

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**HASTALIKTA BELİRSİZLİK TEORİSİNE DAYALI OLARAK
GELİŞTİRİLEN ‘İNFERTİL KADINLARI GÜÇLENDİRME
PROGRAMININ’ İNFERTİLİTESİ OLAN KADINLARIN
BELİRSİZLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Doktora Tezi

Nevra KARACA BIÇAKÇI

Danışman

Doç. Dr. Birsen ALTAY

**SAMSUN
2022**

TEZ KABUL VE ONAYI

Nevra KARACA BIÇAKÇI tarafından, Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında hazırlanan “HASTALIKTA BELİRSİZLİK TEORİSİNE DAYALI OLARAK GELİŞTİRİLEN İNFERTİL KADINLARI GÜÇLENDİRME PROGRAMININ İNFERTİLİTESİ OLAN KADINLARIN BELİRSİZLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 09.11.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Xxxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Xxxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

24 /10 / 2022

Nevra KARACA BIÇAKÇI

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HASTALIKTA BELİRSİZLİK TEORİSİNE DAYALI OLARAK GELİŞTİRİLEN İNFERTİL KADINLARI GÜÇLENDİRME PROGRAMININ İNFERTİLİTESİ OLAN KADINLARIN BELİRSİZLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 24/10/2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 21

Tek kaynak oranı : % 5 çıkmıştır.

24 /10 / 2022

Doç. Dr. Birsen ALTAY

ÖZET

HASTALIKTA BELİRSİZLİK TEORİSİNE DAYALI OLARAK GELİŞTİRİLEN ‘İNFERTİL KADINLARI GÜÇLENDİRME PROGRAMININ’ İNFERTİLİTESİ OLAN KADINLARIN BELİRSİZLİK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Nevra KARACA BIÇAKÇI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Doktora, Kasım/2022

Danışman: Doç. Dr. Birsen ALTAY

Bu araştırmanın amacı “Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisini belirlemektir. Araştırma tek kör randomize, öntest-sontest kontrol gruplu, deneysel modele uygun olarak yapılmıştır. Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran infertilite tanısı almış ve araştırma kriterlerine uyan deney grubunda 35, kontrol grubunda 35 infertil kadınlarla Ocak-Haziran 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın öntest-sontest verileri için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen kişisel bigi formu, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T) ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubuna öntest uygulamasının ardından, deney grubuna 4 hafta süren yüz yüze eğitim uygulaması yapılmıştır. İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının bitiminden 3 ay sonra deney ve kontrol gruplarına son testler uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Shapiro-Wilk, Kolmogorov testi, Whitney U testi, Wilcoxon testi, Pearson Ki-kare testi, Yates düzeltmeli ki kare testi ve Fisher’s Exact testi kullanılmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesinden etik onay ve Tıp Fakültesinden uygulama izni alınmıştır. Deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 29.6 ± 5.0 olduğu, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının 28.9 ± 4.0 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun öntest-sontest sonuçlarına göre infertilite stresi ile başa çıkma ve infertiliteye bağlı yaşanan belirsizlik puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların İnfertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 50.3 ± 7.4 , min-max = (34-71) olduğu ve girişim öncesine göre puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği-toplum formu toplam puan ortalamasının 51.5 ± 20.4 , min-max = (27-100) olduğu ve girişim öncesine göre puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların İnfertilite stresi ile başa çıkma ölçeği ve Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu puan ortalamalarının, hem grup içi hem de gruplararası ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Araştırmanın sonucunda hastalıkta belirsizlik teorisine dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programının infertilitesi olan kadınların belirsizlik ve stresle başa çıkma düzeylerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hastalıkta Belirsizlik Teorisi, İnfertilite, İnfertilite Stresi, Belirsizlik, Planlı Eğitim Programı

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE 'INFERTILE WOMEN EMPOWERMENT PROGRAM' DEVELOPED BASED ON UNCERTAINTY IN DISEASE THEORY ON THE LEVELS OF COATING WITH UNCERTAINTY AND STRESS OF WOMEN WITH INFERTILITY

Nevra KARACA BIÇAKÇI
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Ph.D., November/2022

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Birsen ALTAY

The purpose of this research is to determine the Effect of the "Infertile Women Empowerment Program", which was developed based on the Uncertainty Theory of Disease, on the Levels of Coping with Uncertainty and Stress of Women with Infertility. The research was conducted in accordance with the experimental model, with a single-blind randomized pretest-posttest control group. This study was carried out with 35 infertile women in the experimental group and 35 infertile women in the control group, who applied to the Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital's obstetrics outpatient clinic and met the research criteria, between January and June 2022. For the pretest-posttest data of the study, the personal information form developed by the researcher in line with the literature, Mishel's Disease Uncertainty Scale-Community Form (MUIS-C) and Infertility Stress Coping Scale (COMPI) were used. After the pre-test application to the experimental and control groups, a 4-week face-to-face training was applied to the experimental group. Post-tests were applied to the experimental and control groups 3 months after the end of the Infertile Women Empowerment Program. Data were analyzed with IBM SPSS V23. Shapiro-Wilk, Kolmogorov test, Whitney U test, Wilcoxon test, Pearson Chi-square test, Yates corrected chi-square test and Fisher's Exact test were used in the analysis of the data. Before starting the research, ethical approval from Ondokuz Mayıs University and application permission from the Faculty of Medicine were obtained. It was determined that the mean age of the women in the experimental group was 29.6 ± 5.0 , and the mean age of the women in the control group was 28.9 ± 4.0 . According to the pretest-posttest results of the control group, it was determined that the scores of coping with infertility stress and uncertainty related to infertility were not statistically significant. After the intervention, it was determined that the total mean score of the women in the experimental group on the coping with infertility stress scale was 50.3 ± 7.4 , min-max = (34-71) and the average score increased compared to before the intervention. It was determined that the total mean score of the Mishel disease uncertainty scale-community form was 51.5 ± 20.4 , min-max = (27-100) and the mean score decreased compared to the pre-intervention. It was determined that there was a statistically significant difference between the infertility stress coping scale and Mishel disease uncertainty scale community form score averages of the women in the experimental group in terms of both in-group and intergroup scale total scores ($p < 0.001$). As a result of the study, it was found that the infertile women empowerment program, developed based on the uncertainty in disease theory, positively affected the levels of coping with uncertainty and stress of women with infertility

Keywords: The Theory of Uncertainty in Disease, Infertility, Infertility Stress, Uncertainty, Planned Education Program



ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, yol gösteren, çalışma sürecinde her zaman ulaşılabilir olan, ihtiyaç hissettiğim her durumda kıymetli zamanını ayıran, her zaman sabırla ilgi gösteren, her daim samimiyet ve güler yüzle karşılayan, akademik ve mesleki gelişimimde büyük katkıları olan, tüm doktora eğitimim boyunca destek ve katkılarını esirgemeyen, yalnızca hocalık vasıfları ile değil kişilik özellikleriyle de örnek teşkil eden kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ile akademik gelişimime sürekli katkı sağlayan, tez izlem komitesinde yer alarak bilgi ve tecrübeleri ile destek veren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ'ya

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ile akademik gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Özen KULAKAÇ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuran MUMCU'ya,

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Sayın Prof. Dr. Davut GÜVEN'e

Kuruma geldiğim ilk günden beri her türlü çalışmamda ve kuruma uyumda yardım ve desteklerini esirgemeyen, arkadaşım ve mentorüm Dr. Arş. Gör. Mesiya AYDIN'a

Mesleki tecrübe ve bilgisiyle yol gösteren ve bana her türlü desteği sağlayan sevgili eşim Prof. Dr. Zafer BIÇAKÇI'ya

Gösterdikleri sabır ve anlayışla her zaman destek olan sevgili kızım Berfin Sıla BIÇAKÇI ve sevgili oğlum Emirhan Barış BIÇAKÇI'ya çok teşekkür ederim.

Nevra KARACA BIÇAKÇI

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.....GİRİŞ	xi
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın soruları.....	3
1.4. Araştırma Hipotezleri	3
1.5. Varsayımlar	4
1.6. Araştırmanın sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnfertilite	5
2.1.1. İnfertilite Tanımı ve Sıklığı	5
2.1.2. İnfertilite Etiyolojisi.....	5
2.1.3. İnfertilitenin Sosyo-Psikolojik Etkileri.....	6
2.1.4. İnfertilite ve Stres	8
2.1.5. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri	9
2.2. Hastalıkta Belirsizlik Teorisi.....	11
2.2.1. Teorinin Amacı.....	11
2.2.2. Hastalıkta Belirsizlik Teorisinin Temel Kavramları.....	11
2.2.3. Temel Kavramların Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi	12
2.3. İnfertilite Belirsizliği ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
3. MATERYAL VE METOD	19
3.1. Araştırmanın Türü (Araştırma Deseni)	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.1. Randomizasyon.....	19
3.3.2. Dahil Edilme Kriterleri	19
3.3.3. Dışlama Kriterleri	20
3.3.4. Çıkarılma Kriterleri	20
3.4. Araştırmanın değişkenleri	20

3.5. Verilerin Toplanma Süreci ve Veri Toplama Araçları	20
Anket formu:.....	20
İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)	21
Mishel Hastalık Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T)	22
3.6. Etik Uygunluk	22
3.7. İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı (İKAGÜP)	22
3.7.1. Program Hedefleri- Öğrenme Ürünleri.....	23
3.7.2. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması	23
3.7.3. Eğitim sunumları	24
3.8. Veri Analizi	24
3.9. Araştırma Planı.....	25
3.10. İnfertilite için Hastalıkta Belirsizlik Teorisi kavram haritası	26
3.11. Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının Belirsizlik ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	44
KAYNAKÇA.....	74
EKLER	83
ÖZGERÇMİŞ.....	97

SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
HBT : Hastalıkta Belirsizlik Teorisi
İKAGÜP : İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı
MHBÖ-T: Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu
İSBÇÖ : İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırma planı.....	25
Şekil 3.2. İnfertilite Hastalıkta Belirsizlik Kavram Haritası	26
Şekil 3.2. Kavramsal-Teorik-Deneysel Şema	27



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4.1.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)	28
Tablo 4.2.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, infertilite tedavi tercihleri ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)	29
Tablo 4.3.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların girişim öncesi infertilite tanısına yönelik tepkilerinin karşılaştırılması (n=70)	31
Tablo 4.4.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların girişim öncesi sosyal destek özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)	32
Tablo 4.5.Gruplara göre öntest-sontest üreme organlarını ve gebelik oluşumunu bilme durumlarının karşılaştırılması (n=70).....	33
Tablo 4.6.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve alt boyutlarının gruplararası öntest-sontest puanları karşılaştırılması.	34
Tablo 4.7.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve alt boyutlarının grup içi öntest-sontest puanları karşılaştırılması	36
Tablo 4.8.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu ve alt boyutları gruplar arası öntest-sontest puanlarının karşılaştırılması.	38
Tablo 4.9.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu ve alt boyutlarının grup içi öntest-sontest puanlarının karşılaştırılması.	40
Tablo 4.10.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, ön test-sontest ölçek puanları ve alt boyutları puanları farkının karşılaştırılması.	42

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite dünya genelinde üreme çağındaki milyonlarca insanı etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde 48 milyon çift ile 186 milyon kişi infertildir (DSÖ, 2022). Uluslararası bir araştırmaya göre infertilite oranının Avrupa’da %15, Amerika’da %15, Orta Asya’da %17, Doğu Afrika’da %27 olduğu belirlenmiştir (Datta ve ark, 2016). Türkiye’de 2018 yılı itibariyle kadınların %12’sinin en az bir kez infertilite sorunu yaşadıkları belirtilmektedir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Dünya Sağlık Örgütü; İnfertiliteyi 12 ay veya daha uzun süre içerisinde, düzenli ve de korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebelik oluşmaması ile sonuçlanan, kadın veya erkek üreme sisteminin bir hastalığı olarak tanımlamaktadır. İnfertilite, erkek faktörlerine, kadın faktörlerine, erkek ve kadın faktörlerinin bir kombinasyonuna bağlı olabildiği gibi, açıklanamayan türde de olabilmektedir (DSÖ, 2022).

Temel içgüdülerden biri olan üreme içgüdüğü ile çiftlerin hemen hepsi çocuk sahibi olmayı planlamakta ancak bazen infertilite sebebiyle bu istek engellenebilmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Üreme potansiyeli konusunda herhangi bir sorunla karşılaşan çiftler olumsuz yönde etkilenmekte, ani ve beklenmedik bir yaşam krizi yaşanabilmektedir (Taşçı ve ark, 2008; Gibson ve ark, 2000). İnfertilite sorunu ile karşılaşan çiftler hayal kırıklığı, suçluluk duygusu, çiftlerin birbirlerini karşılıklı suçlamaları, buna bağlı olarakta evlilik bağlarında zamanla zayıflama görülebilmektedir. İnfertilite bireylerin aile, arkadaş ve diğer çevre ile sosyal ilişkilerini, cinsel yaşamlarını etkilemektedir (Sezgin H, Hocaoglu, 2014). İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen, etkilediği çiftin ruh sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Çalışmalar, infertil çiftlerin ilerleyen dönemde depresyon, kaygı bozukluğu, cinsel problemler, evlilik uyumunda bozulma, benlik saygısında azalma, toplumsal izolasyon gibi sorunları, fertil çiftlere göre daha fazla yaşadıklarını göstermektedir (Bayley ve ark, 2009; Ünal ve ark, 2010). Çocuk sahibi olamamak çiftleri birçok yönden etkilemekte ancak kadınların daha fazla baskı hissettikleri ve daha yüksek oranlarda psikolojik sorunlar yaşadıkları görülmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Yapılan araştırmalarda, infertil kadınların anksiyete, yorgunluk, çaresizlik, depresyon, endişe, umutsuzluk, damgalanma, sosyal izolasyon, kendilerini dışlanmış hissetme gibi duyguları daha belirgin düzeyde yaşadıkları saptanmıştır (Hasanpoor-Azghdy ve ark, 2014; Anokye ve ark, 2017). İnfertil bireylerde özgüven kaybı, umutsuzluk, öfke, suçluluk, ilişkilerde zorlanma gibi yaşadıkları durumların, aile stresini ve krizi hızlandırdığını belirlenmiştir (Gourounti, 2015). Altıparmak’ın (2018) fertilitiyi destekleyici davranış

kazandırma eğitimi sonrasında deney gurubunun beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt gruplarında olumlu etki yarattığı ve sağlıklı yaşama biçimi davranışlarının kazanılmasına katkı sağladığı belirtilmiştir. Eroğlu ve Temiz'in (2020) eğitimin stresle başa çıkma durumlarına etkisinin araştırıldığı çalışmada katılımcıların infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini kullanımlarının arttığı belirtilmiştir.

İnfertilite tedavisi çiftler için uzun bir süreye yayılan, duygusal yönden oldukça stresli, çiftlerin uyum mekanizmalarını zorlayıcı ve ekonomik anlamda pahalı olmakla birlikte eş ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyebilen bir kriz durumudur. İnfertil kadınlar tanı ve tedavi sürecinde; tedavinin uzun ve ağırlı olması, tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması nedeniyle kontrol kaybı, suçluluk duygusu, kadınlık algısında azalma ve benlik algısında bozulmalar yaşayabilmektedirler (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Stocker ve ark, 2016; Chen ve ark, 2016). Hastalığın doğası gereği bilinmeyen birçok özelliğinin olması belirsizlik, kaygı, panik ve endişe gibi birçok psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Belirsizliği tehdit olarak algılayan bireylerin duydukları güçlü stres nedeniyle duygu, düşünce veya davranış şeklinde olumsuz tepkilere yol açmaktadır (Aşkın,2020; Wang ve ark, 2020; Taş Bora ve Buldukoğlu, 2020; Çınar ve ark, 2020; Kasapoğlu, 2020). İnfertilitenin tahmin edilemezlik, olumsuzluk, kontrol edilemezlik ve belirsizlik boyutları bireyler açısından önemli düzeyde stres verici olduğu belirtilmektedir. Başa çıkma teorilerinin infertiliteye uygulanması; hangi durumlarda infertilitenin daha fazla stres verici olarak algılandığının, infertilite tanısı alan birey ve çiftlerin uyum sağlamasını kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlerin neler olduğunun, stresin azaltılması için hangi terapötik müdahalelerin daha faydalı olduğunun iyi anlaşılması gerekmektedir. Hastalığın belirsizliğinden kaynaklanan bu gibi durumlar için bazı kuram ve modeller kullanılarak bireyin her anlamda güçlenmesini sağlanabilir (Fawcett, vd.2013).

Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Teorisi, hastalık durumunun birey ve aileye yaşattığı belirsizliği bilişsel bir stresör olarak ele almıştır (Zhang, 2017; Mishel, 1988). Yaşanan bu belirsizlik bireyde anlam yokluğu ve yetersizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Hastadaki belirsizliği belirlemek ve başa çıkma mekanizmalarını kullanmalarını sağlamak için, temel hasta bakımı ve psikososyal bakım da sağlayan, hasta ile yakın temas kuran hemşirelerin rolleri bu süreçte daha önemli hale gelmiştir (Mishel, 1990; Pan ve ark,2020). İnfertilite teşhisi alan birey ve çiftlere baş etme stratejileri sunmak, tedavi sürecine duygusal olarak çiftleri hazırlamak, seçenekleri keşfetmelerini sağlamak, karar vermeyi kolaylaştırmak ve infertilitenin bireyler ve yakın çevreleri üzerindeki etkilerini belirlemek, infertilite psikolojik danışmanlığının temel amaçlarıdır (Seymenler ve Siyez, 2018).

İnfertilite tedavisi sürecinde yaşanan duygusal ve fiziksel değişimlerin çiftler tarafından anlamlandırılması ve infertilite ile mücadele etmekte birlikte geleceğe yönelik kararlarında ve yaşadıkları zorluklarla baş etmesinde bireylerin kendini ifade etmesi için onlara güvenli bir ortam sunulması infertil birey ve çiftler için büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle infertilite ile baş edebilmeleri için yeterli kaynağa sahip olmayan çiftlere profesyonel yardım sunulması önem arz etmektedir. Türkiye’de bu alanda infertil çiftlere yönelik nitelikli hizmet sunma konusunda büyük bir boşluğın olduğu görölmektedir (Seymenler ve Siyez, 2018). Türkiye’de Hastalıkta Belirsizlik Teorisine (HBT) dayalı olarak geliştirilen hemşirelik girişimlerinin, infertilitede yaşanan belirsizlik ve infertilite stresi ile başa çıkma düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı’ inovatif bir yaklaşım olarak ilk kez bu çalışmada test edilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Düzeylerine Etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın soruları

- İnfertil kadınlara uygulanan İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı kadınların infertiliteye ilişkin yaşadıkları belirsizlik düzeyine etkisi var mıdır?
- İnfertil kadınlara uygulanan İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı kadınların infertiliteye ilişkin yaşadıkları stresle başa çıkma düzeylerine etkisi var mıdır?

1.4. Araştırma Hipotezleri

- **H₀ Hipotezi:** Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı’(İKAGÜP) deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların belirsizlik düzeylerini ve infertilite stresi ile başa çıkma durumlarını etkilemez.
- **H_{1a} Hipotez:** Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı deney grubunda ki infertil kadınların, infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği puan düzeylerini kontrol grubundaki kadınlara göre artacaktır.
- **H_{1b} Hipotezi:** Hastalıklarda Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı deney grubundaki infertil kadınların Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği puan düzeyleri kontrol grubunda ki kadınlara göre azalacaktır.

- **H_{1c} Hipotezi:** Deney grubunda ki kadınların İnfertilite stresi ile başa çıkma ölçeği ve Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu puan ortalamaları öntest sonuçları, son test sonuçlarına göre farklı olacaktır.

1.5. Varsayımlar

- Hastalıkta belirsizlik infertilite tedavi sürecindeki kadınlarda sık görülür.
- Stres infertilite tedavi sürecindeki kadınlarda sık görülür.

1.6. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın bir polikliniğe başvuran bireylerle yapılmış olması ve primer infertil kadınlarla yapılmış olması nedeniyle tüm infertil kadınlara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilite Tanımı ve Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), infertiliteyi oniki ay ve daha uzun süreli her hangi bir kontraseptif yöntem kullanmadan ve düzenli koitusa rağmen gebeliğin oluşmamasına bağlı üreme sisteminin bir hastalığı olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2022). İnfertilite; primer ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Primer infertilite, çiftinlerin en az bir yıl boyunca düzenli (haftada 2-3 kez) ve herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadan yaşanan koitusa rağmen gebeliğin oluşmamasıdır. Sekonder infertilite, daha önce ektopik gebelik, canlı/ölü doğum, erken doğum veya düşükle sonuçlanmış bir veya daha fazla gebelik olmasının ardından, en az bir yıl boyunca düzenli olarak (haftada 2-3 kez) herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadan yaşanan koitusa rağmen yeni bir gebeliğin oluşmamasıdır (Şahin Yılmaz, 2012). Gebe kalabilme potansiyeline sahip olan, cinsel olarak aktif, gebelikten korunma yöntemi kullanmayan, emzirmeyen ve iki yıl veya daha fazla süredir gebe kalamayan, doğurganlık çağındaki kadınların yüzdesi ise kadın infertilite prevalansı olarak ifade edilmektedir (Soysal ve ark, 2022). İnfertilite prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, küresel olarak 48 milyon çift ve/veya 186 milyon kişi infertilite sorunu yaşadığı bilinmektedir (DSÖ, 2022). Türkiye’de infertilite sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte TNSA 2018 raporunda yalnızca doğum sonrası geçici kısırlıktan bahsedilmiş olup, gebe kalması mümkün olmayan infertilite oranı %4,8 olarak belirtilmiştir (TNSA, 2018).

2.1.2. İnfertilite Etyolojisi

İnfertilite dünya genelinde ve tüm toplumlarda görülen önemli bir sağlık sorunudur. İnfertilitenin etyolojileri genel biçimde fizyolojik, psikolojik ve genetik olarak ana başlıklar altında sınıflandırılmakla birlikte, alt grupları bilinen ve bilinmeyen etmeni içerisinde barındırmaktadır. İnfertilitenin bölgeler arası prevalansı etyolojisine bağlı olarak değişmekle birlikte, başlıca nedenlerden olan menstural ve ovulasyon disfonksiyonları ve uterusu ait nedenler en yaygın görülenler arasındadır. Ayrıca farklı bölgelerde farklı nedenlerle infertilite prevalansını değiştiren etyolojiler; kültürel farklılıklar, evlilik yaşı, madde kullanımı, çevre kirliliği, çevre koşulları, beslenme alışkanlıkları, doğurganlık davranışları gibi durumlar sayılabilir (Masoumi ve ark, 2015). Bununla birlikte infertilite oranının bölgeler ve topluluklar arasında farklılık göstermesinin en belirgin nedeni infertilitenin pek çok farklı etyolojisinin olmasıdır (Macaluso ve ark. 2010). İnfertilite nedenleri; kadına ait nedenler, erkeğe ait nedenler, hem kadına hem erkeğe ait nedenler ve sebebi bilinmeyen nedenler olarak gruplandırılmaktadır.

Kadına ait infertilite nedenleri arasında menarj yaşı, erken menopoz, laktasyon, önceki gebeliklerin arasındaki aralık, isteyerek yapılan düşükler, ovulatuvar disfonksiyon, tuba uterinanın zarar görmesi, endometriozis, tuba peritoneal sorunlar, psikolojik ve birçok etmen birlikte olabilmektedir. Erkeğe ait infertilite nedenleri; spermatogenez, işlev bozuklukları, anti sperm antikolar, sperm anomaliliği ve duktal sisteme ait bozukluklar olarak sayılabilir. Ayrıca hem kadına hem erkeğe ait nedenler; yaş, obezite, sigara, alkol ve diğer madde kullanımı, cinsel taciz-tecavüz öyküsü, radyasyon, stres, enfeksiyonlar, cinsel yaşam biçimi, yanlış doğurganlık davranışları, hormonal bozukluklar, sistemik hastalıklar, cinsel ilişki zamanlamasının bilinmemesi, vücut kitle indeksi, ilk cinsel ilişki yaşı, yanlış uygulamalı doğum kontrolü, sosyoekonomik durum, kadın-erkek diyalogu, yaşam tarzı ve çevresel faktörler olarak bilinmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Masoumi ve ark, 2015; Günalp ve ark. 2016).

2.1.3. İnfertilitenin Sosyo-Psikolojik Etkileri

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, sosyal, kültürel, dinsel, sınıfsal boyutları olan bir yaşam krizi olabilmektedir. Çiftlerin beklemedikleri bir zamanda karşılaştıkları infertiliteye yönelik verdikleri tepkiler şu şekilde sıralanabilir (Şahin Yılmaz, 2012; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016; Jedrzejczak ve ark, 2004; Yanikkerem ve ark, 2008).

- **Şok ve inkar evresi:** Çiftler infertilite tanısı almakla birlikte bu durum karşısında şok yaşarlar, inanamazlar. Bu aşamada infertilite olasılığına hazırlıksız olma durumu vardır. Bu evrede çiftlerde, çocuk sahibi olamama nedeniyle yoğun stres, yorgunluk, cinsel ilişkinin azalması görülebilir.
- **Yadsıma (inkar) evresi:** Çiftler her menstrüasyon dönemiyle hayal kırıklığı yaşarlarken, diğer taraftan yetersiz cinsel ilişki gibi düşüncelere bağlayarak bastırmaya çalışırlar. Yapılacak işlemlere katılmada isteksizdirler ve negatif sonuçları kabul etmekte zorlanırlar. İnkâr infertilite krizinde koruyucu bir başa çıkma yolu olabilir.
- **Öfke:** Çiftler infertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama bulma arayışı içine girerler, öfkeleri kontrol kaybı yaşamalarından ve haksızlığa uğradıklarını düşünmelerinden kaynaklanmaktadır, ‘neden biz?’ sorusuna yanıt ararlar. Bu soru çifti geçmişteki isteyerek düşükler, uzun süreli kontraseptif yöntem kullanımları, kürtajlar, cinsel birliktelikler gibi cezalandırmayı gerektirecek olayları sebep olarak düşünmeye yöneltir. Bu düşünce beraberinde kendine veya eşlerine karşı öfke, düşmanlık ve kin duygusunu getirir. Engellenme öfkeyle birlikte görülebilir. Çiftler için ailelerinin

devamını sürdürememe ve son nesil olma düşüncesi, varoluşsal bir krizi ortaya çıkarabilir.

