

**T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**İNFERTİL KADINLARDA ÖZ-ŞEFKAT İLE
İNFERTİLİTE ÖZYETERLİK VE STRESİYLE BAŞA
ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SONAY GÜR

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ SIDIKA ÖZLEM CENGİZHAN

ADİYAMAN, 2025

ÖZET

İNFERTİL KADINLARDA ÖZ ŞEFKAT İLE İNFERTİLİTE ÖZYETERLİK VE STRESİYLE BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sonay GÜR

Ebelik Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ekim/2025, Sayfa: 90

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sıdıka Özlem CENGİZHAN

Bu araştırma, infertilite tanısı almış kadınlarda öz şefkat düzeyi, infertiliteye bağlı özyeterlik ve stresle başa çıkma becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada infertil kadınların yaşadıkları süreçlerin psikolojik yönleri ele alınmış; bu süreçte bireylerin yaşadıkları zorluklarla başa çıkma düzeyleri değerlendirilmiştir. Nicel araştırma desenine dayalı olarak yürütülen çalışmada, veri toplama aracı olarak Öz şefkat Ölçeği (ÖŞÖ), İnfertilite Özyeterlik Ölçeği (İÖYÖ) ve İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği (İSBCÖ) kullanılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre öz şefkat ile stresle başa çıkma arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuş; öz şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin infertilite kaynaklı stresle daha etkili başa çıktıkları saptanmıştır. Buna karşın öz şefkat ile özyeterlik arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Aile desteği infertilite özyeterliği üzerinde anlamlı ve negatif etkiye sahipken, eş desteğinin etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca, geçmişte başarısız tedavi deneyimi olan kadınların stresle başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgular, öz şefkatin infertilite sürecinde koruyucu bir psikolojik kaynak olarak işlev gördüğünü, buna karşın özyeterlik algısının aile desteği gibi dışsal faktörlerden güçlü biçimde etkilendiğini ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, infertil kadınların psikolojik iyi oluşlarının artırılması için öz-şefkatin güçlendirilmesine ve aile desteğinin etkinleştirilmesine yönelik psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu çalışmanın infertiliteye ilişkin psikolojik süreçlerin daha iyi anlaşılmasına ve bu alandaki sınırlı literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile desteği; İnfertilite, Öz şefkat, Özyeterlik; Stresle başa çıkma.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-COMPASSION INFERTILITY SELF-EFFICACY AND COPING WITH STRESS IN WOMEN WITH INFERTILITY

Sonay GÜR

Department of Midwifery

Adiyaman University, Graduate Education Institute, October/2025, Page: 90

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Sıdıka Özlem CENGİZHAN

This study aimed to examine the relationship between self-compassion, infertility-related self-efficacy, and coping skills with stress among women diagnosed with infertility. The psychological aspects of the experiences of infertile women were addressed, focusing on how individuals cope with the challenges they face and their levels of psychological resilience during this process. Conducted within a quantitative research design, the study utilized the Self-Compassion Scale (SCS), the Infertility Self-Efficacy Scale (ISES), and the Coping with Infertility Stress Scale (CISS) as data collection tools.

According to the analysis results, a positive and significant relationship was found between self-compassion and coping with stress; individuals with higher levels of self-compassion were found to cope more effectively with infertility-related stress. However, no significant relationship was observed between self-compassion and self-efficacy. Family support had a significant and negative effect on infertility self-efficacy, while the effect of spousal support was not significant. Furthermore, women with previous unsuccessful treatment experiences were found to have higher levels of coping with stress. The findings revealed that self-compassion functions as a protective psychological resource during the infertility process, whereas the perception of self-efficacy is strongly influenced by external factors such as family support.

In conclusion, it is recommended to develop psychosocial interventions aimed at strengthening self-compassion and enhancing family support to improve the psychological well-being of infertile women. This study is expected to contribute to a better understanding of the psychological processes related to infertility and to enrich the limited literature in this field.

Keywords: Family support; Infertility; Self-compassion; Self-efficacy; Coping with stress.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, en yoğun günlerinde bile yardımlarını benden asla esirgemeyen Yüksek lisans eğitimimi tamamlamama en büyük desteği sağlayan kıymetli danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Sıdıka Özlem Cengizhan'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.



Sonay GÜR
25/11/2025

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

.....

(İmza)

Sonay GÜR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnfertilite	5
2.1.1. İnfertilite kavramı ve epidemiyolojisi	5
2.1.2. İnfertiliteyi etkileyen faktörler	6
2.1.3. İnfertiliteye neden olan faktörler	9
2.1.3.1. Ovülasyon sorunları.....	9
2.1.3.2 Tubal faktör.....	10
2.1.3.3. Endometriozis.....	10
2.1.3.4. Uterus sorunları.....	11
2.1.3.5. İnfertiliteye sebep olan hastalıklar.....	12
2.1.4. Açıklanamayan infertilite.....	13
2.1.5. İnfertil kadınlarda görülen yaygın psikolojik tepkiler	14
2.2. Öz Şefkat.....	15
2.2.1. Öz şefkat kavramı	15
2.2.2. İnfertil kadınlarda öz şefkat algısı.....	16
2.2.3. Öz şefkat ve psikolojik uyum	17
2.2.4. İnfertilite özyeterlik	19

2.2.4.1. Özyeterlik kavramı.....	19
2.2.4.2. Özyeterlik kuramı.....	19
2.2.5. İnfertil kadınlarda özyeterlik algısı.....	20
2.3. İnfertilite Stresi	21
2.3.1. Stres kavramı	21
2.3.2. Stres ve başa çıkma kuramları	21
2.3.2.1. Psikodinamik kuram.....	22
2.3.2.2. Genel uyum sendromu kuramı.....	22
2.3.2.3.Çatışma kuramı.....	23
2.3.2.4. Canlı sistemler yaklaşımı.....	24
2.3.2.5. Genetik yapısal kuramlar.....	24
2.3.3. İnfertilite stresi	24
2.3.4. İnfertilite stresinin etkileri	25
2.3.5. İnfertil kadınların infertilite stresıyla başa çıkma stratejileri	26
2.3.6. İnfertil kadınlarda öz-şefkat, özyeterlik ve stres ilişkisi.....	28
3. MATERYAL VE METOT.....	30
3.1. Araştırmanın Türü	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.6. Tanıtıcı Bilgi Formu	34
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.8. İstatistiksel Analiz.....	37
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	38
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuç.....	69
6.2. Öneriler.....	73
KAYNAKÇA.....	74
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değeri, çarpıklık ve basıklık değerleri.....	37
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=346)	40
Tablo 4.2. Katılımcıların infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=346)	42
Tablo 4.3. Katılımcıların ÖŞÖ, İÖYÖ ve İSBÇÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları (N=346).....	43
Tablo 4.4. Katılımcıların öz şefkat puanlarının sosyo- demografik değişkenlere göre karşılaştırılması (N=346)	44
Tablo 4.5. Katılımcıların öz şefkat puanlarının infertiliteye ilişkin özellerine göre karşılaştırılması (N=346).....	46
Tablo 4.6. Katılımcıların İÖYÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346).....	48
Tablo 4.7. Katılımcıların İÖYÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346).....	50
Tablo 4.8. Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346).....	52
Tablo 4.9. Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346).....	53
Tablo 4.10. Katılımcıların ÖŞÖ, İÖYÖ ve İSBÇÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	55
Tablo 4.11. Katılımcıların infertilite özyeterlik puan ortalamalarınıN değişkenler ile ilişkili hiyerarşik regresyon analizi	56
Tablo 4.12. Katılımcıların İSBÇÖ puan ortalamalarını yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1. Örneklem Büyüklüğü Belirleme İçin Gerçekleştirilen G*Power Analizi.....	31
Şekil 3.2. G*Power A Priori Güç Analizi Çıktısı	32
Şekil 3.3. G*Power 3.1.9.2 Kullanılarak Yapılan Post Hoc Güç Analizi	33



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ANOVA	: Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi (Body Mass Index)
CISS	: Coping with Infertility Stress Scale (İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği)
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (Sexually Transmitted Diseases)
DNA	: Deoksiriboz Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
DW	: Durbin–Watson
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İmmün Yetmezlik Virüsü)
IBM	: International Business Machines (Uluslararası İş Makineleri)
ISES	: Infertility Self-Efficacy Scale (İnfertilite Özyeterlik Ölçeği)
İÖYÖ	: İnfertilite Özyeterlik Ölçeği (Infertility Self-Efficacy Scale)
İSBÇÖ	: İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği (Coping with Infertility Stress Scale)
M.Ö	: Milattan Önce (Before Chris)
ÖŞÖ	: Öz şefkat Ölçeği (Self-Compassion Scale)
SCS	: Self-Compassion Scale (Öz şefkat Ölçeği)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti (Republic of Türkiye)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Turkey Demographic and Health Survey)
ÜYTE	: Üremeye Yardımcı Tedavi (Assisted Reproductive Treatment)

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite; bir yıl boyunca düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi durumudur. Literatürde kadın, erkek ve açıklanamayan infertilite türleri bulunmaktadır (Dönmez ve Emül, 2019: 2959). İnfertilite çiftlerin çocuk sahibi olmalarının önündeki en büyük engellerden biridir. Çocuk sahibi olamamak çiftler üzerinde toplumsal baskıya neden olurken aynı zamanda bireyler toplumun kendilerine yüklediği görevi yerine getirememenin baskısını yaşarlar (Gümüşsay, vd., 2020: 74). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre altı kişiden biri infertilite sorunu yaşamaktadır. Bu oran yetişkin nüfus içindeki %17,5'lik dilime karşılık gelmektedir. İnfertilite oranına bakıldığında gelir düzeyine göre düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler arasında yaygınlık göstermektedir. Bu durum infertilitenin tüm dünyada yaygın bir şekilde görüldüğünü göstermektedir (WHO, 2025). Türkiye de ise infertilite oranı %10-20 olarak belirtilmektedir (Çağlar ve Oskay, 2020: 157; Küçükdurmaz ve Taşkiran, 2015: 53; Saraç ve Koç, 2018: 2). T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de 2 milyon kişinin infertil olduğu bildirilmiştir (Durgun ve Ozan, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; Yılmaz, 2015).

İnfertilite, kadınlarda yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik düzeyde de derin etkiler oluşturmaktadır. Bu süreçte bireylerin öz şefkat düzeylerinin düşük olması, yaşanan stresi ve çaresizlik hissini artırabilmektedir. Öz şefkat, bireyin başkalarına gösterdiği anlayış, şefkat ve merhameti kendine de yöneltebilme becerisidir (Uyanık ve Çevik, 2020: 661). Özellikle anne olma arzusunun yoğun şekilde hissedildiği infertilite süreci, kadınlar için hayal kırıklığı, suçluluk ve yetersizlik duygularını beraberinde getirebilmektedir (Boz ve Teskereci, 2018: 507; Serter ve Çelik, 2025: 133). Bu duygularla baş edebilmenin en temel yollarından biri ise kişinin kendine karşı bağışlayıcı, destekleyici ve şefkatli bir tutum geliştirmesidir.

Literatür, öz şefkat düzeyi yüksek bireylerin, stresli yaşam olayları karşısında daha dirençli olduklarını ve kendilerini daha az suçlayarak duygusal dengeyi koruyabildiklerini göstermektedir. Öz şefkat, bireyin kendi acısını fark etmesi, bu acının insan olmanın doğal bir parçası olduğunu kabul etmesi ve bu süreçte kendine anlayışla yaklaşmasını içerir (Allen ve Leary, 2010: 107). Bu yönüyle, infertil kadınların yaşadığı duygusal çalkantılarla baş edebilmeleri ve ruhsal güçlerini koruyabilmeleri açısından öz şefkat koruyucu bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Öz şefkat, bireyin başarısızlık ve zorluklar karşısında

kendine duyduğu güveni koruyarak özyeterlik düzeyini destekleyen önemli bir psikolojik kaynaktır (Palazoğlu ve Karaca, 2024: 90).

Özyeterlik; bireyin üstlendiği sorumluluğu en iyi şekilde sonuçlandırabileceğine dair inancıdır. Albert Bandura tarafından geliştirilen özyeterlik olgusu kişinin bir görevi yerine getirebileceğine dair kendine duyduğu güvendir (Arseven, 2016: 64). İnfertilite uzun ve meşakkatli bir süreçtir. Her tedavinin olumlu sonuçlanması maalesef mümkün olmayabilmektedir. Sürekli hayal kırıklıkları ve baskılar acının rutin hale gelmesine ve psikolojik sorunlara da neden olabilmektedir. Özyeterlik, sonuç ne olursa olsun çabalamayı gerektirmekte., bireylerin başaracağına dair inançlarını diri tutmakta ve stres konusunda kadınlara yardımcı olmaktadır (Sani ve Tamannaefar, 2017: 112).

Stres; kişinin ortaya çıkan durum karşısında gösterdiği reaksiyondur. Belirli bir düzeyde olan stres kişiyi harekete geçirebildiği için kişiye fayda sağlayabilmektedir. Ancak yüksek seviyelerdeki stres insan yaşamını tehlikeye sokarak organizmayı olumsuz etkileyebilmektedir (Galst, 2017: 1). İnfertilite; ruhsal olarak kişileri korkutan, tedavi aşaması nedeniyle sancılı, duygusal yönden kişiyi yıpratıcı ve bireyler üzerinde strese neden olan bir durumdur. Bireylerin yaşamış olduğu yüksek düzeydeki stres; eşler arasında anlaşmazlıklara, cinsel yaşamda bozulmalara, anksiyeteye ve depresyona neden olmaktadır (Bulut Kamalı ve Şen, 2022: 120). İnfertilite durumunda stres seviyesi yüksek olduğunda infertil tedavisinde başarı şansı da azalmaktadır. Bu durum infertilite tedavisini ve tedavinin başarı ihtimalini de düşürebildiğinden durumu daha da zorlaştırmaktadır (Dehkordi, vd., 2025).

