



İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERİN KAYGI, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ* LEVEL OF ANXIETY, RESILIENCE AND COPING STRATEGIES OF INFERTILE INDIVIDUAL IN TREATMENT

İmran ALTINTOP**
Bedrettin KESGİN***

Öz

Çalışmanın amacı infertilite tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, psikolojik dayanıklılıklarının ve başa çıkma yollarının durumluk/sürekli kaygısı üzerindeki etkisini araştırmak ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini incelemektir. İzmir ve Manisa illerinde özel ve kamu kuruluşlarında infertilite tedavisi gören ve gönüllü olarak katılan 315 kişinin verisi analiz edilmiştir. Katılımcılara araştırmacıların hazırladığı demografik form, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, (CD-PDÖ) ve Başa Çıkma Yolları Ölçeği Türkçe Formu (BÇYÖ-TR) uygulanmıştır. Kadınların, durumluk/sürekli kaygılarının yüksek, psikolojik dayanıklılıklarının düşük ve duygu odaklı başa çıkmalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca durumluk/sürekli kaygı ile duygu odaklı başa çıkma yolları arasında pozitif, dayanıklılık ve aktif başa çıkma yolları arasında negatif ilişki vardır. Sosyal hizmetin bu alanda daha aktif olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite Tedavisi, Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık, Başa Çıkma Yolları ve Sosyal Hizmet.

Abstract

The purpose of this study was to research the effects of socio-demographic characteristics, psychological resilience and coping strategies on the state/trait anxiety level of the infertility patients and to examine their correlations. In İzmir and Manisa provinces, the data of 315 voluntary infertility patients was treated in private and public institutions were analyzed. Demographic Form prepared by researchers, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Connor-Davidson Psychological Durability Scale (CD-RISC) and the Turkish Version of Ways of Coping (WOC-TR) were applied to the participants. Women were found to have a high level of state/trait anxiety, a low psychological resilience, and a high emotional focus. There is also a positive relationship between state/trait anxiety and emotion-focused ways of coping and negative relations between resilience and active ways of coping. Social work needs to be more active in this area.

Keywords: Infertility Treatment, Anxiety, Resilience, Ways of Coping and Social Work.

GİRİŞ

İnfertilite, üremeye uygun yaşta olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın en az bir yıl düzenli ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin oluşmaması demektir (Ender Yumru ve Öndeş, 2011). İnfertilite hayatı tehdit eden bir sorun olmamasına rağmen bireylerin ya da toplumun çocuk sahibi olmaya yüklediği anlamdan dolayı çiftler veya bireyler için stresli bir yaşam olayı olarak değerlendirilebilir.

İnfertilite bireyin ötesinde çiftler arası ilişkiyi, bireyin çevresini, sosyal yaşamını ve toplum ilişkilerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle infertilite sadece tıbbi olarak değil psiko-sosyal açıdan da bireylerin ve çiftlerin değerlendirilmesi gereken zaman zaman uzun, sıkıntılı ve beklentinin karşılanmadığı bir süreç olabilir. Bu süreç doğası itibarıyla fiziksel, sonucu itibarıyla psikolojik ve duygusal etkiler doğuran, maddi yükleri ve çiftler arası ilişkiye doğrudan yansımaları olan karmaşık ve meşakkatli bir süreçtir.

Türkiye’de şu ana kadar infertilite ve tedavisi tıbbi yönünün yanı sıra bireysel, çift ve toplumsal boyuttaki etkisi düşünülerek psikolojik ve sosyal anlamda da araştırmacılar tarafından incelenmiştir, ancak bu çalışmaların dünyadaki literatürle kıyaslandığında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye’de özellikle sosyal hizmet alan yazınında kendisine neredeyse hiç yer bulamayan infertilite tedavisi (tüp bebek ve aşılama) gören çiftlerin psikolojik dayanıklılıkları, stres düzeyleri ve başa çıkma stratejileri ile bu değişkenler arasındaki ilişki ortaya konmak istenmiştir. Bu araştırmanın konusu ve problemi belirlenirken infertilite tedavisi gören çiftleri zorlayan psiko-sosyal süreçlere dair bir ele alışın sosyal hizmet literatüründe eksik kalması göz önünde bulundurulmuştur.

Türkiye’de psikoloji ve sosyoloji gibi temel disiplinlerde ele alındığı görülen infertilite tedavisi gören

* Bu çalışma “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği” başlıklı ve TÜBİTAK tarafından desteklenen doktora tezinin alan araştırmasının bir kısmı kullanılarak üretilmiştir.

** Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Doktora Öğrencisi. imranaaltintop@gmail.com

*** Doç. Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, bedrettink@gmail.com



çiftlerin deneyimlerinin sosyal hizmet alan yazınında kendine yer bulamaması birkaç açıdan incelemeye değer görülmüştür: (1) çiftler için önemli bir stres kaynağı olabilecek bir tedavi süreci; (2) birçok denemeden sonra uzun süren bir tedavi geçmişinin ardından çiftlerin ya da bireylerin psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyabilme durumlarının ortaya çıkması; (3) sosyal hizmetin, çocuk sahibi olma konusunda çiftlere hem içinde buldukları süreçte hem de çocuk sahibi olma konusundaki diğer alternatifler hakkında danışmanlık verebilecek bir uygulama alanının olması.

Bu düşünceler ışığında ve aşağıda detaylandırılacak infertilite tedavisinin bireyler üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalardan da hareketle infertilite tedavisi gören çiftlerin süreçte yaşadıkları stresleri ve kaygı düzeyleri ile bunları aşmak için kullandıkları başa çıkma yöntemleri ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri bu araştırmada ele alınmak istenmiştir. Bu bağlamda infertilite ile ilgili literatüre geçmeden önce araştırmada yer alan stres, kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma kavramlarına kısaca değinmek uygun olacaktır.

1. Stres, Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma

Stres, bir insanın günlük hayatta karşılaştığı herhangi bir durumun kendini ve iyi olma durumunu tehdit ettiğini hissetmesi ve bunun sonucunda baş etme becerilerini değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır (Weiten, Hammer ve Dunn, 2012: 71).

Türkçe de kaygı olarak kullanılan kavram, Türk dil kurumu sözlüğünde 'genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu'¹ şeklinde ifade edilen tanımı İngilizce'deki 'anxiety', kavramına karşılık gelmektedir. Kaygı (anksiyete) negatif duygulardan biridir bu kavramın insanları, stres, panik ataklar fobiler gibi farklı yollarla etkilediği düşünülmektedir (Williams, 2012).

Psikolojik dayanıklılık, "baş etmek için olumlu duygular aracılığıyla olumsuz olaylardan sonra iyileşme yeteneği"dir (Tugade, Fredrickson, Feldman Barrett, 2004: 1162). Psikolojik dayanıklılık, stres veya travmaya maruz kalmaya rağmen sağlıklı psikolojik işlevini sürdürme kabiliyeti olarak da tanımlanır (Tugade & Frederickson, 2004: 321).

Baş etme "stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelme, ihtiyaçları azaltma veya tolere etmek için gösterilen çaba" olarak tanımlanmıştır (Weiten vd., 2012: 105). Bireysel baş etme dört faktörden etkilenmektedir: Stresin değerlendirilmesi, bireyin baş etme kaynakları, kültürün sağladığı kaynaklar ve diğerlerinin tepkileri (Aldwin, 2004: 565). Özellikle infertilite konusunda çiftlerin hayatını tehdit eden bir durum olmamasına karşın stres verici bir sorun olarak tanımlanmasında bu dört faktörün önemi daha fazla ön plana çıkmaktadır.

Stres araştırmalarının önemli isimlerinden olan Folkman ve Lazarus, sıkıntıya neden olan sorunun, yani çevre-insan etkileşimindeki stres kaynaklarının, değiştirilmesine ya da yönetimine yönelik baş etmeyi problem-odaklı baş etme stratejisi, soruna yönelik duygusal tepkilerin düzenlenmesine yönelik baş etmeyi de duygu-odaklı baş etme stratejisi olarak sınıflandırmışlardır (Folkman ve Lazarus, 1980: 223-224). Bu çalışmada da benzer şekilde problem çözme odaklı başa çıkma (PÇOBÇ) ve destek arayıcı başa çıkma (DABÇ) yollarının 'aktif başa çıkma', kaderci başa çıkma (KBÇ) ve çaresizlik odaklı başa çıkma (ÇOBÇ) yollarının da 'duygu odaklı başa çıkma' olarak gruplandırılmaları (Gül, 2014: 92) temel alınmıştır.

2. İnfertilite Tedavisi ve Bireyler/Çiftler Üzerindeki Etkileri

İnfertilite tedavisinde dünyada yaygın olarak uygulanan yöntemler; ilaç tedavisi, aşılama (IUI), mikroenjeksiyon, tüp bebek tedavisi (TBT), hücre, yumurta ve sperm donörülüğü, taşıyıcı annelik, Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigot Intrafallopian Transfer (ZIFT) yöntemidir. Türkiye'de ise resmi olarak uygulanan tedaviler; ilaç tedavisi, aşılama (inseminasyon), mikroenjeksiyon yöntemi ve tüp bebek tedavisi (TBT) dir (Şirin, 2001: 19).

İnfertilite, daha önce hiç gebe kalmamış olmayı ifade eden birincil infertilite ve geçmişte hamile kalmış ama hamileliği tamamlayamamış olmak ya da bir çocuk sahibi olduktan sonra yeniden gebe kalamamak olarak tanımlanan ikincil infertilite olarak ikiye ayrılmaktadır. İkincil infertilite düşük, dış gebelik ve terapötik kürtajı da kapsamaktadır. (McEwan, Costello ve Taylor, 1987: 108).