- **Anksiyete:** Kadınların daha fazla yaşadığı bu duygunun nedenleri arasında; terk edilme endişesi, kendi bedeninde pek çok uygulama yapılacak korkusu, eşin sevgi ve ilgisini kaybetme düşüncesi, kendini eksik, yarım ve yetersiz olarak görme, dişiliğinde veya erkekliğinde azalma duygusu, özgüven kaybı, tedavi sürecinin uzaması ve karmaşıklığı sayılabilir. Özellikle infertilite tedavisi gören kadın, bedeni “işgal ediliyor” veya “saldırıya uğruyor” gibi hissederek yoğun korku yaşayabilirler. Bu gibi durumlar anksiyeteyi artırır.
- **Suçluluk:** İnfertil birey toplumun kendisinden beklediği anne- babalık rolünü yerine getiremediği ve eşinin de kendisi yüzünden bu rolü yaşayamadığını düşünerek kendini suçlar. Kendini suçlama ve öfke duygusu yaşayan infertil birey umutsuzluk yaşamaya başlar. İnfertilitenin öğrenilmesi çiftlerin geçmişlerini sorgulamalarına neden olabilir. Çiftlerin geçmiş yaşamlarında evlilik öncesi seks, masturbasyon, gebelikten korunma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, boşanmalar ve hatta ebeveynlik hakkındaki zıt duygu durumları genellikle suçluluğa neden olabilmektedir.
- **Yalnızlık, yabancılaşma ve izolasyon:** İnfertilite sürecinde arka arkaya ümit ve hayal kırıklıklarının yaşanması çiftleri yıpratır. Çocuğu olan diğer bireyler tarafından; ‘kusurlu’ görüleceği düşüncesinin ortaya çıkması ve paylaşılacak ortak yönlerin azalmasına neden olabilir. Çiftler infertilite konusunu çevreleri ile paylaşmazlar çünkü çevrenin baskısı, önerileri ve şakalarına maruz kalabilirler. Bu gibi durumlar, çiftlerin acı hissetmelerine neden olabilir. Çiftler zamanla çevrelerinden uzaklaşır. Bu durum zamanla anlaşılma, yabancılaşma, izolasyona ve yalnızlığa dönüşür.
- **Kontrol kaybı:** İnfertilite sürecinde yapılan uygulamaların karmaşık, pahalı ve girişimsel olması, çiftlerin cinsel hayatlarının ayrıntılarıyla sorgulanması çiftte özel yaşantılarının ihlali olarak algılanır. Tedavi başarısının önceden tahmin edilemez oluşu; çiftte geleceğe dair belirsizlik duygusu meydana getirir. Zaman ilerledikçe infertilite tedavi sürecinin oluşturduğu duygusal hasar da artar ve sorunlarla başa çıkma kapasiteleri azalır. Bu durum çiftlerde kontrol kaybına neden olabilir.
- **Keder, yas:** İnfertilite sürecinde her menstrual kanama ile gebe kalınamama durumunda sahip oldukları çocuğun kaybı gibi algılanır. Bu kayıp duygusu beraberinde yas ve depresyona neden olabilir ve paradoksal bir şekilde olmamış çocuğun yası tutulur.

Keder ve yas kayba karşı bir tepki olarak tanımlanmaktadır. İnfertil çiftlerin ağlamak için bir nedenleri ve bu kayıba karşı destek sistemleri yoktur. Kaybedilen bir çocuk değil, aile olma umududur. Bireylerde yaşamdan zevk almama, her şeye karşı isteksizlik ve gelecekle ilgili belirsizlik duygusu başlar.

- **Benlik saygısında azalma:** İnfertil çiftler benlik saygılarının azalması bakımından risk grubundadırlar. İnfertil kadın, eksik, azalmış kadınsılık, başarısızlık hissederken erkekler, kusurlu ve azalmış erkeksilik hissedebilmektedirler. Ayrıca azalmış çekicilik, güven kaybı yaşanabilir. Benlik saygısı, tedavinin olumsuz sonuçlanması ile daha da azalabilmektedir.
- **Çözülme:** Çiftler umutlarını yeniden tazeleyerek yeniden tedavi sürecine başlarlar ya da artık çocuk sahibi olamayacaklarını kabul ederler. Bu durum çiftleri yol ayrımına getirir. Çiftler çocuksuz evliliği sürdürme, boşanma, yeniden evlenme veya evlat edinme gibi zor kararlar aşamasına gelmişlerdir. Çözülme ile birlikte uyum da başlamış olur.

2.1.4. İnfertilite ve Stres

Stres organizmanın dengesini bozabilen zorlanma, gerilim ve baskı gibi etkenlerin hepsini kapsamaktadır. Stres verici faktörler fizyolojik (ısı değişiklikleri, travma gibi), psikolojik (duygusal gerilim ve çatışmalar gibi) ve sosyal (kültürel değişim, çevresel faktörler gibi) olabilir. Stres, bireyin stresörlerin etkisine karşı gösterdiği bir direnç anlamına gelmektedir. Ayrıca stres sezgi aracılığıyla fiziksel ve psikolojik hastalıkların sebebi olabilmektedir. Stres her durumda zarar veren, kaçınılması gereken bir durum olarak değerlendirilmemeli çünkü stres olumlu ve olumsuz olabilir. Örneğin; terfi almak, evlenmek gibi istendik durumlar olumlu stresi ortaya çıkarırken, ölüm, kayıplar gibi olaylar olumsuz stresi ortaya çıkarabilir. Olumlu stres kişiyi güdüler ve teşvik edici rol oynarken, olumsuz stres fiziksel ve psikolojik zararlara neden olabilir (Şahin Yılmaz, 2012; Önem Akçakaya ve Çelik Erden, 2014; Kaplan, 2018).

İnfertilite ile stres arasında bir döngü vardır. İnfertilite mi strese, stres mi infertiliteye neden olduğu henüz bilinmemektedir. Ancak infertilite ile artmış stres arasında bir ilişki bulunmaktadır (Şahin Yılmaz, 2012). İnfertilite problemi yaşayan kadınların önemli derecede duygusal stresi olduğu bildirilmiştir. Çiftler infertilite tanısı aldıklarında bu durumu psikolojik açıdan tehdit edici, duygusal açıdan stresli, ekonomik açıdan pahalı ve yapılan işlemler bakımından acı veren durum olarak düşündüklerinde oluşmaktadır. İnfertilite krizi hem bireysel, hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması zor bir durumdur (Kaplan, 2018).

İnfertilite hayatı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen, bireyin ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Seymenler ve Siyez, 2018). Tıbbi ve psikososyal sorunları birlikte bireyi beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran infertilite, yaşamı değiştiren olumsuz bir deneyimdir (Berardis ve ark, 2014). Olumsuz sonuçlanan tedavilerden sonra infertil birey toplumsal damgalanma, cinsellikle ilgili başarısızlık ve yetersizlik duyguları yaşayabilir. Bu nedenle infertilite tanısı, çiftlerde nasıl başa çıkılabileceği bilinmeyen bir kriz oluşturur (Navid ve ark, 2018). İnfertilite önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra stres, infertilite tedavisini olumsuz etkileyebileceği gibi, uygulanacak tedavi de stres faktörü olabilmektedir (Rooney ve Domar, 2018). İnfertilite tedavisi gören bireylerde stres düzeyleri ile oosit sayısı, fertilizasyon oranı, embriyo transfer sayısı, gebelik oranı, toplam doğum, canlı doğum ve bebeklerin doğum ağırlıkları arasında negatif ilişki olduğu belirtilmiştir (Şahin Yılmaz, 2012; Yılmaz ve Yeşiltepe Oksay, 2015).

2.1.5. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri

İnfertil bireylerin infertilite problemi ile başa çıkmalarını pek çok faktör etkileyebilir. Bunlar; bireylerin kişilik özellikleri, infertiliteyi algılama şekli, infertilite tanı zamanı, bireylerin bu duruma hazır olmamaları, stresli kişilik özellikleri, uygun başa çıkma yöntemlerini bilme ve uygulayabilmeleri ve sosyal destek unsurlarıdır. Stresin kontrolü; stresi azaltma ve baş etmeyi arttırmaya yönelik olmalıdır. Başa çıkma ise stresli durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltmak ve stresin oluşturduğu gerilime dayanmayı artırmak için gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin tamamıdır (Kaplan, 2018). Stresle başa çıkma süreci bilişsel değerlendirme ile başlar. Bilişsel değerlendirmede ilk önce birey sorunla ilgili ayrıntıları inceler ve gelecekteki sonuçlarını değerlendirir. Birey bu değerlendirme sonucunda hangi başa çıkma yöntemlerini kullanacağına karar verir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oksay, 2015).

Stresle başa çıkma yolları etkili ve etkisiz yöntemler olmak üzere iki gruba ayrılır. Etkisiz başa çıkma yolları; madde kullanımı, çok yemek yeme, içe kapanma, aşırı tepki verme, biriktirme gibi davranışlardır. Etkili başa çıkma yolları; duygu ve düşüncelere yönelik, bedene yönelik ve duruma yönelik olarak üç şekilde gerçekleştirilir. Bedene özgü; egzersiz, düzenli ve dengeli beslenme, meditasyon, solunum egzersizleri, masaj gibi sağlıklı yaşam davranışlarıdır. Duruma özgü; sosyal destek unsurları ve spiritüel kaynakları kullanımı ile durumu kontrol altına alma ve kabullenmektir. Duygu ve düşüncelere özgü yöntemler; durum hakkında olumlu düşünme, duygu ve düşüncelerini başkaları ile paylaşmak gibi yöntemlerdir (Kaplan, 2018).

İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri şu şekilde sınıflandırılmıştır. (Schmidt ve ark, 2005; Yılmaz Şahin, 2012; Kaplan, 2018).

- Gebe ve çocuklu kadınlarla birlikte olmaktan kaçınma
- İnfertilite ile ilgili konuşulan ortamları terk etme
- Duygularını saklama ve başkaları ile paylaşmama
- Aklından infertilite konularını uzak tutma
- Duygularını dışa yansıtırma
- Başkalarından ilgi ve anlayış bekleme
- İnfertilite tedavisinin kendilerini nasıl etkilediği ile ilgili konuşma
- Başkalarına akıl danışma
- İnfertilite ile ilgili bilgi edinme
- Mucize gerçekleşeceğini bekleme
- Yalnızca bekleme
- Hayal kurma
- Kendini geliştirme
- Olumlu düşünme
- Evliliğinin/ilişkisinin daha değerli olduğunu düşünme
- Yaşam hedefleri bulma
- Yaşanılan zorlukların bir anlamı olduğuna inanma

İnfertilite stresi ile başa çıkmak için kadınlar ve erkekler farklı yöntemleri kullanmaktadırlar. Kadınlar; dilek, umut, kaçış, yakın çevre ile paylaşım, gruplara katılma, destek arama, konuyla ilgili araştırma, eğitimlere katılma ve sorumluluk alma yöntemlerini kullanırlar. Erkekler; dikkatlerini başka konulara yoğunlaştırma, asıl konudan uzaklaşma, odaklanmama, duygularını kontrol etme ve başarıya odaklanma, problem çözme, yeni yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma yöntemlerini kullanırlar. Erkekler ve kadınların infertilite stresi ile başa çıkmada farklı yöntemler kullandıklarının bilinmemesi, eşlerin birbirlerinin davranışlarını yanlış ve olumsuz yorumlanmasına neden olabilir ve negatif yargılamalar ortaya çıkabilir (Schmidt ve ark, 2005; Peterson ve ark. 2006; Şahin Yılmaz, 2012). İnfertilitenin kategorize edilemediği, nedeni ve sonuçlarını doğru bir şekilde tahmin edemediğinde stres görülmeye başlar. İnfertilite de belirsizlik ön tanıdan, semptom aşaması, kesin tanı, tedavi aşamalarının herhangi birinde veya her aşamada görülebilir. İnfertilite de stres ve belirsizlik birbirini tetiklemektedir. Merle Mishel Hastalıkta Belirsizlik Teorsisi ile bireylerin ilk hastalık tanısından itibaren belirsizlik yaşadıklarını ve belirsizliğin strese neden olduğunu ortaya konulmuştur.

2.2. Hastalıkta Belirsizlik Teorisi

2.2.1. Teorinin Amacı

Hastalıkta Belirsizlik Teorisi, hemşirelik uygulama ve araştırmalarında kullanmak için hastaların yaşadıkları belirsizlik durumunu açıklamak ve tanımlamak için geliştirilmiştir (Mishel, 1988).

2.2.2. Hastalıkta Belirsizlik Teorisinin Temel Kavramları

- **Belirsizlik/Uncertainty:** Bireyin hastalıkla ilgili olayları anlamlandırma ve tanımlamada yetersizlik yaşamasıdır. Hastalıkla ilgili sonuçlar doğru şekilde tahmin edilemediğinde belirsizlik ortaya çıkar (Mishel, 1988).
- **Bilişsel Şema/Cognitive Shema:** Bireyin hastalık, tedavi süreci ve hastaneye yatma sürecine yönelik olarak kafasında canlandığı kendi yorumlarıdır (Mishel, 1988).
- **Uyarıcı Çerçeve=Tetikleyen Uyarın/Stimuli Frame:** Bireyin algısını uyarın herhangi bir olay ya da nesnedir. Uyarıcı çerçeve bilişsel şema içinde yer alır. Uyarıcı çerçeveyi üç bileşen oluşturur; olayların benzerliği, semptom paterni ve olayların ahengi/uyumu. **-Semptom modeli/Semptom paterni:** Semptomların bir kalıp halinde algılanacak yeterlilikte ve tutarlılıkta ortaya çıkma derecesidir. **-Olayların benzerliği/Event Familiarity:** Bir durumun tekrarlama derecesidir. Tekrarlayan olaylardır. Olaylar bilindik ipuçları içerir. **-Olay Uyumu/Event Congruence:** Hastalıkla ilgili deneyimler ve tecrübeler, geleceğe ilişkin beklentilerle uyumudur (Mishel, 1988).
- **Yapı Sağlayıcılar/ Structure Providers:** Tetikleyen uyarınların/uyarın çerçevesinin yorumlanmasında bireye yardımcı olan kaynaklardır. Birey yapı sağlayıcı unsurlara inandığında ve onlara dayandığında belirsizliği doğrudan/dolaylı olarak azalır. Bu yapı sağlayıcılar; eğitim seviyesi, sosyal destek ve güvenilir otoritedir. **Güvenilir Otorite/Credible Authority:** Bireye sağlık hizmeti sunan dürüst ve güvenilir kişilerdir. **Sosyal Destek/Social Supports:** Bireylerin olayları anlamlandırma ve yorumlamasında destek sağlayan unsurlardır (Mishel, 1988).
- **Bilişsel Kapasite/Cognitive Capacities:** Bireylerin bilgiyi değerlendirme sürecidir. Bilişsel kapasite bireylerin doğuştan gelen becerilerini, durumsal yaşantılarını ve algılarını kapsar (Mishel, 1988).
- **Değer Biçme/Appraisal:** Olayın birey tarafından nasıl görüldüğü, kişinin olaya yönelik düşünce sistemidir. İlişkilendirme ve yaşanmış deneyimleri kullanarak

belirsizliği açıklama “sonuç çıkarma” kavramı ile ilişkilidir. İllüzyon ise belirsizliğin fırsat olarak algılanabilecek şekilde yorumlanmasını ifade eder (Mishel, 1988).

- **Çıkarım/Inference:** Bireyin hatırladığı deneyimleri kullanarak belirsizliği değerlendirmesidir (Mishel, 1988).
- **Yanılsama/Illusion:** Bireyin inançları ile belirsizliği dışarı yansıtmasıdır. Diğer bir ifade ile belirsizlikten çıkarılan inançları ifade eder (Mishel, 1988).
- **Uyum/Adaptasyon/Adaptation:** Bireylerin kişisel olarak tanımlanmış olağan davranış aralığı içinde meydana gelen biyo-psikososyal davranışlarıdır (Mishel, 1988).
- **Kendilik Organizasyonu/Self-Organization:** İstenilen duygulanımın tekrar düzenlenmesidir (Mishel, 1988).
- **Yaşama Yeni Bakış/New View of Life:** Bireylerin bilişsel şemalarını (algıları, yargıları, bilişsel kapasitesi, duysal kapasitesi inançları) yeniden yapılandırarak belirsizliğe yüklediği anlamı yeniden yorumlamasıdır (Mishel, 1988).
- **Kesinliğin Olmadığı Düşüncesi/Probabilistic Thinking:** Netliğin ve tahmin edilebilirliğin olmadığını ifade ederek belirsizliğin olağanlaştıran düşünce biçimidir (Mishel, 1988).

2.2.3. Temel Kavramların Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

2.2.3.1. Tetikleyici Uyaranlar ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Hastalıkla ilgili semptomlar bir örüntü şeklinde, tutarlı bir şekilde görülebiliyorsa hasta birey tarafından kafa karışıklığı ve belirsizlik azalmaya başlar. Bu durumda hasta tarafından semptomların sayısı, sıklığı, yoğunluğu, evresi, yayılımı değerlendirilir. Bu değerlendirmede bireyin daha önceki hastalık deneyimleri, sahip olduğu kültürü, sosyal ağ sistemleri, eğitim düzeyi ve bu sürece dahil olan sağlık profesyonelleri etkilidir. Semptomların değerlendirme sürecini semptomların belirgin ve ayırt edilebilir nitelikte oluşu, uyaranların özelliği ve değerlendirmenin sağlıklı ve doğru yapılması da etkilemektedir. Eğer semptomlar özellik açısından tutarlılık göstermez ise hastalıkla ilgili güvenilir bir değerlendirme yapılamaz ve belirsizlik gelişir (King ve Mishel, 1986). Birey depresif durumdaysa ve hastalığına ilişkin tehdit algılıyorsa semptomları daha yoğun yaşadığını hissedebilir. Semptomların sürekli oluşu (semptom paterni) ve yardım alamama bedensel semptomları daha da kötüleştirebilmektedir. Semptomların belirgin olmayışı ve kesin bir tedavi yönteminin olmayışı eklendiğinde belirsizlik tetiklenmektedir. Birey semptomları birbirinden ayırt edemedikçe daha çok belirsizlik yaşamaktadır. Sağlık kuruluşuna başvuran bireyler tanı alma sürecindeki karmaşık tanısal işlemlerle karşılaştıklarında bu durum belirsizliği beraberinde getirir Akut gelişen

durumlarda belirsizlik daha fazladır (King ve Mishel, 1986). Sonuç olarak hastalığa ilişkin semptomlar tutarlı, tahmin edilebilir, belirgin ve ayırt edilebilir olduğunda hasta bireyler daha az belirsizlik yaşamaktadır (Mishel ve Braden, 1988).

2.2.3.2. Bilişsel Kapasite ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Bireylerin hastalıkla ilgili yaşadıkları süreci anlama ve yorumlamaları bilişsel kapasiteleri ile ilgilidir. Bilişsel kapasite bireyin dikkat düzeyleri ve potansiyelleri ile orantılıdır. Hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan ağrı, kullanılan ilaçlar, beslenme bozuklukları bireylerin dikkat potansiyelini azaltabilmektedir. Bu durum bireyin uyarıcı çerçeveyi algılama ve anlamlandırmasını bozabilir ve belirsizlik duygusu yaşanır. Ayrıca ağrı, tehlike hissi, rahatsızlık hissi bireyin sempatik sinir sistemini aktive ederek bilişsel kapasitesini sınırlandırır ve problem çözme becerisini azaltır. Birey sağlığı ile ilgili durumunu tehdit olarak algıladığında aşırı uyarılır, bilişsel kapasitesi ve hafıza gücü zayıflar. Birey geçmişe dair sadece en belirgin noktaları hatırlar ve yaşadığı durumu geçmiş bilişsel şeması ile ilişkilendirmekte güçlük yaşar. Sonuç olarak hafıza ve bilişsel kapasite sınırlanmakta, çevreyi yorumlama gücü azalmaktadır. Bu da hasta bireyin olayları “belirsizlik” olarak yorumlaması ile sonuçlanmaktadır (Madler, 1979; Silberfarb, 1983).

2.2.3.3. Yapı Sağlayıcılar ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Yapı sağlayıcılar arasında yer alan eğitim durumu doğrudan ve dolaylı olarak belirsizlik kavramı ile ilişkilidir. Eğitim, bireyin karşılaştığı olaylar ile yapı sağlayıcıları arasında bağlantı kurma konusundaki bilgi birikimini oluşturur. Bilgi birikimi ile bağlantı kurulur ve yaşanan durum anlamlandırılmış olur (Mishel ve Braden, 1988). Lise ve daha alt düzeyde eğitime sahip olanların tedavi ve bakım sürecini daha karmaşık olarak algıladığı ve daha çok belirsizlik yaşadığı belirlenmiştir (Galloway, 1984; Mishel, 1985; King ve Mishel, 1986).

Sosyal destek unsurları tarafından sağlanan geri bildirimlerle bireylerin olayları anlamlandırma sürecinde belirsizlik yaşamaları önlemektedir (Wortman ve Dunkel-Schetter, 1979). Sosyal destek unsurlarıyla durumun tartışılması bireyin bilişsel şema yapılandırması kolaylaştırır (Wortman, 1984). Sosyal destekle duruma ilişkin belirsizlik, tedavinin karmaşıklığı ve geleceğin belirsizliği azalır ve sosyal destek semptom paternini güçlendirir (Mishel ve Braden, 1988). Bilgi alışverişi yapmak semptomların değerlendirilmesini kolaylaştırır. Kadınların gebeliğin göstergeleri ile ilgili birbirleriyle bilgi alışverişinde bulunarak belirsizlik duygusundan kurtuldukları belirlenmiştir (Patterson ve ark, 1986). Sosyal destek belirsizliği önlemede iyi bir bilgi kaynağıdır. Bu nedenle bakım vericiler iyi bir sosyal destek mekanizması

olabilmektedir. Bakım vericiler daha önce aynı tanıya sahip bireylerle tanışmış, o kişilerin benzer sorunlara nasıl çözümler bulduklarına tanıklık etmişlerdir. Bu nedenle bakım verdikleri bireylere bilgi aktararak hastaların belirsizlikten kurtulmalarına yardım edebilirler (King, 1983). Sosyal destek mekanizmaları birbirlerine bilgi aktararak birbirlerine yardım grubu haline dönüşebilirler ve bu şekilde belirsizliği önleyebilirler. Aile üyeleri tarafından bakım desteği almanın geleceğin tahmin edilemezliğini azalttığı belirtilmektedir (Mishel, 1988). Güvenilir otorite kavramı hastaların sağlık profesyonellerine duyduğu güven ile ilişkilidir. Otorite olarak genellikle doktor ve hemşireler görülmektedir. Bu profesyoneller semptomların sebep ve sonuçlarına ilişkin hastalarına verebilecekleri bilgilerle uyarıcı çerçeveyi güçlendirecektir. Bireyler yaşadıkları semptomlarla ilgili değerlendirmelerinde belirsizlik yaşadıklarında, sağlık profesyonelinin değerlendirmesi ile bu belirsizliğin üstesinden gelebilirler (Levanthal ve 1984).

Sonuç olarak hemşireler hastaların deneyimlerini paylaşarak, onların beklentileri ve deneyimleri arasında köprü kurmalarına yardımcı olabilirler. Böylece yapı sağlayıcıları güçlendirilmiş, belirsizlik duygusu azaltılmış olur (Mishel, 1988). Hastalar genellikle kendi tedavi süreci ile ilgili kararları onların yerine sağlık profesyonellerinin vermesini beklerler. Bu durumda karar verme sorumluluğunu yüklediği sağlık profesyoneline ne kadar çok güveniyor ve inanıyorsa belirsizlik duygusu da o ölçüde azalacaktır (Mishel ve Braden, 1988).

2.2.3.4. Yeniden Değerlendirme ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Belirsizlik olduğunda, olayları algılama ile ilgili algısal görevler tamamlanamaz ve bilişsel bir şema oluşturulması engellenir (Bower, 1978). Birey için uyarıcı çerçeve yeterince açık, spesifik, düzenli, sınırlı sayıda ve tanıdık değilse belirsizlik kolaylıkla gelişir. Bir durum belirsiz olarak algılandığında, üç olasılıktan biri gerçekleşmiş olabilir; olay yeterince tanınmamıştır, olay yeterince tanınmış fakat sınıflandırılmamıştır, olay yanlış şekilde sınıflandırılmıştır. Bazı durumlarda yaşanan olay bireyin ne istediği ne de kaçındığı bir durumdur. Birey bu durumu nasıl değerlendireceğini bilemez, belirsizlik yaşamaya başlar. Belirsizliğin değerlendirmesi iki temel yöntem ile gerçekleşir: *sonuç çıkarma* ve *illüzyon*. Sonuç çıkarmada genellikle durum bir tehdit olarak görülür ve kişinin duruma bakışı negatiftir. İllüzyonda ise birey durumu fırsat olarak görür, olaya bakış açısı pozitifdir (Mishel, 1988).

