştir. Ancak problemin kendisinin yanı sıra, infertilitenin psikolojik boyutu da tedavi başarısını belirleyen en önemli etkenlerden biri olarak ele alınmalıdır. Örneğin; “Tedavi çabalarının sonucunda elde edilen gebeliklerde ne gibi beklenen ve beklenmeyen durumlar vardır?”, “Tedaviyle sağlanan gebelikler ve tedavisiz doğal gebelikler arasında hangi farklar vardır?”, “Tedavi ile tedavinin olası sonuçları (gebelik, düşük, doğum) arasında nasıl bir ilişki söz konusudur?”. Diğer taraftan, infertil olmaktan anne olmaya geçişteki uyum problemleri konusunun da irdelenmesi gerekmektedir (Yenen ve ark., 2003).

Bu konudaki çalışmalar oldukça yeni ve sayısal olarak da nispeten azdır. “Post-partum (doğum sonrası) Depresyon” başlığı altında toplanmış bir çok çalışma olmasına rağmen; pre-partum (prenatal; doğum öncesi) dönem sorunlarına ve bu sorunların tedavi süreciyle doğum sonrası süreçler arasındaki bağlantılara odaklanan çalışmalar daha az sayıdadır. Bu alan, tıpkı prenataloji gibi yeni ve uzmanlık gerektiren bir dal olmaya aday gibi görünmektedir. Nitekim birçok infertilite kliniğinde psikolojik destek programları uygulamak üzere uzman psikologlara gereksinim duyulmaktadır. Bu yöntemlerle gebe kalan anne adaylarının özel sayılıp diğer gebelerden farklı şekilde takip edilmelerinin gerektiğine dair inanç gün geçtikçe artmaktadır. Zira bu gebeler kadın doğum uzmanları tarafından yüksek riskli gebelikler /kıymetli bebek grubu olarak sınıflandırılırlar (Ataman ve Arslan, 2010).

Yenen ve arkadaşları (2003) anksiyeteyi genel anlamıyla insanın tabiatında var olan aynı zamanda dış faktörlerin de etkili olduğu olgulara karşı bir reaksiyon olarak adlandırmaktadırlar. Özel anlamıyla ise tarifi bilinçli olmamakla birlikte somatik belirtilerin (çarpıntı, terleme, yüzün soluklaşması gibi) ortaya çıktığı biyolojik süreçler olarak adlandırmaktadırlar. Ansiyete kuruntu, endişeli beklenti durumudur. Sonu bilinmeyen bir gelecek beklentisi kişide sıkıntı ve çözümsüzlüğün getirdiği huzursuzluğu yaratmaktadır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırma ile infertilite tedavisi gibi uzun ve zahmetli bir süreci yaşayarak sonuçlanan gebeliklerle, kendiliğinden oluşan gebelikler arasındaki psiko-sosyal farklılıkları ortaya çıkarmak ve buna yönelik olarak infertil çiftlerin tedavi ve tedavi sonrası süreçlerini en sağlıklı şekilde geçirebilmeleri için gerekli olan psikolojik danışmanlık ve destek ihtiyaçlarını belirlemek ve elde edilen sonuçların ÜYTE (Üremeye Yardımcı Tedavi) merkezlerinde verimli bir şekilde kullanılması amaçlanmıştır.

İnfertil kadınların fertil kadınlara göre daha çok emosyonel bozukluk gösterdiği ve yapılan tedavilerin infertil kadınlarda anksiyete ve davranış bozukluğuna yol açtığı görülmektedir. Primer ve sekonder infertilite tanısı alarak gebe kalmış anne adaylarında gebelik süresince oluşabilecek anksiyete ve diğer sorunlarla başa çıkmada kullanabilecekleri tutumlar ile spontane gebelik süreçleri arasındaki ilişki ve farklılığın incelenmesi, buna göre önemlilik derecesinin irdelenmesi ve elde edilen verilerin literatüre katkı sağlaması önemsenmiştir.

1.2. PROBLEM

1.2.1. Alt Problemler

1. İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin prenatal dönemdeki anksiyete düzeyleri fertil gebelere göre daha yüksek midir?
2. İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin, prenatal dönemde stresle başa çıkma tutumları fertil gebelere göre daha yetersiz midir?

3. İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin sosyodemografik özelliklerinin yaşadıkları anksiyete düzeylerine etkisi var mıdır?

1.3. SAYILTILAR

Araştırmada örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

Araştırmaya katılan tedavi görmüş infertil gebeler ile spontane gebelerin Sosyodemografik Bilgi Formu'na, Durumluk Kaygı Envanteri'ne, Sürekli Kaygı Envanteri'ne ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ne samimiyetle ve gerçeği yansıtacak şekilde yanıt verdikleri varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu'nun katılımcıların demografik özelliklerini, Durumluk Kaygı Envanteri'nin kişinin o andaki durum ve şartlarda kendisini nasıl hissettiğini , Sürekli Kaygı Envanteri'nin kişinin genel olarak nasıl hissettiğini ölçtüğü ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin ise bireylerin günlük yaşamlarında sıkıntı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdiklerini ölçtüğü varsayılmıştır.

1.4. SINIRLILIKLAR

Örneklem grubunu klinik koşullarda takip edilen gebeler oluşturmaktadır ve veriler bu kişilerden alınan bilgilerle sınırlıdır.

Araştırmaya katılan tedavi görmüş infertil gebeler ile spontane gebelerin sosyo demografik özellikleri “Sosyodemografik Bilgi Formu” nun, kaygı düzeyleri “Durumluk Kaygı Envanteri ve Sürekli Kaygı Envanteri” nin ve stresle başa çıkma tarzları da “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği” nin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTE

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı

Ülkemiz “Aile Planlaması Hizmet Rehberi” ne göre infertilite (kısırlık) “kadında gebe kalamama, canlı doğum yapamama”, erkekte ise “bir kadını gebe bırakamama, çiftler için istek dışı çocuk sahibi olamama” durumu olarak tarif edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ise infertilite “bir yıllık süre içerisinde haftada iki kez önlem alınmaksızın belirli aralıklarla cinsel temasa karşın gebe kalamamak şeklinde tarif edilmektedir. Bu tanım primer infertiliteyi ifade etmektedir. Nitekim bilim adamları sekonder infertiliteyi de tanımlamışlardır. Buna göre “en az bir kez gebelik oluştuktan sonra o gebeliğin düşük, canlı ya da ölü doğum ile sonuçlanmasının ardından kadının yeniden gebe kalamaması ya da erkeğin yeniden gebe bırakamaması sekonder infertilite olarak değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015).

İnfertilite için “gebe kalınamayan süre” kavramı göreceli bir kavramdır. Örneğin belirgin bir patoloji saptanmış olan çiftlerde böyle bir süre beklenmezken; 35 yaş ve üzerindeki çiftlerde ise bu süre en az “6 ay” olarak kabul edilir (Karaca ve Ünsal, 2012).

İnfertilite görülme sıklığı ülkelerin ve toplumların gelişmişlik derecesine göre değişmekte, sosyo-ekonomik düzey azaldıkça bu oran artmaktadır. Bu oran endüstriyel gelişmiş ülkelerde %6.9-9.3, gelişmekte olanlarda %10-15, Afrika ülkelerinde ise %30-50’dir. Ülkemizde ise %10-15 olarak saptanmaktadır. Kadın ve erkekte bu oran hemen hemen %40 olarak aynıdır (Eren, 2008).

2.1.2. İnfertilitenin Tarihçesi

Canlıların kendilerine benzer fertler meydana getirerek neslini devam ettirme dürtüsü eski tarihlerden bu yana önemini koruyan bir kavramdır. İnsan üreme sistemi ve bununla ilgili bozukluklar eski çağlardan beri düşünürlerin ilgi alanında olmuş, daha sonra bilimdeki gelişmelerle birlikte bu konudaki çalışmalar da ilerlemiştir (Ataman ve Arslan, 2010).

Üremeye ait ilk bilgiler antik çağlara aittir ve infertilite ile ilgili olarak ilk tanımlar Mısırlılar tarafından geliştirilmiştir. İlk yazılı belgeler M.Ö. 2200-1950 tarihlerine aittir. Genel olarak dini inanışlara göre Tanrı, çocuk doğurma yetisini kadından alarak kısır kadını yanlış davranışları nedeniyle cezalandırmaktadır. Bu cezalandırma aynı zamanda ilahi bir lekelenmedir. Hipokrat (M.Ö. 460-370) ilk defa yazılı olarak bu inançlarda değişimi başlatmış, büyü ve tedavi anlayışını reddederek akla ve rasyonel düşünceye dayalı tıbbi tedavi sistemini geliştirmiştir (Alibaşoğlu, 2010).

İnfertilitenin kadınların cezalandırılmasını gerektiren tanrısal bir sorun değil, tıbbi bir sorun olduğunu ortaya koyan Hipokrat ekolü kısırlığın sadece kadınları ilgilendirmediğini, erkek faktörünün de kısırlıkta rolü olduğunu ileri sürerek hukuk sisteminin de değişme sürecini başlatmıştır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

Önceki yüzyılın başlarından itibaren aile içindeki çocukların ekonomik ve fonksiyonel değeri farklılaşmaya başlamıştır. Eski anlayışa göre özellikle tarıma dayalı ekonomilerde çocuklar üretimin önemli bir unsuru iken, modernleşme ve şehirleşme arttıkça ekonomik yararın yerini emosyonel değerlilik almıştır. Böylece infertilite çözümlerine ilişkin beklentiler de değişmiştir. Psiko-sosyal alanda çekirdek aile ve toplum farklı anlayışlara evrilmiştir (Benli, 2009).

2.1.3. İnfertil Hasta Çiftlere Yaklaşım ve Tanı

İster erkek faktör olsun, isterse kadın faktör ya da her iki faktörün bir arada olması nedeniyle kısır olarak tanımlanan hastalara çift olarak yaklaşmak lazımdır. Çiftler genellikle kısır olduklarının farkında olmadan bir süre çocuk yapmak için çalışırlar ve beklerler ve çoğunlukla da herhangi bir önlem almazlar. Çok çeşitli faktörlere bağlı olarak kısırlık gelişen evli çiftler, bu durumun ilişkilerinde yarattığı emosyonel sorunlar nedeniyle “sanki medikal bir durum yokmuş” gibi bir kavrayış içine girerler. Bu nedenle bu tür çiftlere doğru yaklaşmak gereklidir. Burada amaç, çiftler için nedensel faktörleri saptamak, onlara hastalığın gidişi hakkında doğru bilgi vermek, uygun tedavi seçenekleri sunmak ve bu süreçte gereksinim duydukları eğitim ve desteği vermektir (Karaca, 2011).

İlk adım öykü almadır. Çifti birlikte muayeneye alan doktor öncelikle iyi bir anamnez almalıdır. Çiftler çoğunlukla sorulan sorularda birbirlerini tamamlayabilirler. Yaş, evlilik süresi, bebek isteği süresi, menstrüel siklusun aralığı, sıklığı, kanama miktarı, tıbbi özgeçmişleri, vücut ağırlığı, cinsel ilişki sıklığı, yumurtlama zamanı konusunda bilgi sahibi olup olmadıkları, insanların gebe kalma zamanları hakkındaki bilinç düzeyleri saptanır. Bilinmesi gereken ilk husus; kadında fertilitenin en uygun olduğu yaşların, başka bir deyişle doğurganlık çağının, eskiden 18-30, günümüzde ise 22-35 yaşların olduğunun benimsenmesidir. Fertilite hızı kadında 30, erkekte 40 yaştan sonra azalmaktadır (Yılmaz, 2012).

Vücut ağırlığı, özellikle kadınlarda önemli bir göstergedir. Kilolu kadınlardaki farklı yağ birikimi bir insülin metabolizması bozukluğunun (insülin direnci) göstergesi olabilir. Böyle kadınlarda infertilite nedeninin ön planda yumurtlama ile ilgili bir bozukluk (örneğin polikistik over sendromu) olduğu düşünülür. Sigara ve birlikteliğinde ise bazı kimyasal faktörler infertilite nedeni olabilmektedir. Çiftlerin mesleği de bu bakımdan önemlidir. Keza erkeklerdeki dar kot ve sıkı elbise giyme alışkanlığında, testislerdeki sperm üretiminin ısı artışı nedeni ile olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Benli, 2009).

Kadın ve erkeğin geçirmiş olduğu operasyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erkek infertilitesinde önemli olan testislerde sperm üretimini engelleyen

geçirilmiş enfeksiyon öyküsü ve inmemiş testis öyküsü değerlendirilmelidir (Oğuz, 2004).

İkinci adım, erkekte fizik muayene bulgularını değerlendirmektir. Erkeğe ait nedenleri araştırmak hem kolay, hem kadına rağmen daha ucuz ve daha az zaman alıcıdır. Ayrıca %30-40 oranında infertilite nedeni erkek kaynaklı olduğu için erkeklerin daha önce muayene ve incelemeye alınması uygundur (Benli, 2009). Kadına yaklaşırken ise, önlerindeki inceleme ve takip sürecinin zor ve uzun olduğunun uygun bir dil ve mümkünse psikolojik bir danışman eşliğinde anlatılması oldukça önemlidir (Oğuz, 2004).

İnfertilite ve psikolojik etkileşim konusu, neden-sonuç ilişkileri bakımından önemli olup altının çizilerek bu konuya değinmek gerekmektedir. İnfertiliteyle ilgili yayın ve çalışmalarda teknik ayrıntıların çok daha derin ve karmaşık olduğu düşünülmektedir (Karaca, 2011). İnfertilitede psikojenik neden hipotezi 1950’lerden beri bir kısım yazarların konusu olmuştur. Annelik duyguları karşılanamayan kadınlarla yapılan psikanalitik çalışmalar sonucunda, kuvvetli iç çatışma ve psikosomatik yakınmaların infertil kadınlarda fertil anne adaylarına kıyasla daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

2.1.4. İnfertilite Tedavisi ve Psikososyal Sonuçları

Kişisel doyumun seviyesini etkileyen, fiziksel, ruhsal ve toplumsal durumlara verilen tepkilerin toplamı “yaşama kalitesi” olarak tanımlanmaktadır. Yukarıda özetlenen süreçlerden de anlaşılacağı gibi, infertilite takip ve tedavisi altındaki bu hastalar oldukça karmaşık ve travmatize edici durumlarla karşı karşıya kalırlar ve yaşam kalitelerinde ortaya çıkan değişikliklere uyum göstermek zorundadırlar (Karaca, 2011).

Çeşitli biyokimyasal ve tıbbi veriler kişinin sağlık durumunu tam olarak yansıtamazlar. Nitekim bireyin günlük işlerdeki verimliliği, sosyal çevresi ile olan uyumu, depresyon, korku, endişe, kızgınlık gibi emosyonel ve mental durumlarının toplamı gibi iyilik halini etkileyen faktörler ise “fiziksel iyilik hali” kapsamında değerlendirilirler (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

İnfertilite hastaları için yapılan incelemeler ve uygulanan ilaçlar, kısırlığın nedeni erkek faktörü bile olsa, gebe kalamayan kadını erkeğe göre daha fazla etkilemektedir. Denemelerin sayısı arttıkça, zamanla ortaya çıkan hasar da artmaktadır. Bireyde giderek suçluluk, öfke, başa çıkamama ve umutsuzluk duyguları baş gösterir. Yaratılan bu travma eşlerin dış dünya kadar birbirlerinden de uzaklaşmalarına neden olur. Yapılan çalışmalar infertil kadınlarda tedavi süreçlerinin yarattığı depresyonun; kanser, by-pass ameliyatı, hipertansiyon gibi hayatı tehdit edici durumlar yaşayan bireylerde görülen depresyonla benzer oranlarda görüldüğünü ortaya koymuştur (Karaca, 2011).

Aile olmak, aileyi devam ettirmek ve soyun devamlılığı için erkek çocuk sahibi olmanın şart, ama olamamanın bir özür olarak görüldüğü bazı bölgelerde bunun çiftler üzerindeki ağır travma etkisi de ayrıca incelenmeye değer görülmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

Çiftlerde ortaya çıkan başarısızlık, yetersizlik, hayal kırıklığı ve suçluluk duyguları kadın ve erkeğin birbirlerini boş yere suçlamalarına neden olabilir. Bu da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir stres faktörü olarak kabul edilmektedir (Özçelik ve ark., 2007). Hatta tedavi ve takip süreçlerinde yapılan cinsel birleşmelerin sadece üremeye yönelik ve ayın sadece belirli günlerinde olması da eşlerin cinsellikten aldıkları haz ve doyumunu olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum bireylerin benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir. Özellikle kadın infertillerde, akranları olan evli çiftlerin ortak konusu olan çocuklar ve çocuk yetiştirme serüvenlerini paylaşamamak, hamile kalan arkadaşlarını görüp onlara imrenmek de kadınlarda kendine güven kaybına yol açabilir. Kadın eşi ile de bu durumları yeterince paylaşmıyorsa, depresyon için ortam hazır demektir. Bütün bu durumlar yetmezmiş gibi, sosyo-kültürel açıdan geri olan toplumlarda çocuk sahibi olamamaktan ötürü kadının suçlanması hatta cezalandırılması da söz konusu olabilmektedir. Hatta kimi zaman gelişmiş ve yüksek eğitimli kesimlerde de infertilite utanç verici sosyal bir damgalanma nedeni olabilmektedir (Oğuz, 2004).

İstenmeyen gebelik sonucu küretaj öyküsü, evlilik öncesi geçirilmiş gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar veya farklı korunma yöntemleri gibi sebeplerle birey kendisini ya da eşini suçlayabilmektedir. Tüm bu sözü edilen

psikolojik sıkıntıların yanında, infertilite tedavisi ve süreçleri önemli düzeyde maddi yükleri de beraberinde getiren durumlardır. Bu nedenlerle gelişmiş ülkelerde tedaviye başlarken, bireylerin psikolojik öykülerine göre organize edilen psikolojik danışmanlık hizmetleri de tedavinin parçası olmaktadır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

2.1.4.1. Psikiyatrik semptomlar

İnfertil kadınlar erkeklere oranla anksiyete ve depresyona daha çok yatkınlık gösterirler. Keza kendini suçlama ve intihar düşüncesi de kadınlarda daha çok görülmektedir. Fertil kadınlara göre infertiller daha bağımlı, daha nörotik ve anksiyeteye daha fazla duyarlıdırlar. Örneğin, Türkiye’de yapılan bir araştırmada infertil çiftlerin %36.6’sında DSM-IV’e (1998) göre psikiyatrik birinci eksen tanısı saptanmıştır. En sık görülen birinci eksen bozukluklar uyum bozukluğu (%38), yaygın anksiyete bozukluğu (%24.7) ve major depresif bozukluk (%10.59) ’tur. Yapılan bir çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların %87.3’nde şiddetli düzeyde duygusal stres ve %67.3’ünde ise şiddetli düzeyde fiziksel stres gözlemlendiği bildirilmiştir (Çavuşoğlu, 2015).

2.1.4.2. Bir İnfertilite Nedeni Olarak “Stres” ve Stresin Doğurganlıkla İlişkisi

İnfertil çift, bir nevi yaşam krizi ile karşı karşıya kalmış olabilir. Bu nedenle, gebeliğin seyri üzerinde olumsuz etkileri olabilecek bu tür kriz olgularında infertilite tedavisi öncesi uygulanan psikolojik destek programlarının hastalar üzerinde olumlu etkileri olabilecektir. Psikoterapötik destek programlarına alınan infertil çiftlerde alınmayanlara göre anlamlı başarılı sonuçlar elde edildiğini göstermiştir. Keza ülkemizde hemşirelik desteği ve psikolojik destek alan gruplarla yapılan kıyaslamalı çalışmalarda olumlu gebelik oranları gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda en çok görülen psikiyatrik tanımlar depresyon ve anksiyete bozukluğu şeklinde olup, bunlara yönelik tedavi yaklaşımları da göz önünde tutulmalıdır (Eren, 2008; Karaca ve Ünsal, 2012).

Psikojenik neden hipotezi bu araştırmanın konusuyla ilişkili olarak değerlendirildiğinde; infertilite tedavisi sonrasında gebe kalan kadınların gebelik

dönemleri boyunca bu durumu üzerlerinde taşıdıkları ve kolaylıkla atamadıkları gözlenmektedir. Bu anne adaylarında suçluluk ve endişe duyguları mükemmel anne olma zorunluluğu ile desteklenmekte ve anne adayının stres yükü daha da artmaktadır (Karaca, 2011; Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

Kadın ve erkekte stres ve stresle başa çıkmada farklılıklar mevcuttur. Kadınlar daha çok travma yaşamaktadırlar ve kadınların erkeklere kıyasla başa çıkma durumlarında daha başarısız oldukları tespit edilmiştir. Bu durumun birçok psiko-sosyal nedenleri olduğu gibi, sosyodemografik dağılım da farklı olmaktadır. Nitekim kadın infertiliteye başa çıkma kaçma/kaçınma gibi yöntemleri kullanma ve sosyal destek, paylaşım gibi davranışlara uyum gösterme erkeklerden çok daha sık ve başarılı olmaktadır (Eren, 2008; Karaca ve Ünsal, 2012).