İnfertilite kadından, erkekten, her ikisinden ya da açıklanamayan nedenlerden kaynaklanabilmektedir. İnfertilitenin kaynağının kadın ve erkekten kaynaklı olması her cinsiyete %40'lık, her ikisinden kaynaklı sorunlara %10'luk ve açıklanamayan sorunlara geri kalan %10'luk oranlarla ifade edilmektedir (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 76).

Çiftlerin ilk kez tanı aldıkları zaman, tedaviye başlama kararı, tedavi sonucunun olumsuz olmasına

¹ http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a45012006abe5.20629473



verilen tepki, sonraki sürecin bireysel olarak nasıl karşılandığı ve ilişkiye nasıl yansıtıldığı, yeni bir tedaviye karar verme ve ardından gelen sürekli denemeler tedavi sürecini özetlemektedir. Tüm bu döngü basit tıbbi bir müdahale gibi görünse de derine inildiğinde infertilite ve tedavisindeki karar aşamalarının, beklentinin bir türlü karşılanmamasının, tekrarlanmak zorunda kalınan tedavilerin, ekonomik yüklerin, sosyal baskı ya da tepkilerin bireyin ruhsal dünyasında nasıl karşılandığı, bireyin tüm bunların üstesinden nasıl geldiği ya da gelemediği güçlerine, güçsüzlüklerine, yoksunluklarına, baş etme becerilerine bağlıdır. Yani infertilite tedavisi, Chan, Ng, Chan, Ho ve Chan (2006)'in bahsettiği gibi tüm bu fiziksel ve duygusal zorluklarına rağmen bireylerin aktif şekilde katılımını gerektiren tıbbi bir uygulamadır. Tedavi sürecinde çiftler kendileri için duygusal ve maddi zorluklara sebep olan cerrahi girişimler, güçlü ilaçlar, rutin işlemler, sağlık elemanları ve klinikler ile etkileşimde olma gibi durumlarla karşılaşmaktadırlar (Şirin, 2001: 34).

İnfertilite ile ilgili literatüre bakıldığında araştırmacıların yönelimlerini üçe ayırmak mümkün görünmektedir: Tıbbi konulara ve prosedürlere dair çalışmalar, infertilitenin etkileri hakkında istatistiksel çalışmalar ve infertilitenin psikolojik etkileriyle ilgili çalışmalar (Kraft vd., 1980: 619). Bu bağlamda literatürde infertilite tedavisi gören çiftlerle ilgili yapılan çalışmalarda tedavi aşamalarının hastalar üzerindeki etkisine (Darwiche vd., 2013), tedaviye tekrar etme kararına ilişkin hastaların görüşleri ve tutumlarına (McEwan vd., 1987; Su, Tzeng ve Kuo, 2011; Goldfarb vd., 1997), uygulamadaki sınırlılıklara (toplanan hücre sayısı, hücrelerin sağlıklı oluşu vb.), maddi konulara (Li, Zhang, Zeng, Li ve Cui, 2013) ve tedavi merkezinde sunulan hizmetlere (Olivious, Friden, Borg ve Bergh, 2004; Franco vd., 2002) rastlamak mümkündür.

Üreme, birey ve toplum nezdinde varoluşsal bir konu olmaya devam ettikçe, üreme ile ilgili sorunlara verilen tepkilerin karmaşıklığı ve zorluğu da önemini koruyacaktır. Tüp bebek tedavisinde psikolojik reaksiyonlar pek çok çalışmada ele alınmıştır (Anderheim, Holter, Bergh, ve Möller, 2005; Ardeni, Campari, Agazzi, ve La Sala, 1999; Berghuis ve Stanton, 2002; Eugster ve Vingerhoets, 1999). Stres, infertilite tedavisi gören çiftlerde en sık karşılaşılan psikolojik reaksiyonlardan biridir. Çoğunlukla nicel yöntem ile yapılmış araştırmalarda (Kee, Jung ve Lee, 2000; Finamore, Seifer, Ananth ve Leiblum, 2007; Lancaster ve Boivin, 2005; Ardeni vd., 1999, Altıntuğ, Kızılırmak, Başer ve Ege, 2012) infertilitenin ve tüp bebek tedavisinin çiftlerde stres yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Franco vd., 2002: 275; Abbey, Andrews ve Halman, 1994: 402). Stresin yanı sıra kimi araştırma sonuçlarında depresyon, umutsuzluk ve anksiyetenin de infertiliteye verilen tepkiler arasında olduğu görülmektedir (Peterson, Newton ve Feingold, 2007; Kee vd., 2000; Seibel, 1997; Keskin ve Babacan Gümüş, 2014; Boivin ve Takefman, 1996).

Çiftler için infertilite hayatlarındaki en stresli durum olarak tanımlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013: 162). Ayrıca infertilite çiftler için kronik bir stres sebebi olurken, tedavi süreci ve beklemek ise çiftlerde akut stres durumunu ortaya çıkarmaktadır (Darwiche vd., 2013: 98; Franco vd., 2002: 275). Harata vd., (2012: 143) psikolojik stresin hastaların tedavi süreçlerine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini, Haseltine vd. (1985: 514) ise stresin her çiftte farklı görüldüğüne ya da baştan fark edilemeyip süreç içinde de ortaya çıkabildiğine değinmiştir. Ayrıca çiftleri bir listede bekleyen olmak, üreme ve cinsel performansının bir laboratuvarında değerlendirilmesi, tedavi yöntemlerindeki etik ve ekonomik zorlamalar ve her denemenin sonucunun belirsiz olması streslerinin devam etmesine neden olmaktadır (Sundby, 1999: 16).

Tedaviye devam etme durumu maddi konuların ve uygulamaların dışında hastaların anksiyetesi ile de ilişkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada başarısız bir tedavi denemesinden sonra ikinci denemeyi yapanlar, yapmayanlara göre daha fazla anksiyete yaşamışlardır ve bu durum toplumsal baskının etkilerine işaret etmektedir. Tedaviye devam eden kadınlardaki baskı devam etmeyenlere göre daha fazladır. Bu baskının ilişkili olduğu kaygı düzeyi hem başarısız bir tedavinin varlığı hem de yeni tedaviyle ilgili belirsizlik durumuyla yakından ilgilidir. Diğer yandan tedaviye devam etmeme kararı alan kadınlarda tedavinin kısıtlarını ve gerçekliğini kabullenme ve çocuksuz bir yaşama adapte olma durumu da gözlemlenmiştir (Su vd., 2011: 2217-2220).

Franco vd., (2002)'ye göre yüksek maliyetler ve nispeten düşük başarı şansı düşünüldüğünde tedavi stresli bir atmosfer yaratır. Yardımcı üreme tekniklerini bir kumara benzetip sonunda başarıya ulaşılması gerektiğine inanan hastaların, tıpkı kumarbazlar gibi, yüksek başarı beklentisi içinde ya da "sadece bir kez daha" duygusuyla tedaviyi tekrar denemek zorunda hissediyor olabileceklerinden bahsedilmiştir (Franco vd., 2002: 275). Benzer şekilde Darwiche vd., (2003) hastaların tedavi sürecinin başında şanslarını abartmaya ve infertilite tanısının olumsuzluklarını görmezden gelmeye meyilli olduklarını ifade etmiştir.

İnfertilite tanısı almış kadınlarda psikolojik stres bir kliniğe başvurduklarında ya da başarısız bir tedavi denemesi sonrasında görülebilmektedir (Kee vd., 2000: 447), çiftler ise ilk tanının stresini atlatsalar da ilk kez tedavi olduklarında benzer bir stresi yine yaşamaktadırlar (Darwiche vd., 2013: 98). Diğer yandan ilk TBT öncesi ya da sırasında algılanan psikolojik stres ya da psikolojik iyilik ile TBT sonuçları arasında ilişki



olmadığı bulunmuştur (Anderheim vd., 2005: 2973).

Tedavi aşamaları ve hastalar üzerindeki etkilerine dair yapılan çalışmalara bakıldığında, Yong, Martin ve Thong'un, (2000: 555) çalışmasında kadınların hamilelik testi yaparken en yüksek stresi yaşadıkları ancak hamile kalan ve kalamayan grup arasında psikolojik stres düzeylerinde anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer çalışmada kadınların %60'ının aşılana ve laboratuvarında bekletilen yumurta ve hücrelerin azlığı ve sağlık durumları hakkında endişe duydukları ve katılımcıların %46'sı için en stresli anın hücre transferi olduğu rapor edilmiştir (Franco vd., 2002: 277). TBT embriyo transferi sürecinde yaşanan stresi araştıran bir çalışmada kadınların hem genel hem de tedavi aşamalarına özgü durumluk ve sürekli kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir. Tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması da kadınların anksiyete düzeyini artırmaktadır. Ancak erkeklerin de uzun tedavi sürecine dâhil oldukları zaman stres yaşadıkları raporlanmıştır (Harata vd., 2012: 146).