Sonuç Çıkarma: Bireyin kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkisiyle ilgili genel inançlarıdır. Bu eğilimler bireyin becerisi, konuya ilişkin ustalık duygusu ve kontrol odağı aracılığıyla öğrenilir ve bireyin karşılaştığı olayın üstesinden gelebilecek beceriye sahip olduğu inancıyla ilişkilidir (Pearlin ve Schooler, 1978; Rosen- Baum, 1983). Bireyin belirsizliklere karşı

vereceği tepki, duruma yükleyeceği anlam ve bireyin kontrol odağı ile ilgilidir. İç kontrol odaklı bireyler için belirsizlik kontrol edilebilir bir durumdur ve bir fırsata dönüştürülebilir. Dış kontrol odaklı bireyler için tehlike olarak algılanır. Özellikle güvenilir bir otoritenin bulunmadığı ortamlarda bu şekilde yorumlanması daha olasıdır (Folkman ve Lazarus, 1979).

İllüzyon: Belirsizlik değerlendirilirken olumlu yönleri düşünülerek değerlendirme yapılması durumuna illüzyon denir. Belirsizlik fırsat olarak görüldüğünde illüzyon ortaya çıkar. Belirsizlik durumunda umudun korunması için illüzyon önemlidir. Sağlık profesyonelleri tarafından illüzyon umudu korumak için kullanılmalı, belirsiz durumun potansiyel olumlu sonuçları üzerinde durulmalıdır (Taylor, 1983).

2.2.3.5. Tehlike, Başa Çıkma ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Belirsizlik negatif bakış açısıyla ve olumsuz değerlendirme sonucunda tehlike olarak algılanabilir (Mishel ve ark, 1984; Campbell, 1986). Belirsizlik tehlike olarak algılandığında yüksek düzeyde anksiyeteye sebep olabilmektedir (Mintun, 1984; Herbst, 1986). Hastalığın tanı ve tedavi sürecinde güvenilir bir otoritenin yokluğu belirsizliğin bir tehlike olarak değerlendirilmesine sebep olabilir (Mishel ve Braden, 1988). Belirsizlik tehlike olarak algılandığında iki temel başa çıkma yolu kullanılır; harekete geçme ve duygu yönetimi. Harekete geçme yönteminde birey doğrudan eyleme geçerek, dikkatle bilgi aramaya yönelir. Bilgi arama belirsizliği azaltmada primer aracı olarak önerilmiştir (Comaroff ve Maguire, 1981). Hemşireler ve hekimler bilgi kaynağı olup hastaları bilgilendirerek belirsizlik duygusunu azaltmakta önemli bir role sahiptir (Molleman ve ark, 1984). Belirsizliğin tehlike anlamıyla baş etmesinde bu yöntemler başarılı olmadığında duygu kontrol stratejileri devreye girmektedir. Bu başa çıkma yöntemlerinin asıl amacı, duygusal tepkileri, özellikle de kişinin belirsizliği değiştirmek için hiçbir şey yapamayacağına inandığı durumda ortaya çıkan kaygıyı yönetmesidir (Martinez, 2012).

2.2.3.6. Fırsat Algısı, Başa Çıkma ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Hastalıkta belirsizliğe olumlu bakış açısı ile yaklaşıldığında belirsiz durumlar bireyler tarafından fırsat olarak görülebilir. Bu durum sonuç çıkarma veya illüzyon süreçleri sonrası açığa çıkar. Durumu fırsata çevirmek için bilinçli bir çaba ile olayların olumlu yönüne odaklanmayı gerektirmektedir (Mishel, 1988). Bireyler umutlarını korumak için belirsizliği sürdürmek isteyebilirler (Holmes ve Houston, 1974; Folkman ark, 1979). Bireyin durumuna yönelik değerlendirmeleri olumsuz bir kesinlik içermeye ihtimali varsa, bireyin belirsizlik evresinde kalması kendisi için daha olumlu bir aşama olarak görülebilir. Birey olumsuz bir kesinliğe inanmaktansa, belirsizlik içinde kalmayı ve bunu olumlu şekilde yorumlamayı tercih

edebilmektedir (Capritto, 1980). Belirsizlik fırsat olarak yorumlandığında baş etme mekanizmalarıda belirsizliği devam ettirecek şekilde kurgulanır. İllüzyonlar sonucu oluşan fırsat algısının devam etmesi illüzyonun devam etmesine bağlıdır. Bu mekanizma kaçınma, seçici görmezden gelme, öncelikleri yeniden düzenleme ve durumu nötralize etme olarak bildirilmektedir (Breznitz, 1983). Hastalar yeni bilgilere kendini kapatıp, mutlak inkar veya seçici yanlış yorumlama gibi yöntemleri kullanarak, var olan belirsizlik durumunu koruma yoluna gidebilmektedir (Hilton, 1986). Bazı durumlarda kendilerinden daha kötü durumda olan hastalar ile kendilerini kıyaslama yoluna gidip kendi durumlarını olumlama eğiliminde olabilirler (Mishel, 1988).

2.2.3.7. Adaptasyon ve Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

Belirsizlik durumu ne şekilde algılanırsa algılandıkça başa çıkma stratejileri başarılı bir şekilde kullanılırsa adaptasyon gerçekleşmektedir. Adaptasyon kavramı bireyin biyopsikososyal olarak olağan davranış örüntülerini ifade etmektedir. Adaptasyon yeterli, fazla aktivasyon içermeyen ve hedefe yönelik davranışın devam etmesine izin veren nötr bir durumdur (Mishel, 1988).

2.3. İnfertilite Belirsizliği ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelik ve çocuk doğurabilme olumlu duygular içeren bir durumken, infertilite medikal problem olmasının yanında duygusal, emosyonel, finansal, sosyal, psikolojik etkileri olan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur. Birçok çift infertiliteyi yaşamlarının en büyük krizi olarak tanımlamaktadır (Altıntop, 2018). Bununla birlikte infertilite kontrolünün kısmen sağlanabiliyor bir süreç olması nedeniyle belirsizdir. İnfertil birey mevcut koşullar içerisinde ekonomiyi, tedavi seçeneklerini, bireysel ve sosyal kaynaklarını üst düzeyde kullanmasına rağmen tedavi sonucunda gebeliğin oluşumu ve/veya oluşan gebeliğin canlı doğumla sonuçlanmasını kesin bir şekilde kontrol edilememektedir. İnfertilite tedavi sonucunun başarısının artırılmasında hemşireler kilit rol oynamaktadırlar. İnfertil bireyle sık karşılaşan ve en çok zaman geçiren hemşirelerin, detaylı öykü almaları, bireyinlerin bütüncül değerlendirilmesi, doğru hemşirelik tanımlarının konması ve bireysel hemşirelik bakımının verilmesine bağlı olarak tedavinin başarı ile sonuçlanması sağlanabilir. Baş etmede güçlenmeye hazır oluş, bir NANDA hemşirelik tanısıdır. Bu hemşirelik tanısı infertil bireyin stresörlerle mücadelesini artırmak ve yeni baş etme stratejisi geliştirmesine yardımcı olacak girişimler sağlar. Hemşirelerin infertil bireyleri bütüncül değerlendirmesi, infertilite stresi açısından yüksek riskli bireyin tespitini ve bu bireylerin stresle baş etmesine

kolaylaştıracak hemşirelik girişimleri planlamalarına olanak sağlar. İnfertil hastalara fiziksel ve psikolojik açıdan desteklenmesi için hemşirenin bireye yönelik empati kurması, birey için daha kolay rehberlik etmelerine olanak sağlar. Bu nedenle infertil bireylerin infertiliteye ilişkin duygularını ifade etme şekillerine ve davranışlarına bakılmalıdır. Hemşireler infertil bireylerin duygularını daha doğru ifade edebilmelerine olanak sağlayarak, kendileri için uygun olan başa çıkma yöntemlerini seçmeleri kolaylaştırılabilir. Bireyin infertilite stresine karşı, kendileri için uygun olan baş etme stratejilerini seçmeleri problem çözmelerini kolaylaştıracaktır (Durgun Ozan, 2013). Yapılan bir çalışmada infertilite tedavi sürecinde akıcı ve yeterli bilgi alan bireylerin, infertiliteye bağlı anksiyete ve depresyon oranlarının daha düşük olduğu, bununla birlikte gebelik oranlarında artış olduğunu bulmuştur (Terzioğlu ve ark, 2001). Arslan Özkan'ın (2012) kuram temelli hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelendiği çalışmada kadınların infertiliteden etkilenme durumunda istatistiksel olarak 11 puanlık bir düşüş meydana geldiği, öz-yeterlik puanlarında artış olduğu ve infertilite uyum puanında düşüş olduğu belirtilmiştir. Durgun Ozan'ın (2013) kuram temelli hemşirelik bakımını kullanarak infertil kadınlarla yapmış olduğu çalışmada deney grubundaki kadınların, durumluk anksiyete puanlarında, etkisiz baş etme yöntemlerini kullanımda ve infertiliteden etkilenme durumlarında düşüş meydana geldiği, olumlu baş etme yöntemlerini kullanmada artış olduğu belirtilmiştir. Hemşireler bakım verdikleri bireylerin sosyal kimliğine dair farklılıklarını, risk faktörlerini, kültürel özelliklerini bilmeleri gerekmektedir, bu durum bireyin kendisi için en uygun başa çıkma stratejisi seçmelerinde destekleyici ve kolaylaştırıcı faktör olacaktır. Kendi başa çıkma yöntemlerini belirlemek, tanı ve tedaviyi etkileyecek ve kadınların duygusal uyumunu artırmada daha çok etkili olacaktır (Nouman ve ark. 2018). İnfertil kadınların tanı, tedavi süreci ve tedavi sonucuna ilişkin belirsizlerini azaltmak, infertilite stresi baş etmelerini güçlendirmek için verilecek hemşirelik bakımı önemlidir. Hemşireler hastalığa ilişkin belirsizliği azaltmada kilit role sahiptirler (Mishel, 1990). Hemşirelik uygulamalarının başarısının artırılması için, girişimsel çalışmaların yapılması, sonuçlarının değerlendirilmesi ve bu sonuçların yaygınlaştırılması, infertilite nedeniyle yaşanan belirsizlik ve stresin çözümü için önemli bir katkı sağlayacaktır. Araştırmanın uygulama sürecinde, infertil bireylerin doğru değerlendirilmesi ve doğru hemşirelik tanısıyla uygun bakımın sağlanması bireylerin karşılaşabilecekleri sorunların çözümünü açısından sistematik yöntem sunan HBT'si hem infertil bireyler hem de hemşireler açısından kolaylaştırıcı olacaktır. İnfertilite tedavi olanaklarının çokluğu, infertil bireyler açısından alternatifler oluştururken, diğer yandan karmaşıklığa, belirsizliğe ve strese neden olabilmektedir. Tedavi başarısını azaltan infertilite stresi ve belirsizliğin azaltılmasında

hemşirelerin bireylere destek unsuru figürü olmaları, karışıklığa ve kararsızlığa neden olan bilgi ihtiyaçlarının karşılanması önemli olmaktadır.

İnfertilite için uygulanan tedavi yaklaşımları daha çok tıbbi tedavi odaklıdır. Bu doğrultuda Merle Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Teorisinin hemşirelik bakımına odaklanmış olması, infertil kadınların yaşadıkları sorunlara çözüm getireceğı inancıyla, bu kurama dayalı hemşirelik girişimlerinin planlanmasının, hem hemşirelik uygulama başarısını artıracığı hem de infertil bireylerin sorunlarına çözüm getireceğı düşünülmektedir.



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü (Araştırma Deseni)

Bu araştırma randomize kontrollü tek kör (bağımsız istatistikçi, katılımcılar) öntest-sontest kontrol gruplu deneysel modele göre tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran infertilite tanısı almış ve araştırma kriterlerine uyan kadınlarla Ocak-Haziran 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine infertilite tedavisi amacıyla başvuran kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme, sample size calculator programında hesaplanmıştır. İnfertil kadınların belirsizlik, anksiyete ve implantasyon oranı üzerine yapılan bir girişimin etkisini inceleyen bir çalışmadaki Mishel belirsizlik ölçeği puan ortalaması (30.12 ± 5.5) referans kabul alınarak (Kısmet vd., 2019) %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %80 örnek gücü ile örneklem büyüklüğü deney grubu için 32 ve kontrol grubu için 32 kişi olarak hesaplanmıştır. Katılımcı grubunda kayıplar olabileceği düşünülerek en az %10 yedek olarak alınarak, her bir grup için 35 kişi toplamda 70 kişi olarak örnek büyüklüğü belirlenmiştir. Çalışma deney grubunda 35, kontrol grubunda 35 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Randomizasyon

Araştırma kriterlerine uyan 70 kadının, deney ve kontrol gruplarına yansız olarak atanması amacıyla basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğinde, infertilite tedavisi amacıyla başvuran ve seçim kriterlerine göre seçilen kadınlardan örneklem havuzu oluşturulmuştur. Randomizasyon bilgisayar ortamında research randomizer web sitesi kullanılarak belirlenmiştir (<https://www.randomizer.org/>). Elde edilen sıraya göre deney ve kontrol grubundaki kadınlar belirlenmiştir.

3.3.2. Dahil Edilme Kriterleri

- Samsun’ da yaşayan
- 18 yaş ve üzeri olan
- Türkçe konuşup ve anlayan

- Telefonu ve interneti olan
- Okur-yazar olan
- Primer infertil olan
- Kronik hastalığı olmayan

3.3.3. Dışlama Kriterleri

- Görme ya da işitme engelli olan
- Akıllı cep telefonu olmayan
- Psikiyatrik hastalığı olan / psikiyatrik ilaç kullanan
- Sekonder infertilite olan

3.3.4. Çıkarılma Kriterleri

- Bir oturumdan fazlasına katılmaması
- Çalışmaya devam etmek istememesi
- Başka şehre göç etmesi
- Bireyin vefat etmesi

3.4. Araştırmanın değişkenleri

- **Bağımlı değişkenler:** Çalışma kapsamındaki kadınların infertilite kaynaklı yaşadıkları belirsizlik ve infertilite stresi ile başa çıkma düzeyleri.
- **Bağımsız değişkenler:** Çalışma kapsamındaki infertil kadınların sosyo-demografik özellikleri, İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı kapsamında yapılan girişimler

3.5. Verilerin Toplanma Süreci ve Veri Toplama Araçları

Araştırma öncesinde katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılıp katılmama noktasında bir zorunluluk olmadığı, katılmayı kabul ettikleri takdirde diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmıştır. Araştırmanın öntest-sontest verileri için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen kişisel bilgi formu (Ek-3), İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) (Ek-4), Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T) (Ek-5) kullanılmıştır.

Anket formu: Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen bu form kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşlerinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algıları, en uzun süre yaşanan yer, aile türü gibi tanıtıcı özelliklerini, evlilik yılı, infertilite tanısı alma yılı, gebelik geçirme durumu, çocuk sahibi olma, daha önce infertilite tedavisi alma

durumu, gebe kalmak amacıyla başvuru geleneksel çözüm yolları, infertilite tanısı alındığında yaşanan duygu durumları, infertilite tedavisi sürecinde aldıkları sosyal destek unsurları, kadın üreme organlarını ve işlevlerini bilme durumları, gebeliğin oluşumunu bilme durumları, kendisine ait infertilite nedenini bilme, kendisine uygulanan infertilite tedavisini bilme durumlarına yönelik soruları içermektedir (Sis Çelik, 2018; Doğaner Karakuş, 2019; Yılmaz ve Şahin, 2020) (Ek-3).

İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ): Ölçek 1996 yılında Schmidt tarafından geliştirilmiştir. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (The COMPI Coping Strategy Scales) dört alt boyuttan oluşan, hem kadınlara hem erkeklere uygulanabilen 19 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri: 1 den 17. Maddeye kadar dörtlü likert; kullanmadım= 1, bazen kullandım= 2, sık sık kullandım= 3, çok sık kullandım= 4 şeklinde sınıflandırılmıştır. 18. ve 19. maddeler ise hiç kimseyle paylaşmam= 1, yakınlarımla paylaşım= 2, tanıdığım çoğu kişi ile paylaşım= 3 şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. **1. aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi:** Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınma gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanan dört maddeden oluşmaktadır. Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 1, 2, 3, 4 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük 4 en yüksek 16 puan olabilir. Cronbach alpha değerini kadınlar için 0,68 bulmuştur. **2. aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi:** Duygularını ifade etmek ve başkalarına danışmak gibi düşünceleri içeren yedi maddeden oluşur. Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 5, 6, 7, 8, 9, 18 ve 19 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7 en yüksek puan 26 olabilir. Cronbach alpha değerini kadınlar için 0,76 bulmuştur. **3. pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi:** Bir mucize için umutlanmak, yapabileceği tek şeyin beklemek olduğunu hissetmek gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanan üç maddeden oluşur. Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 10, 11, 12 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 3 en yüksek puan 12 olabilir. Cronbach alpha değerini kadınlar için 0,46 bulmuştur. **4. anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi:** İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünmek, başka yaşam hedefleri bulmak gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanan beş maddeden oluşur. Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 13, 14, 15, 16, 17. sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük

puan 5 en yüksek puan 20 olabilir. Cronbach alpha değerini kadınlar için 0,59 bulmuştur (Şahin Yılmaz, 2012) (Ek-4). Bu çalışmanın cronbach alpha değeri 0.86 olduğu bulunmuştur.

Mishel Hastalık Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T): Merle Mishel tarafından 1986 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Çal ve Aydın Avcı (2021) tarafından yapılan ölçek kronik hastalığı olan bireylerin hastanede yatmadığı dönemlerde yaşadığı belirsizliği ortaya koymaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu 20 maddeden oluşur. Ölçek “mevcut durum algısı”, “anlama algısı” ve “belirsizlik” olmak üzere üç alt boyut ve toplam puan üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin 1., 2., 3., 4., 6., 8., 10., 11., 12., 13., 17. maddeleri mevcut durum algısını; 5., 7., 19., 20. maddeleri anlama algısını; 9., 14., 15., 16., 18. maddeleri belirsizlik alt boyutunu oluşturur. Ölçekte yer alan her bir madde “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5) olmak üzere beşli likert olarak değerlendirilir. Ölçekte 5, 7, 19, 20. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek puanı; her bir maddeye verilen puanların toplamından elde edilir. Ölçekten alınabilecek puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması hastalık belirsizliğinin arttığı şeklinde yorumlanır. Cronbach alpha değeri 0.79 bulmuştur (Çal ve Aydın Avcı 2021) (Ek-5). Bu çalışmanın cronbach alpha değeri 0.88 olduğu bulunmuştur.

3.6. Etik Uygunluk

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler etik kurulundan izni alınmıştır (Karar No: 2020/901). Çalışmanın yürütüleceği Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden izin alınmıştır (Karar No: E-15374210-044-22023) Araştırmaya başlamadan önce kadınlardan sözel ve yazılı olarak gönüllü katılım onamları alınmıştır.

3.7. İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı (İKAGÜP)

İnfertil kadınlara yönelik geliştirilen İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı (İKAGÜP) amacı: HBT'sine göre katılımcı infertil kadınların bilişsel şeması içerisinde yer alan uyaran çerçevesine, yapı sağlayıcı unsurların desteğini sağlayarak belirsizlik düşüncesini yeniden değerlendirmesini sağlamak, infertilite stresi ile başa çıkmalarını kolaylaştırmak için stresle başa çıkma yollarını öğrenmelerini sağlamak ve stresle, belirsizlikle mücadele etmelerini kolaylaştırmaktır.

İKAGÜP içeriği sorun merkezli-çekirdek eğitim yaklaşımından hareketle oluşturulmuştur. Programa ilişkin ihtiyaç analizi araştırmacı tarafından ulusal ve uluslararası çalışmalar taranarak, infertil kadınlarla yapılan pilot çalışma ve HBT'sinin varsayımsal yaklaşım üzerine inşa edilmiştir. Bu doğrultuda infertil kadınlara uygulanan anket formu ile literatür tarama ve

görüşmeler neticesinde toplanan veriler doğrultusunda kazanımlar (program hedefleri ve öğrenme ürünleri) belirlenmiştir. İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı, haftada 5 gün, 1'er saatlik olmak üzere, toplam 4 haftalık ve 20 oturumluk süreyi kapsamaktadır. Deney grubu 7 şer kişilik 5 gruba ayrılmıştır. Her bir oturum Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki dersliklerde gerçekleştirilmiştir. Her eğitim oturumu için ana temalar altında farklı alt başlıklar üzerinde durularak, yüz yüze görüşme, aktif dinleme, slayt sunumu, maketle düz anlatım, beyin fırtınası, tartışma ve soru-cevap teknikleri kullanılmıştır. Program modülleri (Ek-12) yer almaktadır.

3.7.1. Program Hedefleri- Öğrenme Ürünleri

1. Katılımcılar görüşmenin amacını bilir.
2. Kadın üreme sistemi anatomisini bilir.
3. Kadın üreme sistemi fizyolojisini bilir.
4. Gebeliğin oluşumunu bilir.
5. İnfertilitenin tanımını bilir.
6. İnfertilite nedenlerini bilir.
7. İnfertilite tedavi yöntemlerini bilir.
8. Gebeliğin oluşumu etkileyen faktörleri bilir.
9. Belirsizlik kavramını bilir.
10. İnfertilitede yaşanan belirsizliği bilir.
11. Belirsizliğin infertilite tedavileri üzerine etkilerini bilir.
12. İnfertilite stres kavramını bilir.
13. İnfertilite stresi ile baş etme yöntemlerini bilir.
14. Katılımcılar program sürecinde meydana gelen bilgi, farkındalıklarını ve becerilerini ifade eder.
15. Katılımcılar eğitim sonunda eğitim programı hakkındaki görüş ve önerilerini ifade eder.

3.7.2. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Araştırma araştırma eğitimi içeriğini hatırlatan, hedef kitleye uygun olarak hazırlanmış bilgi kitapçığı hazırlanmıştır. Bilgi kitapçığının içeriği uygulama sunumlarının daha kapsamlısı olacak şekilde hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığına iki Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doçenti tarafından incelenerek, önerileri ile son şekli verilmiştir. Eğitim kitapçığı program bittikten sonra girişim grubundaki kadınlara, araştırma bittikten sonra ise kontrol grubundaki kadınlara verilmiştir.

3.7.3. Eğitim sunumları

Araştırma kapsamındaki deney grubuna dahil olan kadınlara 4 hafta sürecek 2 oturum ön test son test, 2 oturum eğitim: Kadın üreme sistemi organları ve yapıları, Kadın üreme sistemi fizyolojisi, Ovülasyon, Fertilizasyon, İnfertilite, İnfertilite nedenleri, İnfertilite tedavi türleri, Stres, Stres nedenleri, Sresin belirtileri, Sresle başa çıkma yollarından oluşturacak eğitim sunumları, uzman görüşleri (1 Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi 1 Halk Sağlığı Hemşireliği Doçenti ve 1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doçenti) alınarak oluşturulmuştur.

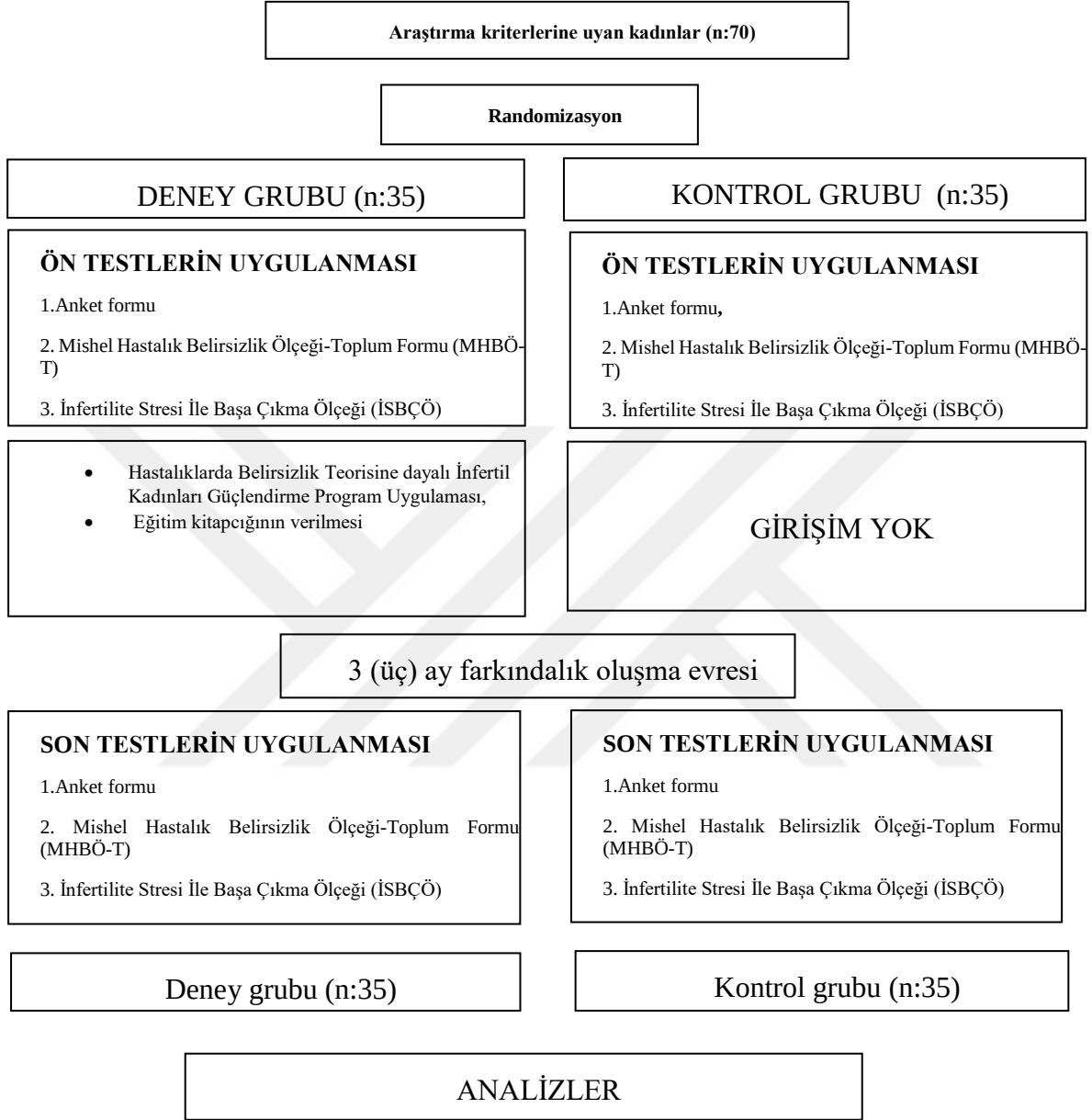
3.7.4. Araştırmacının infertilite (doğurganlık) destek sertifikasını alması

İnfertilite (doğurganlık) destek sertifika programı toplam 12 modülden ve 38 dersten oluşmaktadır. Sertifika programı hemşireler ve ebelerin infertil kadınlara doğurganlık için destek verebilmeleri amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanmış bir programdır. Program kapsamında kadın ve erkek bedenini tanıma, hormonlar, adet döngüsü, gebeliğin oluşumu, infertilite stresi ile başa çıkma yolları, infertilite tedavisine hazırlık, gebeliğin oluşumunu kolaylaştırma konularından oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından Haziran 2021 tarihinde sertifika programı tamamlanarak sertifika alınmıştır.

