

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**İNFERTİL BİREYLERE YÖNELİK ROY ADAPTASYON
MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN UYUM VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA DURUMLARINA ETKİSİ**

AYŞE DUYGU ÖZBAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

GAZİANTEP

2022

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İNFERTİL BİREYLERE YÖNELİK ROY ADAPTASYON MODELİNE
TEMELLENİRİLMİŞ EĞİTİMİN UYUM VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
DURUMLARINA ETKİSİ

AYŞE DUYGU ÖZBAŞ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın Doktora Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT

GAZİANTEP
2022

DOKTORA KABUL VE ONAY FORMU



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince vaktini, desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT'e, geri bildirimleri ve değerli fikirleri ile tezimin gelişmesine katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL'a saygılarımı sunarım.

Araştırmanın her aşamasında desteğini esirgemeyen, varlığını her zaman yanımda hissettiğim kız kardeşim Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN' a

Çalışmamın uygulama aşamasında her türlü desteği sağladıkları için Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezi çalışanlarına ve çalışmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Her anımda yanımda olan ve beni her zaman destekleyen başta kıymetli annem, kardeşim, kızım ve oğluma, desteğini her zaman hissettiren değerli eşime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

Ayşe Duygu ÖZBAŞ, İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum Ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Gaziantep. 2022.Bu araştırma, Revize İnfertilite Uyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmak ve İnfertil Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışma metodolojik ve deneysel olarak iki aşamada gerçekleştirildi. Çalışma Özel bir Tüp Bebek merkezinde Haziran- Eylül 2021 tarihleri arasında 280 kadın ile yapıldı. Ölçeğin dil ve kapsam geçerliği değerlendirildi. Kapsam geçerliği oranı (CVI) 0.8484 olarak tespit edildi ve ölçekte gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verildi. Ölçeğin örneklem büyüklüğü çok iyi olarak değerlendirildi(KMO=0.948, $\chi^2=3566.966$, $p=0.000$). DFA'de R-İÜÖ 11 maddelik tek faktörlü yapıda olduğu, maddelerin faktör yüklerinin 0,841-0,915 arasında değiştiği ve DFA uyum indekslerinin değerlerinin tümünün kabul edilebilir sınırlar /mükemmel uyum sınırları (X^2 /df : 4.560, RMSEA: 0.083, CFI: 0.98, GFI: 0.98, AGFI: 0.83, NNFI: 0.98, NFI: 0.98, RMR: 0.079, SRMR: 0.036) içerisinde olduğu belirlendi. Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach Alfa Katsayısı, Madde- Toplam Puanı ve test-tekrar test korelasyonu incelendi. Ölçeğin Cronbach Alfa' sı 0.968, madde toplam puan korelasyonu yüksek, test tekrar test korelasyonu ise 0.940 bulundu. Çalışmanın ikinci aşamasında 40'ı kontrol 40'ı girişim olmak üzere toplam 80 kadın ile çalışıldı. Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim programının uygulandığı girişim grubunun infertiliteden olumsuz etkilenmelerini azalttığı, uyum düzeylerini arttırdığı, stresle etkili başetmelerini sağladığı saptandı. Sonuç olarak; R-İÜÖ 'nin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği, Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim programının kadınlarda uyum ve stresle başa çıkma durumlarını olumlu şekilde etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Eğitim, İnfertilite Uyum Ölçeği, Roy'un Adaptasyon Kuramı, Stres.

ABSTRACT

Ayşe Duygu ÖZBAŞ, The Effect of Roy Adaptation Model-Based Education for Infertile Individuals on Adjustment and Coping with Stress, Hasan Kalyoncu University PhD Program in Nursing. PhD Thesis. Gaziantep. 2022. This research was carried out to verify the Turkish validity and reliability of the Revised Infertility Adjustment Scale and to examine the Effect of Roy Adaptation Model-Based Education on Adjustment and Coping with Stress in Infertile Individuals. The study was carried out in two stages, methodologically and experimentally. The study was conducted with 280 women between June and September 2021 in a private IVF center. The language and content validity of the scale was evaluated. The content validity ratio (CVI) was determined as 0.8484 and the scale was finalized by making necessary corrections. The sample size of the scale was evaluated as very good (KMO=0.948, $\chi^2=3566.966$, $p=0.000$). In the CFA, the R-IAS has a single factor structure with 11 items, the factor loads of the items vary between 0.841 and 0.915, and all the values of the CFA fit indices are within acceptable limits/perfect fit limits (X² /df: 4,560, RMSEA: 0.083, CFI: 0,98, GFI: 0.98, AGFI: 0.83, NNFI: 0.98, NFI: 0.98, RMR: 0.079, SRMR: 0.036). For the reliability analysis of the scale, Cronbach's Alpha Coefficient, Item-Total Score and test-retest correlation were examined. The Cronbach's Alpha of the scale was 0.968, the item-total score correlation was high, and the test-retest correlation was 0.940. In the second phase of the study, a total of 80 women were studied, 40 of whom were control and 40 were interventions. It was determined that the intervention group, in which the training program based on the Roy Adaptation Model was applied, reduced the negative effects of infertility, increased their level of adjustment, and enabled them to cope with stress effectively. As a result; It was determined that the R-IBS can be used as a valid and reliable tool in Turkish society, and the training program based on the Roy Adaptation Model positively affects women's adjustment and coping with stress.

Keywords: Infertility, education, Infertility Compliance Scale, Roy's Theory of Adaptation, stress.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnfertilite.....	3
2.1.1.İnfertilite Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	3
2.1.2. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	3
2.1.2.1.Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	4
2.1.2.2. Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	4
2.1.3. İnfertilite Risk Faktörleri.....	5
2.1.4.İnfertilite Tedavisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri.....	7
2.1.5. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri.....	9

2.2. Roy Adaptasyon Kuramı.....	11
2.2.1.Modelin Gelişimi.....	11
2.2.2.Modelin Temel Kavramları.....	12
2.2.2.1.Modeldeki Uyarılar.....	12
2.2.2.2. Modeldeki Kavramlar.....	15
2.3.İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri.....	16
2.4.İnfertilite ve Uyum.....	18
2.5.İnfertilite ve Hemşirelik.....	19
2.6. Konu ile İlgili Yapılmış Benzer Çalışmalar.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4.1.Örneklem Büyüklüğünün Değerlendirilmesi.....	27
3. 5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.5.2.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	28
3.5.3. Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	29
3.5.4. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği: R-İUÖ.....	30
3.5.5.Eğitim Materyali.....	31
3.5.6.Girişim ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	33
3.6.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	36

3.7.Araştırmanın Uygulanması.....	36
3.8.Verilerin İstatiksel Analizi.....	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Bulguları.....	43
4.1.1.R-İÜÖ'nin Geçerlilik Çalışması.....	43
4.1.2.R-İÜÖ'nin Güvenilirlik Çalışması.....	52
4.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Bulgular.....	55
4.2.1.Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	55
4.2.2. Kadınların Revize İnfertility Uyum Ölçeği(R-İÜÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular.....	57
4.2.3. Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	60
4.2.4. Kadınların Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	62
4.2.5. Girişim Grubunun Son Test R-İÜÖ, SBÇTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Korelasyonuna Ait Bulgular.....	63
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. R-İÜÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Bulgularının Tartışılması.....	66
5.1.1.R-İÜÖ'nin Geçerlilik Çalışması.....	66
5.1.2.R-İÜÖ'nin Güvenilirlik Çalışması.....	67
5.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	68
5.2.1. Kadınların R-İÜÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	68
5.2.2. Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	71

5.2.3. Kadınların Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	73
5.2.4. R- İÜÖ, SBÇTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1.Sonuçlar.....	77
6.1.1. R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Sonuçları.....	77
6.1.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Sonuçları.....	78
KAYNAKLAR.....	81
EKLER.....	98
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	99
EK 2. Etik Kurul Onayı.....	100
EK 3. Gaziantep Özel NovaFertil Tüp Bebek Merkezi Kurum İzni.....	101
EK 4. Kişisel Bilgi Formu	102
EK 5. R-İnfertilite Uyum Ölçeği	104
EK 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	105
EK 7. Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	107
EK 8.Ölçek İzin Yazışması.....	110
EK 9. Uzman Görüşü Alınan Akademisyen İsim Listesi	111
EK 10. Eğitim Kitapçığı.....	112
EK 11. İntihal Raporu.....	113
EK 12. Kısa Özgeçmiş.....	114

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Doktora tezi olarak sunduğum “İnfertil Bireylere Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

07.07.2022

Ayşe Duygu ÖZBAŞ



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil.3.4.1. İnfertil Bireylere Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi İsimli Araştırma Akış Şeması.....	28
Şekil 3.5.5.1. Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Tanıları.....	32
Şekil 3.7.1. R-İÜÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için akış şeması.....	39
Şekil 3.7.2. İnfertil Bireylere Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi adlı çalışma örneklem grubunun belirlenmesi ve yapılan uygulamalar.....	41
Şekil 4.1.1.4.R- İnfertilite Uyum Ölçeğine Ait Yamaç Grafiği.....	47
Şekil 4.1.1.6. R-İnfertilite Uyum Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı.....	50
Şekil 4.2.2.1.Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin İlk ve Son Değerlerinin Karşılaştırılması.....	57

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 3.7.1.Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	36
Tablo 4.1.1.1.Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 4.1.1.2. R-İnfertilite Uyum Ölçeğine Ait KMO ve Barlett Analizi Sonucu.....	45
Tablo 4.1.1.3.Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıcı Özellikleri.....	45
Tablo 4.1.1.4.R-İnfertilite Uyum Ölçeğinin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri.....	47
Tablo 4.1.1.5. R-İnfertilite Uyum Ölçeği Maddelerine Ait Faktör Yük Değerleri.....	48
Tablo 4.1.1.6. Ölçeğe Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R ² , Hata ve T Değerleri.....	49
Tablo 4.1.1.7. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları.....	51
Tablo 4.1.1.8. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği(R-İÜÖ) Uyum Kriterleri Bulguları.....	51
Tablo 4.1.2.1. R-İnfertilite Uyum Ölçeğine İlişkin Madde İstatistikleri.....	52
Tablo 4.1.2.2. Maddelerin ayırt ediciliğinin %27’lik alt ve üst gruplara göre test edilmesi.....	53
Tablo 4.1.2.3. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ)’ne Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri.....	54

Tablo 4.1.2.4. Test-tekrar test korelasyonu.....	54
Tablo 4.2.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.2.2.1. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınlarda İlk ve Son İnfertilite Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo.4.2.2.2. Girişim ve Kontrol Grubunun İnfertilite Uyum Ölçeğinin Ön Test ve Son Test Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.2.3.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.2.4.1. Kadınların Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.2.5.1. Girişim Grubunun Son Test İÜÖ, SBCTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Korelasyonuna Ait Bulgular.....	65

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

R-İÜÖ	Revize İnfertilite Uyum Ölçeği
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
KOH	Kontrollü Overyan Hiperstimülasyon
IUI	İntra Uterin İnseminasyon
IVF	İn-Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
ICSI	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
USG	Ultrasonografi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OPU	Oosit Pick Up (Yumurta Toplama)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin
SPSS	Statistical Program in Social Sciences

1.GİRİŞ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

İnfertilite, Uluslararası İnfertilite ve Fertilite Bakımı Sözlüğü'ndeki tanımında, bir yıl veya daha uzun sürede düzenli korunmasız cinsel ilişki sonrasında klinik bir hamileliğin oluşmaması, bir kişinin kendisinin ya da partnerinin üreme kapasitesinin bozulmasıyla karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1-3). Dünyada üreme çağındaki çiftlerde infertilite sıklığı %8-12 arasında olduğu tahmin edilmektedir (4). TNSA 2018 yılı sonuçlarına göre, Türkiye’de 15-49 yaş arasındaki üreme çağındaki kadınlarda primer infertilite %4 oranındadır (5). İnfertilite tedavisi gören çoğu insan, duygusal olarak stabil görünse de, infertilite yaşam boyu süren derin bir kriz ve duygusal olarak stresli bir deneyim olarak kabul edilir. Stres, bireylerin dışarıdan gelebilecek tehlikelerden kendisini korumak için gösterdiği tepkidir (6, 7). Stres ve infertilite arasındaki ilişki karmaşıklık göstermektedir, ancak artmış stres ve infertilite arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (5). Çocuk sahibi olamamak ve çeşitli yardımcı üreme teknikleri prosedürleri; tanı işlemleri, yapılan testler, tedaviler ve sonuçları konusunda yaşanan anksiyete ve ambivalan duygular, tedaviye ilişkin kararsızlık süreci, tedavi hakkında yeterli bilgi alamamaya yönelik keder duygusu yaşama, hastalığın gidişatına müdahale edememeden dolayı yaşanan güçsüzlük duygusu, tanı ve tedavi uygulamaları sırasında deneyimlenen zorluklar çift üzerinde önemli bir stres yaratır (6, 7). Bazı çalışmalar infertilite ile baş etmenin periyodik olarak artan psikolojik sıkıntı, depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Kaybetme, keder, öfke ve üzüntü duyguları da sıktır. Ayrıca yardımcı üreme teknikleri ile ilişkili fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar çiftlerin psikolojik kararlılığını etkilemektedir (7, 9).

İnfertiliteye uyum, fertilitedeki mevcut sorunlara karşın, bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal durumlarını dengede tutabilme ve yaşamlarının diğer yönlerinden yararlanabileceklerini düşünebilmeleridir (10). Bireylerin tedaviye uyumları, infertilite tedavisi sürecindeki tavır ve tedaviye yönelik uygulamaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (11). Uyumun sağlanması ile yaşam kalitesini düşüren, sosyal izolasyona ve birçok psikolojik bozuklukların gelişmesine neden olan kriz durumunun doğru bir şekilde yönetilebilmesi sağlanır (10). Bu nedenle infertilite uyumunun değerlendirilmesi önem taşımaktadır. İnfertiliteye uyumun değerlendirilmesi için revize edilmiş infertilite uyum ölçeği güvenilir bir araçtır (12). Bununla birlikte, bu özel aşamada, psikososyal danışmanlık her zaman mümkün olmayabilir (13). İnfertilite tedavi programları ile birlikte uygulanan psikososyal danışmanlık

infertil kadınları strese karşı daha dirençli hale getirmekte, infertilite tedavilerinin etkinliğini artırmakta ve infertil hastaların ruh sağlığına olumlu etki ederek tedaviye devam etmeye teşvik etmektedir (9). İnfertilite tedavi sürecinde kadınların stres, depresyon, kaygı düzeylerini azaltma, gebelik oranlarını ve yaşam kalitelerini arttırmak için tedaviye alternatif psikososyal müdahalelerden yararlanılır (14).

İnfertilite sorunu ile mücadele eden bireylere psikososyal müdahalelerin uygulanmasında hemşireler ile birlikte klinik psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları rol alabilirler (15). İnfertil bireylere tedavi sürecinde kadının iyilik halinin artırılmasına yönelik verilen bakım kapsamında hemşirelik destek programları tanımlanmıştır (16). Roy Adaptasyon Modeli bireylerin uyum gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli rol oynar. Roy Adaptasyon Modeli'nin temeli, insanın adaptif sisteminde ve çevresindeki değişimlerdir. İnfertilite tedavisinde kadının ve ailesinin sürece uyumu kadının yaşadığı stres ve anksiyeteyi etkileyen bir faktördür. Adaptasyon sağlama, Roy Adaptasyon Modeli'nin ana bileşeni ve temel konusudur. Adaptasyon problemleri, bireyin iç ve dış uyaranlarla baş edemediği durumda meydana gelir (3,17,18). Hemşireler bireylerin yaşamının her döneminde çevreden gelen uyaranlara adaptasyon sağlama ve sürdürmede önemli yeri olan sağlık profesyonelleridir (17).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, infertil kadınlara yönelik Roy adaptasyon modeline temellendirilmiş eğitimin tedavi uyumu ve stresle başa çıkma tarzlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütüldü. Araştırmanın bir alt amacı da Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (Revised Version of The Fertility Adjustment Scale-R-FAS)'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yaparak Türk toplumuna kazandırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1.İnfertilite Tanımı ve Görülme Sıklığı

İnfertilite, Uluslararası İnfertilite ve Fertilite Bakımı Sözlüğü'ndeki tanımında, bir yıl ya da daha fazla sürede düzenli korunmasız cinsel ilişki sonrasında klinik bir gebeliğin oluşmaması, bir kişinin kendisinin ya da partnerinin üreme kapasitesinin bozulmasıyla karakterize bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). Primer infertilite hiç hamile kalamama olarak tanımlar. Sekonder infertilite ise, daha önce hamile kalabilmiş fakat, bir yıl ya da daha fazla süre korunmasız cinsel ilişkiye karşın hamile kalamama durumunu gösterir (19). Sekonder infertilite genellikle üreme yolu enfeksiyonlarına bağlı olarak dünya genelinde kadın infertilitesinin en yaygın görülen şeklidir (4). Bir siklus boyunca gebelik elde edebilme olasılığına fekundabilite denir. Üreme proplemi olmayan çiftlerde bu oran yaklaşık olarak %20-25'tir (20).

Dünya genelinde üreme çağındaki evli çiftlerin %8-12'sinin infertiliteden etkilenebildiği tahmin edilmektedir. Doğurganlık dönemindeki kadınlarda infertilite yaygınlığının batı ülkelerinde her yedi kişiden birinde ve gelişmekte olan ülkelerde her dört kişiden birinde olduğu varsayılmaktadır. İnfertilite yaygınlığının en yüksek olduğu yerler; Güney ve Orta Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Sahra altı Afrika'nın bazı ülkeleri, Orta ve Doğu Avrupa'dır. Sahra altı Afrika ülkelerinde infertilite oranları %30'lara ulaşabilmektedir (4).

2018 yılı TNSA sonuçlarına göre, Türkiye'de 15-49 yaş arasındaki üreme çağındaki kadınlarda primer infertilite oranı %4 doğum sonrası en az bir kez infertilite sorunu yaşama oranı 2013 yılında %11.2; 2018 yılında ise %12' dir (5,21).

2.1.2. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

İnfertilitede kadın etkenli faktörler %40-50 oranında, erkek etkenli faktörler %30-40 oranında etkili olmaktadır. %20-25'inde her ikisine ait patolojiler birlikte sorumludur. Açıklanamayan infertiliteye bağlı faktörler ise %15 oranında etkili olmaktadır (22,23).

2.1.2.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Servikal, tuba-peritoneal, uterin ve ovulatuvar faktörler kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler arasında yer almaktadır (23,24).

Ovulatuvar faktörler: Kadınlarda fertilite üzerinde etkili en önemli nedenler ovulatuvar disfonksiyon ya da anovulasyondur. Kadına bağlı infertilitenin %30-40'ını oluşturur ve en sık karşılaşılan nedendir. Anovulasyon; yeme bozuklukları, polikistik over sendromu, hipotalamik ve hipofiz fonksiyon bozukluğu ile yakından bağlantılıdır. Tiroid hastalığı ve hiperprolaktineminin, yetersiz luteal faza, oligomenore ve amenore gibi değişik ovulatuvar disfonksiyona neden olabildiği belirtilmektedir (23-25).

Tuba-peritoneal faktörler: Yumurta kanalı sperm ve yumurta arasında bağlantıyı sağlar. Tubal adezyon obstrüksiyona neden olan bir takım hastalıklar infertilite oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Kadın sebepli infertilite nedenleri içinde %25-30'unu oluşturmaktadır. Prevelansı geri kalmış ülkelerde %85'ten fazladır. (24,26, 27)

Uterin Faktör: İnfertilitenin en önemli sebeplerinden biri implantasyon başarısızlığıdır. Bu durum da uterin faktörlerle ilgilidir. Kadın infertilitesinin % 2-5'ini oluşturmaktadırlar. Konjenital uterus anomalileri; tam/kısmi septumlu uterus, kavisli uterus, uterus unikornis ve uterus didelfisidir. Sonradan meydana gelen patolojiler: endometrial polipler, fibroidler (uterus miyomları), adenomiyozis ve asherman sendromudur (24,27)

Servikal Faktör: Servikal faktörlü infertilite, genellikle servikal anatomi ve fizyolojiden temellenen sorunlar nedeniyle oluşmaktadır. Kadınlarda %3-8 arasında servikal sekresyon anormalliklerinin neden olmaktadır (11,24,28).

2.1.2.2. Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Erkeklerde görülen infertilite sperm yapım bozuklukları, sperm fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemdeki bozukluklar olarak üç kategoride ele alınmaktadır.

Sperm Yapım Bozuklukları: Spermatozoaların kadının servikal mukusunu geçerek tuba uterinaya ulaşması ve ovumu fertilize etmesi; spermin sayı açısından uygunluğu, etkin sperm miktarı ve yapısı ile ilişkili olarak değişmektedir (23, 24,29,30).

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: varikosel, anti sperm antikorlar, sperm yapışma anormallikleri, genital organların inflamasyonu (prostatit) ve penetrasyon ile ilişkilidir (11,29).

Duktal Sistemdeki Bozukluklar: Spermin taşınması ve kadın üreme sisteminde canlı kalması bu sistemle ilişkili sorunlara bağlı olarak görülen problemlerdir (11,31,32).

2.1.3. İnfertilite Risk Faktörleri

Fertilitenin en yüksek olduğu yaşlar 18-24 yaşlardır (24). Yaş ilerledikçe infertilite riski artmaktadır (33, 34). Kadın fertilitesi 18-24 yaş en fazlayken 27 yaş itibarıyla düşme olmakta ve düşüş 35 yaşı takiben artmaktadır(24). Erkekler için ise 35 yaşından önce fertilité şansı daha yüksektir(35). Çocuk sahibi olmanın geç yaşlara bırakılması ile birlikte infertilitenin de arttığı kabul edilmektedir (34,36). Doğum yaşı yükseldikçe, cinsel ilişki sıklığı azalır, leiomyomlar, tubal hastalıklar ve endometriozis gibi diğer doğurganlığı azaltabilecek faktörler artar (24).

Beslenme tarzı ve obezite infertilite nedenleri arasında yer almaktadır. Vücut ağırlığının azalması ile doğurganlık ve sağlıklı gebelik oranı artarken, beden kitle indeksindeki (BKİ) artma ile infertilite oranında da yükselme görülmektedir (26). BKİ yükseldikçe erkeklerde; sperm niteliği, sperm hareketliliği, erektile disfonksiyon, testesteron düzeyi düşmekte ve bu durum infertiliteye zemin oluşturmaktadır. Aynı şekilde kadınlarda da seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) ve diğer seks hormonları düzeyleri düşüp, insülin, leptin, plazma androjenleri ve LH gibi hormonların artmasında anovulasyona sebep olmaktadır (24,37). Kadınlarda BKİ değeri 30 kg/m² aştığında, Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) başarısı düşebileceği ve erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarının görülme riski artabilir (34,38,39).

Sigara her iki cins için üreme kapasitesini negatif şekilde etkilemektedir (35). Sigara kullanımı kadınların infertilite olasılığını 2.27 kat artmasına ve sigara dumanı maruziyeti kadınlarda Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) düzeyinartmasına, over miktarının ve döllenmenin azalmasına neden olur. Sigaranın, spermin yoğunluğu ve hareketini azalttığı, antioksidan aktivitesinde azalmaya neden olduğu, sperm yapısı üzerine de olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (24,40).

Kafein tüketiminin kadın fertilitesine etkisinin doza bağımlı olduğu bildirilmektedir. Günlük 500mg (beş fincan kahve) ve üzerinde tüketilen kafeinin fertilitayı yaklaşık 1.5 kat

azalttığı belirlenmiştir (23,24). Kafein fertilizasyonu olumsuz etkilemektedir. Bu etkiyi hormon seviyelerinde ve foliküler östradiol seviyelerinde değişikliklere bağlı olarak oluşturmaktadır (34).

Alkol bir teratojendir ve embrio üzerinde toksik etki oluşturmaktadır (35). Alkol erkekte libidonun azalmasına ve sperm kalitesinin bozulmasına neden olur (24,40). Günlük olarak tüketilen iki alkollü içecek infertiliteyi aynı oranda artırmaktadır. Kadınlarda alkol kullanımı regl düzensizliği yapmakta ve buna bağlı fertiliteyi olumsuz etkilemektedir (24).

Madde bağımlılığı kadınlarda östrojen azalmasına ve bunun sonucunda infertiliteye neden olmaktadır(24). Uyuşturucu madde içeren ilaçlar erkekte testosteron düzeyini düşürerek sperm kalitesini azaltır (35).

Çevresel zararlı maddelere maruz kalmak, fertilitenin azalmasının sebep olmaktadır(23,24). Çevrede bulunan zararlı toksinlerin çoğu kadında hamile kalma oranının azalmasına, spontan abortusların artmasına ve fetüste gelişimsel anomalilere sebep olabilmektedir. Erkekte ise bu ajanlar spermatogenezis sürecinin bozulmasına neden olmaktadır (35).Yapılan çalışmalar tarım işçilerinde pestisit kullanımının doğurganlığı olumsuz etkilediği, çeşitli zararlı madde temasının olduğu meslek çalışanlarının doğurganlıklarının azaldığı tespit edilmiştir (24).

İnfertilite ile stres arasındaki ilişki bir netlik göstermemektedir. Stres infertilite arasındaki neden –sonuç ilişkisi değişiklik göstermektedir. Çocuk sahibi olmak isteyen çiftte infertilite tanısı konması başlı başına stres yaratan bir durumdur. Çocuk sahibi olmaya yönelik sosyal baskı, tıbbi tanılama ve tedavi süreci, tedavinin başarısızlığı sonucu yaşanan hayal kırıklığı ve tedavinin maliyetli olması bu stresi daha da artırabilir (23). Psikolojik stres, sperm sayısının ve sperm oranının azalmasına, anormal sperm üretiminin artmasına neden olmaktadır(34).

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), Diyabet, Endometriozis, Endokrin bozukluklar ve Varikozel fertiliteyi etkileyen hastalıklardır (34).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve tedavi edilmemiş üreme organı enfeksiyonları sıklıkla sekonder infertiliteye neden olarak gösterilmektedir (41). Klamidya ve Gonore kadınlarda tuba uterinalarda, erkeklerde ise vas deferenslerde tıkanıklığa sebep olan hastalıklar arasında yer almaktadır (34)

2.1.4.İnfertilite Tedavisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri

Gebe kalabilmek amacıyla tedaviye başvuran bireylerin %85-90'ına tıbbi ve cerrahi müdahale yapılırken, %10-15'ine ise üremeye yardımcı teknikler uygulanmaktadır. Bireylerin beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline sahip olabilmeleri için günümüzde artan teknolojik ve bilimsel yenilikler sayesinde infertilite sağaltımında da birçok yenilik olmaktadır (23,24).

İlk olarak 1978 yılında invitro fertilizasyon ve embriyo transferi yöntemi sayesinde Luise Brown dünyaya gelmiştir. Geçen yıllar içerisindeki gelişmeler sonucunda birçok infertil çift çocuk sahibi olmuştur.

İnfertilite tedavileri tanıya bağlı olarak; yaşam tarzı değişikliklerini (sigarayı bırakma, beslenme alışkanlıklarını değiştirme, fiziksel aktivite), psikolojik ve zihin/beden müdahaleleri (psikoterapi, yoga, akupunktur, meditasyon), cerrahi (miyom, endometriozis, tubal defektlerin onarımı) ve tıbbi uygulamaları (ovulasyon indüksiyonu, hormon tedavisi, YÜT) içermektedir (3,42). En sık kullanılan yöntemler, İntrauterin İnseminasyon (İÜİ), İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (İCSİ) ve İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (İVF-ET),'dur. İVF en sık kullanılan yardımcı üreme tekniğidir. Gamet İntrafallopian Transferi (GİFT) ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT) İVF'e alternatif ancak nadir kullanılan yöntemlerdir (23).

İntrauterin İnseminasyon (İÜİ): Diğer uygulamalara göre kolay, ağrısız ve maliyetinin uygunluğu dolayısıyla, infertilite sağaltımında sıkça kullanılan bir uygulamadır. Yumurtlama döneminde erkekten alınan spermelerin gerekli hazırlıkları yapıldıktan sonra kadın üreme sistemi içerisine bırakılması işlemidir. Servikse yerleştirildiğinde, servikal inseminasyon; uterus kavitesine yerleştirildiğinde, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye uygulandığında ise peritoneal inseminasyon denir (23,43).

İÜİ yapılabilmesi için kadında over ve tubalar işlevinde olmalı ve endometriumda implantasyonu engelleyecek herhangi bir patoloji olmamalıdır. Erkekte ise işlemi gerçekleştirmek için minimum düzeyde hareketli sperm bulunmalıdır (23).

İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi: İVF hasarlı yumurta kanalı, bilateral salpenjektomi, tubaları fonksiyon görmeyen hastalar, endometriozis, bazı erkek faktörleri, prematür over yetmezliği ve diğer tedavilere yanıt vermeyen açıklanamayan infertilitenin tedavisinde kullanılır. İVF, YÜT'ün en yaygın şeklidir (23,44). İVF-ET 'de ovulasyon

indüksiyonu sonrası overlerden toplanan yumurtaları, sıvı medium içerisinde spermle bir araya getirerek; fertilizasyonun kendiliğinden olmasının beklenmesidir (23).

IVF-ET'nin aşamaları:

1. Ovulasyon indüksiyonu ve Foliküllerin gelişiminin takip edilmesi
2. Oositlerin toplanması (Pick- Up)
3. Sperm elde edilmesi,
4. Laboratuvar ortamında oosit ve spermin bir araya getirilene döllenmenin gerçekleşmesi ve erken embriyo gelişimi için uygun ortamın sağlanması,
5. Embriyoların kültürü
6. Uterusa embriyoların transferi

Oosit toplanması/OPU (oosit pick up), laparoskopik veya vajinal USG ile iğne aspirasyonu şeklinde yapılır. Oosit toplama YÜT'ün en ağırlı bölümüdür (23,45).

IVF yöntemi ile daha az embriyo nakli olduğu için çoğul gebelik oranı azalmaktadır (23,45).

ET, fertilizasyon sonrası embriyoların uterusu yerleştirilmesidir. Transfer ağırlı bir uygulama değildir, anestezi olmaksızın yapılır. İşlem sonrası bireyin 1-2 saat dinlenmesi önerilmektedir (11). Canlı embriyolar dondurularak daha sonra da transfer işlemi gerçekleştirilebilir (44).

İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): IVF'de düşük sperm sayısı, motilitesi ve kötü morfoloji; fertilizasyon ve implantasyon başarısızlığının temel nedenidir. Erkek infertilitesinde gebelik oranlarını artırmak amacıyla ICSI prosedürü geliştirilmiştir. Seçilmiş tek bir sperm enjeksiyon pipetine çekilir ve oosit zona pellusidasını geçerek ooplazma içerisine bırakılır. İlk defa 1992 yılında uygulanmasıyla birlikte erkek infertilitesinde başarıyı artırmıştır (23,45) .

Gamet Intrafollopian Transfer (GİFT): İVF'e alternatif olarak kullanılan bir yöntemdir. Stimülasyonu edilen foliküller ultrason eşliğinde vajinal olarak aspire edilir. Erkekten alınan spermere laboratuvaru da kapasitasyon sağlanır, sperm ve yumurta karşılaştırılarak katetere çekilir ve genel anestezi altında laparoskopi eşliğinde fallop tüplerinden birine yerleştirilir.

Fertilizasyonun vücut içinde olması sağlanır. GİFT, İVF teknikleri yaygın olmadan önce kullanılan bir tedavi yöntemidir. Günümüzde bu tekniğin kullanımı yaygın değildir ancak açıklanamayan infertilite tedavisinde nadir de olsa denenen bir yöntemdir (23,45) .

Zygote İntrafallopian Transfer (ZİFT): İVF ve GİFT uygulamalarını birleştiren bir yöntemdir. Stimüle sonrası foliküller vajinal ultrason eşliğinde aspire edilir. Elde edilen oositler ve erkekten alınan sperm örneği laboratuvar ortamında fertilize edilir oluşan zigot 18-48 saat sonra laparoskopi ile fallop tüplerinden birine yerleştirilir. ZİFT, serviksin konjenital hipoplazisinde, serviks atrezisinde ve radyoterapide tercih edilebilir (23).

2.1.5. İnfertilitenin Psiko-sosyal Etkileri

Üreme, kuşakların devamı için tüm canlıların en önemli temel içgüdülerinden biridir. Bireyler için ebeveyn olmayı başaramamak, ömür boyu sürececek fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir (10,46). Birçok çift için çocuk sahibi olmak yetişkinlik deneyimlerinin önemli bir parçasıdır. Çift istediği sürede çocuk sahibi olamadığında çevrenin isteğini karşılayamayarak mutsuz olmaktadır. Çiftlerin çocuk sahibi olamamaları, başaramamak ve yeterli olamamak duygusu yaşamalarına sebep olmaktadır (47,48). İnfertilite, duygusal ve psikolojik destek yetersizliği, tedavinin yüksek maliyeti ve stresi, tedavi aşamasında işe devam etmede yaşanan güçlükler, moral bozan tedavi sonucu ile bireylerde anksiyete, kayıp, yas, suçluluk, sosyal izolasyon, kontrol kaybı, evlilik ilişkilerinde bozulma gibi psikososyal sonuçlar ortaya çıkarak karmaşık bir yaşam krizi oluşturmaktadır (47, 49).

Bireylerin infertiliteye yönelik tutumları bireysel olarak farklı olmakla emsal taraflarında olduğu belirtilmektedir. Çocuk sahibi olamamanın kadın için, hamile kalamama, annelik duygusundan mahrum kalma, değersizlik ve yetersizlik duygusu, yalnız olmak, destek yetersizliği, rol eksikliği, özsaygıda azalmadır (50, 51). Çocuk sahibi olamamanın erkek açısından psikolojik anlamı, erkeklik işlevlerinde yetersizlik, ebeveynlik duygusundan yoksun olma, ihtiyarlıkta yalnızlık, çalışma sürecinde desteksizlik, neslinin devamının sürdürememek, sosyal rol eksikliği ve destek yetersizliğidir (51- 53).

Çocuksuzluğun fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, duygusal, cinsel, etik ve ekonomik etkileri mevcuttur (54-56). Stres, anksiyete ve depresyonun yardımcı üreme tekniği sonuçlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (57).

İnfertilite tedavisinin her aşamasının farklı psikolojik anlamı ve bedensel zorlukları vardır. Tedavi sürecin ilk aşamasından itibaren kadınlar kilo artışı, baş ağrısı, bitkinlik ve

duygusal hassasiyet yaşayabilmektedir. Oosit aspirasyonu (OPU) işleminde kadınların invaziv bir işleme maruz kalması, işleme bağlı ağrı oluşması sebebiyle korku ve stres düzeyinde artmaya neden olmaktadır. Embriyo transferi ve gebeliğin beklenmesi süreci IVF/ET uygulamasının en stresli aşaması olarak bilinmektedir. Bu süreçte kaygı, mutluluk gibi karmaşık duygulanımlar yaşanmaktadır. Tüm bu süreç sonucunda tedavi sonucu olumsuz olan kadınlar ise yeterli olmadığını hissetme, eksiklik duyma, üzüntü, başarısızlıktan kendini suçlama ve sonucunda şiddetli yas reaksiyonlarına sebep olmaktadır (58).

İnfertilite, hayati tehlikesi olmayan bir sağlık problemi olsa da, çiftlerin emosyonel sağlığını olumsuz etkilemektedir (46,59).

İnfertilite çiftlerin yaşamları boyunca karşılaştıkları en zorlayıcı kriz deneyimidir (58). Bu süreç belli evrelere ayrılmaktadır. Bu durum literatürde özgül infertilite kriz evreleri olarak ele alınmıştır (47, 60).

Şok/Şaşkınlık/İnanmama/İnkâr Evresi: Bu ilk evredir. Şok evresini, inkar (yadsıma) izler.

Kızgınlık ve Anksiyete Evresi: Bu evrede infertil birey hayat arkadaşı tarafından yalnız bırakılma kaygısı yaşar. Kadın kendini yarım, yetersiz, önemsiz hisseder. Erkek de güç ve kudret özelliğinin yok olduğunu düşünür. Eşler için bu durumların süregelmesi ve yönetilememesi anksiyeteyi artırır.

Öfke Evresi: Birey kendine, eşine, aile ve çevresine karşı öfke duyar.

Kontrol Kaybı: Bu evrede yapılan tetkikler ve sorulan sorular çiftlerin mahremiyetlerini etkilemektedir. Bu evrede kadınlar hamile olan arkadaşlarıyla görüşmek istemez, paylaşım yapacak konularının olmadığını düşünüp yalnızlaşırlar.

Suçluluk Evresi: İnfertilite tanısı alan bireyin yaşayabileceği bir evrede suçluluk evresidir. İnfertil birey, eşinin ebeveyn olmasına mani olduğu için suçluluk duyar. Bu duruma aile ve kültür baskısı da eklenince cezalandırıldığını düşünürler. Günlük yaşam aktivitelerinden zevk almaz, ilgi ve istek kaybı ve her şeyin değersizleşmesi durumu görülür. Bu evrede depresyon yaşanabilir.

Çözülme Evresi: Süreci sağlıklı yöneten çiftler bu evreye geçerler. Yadsımanın yerini hakikat alır. Tedavi alternatifleri belirleyip birbirleriyle ve çevreleriyle tekrar iletişime geçerler.

2.2. Roy Adaptasyon Kuramı

Hemşirelik bakımının bir modele temellendirilmesi, bilimsel açıdan hemşirelik bilgi içeriğinin daha sistematik bir şekilde uygulanmasını sağlamıştır ve bakımın etkinliğinin artmasında önemlidir(61, 62, 64).

Sağlık modelleri, iyiliğin çok boyutlu olduğunu, bireyin yaşam kalitesini etkilemede birbiriyle kesişen birbiri ile bağlantılı boyutlardan oluştuğunu ileri sürer. Bu modellerin fertlile bakımına uyarlanması uygun ve bilgilendiricidir. Uyarlanmış bir sağlıklı yaşam modeli, sağlığın çeşitli boyutlarındaki faktörlerin infertilite problemi yaşayan hastaların bütünsel sağlığını nasıl etkilediğini ve bu entegre faktörlerin bakım arama ve geri dönme kararlarını nasıl etkilediğini anlamamıza olanak tanır (65).

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) karşılıklı etkileşime dayalı bir dünya görüşü yansıtır. Modelin temel odağı insanın adaptasyon sistemi ve çevrede meydana gelen değişimlerdir. Adaptasyon, modelin en temel özelliği ve kavramıdır. İnsan adaptasyon sistemi, sistemin bütünlüğünü bozacak iç ve dış çevreden gelen uyaranlara cevap veremediğinde ya da bunlarla baş edemediğinde uyum sorunları ortaya çıkar (65).

2.2.1.Modelin Gelişimi

Hemşire kuramcı Sister Callista Roy'un mesleki ve akademik geçmişi ve bireysel deneyimleri RAM oluşmasında rol oynamaktadır. Sister Callista Roy, çocuk hemşiresi olarak görev yaparken çocukların daha hızlı iyileştiklerini, farklılıklara daha kolay uyum sağladıklarını görmüştür. Uyum kuramının temelini ifade etmektedir (17,62,63, 64).

Sister Callista Roy, adaptasyon modelini 1964 yılında mezuniyet sonrası California Üniversitesi'nde Dorothy E. Johnson ile birlikte görev yaparken geliştirmeye başlamış (17, 63), geliştirirken farklı kaynaklardan yararlanmıştır. Adaptasyon kavramını açıklarken, Ludwing von Bertalanffy (1968)'nin genel sistem teorisi ve Harry Helson (1964)'un adaptasyon düzeyi modelinden yararlanarak kendi "Adaptasyon" modelini geliştirmiştir (62,63). Roy hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiştir. Roy'a göre hümanizm kişinin yaratma gücüdür. Roy bireyin iyilik halinin savunma mekanizmaları tarafından artırılacağına inanır (62, 64).

Roy, Roy Adaptasyon modelini 1968' de tamamlamış ve 1970 yılında basılan "Adaptation: A Conceptual Framevork for Nursing" kitabında kuramının temel kavramlarını

açıklamıştır (64). Daha sonra model 1984, 1986 ve 2009 yıllarında tekrar revize edilmiştir (63,66)

2.2.2.Modelin Temel Kavramları

2.2.2.1.Modeldeki Uyaranlar

Uyaranlar, çevreden kaynaklanan, insan ile çevre arasındaki etkileşimin bileşenleridir. Uyaranların birey üzerindeki etkileri, bireyin davranışlarını şekillendirir (63). Birey çevresinden etkilenir ve çevresini etkiler. Roy, bireyin değişikliklere uyum sağlama yeteneğinin üst düzeyde olduğunu; ancak deneyimler, olayın algılanması, çevresel farklılık düzeyi ve baş çıkma durumu gibi nedenlerle uyum sağlama yeteneğinde belirli sınırlamaların olduğunu ifade eder. Modelde iç ve dış faktörler uyaran olarak tanımlanır (64). Modelde 3 tip uyaran tanımlanmıştır.

1. Fokal (Odak) Uyaranlar: Bireyin tepki verdiği iç ve dış kaynaklı uyaranlardır. Bireyin ilgilendiği obje ve ya durumdur. İlgi uyandıran duruma yoğunlaşır ve onunla ilgilenmek için çaba sarfeder (Ses, ağrı.).

2. Kontekstüel (etkileyen) uyaranlar: Odak uyarının tesirine ilave olan tüm uyaranlardır (68). Kontekstüel uyaranlar, odak uyarının tetiklediği davranışları etkilediği bilinen uyaranlardır (63).

3. Rezidüel (Olası) Uyaranlar: Mevcut durumda etkisi belirsiz olan, insan adaptif sisteminin iç veya dış kaynaklı çevresinde olan faktörlerdir (63, 69). Davranışa etkisi henüz belirlenmemiş veya belirsiz olan uyaranlardır. İnançlar, davranışlar ve kişisel deneyimler bu kategoride yer alır(63). Geçmişten kaynaklanır ve tedaviye cevabı etkiler (64).

Adaptasyon: Kişinin, bireysel ya da grup şeklinde, çevre ile bir bütün olması için bilinçli farkındalık ve seçimler kullandığı süreç ve sonuçtur (63, 69). Adaptasyon insan sisteminin sadece bütünlüğünü sağlamak amacıyla çevredeki uyaranlara yanıt vermek için çabalaması anlamına gelmez; aynı zamanda her insanın evrende yaratıcı amacının olduğu, bu nedenle insanı çevresinden ayrı düşünmenin imkânsız olduğu anlamını da taşımaktadır (63, 69). Roy'a göre adaptasyon bireye üst seviyede sağlık, iyilik oluş, yaşam standartı ve saygın bir ölüm sağlar (63).

Adaptasyon Düzeyi: Her insanın ya da grubun bilinen baş etme mekanizmalarını kullanarak ulaştığı adaptasyon miktarı olarak tanımlanabilir. Bu düzey bireyin çevre ile etkileşimde

bulunma ve uyaranlara etkili, yani uyumlu yanıt verebilme yeteneğini belirler. İnsanların adaptasyon düzeyi yaşam süresince değişebilmektedir (63). Adaptasyon düzeyi üç boyuttan oluşur.

1.Bütünleşik süreç: Bir yaşam sürecinin yapı ve işlevlerinin kişinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bir bütün halinde çalıştığı uyum düzeyidir (17,67). Olumludur, fakat ihtiyaçları karşılamamaktadır (63).

2.Telafi edici süreç: Mükemmel uyum düzeyine geçebilmek için düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal sistemlerin devreye girdiği uyum düzeyidir (17,67). Süreç olumludur ancak gereksinimi karşılamamaktadır (63).

3.Bozulmuş süreç: Süreç negatiftir ve gereksinimi karşılayamamaktadır (63).

Başetme Süreçleri: Değişen çevre ile etkileşime girmenin doğuştan gelen ya da sonradan kazanılmış yollarıdır (69). Doğumsal olanlar genetik olarak belirlenir ve türe özgü unsurlar içerir. Edinsel olanlar ise, sonradan öğrenilmiştir ya da alışkanlıklar ve gelenekler yolu ile geliştirilirler.

Baş etme mekanizmaları düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal olarak 2 şekilde açıklanır (62).

1. Düzenleyici baş etme: Nöral, kimyasal ve endokrin sistemleri içeren önemli bir başa çıkma sürecidir (64, 69). Birey uyaranlara otomatik olarak, doğuştan var olan fizyolojik adaptif yollarla tepki verir. Bu alt sistemde kullanılan başetme yöntemleri bireye özgü değildir, tüm bireyler tarafından kullanılan yöntemlerdir.

2.Bilişsel-duyuşsal baş etme: Bireyler için algılama ve bilgi süreci bir savunma mekanizmasıdır ve öğrenme, karar verme ve de duygusal kanallar yolu aracılığı ile cevap üretir. (64,69). Kaygıdan kurtulabilme, duygusal bazlı karar alabilme ve yeni bağılıklar kurabilme gibi çabalarda kullanılır. Fizyolojik, sosyal ve psikolojik faktörleri içeren dış ve iç uyaranlar bilişsel-duyuşsal alt-sistemde girdiler olarak etki edebilir (64).

Adaptif Alanlar: İnsanın içeriden ve dışarıdan gelen uyaranlara karşı gösterdiği davranışlar fizyolojik, karşılıklı bağılılık, benlik kavramı ve rol fonksiyon adaptasyon alanı ile kendini gösterir. Bunlar (17, 64,69)

1.Fizyolojik alan: Çevreden gelen uyaranlara yönelik bireyin fiziksel şekilde verdiği yanıtlar olarak tanımlanmaktadır (63, 64). Bu adaptasyon biçiminin amacı, fizyolojik bütünlüğün sağlanmasıdır. Fizyolojik bütünlük için beş temel ihtiyaç tanımlanır: oksijenlenme, beslenme, boşaltım, hareket-dinlenme ve korunma. Ayrıca algılamalar, sıvı-elektrolit-asit-baz dengesi, sinirsel fonksiyonlar ve iç salgı fonksiyonları fizyolojik adaptasyona katkıda bulunur. Bu alanda altta yatan temel ihtiyaç fizyolojik bütünlüktür (63, 64,69).

2. Benlik Kavramı Alanı: Kişinin kendisi hakkında edinmiş olduğu duygu, düşünce, inanış ve algıların bütünüdür. Daha çok kişinin fiziksel ve ruhsal görünüşüne odaklanır. Temel gereksinim, psikolojik bütünlük şeklinde ifade edilmektedir. (63, 64). Fiziksel benlik ve kişisel benlik şeklinde iki ögesi vardır.

Fiziksel benlik: Bireyin bedeni hakkındaki algı, duygu, deneyim ve düşüncelerini içermektedir. Bireyin fiziksel özellikleri, görünümü, fonksiyonları, işlevselliği, cinsellik, sağlık ve hastalık durumunu içeren fiziksel varlığını değerlendirir. Beden duyumsama (kişinin kendini fiziksel olarak nasıl hissettiği) ve beden imajını (kişinin kendini fiziksel bir varlık olarak nasıl gördüğü ve kişisel görünüşü hakkındaki görüşleri) kapsar (17, 63,69).

Kişisel benlik: İnsanın idealleri, davranışları, ahlaki değerleri ve bireysel standartlarını kapsar. Kişisel benliğin üç ana bileşeni vardır. Öz tutarlılık (kendini organize etme), öz amaç (ne olmak istediği, beklentileri), ahlaki-etik-spiritüel benlik (inanç sistemleri, değerler ve evren ile olan ilişkiler) kavramlarını kapsar (17, 63).

3. Rol Fonksiyon Alanı: Kişinin toplumda üstlendiği rollere odaklanır (69,70). Bireyin toplumdaki diğer bireylerle ilişkisine uygun olarak rolünü yerine getirmek, toplumun beklentilerini karşılamak ve toplumla bütünleşmek için yapması gereken davranışları içerir. Bu alanda altta yatan temel ihtiyaç, sosyal bütünlük olarak tanımlanmıştır (63, 69).

Rol fonksiyonu alanında kişiler birincil, ikincil ve üçüncül roller üstlenirler: “Birincil (Primer) roller” yaş, cinsiyet ve gelişime bağlı olanlardır. Erkek olma ya da kadın olma gibi cinsiyet rolleri birincil rollere örnektir. “İkincil roller” başkaları ile olan ilişkiler ile kazanılan ve kalıcı hale gelmiş olan rollerdir. Anne, baba, öğretmenlik rolleri ikincil rollere örnektir. “Üçüncül (Tersiyer) roller” herhangi bir durumda belirli bir zaman için geçerli olan rollerdir. Özgürce seçilirler ve geçicidirler. Okul müdürü, futbol antrenörü üçüncül role örnektir (63, 70).

4. Karşılıklı Bağlılık Alanı: Kişilerin kendi içinde yakın ilişkilere temellenen davranışlarla ilgilidir. Bu adaptasyon biçiminde amaç ve temel gereksinim ilişkilerin bütünlüğünü ve korunmasını sağlamaktır. Birey, karşılıklı ilişkide saygı, sevgi, güven gibi gereksinimleri karşılamayı bekler. Öte yandan karşıdaki birey de aynı beklentiler içindedir (63).

Bireyin değer verdiği bireyler ile ve destek sistemleri ile ilişkilerine özgü iki karşılıklı bağımlılık davranışı tanımlanmıştır. Alıcı davranış ve yardımcı davranış (verme) (17,63).

En yakın kişi (Değer verdikleri): Bireyin önemsedikleridir. Birey için değer verdikleri anne, baba, çocukları, arkadaşları ve tanırlı olabilir. Bu kişilerle sevgi, ilgi ve değer verme vardır. Bu bireyler aynı mekânda olmasa da ilişkiyi koruma adına yaşam boyu birliktelik sergilerler. Bu bireylerle yaşam süresince beraberdir (63,64).

2.2.2.2 Modeldeki Kavramlar

İnsan: Roy’a göre birey, hemşirelik hizmetini alan ve komplike “bütüncül adaptif bir sistem” dir. Bütüncül kavramı insanın görüşleri ve uygulamalarının anlamı ile ifadelendirilir. İnsan kendini oluşturan parçalardan daha hepsinden daha fazladır ve çeşitlilik gösterir. Kişi duyuş, düşünüş, bilinç ve bunlara yüklediği anlamlar ile çevreye ve farklılıklara uyum sağlayabilen ve çevresini uyum sağlayacağı şekli verebilen bir varlıktır (17,63,64).

Çevre: Roy (2009)’a göre çevre, modelin ikinci önemli kavramıdır. Roy’a göre çevre, insan gibi adaptif sistemlerin gelişimini ve davranışını çevreleyen ve etkileyen tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir. Çevre adaptif sistemleri uyaranlar yolu ile etkiler. Çevre, insan ya da grupların davranışını ya da gelişimini etkileyen her şeydir. Sağlıklı bir çevre iyileşmenin anahtarıdır (63). Çevredeki değişikliklere uyum sağlayabilmek için bireyin enerjiye ihtiyacı vardır. Kişi çevreye ve o andaki adaptasyon düzeyine bağlı olarak etkili ya da etkisiz bir cevap oluşturur(64).

Sağlık: Çevreden gelen uyaranların insan üzerindeki etkilerinin yarattığı sonuçtur. Roy Sağlığı; “ölümün kaçınılmazlığından, mutsuzluktan, hastalıktan ve stresten arınmış olma hali değil, bunlarla etkin bir şekilde başa çıkma yeteneğine sahip olmaktır” şeklinde tanımlamıştır (63,69). Birey tüm hayatı boyunca sağlık ve hastalık durumlarını yaşamaktadır. Sağlık ve hastalık hemşirelikle yakından ilgili kavramlardır. Roy’a göre bireyin başa çıkma mekanizmaları yetersiz olduğunda hastalık, yeterli olduğunda sağlık durumu görülmektedir (64).

Hemşirelik: Roy'hemşireliği bir bilim olarak ifadelendirir. Hemşirelik, bireyin sağlığını olumlu yönde etkileyen, gözlemleyen, sınıflandıran ve aralarındaki ilişkiyi değerlendiren uygulama amaçlı bilgi sistemidir. İnsanın ihtiyacı olan temel hizmetleri bir bütün içinde sunar. Hemşirelik süreci hemşireliği diğer meslek gruplarından ayıran bilimsel bir problem çözme yöntemidir(63, 64).

Modelde Hemşirelik Süreci: Hemşire, adaptif olmayan davranışların adaptif davranışlara dönüştürülmesini, adaptif olanların ise geliştirilmesini amaçlamaktadır. Bu süreç de altı aşamalı hemşirelik süreci ile mümkündür: Davranışın ve uyaranların değerlendirilmesi, hemşirelik tanısının belirlenmesi, hedeflerin saptanması, girişimlerin uygulanması ve girişim sonuçlarının değerlendirmesidir. Hemşirelik girişimleri çevresel uyaranları değiştirerek, artırarak, azaltarak, kaldırarak ya da koruyarak yönetmeye odaklanır (64,69).

RAM'a göre hemşirelik uygulaması etkili olup adaptif davranış örüntüsü geliştirildi ise problem ortadan kaldırılmıştır. Ancak uyum sorunu devam ediyorsa hemşire neyin yanlış olduğunu belirlemelidir. Bu durumda hemşire durumu anlamak ve uyumsuz davranışları incelemek için davranışları tekrar gözden geçirir. Beklenen değişiklikler yok ise, yeni davranışlar belirlenir. (17, 63).

2.3.İnfertilite Stresi ile Başa çıkma Yöntemleri

Stres kavramı psikolojik açıdan bireyin sosyal, kognitif veya emosyonel işleyişine değiştiren ve değişen bu durumu tekrar kurmaya için yeni davranışlarda bulunmaya yönlendiren, idrak ettiği uyarıcılara yönelik verdiği kognitif, fiziksel ve ruhsal cevaplardır (71). İnfertilite, tıbbi ve psikososyal sorunların oluşmasına neden olan, kültürel ve dinsel yönleri bulunan, bireyin yoğun stres yaşamasına neden olan ve yaşamı değiştiren bir deneyimdir. (72,73).

Stres durumunda hormonal sistem, santral sinir sistemi ve immün sistemin etkilendiği bilinmektedir. Üreme sistemi de bu sistemler ile bağlantılı olduğundan stres bireyin üreme potansiyelinin etkilenmesine sebep olabilir (74). Fizyolojik açıdan uzun süreli strese maruziyeti üreme yeteneğini etkiler, akut stres bilhassa ovulasyon döneminde istenmeyen durumların oluşmasına sebep olabilir (75).

Stres, hipotalamustan gonadotropin hormonu (GnRH) salgılanmasını sağlar. Gonadotropinler ve gonadlar hormonların üretiminde olumsuz etki yaratır, buna bağlı olarak

hedef organların cinsiyet hormonlarına göstermiş oldukları duyarlılığı azaltır. Bu durum da fertilitiyi olumsuz etkilemektedir (75,76).

İnfertilite ve YÜT'ün psikolojik etkilerini inceleyen çalışmalarda infertilitenin, bireysel stres, depresyon ve anksiyete düzeyini arttırdığı saptanmıştır (8,77,78). Lee ve ark.'nın (2010) yapmış oldukları çalışmada, infertilite tedavi sürecinin bütün aşamalarında değişik fiziksel sıkıntılar ve psikolojik durumların meydana geldiği saptanmıştır. Kadının yumurtalarına ilaçlı uygulama yapılması, kadınlarda halsizlik, baş ağrısı ve kilo alımına, yumurtaların gelişimi aşamasında günlük yapılması stresli olmasına sebep olmaktadır. Yumurtaların toplanması ultrasonografi görüntüleme ile ağır olamayan bir invaziv işlem olsamasına rağmen, bu uygulamaya sonucu kadında ağrıya bağlı stres seviyesinde artış ve korku oluşturabilir. Embriyonun uterusu transferinin ve yerleşme evresinden sonraki gebeliğin beklendiğinde süreçte, IVF/ET uygulamasının en sıkıntılı ve güç aşaması olduğu ifade edilmektedir. Bu güç süreçlerden geçmesine karşın tedavinin olumsuz olması sonucunda kadınların, yetersizlik, eksiklik yaşama, üzüntü ve kendini suçlama gibi duygular yaşadıkları, sonrasında yas süreci görüldüğü saptanmıştır(75, 79). Erkeklerde ise seksüel performansla ilgili duyulan anksiyete, kşside geçici sürelerle gelişebilen ereksiyon bozukluğuna ve bunun sonucu olarak koitus sıklığında azalmaya ve sperm kalitesinde bozulmaya yol açabilmektedir. Stresin spermiogram üzerindeki etkisi tam belirlenmemiş, tartışmalı olmasına karşın stres sonucu sperm sayısının, hareketlilik, yapı ve şeklinin kötü yönde etkilendiği belirtilmektedir (8).

İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin stres verici durumların olumsuz etkisini bertaraf etmek için başa çıkma yöntemlerini kullanmaları evrensel bir durumdur. Başa çıkma yöntemleri bireyin stresle başa çıkmasına yardım eden, güç durumlarda bireyin katlanmak için gösterdiği bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkilerdir. Bu başa çıkma yöntemlerini birey gözlem ve sınamalar sonucunda kazanır. Kullanılan başetme yöntemi kadın ve erkekte farklıdır. Bireylerin başvurdukları başa çıkma yöntemleri kendilerine hasdır (8,80,81). Kadınlar en fazla ümit etmek, sorun yokmuş gibi davranma, sorunlarını paylaşabilecek grup etkinliklerine katılmak, destek aramak, eğitime programlarına başvurmak ve sorumluluğu üstlenmek gibi başa çıkma yöntemlerini kullanır. Erkek ise sorun yokmuş gibi davranmak ve konu üzerinde çok durmamak, kaçınmak, duygularını gizlemek, kendini farklı alanlarda başarılarla ifade etmeye çalışmak ve yaşamdan alınabilecek başka mutluluk alanları bulma gibi başa çıkma yöntemlerine başvururlar (82, 83) .

Başa çıkma yöntemleri etkili ve etkisiz olarak gruplandırılır. Etkili başa çıkma; bedene, duruma ve duygu ve düşüncelere özgü olmak üzere üç kategoriye ayrılır. Bedene özgü yöntemler; doğru beslenme, solunum ve gevşeme teknikleri, spor, düzenli uykuyu kapsar. Duygu ve düşüncelere özgü yöntemler, strese sebep olan olayları öğreti şeklinde görebilme, duyguların paylaşma, içini dökme ve sosyal destek, kendini ifade edebilmedir. Duruma özgü yöntemler ise vakit yönetimi, sosyal destek sistemleri, kişilerarası iletişim, hedef belirleme, sorun çözümüleme becerilerini geliştirmedir (8,71).

İnfertilite tedavi sürecinde çiftler kontrol edilebilen ve edilemeyen durumlarla karşılaşır. Bu da kişi için stres yaratan bir durum oluşturmaktadır (8).

2.4.İnfertilite ve Uyum

İnfertilite, çeşitli tedavi seçeneklerinin ve uygulamalı işlemlerin olduğu bir süreçtir. Bu nedenden dolayı infertilite tedavi sürecinde etkilenme oranı artış göstermektedir (84).Bu süreçte bireylerin yapılan tetkik ve tedavilerden rahatsız oldukları ve biyo-pisiko-sosyal yönden olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir (85,86). İnfertilitenin olumsuz etkileri tedavi sürecine uyumu güçleştirmektedir (87). Bu zorlu süreç koşullarını kontrol etmek için infertilite de uyum önemlidir (12). Bireyler içinde bulunduğu ortama uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağlamada bireyleri çevresel değişiklikler, önceki deneyimleri, olayları algılayış biçimleri, baş etme durumları gibi faktörler etkilemektedir (64). Kadınlar tedavinin her aşamasında farklı duygulanımlar yaşamaktadır. Bireyin bu sürece uyumu ve meydana gelebilecek sıkıntılı süreçlerle başa çıkması tedavinin başarıyla sonuçlanmasında önemlidir(88).

İnfertilite tedavisi uygulanan bireylerin tedavi süreci boyunca güçlü olmalarını desteklemek için bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Hastaların uygulanacak tedavi yöntemlerine, seçeneklere ve kendilerine uygulanacak olan protokole karar verme sürecinde bilgilendirilmeleri ve aşamaya aktif katılımları tedavi uyumlarını kolaylaştıracak ve stres düzeylerini azaltacaktır (89).

İnfertilite de uyum, bireylerin çocuk sahibi olabilme ihtimallerini davranışsal, bilişsel ve duygusal açıdan sürdürebilmeyi ve günlük hayata aktif olarak katılmayı ifade eder (12,85). İnfertiliteye uyum, kriz kontrolünü kolaylaştırır, infertil çiftlerin yaşam kalitesini artırır (12). Bireylerin uyum (adaptasyon) gücü azaldığı zaman bütüncül bakım vererek tekrar uyum sağlamalarına destek sağlayan hemşirelik bakımıdır (17).

Yapılan bir çalışmada sosyal desteğin varlığının hem kadınların hem de erkeklerin infertiliteye uyumlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (90). Bunun yanı sıra profesyonel ruhsal bakım uygulamaları fertilite problemine, tanı ve tedavi sürecine uyumu kolaylaştırmaktadır (91, 92).

2.5.İnfertilite ve Hemşirelik

Bireyler ilk olarak infertilite nedenlerinin araştırılması amacıyla sağlık kurumlarına başvuru yaparlar. Bu süreç, ana tanı testlerini içeren karmaşık, uzun ve zor bir dönemdir (47). Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal etkilerin süresi uzadıkça yaşanan sorunların önemli ölçüde arttığı bilinmektedir. Bu süreçte çiftler yoğun stres ve duygusal yönden baskı hissederek panik yaşamaktadırlar. Hemşire bu aşamada danışmanlık rolü kapsamında çiftlere süreç hakkında bilgi verir ve yaşadıkları stresi yönetme konusunda yol gösterir (22). İnfertil bireyin bu süreçteki fiziksel, duygusal ve psikolojik durumunu anlayıp yardım edecek, anahtar bilgi kaynağı olan, onlarla en sık karşılaşan sağlık personelidir (46,47, 93).

İnfertil çiftin bakımı, değerlendirilmesi ve tedavi sürecinde hemşire çiftlere sunulacak bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımların uygulanmasından sorumlu olan kişidir (94, 95). Hemşire; tanılama ve değerlendirme, tedaviyi planlama, danışmanlık, hasta eğitimi, psikolojik destek ve koordinatörlük rollerini uygular. (95,96).

İnfertil çiftin değerlendirilme sürecinde hemşirelerin psikolojik desteği ve konu ile ilgili verdikleri bilgi son derece önemlidir. Bu da infertilite hemşiresinin eğitici ve danışmanlık rolünü ön plana çıkarmaktadır. Hemşirelerin danışmanlık hizmetini etkin olarak yapabilmeleri için yardımcı üreme teknikleri ile ilgili etik hususları, toplumun sosyo kültürel özellikleri, inanç sistemi ve uygulanan yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. İnfertilite hemşireleri tedavi protokolleri, ilaç uygulamaları, etki ve komplikasyonları hakkında infertil çiftin eğitiminden mesuldür. İnfertil çifti uygulanan eğitim bireysel şekilde yüz yüze görüşme yada grup terapisi şeklinde uygulanabilir (95,97).İnfertilite ile karşı karşıya kalan bireylere gerekli danışmanlık yapılması uygulanan tedavi başarısını arttırmak, çiftlerin iletişiminin güçlendirmek açısından önemlidir (98).

Birey merkezli bakım, bireyin hastalığa yönelik deneyimlerine temellenmektedir. İnfertil kişilere sunulan bakım niteliği, sağlıklı bir çocuğa sahip olmaktan ziyade bu süreçle bireylerin baş etmesi ve uyum sağlaması ile değerlendirilmelidir (99). İnfertilite tedavisinde çiftlerin gereksinimine dayanan birey merkezli bakımın sağlanması çiftlerin en doğal hakkı

olarak görülmektedir (100). İnfertilite idaresinde birey temelli bakım uygulaması çiftlerin tedavi uyumu ve iyiliği ile ilgilidir. İnfertilitede birey temelli yaklaşım, hastaların tercihleri gereksinimleri ve toplumun sosyokültürel özelliklerine ve değer sistemine riayet etmeyi gerektirir (99,101). Hemşire, uyguladığı eğitim ve verdiği danışmanlık programı ile çiftlerin deneyimlediği kaygı, stres ve anksiyetenin giderilmesi, tedavi aşamasında durumun farkına vararak karar verilebilmesinin sağlanması, kişinin kendine saygısının desteklenmesini sağlayarak büyük sorunların kriz oluşturmada çözümü kavuşturulması açısından önemli rol oynamaktadır (97).

Ayrıca, hemşire infertil çiftlerin sosyal destek sistemlerini tanımlayarak, değerlendirme yapabilmeli ve infertilite tedavi sürecinde sosyal destek kavramını entegre ederek sosyal destek sistemlerini organize etmelidir. Böylelikle, infertil çiftlere yaşadıkları sorunlarla baş etmeleri konusunda destek olur ve tedavi sürecinin başarılı bir şekilde sürdürmelerini sağlayabilirler(102) .

İnfertilite tedavi sürecinde rutin psikososyal bakım sağlamanın stresi ve tedaviye uyumu (3,103) arttırdığı bilinmektedir. İnfertilite tedavi sürecinde çiftleri desteklemenin kadının iyilik halinin belirlenmesi ve iyileştirilmesinin en etkili yolu hemşirelik bakımının sürekliliğidir. Bakımın sağlanmasının en etkili yolu ise yüz yüze iletişim kurmaktır (3,16).

İnfertil bireylere/çiftlere tedavi sürecinde verilen bakım kapsamında literatürde hemşirelik destek programları tanımlanmıştır (3,16).

Destek programları kapsamında infertil bireyin/çiftin;

- Akran destek formlarının ve programlarının oluşturulması, benzer sorunu olan infertil bireyler/çiftler ile bir araya getirilme
- Stresli durumlardan kaçınılmaya odaklanma, buna yönelik düzenli uygulamalar ve toplantılar yapılması
- Öğrenmeyi teşvik etmek için soru sorulmasına izin verilmesi, yargılayıcı ve suçlayıcı yaklaşımın yapılması
- Stresiz bir fiziksel ortam oluşturulması
- Stres yönetim tekniklerinin öğretilmesi.

Bazı ülkelerde tedaviye başlayacak çiftlere hemşire ve psikolog tarafından psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti verilmesi zorunlu tutulmaktadır (3,95).

2.6. Konu ile İlgili Yapılmış Benzer Çalışmalar

Arslan Özkan ve arkadaşları (2014), IVF tedavisi alan 105 kadını dahil ettikleri randomize kontrollü çalışmada girişim grubundaki kadınlara 14-18 günlük IVF tedavisi esnasında yaptıkları dört görüşme ile Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımını uygulamışlardır. Görüşmelerde katılımcıların kendilerini ifade etmeleri sağlanmış, gevşeme egzersizleri (derin solunum ve progresif kas gevşemesi), sırt masajı uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Uygulanan son testte girişim grubunun infertiliteden etkilenme, infertilite öz-yeterlik algıları ve uyum düzeyleri açısından olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Kontrol grubunda ise bir değişiklik bulunmamıştır(104).

Durgun Ozan ve Okumuş (2017), infertilite tedavisi alan kadınlarda tedavi süreci ve başarısızlık durumunda Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının stres ve baş etme üzerine etkilerini incelemişlerdir. Uygulama, kadının infertilite ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi ile kadının duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması ile ilgili girişimleri kapsamıştır. Çalışma sonunda girişim grubunda anksiyete ve sıkıntı düzeylerinin azaldığı ve stresle başetmede etkili başetme yöntemlerini kullandıklarını belirlemişler(105).

Afyonkale Talay (2018), 10 hafta uyguladığı psikoeğitim programının infertil kadınların infertilite stres düzeyi ve baş etmeleri üzerine etkilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda uygulanan programın infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyinin azalmasında; infertilite stresi ile başaçıkma ise aktif kaçınma ve pasif kaçınma başaçıkma yöntemlerinin daha az kullanımında etkili olduğunu belirlemiştir (106).

Erdemoğlu (2020), IVF tedavisi alan 100 kadını dahil ettiği çalışmasında hipnofertilitenin (araştırma sürecinde uygulanan hipnofertilite girişimleri gevşeme, imajinasyon, olumlama kullanımı, hayal etme uygulamalarını kapsamaktadır) fertiliteye isteklilik düzeyini arttırdığı, stres seviyesini azalttığı ve stres ile daha etkili baş etmeyi sağladığını belirlemiştir(107).

Kanığ (2021), İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi alan 85 kadını dahil ettiği çalışmasında verilen danışmanlığın(İnfertilite, İnfertilite tedavi süreci, Tüp Bebek Tedavi

Süreci, İnfertilite ve Stres, Duygusal Özgürleştirme Tekniği (EFT), Nefes ve Karın egzersizleri duygusal kapasite ve iyilik halini artırdığını saptamıştır (3).

Aker (2021), İntrauterin İnseminasyon (IUI) tedavisi alan 62 kadını dahil ettiği çalışmada Neuman'ın Sistemler Modeline temellenmiş hemşirelik yaklaşımının (Üreme Organlarının Yapısı, Çalışması Ve Gebeliğin Oluşumu, Aşılama (İntrauterin İnseminasyon) Tedavisi, Stres ve Baş Etme, Nefes, Hayal Etme, Hızlı Derin Gevşeme) kadınların kişisel ve evlilik alanında stres düzeyinin azalmasında yararlı olduğu, stresle baş etmelerini olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir (108).

Yanık (2021), infertilite tedavisi gören 104 kadını dahil ettiği çalışmada PPT (pozitif psikoterapi) eğitiminin psikolojik iyiliği ve umut seviyesini artırmada etkin olduğunu belirlemiştir(109).

Gorayeb ve arkadaşları (2012) IVF ve İntrastaplozmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) aşamasında kadınlara yapılan psikolojik uygulamanın girişim grubunda %39.8 düzeyinde ve kontrol grubunda ise % 23.2 düzeyinde gebelik oluşturarak önemli farklılık oluşturduğu ifade edilmiştir (110).

Frederiksen ve arkadaşları (2015) 39 araştırmayı inceledikleri meta-analizde psikososyal uygulamaların yardımcı üreme tedavisindeki çiftlerde özellikle kognitif davranışçı terapinin hem psikolojik distressi azaltmada hem de gebelik oranlarını artırmada etkin olabileceğini bildirmişlerdir(111).

Fard ve ark. infertil kadınlara yönelik sekiz oturumluk bilinçlendirmeye yönelik stres azaltma programının psikolojik iyi oluş, içgörü, diğer kişilerle olumlu ilişkiler kurma ve kişisel gelişim üzerinde etkili olduğunu saptamışlar (112).

Asfahani ve ark. İnfertil kadınlarla yaptıkları çalışmada öz-şefkat eğitiminin infertil kadınların psikolojik iyiliğinde etkinliği belirtmişler (113).

Belevska infertilite tedavisi uygulanan bireylere yönelik psikoeğitimin olumsuz duygusal tepkilerin, anksiyete ve stresin azaltılmasında, tedavi başarısında önemli olduğunu saptamıştır(114).

Chan ve ark. 14 günlük kendi kendine yardım eğitiminin (pozitif düşünme, gevşeme egzersizleri ve sorun çözme yöntemlerini içeren) etkinliğini belirlemeye çalıştıkları

çalışmada, infertil kadınların umut düzeyleri ve ruhsal durumlarının eğitim ile korunduğunu saptamışlar(115).

Yorulmaz ve Sütçü araştırmalarında, bilişsel davranışçı grup terapilerinin infertilitede hissedilen stres, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sıkıntıların azalmasına, olumlu baş etmenin geliştirilmesine, iyimserlik ve sağlamlığın artmasına yardımcı olduğunu belirtmişler(116).

Hanafy ve arkadaşlarının (2020), ICSI tedavisi alan 40 kadını dahil ettikleri çalışmalarında girişim grubundaki kadınlara sekiz haftalık süreçte gevşeme egzersizi uygulamış, embriyo transferinden sonra stresli durumları kontrol etme konusunda öneriler verilerek iki hafta evde uygulama yapmaları istenmiştir. Katılımcıların infertilite stres düzeyi Doğurganlık Sorunu Envanteri ile ICSI'den iki ay önce, embrio transferi öncesi ve gebelik testi öncesi değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmelerde kontrol grubunda stresin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, girişim grubunda ise azaldığı görülmüştür(117).

Valiani ve arkadaşları (2010), IVF/ICSI tedavisi alan 66 kadını dahil ettikleri çalışmada girişim grubuna progresif kas gevşemesi, derin solunum ve imajinasyonun kombinasyonundan oluşan 30 dakikalık gevşeme egzersizini 6 kez embrio transferi öncesinde, 6 kez de sonrasında olmak üzere 12 kez uygulamışlardır. Değerlendirmeleri tedavi başlangıcında ve gebelik testi öncesinde gerçekleştirmişlerdir. Girişim grubunda stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş olduğunu saptamışlardır(118).

Hamzehgardeshi ve arkadaşları (2019), infertilite tedavisi alan primer infertil 50 kadını dahil ettikleri çalışmalarında girişim grubuna altı haftalık bir grup danışmanlığı programı uygulamışlardır. Program kapsamında üreme sistemi, infertilite, stresin üreme sistemi üzerine etkileri, stresle baş etme, gevşeme teknikleri anlatılmış ve her seansın sonunda gevşeme egzersizi uygulanmıştır. Gruplar arasında algılanan infertilite stresi uygulama öncesi benzer iken yapılan uygulama sonrası girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır(119).

Li ve arkadaşları (2016), ilk kez IVF tedavisi alan kadınları dahil ettiği çalışmalarında girişim grubuna 6 hafta farkındalık temelli grup programı uygulamışlardır. Program; nefes, duygu ve düşünce farkındalığı çalışmaları, beden farkındalığı meditasyonu, hatha yoga, kabul ve bırakma gibi baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirme, farkındalık uygulamalarının günlük hayatta özellikle de infertilite tedavisi işlemlerinde kullanımı konularını kapsamıştır.

Çalışma sonunda yapılan gruplar arası karşılaştırmada girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre aktif yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyut puanlarındaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu, doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği (farkındalık, öz şefkat, anlam temelli başa çıkma stratejileri) puanlarında önemli bir artış olduğunu ortaya koymuşlar(120).

Mosalanejad ve arkadaşları (2012) infertilite tedavisi alan 31 kadını dahil ettikleri çalışmalarında girişim grubundaki kadınlara 15 oturumdan oluşan bilişsel davranışçı grup terapisi uygulamışlardır. Uygulamaları olumsuz düşüncenin tanınmasını, yeniden yapılandırmasını, maneviyatı ve davranışsal teknikleri içermektedir. Çalışma başında gruplar arasında baş etme yöntemleri açısından farklılık saptanmazken çalışma sonunda girişim grubundaki kadınların infertilite stres düzeyini düşürmede etkili bir yöntem olan bilişsel yönelimli baş etme puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür(121).

Kalhori ve arkadaşları(2020) infertilite tedavisi alan 90 kadını dahil ettikleri çalışmalarında girişim grubundaki kadınlara 8 oturum farkındalık temelli grup danışmanlığı uygulanmıştır. Danışmanlık içeriği, kendi kendine rehberlik, engellerle yüzleşme, dikkatli nefes alma, anda kalma ve kendine en iyi şekilde nasıl bakılacağını içermektedir. Çalışma sonunda yapılan gruplar arası karşılaştırmada girişim grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre depresyon düzeyindeki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (122).

Altıntop ve Kesgin (2018) infertilite tedavisi uygulanan çiftlerde yaptıkları çalışmada kadınların, psikolojik dayanıklılıklarının düşük, durumluk/sürekli kaygılarının ve duygu odaklı başa çıkmalarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca durumluk/sürekli kaygı ile duygu odaklı başa çıkma yolları arasında pozitif, dayanıklılık ve aktif başa çıkma yolları arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (123).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Hipotezleri

1. **H0:** Revize İnfertilite Uyum Ölçeği Türk kültüründe güvenilir ve geçerli bir yapıya sahip değildir.

H1: Revize İnfertilite Uyum Ölçeği Türk kültüründe güvenilir ve geçerli bir yapıya sahiptir.

2. **H0:** İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim infertilite uyumunda etkili değildir.

H1: İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim infertilite uyumunu artırır.

3. **H0:** İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin etkili stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H1: İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim etkili stresle başa çıkma düzeylerini artırır.

4. **H0:** İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin Durumluluk ve Sürekli Kaygı düzeylerine etkisi yoktur.

H1: İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim Durumluluk ve Sürekli Kaygı düzeylerini azaltır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

İki aşamalı olarak gerçekleştirilen çalışmanın:

Birinci aşaması: Revize İnfertilite Uyum Ölçeği' nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması; Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu aşaması metodolojik nitelikte olup, veriler Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında toparlandı.

İkinci aşaması: İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi; Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezinde gerçekleştirildi. Araştırma deneysel tasarımda randomize kontrollü yapılmış olup, veriler Ekim 2021- Mart 2022 tarihinde toplandı.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılacak “Revize Fertility Adjustment Scale” ölçeğini geliştiren Ashraf Kazemi ile iletişime geçilerek ölçeğin kullanımı ile ilgili izin alındı (EK 8). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan araştırmanın Etik kurul izni alındı (EK-2). Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezinden yazılı kurum izni alındı (EK 3). Araştırmaya katılan tüm katılımcılara çalışma hakkında sözel olarak bilgi verilip ve çalışmanın amacı açıklandı. Araştırmada gönüllülük ilkesi esas alındığından çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve çalışmada kullanılan verilerin gizlilik ilkesine uygun bir şekilde muhafaza edileceği ve bu araştırma haricinde kullanılmayacağı belirtildi. Tüm katılımcılardan sözel ve yazılı onam alındı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Birinci Aşaması Evren ve Örneklemi;

Araştırmanın birinci aşamasının evrenini Haziran-Eylül 2021 tarihleri süresince Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezine başvuru yapan kadınlar oluşturdu. Literatürde, ölçekte ki her bir maddenin 5 veya 10 katı kadar sayıda katılımcının çalışma kapsamına alınmasının yeterli olduğu belirtilmektedir (124, 125). Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. En az 110 katılımcının araştırmanın örneklemi oluşturması planlandı. Bu aşamanın örneklemi araştırmaya katılmayı kabul eden 280 kadın oluşturdu.

Araştırmanın İkinci Aşaması Evren ve Örneklemi;

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini Ekim 2021-Mart 2022 tarihleri süresince Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezine başvuru yapan tüm kadınlar oluşturmuş olup, Ekim 2021-Mart 2022 tarihleri arasında Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek merkezine başvuru yapan örneklem kriterlerine uyan 120 kadın örnekleme alındı.

Örneklem Kriterleri

- Primer infertilite tanısı almak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 -45 yaş aralığında olmak

- YÜT'den birini seçmiş olmak
- Türkçe okuma-yazma bilmek

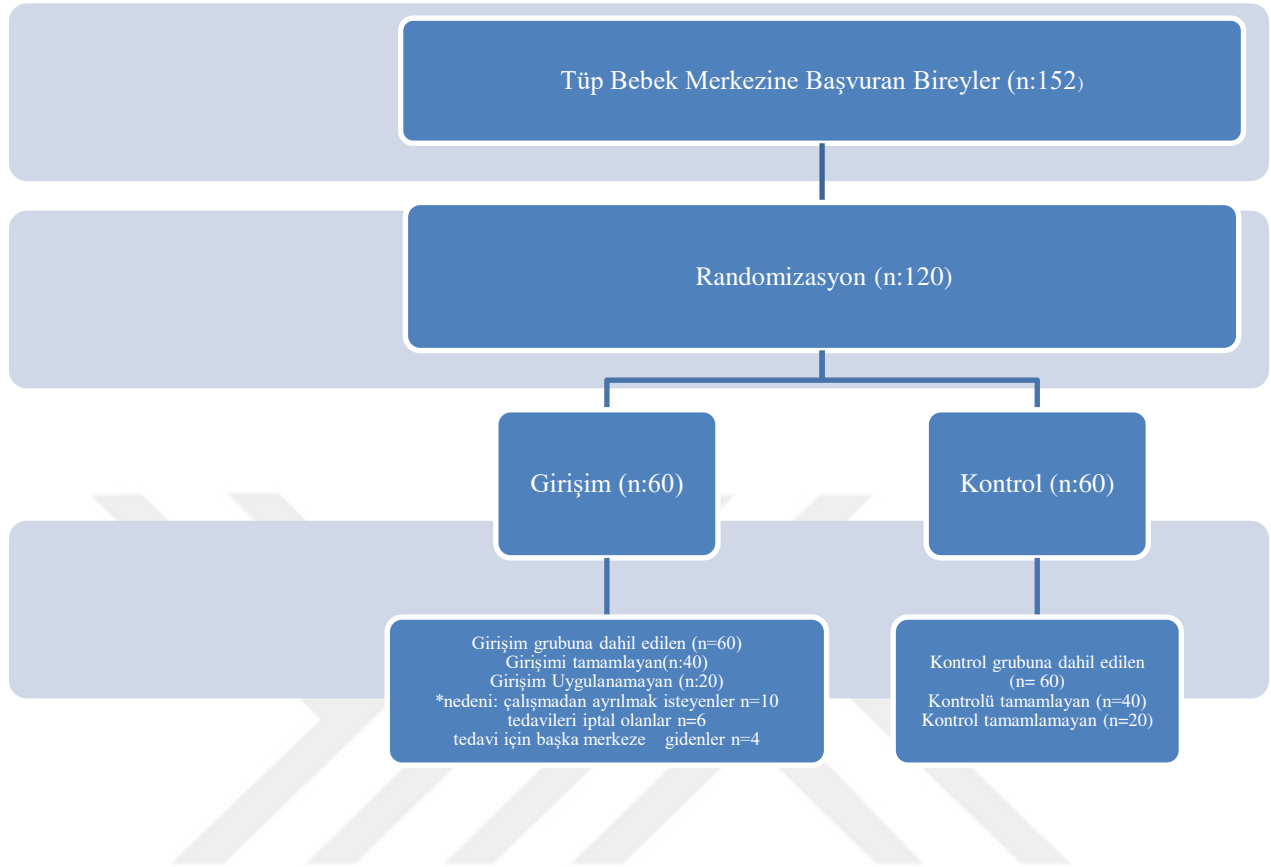
Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Sekonder infertilite tanısı almak
- 18yaş altında - 45 yaş üstünde olmak
- Tedavisi için tanılama sürecinde olmak
- Türkçe okuyup yazamama ve/veya yabancı uyruklu olmak
- Komorbit psikiyatrik tanı almış olmak

3.4.1.Örneklem Büyüklüğünün Değerlendirilmesi

Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G-Power programından yararlanıldı. Araştırmanın örneklemini daha önce yapılmış çalışmalar referans alınarak (11), etki büyüklüğünü 0.76 olarak hesaplandı. Bu veri ışığında, $\alpha=0.05$, $1-\beta=0.90$ olarak alındı ve 0.76 etki büyüklüğü ile örneklem hacmi girişim ve kontrol grubu toplamda minimum 62 kişi olarak hesaplandı. Araştırma sürecinde çeşitli nedenlerle çalışmadan ayrılanlar olabileceği göz önünde bulundurularak 120 kişi örnekleme dahil edildi.

Dahil edilme kriterlerini karşılayan, yazılı onay veren hastalar çalışmaya dahil edildi. SPSS 24.0 istatistiksel analiz programı kullanılarak girişim ve kontrol grubu (1-girişim grubu, 2-kontrol grubu) şeklinde 120 hasta basit rastgele randomizasyon yöntemi ile gruplara atandı. Randomizasyon çalışmaya katılmayan ve hastalarla teması olmayan bir istatistikçi tarafından yapıldı. Hastalarla karşılaşma sırasına göre girişim ya da kontrol grubuna dahil edildi. Çalışma 80 hasta ile (40 girişim, 40 kontrol) tamamlandı.



Şekil.3.4.1. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi İsimli Araştırma Akış Şeması

3. 5. Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu, Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) kullanılarak toplandı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik verileri ve infertiliteye yönelik bilgilerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan 17 sorudan oluşan bir formdur.

3.5.2.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek bireyin kullandığı başa çıkma

mekanizmalarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçekte, maddeler 0 ile 3 arasında puanlama yapılmaktadır (0=hiç uygun değil, 1=biraz uygun, 2=epey uygun, 3=tamamen uygun). Ölçeğin toplam puan değeri bulunmamaktadır. Her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile alt ölçek puanları belirlenmektedir. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımıdır. Alt boyutlardan olan kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından alınan puanlar yükseldikçe kişinin aktif ve etkili başa çıkma stratejilerini kullandığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları yükseldikçe de pasif ve etkisiz başa çıkma stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır(126).