Ayrıca literatürde infertil bireylerde psikolojik dayanıklılığı, travma sonrası gelişim, pozitif baş etme, sosyal destek gibi farklı değişkenler aracılığıyla araştıran (Sexton, Byrd ve von Kluge, 2010; Yu vd., 2014; Herrmann vd., 2011; Ridenour, Yorgason ve Peterson, 2008; Peters, Jackson ve Rodge, 2011, Kvamme, 2011); psikolojik dayanıklılığın genel stresle ilişkisinin yanında infertiliteye özgü stresle ilişkisi de ele alan (Herrmann vd., 2011; Sexton vd., 2010), psikolojik dayanıklılığın baş etme becerileri için yordayıcı bir değişken olduğunu öne süren (Sanford, Backer-Fulghum ve Carson, 2016; Kvamme, 2011), yaşam kalitesi (Herrmann vd., 2011) ve yaşam beklentileriyle (Shalkouhi, Vatankhah ve Zorbakhsh, 2015) ilişkilendiren çalışmalar vardır. Ridenour vd., (2008: 47) ise bu araştırmalara ek olarak birey, çiftler ve çevre etkileşimini hedefleyen bir infertilite dayanıklılık modeli önermiştir. Bu çalışmalar her ne kadar psikolojik dayanıklılıkla farklı değişkenlerin ilişkisini bize sunsa da hepsinin anlatmaya çalıştığı ortak bir sonuç vardır: İnfertilite ile psikolojik dayanıklılık ilişkisi ve infertil bireylerin yaşadıkları olumsuzluklarla baş etmelerinde psikolojik dayanıklılığın desteklenmesinin önemi.

Stres ve baş etme kuramları özellikle sağlığa bağlı sorunlara uyumu sağlayan koruyucu faktörleri ve riskleri belirlemede çalışmalara rehberlik etmektedir. Bu faktörler hastalığın özellikleri, birey, çevre, bireysel değerlendirme ve baş etme sürecidir. Yazarlar, kadınların infertilite karşısında artan stres gösterdiklerini tahmin ederken, diğer yandan çiftlerden infertilitenin kaynağı olan tarafın bu konuda cinsiyet faktörünü etkileyebileceğini beklemektedirler (McEwan vd., 1987: 109).

3. Araştırmanın hipotezleri

H1: İnfertilite tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık, stres düzeyleri ile başa çıkma yolları cinsiyete göre farklıdır.

H2: Bireylerin gelir durumu, çalışma ve sosyal güvencesi olma ve evlilik yılı ayrı ayrı psikolojik dayanıklılık, stres/kaygı düzeyleri ile baş çıkma yollarını etkiler.

H3: Sosyal destek alma durumlarını yeterli görenlerin psikolojik dayanıklılıkları yüksek, durumluk/sürekli kaygı seviyeleri yüksektir ve aktif başa çıkma yollarını tercih etmektedirler.

H4: Profesyonel psikolojik destek almak isteyen bireylerin durumluk/sürekli kaygı puanları yüksek, psikolojik dayanıklılık puanları düşüktür ve duygulu-odaklı başa çıkma yollarını kullanmaktadırlar.

H5: Katılımcıların tedavinin hangi aşamasında olduğu ile kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yolları arasında anlamlı fark vardır.

H6: Tedavi sağlayan kurum türü (devlet-özel) ile çiftlerin stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve başa çıkma yolları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Psikolojik tedavi almak isteği, yeterli sosyal destek gördüğünü düşünme, çevresini tedaviden haberdar etme, tedavinin evlilikte sorun yarattığını düşünme durumu ve tedavinin eşler arası iletişimi etkilediğini düşünme durumu cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H8: İkincil infertilitesi olan bireylerin durumluk ve sürekli kaygı puanları düşük, psikolojik dayanıklılığı yüksektir. Bu kişiler aktif başa çıkma yollarını kullanmaktadır.

H9: Toplam tedavi sayısı ile çiftlerin kaygı ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve başa çıkma yolları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H10: Katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olup olmadığı ve eş ilişkisini nasıl etkilediğiyle ilgili düşünceleriyle stres/kaygı ve psikolojik dayanıklılıkları ile başa çıkma yolları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H11: Kurumdan/doktorlar/hemşirelerden alınan hizmetten memnuniyet ile stres/kaygı ve psikolojik dayanıklılık seviyeleriyle, başa çıkma yolları arasında ilişki vardır.

H12: Bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı seviyesi ve psikolojik dayanıklılıkları arasında negatif



anlamli bir ilişki vardır.

YÖNTEM

Araştırma verileri nicel yöntem aracılığıyla ve tesadüfi örneklem yoluyla elde edilmiştir. Katılımcıların doldurduğu formlardan gelen veriler IBM SPSS 25 sürümüyle analiz edilmiştir.

Örneklem

Araştırma İzmir ve Manisa illerinde infertilite tedavisi gören 321 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Ancak verilerinde büyük eksiklik olan 6 katılımcı çalışma dışı bırakılarak 315 katılımcıdan gelen veriler analize dahil edilmiştir. Tablo 1’de katılımcıların demografik özellikleri yer alırken, Tablo 2’de tedavi süreçlerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Psikolojik ve sosyal destekle ilgili bilgiler ise Tablo 3’te bulunmaktadır.

Tablodaki verilerin haricinde araştırmaya çiftler dışında bireysel olarak katılan 146 kişinin 109’u kadın (%74,6), 37’si erkek (%25,3)’tir. Tüm katılımcıların toplamının yaş ortalaması 32,97, kadın ve erkeklerin ayrı ayrı ortalamaları da 32,7’dir.

Katılımcıların kurum hemşire ve doktor hizmetlerine ilişkin görüşleri de sorulmuştur. Verilen cevaplara göre kurum hizmetini 147 (%46,7) kişi iyi, 85 kişi (%27) ok iyi olarak değerlendirmiştir. Hemşireden aldıkları hizmeti değerlendirirken 147 (46,7) iyi ve 107 (%34) kişi çok iyi olarak ve doktorların verdiği hizmet ise 135 (%42,9) kişi tarafından iyi, 11 (%35,2) kişi tarafından çok iyi olarak değerlendirilmiştir.

Tedavinin evliliklerinde soruna sebep olup olmadığını ‘asla’dan ‘ok fazla’ya doğru ilerleyen bir Likert ölçekte değerlendiren katılımcıların çoğunluğu 222 kişi (%70,5) asla seçeneğini işaretlemiştir. Çok fazla diyen 10 (%3,2) kişidir. Tedaviden sonra eşler arası iletişimin nasıl etkilendiği sorusuna ise katılımcıların büyük bölümü (%75,6) soruna sebep olmadığını belirtmiştir. Sorun yarattığını düşünenlerin oranı 5 kişiyle %1,9dur. Ayrıca katılımcıların infertilite türleri sorulduğunda 288 (%91,4) kişinin hiç ocuk sahibi olmadığı yani birincil infertiliteye sahip olduğu 27 kişinin de (%8,6) en az bir çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların 277’si (%87,9) tedavi sürecinden yakınlarını haberdar etmeyi tercih etmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans (%)
Cinsiyet	
Kadın	194 (61,6)
Erkek	121 (38,4)
Eğitim seviyesi	
İlkokul	53 (16,8)
Ortaokul	32 (10,2)
Lise	91 (28,9)
Üniversite	80 (25,4)
Yüksekokul	44 (14)
Lisansüstü	15 (4,8)
Çalışma durumu	
alışıyor	214 (67,9)
Çalışmıyor	100 (32,1)
Gelir durumu	
1300 TL ve altı	71 (22,5)
1301-3000 TL	151 (47,5)
3001-5000 TL	63 (20)
5001 TL ve üzeri	11 (3,5)
Sosyal güvence	
Var	282 (89,5)
Yok	22 (7)
Evlilik yılı	
1-5 yıl	159 (50,5)
6-10 yıl	112 (35,6)
11-15 yıl	32 (10,2)
16-21 yıl	12 (3,8)
Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler	
İzmir Özel Ege Tüp Bebek Merkezi	64 (20,3)
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesi	98 (31,1)
İzmir Tepecik Eğitim Araştırma. Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi	116 (36,8)
Manisa Özel Grand Medical Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi	37 (11,7)
Araştırmaya katılma durumu	
Bireysel	146 (46,3)
Çift olarak	169 (53,7)
Tedavi için devlet desteği almak	
Var	118 (37,5)
Yok	197 (62,5)
Daha öncede devlet desteği alma	



Var	50 (15,9)
Yok	265 (84,1)
Kimlerle yaşadığı	
Sadece eşler	289 (91,7)
Eşlerden en az birinin ailesiyle birlikte	26 (8,3)

Tablo 2. Tedaviye İlişkin Verilere Ait Frekans Dağılımları

Değişkenler	Frekans (%)
Tedavi türü (görüşme esnasındaki dâhil olmak üzere)	
En az bir kere sadece aşılama	74 (23,5)
En az bir kere hem aşılama hem TBT	104 (33)
En az bir kere sadece TBT	124 (39,4)
İlk başvuru ve henüz tedavi kararı verilemeyen	13 (4,1)
Şu anda görülen tedavi türü	
Aşılama	65 (20,6)
Tüp bebek	237 (75)
Henüz karar verilmeyen	13 (4,4)
İnfertilite Kaynağı	
Kadın kaynaklı infertilite	84 (26,7)
Erkek kaynaklı infertilite	79 (25,1)
Hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite	43 (13,7)
Açıklanamayan infertilite	109 (34,7)
Tedavi aşamaları	
Tedavi için ilk kez başvuranlar	38 (12,1)
Önceden bir kez aşılama/TBT görüp yeni tedaviye gelenler	39 (12,4)
Tahlil/kontrol aşamasında olanlar	67 (21,3)
Enjeksiyon/enjeksiyon öncesi aşamasında olanlar	46 (14,6)
Yumurta toplama aşamasında olanlar	14 (4,4)
Tüp bebek transfer aşamasında olanlar	35 (11,1)
Aşılama yapılacak olanlar	34 (10,8)
Dondurulmuş embriyosu olup transfere başvuracaklar	7 (2,2)
Gebelik testi için gelenler	5 (1,6)
Gebe olanlar	30 (9,5)
Tedaviye ilk başvurma zamanı	
Son iki yılda başvuranlar	119(37,8)
3-5 yıl önce başvuranlar	115 (36,5)
6-19 yıl önce başvuranlar	76 (24,1)
20 yıl önce başvuranlar	2 (0,6)
Tedaviyi tekrar denemek isteme	
Evet	252 (80)
Hayır	56 (17,8)
Kararsız	7 (2,2)
Tedaviye devam etmeyecekler için nedenler	
Maddi nedenler	16 (5,1)
Psikolojik nedenler	17 (5,4)
Maddi ve psikolojik nedenler	19 (6)
Diğer nedenler	12 (3,7)
Tedaviye alternatifler	
Düşünmüyorum	222 (70,5)
Evlat edinme	55 (17,5)
Koruyucu aile	16 (5,1)
Diğer	8 (2,6)