3.8. Veri Analizi

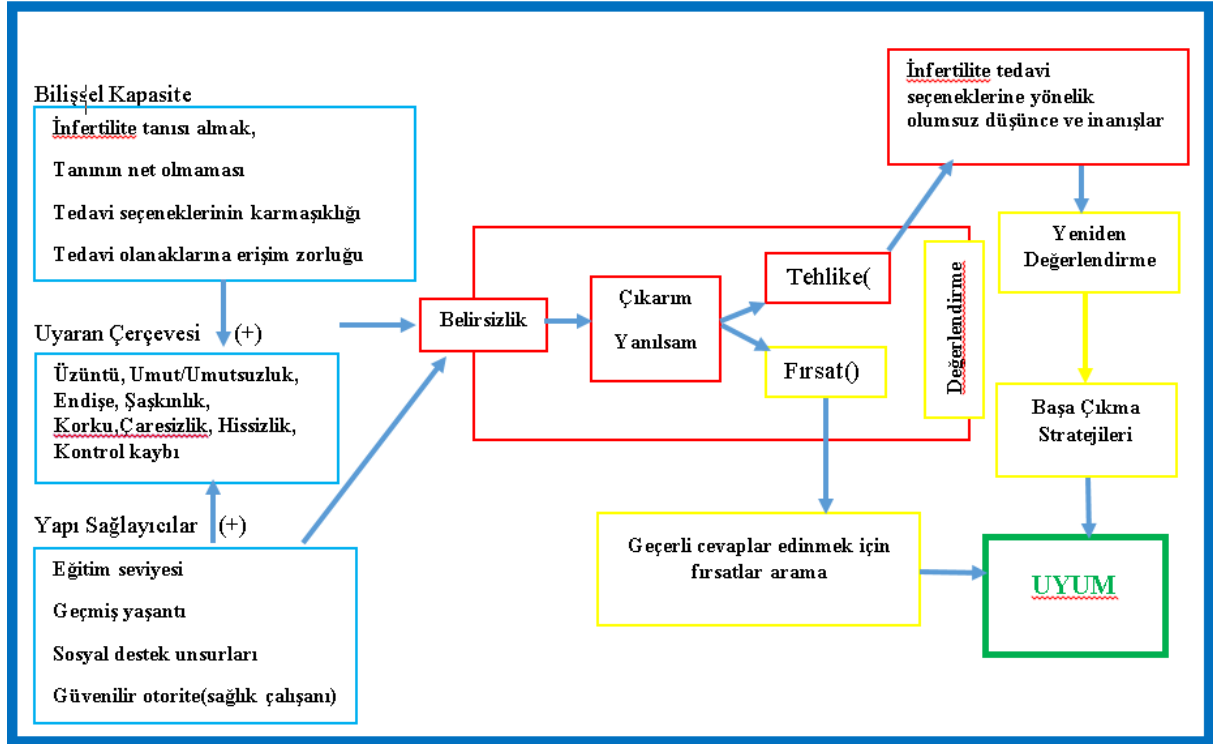
Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov testi ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan zamanlar arası karşılaştırılmasında eşli iki örnek t testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılmayan zamanlar arası karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı. Gruplara göre kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi, Yates düzeltmesi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Ön test ve son test farkı alınan ölçek puanlarına etki eden faktörler lineer regresyon ile incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı.

3.9. Araştırma Planı



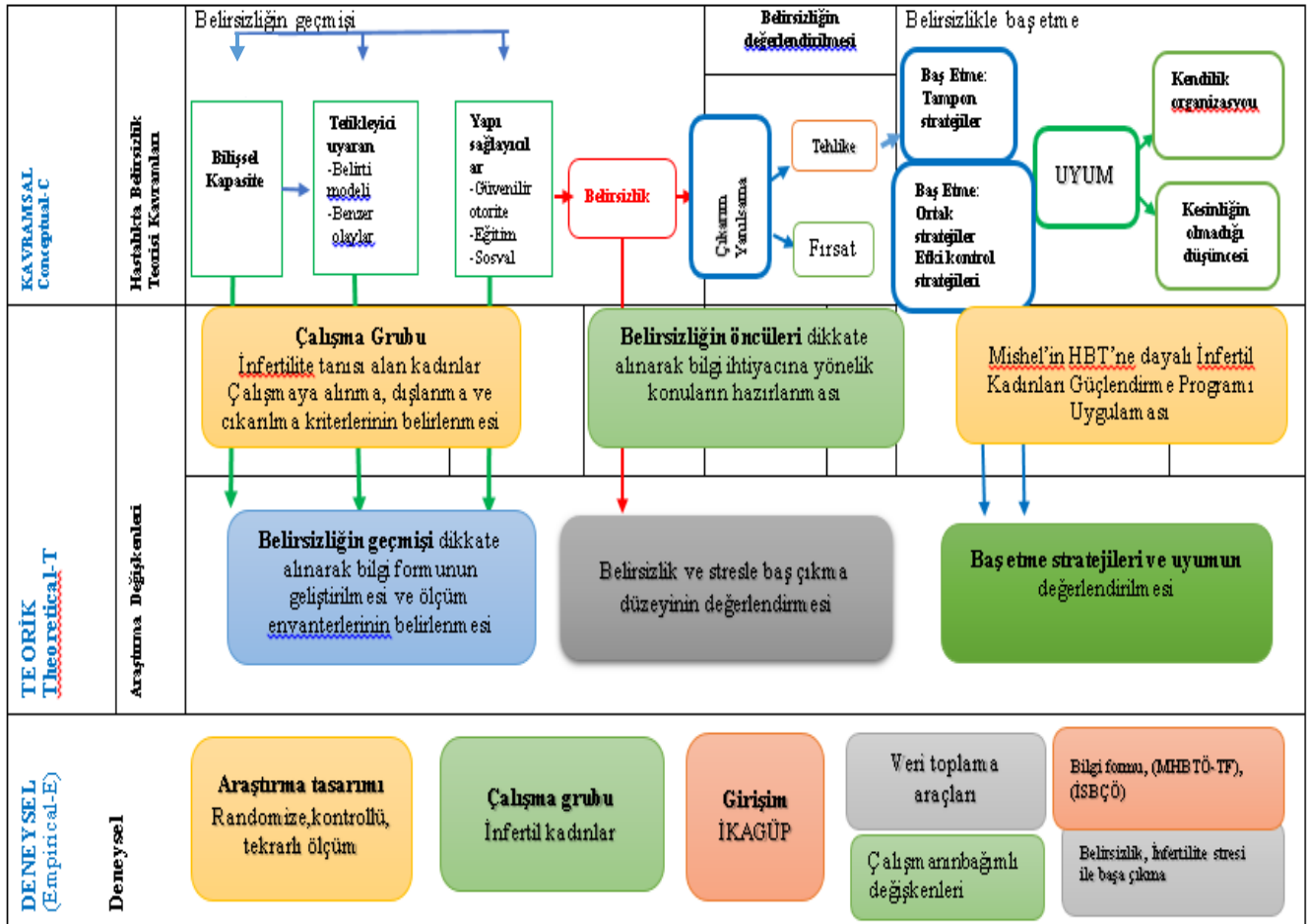
Şekil 3.1.Araştırma planı

3.10. İnfertilite için Hastalıkta Belirsizlik Teorisi kavram haritası



Şekil 3.2.Kavram haritası

3.11. Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının Belirsizlik ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi



MHBÖ-T: Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu, İSBÇÖ: İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği, İKAGÜP: İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı

Şekil 3.3. Kavramsal-Teorik-Deneyisel Şema

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)

	Deney Grubu	Kontrol grubu	Test ist.	p
	X±SS (min-max)	X±SS (min-max)		
Yaş	29.6 ± 4.9 28 (22 - 41)	28.9 ± 3.9 29 (22 - 39)	569	0.846****
Eşin Yaşı	32.5 ± 5.2 32 (25 - 45)	30.9 ± 4.4 30 (22 - 42)	511.5	0.234****
Evlilik Yılı	5.9 ± 4.8 4 (2 - 21)	5.6 ± 3.4 5 (2 - 16)	654	0.623****
	n (%)	n (%)		
Eğitim Durumu				
İlk Okul	1 (2.9)	0 (0.0)		
Orta Okul	5 (14.3)	2 (5.7)	2.667	0.446*
Lise	19 (54.3)	23 (65.7)		
Üniversite Ve Üzeri	10 (28.6)	10 (28.6)		
Eş Eğitim Durumu				
Orta Okul	5 (14.3)	1 (2.9)		
Lise	19 (54.3)	21 (60.0)	2.933	0.231*
Üniversite Ve Üzeri	11 (31.4)	13 (37.1)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	10 (28.6)	8 (22.9)	0.075	0.784**
Çalışmıyor	25 (71.4)	27 (77.1)		
Eş Çalışma Durumu				
Çalışıyor	32 (91.4)	32 (91.4)	---	1.000***
Çalışmıyor	3 (8.6)	3 (8.6)		
Gelir Durumu				
Gelir Giderden Az	18 (51.4)	21 (60.0)		
Gelir Gidere Eşit	15 (42.9)	13 (37.1)	0.707	0.702*
Gelir Giderden Fazla	2 (5.7)	1 (2.9)		
En Uzun Yaşanılan Yer				
Köy	6 (17.1)	4 (11.4)		
İlçe	5 (14.3)	7 (20.0)	0.733	0.693*
İl	24 (68.6)	24 (68.6)		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	27 (77.1)	30 (85.7)	0.378	0.539**
Geniş Aile	8 (22.9)	5 (14.3)		

*Pearson ki kare testi, **Yates düzeltilmeli ki kare testi, ***Fisher's ki kare testi, ****MannWhitney U testi, ---: Gözlem yetersizliğinden dolayı hesaplanamıştır.

Deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 29.6 ± 4.9 olduğu, %54.3'ünün lise mezunu, %71.4'ünün çalışmadığı, %51.4'ünün gelirinin giderinden az olduğu, %17.1'inin köyde yaşadığı, %22.9'unun geniş ailede yaşadığı bulunmuştur. Kontrol grubunda ki kadınların ise yaş ortalamalarının 28.9 ± 3.9 olduğu, %65.7'sinin lise mezunu, %77.1'inin çalışmadığı, %60.0'nın gelirinin giderinden az olduğu, %11.4'ünün köyde yaşadığı, %14.3'ünün geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri algılama durumu, en uzun yaşanılan yer ve yaşadıkları aile türü arasında istatistiksel olarak farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, infertilite tedavi tercihleri ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)

	Deney Grubu	Kontrol grubu	Test ist.	p
	n (%)	n (%)		
Daha Önce Tedaviye				
Başlama Durumu				
Başlayan	25 (71.4)	28 (80.0)	0.311	0.577**
Başlamayan	10 (28.6)	7 (20.0)		
Ebe-Hemşireye Başvuru				
Başvuran	19 (54.3)	18 (51.4)	0	1.000**
Başvurmayan	16 (45.7)	17 (48.6)		
Doktora Başvuru				
Başvuran	34 (97.1)	35 (100.0)	---	---
Başvurmayan	1 (2.9)	0 (0.0)		
Geleneksel İlaç Kullanımı				
Kullanan	19 (54.3)	22 (62.9)	0.235	0.628**
Kullanmayan	16 (45.7)	13 (37.1)		
Hocaya gitme				
Giden	6 (17.1)	3 (8.6)	---	0.477***
Gitmeyen	29 (82.9)	32 (91.4)		
Türbe, Yatır Ziyareti				
Yapan	8 (22.9)	4 (11.4)	0.905	0.341**
Yapmayan	27 (77.1)	31 (88.6)		

Yates düzeltmeli ki kare testi, *Fisher's ki kare testi, ---: Gözlem yetersizliğinden dolayı hesaplanamıştır.

Deney grubundaki kadınların %71.4'ünün daha önce infertilite tedavisi aldıkları, tedavi amacıyla %54.3'ünün ebe-hemşireye, %97.1'inin doktora, başvurdukları, %54.3'ünün geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıkları, %17.1'inin hocaya gittikleri, %22.9'unun türbe, yatır gibi yerlere ziyarette bulundukları belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların %80.0'mın daha önce infertilite tedavisi aldıkları, tedavi amacıyla %51.4'ünün ebe-hemşireye, %100.0'mın doktora, başvurdukları, %62.9'unun geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıkları, %8.6'sının hocaya gittikleri, %11.4'ünün türbe, yatır gibi yerlere ziyarette bulundukları belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların aralarında, infertilite tedavisi amacıyla başvurdıkları, kurum, kişi ve yöntemler bakımından istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.2).



Tablo 4.3.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların girişim öncesi infertilite tanısına yönelik tepkilerinin karşılaştırılması (n=70)

	Deney Grubu	Kontrol grubu	Test ist.	p
	n (%)	n (%)		
Üzüntü Hissetmek	34 (97.1)a	35 (100.0)a		
Korku Hissetmek	10 (28.6)a	6 (17.1)a		
Çaresizlik Hissetmek	8 (22.9)a	2 (5.7)b		
Şaşırmak	32 (91.4)a	24 (68.6)b	16,889	0,031*
Suçluluk Hissetmek	2 (5.7)a	1 (2.9)a		
Endişe Hissetmek	11 (31.4)a	7 (20.0)a		
Eksik-Yarım Hissetmek	3 (8.6)a	1 (2.9)a		
Kontrol Kaybı Hissetmek	2 (5.7)	0 (0.0)		

Çoklu yanıt, *Pearson ki kare testi, a-b: Aynı harfe sahip kategorilerin dağılımları arasında fark yoktur.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların infertilite tanısı aldıklarında yaşadıkları duygu durumlarına ilişkin değerlendirme tablo 4.4’de yer almaktadır. Deney grubunda ki kadınların %97.1’inin üzüldüğü, %28.6’sının korku hissettiği, %22.9’unun çaresizlik hissettiği, %91.4’ünün şaşırdığı, %5.7’sinin suçluluk hissettiği, %31.4’ünün endişelendiği, %8.6’sının kendisini eksik-yarım hissettiği, %5.7’sinin kontrolünü kaybettiği belirlenmiştir.

Kontrol grubunda ki kadınların %100.0’inin üzüldüğü, %17.1’inin korku hissettiği, %5.7’sinin çaresizlik hissettiği, %68.6’sının şaşırdığı, %2.9’unun suçluluk hissettiği, %20.0’inin endişelendiği, %2.9’unun kendisini eksik-yarım hissettiği belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların infertilite tanısını yönelik duygu durumları içerisinde şaşırma ve çaresizlik hissetme bakımından aralarındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$), diğer duygu durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların girişim öncesi sosyal destek özelliklerinin karşılaştırılması (n=70)

ÖZELLİKLER	Deney Grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	Test ist.	p
Eş Desteği				
Var	27 (77.1)	29 (82.9)	0.089	0.765**
Yok	8 (22.9)	6 (17.1)		
Aile Desteği				
Var	25 (71.4)	26 (74.3)	0.0	1.000**
Yok	10 (28.6)	9 (25.7)		
Arkadaş Desteği				
Var	14 (40.0)	8 (22.9)	1.657	0.198**
Yok	21 (60.0)	27 (77.1)		
Akraba Desteği				
Var	8 (22.9)	4 (11.4)	0.905	0.341**
Yok	27 (77.1)	31 (88.6)		
Sağlık Personel Desteği				
Var	11 (31.4)	3 (8.6)	4.375	0.036**
Yok	24 (68.6)	32 (91.4)		
Evlilik Danışmanlığı				
Hayır	35 (100.0)	35 (100.0)	---	---

**Yates düzeltmeli ki kare testi, ---: Gözlem yetersizliğinden dolayı hesaplanamıştır.

Deney grubundaki kadınların %77.1'inin eş desteği, %71.4'ünün aile desteği, %40.0'mın arkadaş desteği, %22.9'unun akraba desteği, %31.9'unun sağlık personeli desteği aldıkları, deney grubunda ki kadınların hiçbirinin evlilik danışmanlığı almadığı bulunmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların %82.9'unun eş desteği, %74.3'ünün aile desteği, %22.9'unun arkadaş desteği, %11.4'ünün akraba desteği, %8.6'sının sağlık personeli desteği aldıkları ve kontrol grubunda ki kadınların hiçbirinin evlilik danışmanlığı almadığı bulunmuştur.

Deney grubunda ki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek oranda sağlık personeli desteğinden yararlandıkları, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların, sağlık personel desteği dışındaki diğer sosyal destek bakımından aralarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5.Gruplara göre öntest-sontest üreme organlarını ve gebelik oluşumunu bilme durumlarının karşılaştırılması (n=70)

	Deney	Kontrol	Test ist.	p*
	öntest-sontest	öntest-sontest		
Üreme Organlarını Bilme Durumu				
Bilen	4 (11.4) - 27 (77.1)	5 (14.3) - 5 (14.3)		
Bilmeyen	2 (5.7) - 0 (0.0)	0 (0.0) - 0 (0.0)	25.387	<0.001
Kısmen bilen	29 (82.9)-8 (22.9)	30 (85.7) - 30 (85.7)		
Gebelik Oluşumunu Bilme Durumu				
Bilen	3 (8.6) - 26 (74.3)	4 (11.4) - 4 (11.4)		
Bilmeyen	2 (5.7) - 0 (0.0)	0 (0.0) - 0 (0.0)	25.725	<0.001
Kısmen bilen	30 (85.7) - 9 (25.7)	31 (88.6) - 31 (88.6)		

*Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Tablo 4.5’de gruplara göre üreme organı bilme durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Girişim sonrası deney grubu üreme organlarını bilenlerin oranı %77,1 iken, kontrol grubu üreme organlarını bilenlerin oranı %14,3 olarak belirlenmiştir. Gruplara göre gebelik oluşumunu bilme durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Girişim sonrası deney grubu gebelik oluşumunu bilenlerin oranı %74,3 iken, kontrol grubu gebelik oluşumunu bilenlerin oranı %11,4 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan infertil kadınların üreme organlarını ve gebeliğin oluşumunu bilme oranlarında artış olduğu, grup içi öntest-sontest farkının istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.6.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve alt boyutlarının gruplararası öntest-sontest puanları karşılaştırılması.

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ist.	p
	Ort. ± s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. ± s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puanı						
Ön Test***	43.0 ± 8.9	43 (23 - 71)	48.0 ± 9.7	46 (26 - 74)	-2.246	0.028**
Son test****	50.3 ± 7.4	50 (34 - 71)	48.6 ± 9.6	48 (29 - 74)	0.836	0.406**
Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi						
Ön Test	11.1 ± 4.3	11 (4 - 16)	10.8 ± 3.7	10 (4 - 16)	585.5	0.748*
Son test	8.1 ± 2.9	8 (4 - 16)	10.9 ± 3.6	11 (4 - 16)	901	0.001*
Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma						
Ön Test	14.5 ± 3.5	14 (8 - 23)	18.9 ± 4.9	20 (8 - 26)	923.5	<0.001*
Son test	21.7 ± 4.0	22 (14 - 26)	18.7 ± 4.7	19 (9 - 26)	405.5	0.014*
Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma						
Ön Test	8.8 ± 2.9	9 (3 - 12)	9.6 ± 2.8	12 (3 - 12)	726.5	0.163*
Son test	6.0 ± 2.1	6 (3 - 12)	9.4 ± 2.8	9 (3 - 12)	1006	<0.001*
Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma						
Ön Test	8.7 ± 3.8	7 (5 - 20)	8.8 ± 3.4	10 (5 - 20)	642	0.724*
Son test	14.5 ± 3.4	15 (9 - 20)	9.5 ± 3.5	10 (5 - 20)	187.5	<0.001*

*Mann Whitney U testi, **Bağımsız iki örnek t testi, Ön test (Girişim öncesi)*** Son test (Girişim sonrası)****

Girişim öncesi deney grubunun infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değeri 43.0 ± 8.9 iken kontrol grubu ortalama değeri 48.0 ± 9.7 olarak elde edilmiş olup girişim öncesi kontrol grubunun öntest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre öntest infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Girişim sonrası deney grubunun infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değeri 50.3 ± 7.4 iken, kontrol grubu ortalama değeri 48.6 ± 9.6 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre son test infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim sonrası deney grubunun aktif-yok sayma başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değeri 8.1 ± 2.9 iken, kontrol grubu ortalama değeri 10.9 ± 3.6 olarak elde edilmiş olup kontrol grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest aktif-yok sayma başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Girişim sonrası deney grubunun aktif-mücadele başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değeri 21.7 ± 4.0 iken, kontrol grubu ortalama değeri 18.7 ± 4.7 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest aktif-mücadele başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Girişim sonrası deney grubunun pasif-yok sayma başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değeri 6.0 ± 2.1 iken, kontrol grubu ortalama değeri 9.4 ± 2.8 olarak elde edilmiş olup kontrol grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest pasif-yok sayma başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Girişim sonrası deney grubunun anlam bulma temelli başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değeri 14.5 ± 3.4 iken, kontrol grubu ortalama değeri 9.5 ± 3.5 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest anlam bulma temelli başa çıkma alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve alt boyutlarının grup içi öntest-sontest puanları karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Öntest***	Sontest****	Öntest***	Sontest****
	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)
İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puanı	43.0 $\pm$ 8.9 43 (23 - 71)	50.3 $\pm$ 7.4 50 (34 - 71)	48.0 $\pm$ 9.7 46 (26 - 74)	48.6 $\pm$ 9.6 48 (29 - 74)
Test ist.	-5.421		-1.08	
p	<0.001**		0.288**	
Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma	11.1 $\pm$ 4.3 11 (4 - 16)	8.1 $\pm$ 2.9 8 (4 - 16)	10.8 $\pm$ 3.7 10 (4 - 16)	10.9 $\pm$ 3.6 11 (4 - 16)
Test ist.	-3.256		0.921	
p	0.001*		0.357*	
Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma	14.5 $\pm$ 3.5 14 (8 - 23)	21.7 $\pm$ 4.0 22 (14 - 26)	18.9 $\pm$ 4.9 20 (8 - 26)	18.7 $\pm$ 4.7 19 (9 - 26)
Test ist.	4.75		-0.296	
p	<0.001*		0.767*	
Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma	8.8 $\pm$ 2.9 9 (3 - 12)	6.0 $\pm$ 2.1 6 (3 - 12)	9.6 $\pm$ 2.8 12 (3 - 12)	9.4 $\pm$ 2.8 9 (3 - 12)
Test ist.	-3.772		-1.242	
p	<0.001*		0.214*	
Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma	8.7 $\pm$ 3.8 7 (5 - 20)	14.5 $\pm$ 3.4 15 (9 - 20)	8.8 $\pm$ 3.4 10 (5 - 20)	9.5 $\pm$ 3.5 10 (5 - 20)
Test ist.	4.491		1.527	
p	<0.001*		0.127*	

*Wilcoxon testi, **Eşli iki örnek t testi, Ön test (Girişim öncesi)*** Son test (Girişim sonrası)****

Girişim öncesi deney grubunun infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değeri 43.0 $\pm$ 8.9 iken, girişim sonrası 50.3 $\pm$ 7.4 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0.001). Girişim öncesi kontrol grubunun infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı ortalama değeri 48.0 $\pm$ 9.7 iken, girişim sonrası 48.6 $\pm$ 9.6 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu

öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun aktif-yok sayma başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 11.1 ± 4.3 iken, girişim sonrası 8.1 ± 2.9 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun aktif-yok sayma başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 10.8 ± 3.7 iken, girişim sonrası 10.9 ± 3.6 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun aktif-mücadele etme başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 14.5 ± 3.5 iken, girişim sonrası 21.7 ± 4.0 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun aktif-mücadele etme başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 18.9 ± 4.9 iken, girişim sonrası 18.7 ± 4.7 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun pasif-yok sayma başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 8.8 ± 2.9 iken, girişim sonrası 6.0 ± 2.1 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun pasif-yok sayma başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 9.6 ± 2.8 iken, girişim sonrası 9.4 ± 2.8 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun anlam bulma temelli başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 8.7 ± 3.8 iken, girişim sonrası 14.5 ± 3.4 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun anlam bulma temelli başa çıkma alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 8.8 ± 3.4 iken, girişim sonrası 9.5 ± 3.5 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu ve alt boyutları gruplar arası öntest-sontest puanlarının karşılaştırılması.