Stresin kelime anlamı "zorlanma, gerilme ve baskı" dır. Latince kökenini "estricia" kelimesi oluşturur. Psikolojide organizmanın fizyolojik, emosyonel ve sosyal dengesini bozan her durum "stres" olarak anlandırılır. Günümüzde sıklıkla olumsuz bir anlam ifade etmesine rağmen, stres her zaman kaçınılması gerekli kötü bir durum değildir. Olumlu strese kariyer, ün, evlilik gibi ulaşılması istenen durumlar örnek verilebilir. Olumsuz stres ise ölüm, işsizlik, kayıp ve engellemeleri ifade eder ve bu durumlar bir taraftan bireyi kamçılamakta iken, diğer taraftan bireyde fiziksel zararlara da yol açabilmektedir (Yenen ve ark., 2003).

Değişimin algılanması sonrası organizma strese yanıt vermeye başlar. İşte bu değişimi başlatan etkenlere "stresör" denir. Kadınlardaki korku, menopoz veya gebelik durumları gibi içsel stresörler etkili olabildiği gibi; sosyal emosyonel, çevresel veya kültürel değişim, ailede rol değişimi ya da eş baskısı gibi dışsal stresörler de etkili olabilir. Bu stresörler kişi için tehdit oluştururlar. Gerçek veya algısal yeni durum kişide anksiyete, ümitsizlik ve gerginlik yaratabilir (Koçyiğit, 2012).

Çiftleri birlikte etkileyen stres durumu infertiliteye neden olduğu gibi tedavi sonuçlarını da olumsuz etkilemektedir. Kişilerin tedaviye devam edip etmeme kararında da olumsuz ve uzayan tedavi süreçlerinin etkisi büyüktür. Bilindiği gibi bir bireyin aile bireylerini kaybetmesi, örneğin anne, baba, eş veya çocuk kaybı gibi

kayıplar depresyon gelişimi için önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Keskin, 2007). İnfertil çiftlerde de çocuk sahibi olamama önemli bir kayıp olarak nitelendirilir ve depresyona yol açma riski yüksektir. Tedavi sürecinde en sık rastlanan psikolojik sorunların depresyon, anksiyete bozukluğu ve cinsel işlev bozuklukları olduğu saptanmıştır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Sonuç olarak kendiliğinden ve tedavi sonucu gebeliklerde psikolojik destek yaklaşımları protokollerinin doğru şekilde yapılabilmesi için bu gruplar arasındaki ilişkinin de iyi irdelenmesi gerekmektedir.

2.2. STRES

2.2.1. Stres Kavramı ve Stresin Tanımı

Herkesin sıklıkla kullandığı ve birçok kişinin de yaşadığı psikolojik duruma stres denir. Stresin farklı tanımları olduğu gibi farklı sebepleri ve farklı etkileri de vardır. İnsanların bir şeylerden kaçıyormuş korku ve endişesiyle hızlı hareket etmek zorunda hissetmeleri nedeniyle günümüzde stres günlük hayatın içindeki varlığını sürdürür (Tutar, 2000).

Stres, bireyin bir ihtiyacından uzaklaşmasına veya bir reaksiyonda bulunmada zorlanmasına neden olan, içinden veya dışından gelen ve genellikle bireyde gerilime ve çöküntüye yol açan bir kuvvettir (Başaran, 2000).

Depresyon ve kaygı gibi zihinsel durumlar, somatik reaksiyonlara neden olabilirler ama stres değildirler. Ancak stresin artmasında etkili olabilirler. Yani “stres yapıcı” ve ya “stres kaynağı” olarak değerlendirilirler. Stres tanımlarına bakıldığında genellikle insan vücudu için negatif, sağlığı bozan bir hal gibi ifadelerin kullanıldığı görülmektedir (Özkalp ve Kırel, 2004).

Stresin genel özellikleri şunlardır (Aktaş, 2001):

- Negatif etkilerinin dışında pozitif etkileri de bulunur.
- Kişiyi o an olduğu ortamda strese düşürmesi ya da pozitif şartların oluşumuna neden olması kaçınılmazdır.

- Kişinin ulaşmak istedikleri ve bu yolda karşılaştığı kısıtlamalar ile ilgili olan olgu durumu strestir.
- Örgütsel başarının yanında performansa da faydası dokunur.
- Kişileri zihinsel, fizyolojik ve psikolojik açıdan etkileyen stres aynı zamanda onların sosyal hayatlarını da şekillendirir.

Stresi genel itibariyle, bireyi bir tepki vermesinde veya bir gereksiniminden vazgeçmesi konusunda zorlayan, bireyin içinden veya dışından gelerek genellikle kişide üzüntüye, gerilime, çöküntüye ve huzursuzluğa neden olan bir güç olarak tanımlayabiliriz. “Örgütsel stres” örgüt ortamından doğar ve o ortamla ilgili olarak alelade bir duruma karşı kişisel tepkinin aktive olması olarak tanımlanır. Stresin iki faktörün etkileşiminden kaynaklandığını bilirse örgütsel stresin boyutunu tam olarak algılayabiliriz. Stres uyaranları ve örgütsel (işle ilgili) nitelikler bu iki etkeni oluşturur. Bunlar stres tepkisinin başlamasına neden olurlar. Bireyde negatif bir tepkinin oluşmasına neden olabilecek stres uyaranlarının bulunduğu yerde, bireyin tepkisi strese nasıl direndiğinin göstergesidir. Kişilerin direnme gücü stres uyaranlarının büyüklüğünden az olduğu zaman stres ortaya çıkar. Kişilik özelliği olan strese direnme, aynı zamanda bir kişisel niteliktir. Bireysel ve örgütsel niteliklerin karşılıklı olarak birbirini etkilemelerinin sonucunda stres oluşur (Pehlivan, 2002; Erkoç, 2006).

İş stresine örgütsel stres de denir. Birey çalışmaya başladığında örgüt içerisinde kendisinden başka bireylerle de ilişki kurarak örgütün değer ve normlarına uyum sağlamaya çalışır ve örgüt içindeki farklı gruplara dahil olmaya çabalar. Tüm bu nedenlerden ötürü çalışan kişi yoğun ve güçlü bir uyum gösterme çabası içerisine girer. Kısacası “örgütsel stres” örgüt ortamında oluşur ve iş ortamında belirli rol ve görevleri üstlenen bireylerde görülür (Aydın, 2008).

Stres kaynakları örgüt içinde kullanılan çevresel koşullara, örgüt içi gruplaşmalara, çatışmalara, örgütün yarattığı iklim, teknolojiye, üyelerin eğilim ve tecrübelerine bağlı olarak oluşurlar. Bir bölümü örgütler arasındaki ortak nedenlerden oluşan stres kaynaklarının diğer bölümü ise örgüte has nedenlerden dolayı meydana gelmektedir (Ertekin, 1993).

İşin gerektirdikleri ile işçinin becerileri, imkanları ya da ihtiyaçları arasında uyumsuzluk olduğunda veya işyeri atmosferinin negatif olması halinde oluşabilecek zararlı fiziksel, duygusal veya psikolojik reaksiyonların tümüne “iş stresi” denir (Seyyar ve Öz, 2007).

Biraz stresin olması iş hayatında sağlıklı bir durumdur. Belli miktarda stresin olması, bireyin ilgisini canlı tutar, sarf ettiği emeği güçlendirir, gelişmesine ve performansına katkı sağlar. Olumlu stresin olmasıyla kişi güdülenir, iş doyumunu yükselir ve başarı duygusu kuvvetlenir. Bu stresin şiddeti ve yoğunluğu kontrol altında tutulmalıdır. Eğer şiddet ve yoğunluk aşırı olursa, bireyde tükenme görülür ve verimliliğinde hızlı bir gerileme oluşur. Bununla beraber bireyde psikolojik ve fiziksel açıdan sorunlar oluşabilir ve bunun sonucunda da bireyin örgüt açısından maliyeti artar (Kırel,1993).

2.2.2. Stres Kavramının Tarihsel Gelişimi

Latince "Estrictia" fiilinden türetilen stres teriminin kökeni, insanlık tarihi kadar eskidir (Pehlivan, 1995). On yedinci yüzyılda elem, keder, dert, bela, felaket gibi anlamları karşılamak için kullanılırken; 18. ve 19. yy 'da anlamı değişmiş ve organlara, bireylere, ruhsal yapılara ve objelere uygulanan, güç, zorlama ve baskı olgularının izah edilmesi durumlarında bu kelimeye başvurulmuştur (Baltaş ve Baltaş, 1992).

Bireyin vücudunun kendisini saran dış ortamının etkisindeyken, dengesini belirli çizgiler içinde sabit tutması için gösterilen dalgalanmalar homeostatis sınırını aşmayıp fizyolojik sınırdaki kaldıkları sürece, bunların normal savunma reaksiyonları olduğu söylenebilir. Hastalık durumu ise homeostatis sınırdaki dalgalanmaların kişinin özelliklerine ve dışarıdan gelen etkinin şekline ve şiddetine bağlı olarak bu sınırı aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Stres yapıcılar karşısında, vücudun gösterdiği dengeleyici tepkileri de araştıran Cannon (1932), bu tepkileri “Savaş veya Kaç (Fight or Flight)” deyimiyle açıklamıştır. Avusturya asıllı biyolog Hans Selye'nin (1974) araştırmaları sayesinde stres terimi yaygın olarak kullanılmıştır ve bilim dünyasında sıkça tartışılmaya başlanmıştır. Selye'ye göre organizmaya yöneltilen bir nonspesifik talebe karşı organizmanın verdiği tepki streştir. Selye'ye

göre, bireyde bir dizi tepkinin oluşmasına neden olan çevresel uyarıcılara stresör, kişinin bu tip stimölasyonlara verdiği tepkiye de stres denilmektedir (Erdoğan, 1990).

Stresle ilgili araştırmalar Amerikan Psikoloji Derneği'nin senelik raporlarına 1950'li senelerde girmiştir. "Stres durumunda rolü olan psikolojik özellikler nelerdir ve bireysel değışikliklerin sonuca etkisi ne derecededir?" sorusunun cevapları ancak 1950'li yıllardan sonra aranmaya başlanmıştır (Baltaş ve Baltaş, 1991).

2.2.3. Stres Türleri

Selye'ye göre (1974) stresin pozitif (olumlu) ve negatif (olumsuz) stres şeklinde iki türü vardır (Erdoğan, 1990).

1) Olumlu Stresler:

Olumlu stres, iyi stres anlamına da gelmektedir.

Günümüzdeki stres araştırmalarının temelini Selye'nin çalışmaları oluşturur. Selye'ye göre stres sadece olumsuz koşullarda oluşmaz, olumlu koşullarda da meydana gelebilir.

2) Olumsuz Stresler:

Olumsuz stres (kötü stres) bireylerin kendilerine olan öz güvenlerini kaybetmelerine neden olur. Genellikle olumsuz ruh hali içinde bulunan kişiler karamsarlığa sürüklenirler. Bireyler, olumsuz stres ile hayal kırıklığı, yalnızlık ya da çaresizlik gibi olumsuz duyguları bağdaştırırlar.

2.2.4. Stresin Değerlendirilmesi

Stresin sahibi onu yaşayan kişidir. Bu sebepten ötürü stres incelenirken stres yaratan durumların yanında onunla karşılaşan kişinin psikolojik özelliklerine de bakılmalıdır. Algısal psikoloji ile ilgili çalışmalar yapan Lazarous, bu çalışmalarında durumu açıklamamıza yardımcı olan faktörleri birincil ve ikincil değerlendirme sistemleri şeklinde açıklamıştır (Şahin, 1994; Baltaş, 1986; Erkuş, 1994):

Birincil Değerlendirme: Kişinin yaşadığı durumu algılayıp onun için ne anlam ifade ettiğini değerlendirmesi dönemidir. Yaşanılan durumun bizi etkilemesi söz konusu değil ise etkisiz bir yaşantı olarak veya iyiliğimizi sağlıyor ve bizi koruyor ise olumlu bir yaşantı olarak değerlendirilir. Yaşanılan durumun bize zarar vereceğini, mücadeleye zorlayıp tehdit edeceğini düşündüğümüzde bu durum stres verici olarak değerlendirilir.

İkincil Değerlendirme: Bu dönemde olaya yön verme ve durumla baş edebilme yöntemleri değerlendirilir. Başa çıkabilme davranışı yeterli bulunmaz veya eksik görülür ise stres tepkisi oluşur.

2.2.5. Stresle Başa Çıkma Tutumları

Günlük hayatımızın olağan ve kaçınılmaz bir parçası olan stres, iyi yönetildiğinde, yaşamımız daha hoş, daha kaliteli ve çalışmalarımız daha verimli hale gelir. Belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede insanın gücünü aşan başa çıkma, bilişsel ve davranışsal bir uğraştır. Uygun olmayan tutumların nedeni genellikle hatalı problem çözme yöntemidir; başa çıkmada da amaç bu problemin çözülmesini sağlamaktır. Stres ile baş edebilmek için ilk olarak bireysel yöntemlerin kullanılması gerektiği ileri sürülmektedir (Işıkhani, 2004).

Kişilerin oluşturduğu stratejiler bireysel olarak stresle başa çıkma tutumları arasında en göze çarpanıdır. Genel olarak fiziksel ya da psikolojik tutumların kontrol altında olmasını içeren stres ile başa çıkma tutumları, bireylerin kendi alışkanlıklarıyla da şekillenmektedir. Stresle başa çıkmak adına yapılan araştırmalar sonucu kişilere ‘egzersiz, vücudun hareket halinde olması, yoga, gevşeme, meditasyon, yeme alışkanlıklarına dikkat edilmesi, perhiz, spor yapma, sosyal aktivitelerde bulunma, ibadet ve dua’ gibi tutumlar önerilmiştir. Kişilerin stresle başa çıkmalarını sağlamada bireylerin zamanı etkili ve verimli kullanma becerileri, kişilerin kendilerini kontrol altında tutması ve kendilerine ait hobiler edinmelerinin de faydası vardır (Pehlivan, 1995; Güçlü, 2001).

Stresle başa çıkmak için çalışma hayatında başvuru yollarından bazıları ‘sigara içmek, yemek yemek, alkol almak, ilaç kullanmak, geri çekilmek ve içine

kapanmak, pasifleşmek, problemleriyle yüzleşmekten kaçınmak, problemlerini bütünüyle görmezden gelmek, olayların dışına çıkmak ve aşırı tepki vermek' olarak sayılabilir. "Stres yönetimi", stres faktörlerinin kişideki tüm negatif neticelerini asgariye indirmek ve bu gerilim kaynakları ile gerçekçi olarak başa çıkmak için verilen uğraşlardır. Kişinin stresle baş edebilme aşamasında yaşadığı zorlanmayı azaltabilmesi ya da ortadan kaldırabilmesi için yeni davranış kalıplarını öğrenip benimsemesi gerekir (Işıkhan, 1998; Öztop, 2000).

Bireyin stresle baş edebilmesi için ilk olarak strese neden olan faktörlerin neler olduğunu saptaması ve bu durumunun farkında olarak kendine uygun stresle mücadele yöntemlerini belirlemesi gerekir (Wein, 2006).

Şahin ve Durak'ın Türkçe'ye uyarladığı (1995) "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (SBTÖ) Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, bireylerin stres altında iken stresle mücadele edebilmek için kullandıkları stresle başa çıkma tarzlarını alt başlıklara ayırır. Bunlardan bazıları 'kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama'dır (Şahin ve Durak, 1995):

a. Kendine Güvenli Yaklaşım: Bu stresle başa çıkma yaklaşımı problem odaklıdır. Kişi stres sonucu yaşadığı zor durumu aşabilme gücüne sahip olduğuna bu kendine güvenli yaklaşım sayesinde inanır.

b. İyimser Yaklaşım: Bu stresle başa çıkma yaklaşımı problem odaklıdır. Kişi stres karşısında olayları iyimser yaklaşım sayesinde olumlu yönleriyle görmeye başlar.

c. Sosyal Destek Arama: Bu stresle başa çıkma yaklaşımı da problem odaklıdır. Kişi strese maruz kaldığı zaman sosyal destek arama yoluyla yakın çevresindeki kişilerden yardım alarak stresini azaltmaya çabalar.

d. Çaresiz Yaklaşım: Bu stresle başa çıkma yaklaşımı duygu odaklıdır. Strese maruz kalan kişi çaresiz yaklaşım yoluyla büyük bir umutsuzluk içerisinde yaşadığı stresin karşısında kabullenici bir durumda bulunur.

e. Boyun Eğici Yaklaşım: Bu stresle başa çıkma yaklaşımı da duygu odaklıdır. Kişi stres durumuyla karşılaştığı zaman, mücadele etmeden var olan bu stresi kabul etme eğilimi gösterir.

Stresle başa çıkma tutumlarını Özbay ve Şahin (1997) “aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kabul-bilişsel yeniden yapılanma, kaçma-soyutlama (duygusal-eylemsel) ve kaçma-soyutlanma (biyokimyasal)” şeklinde 6 başlığa ayırmıştır:

1) Aktif Planlama

Aktif planlama içerisinde strese neden olan zaman faktörü iyi planlanmalıdır. Zaman doğru kontrol edilemediği zaman hayal kırıklığına, panik oluşmasına ve ciddi kaygılara yol açar. Örgütlenmede zamanın iyi kullanılması için bu nedenle zaman yönetimi yaklaşımı oluşturulmuştur. Zaman yönetiminde, yönetim prensiplerine başvurulmalıdır. Yani zamanın planlanması, etkinliği ve kontrolü gerekir (Örnek ve Aydın, 2006).

Yapmayı planladığımız işleri zamanında bitiremediğimiz anlarda gerginlik ve stres yaşayabiliriz. Zamanı iyi yöneterek, beklentileri ve ihtiyaçları en üst seviyede sağlamak amaçlanır (Pehlivan, 1995).

Zamanı iyi idare edebilmek için şunlar yapılmalıdır (Rowshan, 2000):

- Ajanda veya defter olarak randevu, toplantı ve iş planı yazılmalıdır. Buna ek olarak duvar takvimi de alınmalı ve yapılacaklar oraya da yazılmalıdır.
- Liste hazırlanarak yapılacak şeyler yazılmalıdır. Listeler yapıp bitirilmeli, yarım bırakılmamalıdır.
- İşlere bitiş tarihleri koyulduktan sonra her işi bitirdiğinde kişi kendisine ödül vermelidir.
- Kişi bir işi tek başına yapabileceğini düşünmüyorsa başkalarıyla işbirliğine gitmelidir.
- Yapılan işler gözden geçirilmeli ve ona göre yeni planlama yapılmalıdır.

- İşi savsaklama benzeri zamanı tüketecek gereksiz şeylere dikkat edilmelidir.
- İşler için iyi bir organizasyon planlanmalıdır.

2) Dış Yardım Arama

Stres karşısında alınan tedbirlerden en etkin olanı sosyal destektir. İnsanların ihtiyaçları hiyerarşisinde bulunan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi ana ihtiyaçların diğer insanlarla (yakın ilişkide bulunduğu kişiler ya da profesyonel danışmanlar vb.) girdiği etkili iletişim neticesinde tatmin edilmesine “Sosyal Destek” denir (Ekinci ve Ekici, 2003).

3) Dine Sığınma (Dine Yönelme)

Dine yönelerek dua etmek stres anında yapıldığında rahatlatır. Dine yönelen kişi, Allah’a inanıp ona sığınarak ondan yardım ister. Dine inanma ve yönelme hakkında yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bulgulara göre bunun sağladığı faydalar şunlardır (Ekinci ve Ekici, 2003):

- Başa çıkma sürecini destekleyen inanç; krizin, stresin veya sosyal çatışmaların daha kolay aşılmasına yardımcı olur.
- Önleyici ve koruyucu bir fonksiyonu olan inanç; bunalım ve diğer psiko-somatik hastalıklara yakalanma riskini azaltır.
- İyileşme sürecini hızlandıran inanç; iyileştirmeye yönelik daha güçlü bir umut ve güven geliştirir.
- Sükûneti ve olgunluğu besleyen sağlıklı bir fizyolojik gelişimi destekleyen inanç; alkol, uyuşturucu, sigara gibi bağımlılığa neden olan alışkanlıkları geliştirmeyi azaltır.
- Önemli bir düzenleyici olan inanç; acı tecrübeleri ve ölümü daha bir sükûnetle karşılamada, hayatın son aşaması ve ölüm sonrası hayat için korku ve endişelerden uzaklaşmada etkilidir.