Tablo 3. Psikolojik ve Sosyal Destek Alma Durumlarına Ait Frekans Dağılımları

Değişkenler	Frekans(%)
Profesyonel psikolojik destek alanlar	
Eşyle	2 (0,6)
Bireysel	11 (3,5)
Destek alanların danışmanları	
Psikolog	6 (1,9)
Psikiyatr	4 (1,3)
Sosyal çalışmacı	1 (0,3)
Psikolojik destek almamış ama almak isteyenler	
Evet	150 (47,6)
Hayır	164 (52,1)
Psikolojik destek almak isteyenler için tedavi aşaması	
Tedaviden önce	48 (15,2)
Tedavi esnasında	61 (19,4)



Tedaviden sonra	21 (6,7)
Tedavinin her aşamasında	7 (2,2)
Tedavi öncesi ve sırasında	7 (2,2)
Sosyal destek	
Yeterli	185 (58,7)
Yetersiz	64 (20,3)
Destek görmüyorum	58 (18,4)

Veri Toplama Araçları

Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri. Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için Spielberger tarafından geliştirilmiş olup 1983 yılında Öner ve Le Comte tarafında Türkçeye uyarlanmıştır. Aynı çalışmada geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu envanter, her iki formda yirmi soru olmak üzere kırk maddeden oluşan öz-değerlendirme anketi olarak bireyler tarafından doldurulmaktadır (Yiğit, Dilmaç, Deniz ve Hamarta, 2011: 39).

Envanterin güvenilirlik çalışmasına göre sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86, durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .87, sürekli kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur. Bu durum Türkçe formun yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılık sergilediğini göstermektedir. Geçerlik çalışmasına bakıldığında Kaygı Ölçeğinin Türkçeleştirilmesi deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği olmak üzere iki ayrı teknikte gerçekleştirilmiştir (Öner, 2008; Yiğit vd.,2011).

Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği. Connor ve Davidson tarafından 2003 yılında stresle başa çıkma yeteneğini ölçmek üzere geliştirilmiştir. 25 maddelik ölçeğin soruları "hiç doğru değil" (0) ile "her zaman doğru" (4) seçenekleri arasında değişen 5 maddelik bir ölçekte puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek direnç düzeyini gösterir. Geliştirilen ölçek 5'li Likert tipi ve 25 maddelik bir ölçektir (Connor ve Davidson, 2003). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması ise Kararımak (2010) tarafından yapılmış ve elde edilen Cronbach alfa katsayısı .92 çıkmıştır. Ülker Tümlü (2012) tarafından CD-RISK Ölçeği'nin test tekrar güvenilirlik katsayısı .75, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ise .84 bulunmuştur. Yiğit vd. çalışmasında 94 kişiye uygulanan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .91 bulunmuştur (Yiğit vd. 2011: 40).

Baş Etme Yolları Ölçeği Türkçe Formu. Folkman ve Lazarus (1985) tarafından çeşitli baş etme stillerini ölçmek amacıyla 74 madde olarak geliştirilmiştir. Ölçek soruları (0) hiçbir zaman (3) her zaman şeklinde dördümlü bir ölçümle derecelendirilmiştir. Türkçe'ye adaptasyonu Siva (1991) tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 42 maddelik Türkçe formu, infertilite tedavisi gören kişilerin stres verici bu olayın sebep olduğu sorunlarla baş etmede kullandıkları başa çıkma yollarını belirlemek için kullanılmıştır. Gül (2014: 92) problem çözme odaklı başa çıkma ve destek arayıcı başa çıkmanın 'aktif başa çıkma'nın göstergesi olduğunu ve kadercilik ile çaresizlik odaklı başa çıkma yollarının da 'duygu odaklı başa çıkma'nın göstergesi olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmadaki veriler dört faktörlü bu yapı temel alınarak değerlendirilmiştir. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .86 olarak bulunmuştur.

Demografik Form. Araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik form, katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve gelir durumu, evlilik yılı, infertilite tedavisi geçmişi, bilgileri, maliyeti, aşamaları, psikolojik destek alma durumları, kurum ve hizmet memnuniyeti, tedavinin çift ilişkisine yansımaları, çocuk sahibi olmanın onlar için ne anlam ifade ettiği gibi soruları içermektedir.

Veri Toplama Prosedürü

Araştırmacılar demografik form ve ölçek formlarını kurumların bekleme salonunda bekleyen bireylere kendini tanıtarak ve araştırmanın kapsamını kısaca anlatarak gönüllülük kapsamında katılmak isteyip istemediklerini sormuştur. Araştırmaya katılmak isteyenler (bireysel ya da çift olarak) başında araştırma kapsamını ve katılımcıların gönüllü olduklarını onayladıkları rıza formunu içeren birer form almışlar ve bekleme salonunda beklerken formdaki sorulara kendileri cevap vermişlerdir. Formların tamamlanması 20-30 dakika arasında farklılaşmıştır. Araştırmacılar katılımcılar soruları yanıtlarken herhangi bir soru olması durumuna istinaden orada her zaman hazır bulunmuştur. Doldurulan her forma bir numara verilmiştir.

BULGULAR

9-12 arasındaki hipotezlerin (H9-H12) test edileceği korelasyon analizleri bu bölümde sunulacaktır. Katılımcıların durumluk kaygı puanlarının katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimin zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = .20, p < .01$), katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = .27, p < .01$), sürekli kaygı puanları ($r = .55, p < .01$) ve çaresizlik odaklı başa çıkma ile ($r = .35, p < .01$) pozitif yönlü, kurumdan alınan hizmetten memnuniyet durumu ($r = -.15, p < .05$) ve doktorun sunduğu hizmetten memnuniyet durumuyla ($r = -.14, p < .05$) negatif yönlü ilişkisi olduğu



bulunmuştur.

Sürekli kaygı puanlarının ise durumluk kaygı da olduğu gibi katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimin zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = .29, p < .01$), katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = .27, p < .01$), hastaların bugüne kadar uyguladığı toplam tedavi sayısı ($r = .11, p < .05$), kadercı başa çıkma ($r = .12, p < .05$), ve çaresizlik odaklı başa çıkma ile ($r = .64, p < .01$) pozitif yönlü ilişkilidir.

Sürekli kaygı puanlarının negatif yönlü ilişkili olduğu değişkenlerse; eğitim durumu ($r = -.18, p < .01$), gelir durumu ($r = -.21, p < .01$), psikolojik dayanıklılık ($r = -.44, p < .01$), problem çözme odaklı başa çıkma ($r = -.41, p < .01$) ve son olarak destek arayıcı başa çıkma yolu ($r = -.39, p < .01$) dur.

Psikolojik dayanıklılık puanları, gelir ($r = .15, p < .01$), problem çözme odaklı başa çıkma ($r = .56, p < .01$) ve destek arayıcı başa çıkmayla ($r = .40, p < .01$) pozitif yönlü ve katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimin zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = -.12, p < .05$), katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = -.18, p < .01$) ve çaresizlik odaklı başa çıkma ile ($r = -.33, p < .01$) negatif yönlü ilişkilidir.

Problem çözme odaklı başa çıkmanın pozitif ilişkide olduğu değişkenler; eğitim durumu ($r = .16, p < .01$), gelir durumu ($r = .13, p < .01$), destek arayıcı başa çıkma ($r = .54, p < .01$); negatif ilişkili olduğu değişken katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = -.17, p < .01$) dir.

Kadercı başa çıkma yolu eğitim durumu ($r = -.22, p < .01$) ve gelire ($r = -.21, p < .01$) negatif, çaresizlik odaklı başa çıkma ($r = .40, p < .01$) ve destek arayıcı başa çıkma yoluyla ($r = .17, p < .01$) pozitif ilişkilidir.

Çaresizlik odaklı başa çıkma yolu ise destek arayıcı başa çıkma yolu ($r = -.24, p < .01$), eğitim durumu ($r = -.23, p < .01$) ve gelir durumuyla ($r = -.17, p < .01$) negatif yönlü, katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimin zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = .21, p < .01$) ve katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleriyle ($r = .26, p < .01$) pozitif yönlü ilişkilidir.

1-8 arası hipotezlerle ilgili olan (H1-H8) değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız örneklem için t-test, tek yönlü ANOVA ve İki yönlü ANOVA analizlerinden yararlanılmıştır.