Yapılan çalışmalar dünya genelinde infertil birey sayısının her geçen gün arttığını, infertilitenin milyonlarca kişiyi, aileyi ve toplumu etkilediği, özellikle kadınlar üzerinde yüksek düzeyde stres ve anksiyeteye neden olduğunu göstermektedir. Özellikle kadınlar için çocuk sahibi olmanın kadınların toplumsal statüsünün belirleyici olması ve sosyal damgalama problemi ile karşı karşıya kalmaları kadınlarda stres ve anksiyeteye neden olmaktadır. İnfertilitenin yaratmış olduğu stres düzeyinin tedavi sürecinin başlamasıyla daha da arttığı ve tedavi sürecini olumsuz etkilediği de bilinmektedir (Hu, vd. 2025; Masoumi, 2025; Salari, vd: 2024)). Bu durum infertilitenin yıkıcı etkilerini artırmakla birlikte evlilik kurumunda zarar görmesine ve toplumun en küçük birimi olan ailenin yara almasına neden olmaktadır. Görüldüğü üzere infertilite sadece çiftleri değil toplumsal düzeni de etkileme gücüne sahip olabilmektedir (Ece Kaplan, 2018; Durgun ve Duman, 2018;).

Yapılan alışmalar zyeterlik becerisi yüksek olan ve öz şefkat duygusu gelişmiş bireylerin infertilite ve tedavi sürecinde yaşanan sorunlarla daha kolay baş edebildikleri, kadınların ruh halini etkileyerek stres düzeylerini azalttığını ve tedavi sürecini olumlu etkilediğini göstermektedir. İnfertilitenin sebep olduğu kadının kendini ve bedenini eksik ve kusurlu görme durumu da kadının öz saygısında azalmaya neden olmaktadır. Özyeterliğin yüksek oması ve öz şefkatin artması infertilite sürecinde kadınların ruh sağlığını olumlu şekilde etkilerken tedavi sürecinde daha verimli olabilmesine ve kadının kendisine, bedenine karşı daha anlayışlı olmasına da katkı sunabilmektedir. Bu durum zyeterlik ve öz şefkat düzeyini geliştirilmesini önceleyen çalışmaların önemini bir kez daha göstermektedir (Demirci, vd. 2023; Hatmann, vd. 2025; Ozan ve Duman, 2018; Zarean, vd, 2024). Literatüre baktığımızda öz şefkat, zyeterlik durumları hakkında sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise bu konuyla ilgili bir çalışma yapılmamıştır. İnfertil kadınlarda öz şefkat ile infertilite öz-yeterliliği ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmaması çalışmanın özgünlüğünü göstermektedir.

Bu alışma infertil kadınlarda öz şefkat ile infertilite zyeterlik ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmakta olup, çalışma sonuçlarının kadının infertilite sırasında yaşadığı sorunlarla baş etme becerilerini geliştirmeye ve yaşadığı stresle azaltmaya yönelik çalışmalar için literatüre katkı sağlaması düşünülmektedir. İnfertilite zorlu bir sürec lsa da insan doğası onun üstesinden gelebilecek inanç ve yeteneklere de sahip olmaktadır (Yılmaz ve şahin, 2020: 85). Bu alışma infertilitenin kadınlar üzerindeki etkisinin görünür olmasını sağlaması bakımından da önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, infertil kadınlarda öz şefkat ile infertilite zyeterlik ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırma Soruları

1. İnfertil kadınların öz şefkat düzeyi ile infertiliteye yönelik zyeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. İnfertil kadınların öz şefkat düzeyi ile stresle başa çıkma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3. İnfertiliteye yönelik özyeterlik düzeyi ile stresle başa çıkma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
4. Öz-şefkat, infertil kadınların stresle başa çıkma düzeylerini yordayan bir değişken midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilite kavramı ve epidemiyolojisi

İnfertilite; çiftlerin bir yıllık korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Tanımın kökeni Antik Mısırlılara kadar dayanmaktadır. İlk olarak bu dönemde papirüsler üzerinde infertiliteye ait bilgiler, doğurganlığa verilen önem resmedilmektedir. Mısırlılarda kadınların infertil olabilmesine bir lanet olarak değil aksine teşhis edilmesi ve sonrasında çare bulunması gereken bir sağlık sorunu olarak bakılmaktadır. M.Ö 1900'lü yıllara ilişkilendirilen kaynaklarda infertilite ile ilgili tedaviler ve yine bu kayıtlarda sperm ve kadınlarda üreme olayına ilişkin kayıtlara rastlanırken erkeklerdeki infertilite sorunlarına yönelik çalışmalarda rastlanmaktadır (Erbektaş, 2022: 7). Ancak Antik Yunanlılarda çocuk sahibi olmak tanrının bir ödülüken infertilite ise lanetli bir şeymiş gibi lanse edilmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014: 166).

İnfertilite çiftler üzerinde olumsuz birçok durumun yaşanmasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2009) verilerine göre infertilite üreme dönemindeki %10-15 kadar çiftti etkilemektedir. Yakın zamana bakıldığında bu oranda %15'lik bir artışın yaşandığı belirtilmektedir (Cetişli, 2018: 423; Yanıkkerem, vd., 2008: 112).

İnfertilitenin tanısı için çiftin herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanılmaması ve korunmasız cinsel ilişkinin bir yıl olmasına rağmen gebe kalmama durumu söz konusudur. İnfertilite üreme dönemindeki eşlerin 1/5'i ya da 1/6'ini etkilemektedir. İnfertilite insan yaşamında fiziksel anlamda herhangi bir sorun olarak kendini göstermezken insan hayatını olumsuz anlamda tehdit edebilmektedir. İnfertilite, bireyin kendini yetersiz hissetmesine, hayal kırıklıkları yaşamasına ve mutsuz bir kişilik geliştirmesine yol açarak bireylerin yaşamını olumsuz etkileyen ciddi bir sorundur (Brugo-Olmedo, vd., 2001: 173).

İnfertilite, 1970'lerde halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiş; 1978'de tüp bebek yöntemiyle doğan ilk bebek Loise Brown ile birlikte tedavi edilebilir bir hastalık olduğu kanıtlanmıştır (Makar ve Toht, 2002: 95; Pacci, vd., 2021: 27).

İnfertilite, fiziksel bir hastalık olarak görülme de neslin devamına katkı sağlayamama düşüncesi ve eksiklik algısı nedeniyle toplumsal ve bireysel yaşamda baskı yaratmakta; bu durum infertil çiftlerin saygınlıklarını zedeleyerek aile kurumunu ve çift ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Dünya üzerinde infertilite olarak değerlendirilen çift

sayısının 60-80 milyon olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca üreme çağındaki %9 ile %30 çifti de etkilemektedir. İnterfilitite 15-49 yaş aralığındaki evli bireylerin %15'i üzerinde etkili olmaktadır. İnfertilite ülkelerin gelişmiş ya da gelişmekte olma durumlarına göre de değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde %8-10 oranında çiftlerde infertilite durumu yaşanırken; gelişmekte olan ülkelerde infertilite çiftlerin %15-20'sini etkilemektedir. Türkiye bu açıdan gelişmekte olan ülkeler kategorisine dahil edilebilmektedir. Buna göre Türkiye'de infertilite oranı %10-20 düzeyinde seyretmektedir. Her 6 çiftten 1'ini etkileyen infertilite ülkemizde 1,5 ya da 2 milyonluk kadın nüfusuna karşılık gelmektedir (Çağlar ve Oskar, 2020: 157; Çakı ve Sohbet, 2021: 104; Özdemir ve Kaplan, 2020: 80).

2.1.2. İnfertiliteyi etkileyen faktörler

Yaş: İnfertilite olgusuna bakıldığında artan yaş durumunda infertilite olayının yaşanma sıklığının arttığı görülmektedir. Modern dönem içerisinde bireylerin daha çok eğitim, iş yaşamı, evlilik ile ilgili düşünceleri, daha çok kendilerine yönelik bir hayatı deneyimleme arzusu gibi etkenler evliliği ve çocuk sahibi olmayı ileri döneme ertelemelerine neden olmaktadır. 35 yaşından önceki durumlarda infertilite daha az bir seyir izlerken 35 yaşından sonra infertilite hikâyelerinde bir artış görülmektedir. Bunun yanı sıra yaşa bağlı gelişen sağlık sorunları, yumurta rezervinde azalma, abortus riski, menstrual siklus düzensizlikleri koitus durumundaki azalma gibi sorunlar kadınlarda gebe kalma durumunu olumsuz etkilemektedir (Önal, 2024: 8).

Zararlı Madde Kullanımları: Kişinin yaşam şekli genel anlamda sağlık ve doğurganlık üzerinde doğrudan bir etki oluşturmaktadır. Sigara içmek, uyuşturucu kullanımı, yasaklı madde kullanımları; esrar, kokain, eroin gibi maddelerin kullanımı halk sağlığını tehdit etmekle birlikte infertilite üzerinde olumsuz bir durum yaratmaktadır. Zararlı madde kullanımları kişinin kalp rahatsızlıkları, şeker ve bazı kanser çeşitlerine yakalanma oranını yükseltmekte, üreme kabiliyetini düşürmektedir. Sigara kullanımı, kadınlarda gebelik şansını azaltırken; erkeklerde sperm kalitesini düşürmekte ve DNA hasarına yol açmaktadır. Ayrıca hormonal bozukluklar ve erken menopoz gibi sorunları da tetikleyebilmektedir (Homan, vd., 2007: 209).

Kilo: Obezite; insan vücudundaki yağ oranındaki aşırı artış olarak tanımlanmaktadır. Obezite, beden kitle indeksi (BKİ) ile belirlenir; BKİ değeri 25 kg/m²'nin üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün yapmış olduğu çalışmalara göre obezite kaynaklı ölümlerde artış yaşanmaktadır. Her sene 2,8 milyon

insan obeziteden dolayı hayatını kaybetmektedir. Bununla birlikte kadınlarda obezite oranı erkeklere kıyasla daha fazladır. Obez çiftlerde infertilite ihtimali daha yüksek seyretmektedir. Kadınlarda infertilite; diyabet, yumurtlama seviyesinde düşüş, bağlayıcı seks hormonu globülin seviyesinde azalma, oosit kalitesinde düşüş, embriyonun gelişiminde sorunlar gibi risklere neden olmaktadır. Ayrıca polikistik over sendromu seviyesindeki %10'luk artışta obeziteye bağlı infertiliteyi artırmaktadır. Elde edilen bulgular infertilite durumunda kilonun etken bir rol oynadığını göstermektedir (Dolanbay, 2019: 111; Yılmaz ve Yardımcı, 2015).

Beslenme: Glisemik indeksi yüksek yiyecekler ya da yiyeceklerdeki fazla karbonhidrata bağlı glisemik yükün fazla olması vücutta bazı metabolik problemlere yol açmaktadır. Ayrıca insülin direncindeki artışa bağlı olarak diyabette artış, oksidatif stres, dislipidemi gibi hastalıkların görünmesinin yanı sıra yumurtlama sayısında azalma ve doğurganlık üreme gibi sorunların görünmesine de yol açabilmektedir. Bununla beraber hormonal dengesizliklerin yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Tüm bunlar da ovulasyonu olumsuz etkilemektedir (Akder ve Ayhan, 2020: 1).

Kadınlarda protein ağırlıklı beslenme, testosteron ve androjen düzeylerini düşürerek olumlu etki yaratabilirken; kırmızı et ve kümes hayvanı kaynaklı yüksek protein tüketimi anovülasyona yol açabilir. Ayrıca dengesiz yağ alımı da doğurganlığı olumsuz etkileyebilir. Aşırı karbonhidrat, düzensiz beslenme ve obezite gibi durumlar hormonal bozukluklara neden olarak yumurta ve sperm kalitesini düşürebilir. Bu nedenle, infertilite tedavisinde dengeli ve bilinçli beslenme büyük önem taşımaktadır (Bozdoğan ve Tazeoğlu, 2024: 133-137).

Spor: Egzersiz, yalnızca fiziksel değil psikolojik sağlığı da destekleyerek bireyin genel iyilik hâline katkı sağlar. Düzenli spor yapmak, vücut yağlarını azaltarak pek çok kronik hastalık riskini düşürürken, insülin hassasiyetini artırarak over fonksiyonlarını düzenleyebilir ve doğurganlığı olumlu etkileyebilir. Spor aynı zamanda infertiliteye bağlı stresin azalmasına, benlik saygısının artmasına ve doğurganlık sürecinin desteklenmesine yardımcı olur. Ancak aşırı egzersiz, hormonal dengesizlikler ve adet düzensizlikleri gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğinden, dengeli yapılması önemlidir (Teskereci, 2010: 17).

Koitus Sıklığı: İnfertilite hormonal sorunlar, yumurtlama ya da spermin kalitesine bağlı olgulardan etkilenebilmektedir. Ancak çiftler arasındaki cinsel ilişki sıklığı da infertilite durumunu etkileyen bir diğer faktördür. Eşler arasındaki cinsel ilişki düzeyi sadece iyi veya kaliteli bir birlikteliğin göstergesi olmanın yanında eşlerin doğurganlıkları

üzerinde de belirleyici olabilmektedir. Sağlık sorunları, toplum baskısı, psikolojik etkiler ve daha birçok neden bir araya geldiğinde cinsel ilişki sıklığında yaşanan azalma hem gebe kalma ihtimalini düşürmekte hem de cinsel birliktelik düzeyinde azalmaya sebep olmaktadır. Buna bağlı olarak çiftler birbirlerinden uzaklaşmakta bu durum infertilite süresinin uzamasına neden olmaktadır (Gaskins, vd., 2018: 4). Ayrıca infertilitenin yaşandığı dönemde cinsel işlev bozuklukları ilişkilerin bozulmasına ve hatta evlilik kurumunun sona ermesine de neden olabilmektedir (Aksoy ve Şahin, 2020: 29).