Alt Boyut	Soru Maddeleri	Alınabilecek Min-Max Puan
Kendine Güvenli Yaklaşım	8.-10.-14.-16.-20.-23.-26.	0-3
İyimser Yaklaşım	2.-4.-6.-12.-18.	0-3
Çaresiz Yaklaşım	3.-7.-11.-19.-22.-25.-27.-28	0-3
Boyun Eğici Yaklaşım	5.-13.-15.-17.-21.-24	0-3
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1.(ters) -9.(ters) -29.-30.	0-3

Ölçeğin her bir alt ölçek için için cronbach alfa değerine bakıldığında; kendine güvenli yaklaşım için 0.80, iyimser yaklaşım için 0.68, çaresiz yaklaşım için 0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.70 ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0.47 olduğu belirlenmiştir (126, 127). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayıları kendine güvenli yaklaşım için 0.77, iyimser yaklaşım için 0.79, çaresiz yaklaşım için 0.91, boyun eğici yaklaşım için 0.81ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0,78 olarak hesaplandı.

3.5.3. Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve ark. tarafından (1970) A.B.D'nde'nde geliştirilen ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması Öner ve Le Comte tarafından (1974–1977) yapılmıştır (128). 20 soru ile durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı değerlendiren likert tipi bir ölçektir. Ölçek 20 maddelik durumluluk kaygı ve 20 maddelik sürekli kaygı sorularından oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Puanların fazla olması

yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini belirtir. “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersi puanlanan ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. sorulardır. Sürekli Kaygı Envanterindeki ters puanlanan ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır.

STAI-1(DKÖ) ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0,85 – 0,96 arasında bulunmuştur (128). Çalışmamızda STAI-1(DKÖ) ölçeğinin iç tutarlılık alfa değeri 0,96, STAI-2(SKÖ) ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulundu.

3.5.4. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği: R-İÜÖ (R-FAS: Revised Fertility Adjustment Scale)

1999 yılında Glover ve arkadaşlarının, infertilitede psikolojik uyumu değerlendirmeyi standartlaştırmak için Fertility Adjustment Scale (İnfertilite Uyum Ölçeği (İÜÖ), geliştirilmiştir. Torabi, Kazemi ve Abdishahshahani tarafından 2019 yılında revize edilmiştir. R-İÜÖ; bilişsel, davranışsal, duyuşsal yönleri kapsayan bir ifade olarak ele alınmıştır. R-İÜÖ, tedavi süreci ve bu sürecin bireyin psikososyal açıdan uyumu üzerine etkisini değerlendirmek, psikolojik ihtiyaçlarını saptama da yararlı bir araçtır. Klinik bir araç olarak R- İÜÖ, çiftlerin psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek ve doğurganlık sorunlarına uyumu ile ilgili görüşmek için uygundur (12). Bu ölçek altılı likert tipli, 1 (güçlü bir şekilde katılmıyorum) ile 6 (güçlü bir şekilde katılıyorum) arasında derecelendirmesi olan, iki alt boyutlu, 11 maddelik bir ölçektir. Maddelerden 3,5,6,13,16,17,18 Faktör 1 yani Zihinsel Özgürlük alt boyutu; 9,10,11,12 Faktör 2 Koşulları kabul etme alt boyutunu içermektedir. Maddeler pozitif ve negatif anlatım açısından cevapları etkilememek için dengelenmiştir. Pozitif maddeler (9,10,12. maddeler)

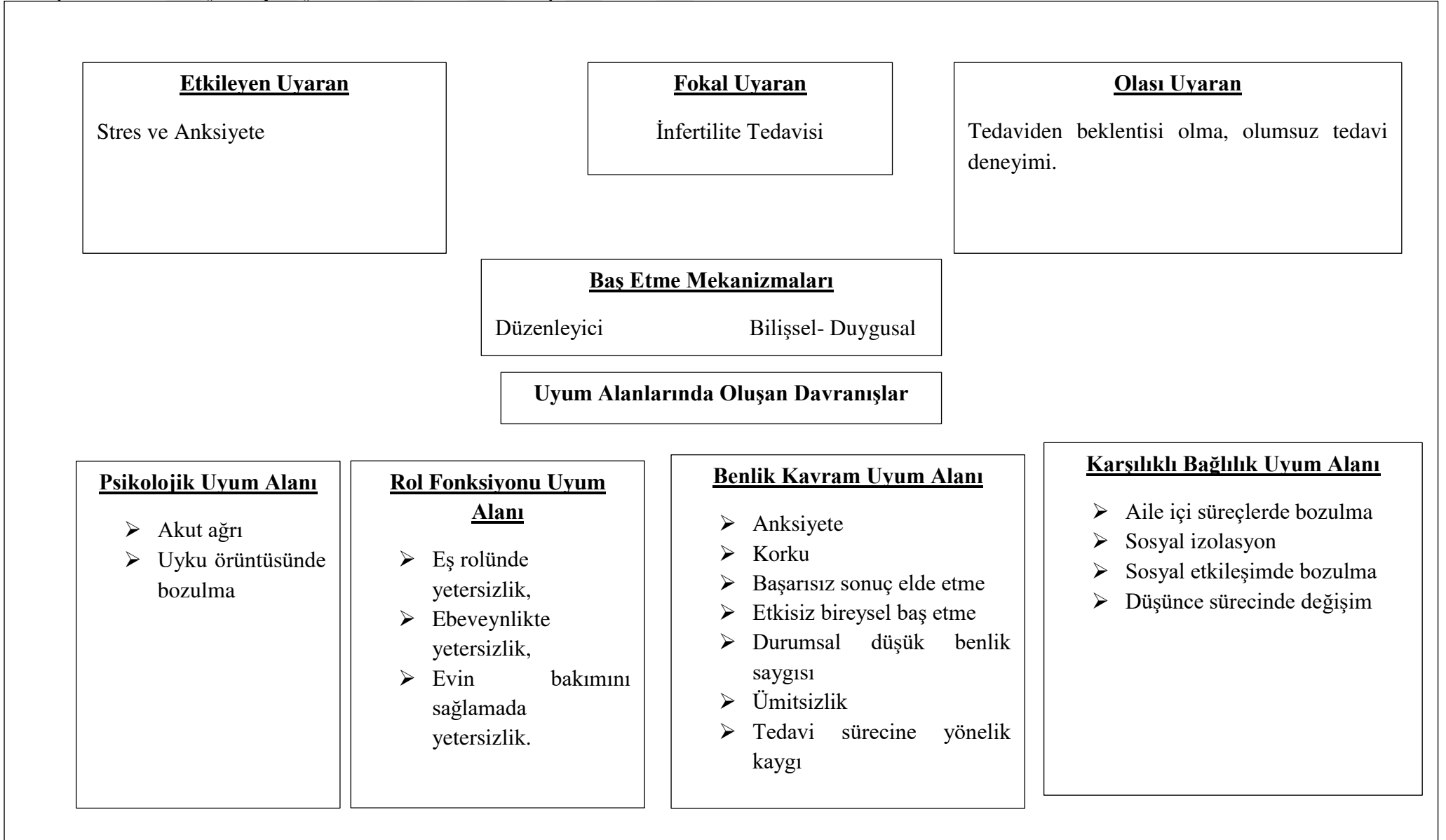
ters skorludur. Toplam puan bireysel maddeler üzerinden puanlanarak elde edilir. Yüksek R-İÜÖ, her iki alt boyut içinde yetersiz uyumun göstergesi olarak düşünülür. Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayısı α .83 olarak saptanmıştır (12). Kazemi'den ölçeğin Türkçe uyarlaması için gerekli izin, e-mail yolu ile alınmıştır. Bizim çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0.968 olarak bulundu.

3.5.5.Eğitim Materyali

İnfertilite tedavi sürecindeki kadınlar için eğitim kitapçığının hazırlanmasında öncelikli olarak kadınların yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldı. Eğitim kapsamında sistemli ve bütüncül bakım sunabilmek için “Roy Adaptasyon Modeli” doğrultusunda eğitim içeriği belirlendi. Roy Adaptasyon Modeli dört temel uyum alanından oluşmaktadır (3, 62,63,129,130,131).

İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların karşılaştıkları güçlüklerle yönelik hemşirelik tanıları, Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilmiştir (Şekil 3.5.5.1).

Şekil 3.5.5.1. Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Tanıları



Roy Adaptasyon Modeli' nin uyum alanları kapsamında verilen eğitimin içeriği aşağıdaki gibidir;

- **Fizyolojik Uyum Alanı;** İnfertilite süreci (infertilitenin tanımı, görülme sıklığı, etkileyen faktörler, tanı testleri, İVF tedavi aşamaları), ağrı ile baş etme yöntemleri, stres ve baş etme yöntemleri, düzenli beslenme ve uyku hakkında bilgi verildi.
- **Rol Fonksiyonu Uyum Alanı;** Değişen rol ve sorumluluklar, ebeveynlikte yetersizlik, eş rolünde yetersizlik, konusunda duygu ve düşüncelerin paylaşımı sağlanmış ve bu konu hakkında bilgi verildi.
- **Benlik Kavramı Uyum Alanı;** Anksiyete, korku, yetersizlik, kaygı, stres yönetimine yönelik nefes egzersizleri öğretildi ve uygulatıldı.
- **Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı;** Aile süreçlerinde bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, iletişim, problem çözme, sosyal destekten yararlanma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istendi ve bununla ilgili bilgilendirilme yapıldı.

Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş eğitimlerin etkinliğini artırmak için kitapçık hazırlandı. Hazırlanan kitapçık verilen eğitim programında rehber olarak kullanıldı (EK.8).

Kitapçık kullanım öncesinde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, infertilite hemşiresi ve infertilite uzman hekimi olmak üzere, uzman görüşleri alındı. Öneriler doğrultusunda revizyon gerçekleştirilerek eğitim kitapçıklarına son şekli verildi.

3.5.6.Girişim ve Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Girişim Grubu

Uygulama Prosedürü

Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran kadınlara, tedavi için tüp bebek merkezine geldikleri gün, çalışma hakkında bilgi verildi ve aydınlatılmış onamları alındı. Kişisel Bilgi Formu, R-İÜÖ, SBÇTÖ, STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2 uygulandı. Kadınlara araştırmacının iletişim bilgileri verildi.

Uygulanacak tedaviyle eş zamanlı olarak görüşme planı oluşturuldu. Girişim grubundaki kadınlara tedavi içeriğine bağlı olarak IUI, OPU ve/veya ET gününe kadar yaklaşık 15-20 günlük bir süre içerisinde tedavi merkezine gelecekleri günlerde planlı dört görüşme yapılacağı iletildi.

Aşağıda görüldüğü şekilde, dört kez olmak üzere görüşmeler yapıldı.

İlk Karşılaşma **1. 2. 3. 4.** **(G12)IUI*** (G16)OPU* (G18) ET****

G:Gün *OPU: oosit pick up **ET: embriyo transferi ***IUI: İntrauterin inseminasyon

Birinci İzlem

Oturumun amacı: İnfertilite ve tedavi süreci hakkında kadının detaylı bilgi sahibi olmasının sağlanması.

- ✓ Kadını karşılama.
- ✓ İnfertilite ve tedavi süreci anlatılır.
- ✓ Kadının infertiliteye bağlı yaşamış olduğu duygu ve düşüncelerini ifade etmesi istenir.
- ✓ İnfertiliteye yönelik deneyimlerini paylaşması sağlanır.
- ✓ İkinci izlemin günü ve saati belirlenir.

İkinci İzlem

Oturumun amacı: Yardımcı üreme teknikleri hakkında kadına bilgi vermek.

- ✓ Kadın karşılanır.
- ✓ Yardımcı Üreme Teknikleri anlatılır.
- ✓ Kadının oturumu özetlemesi ve sormak istedikleri sorular cevaplandırılır.
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati planlanır.

Üçüncü İzlem

Oturumun amacı: Stres ve stresle baş etme yöntemlerinden bedene yönelik baş etme yöntemleri ve maneviyatla baş etme yöntemleri anlatılarak kadının duygusal kapasitesini arttırmak.

- ✓ Kadın karşılanır.
- ✓ Stres nedir ve Stresle baş etmede kullanılan bedene yönelik yöntemler ve maneviyatla baş etme yöntemleri anlatılır.
- ✓ Yaşadığı stresle baş etmeye yönelik gevşeme, nefes teknikleri uygulamalı olarak yaptırılır.
- ✓ Kadının bu konu ile ilgili düşünceleri alınır.
- ✓ Baş etme yöntemlerini yaşantısında uygulaması istenir.
- ✓ Bir sonraki oturumun günü ve saati planlanır.

Dördüncü İzlem

Oturumun amacı: Stresle baş etme yöntemlerinden zihne yönelik baş etme yöntemleri ve duygusal yolla baş etme yöntemleri anlatılarak kadının iyilik halini arttırmak.

- ✓ Kadın karşılanır.
- ✓ Stresle baş etmeye yöntemlerinden zihne yönelik baş etme yöntemleri ve duygusal yolla baş etme yöntemleri anlatılır.
- ✓ Baş etme yöntemleri uygulamadan önce ve uygulamadan sonra sorgulanır.
- ✓ Kadının oturumu özetlemesi istenir.
- ✓ Kadına teşekkür edilir,

Son Değerlendirme:

- ✓ Son değerlendirme için eğitim bitiminden üç ay sonra kadınlardan R-İÜÖ, SBÇTÖ, STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2 formlarını doldurmaları istendi.

Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler

Kontrol grubuna, araştırma çerçevesinde uygulama yapılmadı. Kontrol grubundaki kadınlara standart hemşirelik bakımını uygulandı. Kadınlarla tedavi için tüp bebek merkezine geldikleri gün tanışıldı, çalışma anlatıldı, aydınlatılmış onamları alındı ve Kişisel Bilgi Formu, R-İÜÖ, SBÇTÖ, STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2 uygulandı, görüşme planı yapıldı. Bu plana göre 3 ay sonra aynı ölçeklerin son kez uygulanacağı, daha sonra eğitim verileceği bilgisi paylaşıldı.

3.6.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezi;

Araştırma, Gaziantep Özel Nova fertil Tüp Bebek Merkezinde yürütüldü. Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezinde iki hemşire, bir klinik embriyolog, bir anestezi ve reanimasyon uzmanı, iki üroloji uzmanı, üç biyolog, üç hasta hizmetleri, iki kadın doğum ve tüp bebek uzmanı doktor çalışmaktadır. Ünitelerde çalışan psikolog bulunmamaktadır.

3.7.Araştırmanın Uygulanması

Tablo 3.7.1.Araştırmanın Zaman Çizelgesi

1	Araştırmanın konusunun belirlenmesi, alan yazım taraması.	Temmuz 2020-Ocak 2021
2	Ölçeğin kullanım izni, etik kurul ve kurum izinlerinin alınması.	Ocak -Mayıs 2021
3	Çalışmanın 1. aşaması için ön çalışmanın yapılması.	Mayıs-Haziran 2021
4	Çalışmanın 1. aşamasının uygulanması.	Haziran-Eylül 2021
5	Verilerin girilmesi ve analizlerin yapılması.	Eylül 2021
6	Çalışmanın 2. aşaması için ön çalışmanın yapılması.	Eylül-Ekim 2021
7	Çalışmanın 2. aşamasının uygulanması.	Ekim 2021- Mart 2022
8	Verilerin girilmesi ve analizlerin yapılması.	Mart-Nisan 2022
9	Araştırma raporunun yazılması.	Nisan-Mayıs2022
10	Tez sunumu.	Haziran 2022

Araştırmanın Birinci Aşaması

Geçerlilik için; Dil uyarlaması, Kapsam geçerliliği (uzman görüşü), yapı geçerliliği (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi Doğrulayıcı faktör analizi), kullanıldı.

Dil Uyarlaması; R-İÜÖ dil uyarlaması; çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. İlk önce ileri düzeyde İngilizce dil seviyesinde olan iki uzman tarafından birlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevrildi ve Türkçe form incelendi. Türkçe formun İngilizce'ye tekrar geri çevirisi yine farklı iki uzman tarafından yapıldı. Yapılan çeviriler ölçeğin orijinal formu ile değerlendirilerek karşılaştırıldı. Yapılan çeviri-geri çeviri sonucunda gereken düzenlemeler yapıldı. Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezine başvuran 20 hasta ile ön uygulama yapıldı. Yapılan ön uygulamayı sonucunda hastalardan alınan geri dönütler kapsamında ölçek maddelerinde anlaşılmayan bir ifade olmadığı saptandı.

Kapsam Geçerliliği; Çevirisi gerçekleştirilen R-İÜÖ kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmesi amacıyla; Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman 10 öğretim üyesine, 1 tane Ruh sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi ve 1 tane Halk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesine gönderildi. Gönderilen ölçek ve uzman değerlendirme formu aracılığı ile uzmanlardan konuya uygunluğu ve maddelerin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi istendi. Uzmanlar her bir maddeye 1-4 arasında değişen puan verilerek ölçek maddelerini değerlendirmeleri istendi. Uzmanlar her bir maddeye 1-4 arasında değişen (1 puan: uygun değildir, 2 puan: maddenin uygun biçime getirilmesi gerekmektedir, 3 puan: uygun ancak küçük değişiklikler gerekmektedir, 4 puan: çok uygun şeklindedir) puan verilerek ölçek maddelerinin amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri sağlandı. Content Validity Index (CVI) testi ile uzmanlar arası görüş farklılığı olup olmadığı analiz edildi.

Yapı Geçerliliği; Ölçeğin yapı geçerliliği, açıklayıcı (Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) ve Barlett testi), doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) teknikleri kullanılarak değerlendirildi.

Açıklayıcı Faktör Analizi;

Örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla KMO, örneklemin normal dağılım gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi için Barlett's testi kullanıldı.

Doğrulayıcı Faktör Analizi;

Toplam 280 kişi ile görüşülerek DFA gerçekleştirildi.

Güvenilirlik için; güvenilirlik analizi için iç tutarlılık (Cronbach alfa, yarıya bölme) ve kararlılık (zamana karşı değişmezlik; test re test) yöntemleri ile değerlendirildi.

İç Tutarlılık;

-Cronbach alfa yöntemi

Cronbach alfa yöntemi DFA'nın uygulandığı 280 kişilik örneklemden infertil kadınlara uygulandı.

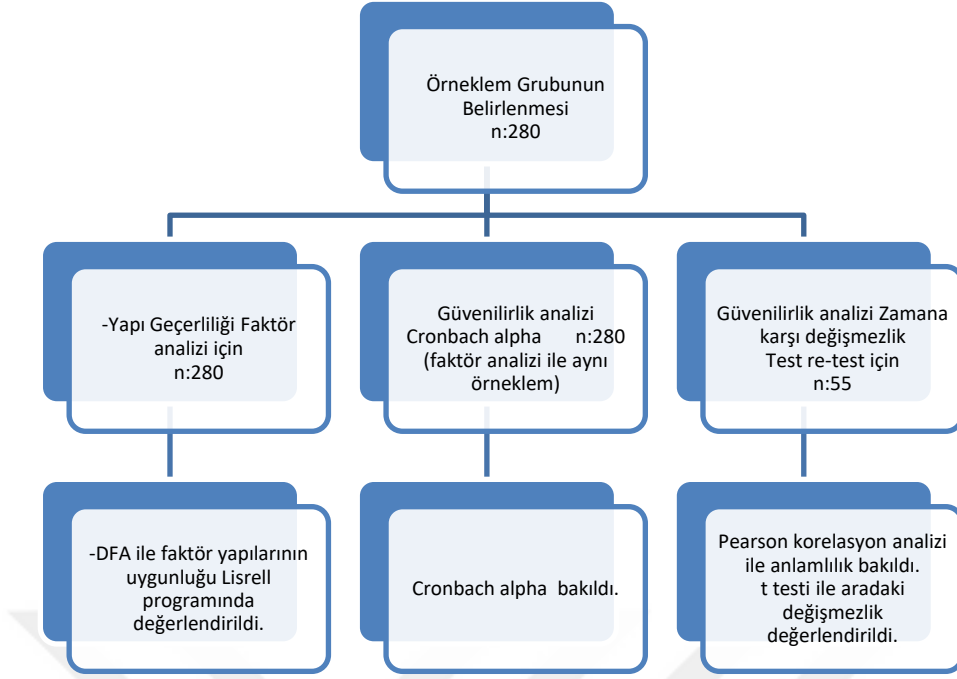
Kararlılık (Zamana karşı değişmezlik);

-Test re test

Zamana karşı değişmezliğin belirlenmesinde R-İÜÖ test re- test uygulaması için 55 kişilik bir örneklem grubu ile çalışıldı. İlk uygulama sonrası 15 günlük bir ara verilip ondan sonra katılımcıya ölçek soruları tekrar soruldu.

3.7.1. R-İÜÖ Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Analizleri

Testler	Sonuçları
Geçerlilik	
Dil Uyarlaması	Dil geçerliği çeviri-geri çeviri tekniği kullanıldı. Alanında uzman iki kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çeviri yapıldı. Daha sonra alanında uzman farklı iki kişi tarafından Türkçeden İngilizceye çevirisi yapıldı. Her iki çeviride benzer çıktı.
Kapsam Geçerliliği	Content Validity Index (CVI) testi ile uzmanların görüş birliğinde olduğu belirlendi ($p>0.05$).
Yapı Geçerliliği(n:280)	KMO: 0.948 χ^2 : 3566.966 p: 0.000 Doğrulayıcı faktör analizi; 11 maddelik tek faktörlü yapı, maddelerin faktör yük değerlerinin 0,69–0,79 arasında değiştiği ve DFA uyum indeksleri (NFI : 0,98, NNFI :0.98, CFI: 0.98, GFI:0.98, AGFI:0.83, RMR: 0.079, RMSEA: 0.083, SRMR:0.036, X2/df: 4,560)
Güvenilirlik	
İç tutarlılık	Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0.968
Zamana karşı değişmezlik Test re-test(n:55)	Zamana karşı değişmezlik için test re-test sonuçları pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p>0.05$).



Şekil 3.7.1. R-FAS Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için akış şeması.

Araştırmanın İkinci Aşaması

Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kadınlara Roy adaptasyon modeline temellendirilmiş eğitim programı uygulandı. Eğitim kadınların infertilite tedavi planı zamanlamasına uygun olarak bireysel ve küçük gruplar şeklinde görüşmeler yürütüldü.

Uygulama Prosedürü

Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezi'ne gelen kadınlara, tedaviye başladıkları gün iletişime geçilerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi, aydınlatılmış onamları alınarak araştırmaya dahil edildiler. Kişisel bilgi formu ve ön testler (R-İÜÖ, SBÇTÖ, STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) uygulandı. Kadınlara araştırmacının iletişim bilgileri verildi. Araştırmacının her zaman ulaşılabilir olduğu bildirildi. Uygulanacak tedaviyle eş zamanlı olarak eğitim planı oluşturuldu. Girişim grubundaki kadınlara tedavi içeriğine uygun şekilde IUI, OPU ve/veya ET gününe kadar yaklaşık 15-20 gün süren bir zaman dilimi içerisinde tedavi merkezine gelecekleri günlerde dört planlı görüşme yapılacağı

iletildi ve onamları alındı. Aşağıdaki görüldüğü şekilde, dört kez olmak üzere görüşmeler yapıldı.

İlk Karşılaşma 1. 2. 3. 4. (G12) IUI*** (G16) OPU* (G18) ET**

+ G:Gün *OPU: oosit pick up **ET: embriyo transferi ***IUI: Intrauterin inseminasyon

İlk karşılaşılan gün itibariyle IUI uygulanıncaya kadar olan 12 günlük süreç içerisindeki uygun günlerde dört planlı görüşme yapıldı.

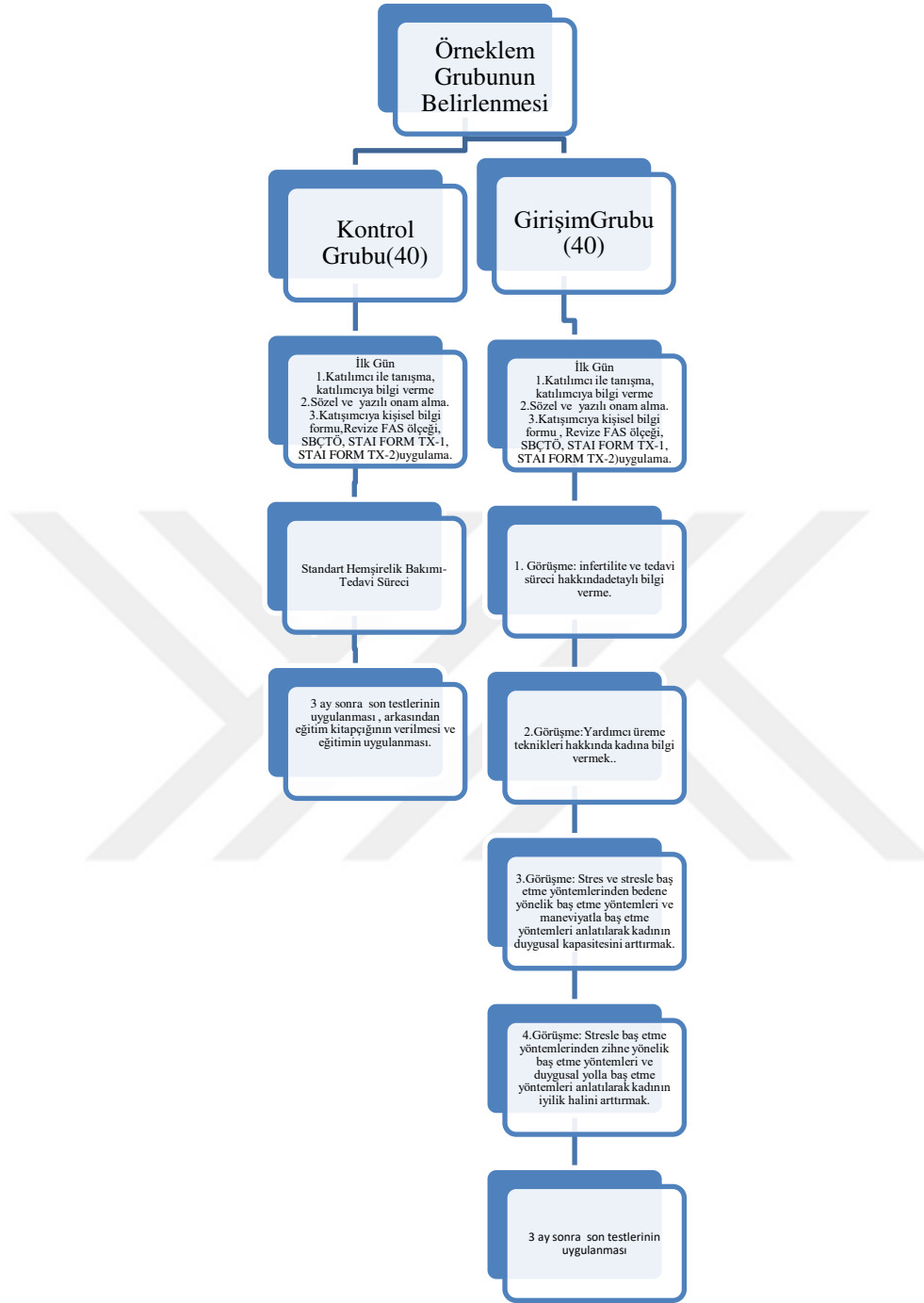
Eğitimin Uygulandığı Yer ve Uygulama Süresi

Görüşmeler Gaziantep Özel Nova Fertil Tüp Bebek Merkezin’de daha önceden hazırlanmış uygun bir muayene odasında yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı. Bu oda görüşmeler için düzenlendi. Araştırmacının kullanacağı masa, kadınlara verilecek eğitim kitapçıkları ve uygulanacak anketler için bir komodin ayarlandı. Masa görüşmelerin daha rahat yapılabilmesi için odaya uygun şekilde yerleştirildi. Görüşmelerin etkin olabilmesi için, görüşmenin yapıldığı odanın kapısına uyarıcı levha konuldu. Görüşme masasında mendil bulunduruldu. Odada bir lavabo da mevcuttu. Eğitim sürecinde infertilite ile ilgili yaşananlar, buna bağlı duygusal boşalım ve ağlama sonucunda kadınların odada bulunan lavaboyu kullanmaları söylenerek rahatlamaları sağlandı.

Girişim grubundaki infertil kadınlarla Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim programı için dört görüşme bireysel ve küçük gruplar halinde gerçekleştirildi. Görüşme süreleri yaklaşık 45-60 dk sürdü. Eğitimden 3 ay sonra son testler uygulandı.

Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler

Kontrol grubuna, araştırma aşamasında uygulanma yapılmadı. Kontrol grubundaki kadınlara standart hemşirelik bakımını uygulandı. Kadınlarla tedaviye başladıklarında iletişime geçilerek uygulama hakkında bilgi verildi ve aydınlatılmış onamları alındı, kişisel bilgi formu ve ön testler (R-İÜÖ, SBÇTÖ, STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) uygulandı. Görüşme planı yapıldı. Bu plana göre 3 ay sonra aynı ölçeklerin son kez uygulanacağı bilgisi verildi. Daha sonra son testler uygulandıktan sonra isteyen kadınlara Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim programı gerçekleştirildi ve eğitim kitapçıkları verildi.



Şekil 3.7.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi adlı çalışma örneklem grubunun belirlenmesi ve yapılan uygulamalar.

3.8.Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırma verilerinin istatistik analizleri SPSS 24.0 paket programı ve LISREL 8.7 programları kullanılarak bilgisayarda değerlendirildi. Ölçeğin uyarlanması aşamasında KMO (Kaiser-Meyer Olkin) Örneklem Yeterliği analizi, Barlett's Test of Sphericity Örneklem Büyüklüğü Testi, Açıklayıcı faktör analizi olarak (exploratory factor analysis) Principal Component (Temel Bileşenler), Cronbach Alfa katsayısı ve bireylerin tanıtıcı özelliklerinde yüzdeler kullanıldı. İkinci aşamadaki veriler ki kare, bağımlı Gruplarda t testi ve korelasyon analizi, kullanılarak değerlendirildi. Tüm sonuçların güven aralığı % 95 anlamlılık ($p < 0.05 / 0.01$) düzeyinde değerlendirildi.



4.BULGULAR

Torabi ve arkadaşları tarafından, 2019 yılında revize edilen İnfertilite Uyum Ölçeğinin (R-İÜÖ), Türkçeye uyarlanarak Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma bulguları aşağıda iki ana başlık şeklinde sunulmuştur.

1. R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Bulguları
2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Bulgular

4.1.R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Bulguları

4.1.1.R-İÜÖ Geçerlilik Çalışması

Çalışmada R-İÜÖ'nin geçerlilik çalışmasında kapsam ve yapı geçerliliğine başvuruldu.

Kapsam Geçerliliği

Uzman görüşleri içeriğinde yapılan kapsam geçerliğinde Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Değerlendirme için görüşüne başvurulmuş uzmanlar ölçekte yer alan her maddeyi;

1. Uygun değil.
2. Biraz uygun/ifadenin revizyonu gerekir.
3. Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir.
4. Çok uygun şeklinde değerlendirmiştir.

Tablo 4.1.1.1.Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

UZMAN NO/ MADDE NO	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
1.	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4
2.	3	3	2	4	4	4	2	2	3	3	3
3.	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4
4.	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3
5.	4	3	3	4	1	4	4	4	4	4	4
6.	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4
7.	3	3	2	4	4	4	2	3	3	3	4
8.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9.	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4
10.	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3
11.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Nu	11	12	9	12	11	12	10	10	11	12	12
KGO (CVR)	0,8333	1	0,5	1	0,8333	1	0,6667	0,6667	0,8333	1	1

CVI değerinin 0.80 veya üzerinde olması ölçeğin kapsam geçerliğinin kabul edilebilmesi için gerekli kriterdir. Yapılan değerlendirme sonucunda CVI değeri 0.8484 bulundu. Bu sonuç ölçeğin kapsam geçerliğinin olduğunu gösterdi. Uzmanların görüşleri doğrultusunda uygun görülmeyen maddelerde gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğin son hali elde edildi.

Yapı Geçerliliği

İlk önce örneklemin yeterliliğine belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) analizi kullanıldı. Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu saptamak amacıyla “Barlett’s Test of Sphericity” analizi uygulandı. Daha sonra faktör analizi yapılarak ölçeğin faktör yapısı incelendi.

Tablo 4.1.1.2. R-İnfertilite Uyum Ölçeğine Ait KMO ve Barlett Analizi Sonucu

KMO		0,948
Bartlett	Ki-kare Değeri (χ^2)	3566,966
	Serbestlik Derecesi (df)	55
	Anlamlılık Değeri (p)	0,000

Tablo 4.1.1.2.'te KMO değerinin ,60'tan büyük ve Barlett küresellik testi istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı bulunduğundan ($p<0.01$), araştırma sonucu elde edilen örneklem sayısının faktör analizine uygun olduğu ve elde edilen veriler incelendiğinde, verilerin istatistiksel olarak çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (132).

Tablo 4.1.1.3.Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıcı Özellikleri

Özellikler	Grup	n	(%)
Eğitim Durumu	Okuryazar	16	5,7
	İlköğretim	140	50,0
	Lise	57	20,4
	Ön lisans	17	6,1
	Lisans ve üstü	50	17,9
Yaş	20-25 yaş	59	21,1
	26-31 yaş	100	35,7
	32-38 yaş	77	27,5
	39 yaş ve üzeri	44	15,7
Meslek	Ev hanımı	241	86,1
	Memur	20	7,1
	Diğer	19	6,8
Aile Yapısı	Çekirdek aile	280	100,0
Geleneksel Aile Planlaması Yöntemini Kullanma	Hayır	280	100,0
Daha Önce Yardımcı Üreme Tekniği ile Tedavi	Evet	176	62,9

Girişimi Olması	Hayır	104	37,1
Çocuk Sahibi Olamama Süresi	1-2 yıl	39	13,9
	3-5 yıl	87	31,1
	6-10 yıl	92	32,9
	11 yıl ve üstü	62	22,1
İnfertilite Tedavisi Görme Müddeti	1-2 yıl	67	23,9
	3-5 yıl	86	30,7
	6-10 yıl	74	26,4
	11 yıl ve üstü	53	18,9
Sosyal Güvence	Yok	180	64,3
	Var	100	35,7
Tedavi Masraflarını Karşıl原因 Kişi	Kendisi	280	100,0
Gelir Seviyesi	Gelir gidere eşit	195	69,6
	Gelir giderden fazla	85	30,4
Kronik Hastalık Olması	Evet	28	10,0
	Hayır	252	90,0
Uzun Süreli Bireysel ya da Evlilik Danışmanlığı Alma	Hayır	280	100,0
Sigara/Alkol/Madde Kullanımı	Yok	261	93,2
	Var	19	6,8
	Toplam	280	100,0

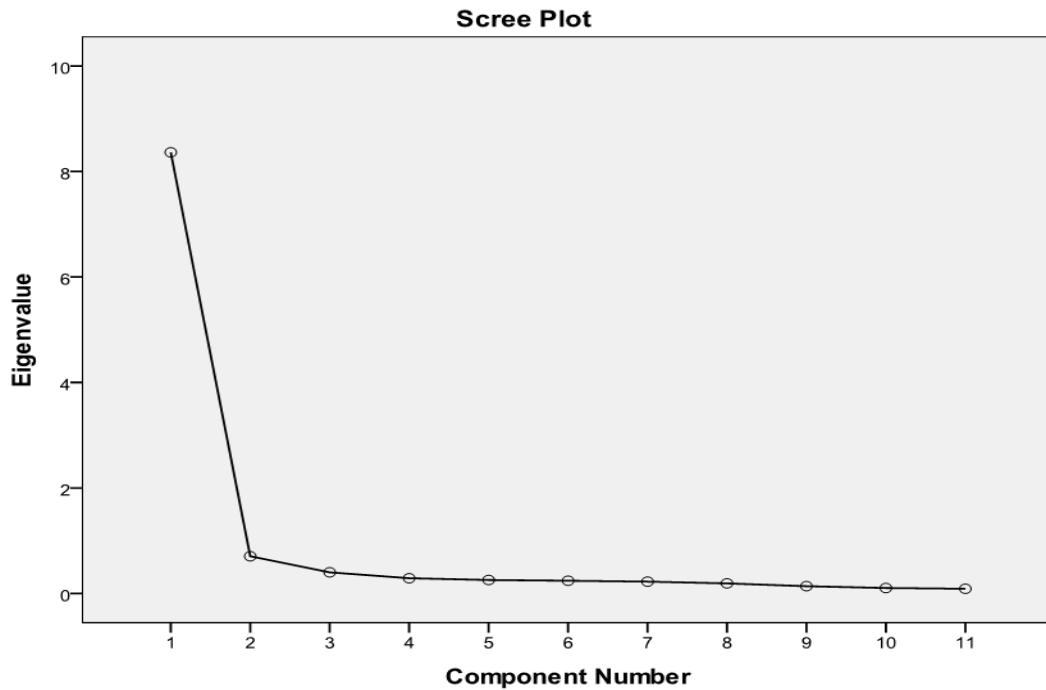
Tablo 4.1.1.3. incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin; %5,7'sinin okuryazar, %50,0'mın ilköğretim, %20,4'ünün lise, %6,1'inin ön lisans, %17,9'unun lisans ve üzeri mezunu olduğu, %21,1'inin 20-25 yaş, %35,7'sinin 26-31 yaş, %27,5'inin 32-38 yaş ve %15,7'sinin 39 yaş ve üzeri olduğu, %86,1'inin çalışmadığı belirlendi. Katılımcıların tamamının çekirdek aileye sahip olduğu ve yine tamamının geleneksel aile planlama yöntemi kullanmadığı belirlendi. Katılımcıların %62,9'unun daha önce yardımcı üreme tekniği ile bir tedavi girişimi olduğu, %45,0'i 5 yıldan az, %32,9'unun 6-10 yıl ve %22,1'inin 11 yıl ve üzeri süredir çocuk sahibi olamadığı belirlendi. Katılımcıların %54,7'sinin 5 yıldan az, %26,4'ünün 6-10 yıl ve %18,9'unun 11 yıl ve üstü süredir infertilite tedavisi gördüğü,

%64,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, tamamının tedavi masraflarını kendisinin karşıladığı, %69,6'sının gelirinin giderine eşit, %30,4'ünün gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi. Katılımcıların %10,0'ının kronik hastalığı olduğu, tamamının uzun süreli bireysel ya da evlilik danışmanlığı almadığı, %93,2'sinin sigara/alkol/madde kullanmadığı belirlendi.

Tablo 4.1.1.4.R-İnfertilite Uyum Ölçeğinin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Faktörler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	8,364	76,036	76,036	8,364	76,036	76,036

Tablo 4.1.1.4. incelendiğinde revize infertilite uyum ölçeğinin öz değerleri tek faktörlü bir yapıda olduğu saptanmıştır. Bu tek faktör ölçeğin %76,036'sını ifade etmektedir. İfade edilen varyans değerinin %40-60 olması yeterli görülmektedir (133). Faktör yapısına daha doğru karar verebilmek için çizgi yamaç (Screeplot test grafiği) grafiği incelenmiş ve Şekil 4.1.1.4.'de çizgi yamaç grafiğine yer verilmiştir.



Şekil 4.1.1.4.R- İnfertilite Uyum Ölçeğine İlişkin Yamaç Grafiği

Şekil 4.1.1.4. kırılmanın ilk boyuttan sonra oluştuğu bunun sonucunda ilk boyuttan sonra eğimin diğer faktörler için durağanlaştığı belirlendi.

Tablo 4.1.1.5. R-İnfertilite Uyum Ölçek Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktör 1
Çocuk sahibi olup olamayacağımı kesin olarak öğrenene kadar gelecek için plan yapamam	0,881
Hayatta her şeyden çok kendi çocuğumun olmasını istiyorum	0,850
Çocuksuz bir yaşam olasılığına karşı planlar yaptım	0,825
Çocuksuz bir yaşama uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum	0,915
Normal şekilde günlük yaşamımı devam ettirmekteyim	0,870
Çocuksuz bir gelecek hayal edemiyorum	0,891
Bence hayat çocuklu veya çocuksuz yaşamaya değer	0,876
Her ay ben/eşim hamile kalmayı bekliyoruz	0,841
Çocuk sahibi olmadığımı düşünmek mutlu anlardan zevk almama engel oluyor	0,883
Çocuk sahibi olamamam başka konuları düşünmeme engel oluyor	0,869
Sürekli neden diğer insanlar gibi ebeveyn olmadığımı merak ediyorum	0,886

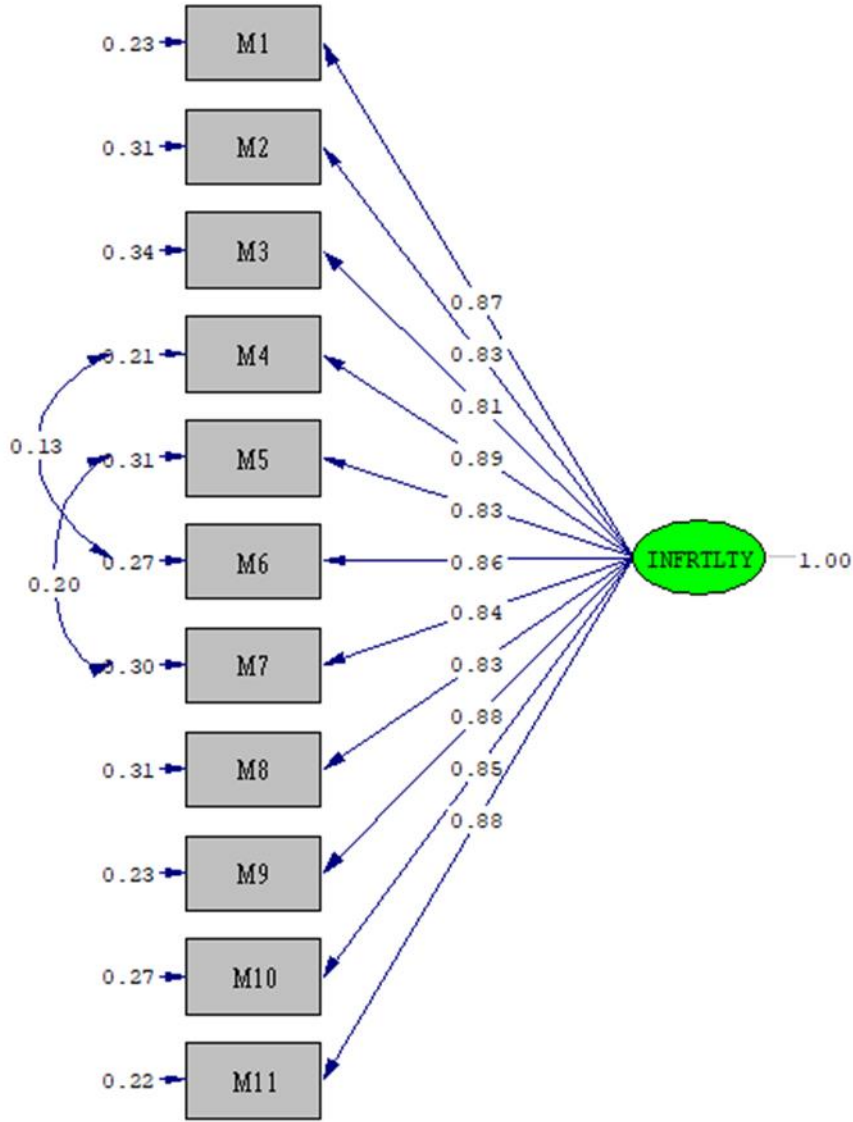
Ölçekte bir maddenin kalmasına karar vermek için faktör yükünün 0,45'in üzerinde bir değerde olması ölçütü kullanılmıştır (134). Faktör yük değerinin 0,841-0,915 arasında değiştiği belirlendi.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 4.1.1.6. Ölçeğe Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R², Hata ve T Değerleri

Faktör	Madde No	Standardize edilmiş Faktör Yüğü	R ²	Hata	t
R-İnfertility Uyum	M1	0,87	0,77	0,23	18,43
	M2	0,83	0,69	0,31	16,96
	M3	0,81	0,66	0,34	16,47
	M4	0,89	0,79	0,21	18,83
	M5	0,83	0,69	0,31	16,97
	M6	0,86	0,73	0,27	17,80
	M7	0,84	0,70	0,30	17,23
	M8	0,84	0,69	0,31	16,96
	M9	0,88	0,77	0,23	18,58
	M10	0,85	0,73	0,27	17,66
	M11	0,88	0,78	0,22	17,78
**p<0.01					

DFA sonucu ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0,69–0,79 arasında olduğu saptandığından bu değerler kabul edilebilir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzey ifadesi olan t değeri ise $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulundu ve bütün değerlerin 2,58’den büyük olduğu görüldü.



Chi-Square=186.97, df=41, P-value=0.00000, RMSEA=0.083

Şekil 4.1.1.6. R-İnfertilite Uyum Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Yukarıdaki Şekil 4.1.1.6. incelendiğinde, ölçeğe ait DFA sonucu, ilk aşamada uyum kriterlerinin istenilen düzeyde olmaması sebebiyle maddeler arasında modifikasyon yapılımasına ihtiyaç duyulmuştur. M4 - M6 ve M5 - M7 maddeleri arasında modifikasyon yapılmıştır.

Doğrulamalı faktör analizi modelinin kabul edilmesine karar verebilmek için uyum kriterlerine bakılmaktadır. Schermelleh-Engel ve Moosbrugger göre kabul edilebilir ve mükemmel uyum kriterleri aşağıdaki Tablo 4.1.1.6'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1.7. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$
RMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$

Tablo 4.1.1.8. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği(R-İÜÖ) Uyum Kriterleri Bulguları

Modifikasyon	X^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
Öncesi	13,45 2	0,000	0,119	0,97	0,89	0,80	0,96	0,96	0,092	0,047
Sonrası	4,560	0,000	0,083	0,98	0,98	0,83	0,98	0,98	0,079	0,036

Ölçeğin kabulü için uyum iyiliği kriterlerinin kabul edilebilir sınırlarda olması gerekmektedir. DFA sonucu uyum kriter değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri X^2 'nin df değerine oranı 4,560 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde, RMSEA değeri 0,083 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu belirlendi. CFI 0,98 ile mükemmel, GFI 0,98 ile mükemmel, AGFI 0,83 ile kabul edilebilir uyum, NNFI 0,98 ile mükemmel, NFI 0,98 ile mükemmel, RMR 0,079 ile kabul edilebilir ve SRMR 0,036 ile mükemmel uyumda olduğu belirlendi. Bu sonuçlar çerçevesinde açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlendi.

4.1.2. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ)'nin Güvenilirlik Çalışması

Revize İnfertilite Uyum Ölçeği'ne ait madde analizi sonuçları Tablo 4.1.2.1'de verilmiştir. Ölçek maddelerinin birbirleri ile ilişkisinin 0,30'un altında olmamasının yeterli olduğu bilinmektedir (134).

İç Tutarlılık

Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ)'nin Madde Analizi

Ölçek uyarlamalarında madde analizi ölçekte yer alan maddenin, hangi maddelerle, neden ve ne derece bir araya geldiğini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Madde analizi madde-toplam puan korelasyonu ile yapılmaktadır ve Pearson Momentler çarpımı katsayısı elde edilmektedir.

Tablo 4.1.2.1. R-İnfertilite Uyum Ölçeğine İlişkin Madde İstatistikleri

Madde No	Madde Silme Ölçek Ortalaması	Madde Silme Ölçek Varyansı	Madde-Ölçek İlişkisi	Madde Silme Güvenirlik Değeri
1	37,357	167,098	0,854	0,965
2	37,371	169,001	0,820	0,966
3	37,621	173,555	0,790	0,967
4	37,368	166,814	0,892	0,964
5	37,321	169,860	0,838	0,965
6	37,314	167,628	0,864	0,965
7	37,346	171,546	0,846	0,965
8	37,368	168,735	0,810	0,966
9	37,400	168,284	0,857	0,965
10	37,439	169,093	0,841	0,965
11	37,343	167,724	0,860	0,965
Cronbach's Alpha = 0,968				

Tablo 4.1.2.1. incelendiğinde, ölçekteki yeni madde yapısına göre bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisi 0,30'un altında olmadığı için ölçekten madde çıkarımına gerek kalmamıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını için Cronbach's Alpha güvenirlik analizi yapıldı ve ölçeğin güvenirlik düzeyinin 0,968 olup yüksek düzeyde olduğu belirlendi (C.Alpha = 0,968).

Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İUÖ)'nin Ayırt Ediciliği

Tablo4.1.2.2. Maddelerin ayırt ediciliğinin %27'lik alt ve üst gruplara göre test edilmesi

Maddeler	t	p
Çocuk sahibi olup olamayacağımı kesin olarak öğrenene kadar gelecek için plan yapamam	-37,421	0,000**
Hayatta her şeyden çok kendi çocuğumun olmasını istiyorum	-23,539	0,000**
Çocuksuz bir yaşam olasılığına karşın planlar yaptım	-22,864	0,000**
Çocuksuz bir yaşama uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum	-29,804	0,000**
Normal şekilde günlük yaşamımı devam ettirmekteyim	-29,914	0,000**
Çocuksuz bir gelecek hayal edemiyorum	-28,414	0,000**
Bence hayat çocuklu veya çocuksuz yaşamaya değer	-31,887	0,000**
Her ay ben/eşim hamile kalmayı bekliyoruz	-24,974	0,000**
Çocuk sahibi olamadığımı düşünmek mutlu anlardan zevk almama engel oluyor	-29,678	0,000**
Çocuk sahibi olamamam başka konuları düşünmeme engel oluyor	-28,493	0,000**
Sürekli neden diğer insanlar gibi ebeveyn olamadığımı merak ediyorum	-28,782	0,000**

**p<0.01

Tablo 4.1.2.2. incelendiğinde Alt-Üst % 27'lik gruplar arası puan ortalamaları bakımından ortaya çıkan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.01$). Bu sonuçlar, ölçek maddelerinin ayırt edici olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1.2.3. Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ)'ne Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri

Faktörler	Cronbach's Alpha	AVE	CR
R-İÜÖ	0,968	0,73	0,96

Ölçüm modelinin güvenilirliği, ortalama açıklanan varyans (AVE) ve birleşik güvenilirlik (CR) değerlerine bakılarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2.3.'deki CR değeri eşik değer olan 0.70'in üzerinde ve AVE değeri eşik değer olan 0.50'nin üzerinde olduğundan ölçüm modelinin güvenilirliği ve yakınsama geçerliliğinin sağlandığı belirlendi. Araştırma neticesinde ölçeğin güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. (Cronbach's alpha > 0.70).

Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ)'nin Ayırt Ediciliği Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Korelasyon

Zamana Karşı Değişmezlik

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini incelemek amacıyla Tüp Bebek Merkezine başvuran 55 infertil bireye 20 gün süre ile ön test ve son test uygulandı. Uygulanan Test tekrar test Pearson Momentler Çarpımı katsayısı ile hesaplanıp korelasyon değeri 0,940 bulundu. Bu açıdan iki ölçüm arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.001$).

Tablo 4.1.2.4. Test-tekrar test korelasyonu

	n	r	p
Ön Test	55		
Son Test	55	0,940	,000

Değerlendirilen bütün analizler doğrultusunda (R-İÜÖ) Revize İnfertilite Uyum ölçeğinin güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu infertilite uyum düzeyinin belirlenmesinde kullanılabileceğini ifade etmektedir.

4.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Bulgular

İnfertil bireylere yönelik Roy Adaptasyon Modeli temellendirilmiş eğitiminin infertilite uyum düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları, durumluk ve sürekli kaygı durumlarına etkisinin belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada, 40 kadından oluşan girişim ve 40 kadından oluşan kontrol grubu bulunmaktadır. Çalışmanın bulguları dört kısımda ele alınmıştır.

1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular
2. Kadınların Revize İnfertilite Uyum Ölçeği (R-İÜÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular.
3. Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.
4. Kadınların Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğine İlişkin Bulgular.

4.2.1.Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Karşılaştırılması

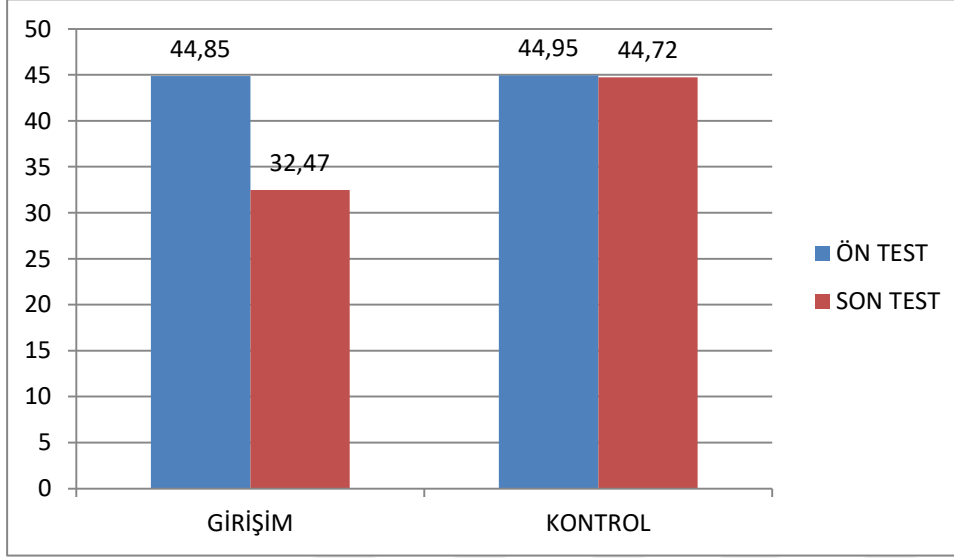
Özellikler		Grup				Toplam		X ² /P
		Girişim		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu	İlköğretim	22	55	21	52,5	43	53,75	X ² :0,082 p:0,994
	Lise	7	17,5	7	17,5	14	17,5	
	Ön lisans	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	Lisans ve üstü	8	20	9	22,5	17	21,25	
Yaş	20-25 yaş	6	15,0	10	25,0	16	20	X ² :6,572 p:0,037
	26-31 yaş	16	40,0	9	22,5	25	31,25	
	32 yaş ve üzeri	18	45,0	21	47,5	39	48,75	

Çalışma Durumu	Çalışmıyor	34	89,5	33	82,5	67	83,75	$\chi^2:0,949$
	Çalışıyor	6	10,6	7	17,5	13	16,25	p:0,330
Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma Durumu	Alan	24	60	27	67,5	51	63,75	$\chi^2:0,487$
	Almayan	16	40	13	32,5	29	36,25	p:0,485
Çocuk Sahibi Olamama Süresi	5yıldan az	15	37,5	19	47,5	34	42,5	$\chi^2:4,734$
	6-10 yıl	19	47,5	10	25	29	36,25	p:0,094
	11 yıl ve üstü	6	15	11	27,5	17	21,25	
İnfertilite Tedavisi Görme Süresi	5yıldan az	17	42,5	20	50	67	83,75	$\chi^2:4,175$
	6-10 yıl	17	42,5	9	22,5	26	32,5	p:0,124
	11 yıl ve üstü	6	15	11	27,5	17	21,25	
Sosyal Güvence	Yok	33	82,5	33	82,5	66	82,5	$\chi^2:0,000$
	Var	7	17,5	7	17,5	14	17,5	p:1,000
Gelir Seviyesi	Gelir gidere eşit	37	92,5	32	80	69	86,25	$\chi^2:2,635$
	Gelir giderden fazla	3	7,5	8	20	11	13,75	p:0,105
Kronik Hastalık Olması	Evet	5	12,5	4	10	9	11,25	$\chi^2:0,125$
	Hayır	35	87,5	36	90	71	88,75	p:0,723
Sigara/Alkol/Madde Kullanımı	Yok	36	90	40	100	76	95	$\chi^2:2,211$
	Var	4	10	0	0	4	5	p:0,629
Toplam		40	100	40	100	80	100	

Tablo 4.2.1.1. de girişim ve kontrol gruplarının demografik verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare analizi yapıldı. Yapılan ki-kare analizine göre hiçbir demografik özelliğin girişim ve kontrol grubu açısından farklılıklarının olmadığı belirlendi. Katılımcıların tümü çekirdek aile, tedavi masraflarını kendisi karşılıyor ve uzun süreli bireysel ya da evlilik danışmanlığı almamışlar. Bu sonuca göre girişim grubundaki katılımcıların ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özelliklerinin benzer özellikte olduğu belirlendi.

4.2.2. Kadınların Revize İnfertility Uyum Ölçeği(R-İUÖ) Puanlarına Dair Bulgular

Girişim ve kontrol grubu kadınların ön test ve son test revize infertilite uyum seviyeleri Şekil 4.2.2.1 ve Tablo 4.2.2.1.'de verilmiştir.