4) Kabul-Bilişsel Yeniden Yapılanma

Stres bilişsel yaklaşıma göre, birey yaşamında dış ve iç kaynakların yansımalarıyla oluşur. Kişinin geliştirmiş olduğu mantıksız ve yanlış inançlar, içten kaynaklanan stresin doğmasına neden olmaktadır. Baltaş'a göre mantık çerçevesinde olmayan inançlar şunlardır (Baltaş, 1997):

- Yetişkin birinin çevresindeki herkes tarafından sevilmesi ve kabul görmesi gerekir.
- Bireyin kendisini düşünmesi kötü ve yanlış bir tutumdur.
- Yaptığı işlerde kişi en iyi olmalıdır.
- Dış ortamlarında meydana gelen olaylar nedeniyle insanlar mutsuz olur ve üzülmürler.
- İnsanlar hakkında veya başka konularda olmasını tahmin ettiğimiz şeylerin olmaması durumu korkunçtur.
- İnsanlar sizi bir konuda onaylamıyorsa bunun nedeni sizin hatalı ya da kötü olmanızdır.
- Geleceği belirleyen olgular arasında geçmişten gelen çok şey bulunur.
- İyi ilişkilerin temelinde karşılıklı fedakârlık ve “verme” eylemi vardır.
- Çabuk kırıldıkları için insanlar asla incitilmemelidir.
- Başka insanların varlığı sayesinde mutlu ve tatmin oluruz.
- Koşuşturma içinde olmayıp bol bol boş vakte sahip olunursa mutlu da olunur.
- Kızgınlık hem kötü hem yıkıcı bir duygudur.
- İyi bir yaşam hakkımız olduğu için acı çekmemeliyiz.
- Mükemmel aşk ve mükemmel ilişki mümkündür.
- Kişi için hayatında kendisinden başka, daha güçlü, daha büyük destekleri olmalıdır.

5) Kaçma-Soyutlama (Duygusal- Eylemsel)

İki boyutlu şekilde faktöriyel bir yapıda olan kaçma-soyutlamada, bireyin stresle baş etme tutumlarında edilgen kalarak kendisini soyutlaması incelenmektedir (Özbay ve Şahin, 1997).

6) Kaçma-Soyutlanma (Biyokimyasal)

Bu boyut, edilgen başa çıkma yöntemi olarak metabolizmada fizyolojik değişiklik yapma eğilimindedir. Bu boyut kapsamındaki başa çıkma yolları arasında tütün, alkol ve drug kullanımı gibi biyokimyasal yöntemler vardır (Özbay ve Şahin, 1997).

2.3. KAYGI

2.3.1. Kaygının Tanımı ve Türleri

Spielger'e göre 20. yüzyıl "kaygı çağı" olarak adlandırılmış olmasına rağmen, aslında kaygının geçmişi insanlık geçmişine kadar uzanmaktadır. Kaygı veya endişe, tehlikeler ile başa çıkmak için nesiller boyunca kullanılmış en temel insan duygularından biridir. İlk kez 1872 yılında Charles Darwin "İnsanda ve Hayvanlarda Duyguların İfade Edilmesi" adlı eserinde, korku olarak anımsanan tepkilerin yapısının doğal bir seçim süreci içerisinde şekillenmekte olduğunu ve korkunun doğal olarak ortaya çıktığını açıklamış; düzenli kalp atışları, kas gevşemeleri, aşırı titreme, artan terleme, saçların dikleşmesi, ağzın kuruması, seste farklılıklar ve gözbebeğinde büyüme gibi kaygının bedensel göstergelerinden bahsetmiştir. Bunlara ek olarak Darwin, korku tepkilerinin şiddetine göre birbirlerinden farklılık gösterdiğine de değinmiştir (Güngör, 2008).

Kaygı, bireyin uyarana karşı duygusal, zihinsel ve fiziksel değişimler ile oluşan uyarılmışlık durumuna verilen isimdir. Daha çok kaygı kavramı korku ile karıştırılmaktadır. Ancak kaynağının bilinmesi, daha şiddetli veya daha kısa zamanlı olması özellikleri bakımından korku kaygıdan farklılaşmaktadır (Özer, 2002).

İngilizcede “anxiety” kelimesiyle ifade edilen bu sözcüğün günlük kullanımdaki çevirisi dilimize “endişe” olarak yerleşmiştir. Ancak bunun sözcüğü sıradanlaştıran bir kullanım olduğunu söyleyen psikoloji uzmanları, bu kavramı Türkçe’ye uygun olacak şekilde “kaygı” olarak çevirerek çalışma alanında kullanmaya başlamışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Yavuzer (2000) kaygının, gerçek sebeplerden çok hayalî sebeplerden kaynaklanarak oluştuğunu kabul eder ve kaygıyı korku durumunun zihinsel olarak prova edilmesi şeklinde ifade eder. Yavuzer’e göre kaygı, bilinçaltı çatışmaların ve beklentilerin sonucu olup, korkuya nazaran daha uzun zaman devam eden bir heyecan tepkisidir. Kaygı, kişinin varlığı için esas olarak kabul ettiği değerlerin, üstesinden gelemeyeceği tehditler altında kaldığını hissettiğinde yaşadığı bir duygudur. Günümüz insanında kaygı, canlılığın, yaşam ile elde etmenin, yeni şeyler bulma ve yaratabilmenin, rekabet ortamında üretken olmanın ve kendini benimseyebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır ve kişinin kendi varlığını ya da özdeşim yaptığı nesneleri koruyucu bir nitelik taşımaktadır. Temel ihtiyaçların elde edilememesi halinde ortaya çıkan rahatsız edici bir duygu olarak da adlandırılan kaygı, gerilim, huzursuzluk ve endişe kavramlarıyla da nitelendirilmektedir. Morgan’a göre (1977) kaygı, insanların varoluşundaki en temel duygulardandır ve korku, kızgınlık, üzüntü, sıkıntı gibi duygular ile birbirine girmiş olduğu için anlaşılması ve adlandırılması oldukça güçtür (Palti, 2012).

Alasheev ve Bykow’a göre (2002) kaygı, bir sıkıntı veya güçlük beklentisi durumundan sebep olan duygusal huzursuzluk duygusudur. Kaygı, hem bir duygu durum hem de sabit bir kişilik özelliği olarak iki türlü adlandırılabilir. Durumsal kaygı, öznel olarak yaşanan ve belli bir durum tarafından uyarılan gerginlik, sıkıntı, sinirlilik ve tedirginlik duyguları ile karakterize olur. İkinci kaygı türü olarak kişisel kaygı ise, sabit bir kişilik özelliği ve tehdit olarak algılama ve kaygı tepkisi verme eğilimi olarak adlandırılmaktadır. Kariyerini yitirme, öz benliğin azalması, diğer insanların gözündeki özsaygısını yitirme gibi durumlar kişisel kaygıyı uyarılan tehdit durumları olarak sayılabilir (Kılınç, 2012).

Psikanalitik kurama göre haz kural güdümünde alt benliğin doyum arayan dürtüleri, üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik, aradaki çatışmayı

olduğuna göre; birey bir olay karşısında kendini hem korkutup hem de endişelendirebilir. O halde duygusal tepkilerimizin meydana gelmesi fikirlerimizle ilişkili olduğuna göre; duygu halimizi değiştirmek de, olaylara bakışımızı farklılaştırmaya bağlı olarak mümkün olabilecektir (zer, 2002).

2.3.2. Kaygı Türleri

Freud 1926 yılında ortaya koyduğu strüktürel modelde, anksiyeteyi bencilliğe ait bir his şeklinde açıklar. Benlik devamlı olarak “engellenmeler ile egzojen tehlikeler, idin içgüdüsel ve reel olmayan arzuları ve speregounun cezalandırılması” şeklinde üç ayrı tehdit ile karşı karşıyadır. Anksiyete, egounun tehditlerden kaçış yollarının bir ifadesi olduğundan, yukarıdaki açıklama  çeşit tehtide karşı  çeşit anksiyete ortaya koyar (Geçtan, 2006):

1) “Doğruluk anksiyetesi” korku ile aynı anlama gelir. Egzojen tehdit bu durumun algılanmasından doğan, sıkıntı verici bir histir. Bu da gereksinilen bir nesneye ulaşılamaması ve ya hayatın idame edilebilmesini zora sokan bir durumda beslenir. Freud, organizma için tehdit oluşturan durumların fark edilmesi neticesinde yaşanan korkunun konjenital olarak var olabileceğini söylemişse de reel anksiyetelerin öğrenme sonucu elde edildiğini kabullenmiştir. Freud, pek çok korkunun meydana gelmesinde kalıtım ile çevresel etkenlerin (yaşamın) birlikte etkili olduğu görüşündedir.

2) Egoda suçluluk veya utanç duygusuna yol açan etkenlerden biri “suçluluk anksiyetesi” dir. Özellikle speregounun vicdan diye bilinen bölümü tarafından kabul görmeyen durumlarda kendini gösterir. İleştirilmiş anne-babanın elemanı olan vicdan, kusursuzluğa yönelik beklentilerine ters düşen fikir veya eylemlerinden ötürü egoyu cezalandırmakla tehdit eder. Suçluluk anksiyetesinin temelinde cezalandırıcı ana-baba ile ifade edilen reel bir korku bulunur. Gerçeklik anksiyetesine karşı olarak, suçluluk anksiyetesine sebep olan durumdan kaçma gibi bir durum söz konusu değildir.

3) “Nevrotik anksiyete” içgüdülerden gelen tehdidin algılanması ile oluşur. İçgüdülerin haz isteklerine mani olamayan egounun, neticeye dair korkusudur.

Egonun savunma mekanizmaları, topluma ters düşen ve anksiyete oluşturabilecek şekildeki dürtüleri baskı altına alır. Öyle ki ego, kendini içgüdüsel tehlikelerden koruma çabası sırasında bireyin uyumunu bozacak nitelikteki savunma önlemlerine de başvurabilir. Sonuç olarak bireyde nevrotik belirtiler meydana gelir. Bir tedavi yaklaşımı olarak psikanaliz, baskılanan içgüdüsel dürtülerin bilinç seviyesine çıkabilmesi için gerekli koşulları sağlar ve böylece mantıkdışı ve uyumsuz olan nevrotik anksiyeteyi, mantıklı ve uyumlu olan gerçeklik anksiyetesi haline getirir.

Kulaksızoğlu (1999) ise, insan hayatında iki tür kaygı olduğunu belirtir (Çakmak, 2007):

1) Normal Kaygı: Normal kaygı organizmanın tehlikeye reaksiyon göstermesinin bir açıklamasıdır. Bu yetenek doğuştan gelen nörofizyolojik temellidir. Fakat burada hangi hayatın tehdit edici olduğunun fark edilmesi bireyin edinimlerine bağlıdır. Başlıca özellikleri:

- Tarafsız tehdide uygun bir tepkidir.
- Regresyon ya da intrapsişik mekanizmaları kapsamaz.
- Yönetilmesi için nevrotik savunma mekanizmalarını gerektirmez.
- Bilinç seviyesinde yapıcı bir biçimde kabul edilir.

2) Patolojik (Nevrotik) Kaygı: Gelişimsel olarak yaşamın ilk dönemlerinde görülen normal kaygının, hayatın erişkinlik döneminde görünür bir sebep olmaksızın ortaya çıkmasıdır. Kişinin içinde bulunduğu durumla doğrudan uyuşmayan, başkaları tarafından nedeni net bir biçimde açıklanamayan kaygıdır. Nevrotik kaygı ya da patolojik kaygı “devamlı kaygı” olarak da adlandırılır.

Kaygının patolojik özelliklerinden ayrı olarak uyuma yönelik bir görevi de vardır. Bu uyuma yönelik yönü, bireyi iç ve dış tehditlere karşı koruyan, uyarıcı ve önlem alınmasını sağlayan bir yönüdür. Algılanan bu tehditlere karşı ego savunma düzeneklerini kullanarak bu tehditlerin yarattığı anksiyetenin üstesinden gelmeye, önlem almaya ve kendini muhafaza etmeye çalışır. Eğer bireyin benlik gücü yerinde ise sorun çözülür. Bu sebepten her zaman patolojik ve normal kaygı arasında ayırım yapmak kolay olmayabilir (Çakmak, 2007).

2.3.3. Durumluk – Sürekli Kaygı Kuramı

Spielberger (1976)'e göre, kaygının durumluk ve sürekli kaygı olarak sınıflandırılması ilk kez Cattell (1966) tarafından yapılmıştır. Spielberger kaygı sürecinde kısmen sabit kalan bireysel farklılıkları “sürekli kaygı”; otonom sinir sistemini aktive eden ve gerginlik, korku gibi subjektif bir şekilde hissedilen duyguları da “durumluk kaygı” olarak belirtmiştir (Güngör, 2008):

Durumluk Kaygı: Bir müddet çözümlenemeyen bir sıkıntı ya da doyurulamayan bir ihtiyaç karşısında hissedilen kaygıdır. İnsanın içinde var olduğu stresli koşullarda huzursuz, endişeli ya da karamsar olması ifadesidir. Bu kaygı türü, insanda tehlike veya tehdit durumları gibi çevresel faktörler karşısında meydana gelen, sıkıntılar yok olunca veya ihtiyaçlar giderilince kendi kendine ortadan kalkan bir kaygı türüdür. Fakat bu tür kaygı, sürekliliğini gösterdiği süre ve insanda meydana getirdiği rahatsızlık bakımından önemlidir. Duruma bağlı kaygı o şartlar içinde gerçekleşmekte ve bireyi zorlayan durumun sona erişiyile birlikte kaygıya ilişkin göstergeler de ortadan kalkmaktadır. Bu kaygı türünde otonom sinir sisteminde oluşan aktivasyon sonucunda terleme, kızarma, titreme, sararma gibi bedensel belirtiler görülmektedir. Kaygı bir süre devam eder ve insana aşırı zarar vermeden ortadan kalkar. Bu belirtiler aslında her insanda zaman zaman görülebilen bir durum olarak kabul edilmektedir (Güngör, 2008).

Durumluk kaygıyı, kişinin içinde var olduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korku olarak ifade etmek mümkündür. Stresin aşırı olduğu anlarda durumluk kaygı düzeyinde yükseliş, stres yok olunca düşüş olmaktadır. Fizyolojik olarak sinir sisteminde ortaya çıkan bir uyarılma sonucu terleme, titreme ve kızarma gibi değişiklikler, kişinin gelişim ve sıkıntı duygularının göstergeleridir. Durumluk kaygıya organizmanın yükselen uyarılmışlık düzeyi eşlik eder. İkizler (1997) bu tür kaygının, bireyin durumunu, ortamı tehdit eden, tehlike yaratan bir durum olarak algılayıp düşünmesinden kaynaklandığını söylemiştir. Durumsal kaygı aynı zamanda spor müsabakaları öncesinde ve sonrasında sporcular için önemli bir kaygı türü şeklinde de ortaya çıkmaktadır. Nitekim sporcuların genel olarak yarışmalardan sonra üzgün ve korkak olduklarının gözlemlendiği bildirilmiştir (Koç, 2014).

Sürekli Kaygı: Öner ve LeCompte' ye göre (1983), bireyin güvenliğini tehdit eden bir durumdan veya bir problemten kaynaklanıp çok uzun bir süre boyunca devam eden bir kaygıdır. Sürekli kaygı, bireyin anksiyeteye olan yatkınlığı ve hatta bireye ait bir kişilik özelliği olarak ortaya çıkmakta ve çeşitli durumlarda daha çok hissedilmekle beraber yaşamın bütününe kapsamaktadır. Bu tip kaygıda, içten kaynaklanan bir huzursuzluk, karamsarlık, strese aşırı duyarlılık, endişe duyma, yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi söz konusudur. Böyle bir kişide gerçek tehlike ile uymayan tepkiler ortaya çıkmaktadır. Birey, öz değerlerinin tehlike altında olduğunu düşünerek, içinde bulunduğu durumları stresli (zorlayıcı) olarak yorumlamaktadır. Sürekli kaygı insanı etkisi altına alarak onun gittikçe uyumsuz bir hale gelmesine neden olmaktadır ve zamanla kişinin ruhsal sağlığının bozulmasına dahi yol açabilmektedir. Yüksek kaygılı kişilerin, sürekli kaygısı düşük kişilere oranla hızlı ve sık durumluk kaygı tepkileri göstermeleri beklenir. Durumluk kaygı, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği, kişiye özel bir korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucunda ortaya çıkan terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişiklikler, kişinin gerilim ve huzursuzluk duygularının bedensel ifadeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı düzeyinde yükselme, stres ortadan kalktığı zamanlarda ise durumluk kaygı düzeyinde azalma görülür. Sürekli kaygı, kişinin kaygılı olma haline eğilimidir. Buna bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama veya stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Objektif kriterlere göre etkisi olmayan durumların, kişi tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda oluşan gerginlik ve sıkıntı duygusudur. Bu tür kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin kolaylıkla incindikleri ve kötümserliğe düştükleri görülür. Bu kişiler incelendiklerinde durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve daha yoğun yaşadıkları görülmüştür. Sürekli kaygının düzeyi, kişinin ileride tehlikeli durumlarda yaşayabileceği durumluk kaygı düzeyinin şiddet ve sıklığının bir belirleyicisi olarak düşünülebilir. Araştırmalar da bireylerdeki sürekli kaygı düzeyi yüksekliğinin, sürekli kaygı düzeyi düşük olan bireylere kıyasla durumluk kaygı tepkilerinin daha sık ve daha çabuk ortaya çıktığını göstermektedir (Güngör, 2008).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma tarama modeli olarak tasarlanmıştır. Bu modeller, daha önceden mevcut olan ve şimdiki zamanda da süren bir durumu olduğu şekilde tarif eden araştırma yöntemleridir. İnceleme olgularının değiştirilmeye çalışılmadan objektif olarak tesbit edilmesi esas alınır.(Karasar, 1994).

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmanın evrenini infertilite tedavisi görmüş gebeler ile fertil gebeler oluşturmaktadır. Bu çalışmanın örneklemini Tekirdağ ilinin Çorlu ilçesinde infertilite tedavisi görmüş 50 gebe kadın ile 50 fertil gebe kadın oluşturmaktadır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. KBF’de katılımcıların sosyodemografik durumuna ilişkin sorular yer almıştır. KBF Ek 1’de verilmiştir.

3.3.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Durumluk Kaygı Ölçeği’nin cevaplanmasında maddelerin belirttiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok' ve tamamıyla' şıklarından birinin tercih edilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeği’nin cevaplanmasında ise maddelerin belirttiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre ‘hemen hiç bir zaman', 'bazen', 'çok zaman' ve 'hemen her zaman' şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (Bkz. Ek 2).

Ölçeklerde 'doğrudan (düz)' ve 'tersine çevrilmiş' ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Ölçeğin puanlanmasında doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35 olan ve değişmeyen bir değer eklenir.

Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 puan arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Kuder-Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .86 ile .92 arasında bulunmuştur.

Ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanmış hali için her iki ölçeğin yapı geçerliği, normal ve hasta gruplar üzerinde "iki faktörlü kaygı kuramı" çerçevesinde deneysel olarak sınanmıştır. Önemli ve stres yaratıcı olaylardan önce ve sonra durumluk kaygının önce yükselip, sonra düşmesi; sürekli kaygıda böyle bir değişimin anlamlı düzeyde olmaması, kuramdan çıkartılan hipotezleri desteklemiş; ölçeklerin yapı geçerliğinin göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Palti, 2012).

3.3.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1- Asla böyle bir şey yapmam, 2- Çok az böyle yaparım,

3- Orta derecede böyle yaparım, 4- Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir (Bkz. Ek 3).

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt 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.

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Stresle başa çıkma envanterinin alt ölçekleri ile durumluluk-sürekli kaygı ölçekleri normal dağılmamaktadır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon ile test edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde infertilite tedavisi görmüş gebeler ve fertil gebelerden oluşan toplam 100 gebe kadının stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar ile araştırmacının hazırladığı genel bilgi formundan elde edilen bilgilerin arasındaki ilişkilerin analizleriyle elde edilen veriler bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir:

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Gebelerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı

Demografik Özellikler	fertil gebeler (n=50)		infertilite tedavisi görmüş gebeler (n=50)	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş				
18-25 yaş arası	15	30.0	8	16.0
26-35 yaş arası	28	56.0	25	50.0
36-45 yaş arası	7	14.0	17	34.0
Doğum yeri				
Köy/kasaba	5	10.0	5	10.0
İlçe	18	36.0	13	26.0
İl	14	28.0	21	42.0
Büyük şehir	13	26.0	8	16.0
Yurt dışı	-	-	3	6.0
Eğitim düzeyi				
Ortaokul mezunu ve altı	15	30.0	9	18.0
Lise mezunu	19	38.0	19	38.0
Yüksekokul mezunu ve üzeri	16	32.0	22	44.0
Evlilik süresi				
1-3 yıl arası	22	44.0	8	16.0
4-6 yıl arası	11	22.0	15	30.0
7-10 yıl arası	7	14.0	11	22.0
11 yıl ve üzeri	10	20.0	16	32.0
Meslek				
Ev hanımı	23	46.0	19	38.0
Memur	9	18.0	13	26.0
İşçi	11	22.0	10	20.0
Kendi işi var	7	14.0	8	16.0

Çalışma durumu				
Evet	23	46.0	32	64.0
Hayır	20	40.0	13	26.0
Hiç çalışmadı	7	14.0	5	10.0
Demografik Özellikler	fertil gebeler (n=50)		infertilite tedavisi görmüş gebeler (n=50)	
	Sayı	%	Sayı	%
Gelir düzeyi				
Geliri giderden az	10	20.0	7	14.0
Geliri gidere denk	30	60.0	34	68.0
Geliri giderden fazla	10	20.0	9	18.0
Aile biçimi				
Çekirdek aile	42	86.0	41	82.0
Eşinin ailesiyle birlikte yaşama	2	4.0	6	12.0
Kendi ailesiyle birlikte yaşama	5	10.0	3	6.0
Gebelik sayısı				
Bir gebelik	23	46.0	24	48.0
İki gebelik	15	30.0	15	30.0
Üç gebelik	8	16.0	6	12.0
Dört gebelik ve üzeri	4	8.0	5	10.0
Doğum sayısı				
Yok	25	50.0	38	76.0
Bir doğum	19	38.0	9	18.0
İki doğum ve üzeri	6	12.0	3	6.0
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	25	50.0	38	76.0
Bir çocuk	19	38.0	9	18.0
İki çocuk ve üzeri	6	12.0	3	6.0
Gebelik kaybı kaç kere				
Yok	37	74.0	33	66.0
Bir kayıp	9	18.0	8	16.0
İki kayıp ve üzeri	4	8.0	9	18.0
Kayıp nedenleri				
Yok	37	74.0	33	66.0
Düşük	10	20.0	6	12.0
Kürtaj	2	4.0	1	2.0
Ölü doğum	1	2.0	-	-
Bilinmiyor	-	-	7	14.0
Rahim boyu yetmezliği	-	-	2	4.0
Dış gebelik	-	-	1	2.0
Kronik hastalık				
Yok	47	94.0	47	94.0
Tiroid Bozukluğu	1	2.0	1	2.0
Kalp Hastalığı	1	2.0	-	-
Şeker Hastalığı	1	2.0	-	-
Kist	-	-	2	4.0

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 100 gebenin 50'sini (%50.0) fertil gebeler ve 50'sini (%50.0) infertilite tedavisi görmüş gebeler oluşturmaktadır.