Öncelikle cinsiyet değişkeni açısından psikolojik dayanıklılık ve durumluk/sürekli kaygı seviyeleri ve baş etme stratejilerinin nasıl farklılaştığına bağımsız gruplar t-testi ile bakılmıştır. Varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test $p > 0.05$) analiz sonuçlarına göre durumluk ve sürekli kaygı seviyeleri ve çaresizlik odaklı başa çıkma cinsiyet açısından anlamlı olarak ($p < 0.01$) farklılaşmaktadır. Kadınların durumluk kaygı ($Ort.=43.45$) ve sürekli kaygı seviyeleri ($Ort.=41.19$) erkeklere göre daha yüksektir ve çaresizlik odaklı başa çıkma yolunu ($Ort.=23.42$) erkeklere göre ($Ort.=22.1$) daha fazla tercih etmektedirler.

Tablo 4. Kadın ve Erkeklerin PD, DSK ve Başa Çıkma Yolları Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort.	SS	t	sd	p
Durumluk kaygı				4.65	313	0.00
Kadın	194	41.19	10.09			
Erkek	121	35.73	9.15			
Sürekli kaygı				4.83	313	0.00
Kadın	194	43.45	7.82			
Erkek	121	39.17	8.13			
Çaresizlik odaklı başa çıkma				3.01	313	0.003
Kadın	194	23.42	3.78			
Erkek	121	22.10	3.79			
Psikolojik dayanıklılık				1.68	313	0.094
Kadın	194	92.57	16.28			
Erkek	121	95.69	15.54			
Problem çözme odaklı başa çıkma				0.58	313	0.557
Kadın	194	29.66	3.51			
Erkek	121	29.89	3.22			
Kadercı başa çıkma				0.64	313	0.518
Kadın	194	25.72	3.38			
Erkek	121	25.45	3.68			
Destek arayıcı başa çıkma				1.07	313	0.285
Kadın	194	19.77	2.42			
Erkek	121	20.06	2.08			

Varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test $p > 0.05$) bir başka analiz sonucuna göre çalışıyor olma durumu sürekli kaygı $t(313)=2.14, p < 0.05$, çaresizlik odaklı başa çıkma $t(313)=2.13, p < 0.05$ ve problem çözme odaklı başa çıkma yolları $t(313)=2.16, p < 0.05$ açısından farklılaşmaktadır. Çalışan kişilerin çalışmayanlara göre sürekli kaygı seviyesi düşük ($Ort=41.13, SS=8.37$) ve çalışanlar çaresizlik odaklı başa çıkmaya daha az başvururken ($Ort=22.59, SS=3.78$) problem çözme odaklı başa çıkma puanı ($Ort=30.04$,



SS=3.27) daha yüksektir.

Gelir durumu, sürekli kaygı puanları $F(4, 305) = 3.97, p < 0.01$ ve kaderci başa çıkma yolu, $F(4, 305) = 4.44, p < 0.01$ açısından farklılaşmaktadır. Gelir grupları arasındaki örneklem sayısı eşit dağılmadığı için bu iki değişkenin Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, 0-1300 TL arası gelire sahip olanların ($Ort=44.61, SS = 9.02$) ile 8000 TL üstü geliri olanlara ($Ort=36.82, SS=10.79$) göre sürekli kaygıları daha yüksektir. Diğer yandan 5001-8000 TL arası geliri olanların ($Ort=22.65, SS=4.67$) kaderci başa çıkma yolunu geliri 0-1300 TL arası olanlara ($Ort=26.52, SS=3.09$) ve 3001-5000 TL arası olanlara ($Ort=25.75, SS=3.33$) göre daha az tercih ettiği görülmektedir.

Durumluk/sürekli kaygı puanları, psikolojik dayanıklılıkları ya da başa çıkma yolları ile sosyal güvencenin olup olmaması arasında t-test sonuçlarına göre anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Katılımcıların varyansların homojen olduğu (Levene's test $p > 0.05$) tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre evlilik yılları ile sadece çaresizlik odaklı başa çıkma arasında anlamlı fark bulunmuştur $F(3, 311) = 3.03, p < 0.05$. Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, 11-15 yıldır evli olanlar ($Ort=24.77, SS=3.29$) daha az yıldır evli olanlara göre çaresizlik odaklı başa çıkmayı daha fazla kullanmaktadır.

Sosyal destek görme durumlarının durumluk/sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejileri açısından farklılaşma durumu incelendiğinde Tablo 5'te görüldüğü gibi durumluk/sürekli kaygı, problem çözme odaklı ve çaresizlik odaklı başa çıkma açısından anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, tablodaki ortalamalardan görüleceği gibi durumluk kaygı açısından desteğin yeterli olduğunu düşünenlerle destek görmediğini düşünenler arasındaki fark anlamlıdır. Sürekli kaygı açısından yeterli destek gördüğünü düşünenler ile destek görmediğini ya da desteğin yetersiz olduğunu düşünenler farklılaşmaktadır. Çaresizlik odaklı başa çıkmayı tercih etmek sosyal desteği yeterli görenler ve görmeyenler arasında farklılaşmaktadır. Sonuç olarak sosyal destek alma durumlarını yeterli görenlerin durumluk/sürekli kaygı durumları düşüktür ve daha çok aktif baş etme yolunu kullanmaktadırlar.

Tablo 5. Sosyal Destek Görme Durumunun DK, SK, ÇOBÇ ve PÇOBÇ Stratejileri Açısından Farklılaşması

	Değişkenler	n	Ort.	SS	F	sd	p
Sosyal destek alma durumuna ilişkin düşünce	Durumluk kaygı				3.97	(2,304)	0.02
	Yeterli	185	37.78	9.97			
	Yetersiz	64	40.70	10.20			
	Görmedim	58	41.40	9.78			
	Sürekli kaygı				8.21	(2,304)	0.00
	Yeterli	185	40.32	7.52			
	Yetersiz	64	43.77	9.16			
	Görmedim	58	44.41	8.08			
	ÇOBÇ				4.39	(2,304)	0.013
	Yeterli	185	22.40	3.86			
	Yetersiz	64	23.78	3.81			
	Görmedim	58	23.63	3.51			
	PÇOBÇ				3.73	(2,304)	0.025
	Yeterli	185	30.18	3.24			
Yetersiz	64	29.15	3.80				
Görmedim	58	29.75	3.42				

Devlete bağlı ya da özel olarak infertilite tedavisi hizmeti veren kurumlarda tedavi gören bireylerle yapılan bu çalışmada hastane türü bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık puanları ve başa çıkma yolunun farklı boyutlarının hiç biri ile anlamlı olarak fark oluşturmamıştır ($p > 0.05$).

İkincil ve birincil infertilite durumlarının tedavinin temel değişkenleri (Durumluk/Sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stratejileri) açısından farklılaşp farklılaşmadığı t-test ile analiz edilmiş ve hiçbir puan açısından anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır ($p > 0.05$). Ancak birincil infertil bireylerin (n:288) sayıca ikincil infertil bireylerden (n: 27) daha fazla olduğunu da burada belirtmek gerekmektedir.

Profesyonel psikolojik destek almak isteyen bireylerin durumluk/sürekli kaygı puanları, psikolojik dayanıklılık puanları ve başa çıkma stratejileri açısından almak istemeyenlerle karşılaştırılmaları bağımsız gruplar t-test ile test edilmiştir. Destek arayıcı başa çıkma değişkeni hariç diğer tüm değişkenler için varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test $p > 0.05$) analiz sonuçlarına göre psikolojik destek almak isteme bireylerin durumluk kaygı $t(312)=5.43, p < 0.01$, sürekli kaygı $t(312)=5.23, p < 0.01$, psikolojik dayanıklılık $t(312)=3.57, p < 0.01$, problem çözme odaklı başa çıkma $t(312)=3.25, p < 0.01$, çaresizlik odaklı başa çıkma $t(312)=3.31, p < 0.01$ ve destek arayıcı başa çıkma $t(312)=2.67, p < 0.01$ değişkenleri açısından anlamlı olarak farklılaşmakta, kaderci başa çıkma açısından $t(312)=0.25, p < 0.01$ farklılaşmamaktadır. Profesyonel psikolojik



destek almak isteyen bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı puanları yüksek, psikolojik dayanıklılık puanları düşüktür ve duygu-odaklı başa çıkma yolun daha fazla çaresizlik odaklı başa çıkma yolu kullanıldığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Psikolojik Destek Almanın DSK, PD ve Başa Çıkma Yolları Açısından t Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları

Değişkenler	n	Ort.	SS
Durumluk kaygı			
Psikolojik destek almak isteme	150	42.15	10.09
Psikolojik destek almak istememe	164	36.23	9.15
Sürekli kaygı			
Psikolojik destek almak isteme	150	44.25	7.82
Psikolojik destek almak istememe	164	39.59	8.13
Psikolojik dayanıklılık			
Psikolojik destek almak isteme	150	90.41	3.78
Psikolojik destek almak istememe	164	96.78	3.79
Problem çözme odaklı başa çıkma			
Psikolojik destek almak isteme	150	29.10	16.28
Psikolojik destek almak istememe	164	30.33	15.54
Kaderci başa çıkma			
Psikolojik destek almak isteme	150	25.68	3.51
Psikolojik destek almak istememe	164	25.58	3.22
Çaresizlik odaklı başa çıkma			
Psikolojik destek almak isteme	150	23.66	3.38
Psikolojik destek almak istememe	164	22.24	3.68
Destek arayıcı başa çıkma			
Psikolojik destek almak isteme	150	19.51	2.42
Psikolojik destek almak istememe	164	20.20	2.08

Bir başka bulguya göre, kadınlar ($Ort=1.55$), erkeklere ($Ort=1.34$) göre daha fazla oranla tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğunu düşünürken $t(279.01)=2.04$, $p<0.05$, kadın ve erkekler tedavinin eşler arası iletişime yansımaya ilişkin görüşleri açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$), her iki durum için de varyans homojenliği sağlanmadığından (Levene's test $p<0.05$) düzenlenmiş puanlar verilmiştir.