Çevresel Faktörler: İnfertilite sadece genetik yatkınlıklardan etkilenecek ortaya çıkan bir durum değildir. Bazen bu duruma dış etkenler de neden olmaktadır. İnfertiliteyi etkileyen çevresel faktörler arasında çevrede bulunan zararlı kimyasallar gelmektedir. Bu tür maddeler sanayi atıkları olabildiği gibi herkesin ulaşabileceği günlük yaşamın içerisinde sıklıkla temas edilen ürünler de olabilmektedir. Kimyasal birleşenler, dezenfektanlar, silikon türü ürünler ya da organik çözeltiler bunlardan bazılarını oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra boya, deterjan, parfümler, deodorantlar, aseton, tiner vb. ürünler de düşük riskine ve sonrasında infertiliteye yol açabilmektedir (Tekin, 2024: 24).

Sosyo-Kültürel Faktörler: Kültür; kişiye özgü bilgi, değerler ve tavırların toplamı ve bunların tamamının birleşimleri olan maddi-manevi oluşumların tamamıdır. Kültür toplumu ve içerisinde bulunan kişiyi etkilemekte ve onu şekillendirmektedir. Fikirlerini, olaylara bakışını, bir şeyleri algılama şeklini etkilemektedir. Kültür sadece gelenek ve göreneklerden oluşan bir olgu değildir. Kültür insanların sağlıklı ya da sağlıksızlığı ile ilgili durumlarını da yapılandırmaktadır. Kültür hastalıkların isimlendirilmesi ve görece herhangi bir şeyle ilişkilendirilmesinde de etkindir. Bu durumda kısırlılığı fizyolojik bir durum olmakla beraber kültürel bir durum haline de getirmektedir (Güngör ve Kaya, 2023: 660).

Çocuk sahibi olabilmek toplumun devamlılığı anlamında önemlidir. Ayrıca kadın ve erkeğe toplum tarafından farklı roller atfedilmektedir. Erkek neslin devamını sağlayacak tohuma sahip olarak görülmektedir. Bu onu tanrılaştırmaktadır. Kadın ise tohumun ekileceği topraktır ve bu durum onu dünyevileştirmektedir. Metaforik olarak bakıldığında infertilite durumunda toprak ve tohum işlevsizdir. Kısacası görevini yerine getiremeyen kadın ve erkek yetersizdir ve bu durum toplumun sonunu getirebilmektedir. Öte taraftan toplum tarafından beklenen bu tür bir duruma karşılık verememek toplumdan dışlanma riskini de beraberinde getirmektedir. Üstlenilen bir görevin yerine getirilmemesi gibi bir

algı meydana gelebilmektedir. Toplumdan dışlanan birey yalnız kalarak sıkıntı yaşamaktadır (Şimşek, 2017: 64).

Ekonomik Faktörler: Ekonomik faktörler, kadınların sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmeleri üzerinde rol oynamaktadır. Bu sorunlar doğrudan olabileceği gibi dolaylı şekilde de olabilmektedir. Düşük gelir düzeyi, eğitim seviyesindeki düşüklük, ülkenin gelişmişlik düzeyi kadının toplumdaki konumu ve ona atfedilen değer, kadının ekonomik alandaki varlığı gibi olgular önemlidir (Yücesoy, vd., 2021: 258).

Cinsel Sorunlar: Cinsellik, hayatın ve neslin devamı adına gereklidir. Ayrıca ruhsal, sosyolojik, ahlaki, psikolojik boyutları ile çok yönlüdür. Cinsel benlik, kişinin kadın veya erkek kendi hakkındaki cinsel sağlığı, görünüşü, bu rollerde sahip olduğu algı düzeyidir. Yapılan çalışmalarda infertilite yaşayan erkeklerin öz güvenlerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Kadınların ise infertilite sürecinde cinsel benliklerinde erkeklere oranla daha büyük sorunlar yaşadığını göstermektedir. İnfertilite hem kişinin hayat kalitesini düşürmekte hem de kendisine yönelik cinsel algısında olumsuz değerlendirmeler yapmasına yol açmaktadır. Bu durum öz saygının gerilemesi ve değersizlik hissi yaratmaktadır (Khalesi ve Kenarsi, 2024: 2; Tao, vd, 2011: 620).

2.1.3. İnfertiliteye neden olan faktörler

2.1.3.1. Ovülasyon sorunları

Gebeliğin oluşmasında yumurtlama kapasitesi önemli bir parametredir. Olgunlaşmış yumurtanın uterusu düşerek sperm ile döllenmesi ile gebelik oluşmaktadır. Ancak bazı durumlarda yumurtlama gerçekleşmemekte ve infertilite meydana gelebilmektedir. İlk kez 1958’de insana ait hipofiz hormonları sayesinde gerçekleştirilen tedavi sayesinde 1960 yılında ilk hamilelik gerçekleşerek tedavi tıp dünyasına kazandırılmıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen yardımcı üreme tekniklerinde de son yıllarda iyileştirmelerin olduğu ve yasalara da buna yönelik eklemelerin yapıldığı görülmektedir. Örneğin 35 yaşından küçük hastalara tek 35 yaş üstü kişilere ise çift adet embriyo aşılanabilmektedir. 35-40 yaşından sonra bu oranda daha fazla düşüş görülmektedir (Akın ve Şahin, 2020: 57; Doğan, 2024: 23; Homburg ve Insler, 2002: 449; Katsikis, vd., 2006: 120).

Kadına ait infertilite nedenleri arasında ovulasyon kaynaklı infertilite oranı %18 ile 40 arasında görülmektedir. Çoğu hasta da menoraji durumunda ovulasyona bağlı infertilite teşhisi konulmaktadır. Bu tür hastalarda olağan yumurtlama gerçekleşmediğinden ovulasyon idüksiyonu yapılmaktadır. Amaç olağan fizyolojik duruma benzeyen dominant

folikül olayını gerçekleştirerek ovulasyonu harekete geçirmektir (Acar, 2019: 2; Yılmaz, 2020: 16; Yılmaz ve Kahyaoğlu, 2012: 1509).

Yapılan çalışmalar annenin yaşı kadar kilosunun da yumurtlama üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Kadının kilosu artıkça yumurtlama sayısı da azalmaktadır (Bulut ve Şahin, 2021: 30). Literatürde, diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle kilo kaybı sağlayan kadınlarda, ovulasyon indüksiyonuna verilen yanıtın ve tedavi başarısının anlamlı biçimde arttığı bildirilmektedir. Gebe kalmak için uygun yumurtlama zamanının kaçırılmaması için ovulasyon günlerinin fertilite bilincine dayalı olarak takip edilmesi de önem arz etmektedir (Fıçıcıoğlu ve Özcan, 2017: 30).

2.1.3.2. Tubal faktör

Fallop tüpleri, gebelik için gerekli olan yumurta ve spermin döllenme alanına taşınmasını sağlayan temel üreme yapılarıdır. Kadınlarda zamanla bu tüplerle ilgili çeşitli problemler ortaya çıkabilir ve bu durum doğal gebeliği engelleyerek infertiliteye yol açabilir. Tubal kaynaklı sorunların bazıları basit tedavilerle giderilebilirken, bazıları cerrahi müdahale gerektirebilir. Günümüzde ise infertilite tedavisine yönelik seçenekler artmış, yalnızca tubal müdahalelerle sınırlı kalmayıp daha kapsamlı yöntemler uygulanmaya başlanmıştır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013: 170; Perlman, vd. 2005: 124).

Kadın infertilitesinin ve yaşa bağlı infertilitenin %30-35'lik kısmı tubal kaynaklıdır (Höbek, 2017: 18). Tubal faktöre bağlı infertilite vakaları dünya genelinde giderek artmaktadır (Tekin ve Bilgin, 2017: 69).

2.1.3.3. Endometriozis

Endometriozis; stroma dokusu ve glandların uterus dışında yer edinmeleri sonucunda oluşmaktadır. Stromalar yani bağ dokuları gibi rahmin iç kısmında bulunan hücrelerin uterus dışında kopuk şekilde dolaşmasına bağlı gelişmektedir. Endometriozis durumuna en çok pelviste rastlanmaktadır. Yapılan ultrason değerlendirmelerinden sonra en etkili çözüm cerrahi operasyonla kitlenin alınarak olası infertilite riskinden kurtulmaktır (Dirican, vd.,2008: 55).

Sık görülen bir rahatsızlık olan endometriozis doğurganlık çağındaki kadınların %5 ve %10'luk kısmında görülmektedir. Endometriozis kaynaklı kadın infertilisi oranı %20-30'dur. (Karakaş, 2022: 4; Leyland, vd. 2010: 110).

Kadınların yaşamını olumsuz şekilde etkileyen endometriozis pelvik ağrı ve infertilite sebebi olabilmektedir. Ancak bu dönemde kullanılan ilaçların vücutta tüylenme, ruhsal dalgalanmalarda artış, ses kalınlaşması, nadirde olsa ciddi karaciğer hasarına yol açtığı bilinmektedir (Symons, vd., 2018: 748; Olive, vd., 2001: 266).

2.1.3.4. Uterus sorunları

Uterus, döllenmiş yumurtanın implantasyonu ve gebeliğin sürdürülmesinde temel bir rol oynamaktadır. Genetik uterus bozuklukları, sonradan oluşan doku hasarları ya da hastalıklar rahmin işlevlerini bozarak gebelik olayını olumsuz etkileyebilecek etkenler yaratabilmektedir (Taylor ve Gomel, 2007: 1). Bunlar;

İmplantasyon Başarısızlığı: Sağlıklı embriyoların uterusu taşınması sonrasında implantasyonun başarılı olamaması durumudur. Gebeliğin gerçekleşmemesinde bazı faktörler etkili olabilmektedir. Yaş, kilo, zararlı madde kullanımları, maruz kalınan zararlı çevresel etmenler bunlardan bazılarıdır. Aynı şekilde oosit kalitesindeki düşüklük yanında spermin kalitesi de implantasyonun başarısızlığı üzerinde etkili olmaktadır. Bazı uterus sorunları da gebelik üzerinde etkili olabilmektedir (Gül ve Demir, 2018: 77).

Septali Rahim: İki parçalı rahim olarak adlandırılmaktadır. Rahmin iç kısmını iki parçaya ayıran rahimden bağımsız var olan ve rahim duvar kalınlığını %50 aşan iç kısmın varlığıdır (Cömert, 2016: 20; Rikken, vd., 2019: 1195).

Tek Boynuzlu Rahim: Müllerian sistemin gelişmemesi sonucunda oluşan sorunlar infertilitenin en yaygın sebepleri arasında gösterilmektedir. Tek boynuzlu ya da unicornlu uterus müllerian kaynaklı sorunların %13'ünü oluşturmaktadır (Akar, vd., 2005: 148). Tek boynuzlu rahim de müllerian sistemin bir tanesinin ya tamamında ya da bir bölümünde sorun bulunmaktadır. Müllerian sistemin bir kısmı gelişmişken diğer tarafın gelişmemesidir (Erden, 2015: 39).

Bikornuat Rahim: Rahmin üst kısmında müllerian sistemin noksan birleşmesi ile oluşmaktadır. İki farklı ancak birbiriyle bağlantılı endometrial aralık ve bir tane serviksin oluşumuna yol açmaktadır (Mastrolia, vd., 2017: 2705). Bikornuat rahim anormalisi gebelik öncesi ya da gebelik esnasında teşhis edilebilmektedir (Borgohain, 2017: 346).

Rahim Didelphys: İki müllerian sistemin oluşması durumudur. Müllerian kanallar birbiriyle bağlantı kurmayacak şekilde oluşurken yan yana gelişmektedirler (Slavchev, vd., 2020: 198).

Endometrial Polipler: Farklı miktarlarda dokular, bezler ve stroma bulunan rahim içi mukozanın uzantısıdır. Saplı ve sapsız olan polipler corpus uteride sıklıkla görülen lezyonlardır. Uzun süreli ve düzensiz kanama şikâyetlerinin başlıca nedeni olarak görülmektedirler (Sevindik, 2021: 38).

Miyomlar: Bağ dokuları, kas lifleri ve değişken miktardaki lifli dokudan oluşan genellikle iyi huylu olarak adlandırılan neoplazmadır. Kramplar ve sık âdet kanaması görülmektedir. Tüm dünyada gerçekleştirilen histerektomi ameliyatlarının %40-60'ı miyom kaynaklı gerçekleştirilmektedir (Sparic, 2015: 424; Wray, vd., 2015: 417).

2.1.3.5. İnfertiliteye sebep olan hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), çeşitli bakteriler, virüsler, mantarlar sebebiyle ortaya çıkan ve ana sebep olarak ta cinsel ilişki esnasında korunma yöntemlerinin uygulanmaması nedeniyle ortaya çıkan hastalıklardır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar gebelik esnasında anneden bebeğe geçebilmektedir. Ayrıca kan yoluyla da hastalığın bulaşma riski oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her sene takribi 333 milyon kişi cinsel yolla bulaşan hastalık tanısı almaktadır. Daha çok 20-24 yaş aralığında görülen hastalık ülke açısından da ciddi sıkıntılar oluşturabilmektedir. Ülkede yaygın olarak bulunan bulaşıcı hastalıklar halk sağlığını tehdit etmektedir. HIV, Hepatit B-C, gonokok, sifiliz, trikomonas cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (Bakır ve Beji, 2015: 10; Doğan ve Altındağ, 2017: 32-33). Bunlar;

HIV: İmmün yetmezlik virüsü (HIV)'nün neden olduğu bir hastalıktır. AIDS hastalığına neden olmakta ve bağışıklık sistemini çökertmektedir (Zhang, 2025: 161).