Fertil gebelerin 28'inin (%56.0) 26-35 yaş arasında olduğu, 18'inin (%36.0) doğum yerinin ilçe olduğu, 19'unun (%38.0) lise mezunu olduğu, evlilik sürelerinin ortalama 5.92 ± 5.06 yıl (en az 1 yıl, en çok 24 yıl) olduğu, 23'ünün (%46.0) ev hanımı olduğu, 23'ünün (%46.0) çalışmakta olduğu, 30'unun (%60.0) gelirinin giderine denk olduğu, 42'sinin (%86.0) aile yapısının çekirdek aile olduğu, 23'ünün (%46.0) bir gebelik yaşadığı, 25'inin (%50.0) başka çocuğu olmadığı, 37'sinin (%74.0) herhangi bir gebelik kaybı yaşamadığı, 10'unun (%20.0) düşük nedeniyle gebelik kaybı yaşadığı ve 47'sinin (%94.0) herhangi bir kronik bir hastalığının olmadığı görülmüştür.

İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin ise 25'inin (%50.0) 26-35 yaş arasında olduğu, 21'inin (%42.0) doğum yerinin il olduğu, 22'sinin (%44.0) yüksekokul mezunu ve üzeri olduğu, evlilik sürelerinin ortalama 8.68 ± 5.10 yıl (en az 2 yıl, en çok 22 yıl) olduğu, 19'unun (%38.0) ev hanımı olduğu, 32'sinin (%64.0) çalışmakta olduğu, 34'ünün (%68.0) gelirinin giderine denk olduğu, 41'inin (%82.0) aile yapısının çekirdek aile olduğu, 24'ünün (%48.0) bir gebelik yaşadığı, 38'inin (%76.0) başka çocuğu olmadığı, 33'ünün (%66.0) herhangi bir gebelik kaybı yaşamadığı, 7'sinin (%14.0) yaşadığı gebelik kaybının nedenini bilmediği ve 47'sinin (%94.0) herhangi bir kronik bir hastalığının olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebelerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı

Demografik Özellikler	infertilite tedavisi görmüş gebeler (n=50)	
	Sayı	%
Çocuk isteme süresi		
1-2 yıl arası	11	22.0
3-5 yıl arası	16	32.0
6-10 yıl arası	15	30.0
11 yıl ve üzeri	8	16.0
Tedavi süresi		
1 yıldan az	7	14.0
1-2 yıl arası	8	16.0
3-5 yıl arası	13	26.0
6-10 yıl arası	14	28.0
11 yıl ve üzeri	8	16.0
İnfertilite sebebi		
Kadın faktörü	19	38.0
Erkek faktörü	15	30.0
Hem kadın hem erkek faktörü	7	14.0
Sebebi açıklanamayan infertilite	9	18.0
Tedavi sayısı		
Bir deneme	13	26.0
İki deneme	15	30.0
Üç deneme	17	34.0
Dört deneme ve üzeri	5	10.0

İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin 16'sının (%32.0) 3-5 yıldır çocuk istemekte oldukları, 14'ünün (%28.0) 6-10 yıl arasında bir süredir tedavi görmekte olduğu, 19'unun (%38.0) infertilite sebebinin kadın faktörlü olduğu ve 17'sinin (%34.0) tedavide üçüncü denemede oldukları görülmüştür.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde birinci olarak “gebelerin infertilite tedavisi görüp görmemesi ile stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.3: Fertil ve İnfertil Gebelerde Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekl Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	Fertil gebeler	50	35.32	11.36			
	İnfertilite gebeler	50	48.66	14.70	612.00	-4.401	.000**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Sürekl kaygı ölçeği</i>	Fertil gebeler	50	41.26	10.12			
	İnfertilite gebeler	50	48.84	12.20	861.500	-2.680	.007**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	Fertil gebeler	50	12.08	2.36			
	İnfertilite gebeler	50	10.74	2.66	848.50	-2.789	.005**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	Fertil gebeler	50	11.96	2.00			
	İnfertilite gebeler	50	11.56	2.13	1078.50	-1.196	.232
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Geri durma</i>	Fertil gebeler	50	10.82	2.40			
	İnfertilite gebeler	50	9.92	1.93	1014.00	-1.648	.099
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	Fertil gebeler	50	10.50	2.13			
	İnfertilite gebeler	50	9.68	1.37	920.50	-2.325	.020**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Plan yapma</i>	Fertil gebeler	50	12.64	2.28			
	İnfertilite gebeler	50	11.24	2.48	812.50	-3.04	.002**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	Fertil gebeler	50	12.64	2.14			
	İnfertilite gebeler	50	11.26	2.59	870.50	-2.638	.008**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	Fertil gebeler	50	14.22	2.62			
	İnfertilite gebeler	50	11.20	3.18	515.00	-5.136	.000**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Şakaya vurma</i>	Fertil gebeler	50	8.68	2.52			
	İnfertilite gebeler	50	6.80	2.41	702.00	-3.808	.000**
	Toplam	100					

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Duygusal sosyal destek kullanımı</i>	Fertil gebeler	50	10.70	2.50			
	İnfertilite gebeler	50	9.48	2.18	897.50	-2.451	.014*
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Kabullenme</i>	Fertil gebeler	50	11.60	2.15			
	İnfertilite gebeler	50	9.52	2.62	673.00	-4.00	.000**
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Zihinsel boş verme</i>	Fertil gebeler	50	10.48	2.35			
	İnfertilite gebeler	50	9.74	1.71	1059.00	-1.336	.182
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma</i>	Fertil gebeler	50	11.62	2.64			
	İnfertilite gebeler	50	10.92	2.32	1052.00	-1.379	.168
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>İnkar</i>	Fertil gebeler	50	7.32	2.66			
	İnfertilite gebeler	50	7.42	2.20	1146.50	-.720	.471
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	Fertil gebeler	50	7.42	2.57			
	İnfertilite gebeler	50	7.54	1.69	1085.50	-1.149	.250
	Toplam	100					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Madde kullanımı</i>	Fertil gebeler	50	4.74	1.78			
	İnfertilite gebeler	50	7.98	3.33	593.00	-5.091	.000**
	Toplam	100					

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi; gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre aktif başa çıkma, geri durma, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve davranışsal olarak boş verme ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış; infertilite tedavisi görülüp görülmemesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında durumluk kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.01$). **Durumluk kaygı ölçeği puanları açısından infertilite tedavisi görmüş gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=612.00, $p=0.000$]. İnfertilite**

tedavisi görmüş gebelerin fertil gebelere oranla durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında sürekli kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Sürekli kaygı ölçeği puanları açısından infertilite tedavisi görmüş gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=861.50, $p=0.007$]. İnfertilite tedavisi görmüş gebelerin fertil gebelere oranla sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=848.50, $p=0.005$]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla yararlı sosyal destek kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=920.50, $p=0.020$]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla diğer meşguliyetleri bastırma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında plan yapma alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Plan yapma alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=812.50, $p=0.002$]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla plan yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=870.50,**

p=0.008]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla pozitif yeniden yorumlama ve gelişme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında dini olarak başa çıkma alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Dini olarak başa çıkma alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=515.00, p=0.008]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla dini olarak başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında şakaya vurmak alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Şakaya vurmak alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=702.00, p=0.008]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla şakaya vurmak düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=897.50, p=0.014]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla duygusal sosyal destek kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında kabullenme alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Kabullenme alt ölçeği puanları açısından fertil gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [U=673.00, p=0.000]. Fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla kabullenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Gebelerin infertilite tedavisi görüp görmediğine göre gruplar arasında madde kullanımı alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). **Madde kullanımı ölçeği puanları açısından infertil gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [U=593.00, p=0.000]. İnfertilite tedavisi görmüş**

gebelerin fertil gebelere oranla madde kullanım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “fertil gebelerin yaşları ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.4: Fertil Gebelerin Yaşları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	18-25 yaş arası	15	34.06	10.87	2	.313	.855	-
	26-35 yaş arası	28	36.28	11.99				
	36-45 yaş arası	7	34.14	10.99				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Sürekli kaygı ölçeği</i>	18-25 yaş arası	15	39.00	11.15	2	2.110	.348	-
	26-35 yaş arası	28	42.89	10.06				
	36-45 yaş arası	7	39.57	7.93				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	18-25 yaş arası	15	11.60	2.22	2	7.558	.023*	2>1
	26-35 yaş arası	28	12.71	2.35				
	36-45 yaş arası	7	10.57	1.98				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	18-25 yaş arası	15	11.73	2.34	2	2.313	.315	-
	26-35 yaş arası	28	12.28	1.78				
	36-45 yaş arası	7	11.14	2.11				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Geri durma</i>	18-25 yaş arası	15	11.20	2.39	2	.723	.697	-
	26-35 yaş arası	28	10.78	2.57				
	36-45 yaş arası	7	10.14	1.77				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	18-25 yaş arası	15	9.80	1.56	2	9.211	.010*	2
	26-35 yaş arası	28	11.17	2.03				
	36-45 yaş arası	7	9.28	2.75				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Plan yapma</i>	18-25 yaş arası	15	12.80	2.67	2	2.096	.351	-
	26-35 yaş arası	28	12.82	2.07				
	36-45 yaş arası	7	11.57	2.22				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	18-25 yaş arası	15	13.06	2.43	2	1.248	.536	-
	26-35 yaş arası	28	12.42	2.13				
	36-45 yaş arası	7	12.57	1.61				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	18-25 yaş arası	15	14.40	2.22	2	.601	.741	-
	26-35 yaş arası	28	14.32	2.52				
	36-45 yaş arası	7	13.42	3.86				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Şakaya vurma</i>	18-25 yaş arası	15	9.26	2.37	2	1.544	.462	-
	26-35 yaş arası	28	8.53	2.80				
	36-45 yaş arası	7	8.00	1.41				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Duygusal sosyal destek kullanımı</i>	18-25 yaş arası	15	10.53	2.35	2	1.730	.421	-
	26-35 yaş arası	28	11.03	2.58				
	36-45 yaş arası	7	9.71	2.49				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Kabullenme</i>	18-25 yaş arası	15	12.00	2.17	2	2.418	.299	-
	26-35 yaş arası	28	11.67	2.24				
	36-45 yaş arası	7	10.42	1.51				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Zihinsel boş verme</i>	18-25 yaş arası	15	10.80	2.65	2	.264	.877	-
	26-35 yaş arası	28	10.32	2.38				
	36-45 yaş arası	7	10.42	1.71				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma</i>	18-25 yaş arası	15	11.46	2.16	2	.876	.645	-
	26-35 yaş arası	28	11.85	2.91				
	36-45 yaş arası	7	11.00	2.64				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>İnkâr</i>	18-25 yaş arası	15	7.33	2.60	2	2.633	.268	-
	26-35 yaş arası	28	6.92	2.67				
	36-45 yaş arası	7	8.85	2.47				
	Toplam	50						

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	18-25 yaş arası	15	6.60	2.26	2	2.693	.260	-
	26-35 yaş arası	28	7.64	2.69				
	36-45 yaş arası	7	8.28	2.56				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
<i>Madde kullanımı</i>	18-25 yaş arası	15	4.73	1.94	2	.489	.783	-
	26-35 yaş arası	28	4.71	1.82				
	36-45 yaş arası	7	4.85	1.46				
	Toplam	50						

* $p < 0.05$

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi; fertil gebelerin yaşlarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin yaşları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Fertil gebelerin yaşları arasında yararlı sosyal destek kullanımı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=7.558$; $p=.023$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Sosyal destek kullanımı ölçeği puanları açısından 18-35 yaş arası olan gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 18-35 yaş arası olan gebelerin 25 yaş üstündeki diğer gebelere oranla yararlı sosyal destek kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Fertil gebelerin yaşları arasında diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=9.211$; $p=.010$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği**

puanları açısından 26-35 yaş arası olan gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 26-35 yaş arası olan gebelerin 25 yaş üstündeki diğer gebelere oranla diğer meşguliyetleri bastırma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin yaşları ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.5: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Yaşları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	18-25 yaş arası	8	46.37	15.60	2	5.973.050		-
	26-35 yaş arası	25	44.64	14.58				
	36-45 yaş arası	17	55.64	12.53				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Sürekli kaygı ölçeği</i>	18-25 yaş arası	8	47.00	15.35	2	4.292.117		-
	26-35 yaş arası	25	45.92	12.19				
	36-45 yaş arası	17	54.00	9.33				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	18-25 yaş arası	8	12.25	2.91	2	5.749.056		-
	26-35 yaş arası	25	10.96	2.65				
	36-45 yaş arası	17	9.70	2.25				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	18-25 yaş arası	8	12.00	2.44	2	2.388.303		-
	26-35 yaş arası	25	11.76	2.00				
	36-45 yaş arası	17	11.05	2.22				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Geri durma</i>	18-25 yaş arası	8	10.50	1.69	2	4.682.096		-
	26-35 yaş arası	25	10.28	1.79				
	36-45 yaş arası	17	9.11	2.08				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	18-25 yaş arası	8	9.12	.64	2	5.169.075		-
	26-35 yaş arası	25	10.12	1.58				
	36-45 yaş arası	17	9.29	1.10				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Plan yapma</i>	18-25 yaş arası	8	12.12	2.69	2	3.895.143		-
	26-35 yaş arası	25	11.56	2.34				
	36-45 yaş arası	17	10.35	2.47				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	18-25 yaş arası	8	11.37	3.24	2	2.125.346		-
	26-35 yaş arası	25	11.68	2.39				
	36-45 yaş arası	17	10.58	2.57				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	18-25 yaş arası	8	12.00	2.39	2	.612	.737	-
	26-35 yaş arası	25	11.20	3.17				
	36-45 yaş arası	17	10.82	3.60				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Şakaya vurma</i>	18-25 yaş arası	8	6.37	1.92	2	.191	.909	-
	26-35 yaş arası	25	6.92	2.49				
	36-45 yaş arası	17	6.82	2.60				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Duygusal sosyal destek kullanımı</i>	18-25 yaş arası	8	9.87	1.88	2	.798	.671	-
	26-35 yaş arası	25	9.60	2.43				
	36-45 yaş arası	17	9.11	1.99				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Kabullenme</i>	18-25 yaş arası	8	10.62	2.13	2	2.845.241		-
	26-35 yaş arası	25	9.36	2.43				
	36-45 yaş arası	17	9.23	3.09				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Zihinsel boş verme</i>	18-25 yaş arası	8	9.00	1.77	2	2.093.351		-
	26-35 yaş arası	25	9.76	1.96				
	36-45 yaş arası	17	10.05	1.19				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma</i>	18-25 yaş arası	8	10.12	1.88	2	1.098.577		-
	26-35 yaş arası	25	11.08	2.51				
	36-45 yaş arası	17	11.05	2.27				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>İnkâr</i>	18-25 yaş arası	8	8.12	2.35	2	1.429.489		-
	26-35 yaş arası	25	7.12	2.08				
	36-45 yaş arası	17	7.52	2.34				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	18-25 yaş arası	8	7.87	2.47	2	5.164.076		-
	26-35 yaş arası	25	7.04	1.67				
	36-45 yaş arası	17	8.11	1.05				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Madde kullanımı</i>	18-25 yaş arası	8	7.12	2.79	2	4.371.112		-
	26-35 yaş arası	25	7.40	3.35				
	36-45 yaş arası	17	9.23	3.34				
	Toplam	50						

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin yaşlarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin yaşları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dördüncü olarak “fertil gebelerin eğitim düzeyleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.6: Fertil Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Durumluk kaygı ölçeği	ortaokul mezunu ve altı	15	35.00	13.01	2	.256	.880	-
	lise mezunu	19	34.57	10.42				
	yüksekokul / üniversite	16	36.50	11.44				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Sürekli kaygı ölçeği	ortaokul mezunu ve altı	15	44.93	9.87	2	2.487	.288	-
	lise mezunu	19	39.42	10.42				
	yüksekokul / üniversite	16	40.00	9.70				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Yararlı sosyal destek kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	15	11.66	3.03	2	1.041	.594	-
	lise mezunu	19	12.05	1.68				
	yüksekokul / üniversite	16	12.50	2.42				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Aktif başa çıkma	ortaokul mezunu ve altı	15	12.26	2.15	2	.241	.887	-
	lise mezunu	19	11.78	2.17				
	yüksekokul / üniversite	16	11.87	1.74				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Geri durma	ortaokul mezunu ve altı	15	11.33	2.82	2	1.405	.495	-
	lise mezunu	19	10.83	2.21				
	yüksekokul / üniversite	16	10.31	2.24				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Diğer meşguliyetleri bastırma	ortaokul mezunu ve altı	15	11.73	2.12	2	6.506	.039*	1
	lise mezunu	19	10.10	1.96				
	yüksekokul / üniversite	16	9.81	1.93				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Plan yapma	ortaokul mezunu ve altı	15	12.93	1.94	2	.252	.882	-
	lise mezunu	19	12.36	2.69				
	yüksekokul / üniversite	16	12.68	2.15				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	ortaokul mezunu ve altı	15	12.13	1.88	2	1.278	.528	-
	lise mezunu	19	12.84	1.89				
	yüksekokul / üniversite	16	12.87	2.65				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Dini olarak başa çıkma	ortaokul mezunu ve altı	15	15.20	1.47	2	5.226	.073	-
	lise mezunu	19	14.57	1.83				
	yüksekokul / üniversite	16	12.87	3.64				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	ortaokul mezunu ve altı	15	8.26	2.73	2	1.429	.489	-
	lise mezunu	19	8.47	2.65				
	yüksekokul / üniversite	16	9.31	2.18				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	15	10.93	2.73	2	3.877	.144	-
	lise mezunu	19	9.89	1.96				
	yüksekokul / üniversite	16	11.43	2.70				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	ortaokul mezunu ve altı	15	11.40	1.80	3	.477	.788	-
	lise mezunu	19	11.84	2.19				
	yüksekokul / üniversite	16	11.50	2.50				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	ortaokul mezunu ve altı	15	10.86	2.41	3	.863	.650	-
	lise mezunu	19	10.42	2.24				
	yüksekokul / üniversite	16	10.18	2.53				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	ortaokul mezunu ve altı	15	11.40	2.82	3	1.127	.569	-
	lise mezunu	19	11.26	2.68				
	yüksekokul / üniversite	16	12.25	2.46				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnkar	ortaokul mezunu ve altı	15	8.46	2.74	3	5.649	.059	-
	lise mezunu	19	7.26	2.60				
	yüksekokul / üniversite	16	6.31	2.35				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Davranışsal olarak boş verme	ortaokul mezunu ve altı	15	8.20	2.42	3	2.622	.270	-
	lise mezunu	19	7.15	2.91				
	yüksekokul / üniversite	16	7.00	2.25				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Madde kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	15	5.00	1.85	3	.940	.625	-
	lise mezunu	19	4.63	1.73				
	yüksekokul / üniversite	16	4.62	1.85				
	Toplam	50						