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test.ist.	p
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplam Puanı						
Ön test ***	84.9 $\pm$ 13.8	88 (46 - 100)	84.9 $\pm$ 11.7	80 (61 - 100)	594.5	0.832*
Son test *****	51.5 $\pm$ 20.4	42 (27 - 100)	86.6 $\pm$ 10.3	87 (64 - 100)	1117	<0.001*
Mevcut Durum Algısı						
Ön Test	48.3 $\pm$ 7.3	50 (28 - 55)	47.5 $\pm$ 6.5	44 (33 - 55)	539	0.383*
Son test	29.8 $\pm$ 10.9	24 (15 - 55)	48.0 $\pm$ 6.0	48 (33 - 55)	1111	<0.001*
Anlama Algısı						
Ön Test	15.8 $\pm$ 3.6	16 (8 - 20)	16.7 $\pm$ 2.6	16 (11 - 20)	678.5	0.424*
Son test	8.9 $\pm$ 4.4	8 (4 - 20)	17.0 $\pm$ 2.6	18 (9 - 20)	1127.5	<0.001*
Belirsizlik						
Ön test	20.8 $\pm$ 3.9	20 (10 - 25)	20.8 $\pm$ 3.7	20 (12 - 25)	581.5	0.709*
Son test	12.8 $\pm$ 5.9	10 (5 - 25)	21.6 $\pm$ 2.9	21 (15 - 25)	1063	<0.001*

*Mann Whitney U testi, **Eşli iki örnek t testi, Ön test (Girişim öncesi)*** Son test (Girişim sonrası)*

Tablo 4.8’de deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu ve alt boyutları ön test son test puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Girişim öncesi deney grubunun Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değeri 84.9 ± 13.8 iken kontrol grubu ortalama değeri 84.9 ± 11.7 olarak elde edilmiş olup girişim öncesi grupların puan ortalamalarının yakın olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre öntest Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Girişim sonrası deney grubunun Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değeri 51.5 ± 20.4 iken, kontrol grubu ortalama değeri 86.6 ± 10.3 olarak elde edilmiş olup kontrol grubunun sontest puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Girişim sonrası deney grubunun mevcut durum algısı alt boyutu puanı ortalama değeri 29.8 ± 10.9 iken, kontrol grubu ortalama değeri 48.0 ± 6.0 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest mevcut durum algısı alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Girişim sonrası deney grubunun anlama algısı alt boyutu puanı ortalama değeri 8.9 ± 4.4 iken, kontrol grubu ortalama değeri 17 ± 2.6 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest anlama algısı alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Girişim sonrası deney grubunun belirsizlik alt boyutu puanı ortalama değeri 12.8 ± 5.9 iken, kontrol grubu ortalama değeri 21.6 ± 2.9 olarak elde edilmiş olup deney grubunun sontest puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre sontest belirsizlik alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu ve alt boyutlarının grup içi öntest-sontest puanlarının karşılaştırılması.

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Öntest**	Sontest***	Öntest**	Sontest***
	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)
Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplam Puanı	84.9 $\pm$ 13.8 88 (46 – 100)	51.5 $\pm$ 20.4 42 (27 - 100)	84.9 $\pm$ 11.7 80 (61 - 100)	86.6 $\pm$ 10.3 87 (64 - 100)
Test ist.	-4.772		1.122	
p	<0.001*		0.262*	
Mevcut Durum Algısı	48.3 $\pm$ 7.3 50 (28 - 55)	29.8 $\pm$ 10.9 24 (15 - 55)	47.5 $\pm$ 6.5 44 (33 - 55)	48.0 $\pm$ 6.0 48 (33 - 55)
Test ist.	-4.77		0.714	
p	<0.001*		0.475*	
Anlama Algısı	15.8 $\pm$ 3.6 16 (8 - 20)	8.9 $\pm$ 4.4 8 (4 - 20)	16.7 $\pm$ 2.6 16 (11 - 20)	17 $\pm$ 2.6 18 (9 - 20)
Test ist.	-4.453		1.112	
p	<0.001*		0.266*	
Belirsizlik	20.8 $\pm$ 3.9 20 (10 - 25)	12.8 $\pm$ 5.9 10 (5 - 25)	20.8 $\pm$ 3.7 20 (12 - 25)	21.6 $\pm$ 2.9 21 (15 - 25)
Test ist.	-4.564		1.427	
p	<0.001*		0.154*	

*Wilcoxon testi, Ön test (Girişim öncesi)** Son test (Girişim sonrası)***

Girişim öncesi deney grubunun Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değeri 84.9 ± 13.8 iken, girişim sonrası 51.5 ± 20.4 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı ortalama değeri 84.9 ± 11.7 iken, girişim sonrası 86.6 ± 10.3 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun mevcut durum algısı alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 48.3 ± 7.3 iken, girişim sonrası 29.8 ± 10.9 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun mevcut durum algısı alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 47.5 ± 6.5 iken, girişim sonrası 48.0 ± 6.0 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun anlama algısı alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 15.8 ± 3.6 iken, girişim sonrası 8.9 ± 4.4 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun anlama algısı alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 16.7 ± 2.6 iken, girişim sonrası 17 ± 2.6 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Girişim öncesi deney grubunun belirsizlik alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 20.8 ± 3.9 iken, girişim sonrası 12.8 ± 5.9 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Girişim öncesi kontrol grubunun belirsizlik alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 20.8 ± 3.7 iken, girişim sonrası 21.6 ± 2.9 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu öntest-sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10.Deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların, ön test-sontest ölçek puanları ve alt boyutları puanları farkının karşılaştırılması.

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ist.	p*
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği Toplam Puanı fark	-7,26 $\pm$ 7,92	-6 (-32 - 7)	-0,54 $\pm$ 2,97	-1 (-10 - 5)	979,0	<0,001
Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi Puanı fark	2,97 $\pm$ 4,32	3 (-4 - 11)	-0,17 $\pm$ 1,12	0 (-5 - 3)	353,0	0,001
Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi Puanı fark	-7,2 $\pm$ 5,48	-8 (-18 - 2)	0,14 $\pm$ 1,79	0 (-2 - 7)	1081,5	<0,001
Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi fark	2,74 $\pm$ 3,4	3 (-3 - 8)	0,14 $\pm$ 1	0 (-2 - 3)	373,5	0,002
Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi Puanı fark	-5,77 $\pm$ 4,71	-6 (-15 - 6)	-0,66 $\pm$ 2,34	0 (-10 - 3)	1023,5	<0,001
Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplam Puanı fark	33,43 $\pm$ 23,85	42 (-12 - 62)	-1,69 $\pm$ 6,22	0 (-18 - 9)	141,5	<0,001
Mevcut Durum Algısı Puanı fark	18,49 $\pm$ 12,83	22 (-3 - 35)	-0,54 $\pm$ 3,25	0 (-11 - 6)	150,0	<0,001
Anlama Algısı Puanı fark	6,89 $\pm$ 6,01	8 (-6 - 16)	-0,31 $\pm$ 1,84	0 (-5 - 5)	196,0	<0,001
Belirsizlik Puanı fark	8,06 $\pm$ 6,2	10 (-4 - 17)	-0,83 $\pm$ 2,65	0 (-8 - 3)	145,0	<0,001

*Mann Whitney U testi

Gruplara göre infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri -6 iken, kontrol grubu son test ortanca değeri -1 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi puanı fark ($p=0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri 3 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi son test puanı fark ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri -8 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi puanı fark ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$). Deney grubu son test ortanca değeri 3 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi puanı fark son test ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri -6 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir.

Gruplara göre Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı fark ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri 42 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre mevcut durum algısı puanı fark ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri 22 iken kontrol grubu ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre anlama algısı son test puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri 8 iken kontrol grubu son test ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre belirsizlik puanı fark ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Deney grubu son test ortanca değeri 10 iken kontrol grubu son test ortanca değeri 0 olarak elde edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde tedavi gören infertilite tanısı almış kadınlara yönelik Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi’ ni incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma hipotezleri doğrultusunda bu bölümde tartışılacaktır.

Literatürde, Merle Mishel tarafından geliştirilen Hastalıkta Belirsizlik Teorisinin (HBT) etkililiği; kanser hastaları, kanserli çocukların bakım vericileri, demanslı hastaların bakım vericileri, yoğun bakım, hepatit C, kalp yetmezliği, prostat, böbrek yetmezliği, covid-19 ve multipl skleroz hastaları ile yapılan çalışmalara (Fernandez ve ark, 2009; Lina ve ark, 2010; Unson ve ark, 2010; Cypress, 2015; Reinoso 2016; Chen ve ark, 2018; Goutzamanis ve ark, 2018; Carlson ve ark, 2020; Guan ve ark, 2020; Pearce ve Meyer, 2020; Çınar ve ark, 2020; Özkan, 2020; Taş Bora ve Buldukoğlu, 2020; Çamlıca ve Coşkun Erçelik 2022; Özkan ve Taş Arslan 2022; Turgut ve ark, 2022) rastlanmasına rağmen, teorisinin infertilite üzerine yapılan çalışmalara rastlanmamaktadır.

İnfertilite basit bir jinekolojik hastalık olmaktan öte özellikle kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyen olumsuzlukları beraberinde getiren bir durumdur (Sezgin ve Hocaoglu, 2014). İnfertilitenin tedavi süreci çiftleri strese sokmakta ve üzerlerinde yüksek baskı oluşturmaktadır. Baskı ve çaresizlik duygusu bireylerin tıbbi yöntemler dışında farklı yollardan da tedavi olanaklarını kullanmalarına yöneltmektedir. Bu nedenle dünyada pek çok toplumun infertilite için geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıkları bilinmektedir (Malinowski, 2016; Yakut İpekoğlu ve Baha Oral, 2019). Geleneksel tedavi amaçlı yapılan uygulamalar genellikle o toplumun kültürüne özgü uygulamalardır (Soyiç ve Süzer Özkan, 2020). Araştırma bulgularına göre girişim öncesinde deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların tedavi amacıyla, ebe-hemşireye, doktora, türbe-yatır ziyaretine, hocaya (muska ve dua amaçlı) başvururken, deney grubunun %53.4’ü, kontrol grubunun ise %62.9’unun geleneksel tedavi yöntemlerine başvurdukları ve her iki grubunda tedavi amacıyla bir çok yolu denedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu özellikler bakımından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamış olup, benzer özellikler taşıdığı söylenebilir. Yapılan pek çok çalışmada kadınların infertilite tedavisi amacıyla geleneksel yöntemlere (bitkisel ilaçlar içme, çeşitli gıdaların tüketilmesi, kadın

genital organlarına yapılan uygulamalar, beden üzerine yapılan uygulamalar vb.,) başvurdıkları ve/veya geleneksel ritüeller (türbe, yatır, ziyaretleri, kurban kesme, oruç tutma, adakta bulunma, dilek tutma, muska kullanma, dua etme vb.,) uyguladıkları, sağlık kurumu ve sağlık personeli dışında ara ebesine, hocaya başvurma gibi yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir (Smith ve ark, 2010; Çakırer ve Işık Çalışkan, 2010; Ghazeeri ve ark, 2012; Topdemir Koçyiğit, 2012; Yalçın, 2012; Roundsary ve ark, 2014; Başgöl ve Beji Kızılkaya, 2016; Sis Çelik ve Kırca, 2018; Özkan ve ark, 2018; Çakırer Çalbayram ve ark, 2019; Yakut İpekoğlu ve Baha Oral, 2019; Emül ve ark, 2020; Soyiç ve Süzer Özkan, 2020; Bıçakçı ve Türk, 2021; Acar ve ark 2021). Acar ve arkadaşlarının (2021) yapmış oldukları çalışmada kadınların geleneksel uygulama kullanımından sonra, gebe kalamayanların sadece %8.4'ünün tedavi amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvurdıkları belirtilmiştir. Yalçın'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada çocuğu olmayan kadınların %76.4'ünün gebe kalmak için ara ebesini tercih ettikleri belirtilmiştir. Çakırer Çalbayram ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada kadınların %69.9'u infertilite tedavisi için doktora gitmek gerektiğini, %13,9'u ise herhangi bir geleneksel uygulama yapılmasının gerekliliğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde infertil kadınların tedavi amacıyla tıbbi yöntemler ve sağlık kuruluşları dışında da gebe kalmak için farklı yollara başvurdıkları belirlenmiştir.

İnfertilite tanısı almak; şok, inkar, anksiyete, öfke, kontrol kaybı, suçluluk, yalnızlık, yabancılaşma ve kabullenme gibi evreleri yaşatan kriz sürecidir (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Kadınlar için infertilite; doğuramama, rol kaybı, eksik hissetme, benlik saygısında azalma, yalnızlık anlamına gelebilmektedir (Yücesoy ve ark, 2021). Bu nedenle bireyler infertilite tanısına karşı şok, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, kıskançlık gibi duygusal tepkiler gösterebilmektedirler (Wiweko ve ark, 2017; Kaplan, 2018). Bu araştırma bulgularına göre hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların ilk infertilite tanısı aldıklarında şaşkınlık, üzüntü, eksik-yarım hissetmek, korku, çaresizlik, suçluluk, endişe, kontrol kaybı gibi duygu durumlarını yaşadıkları ve deney grubundaki kadınların şaşkınlık ve çaresizlik hisseden kadınların oranlarının, kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.3). Kırca ve Pasinlioğlu'nun (2013) belirttiğine göre bireylerin infertiliteye yönelik: şok, şaşkınlık, inanmama, yadsıma (inkar), anksiyete, öfke, suçluluk, kontrol kaybı ve çözülme şeklinde tepki verdikleri ve bu tepkilerin ölen insanların yakınlarının yaşadığı yas sürecine benzetildiği belirtilmiştir. Domar ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada infertil kadınların infertilite tanısı ile birlikte en çok sosyal, ekonomik kaygı ve

belirsizlik yaşadıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Omu ve Omu'nun (2010) Kuveyt'e infertil kadınlarla yapmış oldukları çalışmada kadınların infertilite tanısına karşı: kaygı, öfke, yıkılmışlık hissi, güçsüzlük, başarısızlık duygusu, ezici hayal kırıklığı, baş ağrısı, hüsrana, kontrolsüz ağlama, sinirlilik, endişe, işe yaramazlık hissi, harap olmuş hissi, yüksek düzeyde üzüntü, utanma, baskı altında hissetme gibi duygu durumlarını yaşadıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada yer alan kadınların ilk infertilite tanısı aldıkları zaman yaşadıkları duygu durumları literatür ile örtüştüğü görülmektedir.

HBT'ne göre; hastalığa dair bilişsel şemanın oluşumunda uyaran çerçevesine destek sağlayan yapı sağlayıcılar önem arz eder. Yapı sağlayıcı unsurlar, bireyin uyaran çerçevesinin yorumlanmasında kişiye yardımcı olan sosyal destek ve bireye sağlık hizmeti sunan güvenilir otorite kaynaklarıdır (Mishel, 1990; Wellam ve ark, 2008; Martinez 2010; Britt ve ark, 2012; Yingzi Zhang, 2017; Hacı ve ark, 2021; Cui ve ark, 2021). Ayrıca hasta bireylerin arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, stres ve belirsizliği azaltma ve ruhsal rahatlatma da önemli role sahiptir (Unson ve ark, 2015). Bu araştırmada girişim öncesinde deney ve kontrol grubunda yer alan infertil kadınların eş, aile, arkadaş ve akraba desteğini benzer oranda aldıkları belirlenirken, sağlık personeli desteği bakımından deney grubundaki kadınların %31.4'ü, kontrol grubundaki kadınların yalnızca %8.6'sının sağlık personeli desteği aldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre girişim öncesi dönemde deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara oranla, güvenilir otorite olan sağlık personeli desteği alanların oranı daha yüksek olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.4). Araştırma bulgularına göre hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların infertilite ile mücadelede eş ve aile desteği açısından yüksek oranda faydalanabildikleri söylenebilirken, sosyal desteğin diğer bileşenlerini oluşturan arkadaş ve güvenilir otorite figürü oluşturan sağlık personeli desteğinden yeterince faydalanamadıkları söylenebilir. Özellikle kontrol grubundaki kadınların bu anlamda daha dezavantajlı konumda oldukları sonucu çıkarılabilir. Zorlu ve Erbaş'ın (2021) yaptıkları çalışmada infertilite sorunuyla, çevreleri ve eşleriyle konuşarak baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha az etkilendikleri, sosyal ortamlardan kaçınarak baş etmeye çalışan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendikleri belirtilmiştir. Karaca ve Ünsal'ın (2015) yapmış oldukları çalışmada infertil kadınların %92'sinin eş desteği aldıkları ancak eşlerinin aileleri başta olmak üzere toplumun diğer sosyal destek unsurlarından kaçındıkları belirtilmiştir. Atıntop ve Kesgin'in (2018) yaptıkları çalışmada katılımcıların %20.3'ünün yetersiz sosyal destek aldıkları, %18.4'ünün hiç destek almadıkları belirtilmiştir. Bir başka çalışmada infertil kadınların aile ve arkadaşlarından aldıkları desteğin yüksek düzeyde

olduğu belirtilmiştir (Nuri Turhal ve Sis Çelik, 2019). Mahadeen ve arkadaşlarının (2018) Ürdün’de yaptıkları bir çalışmada ise infertil kadınların % 20.7’sinin aile, % 16.8’inin arkadaş ve %21.8 diğer sosyal çevre desteği aldıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada yer alan kadınların daha düşük düzeyde sosyal destek aldıkları ve bunun da kültür farkından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. İnfertil kadınlar için eş desteği, temel destek kaynağını oluşturmaktadır. İran’da yapılan bir başka çalışmada aile ve diğer sosyal destek unsurları olumlu bir rol oynamasa bile, eşin empati, sevgi, sadakat ve yeterli desteği, kadınların umudunu canlı tutması, tedaviye devam edebilmeleri ve güven duymaları için gerekli duygusal desteği sağlayabileceği sonucuna varıldığı belirtilmiştir (Jafarzadeh Kenarsari ve ark, 2015). İnfertilite tedavisi sürecinde kadınların hem infertilite stresi ile başa çıkmalarında, hem de yaşadıkları belirsizlik düzeyinin azalmasında eş desteği, sosyal destek ve güvenilir otorite rolünü üstlenen sağlık personeli desteğinin kilit role sahip olduğu söylenebilir. Bazı kültürlerde infertil kadın için sosyal ve ekonomik destek eksikliği yaşadıkları psikolojik travmayı daha da derinleştirmekte olduğu (Fahami ve 2010), kadınların infertilite nedeniyle yaşadıkları stres ile baş etmek için eşleri ve diğer infertil kadınlarla sorunlarını paylaştıkları (Karaca ve Unsal, 2015), eşlerin birbirleriyle, yakın çevreleri ve infertiliteyi deneyimleyen bireylerle infertiliteye yönelik duygu ve düşüncelerini paylaşmaları, yaşadıkları stresini azaltacağı, infertilite ile baş etmede etkili yöntemler arasında olduğu belirtilmektedir (Jafarzadeh-Kenarsari ve ark, 2015; Zorlu ve Erbaş, 2021; Nuri Turhal ve Sis Çelik, 2019). Bu bulgular; infertil kadınların tanı ve tedavi süreçlerinden olumsuz etkilenmelerinin azaltılması için algıladıkları sosyal desteklerin yeterli olması gerektiğinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmada girişim öncesinde deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların üreme organları ve gebelik oluşumu hakkında bilgisinin sınırlı olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınları güçlendirme programı uygulaması sonrasında (girişim sonrası) deney grubunda yer alan kadınların, kadın üreme organları ve işlevlerini ve gebeliğin oluşumu hakkında tam olarak bilme durumlarının yükseldiği, kontrol grubunun bilgi düzeyinin son test sonuçlarına göre değişim olmadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.001$)(Tablo 4.5). İnfertil kadınları güçlendirme programı kadınların bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilediği ve bilgi düzeylerini artırdığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde Çakı ve Sohbet’in (2021) yapmış oldukları çalışmada infertil kadınların %77.1’inin adet düzeni hakkında, %97.5’inin adet süresi hakkında, %73.9’unun ovulasyon hakkında, %20.4’ünün döllenme hakkında bilgi sahibi oldukları ve bilgi açısından infertil kadınların fertil kadınlardan daha yüksek oranda oldukları belirtilmiştir. Bu durum

ile ilgili infertil kadınların fertilizasyon ile ilgili araştırmaya daha çok yönelim gösterdikleri söylenebilir. Yapılan başka bir çalışmada infertil kadınların kendilerinin çocuk sahibi olmak hakkında araştırma yaptıklarını, ancak bu bilgilerin karışıklığa neden olduğunu, doğru ve detaylı bilgilendirmenin tedavi aldıkları sağlıkçılar tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada infertil kadınlar hastalıkları ve tedavi ile ilgili bilgi talep etmelerine rağmen, sağlık çalışanlarının bu konuda duyarsız kaldıkları veya çok hızlı açıklamalar yapıldığı için hiçbir bilgi edinemediklerini belirtmişlerdir (Jafarzadeh-Kenarsari ve ark, 2015). Bu durum çalışmada bulguları ile karşılaştırıldığında sağlık personeli tarafından verilen eğitimin, kadınların doğru bilgi sahibi olmalarında daha etkili olduğu söylenebilir.

Deney grubunda yer alan infertil kadınların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) toplam puanın girişim öncesi 43.0 ± 8.9 , girişim sonrası 50.3 ± 7.4 olduğu, puan ortalamasının girişim sonrasında girişim öncesine göre artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Deney grubunda yer alan infertil kadınlara uygulanan HBT'ne dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programı sonrasında infertilite stresi ile başa çıkma puanlarında meydana gelen artış, kadınların infertilite stresi ile başa çıkmayı öğrenmede olumlu yönde etkilendiklerini ortaya koymaktadır. Girişim öncesinde kontrol grubunun puan ortalamasının deney grubuna göre daha yüksek olmasına karşın, girişim sonrası deney grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$)(Tablo 4.6). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen 'İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının'(İKAGÜP) deney grubundaki infertil kadınların, infertilite stresi ile başa çıkma düzeylerin kontrol grubundaki kadınlara göre artacaktır, şeklindeki **H_{1a} Hipotezi kabul edilmiştir.**

Araştırmaya benzer şekilde Afyonkale Talay'ın (2018), infertiliteyle başetme becerisi geliştirme programının uygulaması sonrasında katılımcıların toplam stres puanlarının azaldığı belirtilmiştir. Eroğlu ve Temiz'in (2020) yapmış oldukları çalışmada kadınların evlilik süreleri arttıkça infertilite stresi ile başa çıkma ölçek puanlarının arttığı ve verilen eğitim sonrası puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir. Literatürde araştırma bulgularına benzer şekilde infertilite stresi üzerine yapılan uygulamalı çalışmaların girişim sonucunda infertil kadınların stres düzeylerini azalttığı görülmüştür. Mosalanejad ve Khodabakshi Koolee'nin (2013) infertil kadınlarla logoterapinin infertilite stresi üzerine yapmış oldukları çalışmada deney ve kontrol grupları arasında stres ile başa çıkma puanların

anlamlılık göstermediği, ancak kadınların stres puanlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Faramarzi ve arkadaşlarının (2013) infertil kadınlarla yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada bilişsel davranış terapisinin kadınların stres düzeylerini azalttığı belirtilmiştir. Yine benzer şekilde kontrol gruplu randomize bir çalışmada deney grubunda yer alan kadınların psikolojik müdahale programı sonrasında genel kaygı ve stres düzeylerinde azalma görüldüğü belirtilmiştir (Domar ve ark, 2015). Karpas ve Ersoy'un (2020) yaptıkları çalışmada infertilite nedeni kendisinden kaynaklanan kadınların diğer kadınlara göre infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Sonuçlar bakımından değerlendirildiğinde bu çalışma sonuçlarının literatür ile örtüştüğü söylenebilir.

Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puan ile değerlendirme yapan çalışmalara az rastlanması nedeniyle ölçek alt boyutları çerçevesinde karşılaştırma yapılmıştır. "İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı"nın infertilite stresi ile başa çıkmada kullanılan yöntemler açısından etkin oluşuna dair farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Deney grubunda yer alan infertil kadınların girişim öncesi İSBÇÖ aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutu toplam puanın 11.1 ± 4.3 , pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutu toplam puanın 8.8 ± 2.9 olduğu, girişim sonrası aktif-yok sayma 8.1 ± 2.9 , pasif yok sayma 6.0 ± 2.1 , olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda aktif ve pasif yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutu puan ortalamasının girişim sonrasında, girişim öncesine göre düşüş gösterdiği ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu, girişim sonrasında yok sayma yöntemlerini daha az kullandıkları saptanmıştır ($p < 0.001$)(Tablo 4.7). Deney grubunun girişim sonrası aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma başa çıkma yöntemlerinin alt boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubundan daha düşük olduğu ve aralarında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$)(Tablo 4.6). Ölçek alt boyutlarından alınan puanların ortalamalarına bakıldığında deney grubunda yer alan kadınlar tarafından girişim sonrası aktif-yok sayma ve pasif yok sayma puanlarında azalma görülmüştür. Bu durum deney grubundaki kadınların program sonrasında aktif-yok sayma ve pasif yok sayma yöntemlerini daha az kullandıklarını, buna karşın kontrol grubunda yer alan kadınların aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma puanlarında değişim olmadığı ve aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma yöntemlerini aynı düzeyde kullanmaya devam ettikleri belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular programın etkili oluşuna ve bu etkinin kalıcılığına işaret etmektedir. Bu durum programa katılan deney grubundaki kadınların, program sonrasında programın kazanımlarına yönelik süreci işletmeye devam etmiş olabilecekleri ile açıklanabilir. Doğaner Karakuş ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında infertil kadınların

aktif-yok sayma başa çıkma puanlarının çalışmada puan ortalamalarına benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma puan ortalamalarının bu çalışma bulgularına benzer düzeyde olduğu görülmüştür (Şahin Yılmaz, 2012; Doğaner Karakuş, 2019, Bulut Kamalı ve Şen, 2022). İnfertilite genellikle bir hastalık gibi belirti göstermemektedir. Bu nedenle bireyler infertil olduklarını düşünmezler ve doğurgan olduklarını varsayarlar. İnfertilite tanısı ile birlikte nasıl baş edeceğini bilmedikleri karmaşık bir süreçle karşılaşmış olurlar. Bireysel farklılıklar göz önüne alındığında infertilite durumuyla baş etmeye yönelik en ideal, mükemmel yöntemlerden bahsedilemeyeceği bir gerçektir. Ancak literatür farklı yöntem ya da becerilerle infertilite kaynaklı stresle başa çıkmada işe yarar olduğunu savunmaktadır (Afyonkale Talay, 2018; Crawshaw, 2010). İnfertilite stresi ile başa çıkmada farklı stratejilerin olduğu, aktif-yok saymanın kontrolün olmadığı durumlarda iyi bir yöntem olduğu (Aflakseir ve Zarei, 2013) belirtilirken, başka bir çalışmada kadınların aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma yöntemlerinin kullanımı arttıkça stres puanlarının da arttığı belirtilmiştir (Eroğlu ve Temiz, 2020). Benzer şekilde Aflakseir ve Mahdiyar'ın (2016) İran'da yapmış oldukları çalışmada negatif duygu durumunda olan infertil kadınların çoğunlukla başa çıkma yöntemi olarak yok sayma yöntemini kullandıkları belirtilmiştir. Peterson ve Eifert'in (2011) Amerika'da kontrol grupsuz, infertil çift ile yapmış oldukları kabul ve bağlılık terapi programı sonucunda çiftin infertilite nedeniyle maruz kaldıkları sosyal baskıya verilen değerin ve düşünce bastırma durumunun azaldığı, bilinçli kabul düzeylerinin arttığı, psikolojik sıkıntıların azaldığı ve depresyon düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Bununla birlikte infertil bireylerde sık kullanılan kaçınma (yok sayma) başa çıkma yöntemiyle bireylerin yüzleştirilmesinin stresin ani belirtilerini azalttığı ve yaşamlarında daha tutarlı seçimler yaparak hayatlarının kontrollerini yeniden kazandıkları vurgulanmıştır. Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların aktif ve pasif yok sayma başa çıkma yöntemlerinin kullanımını azalmalarıyla infertilite stres düzeyinin azalmış olması literatür bilgisiyle uyumludur. Araştırma bulgularına benzer şekilde Li ve arkadaşlarının (2016) infertil kadınlarla kontrol gruplu farkındalık temelli yapmış oldukları program çalışmasında deney grubunda yer alan kadınların aktif ve pasif yok sayma yöntemlerini kullanma oranlarının azaldığı, kontrol grubunda yer alan kadınların psikolojik ölçümlerinde her hangi bir değişimin olmadığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde deney grubunda yer alan kadınların aktif-yok sayma başa çıkma yöntem puanlarında değişim görülmediği ve kontrol grubu için arttığı, pasif-yok sayma başa çıkma yöntem puanı deney grubunda azalırken, kontrol grubunda arttığı belirtilmiştir

(Afyonkale Talay, 2018). Karpas ve Erensoy'un (2020) yapmış oldukları çalışmada infertil kadınlar arasında çalışmayan kadınların ve ekonomik durumu ile ilgili "ancak geçinebiliyorum" yanıtını verenlerin, çalışan kadınların ve ekonomik durumu ile ilgili iyi cevabını verenlere göre pasif-yok sayma yöntemi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada beş yıl ve üzeri süredir infertilite tanısı almış olanların daha az süredir infertilite tanısı almış olanlara göre aktif-yok sayma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Şahin Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada infertilite nedeni kendisine ait olan kadınların diğerlerine göre, 35 yaş altı kadınların 35 yaş üstü kadınlara göre aktif-yok sayma başa çıkma yöntemini kullanımlarının ve puanlarının daha yüksek olduğu, sekiz yıl ve altı eğitime sahip olan kadınların, diğer kadınlara göre pasif-yok sayma yöntemini kullanımlarının ve puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Doğaner Karakuş'un (2019) yapmış olduğu çalışmada sekiz yıl ve altı eğitime sahip olan kadınların, diğer kadınlara göre, çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara göre aktif-yok sayma yöntemini kullanımlarının ve puanlarının daha yüksek olduğu, sosyal güvenceye sahip kadınların, sosyal güvenceye sahip olmayanlara göre, infertilite sebebi belli olan kadınların, infertilite nedeni belli olmayanlara göre pasif-yok sayma başa çıkma yöntemini daha çok kullandıkları belirlenmiştir.

İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerinden biri olan aktif mücadele etme başa çıkma yönteminin maddelerine bakıldığında içeriklerinin duyguların paylaşımı, çevreden anlayış bekleme, başkalarına danışma, infertilite ile ilgili araştırma yapma gibi eyleme dönük davranışlar şeklinde özetlenebilir. İnfertilite tedavisi en optimum seviyede tüm koşullar kontrol edilebildiği varsayılrsa bile yine tedavi sonucu belirsizdir. Bu nedenle aktif bir mücadele etme başa çıkma yöntemi içerisinde belirtilen davranışların sürekliliği infertilitenin tanı aşamasından itibaren tedavi olanaklarının kullanımı ve/veya tedaviye devamlılık, yeni gelişmeleri takip açısından ve bilgi yoluyla kontrol algısının artmasında oldukça faydalı olduğu söylenebilir. Ayrıca aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi içerisinde bireylerin paylaşımında bulunmaları, kendilerini ifade etmeleri bakımından fayda getirdiği kadar, sosyal destek kaynaklarını kullanmalarını sağlayacağı söylenebilir. Bununla birlikte infertilite hakkında her şeyi bilmeye çalışmak, tetkik ve tedavi detaylarına hakim olmak için gösterilen davranış ve tutumlar zamanla yalnızca infertiliteye odaklanmayı neden olabileceği için bireyin kendini ve yaşamını sadece infertil olma haliyle görebileceği ve zamanla bunun da stresi tekrar artırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle bireysel yaşamın diğer alanlara da yönelmesi bakımından, duyguların paylaşımı ve sosyal destek kaynaklarını kullanımının da önemlidir. Bu araştırmada deney grubunda yer alan

infertil kadınların İSBÇÖ aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi alt boyutu toplam puanın girişim öncesi 14.5 ± 3.5 , girişim sonrası 21.7 ± 4.0 olduğu, aktif mücadele etme yöntemi alt boyutu puan ortalamasının girişim sonrasında girişim öncesine göre artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$)(Tablo 4.7). Deney grubunda yer alan infertil kadınların güçlendirme programı sonrasında aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi alt boyutu puanlarında meydana gelen artış, kadınların infertilite stresine karşı aktif mücadele etme başa çıkma yöntemini daha çok kullanmaya başladıklarını ortaya koymaktadır. Sontest deney grubunun aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundan yüksek olduğu aralarında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$)(Tablo 4.6).

Yapılan bir çalışmada duygu ve problem odaklı olan aktif mücadele etme başa çıkma yöntemini kullanmanın bireyin daha düşük düzeyde strese sahip olmasıyla ilişkili olabileceği vurgulanırken (Peterson ve Eifert, 2011), Lykeridou ve arkadaşları (2011) aktif mücadele etme başa çıkma yönteminin kullanımını infertilite kaynaklı stresle pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan diğer bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde problem odaklı aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi kullananlarda stres azaldığı belirtilmiştir (Rasoulzadeh Bidgoli ve Latifnejad, 2018). Afyonkale Talay'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada girişim grubundaki kadınların aktif mücadele etme başa çıkma yönteminin puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Aflakseir ve Mahdiyar'ın (2016) İran'da yapmış oldukları çalışmada aktif mücadele başa çıkma yöntemini kullananların depresyon oranlarının azaldığı belirtilmiştir. Bu araştırma sonuçlarından farklı olarak Eroğlu ve Temiz'in (2020) yaptıkları çalışmada aktif mücadele etme yönteminin kullanımı arttıkça stresin de arttığı belirtilmiştir. Yapılan tanımlayıcı bir çalışmada aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi puan ortalamasının araştırmada çıkan sonuçlara benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Bulut Kamalı ve Şen, 2022). Yapılan başka bir çalışmada sosyal güvenceye sahip kadınların, sosyal güvenceye sahip olmayanlara göre aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemini daha çok kullandıkları belirtilmiştir (Doğaner Karakuş, 2019).

Bireylerin stresle mücadele de düşünce, inanç ve eylemler yoluyla yeni anlamlar bulmaya çalışmaları, yaşadıkları zorlu durumla başa çıkmada bireylere yardım ettiği bilinmektedir. Stresörle ilk karşılaşmada, durumun tehdit olarak algılaması, bireyin durumu yeniden değerlendirmesi ve durumdan düşünce, inanç ve eylemlerle yeni anlamlar bulması anlam bulma temelli başa çıkma yöntemidir (Faramarzi ve ark, 2013). İyimser yaklaşım ile infertilite stresi ve depresyon arasında negatif ilişki vardır (Dağ ve ark, 2015). Bu

araştırmada deney grubunda yer alan infertil kadınların İSBÇÖ anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutu toplam puanın girişim öncesi 8.7 ± 3.8 , girişim sonrası 14.5 ± 3.4 olduğu, anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutu puan ortalamasının girişim sonrasında girişim öncesine göre artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Deney grubunda yer alan infertil kadınlara uygulanan HBT'ne dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programı sonrasında İSBÇÖ anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutu puanlarında meydana gelen artış, kadınların infertilite stresine karşı anlam bulma temelli başa çıkma yöntemini daha çok kullanmaya başladıklarını ortaya koymaktadır. (Tablo 4.7). Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi puanları bakımından hem deney hem de kontrol grubunda yer alan kadınların program öncesi puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın olduğu, program sonrasında deney grubunda bulunan kadınların anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi puanlarının yükseldiği, kontrol grubunda bulunan kadınların puanlarında herhangi bir değişimin olmadığı ve gruplar aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$)(Tablo 4.6). Aflakseir ve Zarei (2013) anlam bulma temelli başa çıkma yönteminin acı veren, zorlu durumlarda iyi olmayı kolaylaştırdığı belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Li ve arkadaşlarının (2016) infertil kadınlarla kontrol gruplu farkındalık temelli yapmış oldukları program çalışmasında deney grubunda yer alan kadınların anlam bulma temelli başa çıkma yöntemini kullanma oranlarının arttığı, kontrol grubunda yer alan kadınların psikolojik ölçümlerinde her hangi bir değişimin olmadığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada anlam bulma başa çıkma yönteminin stres üzerine düşük düzeyde etkili olduğu belirtilmiştir (Jafarzadeh Kenarsari ve ark, 2015). Benzer şekilde yapılan başka çalışmalarda anlam temelli başa çıkma yöntemi kullanımının kişisel stres için orta ve yüksek düzeyde etkili olduğu belirtilmiştir (Aflekseir ve Zarei, 2017; Eroğlu ve Temiz, 2020) Benzer şekilde yapılan çalışmalarda anlam bulma temelli başa çıkma ile anksiyete ve infertilite kaynaklı stres arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Lykeridou ve ark, 2011; Peterson ve ark, 2011). Yapılan tanımlayıcı başka çalışmalarda anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi puan ortalamasının bu araştırmada çıkan sonuçlara benzerlik gösterdiği belirlenirken (Bulut Kamalı ve Şen, 2022), hiç çocuğu olmayan kadınların sekonder infertiliteye sahip olan kadınlara göre anlam bulma temelli başa çıkma yöntemini daha çok kullandıkları belirtilmiştir (Karpat ve Erensoy, 2020). Şahin Yılmaz'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada 35 yaş altı kadınların 35 yaş üstü kadınlara göre anlam bulma temelli başa çıkma yöntemini kullanımlarının ve puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada deney grubunda yer alan kadınların anlam bulma temelli

başa çıkma yöntem puanlarının hem deney hem kontrol grubunda azaldığı belirtilmiştir (Afyonkale Talay, 2018).

Deney grubunda yer alan Mishel Hastalık Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T) toplam puanın girişim öncesi 84.9 ± 13.8 , girişim sonrası 51.5 ± 20.4 olduğu, puan ortalamasının girişim sonrasında girişim öncesine göre azalma gösterdiği ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Kontrol grubunda yer alan kadınların ise öntest Mishel hastalık belirsizlik ölçeği-toplum formu toplam puan ortalamasını 84.9 ± 11.7 olduğu, son test puan ortalamasının 86.6 ± 10.3 olduğu, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Deney grubunda yer alan infertil kadınlara uygulanan HBT'ne dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programı sonrasında mishel hastalık belirsizlik ölçeği-toplum formu toplam puanlarında meydana gelen azalma, kadınların infertilite nedeniyle yaşadıkları belirsizlikler açısından olumlu yönde etkilendiklerini ortaya koymaktadır. Deney grubunun son testte mishel hastalık belirsizlik ölçeği-toplum formu toplam puan ortalamasının, kontrol grubundan daha az olduğu ve aralarında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$)(Tablo 4.8). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Hastalıklarda Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen 'İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının'(İKAGÜP) deney grubundaki infertil kadınların belirsizlik düzeyleri kontrol grubundaki kadınlara göre azalacaktır, şeklindeki **H_{1b} Hipotezi kabul edilmiştir.**

Bu çalışmaya benzer şekilde Özkan ve Taş Arslan'ın (2022) kanserli çocukların bakım vericileri ile yaptığı kontrol gruplu çalışmada deney grubunda yer alan bireylerin belirsizlik ölçek puan toplamaları girişim öncesi $82,78 \pm 13,98$, girişim sonrası $73,30 \pm 13,65$ olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar arasında düşük eğitim düzeyine sahip olanların, düşük gelir düzeyine sahip olanların ve işsiz olanların diğerlerine göre belirsizlik ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine benzer şekilde Özkan'ın (2020) yaptığı kontrol gruplu randomize çalışmasında deney grubunun girişim sonrası belirsizlik puanlarının düştüğü, kontrol grubunun ise belirsizlik puanlarının son testte daha yüksek bulunduğu ve iki grup arasında puanın istatistiksel olarak anlamlı fark görüldüğü belirtilmiştir. Chen ve arkadaşlarının (2018) kalp yetmezliği hastalığı olan bireylerle yapmış oldukları betimsel çalışmada belirsizlik ölçek toplam puanının $73,51 \pm 18,55$ olduğu belirlenmiştir. Guan ve arkadaşlarının (2020) prostat hastaları ile yapmış oldukları tanımlayıcı çalışmada hastaların belirsizlik ölçek puan ortalamaların $60,6 \pm 15,7$ olduğu belirlenmiştir. Lina ve arkadaşlarının (2010) kanserli çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada hastaların belirsizlik ölçek

puan ortalamaların $80,5 \pm 14,94$ olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bilişsel bir durum olarak tanımlanan belirsizlik, bireyin hastalığını yeterince yapılandıramadığı veya kategorize edemediğinde, nedeni ve sonuçlarını doğru bir şekilde tahmin edemediğinde başlar. Belirsizlik ön tanıdan, semptom aşaması, kesin tanı, tedavi, prognoz, iyileşme aşamalarının herhangi birinde veya her aşamada görülebilir (Cypress, 2015). Çalışmada deney grubunda yer alan infertil kadınların MHBÖ-T mevcut durum algısı, anlama algısı ve belirsizlik alt boyutlarından alınan toplam puanların girişim sonrası, girişim öncesine göre daha düşük bulunmuş olup, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.9). Deney grubunda yer alan infertil kadınlara uygulanan HBT'ne dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programı sonrasında MHBÖ-T'nin alt boyutlarının toplam puanlarında meydana gelen azalma, kadınların infertilite nedeniyle mevcut durumu algılamada, anlama algısında ve belirsizlikte yaşadıkları zorlukların azalması nedeniyle olumlu yönde etkilendiklerini ortaya koymaktadır. Deney grubunun son testte MHBÖ-T tüm alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının, kontrol grubundan daha az olduğu ve gruplar arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.001$)(Tablo 4.8).

Araştırmada hastalık tanı ve tedavi aşamasında girişim öncesi hem deney grubunda hem de kontrol grubunda yer alan katılımcıların yüksek düzeyde belirsizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Belirsizlik alanlarının en fazla bilgi alanında yaşadıkları, mevcut durumu algılamada ve anlamada zorlandıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Turgut ve arkadaşlarının (2021) covid-19 pandemisi sırasında covid kliniklerinde çalışanlarla yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin hastaların covid nedeniyle yaşadıkları belirsizliğin öncülerinden olan bilgi taleplerini karşılayamadıklarını ve bu nedenle kendilerini hastalar için potansiyel tehlike olarak algıladıklarını, kendilerinin covid-19 biriminde çalışmak için yetersiz eğitime sahip olduklarını, deneyimlerinin olmadığını, belirsizlik nedeniyle korkunç düzeyde rol değişimi yaşadıklarını, hastalığı taşıyıp taşımadıklarından emin olamadıklarını, hasta olmuşlarsa başkalarına bulaştırıp bulaştırmadıklarını bilmediklerini belirtilmiş olup hemşirelerin bilgi ve tecrübe yetersizliği belirsizliğin öncülerini olarak değerlendirilmiştir. Yine Taş Bora ve Buldukoğlu'nun (2019) şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılan çalışmalarında, bakım verenlerin hastalığın seyrini anlayamadığını, nasıl davranması gerektiğini, ne yapması gerektiğini şaşırdığını, hastalığın sonuçları ile ilgili öngörülmezlik hissettiklerini ve sağlık çalışanlarından durumla ilgili daha açıklayıcı bilgiler talep ettiklerini belirterek hastalıkla ilgili belirsizlik yaşadıkları belirtilmiştir. Çamlıca ve Çoşkun Erçelik'in

(2022) kronik böbrek yetmezliği tanılı hasta ile yapmış oldukları çalışmada tedavi seçeneklerine karar vermede zorlandıkları, hangi tedavi yöntemine karar verecekleri konusunda bilgi eksikliği nedeniyle kararsız kaldıkları, anksiyete, korku ve umutsuzluk gibi bireysel baş etmede yetersizlik ve belirsizlik yaşadıkları, tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme yapılmasının ardından tedaviye karar vermede belirsizliğin azaldığını ve karar vermenin kolaylaştığı belirtilmiştir. Yine benzer şekilde Çınar ve arkadaşlarının (2020) HBT'si ile kanser tanılı bir hastayla yaptıkları çalışmada hastanın hastalık sürecine dair bilgi eksikliği, anksiyete, korku, tedaviye uyumda zorluk, bireysel baş etmede zorluk, duygusal algılamada bozulma gibi belirsizlik semptomları yaşadığı ve sosyal destek eksikliğinin olduğu belirlenmiştir. Hastalığa ait belirsizliği azaltmak için hastayla açık, güvenilir ve etkili bir iletişim kurulması, bilgi eksikliğinin giderilmesi, gevşeme uygulamalarına dahil edilmesi ve sosyal destek olanaklarının artırılması ile tedaviye isteksiz olan hastanın tedaviye uyumunun artması ve sosyal destek ve sağlık personeli desteği ile hastalığa ilişkin belirsizliğinin azaltıldığı, hastanın korku, anksiyete ve distres düzeyinde azalma olduğu ve hastalığını yaşamın sonu olarak niteleyen hasta, bu durumun düzelebileceğine inancının arttığı belirtilmiştir. Chen ve arkadaşlarının (2018) kalp yetmezliği olan hastalarla yapmış oldukları çalışmada belirsizlik ve depresyon arasında ilişki olduğu, HBT'ne göre sağlanan sosyal desteğin belirsizlik ve depresyon belirtilerini azalttığı belirtilmiştir. Cypress'ın (2015) yoğun bakım hastaları ve aileleri ile yapmış olduğu çalışmada hem hastaların hem de ailelerinin belirsizlik yaşadıkları, yoğun bakım ünitesine kabul edilen yakınları için endişe duydukları belirlenmiştir. Evdeyken içiniz rahat olsun temalı sağlık ekibi, hasta ve aile arasında kurulan sağlıklı iletişim kurulması ile ailelerin yoğun bakımda yatan yakınlarının iyi bakıldığı, hemşireler ilgilenir, eğitimini aldıkları şeyleri yaparlar, inancı geliştiği ve belirsizlik düzeylerin azaldığı belirtilmiştir. Goutzamanis ve arkadaşlarının (2018) karaciğer hastalıklarına sahip hastalarla yapmış oldukları çalışmada katılımcılar hayatlarının her aşamasında stres yaşadıkları, stresin temelinde belirsizlik duygusunun yer aldığı belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların belirsizlik semptomlarından olan korku, kaybolmuş duygusu, sıkışmış, karışık ve çaresizlik duygularını yaşadıkları ve belirsizliğin bilgi eksikliğinden ve öngörememezlikten kaynaklandığı belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların yaşadıkları belirsizliğin başa çıkma stratejileri ve algılanan sosyal destek arasında ters yönlü ilişki olduğu, algılanan sosyal destekle başa çıkma stratejileri arasında ise pozitif yönlü ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Lin ve ark, 2010). Pearce ve Meyer'in (2020) yaptıkları çalışmada katılımcıların belirsizliği azaltmak ve hastalığı inkar aşamasını kolay atlatmak için verilen bilgi düzeyinin bireyin ihtiyacı olduğu kadar olması

gerektiği belirlenmiştir. Reinoso'nun (2016) Hepatit C hastaları ile yapmış olduğu çalışmada güvenilir otorite olan sağlık personeli desteği ile belirsizlik arasında güçlü ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Guan ve arkadaşlarının (2019) yapmış oldukları çalışmada hastalıkta belirsizliğin fiziksel ve zihinsel iyilik halini olumsuz yönde etkilediği, olumlu kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile belirsizliğin olumsuz etkilerinin arttığı, aktif başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile zihinsel refah ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırma bulguları ile literatür bulgularının örtüştüğü görülmektedir. Hastalığın herhangi bir aşamasında veya her aşamasında belirsizlik ortaya çıkabilmektedir. Akut ve/veya kronik bir nedenden kaynaklanabilen infertilitenin de tanı aşamasından tedavi aşamasına kadar herhangi bir aşamasında bireyler belirsizlik yaşayabilmektedir. Araştırma bulgularına göre infertil bireylerin infertilite nedeniyle yaşadıkları belirsizliğin öncelikli nedeni olarak bilgi eksikliği, tedavi sonucunu öngörememe ve sosyal destek eksikliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. HBT'ne dayalı olarak geliştirilen infertil kadınları güçlendirme programı kapsamında infertil kadınların bilgi ihtiyacının karşılanması, infertil başka kadınlarla iletişim kurulmasının sağlanması, infertiliteye bağlı belirsizliğin azaltılması ve infertilite stresi ile başa çıkmada etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre kadınların infertilite stresi ile başa çıkma puanları artmış, Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği puanları azalmıştır. Deney grubundaki kadınların her iki ölçekten aldıkları puanın öntest-sontest puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre deney grubundaki kadınların öntest sonuçları, sontest sonuçlarına göre farklı olacaktır, şeklinde ki **H_{1c} Hipotezi kabul edilmiştir**. Yine çalışma bulgularına göre Hastalıkta Belirsizlik Teorisine dayalı olarak geliştirilen İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı deney ve kontrol grubundaki infertil kadınların belirsizlik düzeylerini ve infertilite stresi ile başa çıkma durumlarını etilemez, şeklindeki **H₀ Hipotezi reddedilmiştir**.

Sonuçlar

- Çalışmada Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının uygulaması sonrasında deney grubunun İnfertilite stresi ile başa çıkma ölçeği toplam puanı, aktif-mücadele etme başa çıkma alt boyutu ve anlam bulma temelli başa çıkma alt boyutu toplam puan ortalamalarında artış belirlenmiş olup, olumlu değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Aktif-yok sayma başa çıkma alt boyutu ve pasif-yok sayma başa çıkma alt boyutu toplam puanlarında azalma olduğu belirlenmiş olup, katılımcıların yok sayma yöntemlerini daha az kullandıkları belirlenmiştir ($p<0.001$).
- Çalışmada Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının uygulaması sonrasında deney grubunun Mishel hastalıkta belirsizlik ölçeği toplum formu toplam puanı, mevcut durum algısı alt boyutu, anlama algısı alt boyutu ve belirsizlik alt boyutu toplam puanlarında azalma olduğu belirlenmiş olup, katılımcıların infertilite nedeniyle yaşadıkları belirsizlik düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0.001$).
- Bu çalışmada infertil kadınları güçlendirme programı destekli ve planlı eğitim programı ile deney grubunda yer alan infertil kadınların infertilite stresi ile başa çıkma düzeylerinde artma, infertiliteye bağlı belirsizlik düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).
- Bu çalışmada infertil kadınları güçlendirme programı destekli ve planlı eğitim programı ile deney grubunda yer alan infertil kadınların belirsizlik ve infertilite stresi ile başa çıkma düzeyleri puan ortalamaları girişim sonrası girişim sonrasına göre değişim gösterdiği saptanmıştır ($p<0.001$).