Ayrıca cinsiyet ile kurumdan ($p>0.05$) ve doktor ($p>0.05$) hizmetlerinin memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmazken, hemşireden aldıkları hizmet konusunda anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Kadınlar ($Ort=4.25$), erkeklere ($Ort=4.20$), oranla daha memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Bireylerin sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık puanları, problem çözme odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma ve kaderci başa çıkma puanları ile katılımcıların araştırma sırasındaki tedavinin aşamalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak durumluk kaygı $F(12, 302)= 1.97$, $p<0.05$ ve çaresizlik odaklı başa çıkma yolu $F(12, 302)= 2.32$, $p<0.05$ ile bulunmuştur, her iki analizde de varyans homojenliği sağlanmıştır (Levene's test $p>0.05$). Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, durumluk kaygı puanları gebelik ($Ort=33.24$, $SS=9.32$) aşamasında olanlarda gebelik testi ($Ort=50.04$, $SS=8.55$) ve tahlil/kontrol $Ort=41.26$, $SS=11.16$) aşamasında olanlara göre daha düşüktür.

Kadın ve erkekler arasında farklılaşma durumları araştırılan diğer değişkenler, psikolojik tedavi alma isteği, yeterli sosyal destek gördüğünü düşünme ve çevresini tedavi sürecinden haberdar etme durumlarıdır. Bu bağlamda aralarındaki ilişki araştırılan bağımlı ve bağımsız değişkenler kategorik olduğu için çapraz tablo analizi kullanılmıştır. Çapraz tablo analizi sonucunda psikolojik tedavi alma isteğinin cinsiyetler arasında anlamlı olarak farklılaştığı, $\chi^2 (1, n = 314)=18.13$, $p=.000$, ancak sosyal destek görmeye ilişkin görüşler $\chi^2 (2, n = 307)=2.34$, $p=.310$ ve tedavi sürecinden yakınlarını haberdar etme açısından $\chi^2 (1, n = 314)=1.93$, $p=.164$ cinsiyet farklılığının anlamlı olmadığı bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnfertilite tedavisinde tedavi kadın bedeni üzerinden gerçekleştirildiği için kadınlar hastane ziyaretini erkeklere göre daha fazla gerçekleştirmektedir ve bu da kadın katılımcıların sayısının fazla olmasına sebep olmuştur. Katılımcıların çoğu çalışmaktadır ve gelir durumu çoğunlukla 1300-3000 TL arasındadır daha sonra asgari ücret ve altı gelir grubu gelmektedir. Tedavi masrafları göz önünde bulundurulduğunda bu detay hastaların kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yollarını etkilemiş görünmektedir. Gelir seviyesi asgari ücretin altında olanların yüksek gelir grubunda olanlara göre sürekli kaygısı yüksek bulunmuştur. Geliri düşük olanların yüksek olanlara göre kaderci başa çıkma stratejisini daha fazla tercih ettiği de görülmektedir. Topdemir Koçyiğit'in (2012) çalışmasında belirttiği tedavi masraflarının ailenin gelirinin ortalama üç katına ulaştığı bilgisinin bu çalışmada da katılımcıların yaşadığı kaygı ve başa çıkma yolları tercihlerini anlamlı kıldığı söylenebilir.

Katılımcıların evlilik yıllarına bakıldığında ilk beş yılı içinde olanların çoğunlukta olduğu



görülmekte bu da çiftlerin vakit kaybetmeden tedavi olmayı tercih ettiklerini göstermektedir. 6-10 yıllık evli bireyler de onları takip etmektedir. 11 ve daha fazla yıldır evli olanlar oldukça azdır, bunun sebebi, uzun yıllardır evli olanların araştırmaya katılmamış olabilecekleri, tedaviyi daha az sıklıkla denemeleri ya da hiç denememeleri olarak yorumlanabilir.

Araştırma katılımcılarının büyük çoğunluğu %39,4 en az bir kere sadece TBT olduklarını ve %23,5' u en az bir kere sadece aşılama olduklarını bildirmişlerdir. Hem tüp bebek hem aşılama tedavisi görenler Topdemir Koçyiğit'in (2012) çalışmasında çoğunluğu (%60) oluştururken bu çalışmada %33'lük bir orana sahiptir. Ayrıca %75 kişi araştırma yapıldığı anda TBT tedavisi gördüğünü bildirmiştir. Buradan TBT deneyenlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Hatta ilk kez TBT deneyenlerin çoğunlukta olması çiftlerin şanslarını artıracaklarını düşünmeleriyle ilişkilendirilebilir. Bu sonuç Li ve diğerlerinin (2013: 1165) çalışmasında belirttiği maddi sorunlar ve tedavi tekrarlarından kaynaklı sebeplerden dolayı bireylerin aşılama tedavisini riskli görmeleri ile tutarlılık göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu devlet desteği almadıklarını belirtmiştir. Devlet desteği alanların daha az oluşu da yukarıdaki sonuçları destekler niteliktedir. Çünkü devlet desteği alan çiftler, doktorlar başka özel bir durum belirtmedikçe üç kez aşılama denedikten sonra TBT tedavisine yönlendirilmektedir.

Literatürün aksine (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 76) bu çalışmada açıklanamayan infertilite %35lik bir oranı temsil ederken, kadın kaynaklı infertilite ve erkek kaynaklı infertilite %50'lik oranı paylaşmışlardır ve her ikisinden kaynaklı infertilite ise %13'lük bir oranla temsil etmektedir.

Çok aşamalı bir doğası olan infertilite tedavisinde katılımcılar araştırmaya katıldıkları an buldukları aşamaları belirtmiş ve çok dağınık bir tablo ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar bunlardan birbiriyle ilişkili olabilecekleri gruplandırmaya çalışmıştır. Tahlil ve kontrol aşamasında olanlar bir grup, enjeksiyon ve enjeksiyon öncesi dönemde olanlar bir grup olarak yeniden gruplandırılmıştır. Tedavi aşamalarına dair oranlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Tedavi aşamaları katılımcıların durumluk kaygı ve çaresizlik odaklı başa çıkma yolları açısından farklılaşmıştır. Ancak bu fark sadece gebelik testi ve tahlil aşamasında olanlarla gebelik aşamasında olanlar arasında görülmüştür. Sonuçlara göre en yüksek kaygı gebelik testi aşamasında sonra tahlil aşamasında ve gebelik aşamasında ortaya çıkmıştır. Boivin ve Takefman (1996: 906) en stresli anı yumurta toplama aşaması olarak bulmuş, Yong vd., (2000: 555) gebelik testinin en stresli aşama olduğunu, Franco vd. (2002) ve Harata vd. (2012) ise hücre transferi olduğunu belirtmiştir ve bu çalışmada Yong ve diğerlerinin (2000) çalışmasına yakın bir sonuca ulaşılmıştır.

Katılımcıların büyük bir bölümü (%73) araştırmaya ilk kez son 5 yılda başvurduklarını belirtmiştir, bu sonuç evliliğinin ilk beş yılında başvuranların fazlalığı ile de tutarlılık göstermektedir. Yine bu sonuçla ilişkili olarak tedaviyi tekrar denemek isteyenlerin oranının %80'lerde oluşu da dikkat çekmektedir. Görüldüğü gibi uygulanan infertilite tedavileri her çift için ilk denemede başarıyla sonuçlanmamakta ve bazen uzun yıllar sürebilmektedir. Yaş, ekonomik durum, devlet desteğinin sağladığı imkanlar (Finamore vd., 2007: 817; Goldfarb vd., 1997: 383), psikolojik hazır olma durumu (Su vd., 2011: 2220), çiftler arası ilişkiler ve sosyal çevre gibi pek çok faktör yeni tedavi denemelerine başvurma konusunda çiftleri etkilemekte, bu etki kimi zaman bir baskı kimi zaman da motive edici bir unsur olabilmektedir. Diğer yandan katılımcılara tedavi harici alternatifler sorulduğunda yine büyük bir çoğunluk başka alternatif düşünmediğini belirtmiştir. Ayrıca evlat edinmek istediğini söyleyenlerle, koruyucu aile alternatifini düşündüğünü belirtenler nispeten daha azdır.

Tedaviye tekrar edemeyecekler nedenlerini maddi, psikolojik ve hem maddi hem psikolojik olarak sıralamışlardır ve bunların her biri %5lik oranlarla temsil edilmektedir. Bu sonuçlarla Olivious vd., (2004: 260) ve Franco vd., (2002: 277)'nin bahsettiği maddi sorunlar, psikolojik stres ve olumlu sonuç alacağına dair inancın azalması kişileri tedaviyi denemekten alıkoyduğu sonuçlarla tutarlılık göstermektedir.

Tedavi süresince profesyonel psikolojik destek alanlar %4 gibi çok küçük bir orana sahiptir, bunlar da desteği psikolog ve psikiyatrdan almışlardır. Sadece bir kişi sosyal çalışmacıdan aldığını belirtmiştir. Katılımcıların yarıya yakını psikolojik destek almak istemektedir ve bunlardan 61 kişi bunu tedavi sırasında 48 kişi tedaviden önce, 21 kişi tedaviden sonra, 7 kişi tüm aşamalarda almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu veri katılımcıların süreç boyunca psikolojik tedaviye ihtiyaç duyduklarının önemli bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Korelasyon analizi sonuçları araştırmacıların beklediği gibi çıkmış ve ilgili hipotezler analiz sonuçlarına göre doğrulanmıştır. Yukarıda detaylıca verilen bulgulara göre, durumluk kaygı, sürekli kaygı, çaresizlik odaklı başa çıkma ve kaderci başa çıkma arasındaki ilişki doğru orantılı bir ilişkidir. Yani kaygı seviyelerinin her ikisinin yüksek oluşu duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanılmasıyla ilişkilidir. Diğer yandan katılımcıların psikolojik dayanıklılığın yüksek oluşu aktif başa çıkma yoluyla ilişkili bulunmuştur.