Hepatit-B: Hepatit-B virüsünün neden olduğu kalıcı enfeksiyona ve kronik karaciğer hastalığına neden olan bir hastalıktır. Kan ve vücut sıvıları yolu ile bulaşmaktadır (Li, vd., 2025: 1).

Hepatit-C: Hepatit-C virüsünün neden olduğu bir hastalıktır. Kanseri ve karaciğer hastalıklarının temel sebebidir. Kan yolu ile bulaşmaktadır (Mukherji, vd., 2024: 1).

Gonokok: Bel soğukluğu olarak bilinen gonokok Neisseria gonorrhoeae bakterisinin insan vücuduna girmesiyle ortaya çıkmaktadır. Cinsel ilişki ile bulaşan hastalığın anneden bebeğe bulaşma olasılığı bulunmaktadır (Kofoed, 2021: 4).

Sifiliz: Treponema Pallidum bakterisinin neden olduğu CYBH'tır. Frengi olarak bilinmektedir (Gürlek, vd., 2020: 54).

Trikomonas: Vajina mukozasında trikomonas vaginalis parazitinin bulunmasıyla oluşmaktadır. Cinsel yolla bulaşmanın yanı sıra elverişsiz hijyen koşulları da trikomonasa neden olabilmektedir (Olivia, vd., 2025: 244).

Cinsel ilişki sırasında korunma yöntemlerinin kullanılmaması, birden fazla partnerin bulunması, cinsel ilişkiye yönelik bilgi eksikliği, küçük yaşlardan itibaren cinsel birliktelik gibi nedenler hastalıkların artmasındaki en önemli nedenler olarak gösterilmektedir. Trikomonas erken doğuma ve bebeğin enfekte şekilde doğmasına neden olmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda virüsün enfekte durumdaki anneden bebeğe bulaşma riski bulunmaktadır. Bu enfeksiyonla dünyaya gelen bebeklerde ölüm sıklığı artmaktadır. Ayrıca tedavi edilmeyen CYBH'ler ve bu tür hastalıklar ektopik gebelik, infertilite, pelvik bölgede ağrı, canlı doğumun gerçekleşmemesi, düşük ve çeşitli kanser hastalıklarına sebep olabilmektedir (Olivia, vd., 2025: 244; Ayaz ve Zarakol, 2021: 48; Doğan ve Altındağ, 2017: 33; Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011: 464).

2.1.4. Açıklanamayan infertilite

Kadınlarda ovulasyon sorunları, tubal faktörler, uterus sorunları gibi bazı durumlar infertiliteye neden olmaktadır. Ancak, açıklanamayan infertilite durumu da söz konusudur. Bu durum kadınlardaki infertilitenin %15'ine karşılık gelmektedir. Açıklanamayan infertilite, kapsamlı incelemeye karşın bir yıl boyunca korunmasız ilişki durumunda gebeliğin gerçekleşmemesi sonucunda tanıya neden olacak bir sebep olmaması olarak açıklanmaktadır. 35 yaş ve üstü kadınlarda 6 ay içerisinde gebeliğin olmaması herhangi bir nedene bağlanamadığında açıklanamayan infertile olarak kaydedilmektedir (Önder, 2024: 26; Özdemir ve Kaplan, 2020: 81).

Açıklanamayan infertilite tanısı, infertil ile ilişkili tüm testlerin yapılmasından sonra herhangi bir bulguya rastlanmaması sonrasında konulmaktadır (Işıkcı, vd., 2014: 105). Sperm testleri, ovulasyon analizleri, tubal değerlendirmeler sonrasında olağan dışı bir soruna rastlanmaması sonrasında açıklanamayan infertilite değerlendirilmesi yapılmaktadır. Tanının prevalansı %22-28 aralığında seyretmektedir. Bu sayı 35 yaşın altında %21, 35 yaşının üstünde ise %26'dır. Genetik yatkınlıklar, immün sistem ya da hormonal kaynaklı sorunlar bu duruma yol açabilmektedir. Yine yumurtalık rezervleri ve sperm kalitesi gibi nedenlerde açıklanamayan infertilite sebebi olarak gösterilebilmektedir. Bu nedenle soruna yönelik detaylı testlerin yapılması ve doktor kontrolündeki süreçler sorunun ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilmektedir. Bununla birlikte hayat

standartlarında yapılabilecek olumlu değişimlerle; zararlı madde kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenme, kilo takibi, çevresel risklerden kaçınma gibi olgularla infertilitenin tedavi edilmesi de mümkündür (Çağlar ve Satılmış, 2019: 172; Kan, vd., 2014: 507).

2.1.5. İnfertil kadınlarda görülen yaygın psikolojik tepkiler

Kişiler genellikle sağlıklı olma durumunu fiziksel bir boyut olarak düşünmektedirler. Organlar ya da vücut bütünlüğünde bir eksiklik olmaması sağlıklı olmanın göstergesi olarak algılanmaktadır. Psikolojik durum, sağlıklı insan tanımının dışındaymış gibi bir algı oluşturulmaktadır. Ancak ruh sağlığının zedelenmesi organların ya da vücut bütünlüğünün bozulmasına eş değer sorunlar yaratmaktadır. Mental sağlığın iyi olması daha kaliteli bir yaşam için olmazsa olmazlar arasında ilk sıralarda gelmektedir. İnfertilite de cinsellik gibi toplumda çok konuşulmayan konulardandır. İnfertilite durumunda soruna yönelik fiziksel tedavi imkanları aranmakla birlikte psikolojik destek istekleri genellikle ötelenmektedir. Sebep olarak ise “el ne der” görüşünün tabulaşmasıdır. Maalesef bu ve benzeri durumlar infertilite sorunu yaşayanların kişilerin daha da yalnızlaşıp içine kapanmalarına neden olmaktadır (Koyun, vd., 2011: 68; Katakaş ve Aslan, 2021: 130).

İnfertilite, çiftler için önemli bir sorun olup sürecin uzaması hayal kırıklığı ve mutsuzluğu artırabilir. Toplumsal baskı, etiketlenme ve stres gibi faktörler, bireylerin öz saygısını ve kadınlık/erkeklik algısını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle infertilite süreci ile ruh sağlığı arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Cwikel, vd., 2004: 127; Namdar, vd., 2017: 1).

İnfertilite doğurganlık dönemindeki eşlerin %10-15’lik kısmını doğurganlık yönünden etkilemektedir. İnfertilite sorununun %40’ı kadın, %40’ı erkek ve diğer %20’lik kısmı da eşlerin her ikisinden de kaynaklanabilmektedir. İnfertilite genel olarak; stres, panik, aksiyete sorunları, ruhsal gel gitler, eksiklik hissi, öz benlik saygısında azalma, umutsuzluk, korku gibi psikolojik sorunlara neden olmanın yanında sosyal itibarda azalma, toplum tarafından ötekileştirme gibi sosyal baskılara da yol açmaktadır. En önemlisi de kişinin öz güveninde ciddi kayıplara neden olmaktadır. Bu tür durumlar kişinin toplumdan kaçmasına, yalnızlaşması ve sonrasında da psikolojik sorunlar yaşayarak yaşamdan uzamasına neden olmaktadır. Bazı durumlarda ise boşanmalara ve aile kurumunun yok olması gibi istenmeyen durumlara kadar da gidebilmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013: 162; Yıldız, vd., 2020: 1100).

2.2. Öz Şefkat

2.2.1. Öz şefkat kavramı

Karışık bir yapıyı barındıran insan türlü durumlarla karşılaşarak dönüşümünü tamamlamak ve kendi kimlik ve kişiliğini inşa etmekle yükümlüdür. Zamanın getirdikleri olumlu olduğu kadar zorlu süreçlerde hayatın temel dinamikleri arasında yerini almaktadır. Yaşadıkları karşısında savunmasını kaybetmiş her kişi için şefkatli bir yaklaşım kişiyi o gün için ayakta tutabilmektedir.

Şefkat, Pali dilinde “karuna” olarak dillendirilmektedir. Anlam olarak duyarlı tarafları olan canlıların acı ve acının kendisine neden olan faktörlerden uzaklaşması ve bu hissi yok etmesi arzusu olan histir. Şefkat temel olarak başkalarının hüznlerine, acılarına, kederlerine ortak olmaktır. Empati duyarlılığının üst sınırdaki olması durumudur. Farkındalığın yüksek olması şefkatle ilişkilendirilmektedir. İnsanların hislerini anlayabilmek onlardan kaçınmak yerine acılarına ortak olarak onu bertaraf edebilecek desteğin varlığını hassas durumdaki kişiye hissettirebilmek şefkatin doğasının gereği olmaktadır. Ön yargıları yok etmek, üstten bakmadan karşısındaki kişiyi anlamaya çalışmaktır. Yargılamadan yaklaşmak, anlayış duyarlılığı, acılara ortak olmak ve sorunlara çözümler üretmeye çalışan karşılıklı insan ilişkilerinin olmazsa olmazıdır. Budizm’in ve doğu felsefesinin temeli olan şefkat son yapılan çalışmalarla sağlık anlamında da faydalı bir alan haline gelmiştir. Hastalıkların tedavisi anlamında hem beden hem ruh sağlığı alanlarında başarılı sonuçlar vermektedir (Aka, 2023: 15).

Öz şefkat; hoşgörüsüz bir şekilde kınama ve kırıcı olmaktansa şahsına yönelik merhametli ve bağışlayıcı olmaya meylettir. Kişi kendine yönelik hatalarını ve eksikliklerini yermeden duyarlı bir şekilde kendi duygularına yaklaşmaktadır. Birey sert ve kırıcı eleştiriler yerine anlayışlı ve şefkatli bir şekilde kendine yönelmektedir. İnsan kendini özünü aşağılayarak yermektense en büyük şefkati özüne göstermektedir. Hatalarını kabul ederek onları örtmek yerine onlarla var olabilmeyi ve hatta onlarla birlikte ilerlemeyi kabul etmektedir. Kusurlar insanın kendinden değil de dış unsurlardan kaynaklandığında anlayışlı olmak devreye girmektedir. Ancak kusur denilen şey kişinin şahsından kaynaklanıyorsa bazı durumlarda eleştirinin dozu acımasızlık boyutuna ulaşabilmektedir. Eleştiriler kırıcı, yargılar ölümcül olabilmektedir. Bu durumda ılımlı bir dilin kullanılması hem acıyla başa çıkmak hem de ona karşı savaşılabilecek gücü kazanabilmek için gereklidir. Öz şefkat kişinin kendi özüne karşı hatalarını, kusurlarını, eksikliklerini kucaklama şansı

vermektedir. Yeri geldiğinde kendi başını okşayacak ya da kendini kucaklayacak bir güçtür öz şefkat (Neff, 2023: 197).

2.2.2. İnfertil kadınlarda öz şefkat algısı

İnfertilite, bir yıl boyunca düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edilememesi durumudur ve çiftler üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik olarak yıpratıcı bir etkiye sahiptir. Kadınlarda yaşla birlikte artan infertilite riski, özellikle 35 yaş sonrası belirginleşmektedir. Bu süreçte kadınlar, toplum baskısı ve kişisel beklentiler nedeniyle daha fazla duygusal yük taşımakta; depresyon, stres ve özgüven kaybı gibi sorunlar yaşamaktadır. Öz-şefkat, kişinin hatalarına ve zorluklarına karşı anlayışla yaklaşarak kendini suçlamak yerine destekleyici bir tutum sergilemesidir. Araştırmalar, öz şefkatin psikolojik dayanıklılığı artırdığını ve infertilite sürecinde yaşanan olumsuz duyguları hafiflettiğini göstermektedir. Öz şefkat geliştiren kadınlar, çocuk sahibi olamamanın getirdiği suçluluk ve yetersizlik duygularıyla daha sağlıklı baş edebilmekte, bu da hem ruhsal iyilik hâlini hem de sosyal işlevselliği desteklemektedir (Deniz, 2013: 1; Seymenler ve Siyez, 2018: 186).

Türkiye’de infertilite görünme oranı %15-20 arasındadır. Öz şefkatin ve özyeterlik düzeyinin artırılması kadınların ruh hallerinde iyileşme yaşanmasına da neden olmaktadır. Bu durum tedavi başarısını da artırmaktadır (Uçar ve Karaca, 2024: 91). İnfertilite tedavisi gören kadınların yaşadıkları sürecin ve psikolojik etkilerinin diğer hayati tehlikesi bulunan hastalıklara sahip kişilerle benzer semptomlar gösterdiği saptanmıştır (Gülpınar, vd., 2019: 22).

Öz şefkat, kişinin yanlışlarını kabul etmesi, sıkıntılarını görmezden gelmek yerine onları benimseyerek kaçmak yerine onları kucaklaması, eksik yönlerine sırt çevirmek yerine bunun kendinden kaynaklandığını ve tüm bunların tamamen insanın doğası gereği olduğunu bilerek hareket etmesi manasına gelmektedir. Kısacası öz şefkat, işler bozulduğunda kırmadan işleri yoluna koymak için insanın kendini ayağa kaldırmaya çalışmasıdır (Allen ve Leary, 2010: 107).