* $P < 0.05$

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi; fertil gebelerin eğitim düzeylerine göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme,

soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Fertil gebelerin eğitim düzeyleri arasında diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=6.506$; $p=.039$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği puanları açısından ortaokul mezunu ve altı eğitim düzeyindeki gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Ortaokul mezunu ve altı eğitim düzeyindeki gebelerin diğer gebelere oranla diğer meşguliyetleri bastırma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde beşinci olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin eğitim düzeyleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.7: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Durumluk kaygı ölçeği	ortaokul mezunu ve altı	9	53.22	13.51	2	1.212	.546	-
	lise mezunu	19	48.15	14.50				
	yüksekokul / üniversite	22	47.22	15.60				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Sürekli kaygı ölçeği	ortaokul mezunu ve altı	9	51.33	15.03	2	.470	.791	-
	lise mezunu	19	47.68	10.47				
	yüksekokul / üniversite	22	48.81	12.79				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Yararlı sosyal destek kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	9	11.22	2.90	2	.740	.691	-
	lise mezunu	19	10.84	2.79				
	yüksekokul / üniversite	22	10.45	2.53				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Aktif çıkma	ortaokul mezunu ve altı	9	11.44	1.94	2	.150	.928	-
	lise mezunu	19	11.84	2.54				
	yüksekokul / üniversite	22	11.36	1.89				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Geri durma	ortaokul mezunu ve altı	9	10.44	1.74	2	.887	.642	-
	lise mezunu	19	10.00	2.13				
	yüksekokul / üniversite	22	9.63	1.86				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Diğer meşguliyetleri bastırma	ortaokul mezunu ve altı	9	9.00	.70	2	4.130	.127	-
	lise mezunu	19	9.94	1.12				
	yüksekokul / üniversite	22	9.72	1.69				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Plan yapma	ortaokul mezunu ve altı	9	10.77	2.72	2	.662	.718	-
	lise mezunu	19	11.36	2.62				
	yüksekokul / üniversite	22	11.31	2.35				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	ortaokul mezunu ve altı	9	10.55	2.78	2	.862	.650	-
	lise mezunu	19	11.36	2.73				
	yüksekokul / üniversite	22	11.45	2.46				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Dini olarak başa çıkma	ortaokul mezunu ve altı	9	12.22	2.27	2	2.322	.313	-
	lise mezunu	19	11.57	3.13				
	yüksekokul / üniversite	22	10.45	3.48				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Şakaya vurma	ortaokul mezunu ve altı	9	6.22	2.10	2	1.010	.604	-
	lise mezunu	19	7.31	2.74				
	yüksekokul / üniversite	22	6.59	2.23				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	9	9.88	2.14	2	.827	.661	-
	lise mezunu	19	9.57	2.24				
	yüksekokul / üniversite	22	9.22	2.22				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Kabullenme	ortaokul mezunu ve altı	9	9.55	2.35	2	.332	.847	-
	lise mezunu	19	9.78	2.80				
	yüksekokul / üniversite	22	9.27	2.67				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamli fark</i>
Zihinsel verme	ortaokul mezunu ve altı	9	9.33	1.11	2	.642	.725	-
	lise mezunu	19	9.63	1.67				
	yüksekokul / üniversite	22	10.00	1.95				
	Toplam	50						

	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamli fark
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	ortaokul mezunu ve altı	9	10.77	1.56				
	lise mezunu	19	10.94	2.36				
	yüksekokul / üniversite	22	10.95	2.62	2	.154	.926	-
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamli fark
İnkâr	ortaokul mezunu ve altı	9	8.11	2.14				
	lise mezunu	19	7.73	2.10				
	yüksekokul / üniversite	22	6.86	2.27	2	2.856	.240	-
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamli fark
Davranışsal olarak boş verme	ortaokul mezunu ve altı	9	8.11	2.20				
	lise mezunu	19	7.47	1.34				
	yüksekokul / üniversite	22	7.36	1.76	2	.245	.885	-
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamli fark
Madde kullanımı	ortaokul mezunu ve altı	9	8.00	3.35				
	lise mezunu	19	8.00	2.88				
	yüksekokul / üniversite	22	7.95	3.81	2	.048	.976	-
	Toplam	50						

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin eğitim düzeylerine göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak “fertil gebelerin evlilik süreleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.8: Fertil Gebelerin Evlilik Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Evlilik süresi	
Durumluk kaygı ölçeği	r	.067
	p	.645
Sürekli kaygı ölçeği	r	.131
	p	.364
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	.037
	p	.798
Aktif başa çıkma	r	.059
	p	.685
Geri durma	r	-.117
	p	.417
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-.007
	p	.959
Plan yapma	r	-.127
	p	.381
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	.019
	p	.898
Dini olarak başa çıkma	r	-.036
	p	.805
Şakaya vurma	r	-.033
	p	.821
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	.111
	p	.444
Kabullenme	r	-.180
	p	.211
Zihinsel boş verme	r	-.159
	p	.270
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	-.008
	p	.956
İnkâr	r	-.138
	p	.339
Davranışsal olarak boş verme	r	.065
	p	.655
Madde kullanımı	r	.122
	p	.399

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi; fertil gebelerin evlilik süreleri ile durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal

olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; fertil gebelerin evlilik süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yedinci olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.9: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Evlilik Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Evlilik süresi
Durumluk kaygı ölçeği	r	.550
	p	.000**
Sürekli kaygı ölçeği	r	.508
	p	.000**
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	-.461
	p	.001**
Aktif başa çıkma	r	-.396
	p	.004**
Geri durma	r	-.517
	p	.000**
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-.104
	p	.472
Plan yapma	r	-.620
	p	.000**
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	-.556
	p	.000**
Dini olarak başa çıkma	r	-.073
	p	.614
Şakaya vurma	r	-.138
	p	.340
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-.128
	p	.375
Kabullenme	r	-.425
	p	.002**
Zihinsel boş verme	r	.176
	p	.221
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	.102
	p	.483
İnkâr	r	.239
	p	.094
Davranışsal olarak boş verme	r	.302
	p	.033*
Madde kullanımı	r	.481
	p	.000**

** $P<0.01$, * $P<0.05$

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri ile diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve inkar ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; infertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri ile gebelerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r=.550$, $r=.508$, $r=.302$ ve $r=.481$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri arttıkça gebelerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri ile gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ve kabullenme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r=-.461$, $r=-.396$, $r=-.517$, $r=-.620$, $r=-.556$ ve $r=-.425$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri arttıkça gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ve kabullenme düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmüştür.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak “fertil gebelerin gebelik sayısı ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.10: Fertil Gebelerin Gebelik Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Durumluk kaygı ölçeği	Bir gebelik	23	36.39	11.57	2	.479	.787	-
	İki gebelik	15	34.60	13.95				
	Üç gebelik ve üzeri	12	34.16	7.39				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Sürekli kaygı ölçeği	Bir gebelik	23	40.43	11.73	2	.218	.897	-
	İki gebelik	15	41.93	9.71				
	Üç gebelik ve üzeri	12	42.00	7.66				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Yararlı sosyal destek kullanımı	Bir gebelik	23	12.34	2.75	2	1.725	.422	-
	İki gebelik	15	11.73	1.66				
	Üç gebelik ve üzeri	12	12.00	2.41				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Aktif başa çıkma	Bir gebelik	23	12.08	2.13	2	1.006	.605	-
	İki gebelik	15	11.53	1.84				
	Üç gebelik ve üzeri	12	12.25	2.05				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Geri durma	Bir gebelik	23	11.00	2.23	2	1.753	.416	-
	İki gebelik	15	11.06	2.21				
	Üç gebelik ve üzeri	12	10.16	2.97				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Diğer meşguliyetleri bastırma	Bir gebelik	23	10.60	2.14	2	.272	.873	-
	İki gebelik	15	10.46	2.03				
	Üç gebelik ve üzeri	12	10.33	2.38				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Plan yapma	Bir gebelik	23	13.26	2.35	2	4.569	.102	-
	İki gebelik	15	11.93	2.31				
	Üç gebelik ve üzeri	12	12.33	1.92				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Bir gebelik	23	12.95	2.38	2	1.400	.497	-
	İki gebelik	15	12.26	2.34				
	Üç gebelik ve üzeri	12	12.50	1.31				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Dini olarak başa çıkma	Bir gebelik	23	14.21	2.90	2	1.893	.388	-
	İki gebelik	15	13.73	2.91				
	Üç gebelik ve üzeri	12	14.83	1.46				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	Bir gebelik	23	9.04	2.73				
	İki gebelik	15	9.00	2.50				
	Üç gebelik ve üzeri	12	7.58	1.92	2	2.762	.251	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	Bir gebelik	23	10.91	2.53				
	İki gebelik	15	9.46	2.26				
	Üç gebelik ve üzeri	12	11.83	2.20	2	5.878	.053	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	Bir gebelik	23	11.78	2.33				
	İki gebelik	15	11.40	2.35				
	Üç gebelik ve üzeri	12	11.50	1.62	2	.217	.897	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	Bir gebelik	23	11.00	2.69				
	İki gebelik	15	10.33	2.22				
	Üç gebelik ve üzeri	12	9.66	1.61	2	2.346	.309	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Bir gebelik	23	12.34	2.51				
	İki gebelik	15	10.46	2.47				
	Üç gebelik ve üzeri	12	11.66	2.77	2	5.520	.063	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnkâr	Bir gebelik	23	7.13	2.56				
	İki gebelik	15	7.66	3.22				
	Üç gebelik ve üzeri	12	7.25	2.22	2	.094	.954	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Davranışsal olarak boş verme	Bir gebelik	23	7.17	2.56				
	İki gebelik	15	7.60	2.74				
	Üç gebelik ve üzeri	12	7.66	2.53	2	.445	.800	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Madde kullanımı	Bir gebelik	23	4.65	1.89				
	İki gebelik	15	4.73	1.75				
	Üç gebelik ve üzeri	12	4.91	1.72	2	.611	.737	-
	Toplam	50						

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi; fertil gebelerin gebelik sayılarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar,

davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin gebelik sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin gebelik sayısı ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.11: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Gebelik Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Durumluk kaygı ölçeği	Bir gebelik	24	45.66	14,53	2	4.248	.120	-
	İki gebelik	15	48.06	13,72				
	Üç gebelik ve üzeri	11	56.00	15,13				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Sürekli kaygı ölçeği	Bir gebelik	24	46.08	11,34	2	5.129	.077	-
	İki gebelik	15	47.66	12,05				
	Üç gebelik ve üzeri	11	56.45	12,12				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Yararlı sosyal destek kullanımı	Bir gebelik	24	11.08	2,73	2	2.214	.331	-
	İki gebelik	15	11.00	2,95				
	Üç gebelik ve üzeri	11	9.63	1,91				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Aktif başa çıkma	Bir gebelik	24	11.50	2.06	2	1.241	.538	-
	İki gebelik	15	12.06	2.31				
	Üç gebelik ve üzeri	11	11.00	2.09				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Geri durma	Bir gebelik	24	10.04	1.82	2	4.00	.135	-
	İki gebelik	15	10.46	2.09				
	Üç gebelik ve üzeri	11	8.90	1.70				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Diğer meşguliyetleri bastırma	Bir gebelik	24	9.83	1.60	2	.097	.953	-
	İki gebelik	15	9.60	.98				
	Üç gebelik ve üzeri	11	9.45	.,36				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Plan yapma	Bir gebelik	24	11.70	2.44	2	5.601	.061	-
	İki gebelik	15	11.60	2.66				
	Üç gebelik ve üzeri	11	9.72	1.84				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Bir gebelik	24	11.66	2.49	2	3.117	.210	-
	İki gebelik	15	11.46	2.64				
	Üç gebelik ve üzeri	11	10.09	2.62				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Dini olarak başa çıkma	Bir gebelik	24	11.20	3.14	2	2.443	.295	-
	İki gebelik	15	10.53	3.15				
	Üç gebelik ve üzeri	11	12.09	3.38				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	Bir gebelik	24	6.45	2.10	2	3.349	.187	-
	İki gebelik	15	7.80	2.85				
	Üç gebelik ve üzeri	11	6.18	2.18				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	Bir gebelik	24	9.58	2.30	2	1.035	.596	-
	İki gebelik	15	9.73	2.21				
	Üç gebelik ve üzeri	11	8.90	1.97				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	Bir gebelik	24	9.62	2.66	2	1.416	.493	-
	İki gebelik	15	10.06	3.01				
	Üç gebelik ve üzeri	11	8.54	1.80				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	Bir gebelik	24	9.54	2.02	2	2.180	.336	-
	İki gebelik	15	10.20	1.47				
	Üç gebelik ve üzeri	11	9.54	1.21				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Bir gebelik	24	10.79	2.71	2	.492	.782	-
	İki gebelik	15	10.86	2.23				
	Üç gebelik ve üzeri	11	11.27	1.55				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnkâr	Bir gebelik	24	7.08	2.37	2	1.057	.589	-
	İki gebelik	15	7.86	1.99				
	Üç gebelik ve üzeri	11	7.54	2.16				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Davranışsal olarak boş verme	Bir gebelik	24	7.04	1.65	2	3.035	.219	-
	İki gebelik	15	7.80	1.37				
	Üç gebelik ve üzeri	11	8.27	1.95				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Madde kullanımı	Bir gebelik	24	7.29	3.32	2	2.090	.352	-
	İki gebelik	15	8.80	2.98				
	Üç gebelik ve üzeri	11	8.36	3.77				
	Toplam	50						

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin gebelik sayılarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin gebelik sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak “fertil gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.12: Fertil Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Durumluk kaygı ölçeği	Çocuğu yok	25	34.88	11.49	2	.101	.951	-
	Bir çocuk	19	35.68	12.13				
	İki çocuk ve üzeri	6	36.00	9.93				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Süreklilik kaygı ölçeği	Çocuğu yok	25	39.56	11.58	2	1.44	.486	-
	Bir çocuk	19	42.89	9.10				
	İki çocuk ve üzeri	6	43.16	5.77				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Yararlı sosyal destek kullanımı	Çocuğu yok	25	11.92	2.69	2	1.34	.511	-
	Bir çocuk	19	12.52	1.95				
	İki çocuk ve üzeri	6	11.33	2.16				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Aktif başa çıkma	Çocuğu yok	25	11.92	2.10	2	.074	.964	-
	Bir çocuk	19	11.94	2.01				
	İki çocuk ve üzeri	6	12.16	1.94				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Geri durma	Çocuğu yok	25	10.80	2.25	2	1.76	.414	-
	Bir çocuk	19	11.15	2.29				
	İki çocuk ve üzeri	6	9.83	3.43				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Diğer meşguliyetleri bastırma	Çocuğu yok	25	10.56	2.23	2	.182	.913	-
	Bir çocuk	19	10.42	2.19				
	İki çocuk ve üzeri	6	10.50	1.76				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Plan yapma	Çocuğu yok	25	12.84	2.54	2	.922	.631	-
	Bir çocuk	19	12.47	2.16				
	İki çocuk ve üzeri	6	12.33	1.63				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Çocuğu yok	25	12.68	2.30	2	.355	.837	-
	Bir çocuk	19	12.68	2.26				
	İki çocuk ve üzeri	6	12.33	1.03				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Dini olarak başa çıkma	Çocuğu yok	25	14.16	2.77	2	1.81	.403	-
	Bir çocuk	19	13.94	2.73				
	İki çocuk ve üzeri	6	15.33	1.21				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	Çocuğu yok	25	8.88	2.75				
	Bir çocuk	19	8.57	2.47				
	İki çocuk ve üzeri	6	8.16	1.83	2	.250	.882	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	Çocuğu yok	25	10.52	2.61				
	Bir çocuk	19	10.73	2.53				
	İki çocuk ve üzeri	6	11.33	2.16	2	.621	.733	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	Çocuğu yok	25	11,84	2.21				
	Bir çocuk	19	11,36	2.21				
	İki çocuk ve üzeri	6	11,33	1.96	2	.561	.755	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	Çocuğu yok	25	11.00	2.67				
	Bir çocuk	19	10.00	1.94				
	İki çocuk ve üzeri	6	9.83	1.94	2	2.08	.353	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Çocuğu yok	25	11.84	2.91				
	Bir çocuk	19	11.36	2.67				
	İki çocuk ve üzeri	6	11.50	1.22	2	.975	.614	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnkâr	Çocuğu yok	25	7.08	2.51				
	Bir çocuk	19	7.73	3.17				
	İki çocuk ve üzeri	6	7.00	1.26	2	.208	.902	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Davranışsal olarak boş verme	Çocuğu yok	25	6.80	2.17				
	Bir çocuk	19	8.10	2.92				
	İki çocuk ve üzeri	6	7.83	2.71	2	2.34	.309	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Madde kullanımı	Çocuğu yok	25	4.64	1.82				
	Bir çocuk	19	4.52	1.57				
	İki çocuk ve üzeri	6	5.83	2.13	2	4.38	.112	-
	Toplam	50						

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi; fertil gebelerin yaşayan çocuk sayılarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar,

davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onbirinci olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.13: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayıları ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Durumluk kaygı ölçeği	Çocuğu yok	38	49.71	14.96	2	1.03	.597	-
	Bir çocuk	9	43.77	12.88				
	İki çocuk ve üzeri	3	50.00	19.00				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Sürekli kaygı ölçeği	Çocuğu yok	38	49.50	12.12	2	1.71	.425	-
	Bir çocuk	9	44.11	9.95				
	İki çocuk ve üzeri	3	54.66	19.42				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Yararlı sosyal destek kullanımı	Çocuğu yok	38	10.60	2.53	2	.438	.803	-
	Bir çocuk	9	11.44	3.39				
	İki çocuk ve üzeri	3	10.33	2.51				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Aktif başa çıkma	Çocuğu yok	38	11.31	1.84	2	1.61	.445	-
	Bir çocuk	9	12.55	2.60				
	İki çocuk ve üzeri	3	11.66	4.04				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Geri durma	Çocuğu yok	38	9.73	1.88	2	3.52	.171	-
	Bir çocuk	9	11.00	2.00				
	İki çocuk ve üzeri	3	9.00	1.73				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Diğer meşguliyetleri bastırma	Çocuğu yok	38	9.76	1.36	2	.735	.692	-
	Bir çocuk	9	9.33	1.50				
	İki çocuk ve üzeri	3	9.66	1.52				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Plan yapma	Çocuğu yok	38	11.05	2.41				
	Bir çocuk	9	12.11	2.75				
	İki çocuk ve üzeri	3	11.00	3.00	2	1.06	.588	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Çocuğu yok	38	10.92	2.56				
	Bir çocuk	9	12.44	2.12				
	İki çocuk ve üzeri	3	12.00	4.00	2	1.95	.376	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Dini olarak başa çıkma	Çocuğu yok	38	11.31	2.75				
	Bir çocuk	9	9.88	4.34				
	İki çocuk ve üzeri	3	13.66	4.04	2	2.81	.245	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	Çocuğu yok	38	6.31	1.96				
	Bir çocuk	9	8.88	3.10				
	İki çocuk ve üzeri	3	6.66	3.05	2	5.88	.053	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	Çocuğu yok	38	9.21	2.12				
	Bir çocuk	9	10.55	1.81				
	İki çocuk ve üzeri	3	9.66	3.78	2	3.13	.209	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	Çocuğu yok	38	9.07	2.52				
	Bir çocuk	9	11.22	2.86				
	İki çocuk ve üzeri	3	10.00	1.00	2	4.84	.089	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	Çocuğu yok	38	9.73	1.73				
	Bir çocuk	9	10.22	1.64				
	İki çocuk ve üzeri	3	8.33	1.15	2	3.55	.169	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Çocuğu yok	38	10.86	2.31				
	Bir çocuk	9	10.88	2.57				
	İki çocuk ve üzeri	3	11.66	2.51	2	.582	.748	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
İnkâr	Çocuğu yok	38	7.44	2.18				
	Bir çocuk	9	7.55	2.29				
	İki çocuk ve üzeri	3	6.66	2.88	2	.234	.889	-
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Davranışsal olarak boş verme	Çocuğu yok	38	7.42	1.55				
	Bir çocuk	9	7.77	1.30				
	İki çocuk ve üzeri	3	8.33	4.16	2	.314	.855	-
	Toplam	50						

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Madde kullanımı	Çocuğu yok	38	8.23	3.40	2	4.17	.124	-
	Bir çocuk	9	8.22	2.86				
	İki çocuk ve üzeri	3	4.00	,000				
	Toplam	50						

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin yaşayan çocuk sayılarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onikinci olarak “fertil gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıkları ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.14: Fertil Gebelerin Gebelik Kaybı Yaşayıp Yaşamadıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z	P
Durumluk kaygı ölçeği	Evet	13	32.93	8.87	212.00	-.632	.528
	Hayır	37	36.16	12.11			
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Sürekli kaygı ölçeği	Evet	13	40.76	7.52	221.50	-.421	.674
	Hayır	37	41.43	10.98			
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Yararlı sosyal destek kullanımı	Evet	13	12.30	2.05	233.00	-.168	.867
	Hayır	37	12.00	2.48			
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Aktif başa çıkma	Evet	13	11.76	2.12	230.00	-.235	.814
	Hayır	37	12.02	1.99			
	Toplam	50					