Tedavinin eşler arası iletişimi olumsuz etkilediği ve evlilikte sorun yarattığı düşüncesinin yüksek oluşu durumluk kaygı, sürekli kaygı ve duygu odaklı başa çıkma yolunun yüksek olduğunu göstermektedir. Eşler arası ilişkiyle ilgili olarak Abbey, Andrews ve Halman, (1995)'in çalışmasındaki sonuçlara göre karşılıklı sağlanan desteğin evlilik kalitesini de olumlu etkilediği ve eşler arası desteğin sağlanamamasının stres ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir.

İnfertil bireylerin en çok ziyaret ettikleri kurumlar tedavi hizmeti sunan hastaneler ve klinikler olduğu için kuruluşlarla kurdukları ilişkiler tedavi sürecindeki duygu ve düşüncelere için önemlidir. Bu bağlamda kurum ve doktor hizmetlerinden memnuniyet konusunda kadın ve erkekler arasında fark bulunmazken, kadınlar hemşire hizmetlerinden daha memnun olduklarını bildirmişlerdir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla psikolojik destek almak istemektedirler. Hemşire, doktor ve kurum memnuniyetleri kendi aralarında doğru orantılı olarak ilişkili bulunurken sadece durumluk kaygı ile aralarında ters orantılı bir ilişki olduğu görülmüştür. Şu ana kadar uygulanan tedavi sayısının artması ile sürekli kaygının artması arasında da bir ilişki vardır. Bu konuda Olivious vd., (2004: 260) çalışmasında açu uçlu sorulara verilen yanıtlar hizmet memnuniyeti açısından bu çalışmada bulunan sonuçlarla doğrudan uyuşmasa da tedavi hizmetlerinin bireyler açısından ne kadar önemli olduğunu anlamak adına önemlidir.

Cinsiyet infertilite tedavisi gören çiftler açısından önemli bir değişkendir. Bu çalışmada da kadınlarla erkekler durumluk ve sürekli kaygı ve çaresizlik odaklı başa çıkma yolu bakımından farklılaşmaktadır. Kadınların durumluk ve sürekli kaygılarının her ikisi de erkeklerden daha fazladır (McEwan vd., 1987: 109) ve daha çok çaresizlik odaklı başa çıkmayı tercih ettikleri görülmektedir.

Cinsiyetin farklılık oluşturduğu bir başka sonuca göre, tedavinin evlilikte sorun oluşturduğu fikri kadınlarda daha fazladır, ancak tedavinin eşler arası ilişkiye yansımaları konusunda cinsiyet açısından bir fark bulunmamıştır. Yani tedavi kadınlara göre evlilikte sorunlar oluştururken hem kadın hem erkekler tedavinin eşleriyle aralarındaki ilişkiyi etkilemediğini düşünmektedir. Cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalara bakıldığında kadınların süreçten daha olumsuz olarak etkilediğini ortaya koyan çalışmalar (McEwan vd., 1987; Abbey vd., 1994; Burns, 1990; Peterson vd., 2007; Harata vd., 2012) bulunmaktadır ve bu araştırma sonuçları bu çalışmalarla uyumludur.

Evlilik yılının çaresizlik odaklı başa çıkma ile arasındaki ilişki de 10 yıl üzerinde evli olanlar daha az yıllık evli olanlara göre çaresizlik odaklı başa çıkma yolunu daha fazla kullanmaktadırlar. Bir başka sonuçta ise birincil ya da ikincil infertilite durumları, tedavi olunan hastane türü ve sosyal güvenceye sahip olma durumu araştırmanın temel değişkenleri açısından anlamlı fark oluşturmamıştır.

Katılımcıların çoğu yeterli sosyal destek gördüğünü düşünmektedir. Çevrelerinden sosyal destek görenlerin durumluk ve sürekli kaygılarının düşük, problem çözme odaklı başa çıkma yolunun, çaresizlik odaklı başa çıkma yolundan daha yüksek bulunmuştur. Sosyal destek alma konusunda kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Profesyonel psikolojik destek almak isteyen bireylerin, durumluk ve sürekli kaygıları yüksek, psikolojik dayanıklılıkları düşük, aktif başa çıkma yollarının düşük ve duygu odaklı başa çıkma yollarının yüksek olduğu bulunmuştur. Olivious vd., (2004: 260)'nin çalışmasında da katılımcıların 'psikologla görüşmeye ihtiyacımız var' şeklindeki beyanları bu çalışmadaki psikolojik desteğe duyulan ihtiyaca dair sonuçları destekler niteliktedir.

Çalışmanın kısıtlarının en başında sadece İzmir ve Manisa şehirde yapılmış olması sayılabilir. Manisa ise İzmir'e yakın bir şehirdir. Bu iki şehir infertilite tedavisinin yaygın olarak uygulandığı şehirlerdir. Özellikle İzmir Türkiye'de infertilite tedavisinin ilk uygulandığı şehir olduğu için tedavi alanında önemli bir yere sahiptir. Ancak bu iki şehir Türkiye'nin Batısında nüfusun ve tüp bebek tedavilerinin yoğun olduğu şehirler olması açısından önemli olsa da Türkiye'deki infertil çiftler adına bir genelleme yapmak bu verilerle mümkün ve doğru olmayacaktır. Fakat araştırma sonuçları tedavi alanına ilişkin önemli bulgular sağlayacaktır.

Araştırmanın ikinci kısıtı, infertilite tedavi sürecinin karmaşık doğasından kaynaklanan ve araştırmaya yansıyan sınırlamalardır. Tedavi aşamalarına dair hastaların tepkileri ve deneyimleri önemli bir veridir, ancak bu veriyi nicel bilgiler ışığında sınırlı olarak elde etmek mümkün olmuştur. Araştırma deseni tedavinin farklı aşamasındaki farklı hastaların karşılaştırılmasının ötesinde araştırmaya katılan tüm hastaların belirlenen aşamalarda verdikleri tepkilerin kendi içlerinde karşılaştırmasını da içerdiğinde daha derinlemesine bir bilgi sağlanmış olabileceken, tedavi sürecinde sık sık hastane ziyaretleri gerçekleştirmek zorunda kalsa da tüm katılımcıların tekrar geldikleri zamanlarda onlarla görüşme yapmak hem hastalar, hem hastane koşulları, hem de araştırmacı koşulları açısından elverişli değildir. Bu nedenle araştırmada farklı hastaların farklı aşamalarındaki deneyimlerine odaklanılmıştır.



Üçüncü kısım ise araştırma katılımcılarının cinsiyetleri ile alakalı yaşanan sorunlardır. Nicel görüşmelere hem kadın hem erkek katılımcılar dâhil edilmiş, ancak her zaman çift olarak katılmaları sağlanamamıştır. Çünkü bazen sadece kadınların ya da sadece erkeklerin hastaneye gelmesini gerektiren durumlar olmuştur, böyle zamanlarda gelen eş formu doldurmuştur. Kimi zaman da çiftler birlikte olsa da çiftlerden birisi daha çok erkekler 'bizden birinin doldurması yeterli, eşim doldursun' demeyi tercih etmiştir. Yine de çift olarak formları dolduran hastalar da bulunmaktadır.

Tedavi aşamalarıyla ilgili, özellikle belirtilmesi gereken çalışmada tesadüfi örneklem yöntemi kullanıldığı için katılımcıların buldukları tedavi aşamalarını özellikle eşit dağıtmak hedeflenmemiştir ve aşamalarda denk olmayan dağılım analiz sonuçlarında anlamlı farklar bulunmasına engel olmuştur. Sonraki çalışmalarda aşamalar arasındaki farklar ve tedavi aşamalarının bireylerin üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılması için araştırmacıların aşamalar arasındaki dağılımı dengeli yapması gerekmektedir.

Araştırmanın kısıtları haricinde, en önemli katkısının sosyal hizmet yazınında infertilite tanısı almış ve tedavi sürecini yaşayan çiftlerin deneyimlerine, sorunlarına, ihtiyaçlarına dikkat çekiyor olmasıdır. Tıbbi anlamda yaygın olarak uygulanan ve çiftlerin hemen hemen tüm gelişmeleri yakından takip ettiği infertilite ve tedavi sürecinin Türkiye'de sosyal hizmet alanında kendine bir yer açacağı düşünülmektedir. Özellikle uygulamaya dönük bir meslek de olan sosyal hizmetin hem araştırmalardan elde edeceği veriler hem de alandaki danışmanlık deneyimleri sayesinde infertilite ve tedavi sürecinde bireylerin, çiftlerin ve toplumun yanında olmasına zemin hazırlanması beklenmektedir.