Eşler çocuk sahibi olamama durumunda birbirlerine olan saygılarını ve sevgilerini kaybedebilmektedirler. Sıklıkla da diğer çiftlerle kendilerini kıyaslayarak bu durumu ciddi bir eksiklik olarak görme eğilimi göstermektedirler. Bu durum beraberinde üzüntü, stres ve akabinde çatışmalarla birlikte çatırdayan evlilikler yaratmaktadır. Son evrede ise depresyon ve boşanmalar yaşanmaktadır. Boşanmalarda başlıca nedenler arasında infertilite ve çocuk

sahibi olamama gelmektedir. İnfertilite durumunda kadınlar erkeklere göre daha fazla problem yaşarken bu durum karşısında daha kırılgan ve güçsüz kalmaktadırlar. Çocuk sahibi olamamanın yarattığı eksiklik duygusu kişiyi savunmasız bırakarak daha kırılgan hale getirmektedir. Akabinde toplumdan kopuk bir hayat ve izolasyon ile birlikte kapalı bir hayat yaşanmaya başlanmaktadır (Seymenler ve Siyez, 2018: 187).

Öz şefkat olgusu kişinin dış dünyada yaşananlara karşı gösterdiği anlayışı ve bağışlayıcılığı kendine de gösterebilmesidir. Öz şefkat üzerine yapılan çalışmalar da psikolojik olarak kişinin hiçbir ayırım olmadan insan olduğu için değerli olduğuna görüşü hakimdir. Bu nedenle infertilite ve buna karşılık geliştirilecek öz şefkat deneyimi üç ana birleşen üzerine inşa edilmektedir. İlk olarak; öz şefkat söz konusu eleştiriler karşısında özünü anlamaya çalışmaktadır. İkinci olarak; sorunları kendiyle ilişkilendirmek yerine bunun dünyada olabilecek bir şey olduğunu ilk ve tek değil kendisiyle birlikte bu durumu deneyimleyen insanların da olduğunu bilerek bunu anlaması ve diğer insanlarla eşit olduğunu kavraması gelmektedir. Son olarak ise; bu durumun farkına vararak acıları kişiselleştirmek ve hislerde aşırıya kaçmak yerine ona bilinçli şekilde yaklaşmaktır. Öz şefkatin harekete geçirilmesiyle birlikte söz konusu eksikliğe bağlı üzüntü halinde azalma ve kişinin kendisine karşı bağışlayıcı ve yıkıcı olmayan tutum sergilemesi sağlanmaktadır. İnfertilite yaşayan kadınlarda psikolojik çöküş, umutsuzluk, depresyon hali, kendine karşı acımasız eleştiriler gelişebilmektedir. Ancak infertil kadınlarda öz şefkatin gün yüzüne çıkartılması çocuk sahibi olamamanın getirdiği acılara göğüs germeyi ve toplumdan uzaklaşmamayı sağlarken bu durumun yıkıcı etkilerini geri plana atabilmek adına da önemlidir (Afshani, vd., 2019: 758).

2.2.3. Öz şefkat ve psikolojik uyum

İnfertilite çiftler üzerinde ciddi ruhsal etkiler yaratabilmektedir. Toplumsal olduğu kadar yakın çevreleri ve ailelerinden de baskı görmekte ya da hassasiyetleri olayları böyle algılamalarına neden olabilmektedir. Her hâlükârda sorunlardan kaçmak yerine onlarla yüzleşmeleri açık bir zihin ile olaylara yaklaşmaları infertilite ve onun getirdikleriyle başa çıkmaları adına çiftlere yardımcı olabilmektedir. Çünkü infertilitenin neden olduğu ebeveyn olamama durumu en çok anne baba adayının canını yaktmaktadır.

Psikolojik uyum; kişilerin fikirlerini, hislerini ve davranışlarını değişimler ve güçlüklerle mücadele edebilmek için hazırlaması sürecidir. Psikolojik uyum sürecinde kişiler meşakkatli durumlarla karşılaşmalarına rağmen bununla başa çıkabilecek yeterliliği

gösterecek yetiye ve duygusal uzlaşma sahip olmaktadırlar. Psikolojik uyuma sahip kişiler travmalar, çalışma alanındaki sorunlar, gündelik yaşamın getirdikleri karşısında dayanıklı, esnek ve sorunların çözümüne odaklanmaktadır. Bu durum yaşam kalitesinde artış, kişinin kendine yetebilmesi ve hayatın her alanında yukarı yönlü performans göstermesine neden olmaktadır. Uyum kabiliyeti yüksek kişiler hayattaki sorunlar nedeniyle yaşamı ertelemek yerine sorunun üzerine giderek onu çözmeye çalışmaktadırlar. Bu kişilerin stres seviyeleri daha düşük, hayata katılım dereceleri daha yüksek ve kendilerine dönük yaşama istekleri daha etkin olmaktadır (Rachmad, 2022: 1).

Olumsuz tecrübe yaşayan kişilerde stres artışı, zararlı madde kullanımına yönelme, ruhsal çöküntü gibi durumlar yaşanabilmektedir. Ancak bazı insanlar olumsuz durumlarla karşılaşmalarına rağmen ruh sağlıklarını koruyarak, hayatta ilerlemeye gayret etmektedirler. Olaylara nasıl tepki verileceği kişinin yaşama yaklaşımı ve sorunları ele alış şekillerine göre değişmektedir. Kişisel farklılıklar olaylar karşısındaki tutumları da değiştirmektedir. Bu tür kişilerde özşefkat kavramı diğer kişilere oranla daha gelişmiş durumdadır. Olaylar karşısında kendilerini suçlamak yerine kendilerini motive etme kapasiteleri daha işlevseldir (Aras, vd., 2022: 169).

Öz şefkat kişinin kendini merkeze almasını sağlamaktadır. Durumlara pasif yaklaşmak yerine çözümler üretecek yeterlilik için kişiyi desteklemektedir. En önemlisi de kişinin kendine acımasından ziyade anlayışlı ve sabırlı olması gerektiğini olayların bir deneyim kazanma aracı olduğunu telkin etmektedir. Durumlar oluşurken kendini olaya kaptırmak yerine otokontrolü ele alarak dengesizlik ve kontrol kaybını minimuma düşürerek ayakta kalmaya çalışmaktır. Kadınlardaki otokritik yani öz eleştiri daha yüksek olduğundan kendilerine yönelik anlayışları da daha azdır. Öz şefkat yaklaşımları kişilerin kendilerini eleştirmeleri yerine kendilerine yaslanmaları, olayları büyütme yerine onunla başa çıkma yöntemleri geliştirmesi ve bunun hayatın olağan durumu olduğu yaklaşımlarını geliştirmektedir. Öz şefkat psikolojik uyum sürecini iyileştirerek insan hayatını daha da kolaylaştırmaktadır. Bu tür kişiler de olaylarla başa çıkma isteği yüksek ve sorunlardan kaçma durumları ise daha aşağı seviyededir. İnsan her gün sorunlar ağının bir köşesinden hayata dahil olmaktadırlar. Problemler bazen daha yüzeysel bazen ise daha içsel olsa da insan hayatının enerjisini düşürmektedirler. Öz şefkat durumlara sırtını dönmek yerine çözüm üreten bir psikolojiyi etkinleştirmektedir. Durumlar karşısında psikolojik uyum yakalayan kişi hayattan kaçmak yerine sorunları çözecek bilince ulaşarak sorunu yok

edebilmektedir. Her günü belirsiz kişi bu şekilde hayatta kalmayı başarabilmektedir (Alaloğlu, 2020:11).

2.2.4. İnfertilite özyeterlik

2.2.4.1. Özyeterlik kavramı

Özyeterlik, bireyin belirli bir durumda gerekli davranışları başarıyla gerçekleştirebilme yeteneğidir. İnsanların belirli performans kabiliyetlerini kazanabilmek için gerekli etki alanlarını düzenlemek ve olayları yönlendirebilecek yeterliliğe ilişkin hükümlerdir. Dikkat edilmesi gereken şey özyeterlik, bireyin bir vazifeyi sonuçlandırma kapasitesi hakkında öne sürülen kabiliyetleriyle ilgili düşüncedir ve bireyin esas beceri ve başarısıyla ilgili bir kavram değildir. Özyeterlik algısı dört şekilde ortaya çıkmaktadır (Flammer, 2022: 13812).

Uсталık Deneyimleri: Bireyin daha önceki sorumluluklarındaki başarıma hissini hatırlayarak bunlarla ilgili düşünceleridir.

Dolaylı Deneyimler: Diğerlerinin yeteneklerini gözlemleyebilmekten gelmektedir.

Sözlü Teşvik: Karşı taraftaki insanların görüşleri ve yeteneklerinle ilgili yorumlardır.

Bedensel ve Ruhsal Durumlar: Bireyin öz algılaması sonucunda ortaya çıkan verileri yorumlamasıdır.

Özyeterlik herhangi bir işi tercih etme, işle ilgili uğraşlarımız, bir işin zorluğu karşısında ondan uzaklaşıp ya da ne pahasına olursa olsun onu tamamına erdirebilme inancıdır (Waddington: 2023: 237).

2.2.4.2. Özyeterlik kuramı

Özyeterlik kuramı Albert Bandura tarafından geliştirilmiştir. Özyeterlik Bandura' nın öncülük ettiği sosyal-bilişsel teori ve bu teorinin temelini oluşturan “karşılıklı belirleyicilik (reciprocal determinism)” esasına dayanmaktadır. Karşılıklı belirleyicilik esasına göre şahsi unsurlar, yaşanan çevre ve kişinin ortaya koyduğu tavırlar birbiri üzerinde etkileyici bir faktör olarak hareket etmekte ve bunun sonucunda da kişinin sonrasındaki hareketini etkilemektedir. Kısacası tüm bunlar bir araya gelerek kişinin sonraki davranışını belirlemektedir. Yapılan çalışmalarda aynı olgulara aynı şekilde cevap veren insanların olduğu saptanmıştır. Ancak kişinin algısındaki değişiklikler bireylerin olaylara farklı şekillerde karşılık vermesine neden olduğunu göstermektedir. Örnek olarak sudan korkan

kişiler su ile ilgili filmleri izlemekte bile zorluk çekebilmektedirler. Bu kişiler aynı terapi oturumlarına dahil olsalar bile herkesin bu korkuyu yenebilmesi mümkün değildir (Bhati ve Sethy, 2022: 1123).

Bandura yapmış olduğu çalışma ile kişilerin ortak özellikler gösterebilirler dahi (yaş, eğitim, kültürel özellikler, vs.) algılarındaki beceri farklılıkları nedeniyle hareketlerinde değişimlerin olabileceğini belirlemiştir. Bandura' nın özyeterlik tanımı ise; bireyin amaçlarını gerçekleştirebilme aşamasında hareketlerini tasarlamak, olayları harekete geçirme kabiliyetine dair görüşüdür. Yani bireyin bir işi sonuçlandırabilecek yeterliliğe sahip olup olmadığına dair kendi yeteneklerine olan inancıdır. Kişiler farklı yeteneklere sahip olabilmektedirler. Burada önemli olan zamanı geldiğinde bu yeteneklerini kullanıp kullanamayacakları. Olaylardan kaçmak yerine kabiliyetlerini ortaya koyarak çözümler bulabilmesi özyeterliktir. Diğer şekilde ne kadar yetenekli olursa olsun onları kullanmadığı takdirde söz konusu yeteneklerin pek bir önemi kalmamaktadır (Sakız, 2013: 187).

2.2.5. İnfertil kadınlarda özyeterlik algısı

Kişinin herhangi bir işi verimli halde sonuçlandırabilme, olayı etkin bir nihayete kavuşturabilme becerisine sahip olduğuna dair inancına özyeterlik denmektedir. Özyeterlik algısı kişinin motivasyonu ve hareketlerinin büyük çoğunluğu üzerinde etkiye sahiptir (Arseven, 2016: 63).

İnfertil kadınlarda Özyeterlik tanı, tedavi ve sonrasında infertilitenin üstesinden gelebilme yeterliliği duymak ve bununla başa çıkabilecek öz güvene sahip olmak olarak tasvir edilmektedir. Özyeterliliği gelişmiş kişiler olaylara karşı daha dirençli olmaktadır. Negatif durumlarda özyeterlik algısı düşmektedir. İnfertilite durumu kadınların özyeterlik algılarında düşüşe neden olmaktadır. Bu durum infertilite tedavisinin olumlu sonuçlanmasını da ortadan kaldırmaktadır. İnfertilite tedavisi uzun ve karmaşık olduğu kadar ruhsal durumlar üzerinde de çok etkilidir. Kadınların tedavi esnasında yaşadığı psikolojik etkiler de tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Ancak kadınların duruma uyum sağlamaları hem özyeterliklerini artırmakta hem de tedavinin verimli olmasını sağladığı için kadınları desteklenmektedir. İnfertilite durumunda uyum sağlamada kasıt kadınların her iki duruma da hazırlıklı olacak ruhsal, fiziksel ve akli yeterliliğe erişmesi demektir. Özyeterlik infertil kadınların tedavi sürecini anlamalarına ve infertilite tedavisinde olumlu

davranışların oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum tedavinin başarı şansını da artırmaktadır (Ozan ve Duman, 2018: 44).

2.3. İnfertilite Stresi

2.3.1. Stres kavramı

Kökeni Latince “estrica” olan stres tabiri; zorlama, gerilme, sıkıntı, üzüntü, kasvet, güçlük ve ayağa kalkmaya çalışmak için ortaya konulan gayret anlamına gelmektedir. Stres, canlının iç ve çevresel unsurlara karşılık gösterdiği ruhsal ve fizyolojik reaksiyon olarak meydana gelmektedir. Stres daha çok bedenin alarm durumuna geçmesini sağlayarak canlının daha tetikte olmasını sağlamaktadır. Bu gelişim riskli bir durumla karşılaşması durumunda insanın tepki geliştirmesini gerektiren bir süreçtir (Eryılmaz, 2024: 13).