Şekil 4.2.2.1.Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınların İnfertilite Uyum Düzeylerinin Ön Test ve Son Test Karşılaştırılması

Tablo 4.2.2.1. Girişim ve Kontrol Grubu İnfertil Kadınlarda Ön Test ve SonTest İnfertilite Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim Grubu (n:40)				Kontrol Grubu (n:40)				Ön test		Son test	
	Ön test		Son test		Ön test		Son test					
	X ± SD		X ± SD		X ± SD		X ± SD		t	p	t	p
İÜÖ	44,85	1,23	32,47	3,65	44,95	1,10	44,72	1,46	-0,382	0,704	-19,655	0,000*
t ve p	t: 19,421, p:0.000*				t: 1,548, p: 0,130							

* $p < 0.05$

Girişim ve kontrol grubu infertil kadınların infertilite uyum düzeyleri, ön test ve son test verileri karşılaştırıldı (Şekil 4.2.2.1.). Girişim grubu kadınların infertilite uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ön test ($44,85 \pm 1,23$) ve son test ($32,47 \pm 3,65$) ortalamaları arasında on iki puanlık bir düşüş olduğu ve istatistiki açıdan bunun anlamlı olduğu görüldü ($t: 19,421$, $p:0.000^*$) (Tablo 4.2.2.1.).

Girişim ve kontrol grubu kadınların revize infertilite uyum ölçeği öntest puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmazken ($t: -0,382$ $p:0,704$), araştırma sonucunda son test puanlarında anlamlı bir fark saptandı ($t: -19,655$ $p: 0,000^*$) (Tablo 4.2.2.1.).

Tablo.4.2.2.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Infertilite Uyum Ölçeğinin Ön Test ve Son Test Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

test	Madde No	Girişim		Kontrol		t	p
		Ort.	ss	Ort.	ss		
Ön Test	1	4,98	0,16	5,00	0,00	-1,000	0,320
	2	4,98	0,16	5,00	0,00	-1,000	0,320
	3	2,03	0,16	2,00	0,00	1,000	0,320
	4	2,07	0,27	2,03	0,16	1,020	0,311
	5	3,93	0,35	4,00	0,00	-1,356	0,179
	6	3,63	0,59	3,65	0,66	-0,179	0,859
	7	3,35	0,66	3,43	0,50	-0,571	0,569
	8	4,97	0,16	4,88	0,52	1,172	0,245
	9	4,97	0,16	4,98	0,16	0,000	0,980
	10	4,97	0,16	5,00	0,00	-1,000	0,320
	11	4,97	0,16	5,00	0,00	-1,000	0,320
Son Test	1	2,58	1,01	5,00	0,00	-15,187	0,000**
	2	4,15	0,48	5,00	0,00	-11,129	0,000**
	3	2,93	0,97	2,00	0,00	6,025	0,000**
	4	3,30	0,85	2,03	0,16	9,291	0,000**
	5	3,92	0,27	4,00	0,00	-1,756	0,083
	6	2,63	0,74	3,75	0,67	-7,127	0,000**
	7	3,75	0,54	3,33	0,66	3,157	0,002**
	8	1,73	1,11	4,75	0,67	-14,766	0,000**
	9	2,48	0,82	4,98	0,16	-19,021	0,000**
	10	2,50	0,85	5,00	0,00	-18,661	0,000**
	11	2,53	0,85	5,00	0,00	-18,482	0,000**

**p<0.01

Tablo 4.2.2.2.gözden geçirildiğinde ön test madde puanlarının girişim ve kontrol grubuna göre farkın anlamlı olmadığı belirlenirken, maddelerin son test puanlarında 1,2,3,4,6,7,8,9,10 ve 11 numaralı maddelerde girişim-kontrol grubu farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$).

Ortalamalar incelendiğinde, 1, 2, 6, 8, 9,10 ve 11 numaralı maddelerde kontrol gruplarının girişim grubuna göre ortalamalarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenirken 3, 4, 7 numaralı maddelerde ise girişim grubunun kontrol grubuna göre ortalama puanlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi.



4.2.3. Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarına Dair Bulgular

Tablo 4.2.3.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

SBÇTÖ Alt Boyutları	Girişim(40)	Kontrol(40)	İstatistik	
	X±SS	X±SS	t	p
<u>Kendine güvenli yaklaşım</u>				
Ön test	1,96±0,39	1,87±0,26	1,251	0,215
Son test	2,36 ±0,3	1,85±0,28	7,835	0,000*
Test ve anlamlılık	t: -4,634 p: 0,000*	t: 0,589 p: 0,559		
<u>İyimser yaklaşım</u>				
Ön test	1,90±0,32	1,86±0,25	0,624	0,535
Son test	2,35±0,28	1,98±0,28	5,867	0,000*
Test ve anlamlılık	t: -6,456 p: 0,000*	t: -3,299 p: 0,002*		
<u>Caresiz yaklaşım</u>				
Ön test	1,86±0,43	1,94±0,35	-0,959	0,340
Son test	0,62±0,29	2,28±0,46	-19,393	0,000*
Test ve anlamlılık	t: 16,126 p: 0,000*	t: -4,779 p: 0,000*		
<u>Boyun eğici yaklaşım</u>				
Ön test	1,74±0,5	1,78±0,51	-0,331	0,742
Son test	0,97±0,43	2,1±0,49	-10,870	0,000*
Test ve anlamlılık	t: 9,073 p: 0,000*	t: -6,055 p: 0,000*		
<u>Sosyal desteğe başvurma</u>				
Ön test	2,68±0,25	2,65±0,32	-0,485	0,629
Son test	2,27±0,37	2,72±0,35	-5,509	0,000*
Test ve anlamlılık	t: 7,115 p: 0,000*	t: -2,507 p: 0,014		

Tablo 4.2.3.1.'de İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş eğitimin etkinliğini değerlendirmek için çalışmaya alınan girişim ve kontrol grubu kadınların SBÇTÖ'ne göre değerlendirilmesi sonucu ulaşılan bulgular bulunmaktadır.

Girişim ve kontrol grubu ön test puanlarına göre, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmamaktadır.

Girişim grubundaki kadınların verilen eğitim sonrası yani son testte kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$), çaresiz yaklaşım ($p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$) ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarında ($p<0,001$) kontrol grubu ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Girişim grubu kadınların SBÇTÖ'nin alt boyut ön test ve son test puan değişimleri incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$), çaresiz yaklaşım ($p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$), sosyal destek arama yaklaşımı ($p<0,001$) sergileme davranışlarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi.

Kontrol grubu kadınların SBÇTÖ'nin alt boyutlarından aldığı ön test ve son test puanlarındaki değişim incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım ($p>0,05$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. İyimser yaklaşım ($p<0,01$), çaresiz yaklaşım ($p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$), sosyal destek arama yaklaşımı ($p<0,001$) sergileme davranışlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi.

4.2.4. Kadınların Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarına Dair Bulgular

Tablo 4.2.4.1. Kadınların Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

	Girişim(40)		Kontrol(40)	
	İstatistik			
<u>Durumluk Kaygı</u>	X±SS	X±SS	t	P
Ön test	67,10±7,32	67,00 ± 7,53	0,060	0,952
Son test	39,83±5,36	66,70±7,02	19,245	0,000*
Test ve Anlamlılık	t: 20,366 p: 0,000*		t:0,401 p: 0,690	
<u>Sürekli Kaygı</u>	X±SS	X±SS	t	P
Ön test	63,45±7,62	64,83±7,62	-0,807	0,422
Son test	40,05±5,77	66,48±6,99	-18,439	0,000*
Test ve Anlamlılık	t: 17,399 p: 0,000*		t: -1,7 p: 0,085	

Tablo 4.2.4.1.'de İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş eğitimin etkililiğini değerlendirmek için çalışmaya alınan girişim ve kontrol grubu kadınların Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğine göre değerlendirilme sonucu ulaşılan bulgulara yer verilmektedir.

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ön test sonuçlarının girişim/kontrol grubu farkının istatistiksel açıdan anlamlılık göstermediği saptandı. ($p>0.05$).

Bireylerin durumluk kaygı düzeyleri son test puanlarının girişim/kontrol grubu farkının anlamlılığının saptanması için yapılan t-testi sonucuna göre; bireylerin durumluk kaygı seviyeleri son test sonuçlarının girişim/kontrol grubu farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı ($t=-19.245$; $p=0.000$; $p<0.05$). Kontrol grubundakilerin ($66,70\pm7,02$) durumluk kaygı düzeyleri girişim grubundakilere ($39,83\pm5,36$) göre daha yüksektir. Sürekli kaygı düzeyleri son test sonuçlarının girişim/kontrol grubu farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($t=-18.439$; $p=0.000$; $p<0.05$). Kontrol

grubundakilerin ($66,48 \pm 6,99$) sürekli kaygı düzeyleri girişim grubundakilere ($40,05 \pm 5,77$) göre daha yüksektir.

Girişim grubundaki kadınların Durumluk kaygı ölçeğinden aldığı ön test ve son test puan değişimi ve Sürekli kaygı ölçeğinden aldığı ön test ve son test puan değişimi incelendiğinde; ($p < 0,001$) istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi. Girişim grubundaki kadınların Durumluk kaygı ölçeğinden aldığı ön test ile son test puan değişimi ve Sürekli kaygı ölçeğinden aldığı ön test ile son test puan değişimi incelendiğinde; ($p < 0,001$) istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi.

4.2.5. Girişim Grubunun Son Test R-İÜÖ, SBÇTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Korelasyonuna Dair Bulgular

Tablo 4.2.5.1’de çalışmaya katılan kadınlardan son test aşamasında elde edilen R-İÜÖ, SBÇTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı puanlarındaki ilişkiye dair bulgular bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların R-İÜÖ puanına göre; stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ile negatif yönlü orta, iyimser yaklaşım ile negatif yönlü zayıf, çaresiz yaklaşım ile pozitif yönlü orta bir ilişki olduğu belirlendi. Durumluk ve Sürekli Kaygı ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşım arasında pozitif yönlü orta, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımla negatif yönlü orta, sosyal destek arama ile negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi. Durumluk ve Sürekli Kaygı ile negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından iyimser yaklaşım ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Durumluk ve Sürekli Kaygı ile negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından çaresiz yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi. Durumluk ve Sürekli Kaygı ile pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi.

Durumluk Kaygı ile pozitif yönlü orta düzeyde ve Sürekli Kaygı ile pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki tespit edildi.



Tablo 4.2.5.1.Girişim Grubunun Son Test R-İÜÖ, SBÇTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Korelasyonuna Ait Bulgular

Ölçümler	1.İÜÖ	2.Kendine güvenli yaklaşım	3.İyimser yaklaşım.	4.Çaresiz yaklaşım	5.Boyun eğici yaklaşım	6.Sosyal Destek Arama	7.Durumluk Kaygı	8.Sürekli Kaygı
1.İÜÖ	1	-,422**	-,334*	,536**	0,286	-0,173	,585**	,555**
2.Kendine Güvenli Yaklaşım	1		,429**	-,535**	-,549**	-,332*	-,485**	-,567**
3.İyimser Yaklaşım		1		-,409**	-,478**	0,085	-,361*	-,336*
4.Çaresiz Yaklaşım			1		,645**	0,032	,732**	,691**
5Boyun Eğici Yaklaşım				1		,337*	,533**	,625**
6.Sosyal Destek Arama					1		0,139	0,263
7.Durumluk Kaygı							1	,820**
8.Sürekli Kaygı								1

**p<0.01

5.TARTIŞMA

Torabi ve arkadaşları tarafından, 2019 yılında revize edilen İnfertilite Uyum Ölçeği Revize Formu'nun (R-İÜÖ), Türkçeye uyarlanarak Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın tartışması iki ana başlık şeklinde sunulmuştur.

5.1. .R-İÜÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Bulgularının Tartışılması

5.1.1. R-İÜÖ'nin Geçerlilik Çalışması

Geçerlilik bir ölçekte bakılacak ilk özelliktir. Sebebi ise ölçek güvenilir olsa bile geçerli olmayabilir (135,136).

Ölçeğin dil geçerliliği için çeviri–geri çeviri yöntemi kullanıldı. Ölçek ilk önce ileri düzeyde İngilizce dil seviyesine sahip iki uzman tarafından önce İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Uzman çevirmenlerin çevirdiği ölçeğin Türkçe formu incelendi. Türkçe formunun İngilizce' ye geri çevirisi farklı iki uzman tarafından yapıldı. Yapılan çeviri-geri çeviri sonucunda elde edilen ölçekte gerekli düzenlemeler yapılarak uzman görüşüne sunuldu. Uzman görüşleri sonucunda CVI değeri hesaplandı. CVI değerinin 0.80 veya üzerinde olması ölçeğin kapsam geçerliliğinin kabul edilebilmesi için gerekmektedir (137). İnceleme sonucu CVI değeri 0.8484 olarak bulundu. Bu sonuçla birlikte uzman görüşleri çerçevesinde gerekli düzenleme yapılan formla pilot uygulama yapıldı ve bunun sonucunda maddelerin anlam açısından anlaşılır olduğu belirlendi. Bu bilgi çerçevesinde “Revize İnfertilite Uyum Ölçeği” nin kapsam geçerliliği sağlandı.

Yapı geçerliği ölçülmek istenen kuramsal yapıya ait bilgilerin doğruluğunun bilimsel açıdan ifadesidir (136). Faktör Analizi yapı geçerliğinin incelenmesinde kullanılan yöntemlerden biridir. Faktör analizi, geliştirilmiş bir ölçeğin uyarlanması aşamasında araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılan bir analizdir (135). Ölçme aracının geliştirilmesi ve uyarlanması aşamasında açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olarak iki faktör analizi yaklaşımı mevcuttur(135,138). Faktör analizinin öncesinde örneklem büyüklüğünün yeterliliği belirlenmelidir. Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği açısından önemli rol oynayan örneklem büyüklüğü için ölçek madde sayısının beş ya da on katı kadar kişiye ulaşılmalıdır (124, 135). Bu çalışmada örneklem sayısı değişkenlerin on katı şeklinde hesaplandı. Ölçeğin 11 maddesi olduğu için örneklem sayısı 110 olarak belirlendi. Araştırma

örneklem adedi 280 olarak tamamlandı. Bu sonuç örneklem büyüklüğünün genellenebilmesi bakımından yeterli olduğunu ifade etmektedir.

Faktör analizi için örneklem yeterliliğini belirlemek amacıyla KMO testi yapılmaktadır. KMO değeri 0 ile 1 arasında değerler almakta ve bu değer 0.60 üzerinde bir değer olması beklenmektedir. Örneklem yeterliliğinin sağlanabilmesi için KMO değeri; 0.50'in altında bir değer almış ise yetersiz, 0.50 - 0.70 ise yeterli, 0.70' nin üzerinde ise iyi bir örneklem grubu olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte faktör analizi için değişkenler arasında belli bir oranda ilişki olmalıdır. Bu ilişkiyi Barlett's Test of Sphericity göstermektedir. Barlett's Test of Sphericity de p değeri 0.05 'den düşükse değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki vardır. (132,135,139). Bu araştırmada KMO değeri 0,948 ve Barlett küresellik testi $p < 0,05$ önem düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Bu sonuç örneklem faktör analizi için uygun düzeyde olduğunu ifade etmektedir.

İnfertilite Uyum Ölçeği Revize Formu'nun faktör analizine istinaden toplam varyansın %76,036'sını açıklayan tek faktörlü yapı ortaya çıkmıştır. Faktör analizi sonucu her bir madde faktör yükünün 0,30' un üzerinde olması beklenmektedir. 0,45 ve üzerinde olması iyi bir ölçüdür (134). Bu çalışmada değerlendirilen her bir ölçek madde faktör yük değerinin 0,841-0,915 arasında değiştiği belirlendi.

Yapı geçerliliklerinden olan doğrulayıcı faktör analizi (DFA) araştırmacının elindeki verinin orijinal yapıya uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılmaktadır. DFA başka kültür ve örneklemde geliştirilen ölçme araçlarının uyarlamasında kullanılan bir geçerlilik belirleme yöntemidir (140). Çalışmada doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen model ile açıklayıcı faktör analizinden elde edilen faktör sayısının aynı olduğunu gösterdi. Doğrulayıcı faktör analizi doğrultusunda RMSA: 0,083, χ^2/sd :4,560, GFI: 0,98, AGFI: 0,83, CFI: 0,98, SRMR: 0,036 olduğu saptandı. Bu çerçevesinde elde edilen uyum indeksleri yeterli bulundu.

5.1.2. R-İÜÖ'nin Güvenilirlik Çalışması

İnfertilite Uyum Ölçeği Revize Formu'nun güvenilirliğini değerlendirmek için ölçek ve maddelerin Cronbach Alfa katsayısı ve test-tekrar test yöntemi kullanıldı. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlenmesi amacıyla bakılan yöntemlerden biri Cronbach Alfa katsayısıdır. Cronbach alfa katsayısının hesaplanması ile ölçekte yer alan maddelerin arasındaki uyum belirlenir. Cronbach alfa katsayısı 0 - 1 arasında bir değer almaktadır. Bu değer 1'e

yaklaştıkça güvenilirlik derecesi yükselmektedir. Cronbach alfa katsayısının 0,60 ve üzeri olması gerekmektedir. 0,80 -1,00 yüksek, 0,60-0,80 oldukça güvenilir, 0,40-0,60 düşük, 0,00-0,40 güvenilir değil olarak değerlendirilir (141,142). Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı 0,968 bulundu.

Madde analizinde başvurulan yöntemlerden bir diğeri ölçeğin toplam puanlarına göre oluşturulan alt %27 ve üst %27' lik grupların madde ortalamalarındaki farkın ilişkisiz t test kullanılarak değerlendirilmesidir. Gruplar arasında istenilen doğrultuda gözlenen farkların anlamlı olması, ölçeğin iç tutarlılığının bir göstergesidir. Analiz sonuçları, maddelerin bireylerde ölçölmek istenen uyumları açısından ne derecede ayırt ettiğini göstermektedir (134,143). Ölçeğin Alt-Üst % 27'lik grupların puan ortalamaları bakımından farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.01$). Bu sonuç çerçevesinde ölçeğin ayırt etme gücünün olduğu gösterildi.

Test-tekrar test yöntemi ölçeğin kararlı olduğunu gösterir. Bu yöntemde testin aynı gruba iki defa uygulanması sonucunda güvenilirliğe karar vermesi hedeflenir. Sonuç aynı ise izlenen yöntemin güvenilir olduğu kanısına varılır. Güvenirlik kat sayısının 0.80' in üzerinde olması kabul edilen bir ölçüttür. Test-tekrar test için en az 30 kişi ile çalışmanın yapılması gerektiği belirtilmektedir (135,144). Uygulanan test tekrar test sonucunda korelasyon katsayısı 0,940 ve $p<0,001$ olarak bulundu. Ölçeğin 20 gün ara verilip tekrar uygulandığında benzer sonuçlar alındığı göröldü. Böylelikle İnfertilite Uyum Ölçeği Revize Formu' nun zamana göre değişmez olduğu kanıtlanmış olup, oldukça güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilebilir.

Yapılan tüm geçerlilik - güvenilirlik analizleri ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu belirtmektedir.

5.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin çalışma sonuçlarına göre kadınların infertilite uyum düzeylerine, stresle başa çıkma tarzlarına ve kaygı durumlarına etkileri irdelendi.

5.2.1. Kadınların İnfertilite Uyum Düzeyleri

Girişim ve kontrol grubu kadınların ön testte infertilite uyum puanlarının sırasıyla 44,85 ve 44,95 olduğu yani fertilite uyumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. şimşek

Küçükkelepce, ve Unver (2022)' in, Ataman ve ark. (2021)' nın, Demirel ve ark. (2021)' nın, Mahajan ve ark (2008)' nın, Golmakani ve ark. (2019)' nın, Ozan ve Duman (2020)' ın infertil kadınlarla yaptıkları çalışmalarda da bu araştırmaya benzer şekilde fertilitate uyumları orta düzeyde bulunmuştur (145-150). Bu sonuçlar doğrultusunda infertil bireylerin uyum sorunu yaşadığı söylenebilir.

İnfertilite tedavi süreci durağan bir süreç olmamakla birlikte, değişik tedavi yöntemleri ve girişimsel uygulamaların yapıldığı bir süreçtir (83). Bu süreçte bireyler yapılan tetkik ve tedavilerden rahatsız olmakta ve biyo-pisiko-sosyal yönden olumsuz etkilenmektedirler (84,85). İnfertilite ile bağlantılı olarak gelişen olumsuz etkiler tedavi süresince uyumu güçleştirmektedir (86). Bu zorlu süreç koşullarını kontrol etmek için infertilite de uyum önemlidir (12). Bu açıdan infertilite tedavisi sürecinde bireylerin güçlenmelerini sağlamak için bilgi düzeylerinin artırılmasına ihtiyaç vardır (88). Bu çalışmada uygulanan eğitim programı ile bilgi düzeylerinin artırılması ve infertilite uyumlarının yükseltilmesi hedeflenmiştir. Araştırmaya dahil edilen girişim grubu kadınların revize infertilite uyum ölçeği puanında istatistiksel açıdan anlamlı düşüş olduğu saptandı ($p<0.05$). R-İÜÖ'den alınan puanların düşmesi, infertiliteye uyum düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu araştırma ile İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin, kadınların infertiliteye gösterdiği uyumu arttırdığı belirlendi. Eğitim sonrası gruplar arası karşılaştırmada “Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim verilen girişim grubundaki kadınların infertilite uyum düzeyinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda “İnfertil bireylere yönelik Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim infertilite uyumunu artırır” hipotezi (2.H 1) kabul edilmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde infertiliteye uyumu artırmaya yönelik eğitim uygulanan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalardan biri olan Arslan-Özkan'ın (2012) yapmış olduğu Watsons' ın bakım kuramına temellendirilmiş eğitim programı çalışmasında hemşirelik bakımı uygulanan kadınların tedavi sürecinde infertilite uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Arslan-Özkan'ın çalışması bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

İnfertiliteye uyum, bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal durumlarını dengede tutabilme ve yaşamlarının diğer yönlerinden yararlanabileceklerini düşünebilmeleridir (10). Literatürde infertilite uyum düzeyinin tedavi sürecine bağlı olduğu, ortalama 2 yıl sürdüğü, çoğu infertil bireyin bu duruma uyum sağlayabildiği belirtilmektedir (10). Bununla beraber, infertilite uyumunun sürece bağlı olduğu tedavi sürecinden doğrudan etkilenmediği ifade

edilir. Yapılan çalışmada birçok kadının başarısız bir yardımcı üreme tedavisi sonrasında uyum gösterebildiği, ancak 6 ay sonra tekrar değerlendirildiğinde büyük bir kısmının hala duygusal sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Bireysel özellikler, doğurganlık, problemin birey için ifadesi ve sosyal destek, kadınlarda başarısız olan yardımcı üreme tedavisi sonrası uyum sağlamada mühim olan değişkenlerdir (151). Daniluk (2001), başarısızlıkla sonuçlanan yardımcı üreme tedavisi sonrasında emosyonel uyumun, geleceğe bakmak olduğunu ifade etmiştir(152). Bu çalışmada da R-İÜÖ ile kadınların geleceğe dair planlarını ifade etmeleri sağlanmış ve Roy adaptasyon modeline dayalı eğitim programı ile uyum düzeyleri artırılmıştır.

Girişim ve kontrol grubu kadınların ön testte revize infertilite uyum puanı bakımından istatistiksel açıdan anlamlılık yok iken, çalışma sonucunda ileri seviyede anlamlılık olduğu saptandı ($p:0.000<0.05$). Bu fark Roy Adaptasyon Modeline dayalı eğitim programının etkin olduğunu göstermektedir. İnfertilitenin bireylerde oluşturduğu stres, umutsuzluk, depresyon, anksiyete, gelecek endişesi, plan oluşturamama, kendini izole etme, stigma duyguları, bireylerin infertiliteye uyumlanamadığının belirtisidir (148). Bu çalışma kapsamında kadınlara yaşadıkları bu duygularını ifade etme, paylaşma, kabul etme olanağı sağlanmış, olumsuz duygularına yönelik Roy Adaptasyon modeline dayalı eğitim programı ile etkili başetme yöntemleri öğretilmiş ve bu yöntemlerin uyumu sağlamada yardımcı olduğu görüldü. Kontrol grubunun infertilite uyum düzeyinin ise ön test ve son testte aynı olduğu, uyum düzeyinde bir değişim olmadığı görülmektedir.

Bireyler infertilite aşamasında oldukça güç ve zorlu seçeneklerle karşılaşmaktadır. Evlat edinmek, tedaviye devam etmek istememek, varolan duruma aynı şekilde devam etmek veya çocuk sahibi olmaya yönelik bütün çekince ve yükümlülüğe karşın tedaviyi sürdürmek bir tercihtir. İnfertilite uyumu, kabullenmeyi kapsamaktadır. Bu durumda kabullenme, aldıkları kararları her ne olursa olsun çiftin birlikte hareket etmeleri ve hayatlarını bu anlamda kararlı ve huzurlu sürdürmeleridir(11,95). Bu durum gerçekleştiğinde hemşire “uyum” amacına ulaşmıştır. Bu araştırmada İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş eğitimin, kadınların tedaviye yönelik endişe ve korkuları, olumlu ve olumsuz tüm düşünceleri, tedavi sonrası beklentileri ortaya konuldu. Bu yansıtma ile kadınların infertiliteden olumsuz yönde etkilenme durumunun azaltılabildiği ve uyumlarının artırıldığı söylenebilir.

RAM' a göre hemşire, müdahale programları aracılığı ile algıların değişmesi, bilginin oluşturulması, becerilerin geliştirilmesi ve problem çözme stratejilerinin kullanılmasını teşvik ederek uyuma yardımcı olur. Odak uyaran, kişinin infertilite tedavi süreci ve bu süreçte yaşanan sorunları ile başa çıkabilmek için fiziksel ve psikolojik kaynakları aramak, mevcut baş etme mekanizmalarını harekete geçirmekten sorumludur. Roy adaptasyon modeline dayalı eğitim programı ile infertilitenin tanımı, görülme sıklığı, etkileyen faktörler, tanı testleri, İVF tedavi aşamaları, stres ve stresle başa çıkma yöntemlerinden bedene yönelik başa çıkma yöntemleri ve maneviyatla baş çıkma yöntemleri, zihne yönelik başa çıkma yöntemleri ve duygusal yolla başa çıkma yöntemleri olmak üzere verilen eğitimlerde tüm alanlarda (fizyolojik alan, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık) güçlendirmeler sağlanarak tedaviye uyumun artırılması hedeflendi. Sonuç olarak Roy adaptasyon modeline temelli eğitim programının etkili bir yöntem olduğu saptandı.

İnfertil kişilerin hemşirelerden beklentileri çoğunlukla etkili ve sıcak bir iletişim, ilgi görme ve önemsenme şeklindedir (153). Yapılan bu çalışmada “Güven verici, olumlu-olumsuz duyguları kabul edici ve destekleyici” süreçlerle kadınların yaşadıkları etkilenme düzeyi tanımlanmış, “stres ve kaygıya yönelik, bilimsel problem çözme yöntemleri kullanılarak” bireydeki etkilenmenin azaltılması sağlandı.

5.2.2. Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stres hayatımızın birçok alanında var olan dönem dönem artış gösteren kimi zaman baş etmekte zorlanılan bir durumdur. Bazen de hayatımızdaki güçlükleri daha da zorlaştırabilir. İnfertilite tedavi süreci de bireylerin yoğun stres yaşamasına neden olan yaşam olaylarından birisidir. Bu süreçte stresi etkin yönetebilmenin tedavi sürecine de olumlu katkıları bulunmaktadır (70). Bu nedenle bu süreçte bulunan kadınlara etkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önem taşımaktadır.

Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı problem çözme merkezli etkili başa çıkma yollarıyken; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım duygulara yönelik olan pasif başa çıkma yollarıdır. Stresle baş etme öğrenilebilen bir durumdur ve kişiye ve duruma göre değişiklik gösterebilir. Ayrıca yapılacak eğitimlerle stresle etkin baş etmenin öğretilmesi de mümkündür. (104)

Bu çalışmada etkili baş etme yöntemleri eğitimi yapılan girişim grubu ile etkili baş etme yöntemleri eğitimi yapılmayan kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test SBÇTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında, ön testte girişim grubu ile

kontrol grubu arasında farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yani eğitim öncesi girişim ve kontrol grubundaki kadınların stresle başetme yöntemleri tüm alt boyutlarda benzerdir.