Sonuç olarak infertilite tedavisi gören bireylerin psikolojik destek almak istemeleri, kaygılarının yüksek oluşu, güçlendirmeye ihtiyaç duydukları araştırma sonuçlarında açıkça görülmektedir. Hem tedavi sürecindeki karar aşamalarında hem de tedavi harici alternatifler konusunda bireylere sunulacak danışmanlık hizmetlerinde sosyal çalışmacıların yokluğu fark edilmekte ve toplumsal olarak önemli bir sorun olarak karşımızda duran infertilite ve tedavi sürecine daha aktif bir uygulama modeliyle sosyal çalışmacıların da dâhil olması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aaron, F. Ridenour, Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemporary Family Therapy*, S. 31, s. 34-51.
- Adrienne D. Kraft, Palombo, J., Mitchell, D., Dean, C., Meyers, S., & Schmidt, A. W. (1980). The Psychological Dimensions of Infertility. *The American Journal of Orthopsychiatry*, S. 50, s. 618-28.
- Ahsen, Şirin, (2001). *Tüp Bebek Uygulanması ve Bu Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Antje, Eugster, & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological Aspects of In Vitro Fertilization: A Review. *Social Science & Medicine*, S. 48, s.575-589.
- Antonia, Abbey, Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1994). Infertility and Parenthood: Does Becoming A Parent Increase Well-Being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, S. 2, s. 398-403.
- Antonia, Abbey, Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1995). Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What is Their Impact on The Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, S. 62, s. 455-469.
- Ayşe, Ender Yumru & Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi, *Journal of Academic Research in Medicine*, S. 1, s. 57-60.
- Baik, S. Kee, Jung, B.J. and Lee, S.H. (2000). A Study on Psychological Strain in IVF Patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 17, s. 445-448.
- Brennan, D. Peterson, Newton, C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and Sexual Stress in Men and Women Undergoing Infertility Treatment. *Fertility and Sterility*, S. 88, s. 911-914.
- Carolyn, M. Aldwin (2004). Culture, Coping and Resilience to Stress. http://crossasia-repository.ub.uni-heidelberg.de/1333/1/Culture_Coping_Resilience_to_Stress.pdf 16.11.26 tarihinde alınmıştır.
- Catharina, Olivious, Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, S. 81, s. 258-261.
- Celia, H. Y. Chan, Ng, E. H. Y., Chan, C. L. W., Ho, & Chan, T. H. Y. (2006). Effectiveness of Psychosocial Group Intervention for Reducing Anxiety in Women Undergoing In Vitro Fertilization: A Randomized Controlled Study. *Fertility and Sterility*, S. 85, s. 339-346.
- Charles, Zastrow & Kirst-Ashman, K. (2007). *Understanding Human Behavior and The Social Environment*. CA: Thompson.
- Christopher, Williams, (2012). *Overcoming Anxiety, Stress and Panic: A Five Areas Approach*. CRC Press: UK.
- Darja, Herrmann, Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in Infertile Couples Acts as a Protective Factor Against Infertility-Specific Distress And Impaired Quality of Life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 28, s. 1111-1117.
- Deborah, Lancaster & Boivin, J. (2005). Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: Unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment? *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology*, S. 24, s. 171-178.
- Ervin, Gül, (2014). *Prevalence Rates of Traumatic Events, Probable PTSD and Predictors of Posttraumatic Stress and Growth in a Community Sample From İzmir*, Yayınlanmış Doktora Tezi, ODTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fatemeh, H. Shalkouhi, Vatankhah, H., & Zarbakhsh, M. (2015). The Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) on Resiliency and Life Expectancy in Infertile Women from Rasht. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, S. 4, s. 117.
- Florence, P. Haseltine, Mazure, C., L'aune, W., Greenfeld, D., Laufer, N., Tarlatzis, B., Polan, M. L., Jones, E. E., Graebe, R., Nero, F., D'lugi, A., Fazio, D., Masters, J. & Decherney, A. H. (1985). Psychological Interviews in Screening Couples Undergoing in Vitro Fertilization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, S. 442, s. 504-516.
- Gamze, Ülker Tümlü (2012). *Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Temas Engellerinin İncelenmesi*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



- Gülseren, Keskin & Babacan Gümüş, A. (2014). Infertility: An Examination Hopelessness Perspective. *Journal of Psychiatric Nursing*, S. 5, s. 9-16.
- Jacky, Boivin, & Takefman, J. E. (1996). Impact of the In-vitro Fertilization Process on Emotional, Physical and Relational Variables. *Human Reproduction*, S. 11, s. 903-907.
- James, Goldfarb, Austin, C., Lisbona, H., Loret de Mola, R., Peskin, B., & Stewart, S. (1997). Factors Influencing Patients' Decision not to Repeat IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 14, s. 381-384.
- James, P. Berghuis, & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, S. 70, s. 433-438.
- Joëlle, Darwiche, Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J.-N. N., & de Roten, Y. (2013). Couples Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing In Vitro Fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, S. 72, s. 91-102.
- José, G. Franco, Razera Baruffi, R.L., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Felipe, V., Garbellini, E. (2002) Psychological Evaluation Test After The Use of Assisted Reproduction Techniques. *Journal of Assistant Reproductive Genetics*, S. 19, s. 274-278.
- Kamile, Altuntuğ, Kızılırmak, A., Başer, M., & Ege, E. (2012). İnfertil Çiftlerde Kaygı Düzeyi ve Sosyodemografik Özellikler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, S. 7, s. 65-78.
- Kathryn, M. Connor, & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Schale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, S. 18, s. 76-82.
- Keith, Sanford, Backer-Fulghum, L. M., & Carson, C. (2016). Couple Resilience Inventory: Two Dimensions of Naturally Occurring Relationship Behavior During Stressful Life Events. *Psychological Assessment*, S. 28, s. 1243.
- Kimberley, L. McEwan, Costello, C. G., & Taylor, P. J. (1987). Adjustment to Infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, S. 96, s. 108-116.
- Li, Li, Zhang, Y., Zeng, D., Li, F., & Cui, D. (2013). Depression in Chinese Men Undergoing Different Assisted Reproductive Technique Treatments: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 30, s. 1161-1167.
- Linda, H. Burns, (1990). An Exploratory Study of Perceptions of Parenting After Infertility, *Family Systems Medicine*, S. 8, s. 177-189.
- Lisbeth, Anderheim, Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). Does Psychological Stress Affect the Outcome of In Vitro Fertilization? *Human Reproduction*, S. 20, s. 2969-2975.
- Lohann, Sundby, (1999). Sad not to Have Children, Happy to Be Childless: A Personal and Professional Experience of Infertility. *Reproductive Health Matters*, S. 7, s. 13-19.
- Machelle, Seibel, (1997). Infertility: The Impact of Stress, the Benefit of Counseling. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 14, s. 181-183.
- Michele, M. Tugade, Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, S. 72, s. 1161-1190.
- Michele, M. Tugade & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, S. 86, s. 320.
- Minden, B. Sexton, Byrd, M. R., & von Kluge, S. (2010). Measuring Resilience in Women Experiencing Infertility Using the CD-RISC: Examining Infertility-Related Stress, General Distress, and Coping Styles. *Journal of Psychiatric Research*, S. 44, s. 236-241.
- Nazlı, A. Siva, (1991). *Coping With Stress, Learned Helplessness and Depression in Infertility*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Necla, Öner (2008). *Türkiye'de kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*, 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Nurcan, Kirca & Pasinlioglu, T. (2013). Psychosocial Problems in Infertility Treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, S. 5, s. 162.
- Oya, Topdemir Koçyiğit (2012). İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, S. 1, 27-37.
- Özlem, Kararımk, (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Using Exploratory and Confirmatory Factor Analysis in a Trauma Survivor Sample. *Psychiatry Research*, S. 179, s. 350- 356.
- Patrick, Yong, Martin, C., & Thong, J. (2000). A Comparison of Psychological Functioning in Women at Different Stages of In Vitro Fertilization Treatment Using The Mean Affect Adjective Check List. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, S. 17, s. 553-6.
- Peter, S. Finamore, Seifer, D. B., Ananth, C. V, & Leiblum, S. R. (2007). Social Concerns of Women Undergoing Infertility Treatment. *Fertility and Sterility*, S. 88, s. 817-21.
- Rachel, Kvamme (2011). Resilience and Fertility Problems. Master's thesis, Pacific University. <http://commons.pacificu.edu/spp/195> 09.11.2017 tarihinde alınmıştır.
- Rossella, Ardeni, Campari, C., Agazzi, L., & La Sala, G. B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, S. 14, s. 3126-3132.
- Ruhi, Yiğit, Dilmaç, B., Deniz, M. E., ve Hamarta, E. (2011). Sürücülerin Sürekli ve Durumluk Kaygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, S. 2, s. 37-44.
- Samereh, Abdoli, Ashktorab, T., Ahmadi, F., Parvizy, S., & Dunning, T. (2011). Religion, faith and the empowerment process: stories of Iranian people with diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, S. 17, s. 289-298.
- Susan, Folkman, & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, S. 21, s. 219-239.
- Susan, Folkman, & Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personal and Social Psychology*, S. 48, s.150-170.
- Toko, Harata, Goto, M., Iwase, A., Kurotsuchi, S., Ando, H., Osawa, M., ... Kikkawa, F. (2012). Psychological Stress During In Vitro Fertilization and Embryo Transfer is Influenced by The Patients' Background and Gender. *Reproductive Medicine and Biology*, S. 11, s. 143-148.
- Tsann-Juu, Su, Tzeng, Y.-L., & Kuo, P.-C. (2011). The anxiety of Taiwanese Women With or Without Continuity Treatment After Previous In Vitro Fertilisation Failure. *Journal of Clinical Nursing*, S. 20, s. 2217-2223.
- Wayne, Weiten, Hammer, E. Y., & Dunn, D. S. (2012). Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu, Çev. Ed. Ebru İkiz, İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yongju, Yu, Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and Social Support Promote Posttraumatic Growth of Women With Infertility: The Mediating Role of Positive Coping. *Psychiatry Research*, S. 215, s. 401-405.