Stres insan bedenin içsel ya da çevreden gelen herhangi bir değişim, sorun veya zorlamaya karşın verdiği karşılıktır (Levine ve Scotch, 2017: 1; Selye, 1956: 524).

Kişinin iç ve dış uyaranlar ile ilgili algıladığı olumsuz durumlar kişide gerilim yaratmaktadır. Stres insan bedeninde çeşitli etkiler oluşturmaktadır. Bedenen olduğu kadar ruhsal anlamda da insan yaşamını etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda stres kaynaklı sağlık kuruluşlarına başvurma oranında artış yaşandığı görülmektedir. Bunun yanında sindirim sistemi, kalp, tansiyon, cilt sorunları, alerji, tansiyon gibi hastalıklarla birlikte kanser ve kısırlık gibi sorunların görünmesinde başlıca nedenler arasında stres gelmektedir. Bedensel hastalıkların yanı sıra depresyon, aksiyete bozuklukları, kaygı düzeyinde artış gibi ruhsal sorunlarda da stresin etkileri görülmektedir (Yüksel, 2014: 111).

2.3.2. Stres ve başa çıkma kuramları

Bireyin stresi meydana getiren duruma karşın çabalamasına başa çıkma denmektedir. Bireyin kendisini aşan ya da onu sınırlayan bir olay olarak görülen bazı çevresel veya kişinin kendinden kaynaklanan arzularla uğraşmak adına devamlı değişen ruhsal, davranışsal tutum ve gayretlerdir. Başa çıkma durumu toplumdan ve kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Kişinin özyeterlik algısı, kendine olan öz şefkati, eğitim düzeyi, bilişsel süreçleri, görüşleri ve hayata yaklaşım tarzı etkin rol oynamaktadır (Otrar, vd., 2002: 477; Yılmaz, 2018: 4).

Stres farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Eleştiri, gözetlenme, ön görülemeyen şeyler, ihtimaller, değişiklikler stres kaynağı olabilmektedir. Hastalıklarda ön

görülemeyen iyi mi, kötü mü olduğu bilinemeyen sonuçlarının nerelere varılamayacağı ön görülemeyen şeyler olduğundan stres kaynakları olarak görülmektedir. Stres uzun dönemde depresyon, ruh sağlığı sorunları, sürekli endişe hali, uyku problemleri, sinir hastalıkları yanında psikolojik gel gitlerde artış, alınganlık, öz saygıda azalma, değersizlik hissi, kızgınlık ve bitkinlik gibi sorunlara neden olmaktadır. Stresle değişik şekillerde başa çıkma yolları bulunmaktadır (Otrar, vd., 2002: 476-477; Yılmaz, 2018: 47; Yurtsever, 2009: 81-87).

2.3.2.1. Psikodinamik kuram

Savunma mekanizmaları kuramı Freud tarafından ortaya atılmıştır. Ona göre kişilik üstesinden gelemeyecek kadar çok utanç ve üstesinden gelemeyecek sorunlarla başa çıkmaya çalışmaktadır. Freud, ebeveynlere karşı hissedilen kızgınlıklar, kin, bir diğerine karşın önlenemez nahoş düşünceler, yaşanan şoklar gibi birçok istenmeyen ve önlenemeyen düşüncelerin bilinç düzeyine getirilemeyecek kadar korkutucu olduğunu söylemektedir. Öz varlık tüm bunları bilinçdışına göndererek stresi azaltmaya veya tümüyle yok etmeye çalışmaktadır. Söz konusu etkilerin gün yüzüne çıkması sürekli sinir halinin yaşanmasına neden olmaktadır. Bilinç kişiyi bu tarz durumlara karşı korumaya programlı olduğundan savunma mekanizmaları sayesinde benliğini korumak adına bu süreçler devreye girmektedir. Bilinç bu tür durumları otomatik olarak kullanmaktadır. Yani bunun için bir tuşa basmaya ya da bir kod girmeye gerek yoktur. Benlik söz konusu düşünceler gün yüzüne çıkmasın diye bu teknikleri kullanmaktadır. Yansıtma, dışa vurma, yalıtma, inkâr, yer değiştirme, mantığa bürüme, yapma, bozma, karşıt tepki geliştirme, yüceltme, mizah, baskılama gibi olgular savunma mekanizmalarından bazılarıdır. Benlik bu tür psikolojik süreçleri kullanarak stresin etkilerinden kurtulmaya ve olası durumlarla başa çıkmaya çalışmaktadır (Callak; 2019: 12-22).

2.3.2.2. Genel uyum sendromu kuramı

Biyolojik kuram içerisinde bulunan genel uyum sendromu kuramı 1936 yılında “Hans Selye” tarafından ortaya atılmıştır. Stresin etkilerini incelemiş olan Selye bu etkileri laboratuvar ortamında hayvanlar üzerinde tatbik etmiştir. Stres kaynaklarına (ışık, ses, uyarıcılar, vb.) maruz kalan hayvanların tamamında organlarda meydana gelen anormal büyüme ve küçülmelerle birlikte sindirim sistemlerinde de tahribatların olduğu gözlemlenmiştir. Strese maruz kalan kişiler 3 aşamadan geçmektedirler. Birinci aşama

“alarm tepkisi” seviyesidir ve kişi çevreden kendisini etkileyecek bir uyarının olduğunu fark etmektedir. İkinci aşama “direnme aşaması” dır ve birey stres ile başa çıkma mekanizmalarını kullanarak strese adapte olmaya ve onu bertaraf etmeye çalışmaktadır. Üçüncü ve son aşama ise “tükenme aşaması” sürecidir. Söz konusu süreçte stres kaynağının devam etme süresi ve yoğunluğuna bağlı olarak kişi stresle başa çıkma gücünü kaybedebilmektedir. Bu üç süreç tüm canlılar için aynı şekilde ilerlemektedir. Alarm seviyesi çocukluk, direnme aşaması yetişkinlik ve son aşama olan tükenme ise yaşamın sona ermesi ile ilişkilendirilmektedir. Selye’ye göre kuramın dört hipotezi bulunmaktadır.

1. Bütün canlılar yaşamlarını devam ettirebilmek adına yaradılışlarından itibaren bir içgüdü ile dünyaya gelmektedirler. Bu içgüdü onları hayata karşı dengede tutmaktadır.
2. İç ve dış uyarıcılar kişiyi etkilemektedir. Vücut ise bu etkilere karşılık vererek bedeni korumaya çalışmaktadır.
3. Beden strese karşı aşamalardan geçmektedir. Stresin yoğunluğuna bağlı olarak aşamaların etkisi de değişmektedir.
4. Savuna mekanizmaları olsa bile insanın kapasitesi sınırlıdır ve stres ile başa çıkamayarak pes edebilmektedir (Cunanan, vd., 2018: 789; Yurtsever, 2009: 81).

2.3.2.3. Çatışma kuramı

Çatışma kuramına göre stresin esas kaynaklarından biri kişilerin topluma entegre olabilmesi için gereken normları kişilere öğretmeye çalışmasından kaynaklanmaktadır. Bu öğrenme zorla olsa bile kişinin bunu öğrenmesi için çabalayan toplum dinamikleri kişilerin gerilim yaşamasına neden olmaktadır. Çatışma teorisine göre stres, aile içi yaşam, iş hayatı, öğrenme süreçleri, siyasal ve sosyal olgulara bağlı şekilde gelişebilmektedir. Ayrıca toplumdaki adaletsizlik, gelir eşitsizlikleri, toplumsal baskılar, ürünlere erişimin kısıtlı olması, görevlerin eksik yapılması da stres kaynaklarından olmaktadır. Teoriye göre stres, uyumsuz toplumsal ilişkilerin varlığı, fakirlik ve ihtiyaç duyulan hizmetlere erişememe ya da onlardan mahrum kalma, otoriteye sahip olamama ve kişinin olayları kontrol edememesinin doğal sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Söz konusu çatışma durumunda iki farklı kişi veya grubun olması ve iki tarafında isteklerinin varlığı aynı şekilde bunları kabul ettirebilme isteği çatışmanın olmasına neden olmaktadır. Çatışma durumları kişilerde başarısızlık hissi yaratmaktadır. Bu tür durumlar kişilerde gerilim, mutsuzluk sıkıntı yaratmaktadır. Çatışmalar kişilerde stresin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çatışma

kuramı kişide stresli durumları yaratan olgular olsa bile ve birey bunları istemese bile ondan kurtulmak için yollar aramaya çalışacağı için stresten kurtulma yolları bulmak adına bireyin aktif olması gerektiği durumlar yaratacağı için etkili bir yol olarak görülmektedir (Devilliers, 2003: 15; Oğuz Taşbaş, 2019: 9).

2.3.2.4. Canlı sistemler yaklaşımı

Canlı sistemler yaklaşımına göre yaşam; hücreden ulus üstü sistemlere kadar sekiz düzeyde incelenir ve bu sistemler birbiriyle sürekli etkileşim içindedir. İnsan, bu etkileşim sonucu oluşan girdi ve çıktıları işleyerek yaşamını sürdürür. Ancak sistemlerden birindeki dengesizlik, tüm yapıyı etkileyebilir. Stres, sistemin dengesini bozan bir faktördür; belirsizlik ve karmaşa beden uyumunu bozar. Bu durumda organizma dengeyi yeniden sağlamak için kendini yeniden düzenlemeye çalışır. Stresin tekrar eden yapısı yaşam kalitesini düşürürken, birey dengeyi koruyabilmek için yürüyüş, spor, sanat gibi etkinliklere yönelerek ya da olumsuz durumlardan uzaklaşarak stresle baş etmeye çalışır. Stresten korunmada bireyin öncelikle kendini merkeze alması önemlidir (Steinberg ve Ritzmann, 1990: 139; Yılmaz, 2018: 57).

2.3.2.5. Genetik yapısal kuramlar

Bu kurama göre stresle başa çıkmada bireyin genetik yapısı belirleyicidir. Genotip (kalıtsal yapı) ve fenotip (fiziksel özellikler), stresle baş etme direncini etkileyen önemli unsurlardır. Genetik yatkınlıklar, sinir sistemi hassasiyetleri ve kalıtsal hastalıklar bireyin strese karşı dayanıklılığını azaltabilir. Örneğin, mide-bağırsak ya da kalp-damar rahatsızlığı olan bireyler stresin etkilerine karşı daha duyarlıdır. Bu nedenle, stresin etkileri bireyin fizyolojik özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir (Yurtsever, 2009: 83).

2.3.3. İnfertilite stresi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization WHO) verilerine göre infertilitenin dünya üzerinde yaşanma sıklığı %12-15 oranındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) bilgilerine göre Türkiye’deki infertilite oranı 2013 yılında %11,2’den; 2018 yılında %12’ ye yükselmiştir. İnfertilite kişide stres yaşanmasına neden olmaktadır. İnfertil tanısı almış olan kişiler de sosyal baskı, etiketlenme, şiddet ve boşanma gibi sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca infertilite stresinin depresyon, aksiyete de artış, toplumdan uzaklaşma ve kontrol kaybı gibi nedenleri de olabilmektedir. Ancak doğurganlık özelliği

genellikle kadınla ilişkilendirildiğinden infertilite stresi görünme oranı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (Alkılıç, 2025: 13; Civan ve Beydağ, 2023: 59; Güleşçi, 2024: 7).

İnfertilite çiftleri özellikle kadınları daha fazla etkileyen bir sorundur. Anne baba olmak evlilik olgusunun olmazsa olmazı olarak görüldüğünden ve bunun gerçekleşmemesi durumu evlilik bağına yıpratabilmektedir. İnfertilite tedavisi uzun, sancılı ve pahalı bir süreçtir. Çoğu infertil çift devlet desteklerinden faydalanamayabilmektedir. İnfertilite tedavisinin maddi yükünün olması, tedavide hayal kırıklığı yaşama gibi nedenler bireylerde stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır. İnfertilite kişilerde sıkıntı, utanç, mutsuzluk, sinir haline yol açabilmektedir. (Çinkır, 2023: 10).

İnfertilite stresi bazı çiftlerin yakınlaşmasını artırırken çoğu zaman da çiftler arasında çatışma, tatminsizlik istenmeyen durumlarda şiddet ve boşanmalara neden olabilmektedir. İnfertilite stresi her çift üzerinde aynı etkiyi yaratmamaktadır. Bazı çiftleri yakınlaştırırken bazılarını da daha da uzaklaştırabilmektedir. Buradaki ayrım çiftlerin bağılılıklarındaki farklılıklardan, stresle ve olaylarla başa çıkabilme iradelerinden kaynaklanmaktadır (Pasch vd., 2017: 131).

2.3.4. İnfertilite stresinin etkileri

İnfertilite stresi toplum, aile, sülale boyunca oluşan stres ve korkularla desteklendiğinde başa çıkılması daha da güçleşmektedir (Güleşçi, 2024: 19).