Grup		N	X	SS	U	Z	P
Geri durma	Evet	13	10.23	2.80			
	Hayır	37	11.02	2.25	188.50	-1.16	.245
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Diğer meşguliyetleri bastırma	Evet	13	10.30	2.35			
	Hayır	37	10.56	2.07	219.00	-.483	.629
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Plan yapma	Evet	13	11.92	2.28			
	Hayır	37	12.89	2.25	175.00	-1.46	.143
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Evet	13	12.23	1.78			
	Hayır	37	12.78	2.26	199.50	-.918	.358
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Dini olarak başa çıkma	Evet	13	14.69	1.31			
	Hayır	37	14.05	2.94	227.00	-.316	.752
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Şakaya vurma	Evet	13	7.53	2.02			
	Hayır	37	9.08	2.58	158.00	-1.84	.066
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Duygusal sosyal destek kullanımı	Evet	13	11.38	2.36			
	Hayır	37	10.45	2.53	187.50	-1.18	.238
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Kabullenme	Evet	13	12.07	1.60			
	Hayır	37	11.43	2.31	196.50	-.985	.325
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Zihinsel boş verme	Evet	13	9.53	1.66			
	Hayır	37	10.81	2.49	168.00	-1.62	.105
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Evet	13	11.30	3.22			
	Hayır	37	11.72	2.44	219.50	-.468	.640
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
İnkâr	Evet	13	6.84	2.40			
	Hayır	37	7.48	2.75			
	Toplam	50			208.00	-.728	.467

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	Evet	13	7.46	2.22			
	Hayır	37	7.40	2.71	225.00	-.347	.729
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Madde kullanımı</i>	Evet	13	4.30	.85			
	Hayır	37	4.89	1.99	226.50	-.462	.644
	Toplam	50					

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi; fertil gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gebelik kaybı yaşayıp yaşamadığı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onüçüncü olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıkları ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.15: İnfertilite Tedavi Gören Gebelerin Gebelik Kaybı Yaşayıp Yaşamadıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	Evet	17	54.88	15.24			
	Hayır	33	45.45	13.56	168.50	-2.296	.022*
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Sürekli kaygı ölçeği</i>	Evet	17	55.05	12.71			
	Hayır	33	45.63	10.78	166.50	-2.338	.019*
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	Evet	17	9.88	1.99			
	Hayır	33	11.18	2.87	211.50	-1.43	.152
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	Evet	17	10.94	1.56			
	Hayır	33	11.87	2.34	223.00	-1.19	.232
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Geri durma</i>	Evet	17	9.23	1.92			
	Hayır	33	10.27	1.87	187.00	-1.94	.052
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	Evet	17	9.41	1.06			
	Hayır	33	9.81	1.50	262.50	-.392	.695
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Plan yapma</i>	Evet	17	10.00	1.93			
	Hayır	33	11.87	2.52	162.50	-2.46	.014*
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	Evet	17	9.88	2.26			
	Hayır	33	11.96	2.49	154.50	-2.60	.009**
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	Evet	17	11.17	2.87			
	Hayır	33	11.21	3.37	277.00	-.072	.942
	Toplam	50					
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<i>Şakaya vurma</i>	Evet	17	6.41	2.12			
	Hayır	33	7.00	2.56	244.00	-.758	.448
	Toplam	50					

Grup		N	X	SS	U	Z	P
Duygusal sosyal destek kullanımı	Evet	17	8.88	2.05			
	Hayır	33	9.78	2.21	208.50	-1.49	.135
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Kabullenme	Evet	17	8.52	2.09			
	Hayır	33	10.03	2.75	193.00	-1.81	.069
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Zihinsel boş verme	Evet	17	9.88	1.05			
	Hayır	33	9.66	1.97	248.00	-.688	.492
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Evet	17	11.23	1.52			
	Hayır	33	10.75	2.65	234.50	-.955	.339
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
İnkar	Evet	17	7.76	2.04			
	Hayır	33	7.24	2.29	246.00	-.716	.474
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Davranışsal olarak boş verme	Evet	17	8.35	2.04			
	Hayır	33	7.12	2.29	178.50	-2.15	.031*
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	P
Madde kullanımı	Evet	17	8.82	3.53			
	Hayır	33	7.54	3.19	210.50	-1.48	.137
	Toplam	50					

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve madde kullanımı ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış gebelik kaybı yaşayıp yaşamadığı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre gruplar arasında durumluk kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Durumluk kaygı ölçeği puanları açısından gebelik kaybı yaşamış gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=168.50$, $p=0.022$]. Gebelik kaybı yaşamış gebelerin gebelik kaybı yaşamamış gebelere oranla durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre gruplar arasında sürekli kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Sürekli kaygı ölçeği puanları açısından gebelik kaybı yaşamış gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=166.50$, $p=0.019$]. Gebelik kaybı yaşamış gebelerin gebelik kaybı yaşamamış gebelere oranla sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre gruplar arasında plan yapma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Plan yapma ölçeği puanları açısından gebelik kaybı yaşamamış gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [$U=162.50$, $p=0.014$]. Gebelik kaybı yaşamamış gebelerin gebelik kaybı yaşamış gebelere oranla plan yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre gruplar arasında pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanları açısından gebelik kaybı yaşamamış gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır [$U=154.50$, $p=0.009$]. Gebelik kaybı yaşamamış gebelerin gebelik kaybı yaşamış gebelere oranla pozitif yeniden yorumlama ve gelişme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin gebelik kaybı yaşayıp yaşamadıklarına göre gruplar arasında davranışsal olarak boş verme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). **Davranışsal olarak boş verme ölçeği puanları açısından gebelik kaybı yaşamış gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=178.50$, $p=0.031$]. Gebelik kaybı yaşamış gebelerin gebelik kaybı yaşamamış gebelere oranla davranışsal olarak boş verme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ondördüncü olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.16: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Çocuk İsteme Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	1-2 yıl	11	33.45	7.72	3	18.42.000**		3>2>4
	3-5 yıl	16	47.87	12.20				
	6-10 yıl	15	55.00	13.79				
	11 yıl ve üzeri	8	59.25	12.25				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Sürekli kaygı ölçeği</i>	1-2 yıl	11	40.54	7.42	3	11.07.011*		4>3
	3-5 yıl	16	45.56	11.65				
	6-10 yıl	15	54.80	12.62				
	11 yıl ve üzeri	8	55.62	12.69				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	1-2 yıl	11	12.45	3.23	3	11.21.011*		1>2
	3-5 yıl	16	11.50	2.42				
	6-10 yıl	15	9.86	1.80				
	11 yıl ve üzeri	8	8.50	1.51				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	1-2 yıl	11	12.54	2.20	3	6.47 .091		-
	3-5 yıl	16	11.93	2.37				
	6-10 yıl	15	11.13	1.99				
	11 yıl ve üzeri	8	10.25	.88				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Geri durma</i>	1-2 yıl	11	11.18	1.53	3	14.75.002**		1>2
	3-5 yıl	16	10.50	1.86				
	6-10 yıl	15	9.33	1.79				
	11 yıl ve üzeri	8	8.12	1.12				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	1-2 yıl	11	10.36	2.20	3	2.41 .491		-
	3-5 yıl	16	9.56	.96				
	6-10 yıl	15	9.26	1.03				
	11 yıl ve üzeri	8	9.75	1.03				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Plan yapma</i>	1-2 yıl	11	13.18	1.53				
	3-5 yıl	16	12.06	2.59				
	6-10 yıl	15	10.13	2.09	3	19.28.000**		1>2
	11 yıl ve üzeri	8	9.00	.92				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	1-2 yıl	11	13.72	1.00				
	3-5 yıl	16	11.31	2.79				
	6-10 yıl	15	10.13	2.44	3	17.20.001**		1
	11 yıl ve üzeri	8	9.87	1.55				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	1-2 yıl	11	12.09	3.83				
	3-5 yıl	16	10.18	2.90				
	6-10 yıl	15	11.93	3.05	3	6.90 .075		-
	11 yıl ve üzeri	8	10.62	2.87				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Şakaya vurma</i>	1-2 yıl	11	7.27	2.28				
	3-5 yıl	16	7.43	2.85				
	6-10 yıl	15	5.66	1.49	3	5.49 .139		-
	11 yıl ve üzeri	8	7.00	2.72				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Duygusal sosyal destek kullanımı</i>	1-2 yıl	11	10.00	2.89				
	3-5 yıl	16	10.06	2.08				
	6-10 yıl	15	8.53	1.50	3	4.53 .209		-
	11 yıl ve üzeri	8	9.37	2.13				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Kabullenme</i>	1-2 yıl	11	11.45	2.73				
	3-5 yıl	16	9.87	2.84				
	6-10 yıl	15	8.40	2.02	3	10.24.017*		1
	11 yıl ve üzeri	8	8.25	1,16				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Zihinsel boş verme</i>	1-2 yıl	11	9.27	2.45				
	3-5 yıl	16	10.00	1.82				
	6-10 yıl	15	9.60	1.24	3	1.49 .685		-
	11 yıl ve üzeri	8	10.12	,99				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma</i>	1-2 yıl	11	11.00	3.22				
	3-5 yıl	16	10.68	2.75				
	6-10 yıl	15	11.00	1.55	3	1.00 .801		-
	11 yıl ve üzeri	8	11.12	1.35				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>İnkar</i>	1-2 yıl	11	5.54	2.11	3	11.30.010**		2>4
	3-5 yıl	16	8.50	1.71				
	6-10 yıl	15	7.33	2.19				
	11 yıl ve üzeri	8	8.00	1.77				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	1-2 yıl	11	6.18	1.60	3	11.41.010**		3>4
	3-5 yıl	16	7.43	1.41				
	6-10 yıl	15	8.46	1.80				
	11 yıl ve üzeri	8	7.87	.83				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Madde kullanımı</i>	1-2 yıl	11	4.63	1.43	3	15.94.001**		4>3>2
	3-5 yıl	16	8.18	2.83				
	6-10 yıl	15	9.13	3.41				
	11 yıl ve üzeri	8	10.00	3.02				
	Toplam	50						

** $p<0.01$, * $P<0.05$

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme sürelerine göre aktif başa çıkma diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çocuk isteme süreleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında durumluk kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=18.42$; $p=.000$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Durumluk kaygı ölçeği puanları açısından 3 yıl ve daha üstünde bir süre çocuk isteyen gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3 yıl ve daha üstünde bir süre çocuk isteyen gebelerin 1-2 yıldır çocuk isteyen gebelere oranla durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında sürekli kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=11.07$; $p=.011$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Sürekli kaygı ölçeği puanları açısından 6 yıl ve daha üstünde bir süre çocuk isteyen gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 6 yıl ve daha üstünde bir süre çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında yararlı sosyal destek kullanımı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=11.21$; $p=.011$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Yararlı sosyal destek kullanımı ölçeği puanları açısından 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla yararlı sosyal destek kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında geri durma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=14.75$; $p=.002$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Geri durma ölçeği puanları açısından 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla geri durma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında plan yapma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=19.28$; $p=.000$]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın

hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Plan yapma ölçeği puanları açısından 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 5 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla plan yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=17.20; p=.001]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanları açısından 2 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 2 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla pozitif yeniden yorumlama ve gelişme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında kabullenme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=10.24; p=.017]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Kabullenme ölçeği puanları açısından 2 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 2 yıl ve daha az bir süredir çocuk isteyen gebelerin diğer gebelere oranla kabullenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin çocuk isteme süreleri arasında inkar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=11.30; p=.010]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **İnkâr ölçeği puanları açısından 3-5 yıl, 11 yıl ve daha uzun bir süredir çocuk isteyen gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3-5 yıl, 11 yıl ve daha uzun bir süredir çocuk isteyen**

gebelerin diğ er gebelere oranla inkar düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

 nfertilite tedavisi gören gebelerin  ocuk isteme süreleri arasında davranışsal olarak boş verme  l eği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=11.41; p=.010]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Davranışsal olarak boş verme  l eği puanları açısından 6 yıl ve daha uzun bir süredir  ocuk isteyen gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 6 yıl ve daha uzun bir süredir  ocuk isteyen gebelerin diğ er gebelere oranla davranışsal olarak boş verme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

 nfertilite tedavisi gören gebelerin  ocuk isteme süreleri arasında madde kullanımı  l eği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=15.94; p=.001]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Madde kullanımı  l eği puanları açısından 3 yıl ve daha uzun bir süredir  ocuk isteyen gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3 yıl ve daha uzun bir süredir  ocuk isteyen gebelerin diğ er gebelere oranla madde kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onbeşinci olarak “ nfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kayėı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.17: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Tedavi Süreleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Durumluk kaygı ölçeği	1 yıldan az	7	28.14	4.56	4	19.52.001**		4>5>3>2
	1-2 yıl	8	43.37	11.98				
	3-5 yıl	13	50.84	11.26				
	6-10 yıl	14	56.42	12.90				
	11 yıl ve üzeri	8	54.75	14.20				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Sürekli kaygı ölçeği	1 yıldan az	7	39.57	9.18	4	9.63	.047*	4>5
	1-2 yıl	8	42.87	9.20				
	3-5 yıl	13	48.53	13.74				
	6-10 yıl	14	54.85	10.83				
	11 yıl ve üzeri	8	52.87	11.26				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Yararlı sosyal destek kullanımı	1 yıldan az	7	13.00	2.70	4	9.05	.060	-
	1-2 yıl	8	11.25	3.19				
	3-5 yıl	13	11.38	2.63				
	6-10 yıl	14	9.64	1.64				
	11 yıl ve üzeri	8	9.12	2.16				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Aktif başa çıkma	1 yıldan az	7	13.42	1.13	4	9.24	.055	-
	1-2 yıl	8	10.87	2.16				
	3-5 yıl	13	12.00	2.70				
	6-10 yıl	14	11.00	1.30				
	11 yıl ve üzeri	8	10.87	2.23				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Geri durma	1 yıldan az	7	11.57	1.71	4	12.82.012*		1>2
	1-2 yıl	8	10.75	1.75				
	3-5 yıl	13	10.15	1.77				
	6-10 yıl	14	9.28	1.77				
	11 yıl ve üzeri	8	8.37	1.50				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Diğer meşguliyetleri bastırma	1 yıldan az	7	11.42	1,98	4	13.87.008**		1
	1-2 yıl	8	9.50	1,51				
	3-5 yıl	13	9.15	,68				
	6-10 yıl	14	9.21	,89				
	11 yıl ve üzeri	8	10.00	1,06				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Plan yapma	1 yıldan az	7	13.71	1.38	4	16.46.002**	1>3>2	
	1-2 yıl	8	11.50	1.60				
	3-5 yıl	13	12.15	2.93				
	6-10 yıl	14	9.92	1.81				
	11 yıl ve üzeri	8	9,62	1.99				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	1 yıldan az	7	13.57	1.27	4	11.96 .018*	1	
	1-2 yıl	8	11.87	2.85				
	3-5 yıl	13	11.53	2.84				
	6-10 yıl	14	9.78	1.84				
	11 yıl ve üzeri	8	10,75	2.60				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Dini olarak başa çıkma	1 yıldan az	7	12.42	3.99	4	2.48 .647		-
	1-2 yıl	8	10.75	2.91				
	3-5 yıl	13	10.69	3.54				
	6-10 yıl	14	11.35	2.67				
	11 yıl ve üzeri	8	11,12	3.44				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Şakaya vurma	1 yıldan az	7	7.42	2.57	4	4.42 .352		-
	1-2 yıl	8	6.75	2.12				
	3-5 yıl	13	7.46	3.04				
	6-10 yıl	14	5.71	1.48				
	11 yıl ve üzeri	8	7.12	2.64				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Duygusal sosyal destek kullanımı	1 yıldan az	7	10.85	2.67	4	6.87 .143		-
	1-2 yıl	8	8.87	2.90				
	3-5 yıl	13	10.07	1.84				
	6-10 yıl	14	8.57	1.55				
	11 yıl ve üzeri	8	9.50	2.00				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Kabullenme	1 yıldan az	7	10.57	2.99	4	8.39 .078		-
	1-2 yıl	8	10.50	3.11				
	3-5 yıl	13	10.38	2.78				
	6-10 yıl	14	8.07	1.97				
	11 yıl ve üzeri	8	8.75	1,38				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
Zihinsel boş verme	1 yıldan az	7	9.57	2.93	4	1.22 .875		-
	1-2 yıl	8	9.12	1.35				
	3-5 yıl	13	10.07	1.93				
	6-10 yıl	14	9.85	1.02				
	11 yıl ve üzeri	8	9.75	1,48				
	Toplam	50						

Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	1 yıldan az	7	1,00	3.60	4	3.69	.449	-
	1-2 yıl	8	11.75	2.43				
	3-5 yıl	13	10.23	2.71				
	6-10 yıl	14	11.07	1.49				
	11 yıl ve üzeri	8	10.87	1.55				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
İnkar	1 yıldan az	7	6.42	2.37	4	12.01	.017*	3
	1-2 yıl	8	5.75	2.12				
	3-5 yıl	13	8.92	1.55				
	6-10 yıl	14	7.42	2.10				
	11 yıl ve üzeri	8	7.50	2.00				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Davranışsal olarak boş verme	1 yıldan az	7	5.85	1.34	4	13.95	.007**	4> 3>5
	1-2 yıl	8	6.87	2.10				
	3-5 yıl	13	8.00	1.77				
	6-10 yıl	14	8.42	1.01				
	11 yıl ve üzeri	8	7.37	1.18				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	df	KW	P	Anlamlı fark
Madde kullanımı	1 yıldan az	7	4.57	1.51	4	17.86	.001**	4>5>3
	1-2 yıl	8	5.62	2.38				
	3-5 yıl	13	8.38	2.87				
	6-10 yıl	14	10.07	2.86				
	11 yıl ve üzeri	8	9,00	3.54				
	Toplam	50						

** $p < 0.01$, * $P < 0.05$

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin tedavi sürelerine göre yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, kabullenme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, zihinsel boş verme ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çocuk isteme süreleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında durumluk kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [$k-w=19.52$; $p=.001$]. Bu işlemin ardından *Kruskal Wallis-H* sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği

olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Durumluk kaygı ölçeği puanları açısından 1 yıl ve daha fazla süre tedavi gören gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 1 yıl ve daha fazla süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında sürekli kaygı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=9.63; p=.047]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Sürekli kaygı ölçeği puanları açısından 6 yıl ve daha fazla süre tedavi gören gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 6 yıl ve daha fazla süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında geri durma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=12.82; p=.012]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Geri durma ölçeği puanları açısından 2 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 2 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla geri durma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=13.87; p=.008]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Diğer meşguliyetleri bastırma ölçeği puanları açısından 1 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 1 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla diğer meşguliyetleri bastırma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında plan yapma ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=16.46; p=.002]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Plan yapma ölçeği puanları açısından 5 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 5 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla plan yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=11.96; p=.018]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeği puanları açısından 1 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin lehine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 1 yıl ve daha az süre tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla pozitif yeniden yorumlama ve gelişme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında inkar ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=12.01 ; p=.017]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **İnkâr ölçeği puanları açısından 3-5 yıldır tedavi gören gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3-5 yıldır tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla inkar düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında davranışsal olarak boş verme ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=13.95; p=.007]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı

karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Davranışsal olarak boş verme ölçeği puanları açısından 3 yıl ve daha fazla bir süredir tedavi gören gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3 yıl ve daha fazla bir süredir tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla davranışsal olarak boş verme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin tedavi süreleri arasında davranışsal olarak madde kullanımı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=17.86; p=.001]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. **Madde kullanımı ölçeği puanları açısından 3 yıl ve daha fazla bir süredir tedavi gören gebelerin aleyhine anlamlı bir fark vardır. Buna göre, 3 yıl ve daha fazla bir süredir tedavi gören gebelerin diğer gebelere oranla madde kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onaltıncı olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin infertilite sebepleri ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.18: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin İnfertilite Sebepleri ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların “Kruskal Wallis” Testi ile Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Durumluk kaygı ölçeği</i>	Kadın faktörü	19	50.57	14.58	3	.510	.917	-
	Erkek faktörü	15	47.66	16.36				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	48.14	13.70				
	Sebebi bilinmiyor	9	46.66	14.89				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Sürekli kaygı ölçeği</i>	Kadın faktörü	19	49.42	12.31	3	1.202	.753	-
	Erkek faktörü	15	50.06	13.55				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	49.00	11.83				
	Sebebi bilinmiyor	9	45.44	11.34				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Yararlı sosyal destek kullanımı</i>	Kadın faktörü	19	10.36	2.60				
	Erkek faktörü	15	11.20	3.07				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	11.00	1.41	3	1.216	.749	-
	Sebebi bilinmiyor	9	10.55	3.04				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Aktif başa çıkma</i>	Kadın faktörü	19	11.31	1.91				
	Erkek faktörü	15	11.93	2.93				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	11.28	1.60	3	.725	.867	-
	Sebebi bilinmiyor	9	11.66	1.50				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Geri durma</i>	Kadın faktörü	19	9.42	1.74				
	Erkek faktörü	15	10.26	1.94				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	10.28	1.97	3	1.710	.635	-
	Sebebi bilinmiyor	9	10.11	2.36				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	Kadın faktörü	19	9.89	1.59				
	Erkek faktörü	15	9.73	1.33				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	9.57	1.61	3	.999	.801	-
	Sebebi bilinmiyor	9	9.22	.66				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Plan yapma</i>	Kadın faktörü	19	11.00	2.38				
	Erkek faktörü	15	11.66	3.06				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	11.57	1.71	3	1.072	.784	-
	Sebebi bilinmiyor	9	10.77	2.38				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme</i>	Kadın faktörü	19	10.78	2.69				
	Erkek faktörü	15	11.86	3.20				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	10.85	2.03	3	1.408	.704	-
	Sebebi bilinmiyor	9	11.55	1.50				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	Kadın faktörü	19	9.26	3.12				
	Erkek faktörü	15	9.00	2.77				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	9.14	3.23	3	10.52	.055	-
	Sebebi bilinmiyor	9	9.66	2.54				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Şakaya vurma</i>	Kadın faktörü	19	6.26	1.44				
	Erkek faktörü	15	6.13	2.74				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	8.28	3.14	3	6.75	.080	-
	Sebebi bilinmiyor	9	7.88	2.36				
	Toplam	50						