Girişim ve kontrol grubunun son testteki puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubundaki kadınların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamalarının önemli düzeyde yükseldiği, sosyal destek arama yaklaşımı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının önemli düzeyde düştüğü belirlendi ($p<0,01$). Bu araştırmada girişim grubunun grup içi kıyaslamalarına bakıldığında, ön teste göre son testte kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamalarında artma olduğu, sosyal destek arama yaklaşımı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarında azalma olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Kontrol grubunun grup içi kıyaslamalarına bakıldığında ise ön teste göre son testte kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamalarında anlamlı bir yükseliş saptanmazken ($p>0,05$), iyimser yaklaşım puan ortalamalarında artma olduğu belirlendi ($p<0,01$). Bunun yanı sıra kontrol grubunun grup içi karşılaştırmasında stresle baş etmede etkisiz başa çıkma yollarından olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarında ön teste göre son testte artma olduğu saptandı ($p<0,01$). Bu sonuçlar girişim grubuna uygulanan eğitimin etkili olduğunun bir göstergesidir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın “İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim stresle başa çıkma düzeylerini arttırmada etkilidir” şeklindeki (3H1) hipotezi doğrulandı.

Kontrol grubunda iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarında artış olduğu görüldü. Sosyal destek, kişinin iyi olma durumunu olumlu yönde etkileyen aile, arkadaşlar olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmadaki bireylerin infertilite tedavisi için hastaneye başvurması yakınlarından iletişim ve ilgi anlamında bir destek sağlaması sonucu, hastaların daha optimistik bir tutum sergilemesinde etkisi olabilir.

İnfertilite ve stres ile ilgili araştırma sonuçlarına bakıldığında bu çalışma bulgularının literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Arslan Özkan ve arkadaşlarının (2014), IVF tedavisi alan kadınlarla yaptıkları çalışmada verilen eğitimler sonucunda girişim grubunun infertilite stres düzeyinin düştüğü, kontrol grubunun ise değişmediği bulunmuştur(103). Delpasand ve arkadaşlarının (2015) hazırladıkları stres yönetimi eğitiminin infertilite kaynaklı algılanan stres düzeyine olan etkisini araştırdıkları çalışmada, programın IVF tedavisine başlangıç aşamasında olan kadınların stres düzeyinin anlamlı düzeyde azalmasında etkili olduğunu bulmuşlardır(154). Hanafy ve arkadaşlarının (2020), ICSI tedavisi alan kadınlarla

yaptıkları çalışmalarında girişim grubundaki kadınların stres düzeylerinin azaldığı, kontrol grubundaki kadınların stres düzeyinin arttığı görülmüştür(116). Valiani ve arkadaşları (2010), IVF/ICSI tedavisi alan kadınlarla yaptıkları çalışmada girişim grubunda stres düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş olduğunu saptamışlardır(117). Erdemoğlu (2020), IVF tedavisi alan kadınlarla yaptığı çalışma da kadınların stresinin azaldığı görülmüştür(106). Hamzehgardeshi ve arkadaşları (2019), infertilite tedavisi alan primer infertil kadınlarla yaptığı çalışma sonucunda algılanan infertilite stresi girişim öncesi gruplar arasında benzer iken eğitim sonrasında girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur(118). Aker (2021) İÜİ tedavisi alan kadınlarla yaptığı çalışma da girişim grubunun stres düzeyinin düştüğü ve etkin başetme yöntemlerinin kullanıldığı saptanmıştır(107). Kanığ (2021) IVF tedavisi alan kadınlarla yaptığı çalışma sonucunda girişim grubundaki kadınların stres düzeyinin azaldığını saptamıştır(3). Durgun Ozan ve Okumuş (2017), infertilite tedavisi alan kadınlarda yaptığı çalışmada tedavi süreci ve başarısızlık durumunda Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının stres ve başa çıkma yöntemi üzerine etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonunda girişim grubunda etkisiz başa çıkma yöntemleri şeklinde ifade edilen çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar ile ilgili yapılan değerlendirmede ölçeğin bu alt boyut puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Olumlu başa çıkma yöntemleri olarak ifade edilen kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları alt boyut puan ortalamalarını yükselttiğini göstermiştir(104). Bu sonuçlar çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışma sonucunda Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitim programının stres düzeyinin azalmasında yardımcı olduğu, stresle baş etmelerini olumlu yönde etkilediği belirlendi.

5.2.3. Kadınların Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri

İnfertilite kadın ve erkeği etkileyen stres, öz saygıyı yitirme, üzüntü, suçluluk hissi, utanç, endişe, hayal kırıklığı, keder, sosyal izolasyon duygularını da içinde barındıran yoğun bir duygusal deneyimdir. İnfertil bireylerde depresyonun kadınları erkeklerden daha fazla etkilendiği ifade edilmiştir. İnfertilite kadın kaynaklı olmasa bile tedavi sürecinde yapılacak uygulamalar, kadının vücuduna uygulanacağı için daha fazla stres ve kaygı yaşamaktadır. İnfertilitenin yarattığı sorunlarla başetmede çiftlere destek olmak gerekir (155). Bu çalışmada uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitim programı ile kadınların yaşadığı durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı belirlendi.

Gruplara göre kadınların “Durumluk Kaygı Düzeyleri” ön test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), girişim grubundaki kadınların ön test puan ortalamalarına göre son test durumluk kaygı puanlarındaki düşmenin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$). Kontrol grubundaki kadınların ön test puan ortalamalarına göre son test puan ortalamaları durumluk kaygı puanlarında bir değişiklik olmadığı ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), durumluk kaygı puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Girişim grubu kadınların “Durumluk Kaygı Düzeyinin” ön test puan ortalamalarına kıyasla son test puan ortalamalarındaki değişimde kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p=0,000$; $p<0,01$). Çalışma kapsamında girişim grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitim programının kadınların kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Gruplara göre kadınların “Sürekli Kaygı Düzeyleri” ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Girişim grubundaki kadınların ön test puan ortalamalarına göre son test sürekli kaygı puan ortalamalarındaki düşmenin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$). Kontrol grubundaki kadınların ön testte göre son test sürekli kaygı puanlarında bir değişiklik olmadığı ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$). Girişim grubu kadınların “Sürekli Kaygı Düzeyinin” ön teste göre son test puanlarındaki değişimde kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p<0,01$). Çalışma kapsamında girişim grubuna uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli eğitim programının kadınların sürekli kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu, ifade edilebilir. Bu sonuç (4.H1) “İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeylerini azaltır” hipotezini doğrulamaktadır.

Yardımcı üreme tekniklerinin bireylerde strese neden olduğu, depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı bilinmektedir (114,156). Stres, anksiyete ve depresyonun YÜT sonuçları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu çalışma sonuçları doğrulamaktadır (57,157). Hasanpoor-Azghady ve arkadaşları infertile sorunu ile mücadele eden kadınların aynı zamanda korku, anksiyete, yorgunluk, umutsuzluk, depresyon ve çaresizlik gibi sorunlar yaşadığını bildirmiştir (158). Ünal ve arkadaşları infertilitede kadınlarda en önemli psikolojik güçlüğü anksiyete olduğunu, başarısız tedavi durumunda çiftlerde depresyon olduğunu belirlemiştir (159). Kadınların İVF tedavilerinde erkeklerden daha çok duygusal problemler yaşadığı ve savunmasız kaldığı bilinmektedir. Kaygı ve depresyon gibi emosyonel sorunlar başarılı bir İVF tedavisi için önemli bir risk oluşturmaktadır (160). İVF tedavi sürecinde tedaviyi kabul

etme ve uyum sağlama kadınların bu süreçte yaşadığı psikolojik sorunlarla baş etmesi ile yakından ilişkilidir (161). Etkili baş etmede; solunum egzersizleri, gevşeme ve bedene yönelik yöntemler, duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ve sosyal destekten yararlanma, etkili iletişim yer alır (162-165). Bu çalışmada bu yöntemlerden yararlanılmıştır.

İnfertil bireylerin iyilik hallerini arttırmak için baş etme becerileri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, beden-zihin-ruh (mind-body spirit) terapileri, destek grupları ve eğitim programları gibi çeşitli psikososyal müdahaleler uygulanmaktadır (166). Terzioğlu (2001) IVF tedavisinin başlangıcı ve gebelik testi sonucu alınıncaya kadar olan tedavi sürecinde deney grubuna psiko-eğitim temelli hemşire danışmanlığı (üreme sistemi ve fizyolojisi, infertilite tanımı, nedenleri, IVF aşamaları ve süreçte yaşayabilecekleri sorunlar) sunmuştur. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında deney grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir(167). Rahimi ve arkadaşları infertilite tedavisi gören kadınlara kabul ve bağlılık terapisi kapsamında nefes egzersizleri ve çeşitli başa çıkma yöntemleri uygulamışlardır ve girişimler sonucunda deney grubunun anksiyete düzeyinin düştüğü bildirmişlerdir (168). Nery ve arkadaşlarının farkındalık programı (Mindfulness) uyguladıkları infertilite tedavisi alan kadınlarda stres ve depresyonun azaldığı, genel iyilik halinin arttığı sonucuna varılmıştır (169). Kharde ve arkadaşlarının infertilite tedavisi gören kadınlara danışmanlık programı kapsamında stresle başa çıkma, solunum egzersizleri, gevşeme egzersizleri, meditasyon ve yaşam tarzı değişimleri uyguladıkları çalışmada girişimler sonrası deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyinin düştüğü saptanmıştır (170). Durgun Ozan ve Okumuş (2017), infertilite tedavisi alan kadınlarda yaptığı çalışmada tedavi süreci ve başarısızlık durumunda Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini azalttığını bulmuştur. Tüm bu bulgular çalışma sonucunu destekler niteliktedir(104).

Sonuç olarak; Roy'un benlik kavramı uyum alanı içerisinde değerlendirilen infertil kadının kaygı düzeyleri; Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda verilen danışmanlık programı kapsamında uygulanan nefes egzersizleri, stres ve stresle başa çıkma tekniklerinin infertilitenin sebep olduğu anksiyete ile baş etmede etkili olduğu söylenebilir.

5.2.4. R-İÜÖ, SBCTÖ, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arttıkça infertilite uyumu artıyor. Kaygı ve çaresiz yaklaşım arttıkça uyum azalıyor.

İnfertilite tedavisi sonucunun net olmaması, infertilite tedavisinin çok ağır ve maddi anlamda külfetli olması infertilite tedavi sürecinde eşler için emosyonel anlamda çok yorucu ve stresli bir hal oluşturmaktadır (171). Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerin yaşadığı stresin infertilite tedavisinin başarısını, gebelik ve canlı doğum sayısını etkilediği bildirilmektedir(172).

Birçok faktöre tabi dünya genelinde artış gösteren infertilite, bireylerin psikolojik iyilik hallerini ve aile yaşamlarını olumsuz etkilemekte ve krize neden olmaktadır.(173, ,174). Çiftlerin infertiliteyi hayatlarında geçilmesi gereken en zor durum olarak ifadelendirdiği, ebeveyn olamamanın her iki cinsi de duygusal olarak etkilediği, kadınların daha fazla stres ve baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha fazla olduğu görülmektedir(74,173).

İnfertilite kadınlarda stres yaratır. Bunun yanısıra stres ve kaygıda bireyin infertilite uyumunu önemli derecede etkiler. İnferilite tedavi sürecinde bu üç kavram tedavinin olumlu sonuçlanması ve bireyin psikososyal iyiliğinin korunması açısından ön plana çıkmaktadır. Alanyazında infertilite uyumu, stres ve kaygı ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu anlamda bu çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Torabi ve arkadaşları tarafından, 2019 yılında revize edilen İnfertilite Uyum Ölçeği Revize Formu'nun (R-İÜÖ), Türkçeye uyarlanarak Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma sonucu aşağıda iki ana başlık şeklinde sunulmuştur.

1. R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Sonuçları
2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Sonuçları

6.1.1. R-İÜÖ Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Sonuçları

Bu araştırma, infertilitede psikolojik uyumun ölçümünü standardize etmek amacıyla Torabi ve arkadaşları tarafından revize edilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik analizi için gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma süresince yapılan analizlerin verileri aşağıda bulunmaktadır. Bunlar:

- İlk olarak ölçeğin dil geçerliği değerlendirilmiştir. Türkçe' ye tercümesi yapılan form ile orijinal ölçek dil bakımından birbirine muadil bulunmuştur. Türk toplumuna uyarlanması yapılan ölçeğin anlam bütünlüğü bakımından uzman görüşleri alınmıştır. Kapsam geçerlilik oranı 0,8484 saptanmıştır. Uzman görüşleri bakımından anlam bütünlüğünün sağlandığı,
- Ölçeğin örneklem sayısı uygunluğunun yeterli olup olmadığını belirlemek için KMO ve Barlett testi yapılmıştır. Ölçek KMO değeri $0,948 > 0,60$ ve Barlett's Test of Sphericity testi $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu,
- R-İnfertilite Uyum Ölçeği, faktör analizi sonucu; toplam varyansın %76,036' sını ifade eden tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu,
- Ölçekte yer alan madde faktör yüklerinin 0.30' un üstünde olduğunu, Ölçek Toplam Cronbach Alfa katsayısının 0.968 olduğunu,
- Ölçekte yer alan maddelerin Madde-Toplam Puan korelasyonunun anlamlı olduğu ve ölçekte herhangi bir maddede probleme rastlanmamış olduğu,
- Ölçeğin alt %27 ve üst %27'lik grupların madde ortalamalarında farkın

anlamli olduğu,

- Ölçeğin test-tekrar test analizi sonucunda korelasyon katsayısının $r= 0.940$ olup $p<0.001$ anlamli olduğu,
- Uygulanan analizler çerçevesinde “Revize İnfertilite Uyum Ölçeği” nin infertil bireylerin psikolojik uyumunu ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi. Bu sonuç (1.H1) ‘‘Revize İnfertilite Uyum Ölçeği Türk kültüründe güvenilir ve geçerli bir yapıya sahiptir’’ hipotezini doğrulamaktadır.

6.1.2. İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik Sonuçları

- Gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizine göre hiçbir demografik özelliğın girişim ve kontrol grubu açısından farklılığın olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.2.1.1).
- Girişim ve kontrol grubu infertil kadınların infertilite uyum düzeyleri, ön test ve son test verileri karşılaştırıldı (Şekil 4.2.2.1.). Girişim grubunun infertilite uyum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, ön test ve son test ortalamalarının istatistiksel olarak anlamli olduğu görüldü ($t: 19,421$, $p:0.000^*$).Ön test R-İÜÖ puan ortalamaları son testten daha yüksek olarak tespit edildi(Tablo 4.2.2.1.).
- Sonuç olarak uygulanan eğitim infertil bireylerin infertiliteye uyumunu artırdı. Bu sonuçlar çerçevesinde “İnfertil bireylere yönelik Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim infertilite uyumunu artırır” hipotezi (2.H 1) kabul edilmektedir.
- Girişim grubundaki kadınların verilen eğitim sonrası Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$), çaresiz yaklaşım ($p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$) ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarında ($p<0,001$) kontrol grubu ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamli fark bulunmuştur.
- Girişim grubundaki kadınların verilen eğitim sonrası Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutundan alınan son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından yüksek olduğu, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı

alt boyutlarından alınan son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından düşük olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4.2.3.1).

- Sonuç olarak uygulanan eğitimin bireylerin stresle etkili başetmelerini sağladığı belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın “İnfertil bireylere Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim stresle başa çıkma düzeylerini arttırmada etkilidir” şeklindeki (3H1) hipotezi doğrulandı.
- Katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri son test puanlarının girişim/kontrol gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık seviyelerinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri son test sonuçlarının girişim/kontrol gruplarına durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=-19.245$; $p=0.000$; $p<0.05$) (Tablo 4.2.4.1.).
- Kontrol grubundakilerin ($66,70\pm7,02$) durumluk kaygı düzeyleri girişim grubundakilere ($39,83\pm5,36$) göre daha yüksektir(Tablo 4.2.4.1.).
- Sonuç olarak uygulanan eğitimin bireylerin durumluk kaygı düzeyini azalttığı belirlenmiştir.
- Sürekli kaygı düzeyleri son test sonuçlarının girişim/kontrol gruplarına durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=-18.439$; $p=0.000$; $p<0.05$). Kontrol grubundakilerin ($66,48\pm6,99$) sürekli kaygı düzeyleri girişim grubundakilere ($40,05\pm5,77$) göre daha yüksektir (Tablo 4.2.4.1.).
- Sonuç olarak uygulanan eğitimin bireylerin sürekli kaygı düzeyini azalttığı belirlenmiştir.
- Bu sonuçlar (4.H1) “İnfertil bireylere verilen Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeylerini azaltır” hipotezini doğrulamaktadır.

6.2.ÖNERİLER

- ❖ R-İÜÖ'nin Türk kültüründe uygulanması için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve bu ölçeğin uyum açısından risk teşkil eden infertil kadınların belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.
- ❖ Rutin hemşirelik bakımının yanı sıra, geliştirilen Roy Adaptasyon modeline temellendirilmiş eğitim programının hemşireler tarafından uygulamada kullanılması,
- ❖ İnfertilitede tedavi uyumunun artırılması, stresle başetme yöntemlerinin etkin olarak kullanılması ve durumluk ve sürekli kaygının azaltılmasında nonfarmakolojik

yöntemlerin kullanılması, eğitim materyalleri geliştirilmesi,

- ❖ İnfertilite tedavisi öncesi, sırası ve sonrasında kadınların biyopsikososyal yönden bütüncül olarak değerlendirilmesi,
- ❖ İnfertilitede tedavi uyumunu, stres düzeyini ve baş etmeyi, durumluk ve sürekli kaygıyı değerlendiren daha geniş örneklem gruplarının dahil edildiği çalışmaların yapılması,
- ❖ İnfertilite eğitimlerine çiftlerin dahil edilmesi,
- ❖ İnfertilite kliniğindeki personelin, kişilerin yardımcı üreme tedavisine daha iyi uyum sağlanmasına yönelik, psiko-eğitimsel uygulamalarla stres ve emosyonel zorlukları hafifletmeye çalışması önerilebilir.

6.3.SINIRLILIKLAR

- ❖ Çalışmanın Gaziantep'te tek bir tüp bebek merkezinde yapılmış olması.
- ❖ Çalışmanın pandemi döneminde olması nedeniyle kadınlara ulaşmakta yaşanan zorluklar.

KAYNAKLAR

1. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., ve ark. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, Human eproduction, 32(9), 1786-1801.
- 2.WHO. İnternational Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology: Fertil Steril. 2009; 92: 1520-1524
- 3.Kanğ, M. (2021) İn Vitro Fertilizasyon (Ivf) Sürecindeki Kadınlara Verilen Danışmanlığın Duygusal Kapasiteye Ve İyilik Haline Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.
4. Vander Borgh, M. ve Wyns,C.(2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinic Biochemistry. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA). (2018). [5. Bölüm Doğurganlık]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. Erişim:23.03.2022.
6. Tessy Boedt,T., Dancet, E., Lie- Fong,S., Peeraer,K., De Neubourg,D., Pelckmans,S., Vijver,A., Seghers,J., Van der Gucht,K., Van Calster,B., Spiessens,C.,ve Matthys,C.(2018)Effectiveness of a mobile preconception lifestyle programme in couples undergoing in vitro fertilisation (IVF): the protocol for the PreLiFe randomised controlled trial (PreLiFe-RCT).BMJ Open;9:e029665. doi:10.1136/bmjopen-2019-029665
7. Kalhori, F., Masoumi, SZ., Shamsaei, F., Mohammadi ,Y., ve Yavangi, M(2020). Effect of mindfulness-based group counseling on depression in infertile women: clinical trial study. Int J Fertil Steril; 14(1): 10-16. doi: 10.22074/ijfs.2020.5785.
8. Yılmaz,T. ve Yeşiltepe Oskay,Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. HSP;2(1):100-112.
9. Şen,E., Bulut,S. ve Şirin,A.(2014). Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. F.N. Hem. Derg; 22 (19): 17-24.ISSN 2147-4923
10. . Gameiro, S. ve Finnigan, A. (2017). Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update, 23: 322-337.

11. Arslan-Özkan,İ. (2012). Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İzmir.
12. Torabia,M., Kazemi,A. ve Abdishahshahanic,M.(2019). Psychometric properties of revised version of the fertility adjustment scale in infertile couples undergoing assisted reproductive technology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 243:16-20.
13. Schick,M., Roesner,S., Germeyer,A.,Moessner,M., Bauer,S., Ditzen,B., ve Wischmann,T(2019). Smartphone-supported Positive Adjustment Coping Intervention (PACI) for couples undergoing fertility treatment: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*;9:e025288. doi:10.1136/bmjopen-2018-025288
14. LoGiudice, JA. ve Massaro,J.(2018). The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review.*Applied Nursing Research*:39;220-228.
15. Chow, K. M., Cheung, M. C. ve Cheung, I. K. (2016). Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *J Clin Nurs*, 25 (15-16), 2101-2113. <https://doi.org/10.1111/jocn.13361>
16. Royal College of Nursing (RCN) (2020). Fertility Care and Emotional Wellbeing RCN Guidance. London. Publication code: 007 770, <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007770>
17. Fawcett, J.(2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories, Philedelphia, FA Davis Company, p. 364-437.
18. Freeman, S.M. ve Freeman, A. (2006). Cognitive behavior therapy in nursing practice. Springer, 3-29, 373-410.
19. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 647-69.
20. Sezgin, H. ve Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165–184.

21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA). (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. Erişim:30.03.2022.
- 22..Özdemir, E. ve Kaplan, S. "İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı". Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 4 (2021): 79-89.
23. Demirci, N. ve Coşkun Potur, D. (2017) İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. Editör: Demirci N ve Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliği El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti. İstanbul,11-37.
24. Kara,P. ve Nazik,E. (2021) İnfertilitenin Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.Editör: Vefikuluçay Yılmaz,D. Ve Güner Emül ,T. İnfertilite Hemşireliği. Vadi Matbaacılık. Ankara, 55-77.
25. 11.American College of Obstetricians and Gynecologists & Committee on Gynecologic Practice [ACOG]. (2019). Prepregnancy counseling: Committee Opinion No. 762. Fertility and Sterility, 111(1):32-42.
26. Hacettepe University Faculty of Health Sciences (2005). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal,1;Suppl.
27. Wu, M.H., Shoji, Y., Chuang, P.C., & Tsai, S.J. (2007). Endometriosis: Disease Pathophysiology and Role of Prostaglandins?. Expert Rev Mol Med;9(2):1-20.
28. Speroff, L. Ve Fritz, MA. (2007).Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. In: Erk A. ve Günel S. (Eds.). Yedinci baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri.
- 29-Beckmann, C.R.B. (2014). Obstetrics and Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 8. Edition. p.371-391.
- 30-Satar, D.A ve Gençdal, S.(2013).Sperm Değerlendirmesi.Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,22(4):532-542.
- 31.Hoffman, B.L., Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Bradshaw, K.D., & Cunningham, F.G. (Eds). (2015). Williams Jinekoloji. Yıldırım, G. (Çev. Ed.). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 32.Koca, N. (2017). İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 468700).

33. Sabarre, K.A., Khan, Z., Whitten, A.N., Remes, O., Phillips, K.P. (2013). A Qualitative Study of Ottawa University Students' Awareness, Knowledge and Perceptions of Infertility, Infertility Risk Factors and Assisted Reproductive Technologies (ART). *Reprod Health J*, 10(41):1-10. doi:10.1186/1742-4755- 10-41.
34. Abiç, A. & Vefikuluçay-Yılmaz, D. (2019). İnfertility Risk Factors and Nurse's Role. İnfertilitenin Risk Faktörleri ve Hemşirenin Rolü. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*. 3(1), 01-08.
35. Kavlak, O. (2008). İnfertilite, Kadın Sağlığı Kitabı (ed: Ahsen Şirin). İstanbul, Bedray Basıncılık Yayıncılık, Birinci Baskı, sf:333.
36. Baird, D. T., Collins, J., Egozcue, J., Evers, L. H., Gianaroli, L., Leridon, H., Sunde, A., Templeton, A., Van Steirteghem, A., Cohen, J., Crosignani, P. G., Devroey, P., Diedrich, K., Fauser, B. C., Fraser, L., Glasier, A., Liebaers, I., Mautone, G., Penney, G., Tarlatzis, B. (2005). Fertility and Ageing. *Hum Reprod Update*, 11(3):261-76.
37. Çağırın Yılmaz, F.Yardımcı,H.(2015). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal Vol 1, No Suppl 1.
38. Pasquali, R., Patton, L., and Gambineri, A. (2007). Obesity and infertility. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 14(6), 482-487.
39. Kluge, L., Bergh, C., Einarsson, S., Pinborg, A., Mikkelsen Englund, L., Thurin-Kjellberg, A. (2019). Cumulative live birth rates after weight reduction in obese women scheduled for IVF: follow-up of a randomized controlled trial. *Human Reproduction Open*, Vol.00, No.00, pp. 1–8. doi:10.1093/hropen/hoz030
40. Jaiswal, D., Trivedi, S., Agrawal, N. K., Singh, K. (2015). Association of Polymorphism in Cell Death Pathway Gene FASLG with Human Male Infertility. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 4(2):112-115.
41. Er, Ö.(2019). İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Koç Üniversitesi, İstanbul.
42. Barnack-Tavlaris, J. L. (2019). Women's Experiences of Infertility. In J. C. C. Jane M. Ussher, Janette Perz (Ed.), *Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health*, Routledge, 205-220.

- 43.Karanisoğlu, H. ve Yazıcı,S. (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Editör: Beji Kızılkaya,N. İnfertilite Hemşireliği. Acar Basım ve Cilt San Tic AŞ. İstanbul, 69-88.
- 44-American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), (2017). Treating infertility. Washington,DC: Author. www.acog.org/Patients/FAQs/TreatingInfertility#treatment
45. Buldum, A. ve Güner Emül,T.(2021) İnfertilitede Kullanılan Tedavi Yöntemleri ve Hemşireni Rolü.Editör: Vefikuluçay Yılmaz,D. Ve Güner Emül,T. İnfertilite Hemşireliği. Vadi Matbaacılık.Ankara,107-127.
46. Yücesoy, H., Yıldırım, F., Şahin, E.(2021). İnfertilitenin kültürel, ekonomik, psikososyal ve cinsel yönüne güncel bir bakış: Temel hemşirelik yaklaşımları. Androloji Bülteni. 23: 256–263. <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.97360>
- 47-Kırca,N. ve Pasinlioğlu,T. (2013) İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.5(2):162-178 doi:10.5455/cap.20130511.
48. Ana Heredia, Francisca Padilla, Jose Antonio Castilla & Rocio GarciaRetamero (2020) Effectiveness of a psychological intervention focused on stress management for women prior to IVF, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38:2, 113-126, DOI:10.1080/02646838.2019.1601170
49. Ahmadi, S. M., Shahverdi, J., Rezaei, M., Bakhtiari, M., Sadeghi, K., Veisy, F. Ve Shahverdi, M. (2019). The Effect of Behavioral Couple Therapy on the Improvement of Mental Health and Reduction of Marital Conflict in Infertile Couples in Kermanshah: A Randomized Controlled Trial (RCT). Journal of Reproduction & Infertility, 20(1), 16–23.
- 50.Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. ve McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. Sociology of Health & Illness, 32(1), 140–162.
51. Şen, S. ve Sevil,Ü. (2016). Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi, 6: 63–82. 37.
- 52.Yanikkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11,112-121.
53. Burns, L.H. ve Covington, S.N. (2006). Psychology of Infertility. Edit: Covington SN, Burns LH. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. Cambridge University Press, New York, 1-20.

54. Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W. K., Ope, J. O., ve Barivure, T. N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10(1), 690. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3008-8>
55. Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med*, 57, 2325-2341.
56. Cousineau, T.M. ve Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 21:293-308.
57. Matthiesen, S. M. S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J. ve Zachariae, R. (2012). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART):a meta-analysis. *Human Reproduction*, 26, 2763–2776
58. Karaca, A, ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3:80–5.
59. Taghvaeinia, A., Dehghani, F., Jobaneh, G.R. ve Nikoo, J.S. (2017). Effectiveness of Existential Psychotherapy on Spiritual Health of Infertile Women, 4 (4), 13-17. <http://jhsme.muq.ac.ir/article-1-140-en.html>
60. Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B.E., Anton, E., Grab, D., et al.(2021). The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Exp Ther Med*.21:1–6.
61. Bodur,İ., Demirden Erişti,E., Karşıgil,P., Öztürk,B., Gümüş,G., Özkan,B., Erek Kazan,E. (2016).Hemşirelik Biliminde Kurama Dayalı Modellerin Klinik Uygulamalara Yansıtılmasında Kavram Haritalarının Rolü. *INSAC Academic Developments on Health Sciences*.
https://www.insackongre.com/_files/ugd/e42d97_21d5a04480874eadb84a163ffa11b433.pdf#page=41
62. Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. (2nd ed). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.
63. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, ZG. (2017). Hemşirelik teorileri ve modelleri, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, p.