Öneriler

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Mishel’in Hastalıkta Belirsizlik Teorisi temelli geliştirilecek hemşirelik girişimlerinin infertilite tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde uygulanması
- İnfertilite tanısı almış bireylerin belirsizlik, stresle başa çıkma ve tedaviye uyumunu kolaylaştırmak için belirli aralıklarla değerlendirilmesi
- Bireylerde hastalık kaynaklı belirsizlik ve stres düzeylerinin azaltılması için hemşireler tarafından desteklenmesi

- Hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına modele özgü bakım uygulamalarının da entegre edilmesi

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Hastalıkta belirsizlik teorisine dayalı geliştirilen farklı hemşirelik girişimlerinin tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde olan infertilite tanısı alan bireylerle daha geniş örneklemle değerlendirme çalışmalarının yapılması
- Hastalıkta belirsizlik teorisi temelli geliştirilen hemşirelik girişimlerinin infertilite tanısı almış bireylerle bakımın etkisini değerlendiren kalitatif ve/veya karma araştırma desenlerinde çalışılması

Hemşirelik Eğitime Yönelik Öneriler

- Hastalıkta belirsizlik teorisinin lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarında daha kapsamlı yer alması

KAYNAKLAR

- Acar, Z., Gümüşay, M., şahin, N. (2021). “Evli Kadınların Gebe Kalmaya Yönelik Geleneksel Uygulamaları” *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 215-227. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2021.31>
- Aflakseir, A., Mahdiyar, M. (2016). “The Role of Religious Coping Strategies in Predicting Depression among a Sample of Women with Fertility Problems in Shiraz” *J Reprod Infertil*, 17(2), 117-122.
- Afyonkale Talay, N, İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Samsun 2018.
- Altıntop, İ., Kesgin, B. (2018). İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejileri. *The Journal Of International Social Research*, 11(55). <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.20185537247>
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, WK., Ope, JO., Barivure, TN. (2017). “Psychosocial effects of infertility among couples attending st. Michael’s Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana” *BMC Research Notes*, 10 (1), 690-4.
- Arslan Özkan, İ. *Watson’ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik Ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir 2012.
- Aşkın, R.(2020). “Covid -19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler” *Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,19(37), 304-318.
- Altıparmak, S. *İnfertil Kadınlara Verilen Fertilitiyi Destekleyici Davranış Kazandırma Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İnfertilite Öz-Yeterliğine Etkisi*, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya 2018.
- Başgöl, ř., Beji Kızılkaya, N. (2016). “Use of Complementary and Alternative Medical Therapies by Women Undergoing Reproductive Technology” *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 70-76.
- Bayley, TM., Slade, P., Lashen, H. (2009). “Relationships Between Attachment, Appraisal, Coping And Adjustment İn Men And Women Experiencing İnfertility Concerns” *Human Reproduction*, 24(11), 2827-37.
- Berardis, D., Mazza, D. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review, *Clinical Therapeutics*, 165(3), 163-169.
- Bıçakçı, H., Türk, R. “İnfertil Kadınların Gebe Kalmak İçin Uyguladıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi” *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 737-749. <https://doi.org/10.47115/jshs.1021210>
- Bower G. H. (1978). The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory. New York: Academic Press.
- Breznitz S. (1983). *Denial versus hope: Concluding remarks*. In S. Breznitz (Ed.), The denial of stress (pp. 297-303). New York: International Universities Press.
- Bulut Kamalı, M., şen, S. (2022). “İnfertil Çiftlerde Depresyon ve İnfertilite ile Başa Çıkma Düzeylerinin Değerlendirilmesi” *IAAÖJ*, 8(2).
- Campbell, L, *Hopelessness and uncertainty as predictors of psychosocial adjustment for newly diagnosed cancer patients and their significant others*, Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin 1986.

- Capritto, K, *The effect of perceived ambiguity on adherence to the dictary regimen in chronic hemodialysis*, California State University Unpublished Master's Thesis, Los Angeles 1980.
- Carlson, G., Crane. T., Taylor, P. (2020). "Selecting A Theoretical Framework To Explore The Social And Cognitive Uncertainty That Hepatitis C Treatment Represents For People Who Inject Drugs" *Journal Homepage*, 0897-1897.
- Chen, D., Zhang, JP., Jiang, L., Liu, H., Shu, L., Zhang, Q. (2016). "Factors That Influence In Vitro Fertilization Treatment Outcomes Of Chinize Men: A Cross-Sectional Study" *Applied Nursing Research*, (32), 222–226.
- Chen, TY., Kao, CW., Cheng, SM., Chang, YC. (2018). "Uncertainty And Depressive Symptoms As Mediators Of Quality Of Life In Patients With Heart Failure" *Journal Plos One*, 13(11).| <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205953>
- Comarof, J., Maguire, P. (1981). "Ambiguity And The Search For Meaning: Childhood Leukemia In The Modern Clinical Context" *Social Science and Medicine*, (15), 115-123.
- Crawshaw M. (2010). Assessing infertile couples for adoption: just what does "Coming to terms with infertility Mean? Rachel, B. (Ed.), Adopting after infertility: messages from practice, research and personal experience. London: Jessica Kingsley Publishers. <https://www.kisa.link/QgLL>
- Cypress, BS. (2015). "Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness" *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35 (1). doi: 10.1097/DCC.0000000000000152
- Cui, C., Li, Y., Wang, L. (2021). The Association of Illness Uncertainty and Hope With Depression and Anxiety Symptoms in Women With Systemic Lupus Erythematosus: A Cross-sectional Study of Psychological Distress in Systemic Lupus Erythematosus Women. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic and musculoskeletal diseases*, 27(8), 299–305. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001280>
- Çakı, B., Sohbet, R. (2021) "Fertil - İnfertil Kadınların Üreme Bilgilerinin ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi" *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 103-112. doi:10.30569.adiyamansaglik.83019
- Çakırer, N., Işık Çalışkan, Z. (2010). "Nevşehir İli Ağıllı Köyünde Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar" *TAF Prev Med Bull*, 9(4), 343-348.
- [Çakırer Çalbayram, N.](#), [Gönenç, İ M.](#), Topuz, N. (2019). "Traditional Beliefs and Practices of Women from Preconception Period to Postpartum Period" *Journal of Health Science and Profession*, 6 (2). <https://doi.org/10.17681/hsp.431298>
- Çal, A., Aydın Avcı, İ. (2021). "Turkish Adaptation Of The Mishel Uncertainty İn İllness Scale-Community Form" *Wiley Periodicals LLC*. doi: 10.1111/ppc.12874
- Çamlıca, T., Coşkun Erçelik, H. (2021). "Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na Göre Kronik Böbrek Yetersizliği Tanılı Bir Hastanın Tedavi Seçimindeki Hemşirelik Bakımı" *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 14(2), 621-6. doi: 10.5336/nurses.2021-84101
- Çınar, D., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar, F. (2020). "Kanser Tanılı Hastanın Merle Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu" *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(3), 553-559. <https://doi.org/10.31067/0.2020.306>

- Dağ, H., Yigitoğlu, S., Aksakal, B İ., Kavlak, O. (2015). "The Association Between Coping Method And Distress İn Infertile Woman: A Cross-Sectional Study From Turkey" *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1457-1462. doi:10. 12669/pjms.316.8605
- Datta, J., Palmer, MJ., Tanton, C., Gibson, L J., Jones, KG., Macdowall, W. (2016). "Prevalence of Infertility and Help Seeking Among 15000 Women and Men" *Human Reproduction*, 31(9), 2108–18.
- Doğaner Karakuş, T, *İnfertil Kadınlarda Kişilik Özelliklerinin İnfertilite Stresi İle Baş Etmeye Etkisi*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2019.
- Domar, A D., Gross, J., Rooney, K., Boivin, J. (2015). " Exploratory Randomized Trial on The Effect of A Brief Psychological Intervention on Emotions, Quality of Life, Discontinuation, and Pregnancy Rates in İn Vitro Fertilization Patients" *American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc*, 104(2), 440-51.<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05>
- Durgun Ozan, Y. *Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme Ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi* Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir 2013
- Emül, T G., Vefikuluçay Yılmaz, D., Buldum, A. (2020). "Kadınların İnfertilite Tedavisinde Kullandıkları Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Uygulamalarının Belirlenmesi" *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(4), 317-21. doi:10.5222/HEAD.2020.04379
- Eroğlu, N., Temiz, G. (2020). " İnfertilite Tedavisi Gören Hastalarda Eğitimin Stres Ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi" *Cukurova Med J*, 45(4), 1309-1317. doi: 10.17826/cumj.702020
- Fahami, F., Hosseini Quchani, S., Ehsanpour, S., Zargham Boroujeni, A., (2010). Lived experience of infertile men with male infertility cause. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 15(1), 265-271
- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S., Afshar, Z. (2013). " The Effect of The Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy on Infertility Stress: A Randomized Controlled Trial" *Int J Fertil Steril*, 7(3), 199-206.
- Fawcett, J. and DeSanto Madeya, S. DeSanto-Madeya S. (eds.). (2013). *Implementing Nursing Models And Theories İn Practice İn: Fawcett J Contemporary nursing knowledge; analysis and evaluation of nursing models and theories* 3rd Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fernandez, M., Hixson, J and Parker, P. (2009). *Phd Theory Of Uncertainty İn Illness İn Patients With Cancer Of Unknown Primary Origin: Structure providers as antecedents of uncertainty in a population of cancer patients with an unknown primary diagnosis*. The University Of Texas School Of Public Health, August: Houston Texas
- Folkman, S., Schaefer, C. and Lazarus, R. (1979). *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. Hamilton V and D. M. Warburton D.M. (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp- 265-298). New York
- Galloway, S. C. *A comparison of the responses of patients with and without a diagnosis of cancer to a bowel resection in the immediate postoperative period*. University of Toronto, Department of Nursing Unpublished master's thesis, Toronto 1984.
- Ghazeeri, GS., Awwad, J T., Alameddine, M., Younes, Z M H., Naja, F. (2012). "Prevalence And Determinants Of Complementary And Alternative Medicine Use Among Infertile Patients İn Lebanon: A Cross Sectional Study" *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12-129.

- Gibson, F L., Ungerer, J A., Tennant, C C., Saunders, DM. (2000). “ Parental Adjustment And Attitudes to Parenting After in Vitro Fertilization ” *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-74.
- Goutzamanis, S., Joseph, S., Doyle, J S., Thompson, A., Dietze, P., Hellard, M., Higgs, P. (2018). “Experiences of Liver Health Related Uncertainty and Self-Reported Stress Among People Who Inject Drugs Living With Hepatitis C Virus: A Qualitative Study” *BMC Infectious Diseases*, 18-151. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3057-1>
- Guan, T., Santacroce, S Y., Chen, D G., Song, L. (2020). “Illness Uncertainty, Coping, And Quality Of Life Among Patients With Prostate Cancer” *Psycho-Oncology*, (29), 1019–1025. doi: 10.1002/pon.5372
- Gourounti, K. (2015). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women and Health*, 56(1). <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074642>
- Güenalp, S. Enginsu, E. Şahin, A. ve Güenalp S, Yüce K. (Ed.). (2016). *Erkeğe bağlı infertilite,androloji Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi İçinde*. Ankara: Güneş Kitabevi. 2016.
- Hasanpoor Azghdy, S B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2014). “The Emotionalpsychological Consequences of Infertility Among Infertile Women Seeking Treatment: Results of A Qualitative Study” *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(2), 131.
- Herbst, M. C. *Uncertainty experienced by spouses of patients admitted to the coronary care unit for a definite or suspected myocardial infarction*, University of North Carolina Unpublished master thesis, Carolina 1986.
- Hilton, B. A. *Coping with the uncertainties of breast cancer: Appraisal and coping strategies*. University of Texas Unpublished doctoral dissertation, Austin 1986.
- Holmes, D S., Houston, B K. (1974). “Effectiveness of Situation Redefinition And Affective Isolation In Coping With Stress” *Journal of Personality and Social Psychology*, (29), 212-218.
- Karaca, A., Unsal, G.(2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>
- Karpat, C., Erensoy, H. (2020). “ Tüp Bebek Tedavisi Gören İnfertil Bireylerde Stres ve Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları Üzerine Pilot Bir Çalışma ” *TJFMPC*, 14(3), 461-467. doi: 10.21763/tjfmpe.737420
- Kaplan, E. (2018). “İnfertil Bireylerde Stres ve Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları ” *Androloji Bülteni*, (20), 61–64.
- Kasapoğlu, F.(2020). “Covid-19 Salgını Sürecinde Kaygı ile Maneviyat, Psikolojik Sağlamlık ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ” *Turkish Studies*, 15 (4), 599-614.
- Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). “İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar ” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178. doi:10.5455/cap.20130511
- King, B, *The psychological impact of systemic lupus erythematosus on the primary caregiver*, University of Arizona Unpublished master's thesis, Arizona 1983.
- King, B., and M. Mishel (1986, April). “Uncertainty appraisal and management in chronic illness”. Paper presented at the Nineteenth Communicating Nursing Research Conference, Western Society for Research in Nursing, Portland, Oregon.
- Koçak, D Y., Büyükkayacı Duman, N. (2016). “İnfertilitenin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı ” *Türkiye Klinikleri J*, 2(3).

- Levanthal, H., Nerenz, D.R., Steele, D. J. and A. Baum, S. E. Taylor, J. E. Singer (Eds.). (1984). *Illness representations and coping with health threats*. Hand- book of psychology and health (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W., Li, M. (2016). “ Effects of A Mindfulness-Based Intervention on Fertility Quality of Life And Pregnancy Rates Among Women Subjected to First In Vitro Fertilization Treatment” *Behaviour Research and Therapy*, 77(2), 96-104.
- Lin, L., Yeh, C., Mishel, M. (2010). “Evaluation of A Conceptual Model Based on Mishel’s Theories of Uncertainty in Illness in A Sample of Taiwanese Parents of Children With Cancer: A Cross-Sectional Questionnaire Survey” *International Journal of Nursing Studies*, (47), 1510–1524.
- Lykeridou ,K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., Deltsidou, A. (2011). “Occupational Social Class, Coping Responses And Infertility-Related Stress Of Women Undergoing Infertility Treatment” *Journal of Clinical Nursing*, (20), 1971-1980. doi:10.1111/j.1365-2702.2011. 03696
- Jafarzadeh Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., Boroujeni, A Z. (2015). “Exploration Of Infertile Couples' Support Requirements: A Qualitative Study” *International Journal of Fertility and Sterility*, 19(1), 81-92. doi: [10.22074/ijfs.2015.4212](https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4212)
- Jedrzejczak, P., Luczak-Wawrzyniak, J., Szyfter, J., Przewoźna, J., Taszarek-Hauke, G. (2004). Feelings and Emotions in Women Treated for Infertility. *Przegl Lek*, 61, 1334- 1337.
- Macaluso, M., WrightSchnapp, T J., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C L., Pulver, A., Berman, S., Wang, RY., Farr, SL., Pollack, L A. (2010). “A Public Health Focus On Infertility Prevention, Detection And Management” *Fertil Steril*, 93(1), 16.
- Mahadeen, A., Mounsour, A M., Al Halabi, J., Al Habashneh, S., Kenana, A. (2018). “Psychosocial Wellbeing of Infertile Couples in Jordan” *East Mediterr Health J*, 24(2),169-176. doi: 10.26719/2018.24.2.169
- Malinowski, B. (2016). *Bilimsel Bir Kültür Teorisi*. Deniz Uludağ (çev.), Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Mandler, G. and Hamilton, D. M. Warburton (Eds.). (1979). *Thought processes, consciousness and stress*. New York: John Wiley.
- Masoumi, S Z., Parsa, P., Darvish, N., Mokhtari, S., Yavangi, M., Roshanaei, G. (2015). “An Epidemiologic Survey on The Causes of Infertility in Patients Referred to Infertility Center in Fatemeh Hospital in Hamadan” *Iran J Reprod Med*, 13(8), 513-516.
- Matthews, R., Matthews, A M. (1986). “Infertility and involuntary childlessness: the transition to nonparenthood” *J Marriage Fam*, (48), 641–649.
- Martínez, F T. (2012). “Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero” *Enfermería Neurológica*, 11(1), 34-38.
- Mintun, M K, *Measurement of parental uncertainty in a pediatric intensive care unit*, University of Kansas Unpublished Master's Thesis, Kansas 1984.
- Mishel, M H. (1984). “Perceived Uncertainty and Stress in Illness” *Research in Nursing and Health*, (7), 163-171.
- Mishel, M. H. (1985, November). “The nature of uncertainty in women with gynecological cancer”. Paper presented at the National Symposium of Nursing Research, San Francisco, CA.
- Mishel, M H., Braden, C J. (1988). “Finding Meaning: Antecedents of Uncertainty” *Nursing Research*, (37), 98-103.

- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). "Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory" *The Journal of Nursing Scholarship*, (22), 256-62.
- Molleman, E., Krobandam, P. J., Annyas, A. A., Koops, H. S., Sleufer, D. T. (1984). "The Significance of The Doctor-Patient Relationship in Coping With Cancer" *Social Science and Medicine*, (18), 475-480.
- Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolee, A. (2013). "Looking at Infertility Treatment Through The Lens of The Meaning of Life: The Effect of Group Logotherapy on Psychological Distress in Infertile Women" *International Journal of Fertility and Sterility*, 6(4), 224-231.
- Navid, B., Mohammadi, M. (2018). Relationship between quality of life, relationship beliefs and attribution style in infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 12(2), 119-124.
- Nouman, H., Benyamini, Y. (2019). Religious Women's Coping with Infertility: Do Culturally Adapted Religious Coping Strategies Contribute to Well-Being and Health?. *National Library of Medicine*. 26(2),154-164. doi: 10.1007/s12529-018-9757-5
- Nuri Turhal, G., Sis Çelik, A. (2019). "Primer İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 91-104. doi: 10.17681/hsp.410980
- Omu, F. E., Omu, A. E. (2010). "Emotional Reaction to Diagnosis of Infertility in Kuwait and Successful Clients' Perception of Nurses' Role During Treatment" *BMC Nursing*, 9(5).
- Önem Akçakaya, R., Çelik Erden, S. (2014). "Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım" *Turkish Family Physician*, 5(2).
- Özkan, S.F., Karaca, A., Sarak, K. (2018). "Complementary and Alternative Medicine Used by Infertile Women in Turkey" *African Journal of Reproductive Health*, 22(2),40-49.
- Özkan, S. *Hastalıklarda Belirsizlik Teorisi Temelli Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kanserli Çocuklara Bakım Verenlerin Belirsizlik, Umutsuzluk, Baş Etme Ve Uyumlarına Etkisi*, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya 2020.
- Özkan, S., Taş Arslan, F. (2022). "The Effects of Nursing Interventions Based on Mishel's Theory of Uncertainty in Illness on the Caregivers of Children Diagnosed with Cancer: A Randomized Controlled Trial" *Genel Tıp Dergisi*, doi: 10.54005/geneltip.1128563
- Özdemir, E., Kaplan, S. (2021). "İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı" *TÜSBAD*, 4(1), 79-89.
- Pan, L., Wang, L., Huang, X. (2020). "How to face The Novel Coronavirus Infection During The 2019-2020 Epidemic: The Experience of Sichuan Provincial People's Hospital, *Intensive Care Medicine*" 46(4), 573-575.
- Patterson, E. T., Freese, M.P., Goldenberg, R. L. (1986). Reducing uncertainty: Self diagnosis of pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 18, 105-109. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1986.tb00555.x>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, doi:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
- Pearce, A.R., Meyer, S.B. (2020). Patient Perspectives on Managing Uncertainty. Living With Multiple Sclerosis. *Journal of Communication in Healthcare*, doi: 10.1080/17538068.2020.1772579

- Pearlin, L., Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, (19), 2-21.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.R., Schulman, R.S. (2006). Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. 55(2), <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x>
- Peterson, B. D., Eifert, G.H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress Cognitive and Behavioral Practice, 18, 577-587.
- Rasoulzadeh Bidgoli, M., Latifnejad, R. (2018). RoudsariThe Effect of the Collaborative Infertility Counseling Model on Coping Strategies in Infertile Women Undergoing In Vitro Fertilization: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6 (1), 47–54. doi 10.15296/ijwhr.2018.09
- Reinoso, H. (2016). Uncertainty and The Treatment Experience of Individuals With Chronic Hepatitis C. *The Journal for Nurse Practitioners*.
- Rooney, K.L., Domar, A.D. (2018). The relationship between stress and infertility, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41-47.
- Rosenbaum, M. and M. Rosenbaum, C.M. Franks, Y. Jaffe (Eds.). (1983). *Learned Resourcefulness As A Behavioral Repertoire For The Self- Regulation Of Internal Events: Issues And Speculations. In Perspective on behavior therapy in the eighties* (pp. 51-73). New York: Springer.
- Roudsari, R.L., Allan, H.T., Smith, P. A. (2014). Iranian And English Womens Use of Religion and Spirituality as Resources for Coping With Infertility. *Human Fertility*, 17(2), 114–123. doi: 10.3109/14647273.2014.909610
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Communication and Coping as Predictors of Fertility Problem Stress: Cohort Study of Participants Who Did Not Achieve A Delivery After 12 Months of Fertility Treatment. *Hum Reprod* , 20(32), 48–56.
- Sezgin, H., Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184 doi: 10.5455/cap.20131001091415
- Seymenler, S., Siyez, D.M. (2018). İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı. 10(2), 186 – 197. doi: <https://doi.org/10.18863/pgy.358095>
- Silberfarb, P. M. (1983). Chemotherapy and Cognitive Defects in Cancer Patients. *Annual Review of Medicine*, (34), 35-46.
- Smith, J. F., Michael, M.S., Eisenberg, L., Susan, M. D., Millstein, G., Robert, D., Nachtigall, D., Alan, M. D., Shindel, W., Holly Wing, M. D., Marcelle Cedars, M. A., Lauri Pasch, M. D., Patricia, P. K.(2010). The Use of Complementary and Alternative Fertility Treatment in Couples Seeking Fertility Care. *American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc*, doi:10.1016/j.fertnstert.2010.02.054
- Sis Çelik, A., Kırca, N. (2018). İnfertil Kadınların Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 178-188.
- Soyiç, Y., Süzer Özkan, F. (2020). İnfertilitede Kullanılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. *Ordu University J Nurs Stud* , 3(2), 169-175, doi:10.38108/ouhcd.747957
- Stocker, L.J., Hardingham, K.L., Cheong, Y.C. (2013). A Randomized Controlled Trial Assessing Whether Listening to Music at Time of Embryo Transfer Effects Anxiety Levels *Gynecology and Obstetrics*, 6(9), 1–6.

- Şahin Yılmaz, T. *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul 2012.
- Taş Bora, S., Buldukoğlu, K. (2020). Using the Uncertainty in Illness Theory to provide Care for The caregiver: A case report. *J Psychiatric Nurs*, 11(1), 70-77. doi: 10.14744/phd.2019.44365
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5 (2), 105- 10.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Terzioğlu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001, 22(3), 133–41.
- Topdemir Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbil Derg*, 1(1), 27-38.
- Turgut, Y., Güdül, H., Akgün, M., Boz, İ., Yangın, H. (2022). Qualitative Exploration of Nurses' Experiences of The COVID-19 Pandemic Using The Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory: An Interpretive Descriptive Study. *J Adv Nurs*, 78, 2111–2122. doi: 10.1111/jan.15153
- Unson, C., Flynn, D., Mary Ann, G., Haymes, E., Sancho, D. (2015). Dementia and Caregiver Stress: An Application of the Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(6), 439-446, doi: 10.3109/01612840.2014.993052
- Ünal, S., Kargın, M., Akyüz, A. (2010). İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 481- 6.
- Wang, W., Tang, J., Wei, F. (2020). Updated Understanding of The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus (2019-Ncov) in Wuhan, China. *J Med Virol*, 92(4), 441–7.
- DSÖ. (2022) Infertility definitions and terminology. Erişim: 03 Mart 2022, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infertility#:~:text=Infertility%20is%20a%20disease%20of,unprotected%20sexual%20intercourse/1>
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Detri Elvira, S., Putri Lubis, H. (2017). Distribution Of Stress Level Among Infertility Patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22, 145-148. [CrossRef]
- Wortman, C. B., Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal Relationships and Cancer: A Theoretical Analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.
- Wortman, C. B. (1984, April). “Social support and the cancer patient: Conceptual and methodological issues. Cancer”. Presented at the American Cancer Society Workshop Conference, Petersburg Beach, Florida.
- Yakut İpekoğlu, H., Baha Oral, H. (2019). İnfertilitede Kullanılan Geleneksel Tedavi Yöntemleri ve Çeşitli Uygulamalar: Isparta Bölgesi. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 12(25), 105-119. doi: 10.12981/mahder.523760
- Yalçın, H. (2012). Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamalar (Karaman örneği). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*, 55(1), 19-31.
- Yılmaz, T., Yeşiltepe Oksay, Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *HSP*, 2(1), 100-112.
- Yılmaz, B., Şahin, N. (2020). İnfertilite Stresi ile Bireysel Baş Etme Yöntemleri: Bir Sistemik Derleme. *CBU-SBED*, 7(1), 84-95. doi: 10.34087/cbusbed.583933

- Yücesoy, H., Yıldırım, F., Şahin, E. (2021). İnfertilitenin Kültürel, Ekonomik, Psikososyal ve Cinsel Yönüne Güncel Bir Bakış: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Androl Bul*, 23, 256–263. <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.97360>
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., Sevil, Ü. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11, 112-121.
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(26), 645.
- Zorlu, S., Erbaş, N. (2021). İnfertil Kadınların İnfertiliteden Etkilenme Durumları ile Stresle Başa Çıkma ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasında ki İlişki. *EGEHFD*, 37(2), 95-105. doi:10.53.490/EGEHMSİRE.899608



EKLER

Ek 1: Etik Kurul



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
25.12.2020	11	2020/901

KARAR NO:
2020/901

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora öğrencisi Hatice BIÇAKÇI' nın Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında “Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi” isimli Doktora Tezine ilişkin anket, gözlem, bilgisayar ortamında test uygulamak ve ses kaydı çalışmalarını içeren 42311 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora öğrencisi Hatice BIÇAKÇI' nın Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında “Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi” isimli Doktora Tezine ilişkin anket, gözlem, bilgisayar ortamında test uygulamak ve ses kaydı çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 2: Kurum İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-804.01-344829
Konu : Çalışma İzni

Sayın Araştırma Görevlisi Hatice BIÇAKÇI

"Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen 'İnfertil Kadınların Güçlendirme Programının' İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi" isimli çalışmanın hastanemizde yürütülmesi Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Davut GÜVEN
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : DSIO-5P90-09ZT Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.omu.edu.tr/>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon No : 0362 312 19 19
e-Posta :

Fax No : (362) 457 60 29
İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

Bilgi İçin : İbrahim Burak AYDIN
Daimi İşçi
Telefon No:2327



Ek 3: Anket Formu

Sayın Katılımcı

Bu Çalışma; Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi’nin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında isminiz yer almayacaktır. Çalışma için soruları cevaplarken sadece size ait ve doğru olanı seçiniz. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1.Yaşınız ?.....

2.Eşinizin yaşı ?.....