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Duygusal sosyal destek kullanımı</i>	Kadın faktörü	19	8.73	2.18	3	5.571	.134	-
	Erkek faktörü	15	9.46	1.92				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	10.00	2.30				
	Sebebi bilinmiyor	9	10.66	2.23				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Kabullenme</i>	Kadın faktörü	19	9.15	2.85	3	.984	.805	-
	Erkek faktörü	15	9.73	3.03				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	9.71	2.13				
	Sebebi bilinmiyor	9	9.77	1.98				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Zihinsel boş verme</i>	Kadın faktörü	19	9.73	1.62	3	4.033	.258	-
	Erkek faktörü	15	9.13	1.72				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	11.00	2.23				
	Sebebi bilinmiyor	9	9.77	.97				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma</i>	Kadın faktörü	19	10.52	2.75	3	1.539	.673	-
	Erkek faktörü	15	11.53	2.38				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	11.14	1.21				
	Sebebi bilinmiyor	9	10.55	1.94				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>İnkâr</i>	Kadın faktörü	19	7.52	2.24	3	.366	.947	-
	Erkek faktörü	15	7.26	2.49				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	7.85	2.34				
	Sebebi bilinmiyor	9	7.11	1.76				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Davranışsal olarak boş verme</i>	Kadın faktörü	19	7.63	1.42	3	3.123	.373	-
	Erkek faktörü	15	7.13	2.32				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	8.28	1.11				
	Sebebi bilinmiyor	9	7.44	1.33				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>KW</i>	<i>P</i>	<i>Anlamlı fark</i>
<i>Madde kullanımı</i>	Kadın faktörü	19	8.05	3.23	3	.640	.887	-
	Erkek faktörü	15	7.40	3.54				
	Hem kadın hem erkek faktörü	7	8.14	3.93				
	Sebebi bilinmiyor	9	8.66	3.12				
	Toplam	50						

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi; infertilite tedavisi gören gebelerin infertilite sebeplerine göre durumluk kaygı, sürekli kaygı, aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif

yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve gebelerin infertilite sebepleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onyedinci olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisinde deneme sayısı ile gebelerin stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden ve durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.19: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin İnfertilite Tedavisini Deneme Sayısı ile Gebelerin Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanların Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Deneme sayısı
Durumluk kaygı ölçeği	r	.651
	p	.000**
Sürekli kaygı ölçeği	r	.581
	p	.000**
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	-.539
	p	.000**
Aktif başa çıkma	r	-.479
	p	.000**
Geri durma	r	-.479
	p	.000**
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-.173
	p	.231
Plan yapma	r	-.582
	p	.000**
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	-.546
	p	.000**

Dini olarak başa çıkma	r	-.033
	p	.820
Şakaya vurma	r	-.244
	p	.087
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-.403
	p	.004**
Kabullenme	r	-.427
	p	.002**
Zihinsel boş verme	r	.197
	p	.170
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	.150
	p	.298
İnkâr	r	.266
	p	.062
Davranışsal olarak boş verme	r	.475
	p	.000**
Madde kullanımı	r	.460
	p	.001**

**** $P < 0.01$, * $P < 0.05$**

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi; İnfertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisinde deneme sayısı ile diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve inkar ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; infertilite tedavisi gören gebelerin tedavi deneme sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisinde deneme sayısı ile gebelerin durumluk kaygı sürekli kaygı, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r = .651$, $r = .581$, $r = .475$ ve $r = .460$; $p < 0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisini deneme sayısı arttıkça**

gebelerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.

İnfertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisinde deneme sayısı ile gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r=-.539$, $r=-.479$, $r=-.479$, $r=-.582$, $r=-.546$, $r=-.403$ ve $r=-.427$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin infertilite tedavisini deneme sayısı arttıkça gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onsekizinci olarak “fertil gebelerin durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar ile stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.20: Fertil Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
Yararlı sosyal destek kullanımı	R	.134	.080
	P	.355	.582
Aktif başa çıkma	R	-.090	-.172
	P	.536	.233
Geri durma	R	.004	-.121
	P	.979	.403
Diğer meşguliyetleri bastırma	R	-.024	.016
	P	.867	.914
Plan yapma	R	-.223	-.370
	P	.120	.008**
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	R	-.149	-.363
	P	.301	.010**
Dini olarak başa çıkma	R	-.169	.091
	P	.241	.528
Şakaya vurma	R	-.308	-.264
	P	.029*	.064
Duygusal sosyal destek kullanımı	R	.043	.169
	P	.768	.239
Kabullenme	R	-.178	-.216
	P	.216	.131
Zihinsel boş verme	R	.047	.100
	P	.746	.489
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	R	.040	.355
	P	.784	.011*
İnkâr	R	.199	.324
	P	.165	.022*
Davranışsal olarak boş verme	R	.308	.639
	P	.029*	.000**
Madde kullanımı	R	.143	.276
	P	.323	.052

****P<0.01 , *P<0.05**

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi; fertil gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Fertil gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin şakaya vurma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.308$, ; $p<0.01$). **Fertil gebelerin durumluk kaygı düzeyleri arttıkça şakaya vurma düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmüştür.**

Fertil gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin davranışsal olarak boş verme ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.308$, ; $p<0.01$). **Fertil gebelerin durumluk kaygı düzeyleri arttıkça davranışsal olarak boş verme düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

Fertil gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile aktif başa çıkma, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, zihinsel boş verme ve madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; ölçekler arası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Fertil gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin plan yapma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla: $r=-.370$, $r=-.363$, ; $p<0.01$). **Fertil gebelerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça plan yapma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmüştür.**

Fertil gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve davranışsal olarak boş verme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla: $r=-.355$, $r=..324$, $r=.639$; $p<0.01$). **Fertil gebelerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar ve davranışsal olarak boş verme düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ondokuzuncu olarak “infertilite tedavisi gören gebelerin durumluk-sürekli kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar ile stresle başa çıkma envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 4.21: İnfertilite Tedavisi Gören Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile Stresle Başa Çıkma Envanterinin Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Yararlı sosyal destek kullanımı	R	-.640	-.596
	P	.000**	.000**
Aktif başa çıkma	R	-.529	-.595
	P	.000**	.000**
Geri durma	R	-.564	-.641
	P	.000**	.000**
Diğer meşguliyetleri bastırma	R	-.297	-.193
	P	.036*	.180
Plan yapma	R	-.777	-.801
	P	.000**	.000**
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	R	-.773	-.726
	P	.000**	.000**
Dini olarak başa çıkma	R	.084	.252
	P	.560	.078
Şakaya vurma	R	-.439	-.409
	P	.001**	.003**
Duygusal sosyal destek kullanımı	R	-.470	-.342
	P	.001**	.015*

Kabullenme	R	-.577	-.662
	P	.000**	.000**
Zihinsel boş verme	R	.202	.328
	P	.160	.020*
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	R	.134	.404
	P	.353	.004**
İnkar	R	.527	.537
	P	.000**	.000**
Davranışsal olarak boş verme	R	.713	.633
	P	.000**	.000**
Madde kullanımı	R	.707	.523
	P	.000**	.000**

****P<0.01 , *P<0.05**

Tablo 4.21’de görüldüğü gibi; İnfertilite tedavisi gören gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile dini olarak başa çıkma, kabullenme, zihinsel boş verme ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla: $r=-.640$, $r=-.529$, $r=-.564$, $r=-.297$, $r=-.777$, $r=-.773$, $r=-.439$, $r=-.470$ ve $r=-.577$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin durumluk kaygı düzeyleri arttıkça yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmüştür.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin durumluk kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki

bulunmuştur (sırasıyla: $r=.527$, $r=.713$ ve $r=-.707$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin durumluk kaygı düzeyleri arttıkça inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile dini olarak başa çıkma ve diğer meşguliyetleri bastırma ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla *Sperman Korelasyon-Testi* yapılmış; ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertilite tedavisi gören gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla: $r=-.596$, $r=.595$, $r=-.641$, $r=-.801$, $r=-.726$, $r=-.409$, $r=-.342$ ve $r=-.662$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmüştür.**

İnfertilite tedavisi gören gebelerin sürekli kaygı ölçeğinin puanları ile gebelerin inkar, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla: $r=.328$, $r=.404$, $r=.537$, $r=.633$ ve $r=-.523$; $p<0.01$). **İnfertilite tedavisi gören gebelerin sürekli kaygı düzeyleri arttıkça inkar, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin de artmakta olduğu görülmüştür.**

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

İnfertilite tedavisi gördükten sonra gebe kalan kadınlar ile fertil (spontan gebe kalan) kadınların prenatal dönemde anksiyete ve stresle başa çıkma tutumlarının karşılaştırıldığı bu araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada, infertilite tedavisi görmüş gebeler ile fertil gebelerin kaygı düzeyleri karşılaştırılmış ve infertilite tedavisi görmüş gebelerin fertil gebelere oranla durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İnfertilite tedavisi gören çiftler, sağlıklı bir gebelik ve doğum sağlanıncaya kadar geçen dönem içinde uzunca bir süre çeşitli belirsizlikler ve stresle karşı karşıya kalırlar (Tarabusi ve ark., 2004). Özellikle de kadınlarda infertilite tedavisi sırasında kaygı ve depresyon belirtileri oldukça yaygın görülür (Souter ve ark., 2002).

Hjelmstedt ve arkadaşları (2003), infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların kaygı düzeylerinin spontan gebe kalan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğuna dikkati çekmişlerdir. Monti ve arkadaşları da (2008) İtalya’da yaptıkları benzer bir araştırmada gestasyonun 30-32. haftalarında tedaviyle gebe kalan infertil kadınların kaygı düzeylerinin doğal yollardan gebe kalan kadınlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ataman ve Arslan (2010) yaptıkları bir çalışmada, infertilite tedavisiyle oluşan gebelikler ile doğal gebelikleri psikososyal etkileri açısından karşılaştırmışlar; infertil gebelerin kaygı düzeylerinin fertil gebelere oranla daha yüksek düzeylerde olduğunu bulmuşlardır. İran’da yapılan bir araştırmaya infertilite tedavisi gördükten sonra gebe kalan 100 kadın alınmış ve Beck Anksiyete Ölçeği ile yapılan değerlendirmede kadınların %34’ünün anlamlı düzeyde kaygılı oldukları, kaygı düzeylerinin ise orta veya şiddetli düzeylerde olduğu gösterilmiştir (Hashemieh ve ark., 2013). Bozkurt (2001) infertilite polikliniğine başvuran kadın hastalarla yaptığı bir çalışmada sürekli-durumluk kaygı düzeylerinin fertil kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve psikiyatrik belirtilerin de bu kapsamda daha yüksek görüldüğünü saptamıştır. Gülseren ve arkadaşları (2006) infertilite tedavisi gören gebelerle yaptıkları çalışmada, bu bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Albayrak ve Günay (2007) çocuksuz kadınlarda sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında, çocuksuz kadınların kaygı düzeylerinin çocuklu kadınlardan oluşan kontrol grubuna oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Womens Health dergisinde yayınlanan bir araştırmada, kadınlarda infertilite ile anksiyete ve depresyon süreçleri arasındaki ilişki incelenmiş; infertil kadınlar arasında tedavi süreci ile ilgili olumsuz duygusu olanların ve infertilitenin yaşamını olumsuz etkilediğini düşünenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Ramazanzadeh ve ark, 2004). Aynı çalışmada, infertilite sorunu olan kadınlarda depresyon ve anksiyete oranlarını artıran en önemli risk faktörleri “aşılama tedavisi görme, infertil olmanın yaşamını etkilediğini düşünme, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duyguya sahip olma ve tedavi süresince eş desteği almama” olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarından da görüldüğü üzere, infertilite tedavisi görmüş gebeler fertil gebelere göre prenatal dönemde stresle başa çıkmakta daha fazla zorluk yaşamakta, bunun neticesinde kaygı ve depresyon düzeyleri daha yüksek olmaktadır. Bunun başlıca sebeplerinden biri, doğurganlığın kadının toplum içerisindeki statüsünü belirleyen önemli etmenlerden biri olması olabilir. Özellikle de eğitim, sosyal güvence ve çalışma koşullarının daha az geliştiği toplumlarda kadının doğurgan olması daha çok önem kazanmaktadır. Tarihsel olarak da doğurganlık ilk çağlardan itibaren bereket anlamına gelen ve toplumda saygı uyandıran sosyal bir durum olmuş, anaerkil toplumların temel nedenini oluşturmuştur. Doğuran kadın hem toplumsal statüsünü yükseltecek, hem de toplum içinde saygı ve kabul görecektir. Bu bakış açısıyla yorumlandığında, yukarıda bahsi geçen araştırma sonuçları hiç de şaşırtıcı olmayacaktır.

Bu araştırmada, infertilite tedavisi görmüş gebelerde madde kullanım düzeylerinin fertil gebelere oranla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İnfertil kadınlarda cinsel işlevlerle alkol bağımlılığı arasındaki ilişki henüz infertil erkeklerdeki ilişki kadar netlik kazanmamıştır. Bir çok kadın alkolizm hastası azalmış libido, azalmış vajinal kayganlık ve adet düzensizliğinden yakınır. Kadın alkoliklerin yumurtalık hacimlerinin ve folikül gelişiminin alkolik olmayan

kadınlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalar alkolik kadınlarda doğurganlığın azaldığına işaret etmektedir. Sigara bağımlılığı da infertilite üzerindeki etkileri bakımından ilgi çeken bir alan olmuş, yapılan bir takım araştırmalarda sigara kullanımıyla doğurganlık arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Nitekim son dönemde yapılan daha kapsamlı araştırmalar tersine sigara içen ve içmeyen gruplar arasında doğurganlık oranları bakımından anlamlı bir ilişki olmadığına vurgu yapmaktadır. Nitekim sigara kullanımının infertil kadınlarda tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediğine dair önemli araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Ahmed ve ark., 2014).

Bu araştırmada, hem fertil gebelerin hem de infertilite tedavisi gören gebelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir.

Matsubayashi ve arkadaşları (2001) infertil kadınların emosyonel zorlanma düzeylerini ortaya koymak üzere yaptıkları bir çalışmada 101 infertil ve 81 fertil kadını karşılaştırmalı olarak incelemişler ve hem infertil hem de fertil kadınlarda kadının yaşı ile yaşadığı kaygı ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varmışlardır. İran’da yapılan bir başka benzer çalışmada da, bir üreme merkezine başvuran ve çeşitli nedenlerle infertilite tanısı alan 370 kadında, kadınların yaşları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Ramazanzadeh ve ark., 2004).

Nitekim literatürde bu ve benzeri çalışma sonuçlarıyla tutarlı olmayan sonuçların elde edildiği araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin Japonya’da bir üreme merkezine başvuran 83 infertil kadın üzerinde yapılan benzer bir araştırmada, katılımcılara hem kaygı hem depresyon düzeylerini değerlendirmek üzere Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulanmış; infertil kadınlarda yaş arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin de yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Ogawa ve ark., 2011). Benzer şekilde Mısır’da bir infertilite kliniğine başvuran 300 infertil kadında yapılan bir araştırmada kadınların yaşları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; kadının yaşı yükseldikçe yaşadığı depresyonun şiddetinin de arttığı belirlenmiştir (Ahmed ve Saad, 2015).

Bu ve benzer araştırmalarda da görüldüğü üzere, yaş faktörünün infertiliteye eşlik eden emosyonel semptomlar üzerindeki etkisi henüz bir netlik kazanmamıştır ve bu alanda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada, hem fertil gebelerin hem de infertilite tedavisi gören gebelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir.

İnfertilite nedeniyle İran'da bulunan bir üreme merkezine tedavi için başvuran 370 kadın arasında yapılan bir araştırmada, kadınların eğitim düzeyinin ne depresyon ne de kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ramazanzadeh ve ark., 2004).

Ülkemizde yapılan tanımlayıcı bir kesitsel çalışmada ise, infertilite tedavisi için bir üniversite hastanesinin infertilite kliniğine ayaktan başvuran 248 infertil kadında durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri ile kadınların sosyodemografik özellikleri arasındaki korelasyonlara bakılmış; depresyon ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken lise mezunu kadınların hem durumluk hem sürekli kaygı düzeylerinin diğer kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (sırasıyla $p<0.03$ ve $p<0.003$) (Kazandı ve ark., 2011).

Özkan ve Baysal'ın (2006) infertil kadınlar üzerinde yaptıkları bir araştırmada, kadınların depresyonla başa çıkma performansları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş; eğitim düzeyi lisans ve lisans üstü olan kadınların depresyonla başa çıkma performanslarının eğitim düzeyi ilkokul olan kadınlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yazarlara göre infertilitede eğitim, stresle baş çıkmayı kolaylaştıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Bu araştırmada, infertilite tedavisi gören gebelerin evlilik süreleri, başka bir deyişle ocuk sahibi olmadan geçirdikleri süre (infertilite süresi) arttıkça, gebelerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin de anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür.

Bu alanda yapılan çok sayıda araştırmada, kadınlarda özellikle de infertilite süresi ile mental durum arasındaki ilişki oldukça yoğun bir biçimde araştırmacıların

ilgi odağı olmuş; nitekim elde edilen sonuçlar bakımından henüz tutarlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Kimi araştırmacılar infertilite süresinin depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde belirleyici olduğunu iddia ederlerken, kimileri de bu ikisi arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı yönünde fikir birliğine varmışlardır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada (Kazandı ve ark., 2011) 248 infertil kadının durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri incelenmiş; infertilite süresi uzadıkça depresyon görülme oranlarının anlamlı şekilde arttığı ($p<0.002$), ancak durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile infertilite süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Japonya’da 83 infertil kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcılara Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulanmış; infertilite süresi ile kadınların yaşadıkları kaygı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Ogawa ve ark., 2011).

Pakistan’da yapılan ve 100 infertil kadının alındığı bir kestisel çalışmada (Abbasi ve ark., 2016), kadınların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile ölçülen ortalama kaygı düzeyi %75 ve ortalama depresyon düzeyi %31 olarak hesaplanmış; infertil kadınların kaygı ve depresyon düzeyleri ile kadınların yaşları, evlilik yılları ve infertilite süreleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

İnfertil kadınlarda kaygı, depresyon ve infertilite süresi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan bir başka araştırmada (Ramazanzadeh ve ark., 2004) ise infertilite süresi hem kaygı hem de depresyon ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş; yazarlar hem kaygı hem de depresyon görülme oranlarının özellikle de infertilitenin ilk 4-6 yılındaki kadınlarda en yaygın olduğuna dikkati çekmişlerdir.

Bu araştırmada fertil gebelerin daha önce gebelik kaybı yaşayıp yaşamamış olmaları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Oysa ki, infertilite tedavisi gören gebeler içerisinde gebelik kaybı yaşayan kadınların prenatal dönemde hem durumluk hem sürekli kaygı düzeylerinin daha önce gebelik kaybı yaşamayanlara oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ardenti ve arkadaşları (1999) yaptıkları benzer bir çalışmada, infertil kadınların kaygı düzeylerinin fertil kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu, özellikle de daha önceki dönemde olumsuz bir gebelik tecrübesi olanların kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Portekiz’de yapılan bir araştırmada (Reis ve ark., 2013) bir üreme merkezine başvuran infertil çiftler ilk kez infertilite tedavisi alanlar ve mükerrer infertilite tedavisi alanlar olmak üzere 2 gruba ayrılmış ve gruplar durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile depresyon düzeyleri bakımından birbirleriyle karşılaştırılmışlardır. Araştırma sonucunda ilk kez tedaviye başvuran infertil bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunurken; başarısız tedavi girişimleri nedeniyle tekrar tedaviye başvuran infertil bireylerin depresyon düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyetler arasında yapılan karşılaştırma infertil kadınların erkeklere kıyasla daha fazla emosyonel zorlanma yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Tayvan’da bir üniversitenin üreme kliniğine başvuran 112 infertil kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %40.2’sinin psikiyatrik bir problemi olduğu saptanmış, en sık görülen 2 bozukluk sırasıyla yaygın kaygı bozukluğu ve depresyon olmuştur. İlk kez tedaviye başvuran kadınlar ile başarısız tedavi girişimleri nedeniyle yeniden tedaviye başvuran kadınlar arasında ise gerek kaygı gerekse depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterilememiştir (Chen ve ark., 2004).