64. Kacaroglu Vicdan, A., Gölseven Karabacak, B.(2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 4, 255-9.
65. Whittier Olerich, K., Summers, K., Lewis, A. M., Stewart, K. ve Ryan, G. L. (2021). Patient identified factors influencing decisions to seek fertility care: adaptation of a wellness model. Journal of Reproductive & Infant Psychology, 39(3), 263–275.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705263>
- 66.Yoldaş, G., Yıldırım, Y., Fadiloğlu Ç. ve Şenuzun Aykar,F.(2019). Esansiyel hipertansiyonu olan bir hastada Roy adaptasyon modeline göre hemşirelik yaklaşımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 10, 21, 33-9.
- 67.Sevindik, H.(2021) Roy Adaptasyon Modeli Temelli Mobil Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Hastalık Hakkında Bilgi, Duygu Dışavurumu Ve Bakım Yüküne Etkisi. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Konya.
- 68.Bariş N., Gölseven Karabacak B., Ecevit Alpar,Ş.(2015) Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31 (2) :130-139.
- 69.Alligood, M.R. (2013). Nursing theorists and their work, Mosby Elsevier, p. 303-331.
70. Pektekin, Ç. 2013. Hemşirelik felsefesi. kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, p.
71. Özbaş Gençarslan, D. ve Yıldırım,A.D.(2021). Stres ve Başetme Yöntemleri. Editör: Tanrıverdi D. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Çukurova Nobel Kitabevi. Syf:391-407.
72. Berardis,D., Mazza,D., et al. (2014).Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review, Clinical Therapeutics, 165(3), 163-169.
- 73.Sis Çelik, A., ve Kırca N. (2018). Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyleri Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,21(2):104-114.
74. Terzioğlu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. J Psychosom Obstet Gynaecol. 22:133–41.
75. Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. Androloji Bülteni, 20(2), 61–64. <https://www.doi.org/10.24898/tandro.2018.24993>

76. Zangeneh, F.Z. (2009). Stress and female reproductive system: disruption of corticotropin-releasing hormone/opiate balance by sympathetic nerve traffic. *Journal of Family & Reproductive Health*, 3(3), 69–76.
77. Rooney, K.L., ve Domar, A.D. (2018).The Realtionship Between Stress and Infertility.Clinicial Neuro Science. 20:41-47.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>
78. Chehreh,R., Ozgoli,G., Abolmaali,K., Nasiri,M., Mazaheri,E.(2019). Comparison of the Infertility-Related Stress Among Couples and its Relationship With Infertility Factors. *International Journal of Women’s Health and Reproduction Sciences*.Vol. 7, No. 3, , 313–318.
79. Lee, S.H., Wang, S.C., Kuo, C.P., Kuo, P.C., Lee, M.S., Lee, M.C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci* . 24:507–13.
80. Hisli Şahin. N., Güler, M. ve Basım, N.B. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. [The relationship between cognitive intelligence, emotional intelligence, coping and stress symptoms in the context of type A personality pattern]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 243- 254.
81. Pasch, L.A. ve Sullivan, K.T.(2017).Stress and coping in couples facing infertility, *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135.
82. Yılmaz, B. ve Şahin, N. (2020) İnfertilite Stresi İle Bireysel Baş Etme Yöntemleri: Bir Sistemik Derleme. *CBU-SBED:Celal Bayer Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergis*,.7(1),84-85.
83. Tabong, P.T.N. ve Adongo, P.B. Infertility and childlessness: A qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana, *BMC Pregnancy and Childbirth*, (2013), 13(1), 72-82.
- 84.Verhaak, CM., Smeenk, MJ., Nahujs, MJ., Kremer, JAM, ve DDM, Braat(2007). Longterm psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* , 22(1):305–308.
- 85.Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M., & Abel, D. P. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *American Society for Reproductive Medicine*,72(4),623-628.

- 86.Cousineau, T.ve Domar, A.(2007). Psychological impact of infertility. Best Practice &Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21(2): 293-308.
- 87.Durning, PE. ve Williams, RS, (2004). Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. Fertil Steril , 82 (2), S101.
- 88.Durgun-Ozan, Y., & Duman, M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilité Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi , 15(2), 43-46.
89. Eroğlu,N. ve 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
- 90.Kroemeke, A. ve Kubicka, E (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: the impact of support exchange. PLoS One,13(6):e0200124.
- 91.Domar A, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. Health Psychol 2000; 19(6): 568-575.
- 92.Teimourpour, N., Besharat, M. A., Rahiminezhad, A., Hossein Rashidi, B., & Gholamali Lavasani, M. The mediational role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship of ego-strength and adjustment to infertility in women. Journal of Family & Reproductive Health 2015; 9(2), 45–50.
93. Eggertson, L. (2011). Fertility nurses: giving mother nature a helping hand. Canadian Nurse, 107(9), 32–36.
94. Royal College of Nursing (RCN) (2018). An RCN Education and Career Progression Framework for Fertility Nursing. London. Publication code: 006 690, <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pdf-006690>
95. Meran, H.E.P. ve Beji, N.K. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. Androloji Bülteni, 18,60–4.
96. Okumuş, H., ve Durgun, Y. (2012).Üreme Endokrinolojisi/İnfertilite ve Hemşire. Editörler: Rızk B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A. İnfertilite veYardımla Üreme Teknikleri. Çeviri Editörü: Gürgan T. Çeviri Editör Yardımcıları: Çiçek, N., Demirel , A., Papuçcu, R., Tavmergen, E. Kennedy R. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.

97. Akın, Ö. ve Şahin, E. (2020). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 3 (1), 55-75.
98. Güngör İ, Beji KN. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. F N Hem Derg 2015;23(2):152-9.
- 99.Boz, İ. ve Akgün, M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 16(2), 170–175. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.170>
100. Stevenson, E.L., Hershberger, P.E. ve Bergh, P.A. (2016). Evidence-Based Care for Couples With Infertility. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45(1), 100–101. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.006>
101. Van Empel, IWH., Nelen, WLDM., Hermens,RPMG., Kremer, JAM. (2008).Coming soon to your clinic:High-quality ART.Hum Reprod.23:1242-5. doi:<https://doi.org/10.1093/humrep/den094>.
102. Güner Emül,T. ve Avşar,B(2021).İnfertilite Tedavisinde Sosyal Destek ve Hemşirenin Rolü. JAREN, 7(2):94-98. doi:10.55646/jaren.2021.97658
- 103.Pook, M. ve Krause, W. (2005). Stress reduction in male infertility patients: a randomized controlled trial. Fertility and Sterility, 83(1), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.06.053>
104. Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H. ve Buldukoğlu, K .(2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. Journal of advanced nursing, 70(8): 18.
105. Durgun Ozan, Y. ve Okumuş, H. (2017). Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial. J Caring Sci, 6(2): 95-109. doi: 10.15171/jcs.2017.010
106. 3. Afyonkale Talay,N.(2018).İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Samsun.
107. Erdemoğlu, Ç.(2020). İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertiliteye Hazıroluşluk, Stres ve Stres ile Baş Etmeye Etkisi. Doktora Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Malatya.

- 108.Aker, M N.(2021). Neuman’ın Sistemler Modeline Temellenmiş Hemşirelik Yaklaşımının İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan Kadınlarda Stres Ve Baş Etmeye Etkisi. Doktora Tezi. T.C.Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara.
- 109.Yanık, D. (2021). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Pozitif Psikoterapi Temelli Eğitimin Psikolojik İyi Oluş Ve Umuda Etkisi. Doktora Tezi. T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Malatya.
110. Gorayeb, R., Borsari, AC., Rosa-e-Silva AC. ve Ferriani, RA.(2012) Brief Cognitive Behavioral Intervention in Groups in a Brazilian Assisted Reproduction Program. Behavioral Medicine. 38, 29-35.
111. Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgard, NG., Ingerslev, HI. ve Zachariae, R.(2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis BMJ, 5.
112. Fard,TR., Kalantarkousheh, M. Ve Faramarzi, M.(2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. Middle East Fertil Soc J, 23, 476–81.
113. Afshani, AS., Abooei, A. ve Abdoli, MA.(2019). Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. Int J Reprod Biomed, 17(10), 757-62.
114. Belevska, J. (2015).The impact of psycho-education on in vitro fertilisation treatment efficiency. Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki), 36(2), 211-16.
115. Chan, CHY., Lau, BHP., Wong, QS., Tam, MYJ., So, GYK., Leung, HT.,... Ernest, HY.(2019). Comparing the effectiveness of I-BMS-informed self-help interventions in alleviating psychosocial distress for women awaiting the outcome of IVF treatment. Asia Pac J Soc Work Dev, 29(3),179-93.
116. Yorulmaz, EG. Ve Sütçü, ST.(2016). İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği: Sistematik Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1):144-56.
117. Hanafy, HM., Awad, MA., Abbassy, AH. ve El Mahdy, MA. (2020). Effect of relaxation training on stress management in infertile women undergoing intracytoplasmic sperm injection. Journal of Critical Reviews, 7 (19): 8962-8969. doi:10.31838/jcr.07.19.1002

118. Valıanı, M., Abedıyan, S., Ahmadi, SM., Pahlavanzadeh, S. ve Hassanzadeh, A. (2010). The effect of relaxation techniques to ease the stress in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 15(4): 259-264.
119. Hamzehgardeshi, Z., Yazdani, F., Elyasi, F., Moosazadeh, M., Peyvandi, S., Gelehkolaee, KS. ve Shahidi, M. (2019). The efficacy of group counselling on perceived stress among infertile women undergoing in vitro fertilization treatment: An RCT. *Int J Reprod BioMed*, 17: 57-66. doi 10.18502/ijrm.v17i1.3821
120. Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W. ve 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: 96-104. doi:10.1016/j.brat.2015.12.010
121. Mosalanejad, L., Koolae, AK. ve Jamali, S. (2012). Effect of group cognitive behavioral therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 2, 16-22.
122. Kalhori, F., Masoumi, SZ., Shamsaei, F., Mohammadi, Y. ve Yavangi, M. (2020). Effect of mindfulness-based group counseling on depression in infertile women: clinical trial study. *Int J Fertil Steril*, 14(1): 10-16. doi: 10.22074/ijfs.2020.5785.
123. Altıntop, İ. ve Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(55), 755-68.
- 124-Akgül, A. (2005). Faktör analizi. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları, (2.Baskı, sy. 441). Ankara: Emek Ofset
- 125-Esin, NM(2015). Veri Toplama Yöntem ve Araçları& Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S. Nahcivan N. Esin MN. (edt). *Hemşirelikte Araştırma*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 193-232.
- 126- Şahin N, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995. 10(34): 56-73.
- 127- Ayyıldız, E. ve Babacan Gümüş, A. (2019) Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4): 277-285.

- 128- Öner, L. ve Le Compte, A. (1998). Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. (2nd ed). İstanbul: Boğaziçi Lisans Yayınları, 1-164.
- 129-Roy, C. (2011a). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*; 24, (4) 345-51.
- 130-Roy C, 2011b. Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*; 24,(4) 312-20.
- 131- Lee, L.Y.K., Tsang, A.Y.K., Wong, K.F. ve Lee, J.K.L. (2011). Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. *Nursing Science Quarterly*, 24 (4), 363-369.
132. Kan, A ve Akbaş. A. (2005). Lise öğrencilerinin kimya dersine yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (2), 227-237.
133. Scherer, R.F., Wiebe, F.A., Luther, D.C. ve Adams, J.S. (1988). Dimensionality of Coping: Factor Stability Using the Ways of Coping Questionnaire, *Psychological Reports*, 62 (3), 763-770. Aktaran Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel, Ankara.
134. Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). Bilimsel araştırma yöntemleri (17. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları.
- 135.Seçer, İ.(2015).SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi(ss. 211-258). Ankara. Anı Yayıncılık.
136. Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C.(2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 20(1): 251–264.
137. Erkuş, A.(2014). Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I. Ankara. 2.Baskı. Pegem Akademi.
138. Balcı, A.(2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma(ss. 97- 135). Ankara.6. Baskı. Pegem Akademi.
- 139.Eşitti, B. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri(ss.333-341). Aslan, DA. (Edt). Ankara. 2. Baskı. Paradigma Yayıncılık.
- 140.Çakmur, H.(2012).Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.11(3):339-344.

141. Ercan, İ.ve Kan, İN.(2004) Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,30:211-216.
- 142.Karagöz, Y.(2017).SPSS ve AMOS Uygulamalı Nicel-Nitel Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği(ss.24-35). Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.
- 143.Açıkgöz, E.(2020). Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Gaziantep.
144. Böke K. (2011)Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri(ss.63-96). İstanbul.3. Baskı. Alfa Basım Yayım.
145. Şimşek Küçükkelepce, D. ve Unver, H.(2022).Investigation of the Relationship between Fertility Adjustment and Spousal Support in Women with Infertility. Med Records 2022;4(2):128-33. DOI: 10.37990/medr.1014220
146. Ataman,H.,Aygün,Ö.,Pekcan,N. ve Doğan,Y.(2021).The Relationship Between The Perceived Social Support Levels And Levels Of Adjustment To The Infertility Problem Of Women Who Received Infertility Treatment. IDUHeS, 2021; 4(3):285-301.
doi: 10.52538/duhes.1025934
147. Demirel,G., Taskin Yilmaz,F. ve Yenicesu,A.G.(2021).The Relation Between Religious Coping, Adjustment to Fertility, Being Affected by Infertility, and Satisfaction with Life in Turkish Women with Infertility. Journal of Religion and Health, 60;4264–4277.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01319-1>
148. Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. Hum Reprod 2009; 24(4): 906–912.
149. Golmakani,N., Ebrahimzadeh Zagami,S., Esmaily,H., Atiyeh Vatanchi,A. ve Kabirian,M.(2018).The relationship of the psychological coping and adjustment strategies of infertile women with the success of assisted reproductive technology. International Journal of Reproductive BioMedicine; 17: 119–126.
<https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i2.3989>

150. Ozan, YD. ve Duman, M. (2020). Başarısız infertilite tedavisi gören kadınlarda algılanan sosyal destek ile infertiliteye uyum arasındaki ilişkiler, Türkiye-2017. Hemşirelik ve Ebelik Bilimleri Dergisi, 7(2), 99-104.
151. Verhaak CM, Smeenk JMJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. Hum Reprod 2005; 20(8): 2253– 2260.
152. Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. J Couns Dev 2001; 79: 439–449.
153. Durgun-Ozan Y.İnfertil Kadınların Tedavi Süreçleri İle İlgili Deneyimlerinin Ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2009.
154. Delpasand, T., Ahadi, H. ve Jomehri, F. (2015). Effects of stress management training on perceived stress in infertile women undergoing IVF in infertility treatment center in Shiraz 2014. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences. 5 (S1), 2514-2522.
155. Şenoğlu,A. ve Alan,S.(2021). İnfertil Bireylerin Kaygı Düzeyleri, Sosyal Destek Algısı ve Evlilik Uyumunun İncelenmesi. TJFMPC, 15(4); 661 – 675. <https://doi.org/10.21763/tjfmpr.865981>
156. Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R. ve Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. BMC Women's Health, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>
157. Morreale, M., Balon, R., Tancer, M. ve Diamond, M. (2011). The Impact of Stress and Psychosocial Interventions on Assisted Reproductive Technology Outcome. Journal of Sex & Marital Therapy, 37(1), 56–69. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533584>
158. Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M. ve Veadhir, 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– 138
159. Ünal, S., Kargın, M. ve Akyüz, A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. [Psychological factors affecting infertile women].TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5),481-486.
160. Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W. ve Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment.

Human reproduction (Oxford, England), 25(5), 1234–1240.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>

161. Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J. ve Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human Reproduction*, 29(2), 293–302. <https://doi.org/10.1093/humrep/det418>

162. Rashidi, B., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M. ve Farahani, M.N. (2011). Infertility stress: the role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5 (4), 101–108.

163. Ozan, Y.D. ve Okumuş, H. (2013). Experiences of Turkish women about infertility treatment: A qualitative study. *International Journal of Basic and Clinical Studies*, 2(2), 56-64.

164. Şen, S. ve Sevil,Ü. (2016). Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi*, 6: 63–82.

165. Mamuk, R. ve Beji, K.N. (2017). İnfertilite tedavisi sürecinde psikoterapi uygulamaları. *Androloji Bülteni*, 62, 200–5.

166. Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E ve ark. Coping with infertility: a bodymind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004; 19: 1917–23.

167. Terzioğlu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 22 (3), 133-141. doi: 10.3109/01674820109049965

168. Rahimi, E., Attarha, M., Majidi, A. ve Ghafarizadeh, A.A. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy (act) on anxiety in infertile women during treatment: a randomized trial. *J Biochem Tech Special Issue* (2): 78-86

169. Nery, S. F., Paiva, S. P. C., Barbosa, A. B. , Sant’Anna, E. M. , Casalechi, M., Dela Cruz, C. ve ark. (2019). Mindfulness-based program for stress reduction in 155 infertile women: Randomized controlled trial. *Stress and Health*, 35(1), 49–58.
<https://doi.org/10.1002/smi.2839>.

170. Kharde, S.N., Pattad, S. ve Bhogale, G.S. (2012). Effectiveness of a Therapeutic Counseling Intervention for Depression, Anxiety, Self Esteem and Marital Adjustment Among Infertile Women. *International Journal of Nursing Education*, 4(2).
171. Koçak,DY. ve Büyükkayacı Duman,N.(2016). İnfertilitenin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*;2(3).
172. Ünal, S., Kargın, M. ve Akyüz, A.(2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*;9(5):481-6.
173. Karaca,A. Ve Ünsal,G.(2015).İnfertil Kadınların İnfertiliye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*;12 (2): 126-132.
- 174.Kamışlı,S., Terzioğlu,C. ve Bozdağ,G.(2020). İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *J Psychiatric Nurs* 2021;12(1):43-49. DOI: 10.14744/phd.2020.48030

EK 1. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.08.2022-19925

Sayı : E-97105791-302.14.01-19925
Konu : Tez konusu hk.

08.08.2022

Sayın Ayşe Duygu ÖZBAŞ

Enstitü Yönetim Kurulunun 30.12.2020 tarih ve 2020/35 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216112544 Ayşe Duygu ÖZBAŞ	İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLHU0045

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-ebys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81
Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi İçin: Seda SÖNMEZ
Unvanı: Memur
Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 2. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar
Etik Kurulu Kararı**



EK 3. Gaziantep Özel NovaFertil Tüp Bebek Merkezi Kurum İzni



EK 4. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız : Eşinizin yaşı:
2. Eğitim durumu:
 - a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Önlisans e) Lisans ve üstü
3. Meslek:
 - a) Ev hanımı b) Serbest meslek (kendi işi var) c) Memur d) İşçi e) Diğer
4. Kaç yıllık evlisiniz.....
5. Aile yapınız :
 - a) Çekirdek aile b) Geniş aile
6. Geleneksel aile planlaması yöntemi kullandınız mı?
7. Daha önce herhangi bir yardımcı üreme tekniği ile tedavi girişiminiz oldu mu?
 - a. Evet b. Hayır Evet ise kaç kez ?/nerede?
8. Hamile kalmak için başka kullandığınız yöntem oldu mu?
9. Kaç yıldır çocuk sahibi olamıyorsunuz(İnfertilite)?
 - a) 1- 2 yıl b) 3-5 yıl c) 6- 10 yıl d) 11 ve üstü
10. Çocuk sahibi olamama nedeniniz nedir?
11. Kaç yıldır çocuk sahibi olmak için(infertilite) tedavisi görüyorsunuz?
 - a) 1 yıldan az b) 1-2 c) 3-5 d) 6-10 e) 11 ve üstü
12. Sosyal güvenceniz:
 - a) Yok b) Var c) Diğer.....
13. Tedavi masraflarını kim karşılıyor? :
 - a) Kendisi b) Sosyal güvencesi c) Bir kısmı kendi/bir kısmı sosyal güvence
14. Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

d)Ailesi ve yakınları destek oluyor

15. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a.Evet b.Hayır Var ise nedir?

16.Şuan veya geçmişte uzun süreli bireysel ya da evlilik danışmanlığı aldınız mı?

a.Evet b.Hayır

17.Sigara/alkol/madde kullanımınız var ise, türü nedir ve sıklığı/miktarı ne kadardır?

a.Yok b.Var Belirtiniz:



Ek 5. R-İnfertilite Uyum Ölçeği

Çocuk sahibi olmamanıza uyumunuzu ölçmek amacı ile kullanılan İnfertilite Uyum Ölçeği’nde, uyum kapsamlı bir kavram olarak ele alınmıştır. İnfertilite Uyum Ölçeği, tedavi sonuçlarını ve bireylerin psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede yararlı bir araçtır. İnfertil bireylerin psikolojik gereksinimlerini saptamak ve doğurganlık problemlerine uyumu hakkında görüşmek için uygundur.

Lütfen her bir maddeyi okuyun. Daha sonra her ifadenin sizin için ne kadar uygun değerlendirin. Bu ölçekteki en küçük numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uymadığını”, eğer ölçeğin sonunda en yüksek numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uyduğunu” gösterecektir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

	MADDELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Çocuk sahibi olup olamayacağımı kesin olarak öğrenene kadar gelecek için plan yapamam.						
2	Hayatta her şeyden çok kendi çocuğumun olmasını istiyorum.						
3	Çocuksuz bir yaşam olasılığına karşı planlar yaptım.						
4	Çocuksuz bir yaşama uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.						
5	Normal şekilde günlük yaşamımı devam ettirmekteyim.						
6	Çocuksuz bir gelecek hayal edemiyorum.						
7	Bence hayat çocuklu ya da çocuksuz yaşamaya değer.						
8	Her ay ben / eşim hamile kalmayı bekliyoruz.						
9	Çocuk sahibi olmadığımı düşünmek mutlu anlardan zevk almama engel oluyor.						
10	Çocuk sahibi olamamam başka konuları düşünmeme engel oluyor.						
11	Sürekli neden diğer insanlar gibi ebeveyn olmadığımı merak ediyorum.						

Ek 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

	Bir sıkıntımd olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1	Bir mucize olmasını beklerim.				
2	Kimsenin bilmesini istemem.				
3	İyimser olmaya çalışırım.				
4	Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım.				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum.				
11	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime karşı hoşgörölü olmaya çalışırım.				
13	İş olacağına varır diye düşünüyorum.				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım.				
15	Problemin çözümü için adak adarım.				
16	Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				

17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20	Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24	Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25	“Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm.				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27	“Benim suçum ne” diye düşünürüm.				
28	“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarındananışırım.				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

Ek 7.Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

STAI FORM TX – I

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

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

19	Şu anda sevinçliyim.				
20	Şu anda keyfim yerinde				

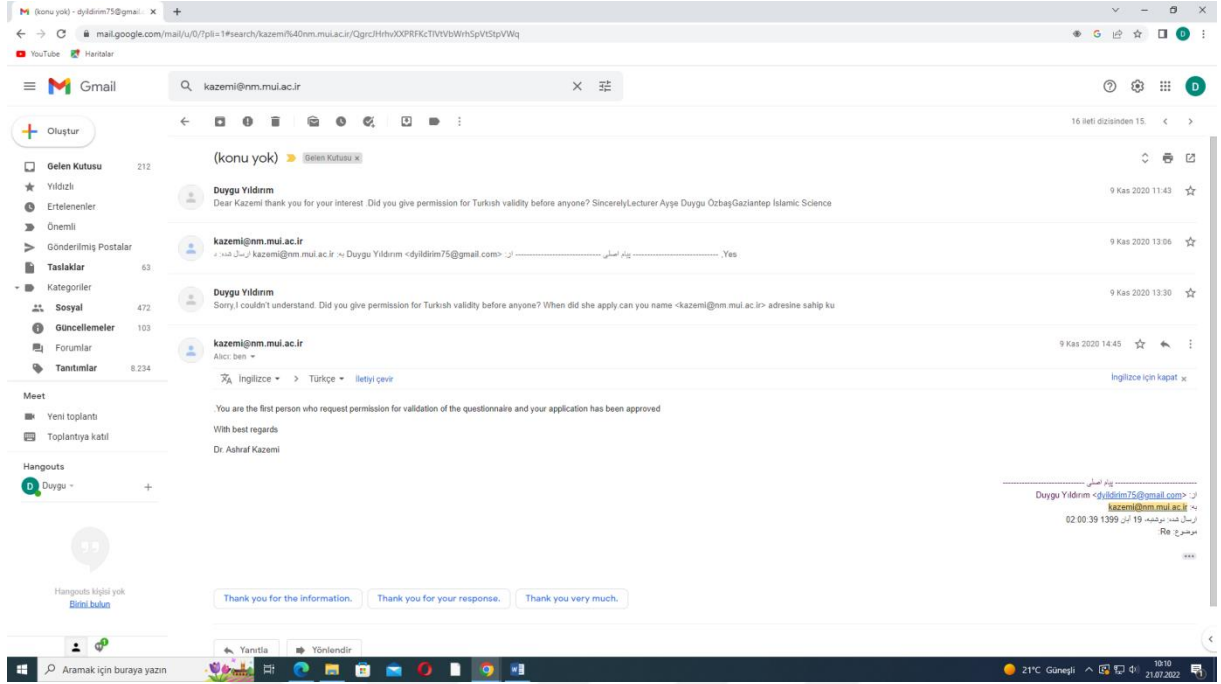
STAI FORM TX – 2 YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21	Genellikle keyfim yerindedir.				
22	Genellikle çabuk yoruluyorum.				
23	Genellikle kolay ağlarım.				
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.				
26	Kendimi dinlenmiş hissedirim.				
27	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
30	Genellikle mutluyum.				
31	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32	Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33	Genellikle kendimi güvende hissedirim.				
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
35	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim.				
36	Genellikle hayatımdan memnunum.				
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				

38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				



EK 8. Ölçek İzin Yazışması



EK 9. Uzman Görüşü Alınan Akademisyen İsim Listesi

Ünvanı	Adı Soyadı	Kurumu
Prof. Dr.	Türkan PASİNLİOĞLU	Sanko Üniversitesi
Prof. Dr.	Nezihe KIZILKAYA BEJİ	Biruni Üniversitesi
Prof. Dr.	Ergül ASLAN	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr.	Aygül AKYÜZ	Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Prof. Dr.	Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr.	Simge ZEYNELOĞLU	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr.	Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr.	Özlem CAN GÜRKAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Doç. Dr.	Dilek ÇOŞKUNER POTUR	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi	Esra YURTSEV	Atlas Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi	Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN	Gaziantep Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi	Serap Koçak	Gaziantep Üniversitesi

İnfertilite Bilgilendirme Broşürü



Hazırlayan

Ayşe Duygu ÖZBAŞ

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Feride YİĞİT

EK 11. İntihal Raporu



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

Lisansüstü Eğitim Entitüsü MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: İnfertil Bireylere Yönelik Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Uyum ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 70 sayfalık kısmına ilişkin, 18/07/2022 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak

alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 19 'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- ☐ Kaynakça hariç
☐ Alıntılar dahil
☐ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih:18/07/2022

Adı Soyadı: Ayşe Duygu ÖZBAŞ

Öğrenci No: 216112544

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Hemşirelik

Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr.Öğr.Üyesi Feride YİĞİT

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

EK 12. Kısa Özgeçmiş

12.05.1975 yılında Gaziantep’te doğdu. İlköğrenimini 1981-1986 yılları arasında; orta öğrenimini ve liseyi 1987-1992 yılları arasında Gaziantep’te tamamladı. 1995 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nihgtıngale Hemşirelik Yüksekokulu’na girdi. 1999 yılında mezun olduktan sonra Gaziantep Özel Amerikan Hastanesi’nde çalıştı. Nisan 2000’de Gaziantep Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak göreve başladı. Haziran 2007 tarihinde Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu S.Y.O da göreve başladı. Şubat 2012 tarihinde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’ndaYükseklisans eğitimine başladı. Haziran 2014’de “İki Uçlu Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Psikoeğitimin Tedavi Uyumu Ve Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu tez çalışması ile yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2018 yılında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Doktora Programına başlamıştır. Mart 2020 tarihinde Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi SHMYO’nda öğretim görevlisi olarak göreve başlamıştır ve halen devam etmektedir.

İki çocuk annesidir. İngilizce bilmektedir.