3.Eğitim durumunuz ?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d)Üniversite ve üzeri

4.Eşinizin eğitim durumu ?

a) İlkokul b) Orta okul c)Lise d) Üniversite ve üzeri

5.Çalışma durumunuz ?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6.Eşinizin çalışma durumu ?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7.Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine denk c) Geliri giderinden fazla

8.Kaç yıldır evlisiniz ?

9.Yaşadığınız yer

a) Köy b) İlçe c) İl

10.Yaşadığınız aile türü

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

11.Çocuğunuz var mı?

a) Evet (kaç tane) b) Hayır

12.Daha önce herhangi bir gebelik geçirdiniz mi ?

a) Evet b) Hayır

- 13.İnfertilite tanısını ne zaman aldınız?.....
- 14.Daha önce gebelik için tedavi girişiminiz oldu mu?
a) Evet 2) Hayır
- 15.Gebe kalabilmek için hangi çözüm yollarına başvurduunuz ?
a) Ebe/Hemşire b) Doktor/hastane c) Türbe//yatır ziyaretleri
d) Hoca/muska e) Geleneksel uygulamalar (bitkisel vb) f) Diğer...
- 16.Doğal yollarla çocuk sahibi olamayacağınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?
a) Üzgün b) Eksik/yarım c) Korku d) Çaresizlik e) Suçluluk
f) Endişe g) Şaşkınlık h) Hissizlik ı) Kontrol kaybı k) Diğer.....
- 17.Çevrenizden sosyal destek alıyor musunuz? Birden çok seçebilirsiniz.
a) Aile d) Eş c) Arkadaş d) Akraba e) Hiç kimse
- 18.Sigara / alkol / vb bağımlılık yapan herhangi bir madde kullanımınız var mı ?
a) Evet (.....) b) Hayır
- 19.Kadın üreme organlarını ve işlevlerini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 20.Gebeliğin nasıl oluştuğu konusunda bilgi sahibi misiniz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 21.Sizde gebelik oluşamamasının nedenin ne olduğunu biliyor musunuz? (lütfen belirtiniz).
- 22.Halihazırda size uygulanan tedavinin ne olduğunu biliyor musunuz ? (lütfen belirtiniz).

Ek 4: İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)

	İnsanlar infertilite sorunuyla farklı yollarla başa çıkmaktadır. Siz nasıl başa çıkarsınız? Ben	1. Kullanmıyorum	2. Kısmen kullanıyorum	3. Sık sık kullanıyorum	4. Çok sık kullanıyorum
1	Gebe kadın ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınıyorum.				
2	İnsanlar gebelik ve çocuklar ile ilgili konuştuklarında ortamı terk ederim.				
3	Duygularımı kendime saklamaya çalışırım				
4	Aklımı bu konulardan uzak tutabilmek için işe sarılırım veya başka iş yaparım.				
5	Bir yolunu bulup, duygularımı dışa yansıtırım				
6	Başkalarının ilgi ve anlayış göstermelerini beklerim				
7	Çocuğu olmayan başka kişilere danışırım				
8	Bir yakınıma veya arkadaşşıma danışırım.				
9	İnfertilite ile ilgili (kitap, broşür v.b.) okurum veya televizyon izlerim.				
10	Bir mucize olmasını beklerim.				
11	Yapabileceğim tek şeyin beklemek olduğunu hissedirim.				
12	İşlerin nasıl değişebileceğıyle ilgili fanteziler ve hayller kurarım				
13	Bireysel olarak kendimi geliştiririm.				
14	İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünürüm				
15	Evliliğimin/ilişkimin şu anda daha değerli olduğunu düşünürüm.				
16	Başka yaşam hedefleri bulurum.				
17	Bir çocuğa sahip olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanırım.				

	Aşağıdaki konular hakkında diğer insanlarla konuşur musunuz? Ben	1. Diğer kişilerle konuşmam	2. Sadece yakınlarımla	3. Bildiğim çoğu kişi ile konuşurum
18	Çocuğumuzun olmaması ile ilgili duygularımı ...			
19	Testlerin ve tedavilerin beni duygusal olarak nasıl etkilediğini...			

Ek 5: Mishel Hastalık Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ-T)

Aşağıda, kişilerin sağlıkla ilgili zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen kendinize zaman verin ve her bir ifadede ne anlatıldığını düşününüz. Sonra, bugün nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan sütunun altına X işaretini koyunuz. Bir ifadeye katılıyorsanız, ya “katılıyorum” ya da “kesinlikle katılıyorum”u işaretleyebilirsiniz. Bir ifadeye katılmıyorsanız, ya “katılmıyorum” ya da “kesinlikle katılmıyorum”u işaretleyiniz. Nasıl hissettiğiniz	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Benimle ilgili neyin sorun olduğunu bilmiyorum.					
2. Cevapları olmayan pek çok sorum var.					
3. Hastalığımın daha iyiye mi yoksa daha kötüye mi gittiğinden emin değilim.					
4. Durumum hakkında yapılan açıklamalar benim için net değil.					
5. Benim için her bir tedavinin amacı anlaşılır.					
6. Hastalığımın belirtileri tahmin edilemez bir şekilde değişmeye devam ediyor.					
7. Bana açıklanan her şeyi anlıyorum.					
8. Doktorlar, bana birçok anlamı olabilecek şeyler söylüyorlar.					
9. Tedavim anlaşılamayacak kadar karmaşık.					
10. Aldığım tedavilerin ya da ilaçların işe yarayıp yaramadığını bilmiyorum.					
11. Hastalığımın belirsizliği yüzünden, gelecekle ilgili plan yapamıyorum.					
12. Hastalığımın seyri değişmeye devam ediyor. İyi ve kötü günlerim oluyor.					
13. Benimle ilgili neyin sorun olduğu hakkında birbirinden farklı pek çok görüş verildi.					
14. Bana ne olacağı belli değil.					
15. Testlerimin sonuçları tutarsız.					
16. Tedavinin etkinliği belirsiz.					
17. Tedaviden dolayı neyi yapıp ve neyi yapamayacağım değişmeye devam ediyor.					
18. Bana belirli bir tanı koymadılar.					
19. Hastalığımın ciddiyeti belirlendi.					
20. Doktorlar ve hemşireler sade bir dil kullandıklarından ne söylediklerini anlayabiliyorum.					

Ek 6: Gönüllü Olur Formu

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu Çalışma; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi Nevra KARACA BIÇAKÇI tarafından Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının’ İnfertilitesi Olan Kadınların Belirsizlik ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi’nin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışma üç ay sürecektir. Çalışma başlangıcında sizden formlar doldurmanızı istenecektir. Sonrasında gruplar oluşturulup sizlere eğitimler verilecektir. Uygulama sonunda çalışmanın başında doldurduğunuz formları tekrar doldurmanız istenecektir.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında isminiz yer almayacaktır. Çalışma için soruları cevaplarken sadece size ait ve doğru olanı seçiniz. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda ki açıklamaları okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı

İmza

Araştırmacı Adı Soyadı: Nevra KARACA BIÇAKÇI

İmza



**HASTALIKTA BELİRSİZLİK TEORİSİNE
DAYALI OLARAK GELİŞTİRİLEN
'İNFERTİL KADINLARI GÜÇLENDİRME
PROGRAMI'
EĞİTİM KİTABI**



Hazırlayan

Arş. Gör. Nevra KARACA BIÇAKÇI

Doç. Dr. Birsen ALTAY

Samsun 2021

Ek 8: Eğitim Kitapçığı İçin Lawshe Kapsam Geçerlilik Formu

Aşağıdaki tabloda Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı’ Eğitim kitapçığının içerisindeki bölümlerin başlıkları bulunmaktadır. **Kitapçığın her bir bölümü için “Uygun”, “Uygun ancak yetersiz”, “Gereksiz”** seçeneklerinden birisini işaretleyerek değerlendirme yapınız. Bu bölüm eğitim kitapçığının **kapsam geçerliğini değerlendirmek için Lawshe (1975) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)’nı** hesaplamak üzere hazırlanmıştır.

Eğitim Kitapçığının Bölümleri	Uygun	Uygun ancak düzeltilmeli	Çıkartılmalı	KGO
KADIN ÜREME ORGANLARI ve İŞLEVLERİ	5			1.00
Kadın Dış Üreme Organları	5			1.00
Kadın İç Üreme Organları	5			1.00
Yumurtalıklar (Overler)	5			1.00
Tüpler (Tuba Uterina)	5			1.00
Rahim (Uterus)	5			1.00
Vajina	5			1.00
GEBELİK NASIL OLUŞUR	5			1.00
Döllenme (Fertilizasyon)	5			1.00
Yerleşme (İmplantasyon)	5			1.00
İNFERTİLİTE (KISIRLIK)	5			1.00
İnfertilite (Kısırlık) nedir?	5			1.00
Fertiliteyi (Doğurganlık) Etkileyen Faktörler	5			1.00
Kısırlıkta Kadına ve Erkeğe Ait Nedenler	5			1.00
Kadına ait kısırlık nedenleri	5			1.00
Erkeğe ait kısırlık nedenleri	5			1.00
İNFERTİLİTE (KISIRLIK) TEDAVİ YÖNTEMLERİ	5			1.00
Ovulasyon İndüksiyonu	5			1.00
Aşılama (IUI)	5			1.00
Tüp Bebek (IVF)	5			1.00

Mikroenjeksiyon (ICSI)	5			1.00
Gamet Transferi (GIFT)	5			1.00
Zigot Transferi (ZIFT)	5			1.00
Sperm Aspirasyonu (MESA)	5			1.00
Testiküler Sperm Ekstraksiyonu (TESE)	5			1.00
Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA)	5			1.00
Kriyoprezervasyon	5			1.00
Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT)	5			1.00
SRES	5			1.00
Stres Nedir?	5			1.00
İnfertilite ve Stres	5			1.00
Stres belirtileri nelerdir ? Ben stresli miyim ?	5			1.00
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri	5			1.00
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri	5			1.00
Bireysel Stresle baş etme Yöntemleri	5			1.00
Toplam Uzman Sayısı: 5 Kapsam Geçerlilik Ölçütü: 0.99 Kapsam Geçerlilik İndeksi:1				

Lawshe Kapsam Geçerlik Formunun sonucuna göre uzmanların tamamı “Uygun” şeklinde görüş bildirmiş, Kapsam geçerlilik indeksi 1 kapsam geçerlilik oranı > 0 olarak saptanmıştır.

Ek 9: Eğitim Programı İçin Lawshe Kapsam Geçerlilik Formu

Aşağıdaki tabloda Hastalıkta Belirsizlik Teorisine Dayalı Olarak Geliştirilen ‘İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı’ Eğitim kitapçığının için değerlendirilmesi talep edilen başlıklar bulunmaktadır. **Her bir bölümü için “Uygun”, “Uygun ancak yetersiz”, “Gereksiz”** seçeneklerinden birisini işaretleyerek değerlendirme yapınız. Bu bölüm eğitim kitapçığının **kapsam geçerliğini değerlendirmek için Lawshe (1975) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)’nı** hesaplamak üzere hazırlanmıştır.

Eğitim Programı	Uygun	Uygun ancak düzeltilmeli	Çıkartılmalı	KGO
1. Eğitim programının kazanımlarının uygunluğu	5			1.00
2. Eğitim programının süresinin uygunluğu	5			1.00
3. Kuramın eğitim programının içeriği ile örtüşmesi	5			1.00
4. Eğitim programının uygulanabilirliği	5			1.00
5. Eğitim programında yer alan oturumların amaçları ile içeriğinin örtüşmesi	5			1.00
6. Eğitim programında yer alan öğretim yöntemlerinin uygunluğu	5			1.00
Toplam Uzman Sayısı: 5 Kapsam Geçerlilik Ölçütü: 0.99 Kapsam Geçerlilik İndeksi:1				

Lawshe Kapsam Geçerlik Formunun sonucuna göre uzmanların tamamı “Uygun” şeklinde görüş bildirmiş, Kapsam geçerlilik indeksi 1 kapsam geçerlilik oranı > 0 olarak saptanmıştır.

Ek 10: Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi

Uzmanlık	Davet edilen/mail gönderilen isimler
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Dr.Öğr.Üyesi Esra TURAL BÜYÜK
Halk Sağlığı Hemşireliği	Dr.Öğr.Üyesi Özge ÖZ YILDIRIM
Halk Sağlığı Hemşireliği	Dr.Öğr.Üyesi. Alaattin ALTIN

Ek 11: Eğitim Programı

HBT	Konular		Açıklama	Süre	Öğrenme Ürünü
1.Belirsizlik öncülerinin ve alanlarının belirlenmesi 2. Yapı sağlayıcı unsurların belirlenmesi (Eğitim seviyesi, sosyal destek unsurları güvenli bir oterite (sağlık çalışanı))	1.	Tanışma	Yapı sağlayıcı (Sağlık personeli ve diğer infertil kadınlarla) unsurlarla tanışma	45-60 dakika	1
	2.	Programının tanıtılması.	Programın amacı, süresi ve uygulamalar hakkında bilgi verilmesi		
	3.	Ön test uygulaması	Etkili iletişimde aktif dinlemenin etkisinin açıklanması		
1.Bilgi ihtiyacının giderilmesi 2.Uyaran çevrenin desteklenmesi 3. Bilişsel şemanın yeniden şekillendirilmesi	1.	Üreme sistemi	Kadın üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisi hakkında bilgilendirme	45-60 dakika	2.3.4.5 6.7.8.9 10
	2.	Gebelik	Gebeliğin oluşumu hakkında bilgilendirme		
	3.	İnfertilite	İnfertilite türleri İnfertilite nedenleri İnfertilite tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme		
1.Belirsizliğin yeniden değerlendirilmesi 2.Çıkarım Tehlike → Fırsat 3. Başa çıkma stratejilerinin kullanımı 4.UYUM	1.	Stres	-Stres nedir? -İnfertilite stresi nedir?	45-60 dakika	11.12.13 14.15.16
	2.	Stresle başa çıkma yöntemleri	-Stres belirtileri nelerdir? -Ben stresli miyim? -İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri neler?		

Ek 12: İnfertil Kadınları Güçlendirme Programı (İKAGÜP) Modülleri

MODÜL 1 Uyaran çerçeve, yapı sağlayıcılar, bilişsel şema, belirsizlik öncüleri	
Amaç	- Katılımcılara İKAGÜP programının tanıtılması. - HBT'ne göre katılımcıların hastalıkla ilgili belirsizlik (Bireyin hastalıkla ilişkili olaylara ve bunların anlamına ilişkin tahminleri) alanlarını belirlemek. - HBT'ne göre katılımcıların uyaran çerçevesine katkı dağlayan yapı sağlayıcı unsurları (Bireyin eğitim seviyesi, sosyal destek unsurları (eş, aile, arkadaş vb) ve güvenilir otoriteyi (profesyonel sağlık çalışanları) belirlemek. - HBT'ne göre katılımcıların yaşadıkları belirsizlik öncülerini (öfke, kaygı, umutsuzluk, öngörememe vb) belirlemek
Oturum kapsamı	- Tanışma - İKAGÜP programının tanıtımı - Katılımcıların doğurganlık ile ilgili deneyimlerin ve yaşantılarının paylaşılması - Katılımcıların öğrenme ihtiyaçlarının belirlenmesi - Katılımcıların öneri ve görüşlerinin alınması - Ön test uygulamasının yapılması
Oturum süresi:	45-60 dakika
Oturum yönetimi	Yüz yüze görüşme, aktif dinleme, soru-cevap
Oturum içeriği	- Program yürütücüsü kendini tanıtır ve katılımcılarla iletişimi başlatır. - Etkili iletişimde aktif dinlemenin önemi ve etkisi açıklanır. - İKAGÜP programın amacı, süresi, uygulama şekli hakkında detaylı bilgiler verilir. - Program yürütücüsü katılımcılarla göz teması kurarak, uygun ses tonu ile yargılayıcı olmadan katılımcıların infertilite tedavisinin başlangıcı ve sürecine ilişkin deneyimlerine odaklanır.

Bireyin ve sağlık profesyoneline deneyimlerini anlatabilmesi, arasında guvenilir iliski kurulmasi hastalikta belirsizliğin azalmasinda etkilidir (Mishel, 1990; Wellam ve ark, 2008; Martinez 2010; Unson ve ark, 2015; Cui ve ark, 2021).

Bireyler sağlık hizmeti alirken kendilerine saygi duyulmadigina veya dinlenilmediğine inandiklarinda, personel ile duşmanca bir iliski iinde olduklarini ve stres verici olduklarini bildirmislerdir (Unson ve ark, 2015).

- Katılımcıların infertilite stresi ile başa çıkma düzeylerini ve belirsizlik düzeyleni belirlemek amacıyla program dahilinde yer alan ön test envanterleri uygulanır.
- HBT'ne göre katılımcıların tedavi ile ilgili **belirsizlik düşüncesi**, bilgi eksikliği, bilgi arama/bilgiden kaçınma ve destek unsurlarının ortaya çıkarılmasıyla katılımcının **belirsizlik alanlarını** belirlenir.
- HBT'ne göre katılımcıların **uyaran çerçevesine** farklı boyutlarda uyaran vererek, belirsizliği anlamlandırmasına ve belirsizlikle baş etme stratejileri geliştirmelerine katkı sağlayan, **yapı sağlayıcı unsurları** (bireyin bilgi düzeyi, eğitim durumu, hastalıkla ilgili geiimiş deneyimleri, eş, aile, akraba, arkadaş ve sağlık profesyoneli desteği) belirlemek amacına yönelik hazırlanmış anket formu uygulanır.
- İnfertilite tanısı almış kadınları bir arada olmaları ve iletişim kurmalarına olanak sağlanarak HBT'ne göre bireyin uyaran çerçevesine **yeni uyarınların** (septom paterni, bezer olaylar, alışılmış olaylar) dahil edilmesi sağlanır.

Arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek stres ve belirsizliği azaltma ve ruhsal rahatlama da önemli role sahiptir (Unson ve ark, 2015).

- Katılımcıların tanı, tedavi deneyimlerinin paylaşılmaları ve katılımcıların birbirleri iin HBT'ne göre **yapı sağlayıcı unsurlar** olmalarına olanak sağlanır ve akran desteği başlatılır.

Akran desteği yetişkinler arasında yargılama riskinin daha az olduğu deneyim paylaşımını artırmada yararlıdır (Brashers ve ark, 2004).

- Whatsapp grubu oluşturulur ve yürütücü (guvenilir sağlık personeli figürü) ile katılımcılar arasında sürekli ve çevrimiçi iletişim olanağı sağlanarak HBT'ne göre **yapı sağlayıcı ve destek unsuru** oluşumu başlatılır.

- Katılımcıların soruları cevaplandırılır, öneri ve görüşleri alınır.

2. MODÜL

Hastalıkla ilgili bilişsel şemanın yeniden şekillendirmesi, Belirsizliğin yeniden değerlendirilmesi

Amaç

- Birinci oturumda belirlenen katılımcıların hastalıkla ilgili **belirsizlik** alanlarına ilişkin bilgi ihtiyacını karşılamak.
- Katılımcıların HBT' ne göre **uyaran çerçevesini** oluşturan bileşenlerden birini oluşturan **profesyonel destek unsuru olan güvenilir sağlık çalışanı** rolünü gerçekleştirmek.
- Katılımcıların HBT' göre hastalıkla ilgili bilişsel şemasını yeniden şekillendirmesi ve belirsizliği yeniden anlamlandırmasına katkı sağlamak
- Katılımcıların hastalıkla ilgili yaşadıkları belirsizliği azaltmak

Oturum kapsamı

- Kadın üreme sistemi organları ve yapıları
- Kadın üreme sistemi fizyolojisi
- Gebeliğin oluşumu
- Ovülasyon
- Fertilizasyon
- İnfertilite
- İnfertilite nedenleri
- İnfertilite tedavi türleri

Oturum süresi: 45-60 dakika

Oturum yönetimi

- Yüz yüze görüşme
- Aktif dinleme
- Slayt sunumu
- Düz anlatım
- Beyin fırtınası
- Soru-Cevap
- Tartışma

Oturum içeriği • Oturumun başlangıcında yapılacak eğitim hakkında bilgi verilir. • Katılımcıların kadın üreme sistemine, kadın infertilitesine yönelik kişisel düşünceleri, bilgi ve deneyimleri sorgulanarak eğitime giriş yapılır. • Maket ve görsel sunumla eğitim verilir. Bireyin bilişsel kapasitesini güçlendirmek, belirsizliği yeniden değerlendiremsini sağlamak için güvenilir oterite tarafından bilgi ihtiyacı karşılanır. Yapı sağlayıcı unsurlardan güvenilir oterite tarafından aktarılan bilgi ve eğitim, bireyin belirsizliği yeniden değerlendirmesi ve kesinliğin olmadığı inancının başlatılması için önemlidir (Mishel, 1990; Martinez, 2010; Cui ve ark, 2021). Hemşireler bireyler tarafından ihtiyaç duyulan bilgileri sağlayarak, belirsizliğe neden olan faktörleri açıklama ve belirsizliği azaltmada, kritik bir rol oynayabilir (Mishel, 2014; Unson ve ark, 2015). • Soru-cevap yöntemi ile katılımcılardan geri bildirim alınır. • Katılımcıların bilgi düzeyine yönelik özet eğitim tekrarı yapılır. • Bilgi kitapçığı verilir.

MODÜL 3 Stres kavramı, Stresle baş etme stratejileri
Amaç • Birinci oturumda belirlenen katılımcıların infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerine ilişkin bilgi ihtiyacını karşılamak (stres ve infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri hakkında katılımcıları bilgilendirmek). • Katılımcıların HBT' ne göre uyaran çerçevesini oluşturan bileşenlerden birini oluşturan profesyonel destek unsuru olan güvenilir sağlık çalışanı rolünü gerçekleştirmek. • Katılımcıların infertilite stresi ile başa çıkmalarına katkı sağlamak • Katılımcıların infertilite streslerini azaltmak
Oturum kapsamı • Stres nedir? • İnfertilite stresi nedir? • Stres belirtileri nelerdir? Ben stresli miyim?

• İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri • Bireysel stresle başa çıkma yöntemleri
Oturum süresi: 45-60 dakika
Oturum yönetimi • Yüz yüze görüşme • Aktif dinleme • Slayt sunumu • Düz anlatım • Beyin fırtınası • Soru-Cevap • Tartışma
Oturum içeriği • Oturumun başlangıcında yapılacak eğitim hakkında bilgi verilir. • Katılımcıların stres ve infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerine yönelik kişisel düşünceleri, bilgi ve deneyimleri sorgulanarak eğitime giriş yapılır. • Görsel sunumla eğitim verilir. • Soru-cevap yöntemi ile katılımcılardan geri bildirim alınır. • Katılımcıların bilgi düzeyine yönelik özet eğitim tekrarı yapılır. • Bilgi kitapçığının verilmesi

MODÜL 4 İnfertilite stresi ve belirsizliği yeniden değerlendirmek
Amaç • İnfertil Kadınları Güçlendirme Programının (İKAGÜP) etkinliğini değerlendirmek
Oturum kapsamı • Uygulama deneyimleri paylaşılır. • Farkındalık düzeyleri değerlendirilir. • Kazanımlar değerlendirilir. • Katılımcıların görüş ve önerilerin alınır. • Son test formların doldurulur • Kapanış
Oturum süresi: 45-60 dakika
Oturum yönetimi • Yüz yüze görüşme

- Aktif dinleme
- Soru-Cevap

Oturum içeriği

- Araştırmacı ve katılımcılarla edinilen deneyimler paylaşılır.
- Kazanımlar ifade edilir.
- Son test uygulaması yapılır.
- Program öncesi ve sonunda fark yaratıp yaratmadığı değeriendirilir.



ÖZ GEÇMİŞ

Nevra KARACA BIÇAKÇI Kafkas Üniversitesi-Sağlık Yüksekokulu'nda 2003 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2015 yılında Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma görevlisi olarak göreve başladı. 2008-2010 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans programını bitirdi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmakta ve orta derecede İngilizce bilmektedir. İlgi alanları; geleneksel sağlık uygulamaları, İnfertilite ve yaşlı sağlığı (16.10.2022).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0003-2408-0327.

Yayınlar:

1. Özyazıcıoğlu, N., Polat, S., Bıçakçı, H. (2009). The Effect Of Training Programs on Traditional Approaches That Mothers Use in Emergencies. *J Emerg Nurs*, doi: [10.1016/j.jen.2009.10.021](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.10.021)
2. Özyazıcıoğlu, N., Polat, S., Bıçakçı, H. (2010). Mothers' Use of Traditional Approaches in The Treatment of Selected Child Health Problems. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 26(1), 126-131.
3. Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Kal, H. E., Bıçakçı, H. (2011). Kürtaj polikliniğine başvuran kadınların acil kontrasepsiyon bilgi ve uygulamaları. *Genel Tıp Derg*, 21(1), 5-10.
4. Polat, P., Özyazıcıoğlu, N., Bıçakçı, H. (2015). Traditional practices used in infant care. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 1 (1), 47-51.
5. Alkan, H., Aktemur Gürler, S., Akcanca, N., Akbaş, P., Bıçakçı, H. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Atılabilirlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Journal Of Social And Humanities Sciences Research*, 4(12), 1149.
6. Türk, R., Bıçakçı H. (2018). Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerine Verilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *JACSD*. Doi: [10.17367/JACSD.2018.3.4](https://doi.org/10.17367/JACSD.2018.3.4)

7. Altay, B., Bıçakçı, H. (2019). Türkiye’de 0-12 Aylık Bebek Bakımında Uygulanan GelenekselYöntemler. *SETSCI Conference Proceedings*, 4 (9), 49-53. <https://doi.org/10.36287/setsoci.4.9.039>
8. Bıçakçı, H., Türk, R. (2021). İnfertil Kadınların Gebe Kalmak için Uyguladıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 737-749. <https://doi.org/10.47115/jsbs.1021210>