Bir başka araştırmada, başarısız bir tedavi girişimini takiben 6. ayda infertil kadınların %20’sinden fazlasının klinik açıdan anlamlı düzeyde kaygı ve/veya depresyon yaşadıkları gösterilmiştir (Verhaak ve ark., 2005).

Bu araştırmada, fertil gebelerin infertilite tedavisi görmüş gebelere oranla “yararlı sosyal destek, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, kabullenme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma ve duygusal sosyal destek kullanımı düzeyleri” anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada infertilite tedavisi gören gebelerin hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyleri arttıkça yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme düzeylerinin

azaldığı; inkâr, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı düzeylerinin ise arttığı görülmüştür. Bu bakımdan fertil gebelere kıyasla infertil gebeler anlamlı şekilde daha fazla oranda işlevsiz baş etme mekanizmalarını kullanmaktadırlar.

Nitekim benzer bir araştırmada (Yılmaz ve Oskay, 2015) kadınların infertilitenin yarattığı emosyonel zorlanma ile başa çıkmada bilakis işlevsel başa çıkma mekanizmalarını daha etkin şekilde kullandıkları saptanmıştır. Araştırma sonucunda kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleriyle iletişime geçme, problemin paylaşılabileceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmişlerdir. Buradaki tutarsız sonuçlara iki araştırmadaki örneklem gruplarının farklı olması ve diğer sosyodemografik özelliklerin etkisi neden olmuş olabilir.

Schmidt ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları bir araştırmada, infertil kadınların infertilitenin yarattığı stres ve psikososyal sorunlarla baş etme yöntemleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda infertil kadınların bu sorunlarla sıklıkla spiritüel baş etme, bireysel izolasyon ve umut etme ile başa çıktıkları belirlenmiş; araştırmacılar stres baş etmede infertil kadınların işlevsel olmayan baş etme mekanizmalarını kullandığını belirtmişlerdir.

ÖNERİ VE YORUMLAR

İnfertil kadınların yaşadıkları kaygı ve depresyon gibi ruhsal sorunların infertilite tedavisindeki başarı oranlarını olumsuz yönde etkileyebileceğine dair bilimsel kanıtların giderek artmasıyla birlikte, infertilite tedavisi sırasında ortaya çıkan kaygı ve depresyonun tedavi edilmesi giderek daha da önemli hale gelmiştir. Stresin üreme işlevlerini ve doğurganlığı olumsuz yönde etkileyerek erken gebelik kayıplarına yol açabileceği, kortizol gibi stres hormonlarının kadın rahminin kanlanmasını bozarak gebe kalmayı ve plasenta işlevlerini etkileyebildiği düşünülmektedir. İnfertil kadınların stres düzeylerinin kontrol altına alınmasına yönelik önlemler tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Gevşeme teknikleri kullanılarak yapılan psikolojik yaklaşımların gebelik oranlarını artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Parikh ve ark., 2002).

Dolayısı ile infertilite tedavisine başvuran kadınların ruhsal açıdan değerlendirilmeleri ve ihtiyaç durumunda ruhsal tedavilerinin sağlanması gerek infertilite tedavisindeki başarı oranlarını yükseltmek, gerekse bu kadınların ruh sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması bakımından oldukça önemli ve gereklidir. Bu araştırma ve bunu izleyecek benzer araştırmalarda elde edilen bulgular, infertil kadınlara ruhsal yaklaşımın önemine giderek daha fazla vurgu yaparak bu tür bireylerin takip ve tedavilerinde ruh sağlığı çalışanlarının da içinde bulunduğu multidisipliner yaklaşımların önemini ve değerini artıracaktır.

KAYNAKLAR

- Abbasi S., Kousar R., Sadiq S.S. (2016). Depression and Anxiety in Pakistani Infertile Women. *Journal of Surgery Pakistan (International)*. 21(1):13-17.
- Ahmed A., Fathima N., Vishwakarma S.K., Khan A.A., Ramakrishna P., Souza R.D., Rozatti R. (2014). Psychological evaluation of couples attending the infertility clinic in a tertiary care, teaching hospital. *International Journal of current research and academic review*. 2(2):133-147.
- Ahmed M.M., Saad N.I. (2015). Screening of Depression in Infertile Females Attending Infertility Clinic in Egypt: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Preventive Medicine* 3(6): 184-187.
- Aktaş, A.M., (2001). “Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 56, Sayı: 4, s. 27-28.
- Alibaşoğlu, H. (2010) İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu Ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları. Yayınlanmış Psikiyatri Uzmanlık Tezi İstanbul SB Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim E Araştırma Hastanesi.
- Ardenti R., Campari C., Agazzi L., La Sala G.B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*. 14(12):3126-3132.
- Ataman, U. H. H., Arslan, H. (2010). Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(23).
- Aydın, İ.P., (2008). İş Yaşamında Stres. Ankara: Pegem Akademi.
- Baltaş, A. (1997). Stres Altında Ezilmeden Öğrenmede ve Sınavlarda Üstün Başarı, İstanbul: Remzi Kitapevi.

- Baltaş, A. ve Baltaş, Z., (1991). Stres ve Başa Çıkma Yolları, (11. Baskı), İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, A. Baltaş, Z., (1992). Stres Ve Basa Çıkma Yolları. 12. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, A., (1986). Stres ve Başa Çıkma Yolları. (22.Basım) İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Başaran, İ.E., (2000). Örgütsel Davranış, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Benli, S. (2009). İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler . Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Bozkurt, O. (2001). İnfertilite ve Tedavi Süreçlerinin Psikiyatrik Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Chen T.H., Chang S.P., Tsai C.F., Juang K.D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Human Reproduction. 19(10):2313–2318.
- Civil, Ş. (2008). İstanbul İli Anadolu Yakası Kadıköy İlçesinde Bulunan Resmi Ve Özel İlköğretim 8.Sınıf Öğrencilerine Uygulanacak Olan OKS Sınavının Öğrenciler Üzerinde Oluşturduğu Sınav Kaygısının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Cüceloğlu, D. (1991). İçimizdeki çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakmak, GH. (2007). Sınav Kaygısı Ümraniye İlçesi Farklı Tür Liselerde Okuyan Lise Son Sınıfı Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- DSM-IV (1998). Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). Çeviri Editörü: Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basımevi.
- Ekinci, H. Ekici, S., (2003). İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma”, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, Mayıs, Cilt:27, Sayı: 1, s. 110.
- Erdoğan, İ., (1990). “İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış”, İstanbul: Dönence Basım Ve Yayın Hizmetleri.
- Eren N. (2008). İnfertil çiftlerde algılan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD;
- Erkoç, Z., (2006). İnsan Kaynakları Yönetimi & Kalite Yönetim Sistemi Terimler Sözlüğü, İstanbul: Alfa Yayınları.
- Erkuş, A. (1994). Psikolojik terimler sözlüğü. Doruk yayınları. Ankara.
- Ertekin, Y., (1993). Stres Ve Yönetim, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ankara.
- Geçtan, E. (2006). Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. (18. Basım). İstanbul: Metis Yayınları.
- Güçlü, N., (2001). Stres Yönetimi. G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21 (1), S. 95.
- Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S. (2006). Depression and Anxiety Levels in Infertile Turkish Women. The Journal of Reproductive Medicine. 51;5: 421-26.

- Güngör, E. (2008). Özel Eğitime Muhtaç Çocukların Anne Ve Babalarının Psikolojik İlişki İhtiyaçları İle Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Hashemieh C, Neisani Samani L, Taghinejad H. (2013). Assessment of Anxiety in Pregnancy Following Assisted Reproductive Technology (ART) and Associated Infertility Factors in Women Commencing Treatment. Iran Red Crescent Med J. 15(12):e14465.
- Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Matthiesen AS, Collins A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand. 82(2):152–161.
- Işıkhan, V., (2004). Çalışma Hayatında Stres Ve Başa Çıkmanın Yolları, Ankara: Sandal Yayınları.
- Karaca, A., Ünsal, G. (2012). The effects of infertility on women's mental health and role of psychiatric nursing. Journal of Psychiatric Nursing, 3(2), 80-86.
- Karaca, İ. (2011). infertil kadınların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve baş etmelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karasar, N. (1994). Bilimsel Araştırma Yöntemi.5. Basım, Ankara
- Kazandı M., Günday Ö., Mermer T.K., Ertürk N., Özkinay E. (2011). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. Iran J Reprod Med. 9(2): 99-104.
- Keskin, GŞ. (2007). İnfertil çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun invitro Fertilizasyon Embriyo Transferi Sonuçlarına Etkisi M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Kılınç, E. (2012). Genel lise 9. Sınıf Öğrencilerinin, Bazı Değişkenlere Ve Sürekli Kaygı Durumlarına Göre Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Kırca. N., Pasinlioğlu T. (2013). Psychosocial Problems In Infertility Treatment. Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 5(2), 162-178.
- Kırel, Ç., (1993). Örgütsel Stres Yönetimi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 11, S: 1-2, S. 159.
- Koç, İY. (2014). KPSS'ye Hazırlanan Öğretmen Adaylarının Öğrenme Stilleri İle Sınav Kaygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Koçyiğit, O. T. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbilim Dergisi, 1(1), 27-37.
- Matsubahayshi H., Hosaka T., Izumi S., Suzuki T., Makino T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. Human Reproduction 2001; 16(5):966-969.
- Monti F, Agostini F, Fagandini P, Paterlini M, La Sala GB, Blickstein I. (2008). Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. J Perinat Med. 36(5):425-32.
- Ogawa M., Takamatsu K., Horiguchi F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. BioPsychoSocial Medicine 2011; 5:15.
- Oğuz HD. (2004) İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik ilişkileri Ve Cinsel Yaşama Etkileri. Uzmanlık Tezi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İstanbul.
- Örnek A.Ş., Aydın, İ.P., (2006). Kriz ve Stres Yönetimi, Ankara: Detay Yayıncılık.

- Özbay, Y., Şahin, B., (1997). Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 1-3 Eylül 1997, AÜ Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. (2007). İnfertilitenin Psikolojik Ve Psikiyatrik Yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(2), 140-8.
- Özer, K. (2002). Kaygı. İstanbul, Sistem Yayınevi.
- Özkalp, E., Kirel, Ç., (2004). Örgütsel Davranış, 2. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri.
- Özkan M., Baysal B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol. 33(1):44-46.
- Öztop, F. (2000). Stresle başa çıkma yolları ve bir uygulama. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü S. B. E. yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara.
- Palti, C. (2012). Üniversiteye Hazırlanan Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Yükseköğretime Geçiş Sınavı Öncesi Ve Sonrasında Benlik Saygısı, Sınav Kaygısı Ve Durumluk – Sürekli Kaygı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Parikh RM et al. (2002). Depression and Anxiety in Couples Presenting for In Vitro Fertilization. In: Women's Health and Psychiatry. Lippincott, Williams & Wilkins, 107-113.
- Pehlivan, İ., (1995). Yönetimde Stres Kaynakları, Ankara: Pegema Yayıncılık.
- Pehlivan, İ., (2002). İş Yaşamında Stres, 2. Baskı, Ankara: Pegema Yayıncılık.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. BMC Women's Health 4:9.

- Reis S, Xavier MR, Coelho R, Montenegro N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 171(1):61-6.
- Rowshan, A. (2000). *Stres Yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* 2005; 20(4):1044-1052.
- Seyyar, A. Öz, C.S., (2007). *İnsan Kaynakları Terimleri*, Sakarya: Değişim Yayınları.
- Sezgin H., Hocaoglu Ç. (2014) İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6(2):165-184.
- Sheiner, E., Sheiner, E. K., Potashnik, G., Carel, R., & Shoham-Vardi, I. (2003). The relationship between occupational psychological stress and female fertility. *Occupational Medicine*, 53, 265–269.
- Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. (2002). Survey of psychological health in women with infertility. *Psychosom Obstet Gynecol.* 23(1):41–49.
- Şahin, N. (1994). *Stres Nedir; Ne değildir? Stresle başa çıkma*. Ed: Nesrin Şahin, Türk Psikologları Derneği Yayınları. Ankara.
- Şahin, N.H., Durak, A. (1995). Üniversite öğrencileri için bir Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği: *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34),56-73.
- Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 25(3/4):273–279.
- Tutar, H., (2000). *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*, İstanbul: Hayat Yayınları.
- Verhaak C.M., Smeenk J.M., vanMinnen A., Kremer J.A., Kraaijmaat F.W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reproduction.* 8:2253–2260.

Wein, H. (2006). Stress and Disease: New Perspectives.

Yavuzer, H. (2000). Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Yenen, M. C., Dede, M., Göktolga, Ü., Küçük, T., Alanbay, İ., Pabuçcu, R. (2003).
Ektopik gebelikte risk faktörleri. Gülhane Tıp Dergisi,45(3), 244-248.

Yılmaz, T. (2012). Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum
Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, T., Oskay, Ü. Y. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve
Hemşirelik Yaklaşımları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,2(1), 100-
112.

EKLER

Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu

1. Doğum yeriniz?

- ☐ Köy/ Kasaba
- ☐ İlçe
- ☐ İl
- ☐ Büyükşehir
- ☐ Yurt dışı

2. Yaşınız?

- ☐ 18-25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45

3. Kaç yıllık evlisiniz?.....

4. Eğitim durumunuz?

- ☐ Okur yazar değil
- ☐ Okur yazar
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ Ortaokul mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Yüksek okul/ üniversite
- ☐ Diğer.....

5. Mesleğiniz?

- ☐ Ev hanımı
- ☐ Memur
- ☐ İşçi
- ☐ Kendi işi var
- ☐ Diğer (belirtiniz).....

6. Halen çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hiç çalışmadı
- ☐ İş arıyor

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- ☐ Gelirim giderimden az
- ☐ Gelirim giderime denk
- ☐ Gelirim giderimden fazla

8. Aile biçiminiz?

- ☐ Çekirdek aile
- ☐ Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor
- ☐ Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor

9. Gebelik sayınız.....Doğum sayısı.....Yaşayan çocuk sayısı.....

10. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11. Evet ise; sayısı.....

12. Evet ise; sebebi.....

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Evet ise; belirtiniz.....

**Aşağıdaki soruları infertilite tedavileri sonrası gebe kalanlar dolduracaktır.
Spontan gebe kalanlar bir sonraki sayfaya geçebilir.**

15. Ne kadar zamandır çocuk istiyordunuz?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-2 yıl
- ☐ 3-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 11 yıl ve üstü

16. Kaç yıl infertilite tedavisi gördünüz?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-2 yıl
- ☐ 3-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 11 yıl ve üstü

17. İnfertilite sebebiniz neydi?

- ☐ Kadın faktörü
- ☐ Erkek faktörü
- ☐ Hem kadın hem erkek faktörü
- ☐ Sebebi açıklanamayan infertilite

18. Kaçınıcı infertilite tedavisi sonucunda gebe kaldınız ?.....



EK 2. STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı :

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüznü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı :

EK 3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Yaşı:

Meslek:

Tarih:

Biz, kişilerin, hayatlarında stresli olaylar ya da zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleriyle ilgileniyoruz. Stresle başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu ölçek, stresli olayla karşılaştığınız zaman genellikle ne yapar ve hissedersiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğunuz zaman genellikle ne yaptığınızı düşünün. Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden her birini nurnaralandırın. Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün. Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğince sizin için doğru olan yanıtı işaretleyin. Her ölçek maddesini yanıtlayın. Doğru ve yanlış yanıt yoktur, sizin için en geçerli yanıtı seçin. Başka insanlar ne söyler ve yapar diye düşünmeyin. Stresli olayla karşılaştığınız zaman, genellikle ne yaptığınızı belirtin.

1: Hiçbir zaman yapmam

3: Orta derecede yaparım.

2: Arada sırada yaparım

4: Sıklıkla yaparım.

- () 1. Deneyimlerimin sonuçlarına göre kendimi geliştirmeye çalışırım.
- () 2. Zihnimi bazı şeylerden uzaklaştırmak için kendimi işe ya da diğer faaliyetlere veririm.
- () 3. Üzülürüm ve duygularımı dışa vururum.
- () 4. Ne yapılacağı konusunda başkasından öğüt almaya çalışırım.
- () 5. Çabalarımı bu konuda bir şey yapmak üzerine yoğunlaştırırım.
- () 6. Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim.
- () 7. Tamamıyla Allah' a güvenirim.
- () 8. Duruma güler geçerim.
- () 9. Bununla baş edemeyeceğimi kabul ederim ve denemekten vazgeçerim.
- () 10. Herhangi bir şeyi çok hızlı yapmak konusunda kendimi engellerim.
- () 11. Duygularımı başkası ile tartışırım
- () 12. Kendimi daha iyi hissetmek için alkol ya da ilaç kullanırım.
- () 13. Olayın olduğu fikrine kendimi alıştırırım.

- () 14. Durum hakkında daha fazla bilgi edinmek için başkasıyla konuşurum.
- () 15. Zihnimi diğer düşünce ya da faaliyetlerin meşgul etmesinden uzak tutarım.
- () 16. Bunun dışındaki başka şeyler hakkında hayal kurarım
- () 17. Üzülürüm ve olayın tamamen farkında olurum.
- () 18. Allah'tan yardım isterim.
- () 19. Harekete geçmek için plan yaparım.
- () 20. Olay hakkında şakalar yaparım.
- () 21. Olayın olduğunu ve artık değiştirilmeyeceğini kabul ederim.
- () 22. Koşullar izin verene kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.
- () 23. Arkadaşlarımdan ya da akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.
- () 24. Hedefime ulaşmaya çalışmaktan vazgeçerim.
- () 25. Sorundan kurtulmaya yönelik ek eylemlere girişirim.
- () 26. Alkol ya da ilaç alarak bir süre için kendimden geçmeye çalışırım.
- () 27. Böyle bir şeyin olduğuna inanmayı reddederim.
- () 28. Duygularımı açıkça belli ederim.
- () 29. Olayı daha olumlu görmek için farklı bir açıdan bakarım.
- () 30. Sorun hakkında somut bir şeyler yapabilecek olan biri ile konuşurum.
- () 31. Her zamankinden daha fazla uyurum.
- () 32. Ne yapılması gerektiği hakkında bir strateji geliştirmeye çalışırım.
- () 33. Bu sorunu çözümlemek üzerine odaklanır ve eğer gerekirse diğer şeyleri biraz geri plana iterim.
- () 34. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım
- () 35. Olayı daha az düşünmek için alkol ya da ilaç alırım
- () 36. Olayla ilgili şakalar yaparım.
- () 37. İstedigimi elde etmek için girişimde bulunmaktan vazgeçerim.
- () 38. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.
- () 39. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.
- () 40. Böyle bir şeyin olmadığını varsayarım.
- () 41. Çok çabuk davranarak olayları daha da kötüleştirmemeye dikkat ederim.
- () 42 Başka şeylerin bu konuyla ilgilenmeme engel olmaması için elimden geleni yaparım.

- () 43. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da televizyon seyredirim.
- () 44. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.
- () 45. Benzer deneyimleri olan kişilere ne yapmış olduklarını sorarım.
- () 46. Çok fazla duygusal sıkıntı hisseder ve kendimi sıkça bunları ifade ederken bulurum.
- () 47. Sorundan kurtulmak için doğrudan girişimde bulunurum.
- () 48. Huzuru dinde bulmaya çalışırım.
- () 49. Bir şey yapmak için doğru zamanı beklemeye kendimi zorlarım.
- () 50. Durumla dalga geçerim.
- () 51. Sorunu çözmek için verdiğim çabanın miktarını azaltırım.
- () 52. Kendimi nasıl hissettiğim hakkında başkasıyla konuşurum.
- () 53. Olayı atlatmama yardımcı olması için alkol ya da ilaç kullanırım.
- () 54. Onunla yaşamayı öğrenirim.
- () 55. Olay üzerine yoğunlaşmak için diğer faaliyetleri bir kenara bırakırım.
- () 56. Hangi adımların atılacağı konusunda uzun uzun düşünürüm.
- () 57. Olay hiç olmamış gibi davranırım.
- () 58. Yapılması gereken şeyi her seferde bir adım atacak şekilde yaparım.
- () 59. Deneyimimden bir şeyler öğrenirim.
- () 60. Her zamankinden fazla dua ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında İstanbul’da doğdu. Marmara Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümünden 1998 yılında mezun oldu. Sırasıyla Tekirdağ ve İstanbul’da Rehberlik Araştırma Merkezi ve çeşitli kamu okullarında Psikolojik Danışmanlık yaptı. 2013 yılında Bahçeşehir Üniversitesinde İşletme Yüksek Lisansını tamamladı. Halen Psikolojik Danışman olarak kamuda çalışmalarını sürdürmektedir.

Övgü ÖZDEMİR,