İnfertil sorunu yaşayan hastalarda depresyon, endişe hali, uzaklaşma ve sorumluluklardan kaçma isteklerinde artış yaşanmaktadır. İnfertilite yaşayan kadınlar genellikle bu durumu yakın çevreleriyle paylaşmaktan kaçınmaktadırlar ve böylece ruhsal çözümleri de zorlaşmaktadır. İnfertilite tedavisi gören kişilerin depresyon ve diğer ruhsal hastalıklara yakalanma ihtimali daha fazladır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki infertilite kişiler üzerinde ciddi sorunlara neden olmaktadır. 2004 yılında 122 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların %40'ında bunalım ve aksiyete düzeyinin olduğu görülmüştür. 42.000 kadın ile yapılan daha geniş katılımlı bir başka çalışmada ise bu oran %37 olarak belirlenmiştir. Yine aynı şekilde 106 kadının üzerinde yapılan başka bir değerlendirilmede ise kadınların %9,4'ünün intiharı düşündükleri ve maalesef bazı kadınların bu tür girişimlerde bulunduğu bildirilmiştir. Genel olarak infertilite sorunu yaşayan kadınlarda psikolojik sorun görünme oranı %40-60

arasındadır. İnfertilite problemi olan kadınların infertilite tedavisine başlama düzeyleri de yine stres durumlarına bağlı olarak aksayabilmektedir ve bu kadınların tedaviyi sonlandırma istekleri daha fazla olabildiğinden tedavi süreci de sekteye uğrayabilmektedir (Çınkır, 2023: 9; Rooney ve Domar, 2018: 41).

İnfertilite stresi kadınların hayatında ciddi etkileri olan bir süreçtir. Anne olamama korkusu sürekli olarak gergin ve stresli bir ruh hali içerisinde olunmasına neden olmaktadır. Ancak ne kadar meşakkatli bir durum olursa olsun hayat rutin akışında devam etmektedir. Modern zamanda kadınlar iş yaşamının faal birer üyesi konumundadır. Evde eş iş yerinde ise bir çalışan olan kadın infertilite durumuna maruz kaldığında iş yaşamındaki verimliliği ve performansı da bu durumdan etkilenmektedir. İnfertilite tedavi süreci, kadının devamlı olarak bu meseleye takılıp kalmasına neden olmaktadır. Çalışma hayatında bile durmaksızın bu fikir ile meşgul vaziyettedir. Tedavi süreci boyunca iş yerinden alınan izinlerin kadının çalışma hayatına negatif yansımalarının yanında performanstaki düşüklük ve motivasyon kaybıyla azalan iş verimliliği kadının iş yaşamında sıkıntı çekmesi bazen de işinden uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Bununla beraber terfi ihtimalini kaybedebilme, eğitimde aksama, kariyer planlarının gerisine düşebilme gibi sorunlarda oluşabilmektedir. Bu ve benzeri durumlar kişideki stres seviyesini daha da artırarak yaşamdan uzaklaşması, hayat kalitesinde düşüş ve öz saygıda azalmaya sebep olmaktadır. İnfertilite bu yönüyle de yaşam üzerinde etkide bulunabilmektedir (Durmazoğlu, 2015: 69).

2.3.5. İnfertil kadınların infertilite stresiyle başa çıkma stratejileri

İnfertilite ve sonrasında gebeliğin oluşabilmesi için yapılan teşhis ve tedavi süreci infertiliteyi üstesinden gelinmesi zor ve sıkıntılı bir sürece dönüştürmektedir. İnfertilite teşhisi almış olan kadınlarda depresyon, psikolojik çöküş, sinirlilik hali ve mutsuzluk gibi istenmeyen durumlara sık rastlanmaktadır. Söz konusu durum kadınların ruhsal, bedensel çöküş yaşamalarına ve çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle infertiliteyle başa çıkmak için yöntemler geliştirilmektedir.

İnfertilite ile başa çıkmak için geçerli ve geçerli olmayan yöntemler geliştirilmektedir. Geçerli yani “etkin baş etme yöntemleri”; vücuda, hislere ve fikirlere ve olaylara göre değişmektedir. Bedene yönelik olarak; dini inançlara yönelerek dua etmek, spor, düzenli beslenme, nefes terapileri gibi aşamaları içermektedir. Hislere ve fikirlere yönelik olarak ise; kişinin yaşadıklarını ve tecrübelerini anlatmaktan kaçınmasının aksine

kendini açık ve net bir şekilde ifade etmesini şart koşturmaktadır. Bu düşüncelere pozitif şekilde yaklaşabilmeyi öğrenmek kişiye fayda sağlamaktadır. Olaylar bazlı yaklaşım da ise; yaşanan durumdan kaçmak yerine onu kanıksamak gerekmektedir. İnfertilite stresi ile baş edebilmek için gerekli tüm destekleri almaktan kaçınmak yerine çare arama yollarına yönelmeyi gerekiyorsa psikolojik destek alınmasının da sağlanmasıdır. İnfertilite stresi çiftler üzerinde farklı etkiler yarattığından “etkin olmayan başa çıkma” yolları da söz konusu olabilmektedir. Bunlar yasaklı madde kullanımlarına yönelmek, toplumdan soyutlanma, düzensiz beslenmeye bağlı kilo artışı ve orantısız reaksiyon gösterme olabilmektedir (Yaraş, 2023: 48).

İnfertil tanısı almış olan kadınların bir kısmı ise çocuk sahibi olan kişilerden uzaklaşmak ve infertilite sorularına maruz kalmamak için ortamlardan uzak kalmaya çalışmaktadırlar. Bu kaçış onlar için infertilite stresiyle başa çıkma yöntemlerinden biridir. Ancak bu durum daha fazla içlerine kapanmalarına yol açacağından yaşanacak çöküş, mutsuzluk, sinir hali ve depresyon görülme ihtimali de daha fazladır. Kadınlar sıklıkla bu sorunu aynı deneyimi yaşamış kişilerle paylaşma eğilimi göstermektedirler. Ya da dini ritüellere yönelmek, ilahi merhamet arayışı, meditasyon gibi ruhani arayışlar içinde olabilmektedirler. Kimileri ise bu durumdan kaçmak yerine sorunun üzerine gitmeyi istemektedirler. Ancak bu durum bazen çatışmalara sebebiyet verebilmektedir. Söz konusu çatışma dışarıya da olabileceği gibi kişi kendisiyle de çatışabilmektedir. Tetikte olma düşüncesi kişiyi yıpratarak çevreye tavır almak ve hatta kendine karşı da acımasız olunmasına yol açabilmektedir. Bu durumda sosyal destekte bulunmak kişinin tekrardan kaybettiği öz güveni kazanabilmesine, kendine karşı öz şefkat gösterebilmesine ve durumla başa çıkacak yeterliliği bulmasına yardımcı olabilmektedir (Erbektaş, 2022: 29).

Stres genel olarak yaşamı olumsuz yönde etkileyebilen bir faktör olsa da stres seviyesine bağlı olarak strese karşı gösterilen reaksiyon kişinin yaşama tutunabilmesine de imkân tanıyabilmektedir. İnsan bedeni her koşula karşın ayakta kalabilme yolları bulabilecek şekilde programlanmıştır. Stresin ortaya çıkmasıyla birlikte insan bu stresi yok etmenin yollarını bulmaya odaklanarak olayları olumluya dönüştürebilecek imkanlar arayışına girmektedir. Ancak her kişi için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Çünkü stresle başa çıkma kabiliyeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Yaş, cinsiyet, sosyal çevre, kültürel özellikler, eğitim durumu gibi faktörler stresle başa çıkma kabiliyeti üzerinde etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki sosyal destek almak bu durumla başa çıkmanın en verimli yoludur (Demir, 2024: 19).

Bu süreçte alınabilecek eğitimler de infertilite stresiyle başa çıkma yollarından biridir. Sağlık merkezlerinden alınabilecek eğitimler sonucunda kadınların infertilite ile ilgili bilgi alabilmeleri kulaktan dolma dogmatik bilgiler yerine temeli olan bilimsel savlara yönelmelerini sağlanabilmektedir. Eğitimler, infertiliteyi iyileştirmek için ruh halinde düzelme, pozitif bilinç seviyesini artırma, stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesi, olumlu olanı fark edebilme eğilimi aşılabilme gibi yardımcı tedavi yöntemleri öğretilerek stresi yok etme yöntemi ya da en aza indirebilmek adına kadınlara yardımcı olmaktadır (Tahta, 2024: 24).

2.3.6. İnfertil kadınlarda öz-şefkat, özyeterlik ve stres ilişkisi

İnfertilite, bir yıl boyunca düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması durumudur ve dünya genelinde milyonlarca çifti etkilemektedir. Bu durum yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve psikolojik etkileri olan karmaşık bir süreçtir. Toplumun çocuk sahibi olmayı aile olmanın temel koşulu olarak görmesi, infertil bireyler üzerinde ciddi bir baskı oluşturmakta, özellikle kadınlar üzerinde damgalayıcı etkilere yol açmaktadır (Cousineau ve Domar, 2007: 293; Öçal, 2022: 10).

Bu süreçte bireylerin psikolojik dayanıklılığı ve kendilerine yönelik yaklaşımları önem kazanmaktadır. Özşefkat, kişinin hataları ve zorlukları karşısında kendine karşı anlayışlı, destekleyici bir tutum geliştirmesidir. Öz şefkat insanın öncelikli olarak kendine yönelmesini, kendini sevmesini sağlamaktadır. Öz şefkat başkalarını değil öncelik sırasına birincil olarak kişinin kendisini koymaktadır. Öz şefkat bencil olmak değildir. Aksine her şeyin ve herkesin dengeli ve eşit olduğu bir anı içermektedir (Neff ve Knox, 2016: 1).

Özyeterlik ise bireyin karşılaştığı sorunları çözebileceğine, durumu yönetebileceğine olan inancıdır. Özyeterlik düzeyi yüksek bireyler, değişim ve belirsizlik karşısında daha dirençli davranabilmekte, süreci kontrol altına alma konusunda daha etkili olabilmektedir. Araştırmalar hem öz şefkatin hem de özyeterliğin infertilite sürecinde yaşanan psikolojik zorluklarla başa çıkmada önemli koruyucu faktörler olduğunu göstermektedir (Flammer, 2022: 13812; Uçar ve Karaca, 2024: 90).

Stres; bir uyarıcıya ya da uyarıcının kendisine gösterilen karşılık veya vücudun gösterdiği reaksiyondur. Stres değişkenleri ya da stresin yol açtığı etkiler kişinin ruhsal, fiziksel ve yaşam alanı üzerinde istenmeyen etkiler oluşturmaktadır. Stres depresyon, aksiyete, mutsuzluk, sinirlilik gibi ruhsal etkilerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Stres, infertilite sürecinde sık karşılaşılan ve bireyin hem ruhsal hem de bedensel sağlığını

olumsuz etkileyen temel bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle stresle başa çıkmak süreçte fiziksel ve psikolojik açıdan önem arz etmektedir. Ayrıca öz şefkat ve özyeterlik düzeyi yüksek bireyler, bu süreci daha az hasarla atlatmakta, stresle baş etme becerileri gelişmekte ve yaşam kaliteleri korunabilmektedir (Alagöz, 2022: 4; Kemeny, 2003: 124).

Rutin yaşam içerisinde stresin ortaya çıkması anlık gelişebilmektedir. Değişiklikler, hastalık durumları, iş yaşamındaki belirsizlikler bunlardan bazılarıdır. Ön görülemeyen ancak ortaya çıktığında insan bedeninin sekteye uğratan bu aşamalar insan hayatı için aşılması gereken bir alandır. Çünkü aşılamadığı takdirde yaşam kalitesini ciddi anlamda etkileyebilmektedir. İnfertilite de bunlardan bir tanesidir. Her ne kadar sağlık alanının bir uzantısı olarak görülse de yarattığı etkiler sosyal, ekonomik, psikolojik ve fizyolojik gibi bir dizi alanı ilgilendirmektedir. İnfertilite toplumun insan üzerinde söz söyleme hakkını kendinde bulması yanılgısı yaratmakta Çiftleri damgalayarak ki en çokta kadın bedeninin işlevselliğini etiketleme yanılgısına düşürmektedir. Kişiler için zor olan bu süreç toplum ve ailenin de baskısıyla bir savaş alanına dönüşmekte ve her an değişen stres faktörleri oluşturmaktadır. Burada kişilerin durumla başa çıkma kapasiteleri kadar kendilerine gösterdikleri anlayış ve iyimserlik hali öz şefkatleri ve özyeterlik algılarında önemlidir. Ayrıca düzenli bir şekilde yapılan psikolojik desteklerin kişideki olumsuzluk ruh halinden sıyrılarak hayata karışma ve sürecin üzerine gitme istekleri de yukarı yönlü bir seyir gösterdiği yani özyeterlik algısını artırdığı belirlenmiştir (Aktepe ve Tolan, 2020: 545).

İnfertilite her ne kadar istenmeyen bir süreçse de her insanın başına gelmesi muhtemel bir durumdur. Sağlıklı olup olmaması bu durumu belirlemekte esas kriteri oluşturmamaktadır. Anlık bir reaksiyon ve sonrasında infertilite hayatın merkezine oturabilmektedir. Kimileri bu durumla savaşmayı seçerken kimileri de bir kaçış yolu arayabilmektedir. Ancak sürecin bilincine vararak bunun bir aşama olduğunu fark etmek, duruma bu şekilde yaklaşma eğilimi göstermek ve gerekli destekleri almak kişiyi etkin konuma getirebilmektedir. Öz şefkatle herkesten önce kendine öncelik vermeyi seçerek kendini ayağa kaldırmayı başarabilmektedir. Özyeterlikle kendi kapasitesinin farkına vararak bu durumun üstesinden gelmeyi istemekte ve özüne inanarak olası yollara bulmaya çalışabilmektedir. Tüm bunlar birleştiğinde stres ne kadar kaçınılmaz olsa da ayağa kalkmak ve savaşmak mümkündür. Elbette infertilite de her türlü yolu denemeye karşın kişiler çaresiz de kalabilmektedir. Ancak kendini merkeze alan ve kendine inanan biri olarak süreci tamamladığında stresin etkisinden kurtulması gibi hayatına devam etmesi de olasıdır (Özkan, 2012: 19).

3. MATERİYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı tiptedir.

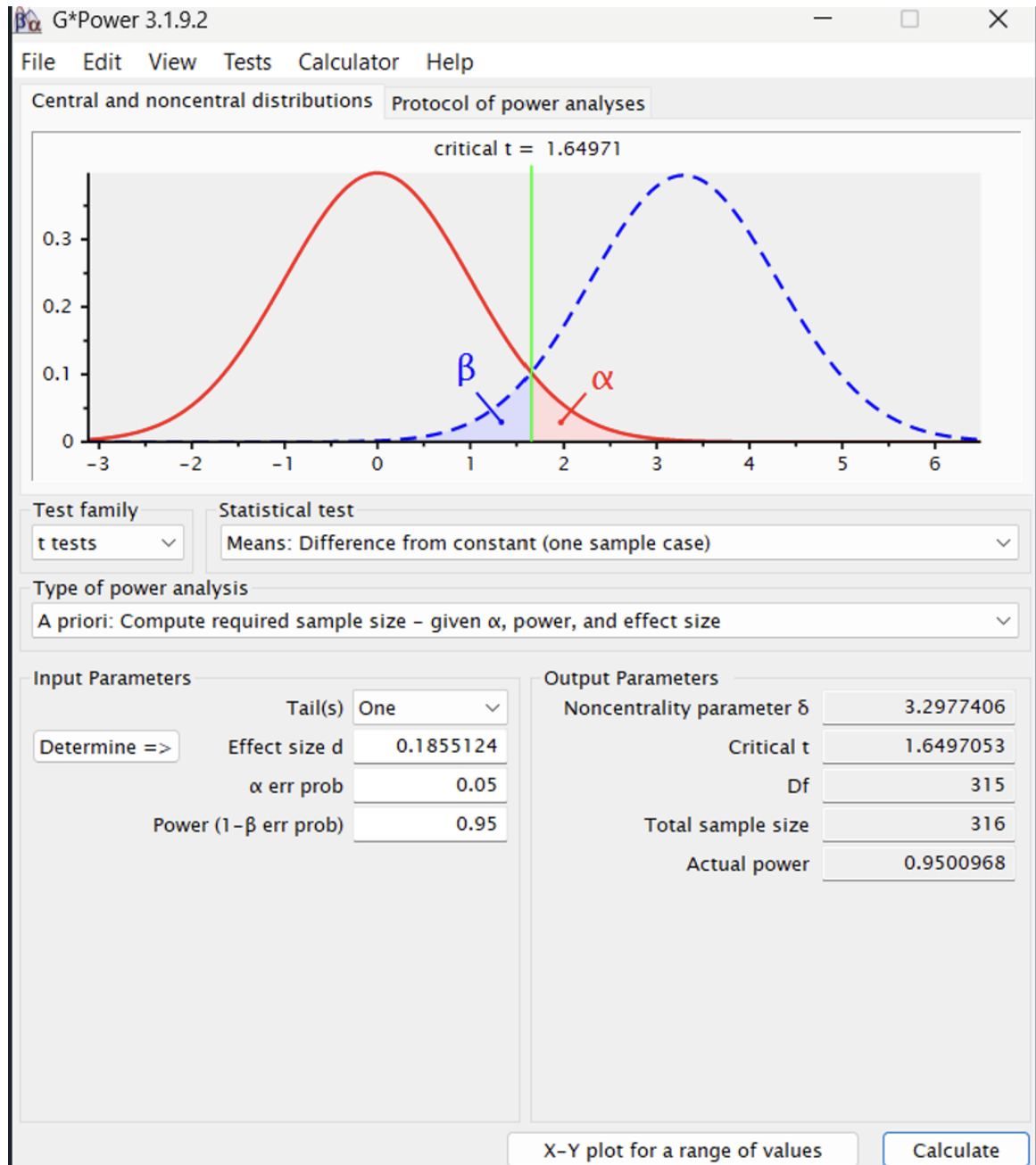
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya il merkezinde bulunan Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Kasım 2024-1 Mayıs 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek, Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) bölümünü kapsamaktadır. Birim hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Hafta sonu ise işlemin olup olmamasına bağlı şekilde çalışmaktadırlar. Birim bünyesinde 3 kadın doğum uzmanı, 1 sorumlu hemşire ve 3 hemşire, 2 embriyolog, 2 laborant, 1 sekreter ve 1 temizlik görevlisi çalışmaktadır. Birime başvuranlardan ultrason, kan tahlili ve ilaç kullanım bilgileri alındıktan sonra görüşme için uygun saat için hasta bilgilendirilerek tedaviye başlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek, Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) birimine başvuran infertilite tanısı almış olan kadınlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya başlamadan önce örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.2 programı kullanılarak a priori güç analizi ile hesaplanmıştır. Analiz sonucunda, tek yönlü t-testi için etki büyüklüğü $d=0,19$, alfa hata düzeyi %5 ($\alpha=0,05$) ve güç düzeyi %95 ($1-\beta=0,95$) olarak alındığında çalışmanın en az 316 katılımcı ile yürütülmesi gerektiği belirlenmiştir (Ozan & Duman, 2018). Araştırma kapsamında 346 katılımcıya ulaşılmış olup, gerçekleştirilen post hoc güç analizi sonucunda çalışmanın gerçekleşen gücü %96, etki büyüklüğünün $d=0,18$ ve alfa hata payının %5 ($\alpha=0,05$) olduğu görülmüştür.



Şekil 3.1. Örneklem Büyüklüğü Belirleme İçin Gerçekleştirilen G*Power Analizi

G*Power 3.1.9.2

File Edit View Tests Calculator Help

Central and noncentral distributions Protocol of power analyses

[12] -- Monday, December 01, 2025 -- 15:51:21

t tests – Means: Difference from constant (one sample case)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:

Tail(s)	=	One
Effect size d	=	0.1855124
α err prob	=	0.05
Power (1- β err prob)	=	0.95

Output:

Noncentrality parameter δ	=	3.2977406
Critical t	=	1.6497053
Df	=	315
Total sample size	=	316
Actual power	=	0.9500968

Test family: t tests

Statistical test: Means: Difference from constant (one sample case)

Type of power analysis: A priori: Compute required sample size – given α , power, and effect size

Input Parameters

Tail(s)	One
Effect size d	0.1855124
α err prob	0.05
Power (1- β err prob)	0.95

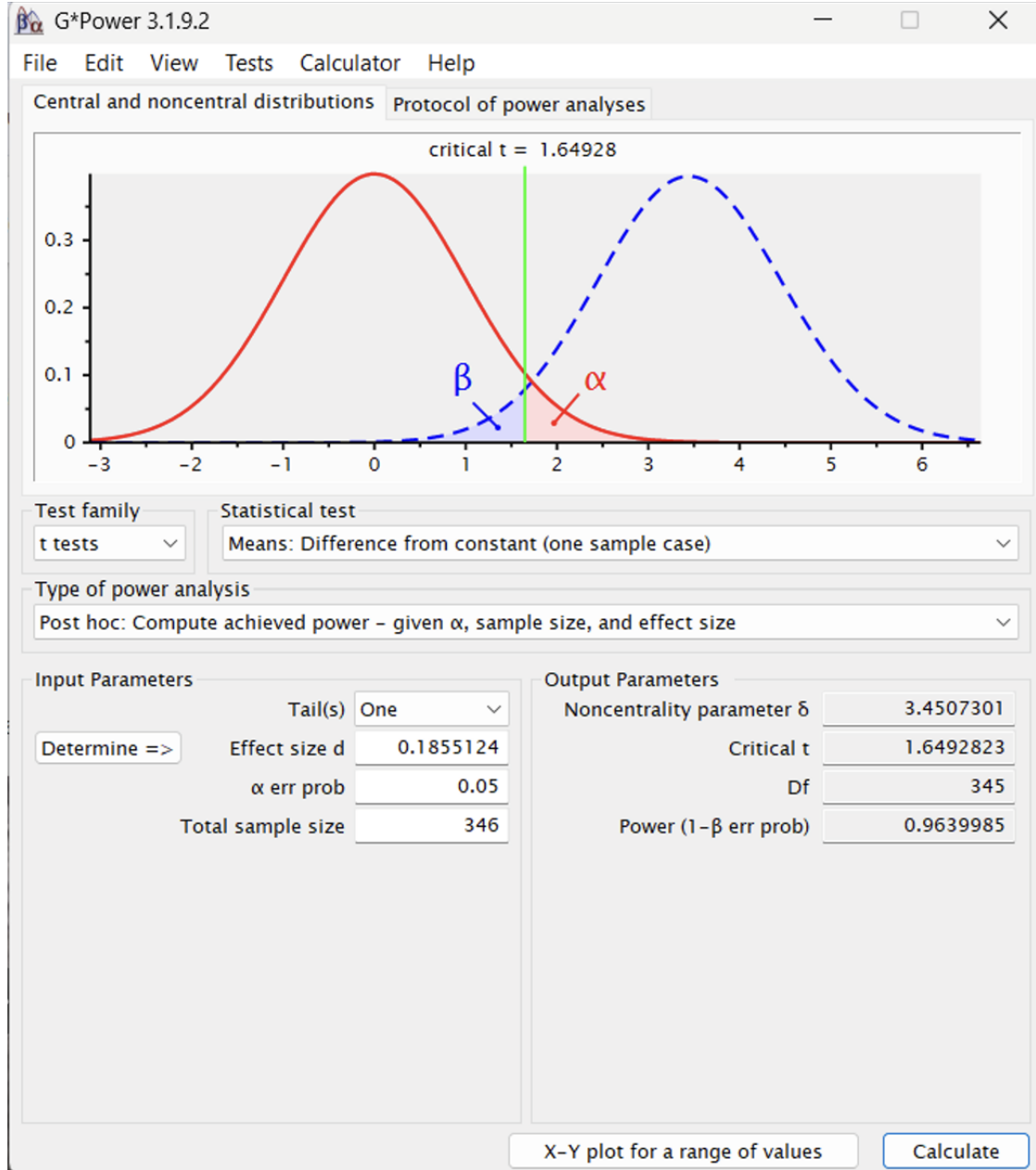
Determine =>

Output Parameters

Noncentrality parameter δ	3.2977406
Critical t	1.6497053
Df	315
Total sample size	316
Actual power	0.9500968

X-Y plot for a range of values Calculate

Şekil 3.2. G*Power A Priori Güç Analizi Çıktısı



Şekil 3.3. G*Power 3.1.9.2 Kullanılarak Yapılan Post Hoc Güç Analizi

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Türkçe konuşabilmek
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- İnfertilite tanısı almış olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Herhangi bir psikiyatrik tanısının olması
- Türkçe konuşamamak

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler Malatya Eğitim Araştırma Hastane ‘si’nde infertilite tanısı almış çiftlerin başvurduğu tüp bebek merkezinde yaklaşık 10-15 dk sürecek anket formları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile sözlü ve yazılı onamları alınan gönüllü kadınlardan toplanmıştır. Anket tekniğinde genellikle anketör vasıtasıyla söz konusu yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemde anketörler araştırmaya dahil olan örneklem grubuna giderek önceden çalışmaya uygun şekilde hazırlanan soruları yüz yüze şekilde sormaktadırlar. Bu teknikte karşılıklı iletişim yaşandığından sorulacak olan sorunun karşıdaki kişi tarafından anlaşılır olması sağlanabilmektedir. Bu şekilde soruların göz ardı edilmesi durumu da ortadan kaldırılabilmektedir.

Katılımcılara, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, hiçbir şekilde TC. Kimlik no ve isim soy isim gibi kişisel bilgilerinin alınmayacağı, sorulara verdiği yanıtları sadece bilimsel çalışmada bir defaya mahsus olarak kullanılacağı açıklanarak veriler toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada demografik değişkenler ele alınmıştır. Daha sonrasında Öz şefkat Ölçeği, İnfertilite Özyeterlik Ölçeği ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan tanıtıcı bilgi formu, İnfertilite Özyeterlik Ölçeği kısa formu, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve Öz şefkat Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Araştırmada ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle ilgili veriler çalışmada yer almaktadır.

3.6. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu kadınların yaş, çalışma durumu, yerleşim yeri, gelir durumu gibi soruların sorulduğu sosyo-demografik ve infertilite nedeni kime ait, infertilite tanınız nedir gibi infertilite ile ilgili bazı özelliklerin sorulduğu 16 sorudan oluşmaktadır (Afyonkale, 2018; Çinkır, 2023).

Öz şefkat Ölçeği: Bu çalışmada bireylerin öz-anlayış düzeylerini belirlemek amacıyla Neff (2003) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından yapılan Öz şefkat Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal formu, 5’li Likert tipi (1 = Hemen hemen hiçbir zaman, 5 = Hemen hemen her zaman) ve 26

maddeden oluşmakta olup öz nezaket, öz yargılama, ortak insanlık duygusu, izolasyon, bilinçli farkındalık ve aşırı özdeşleşme olmak üzere 6 alt boyuta sahiptir.

Ancak ölçeğin Türkçe uyarlamasında, yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda madde-toplam korelasyonu.30'un altında kalan iki madde çıkarılarak, ölçek tek boyutlu bir yapı kazanmış ve toplam 24 madde ile kullanıma sunulmuştur. Bu haliyle ölçekten alınabilecek puanlar 24 ile 120 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar bireyin öz şefkat düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise düşük düzeyde öz şefkat sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) Deniz ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada .89, test-tekrar test korelasyonu ise .83 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa değeri .86 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin araştırma kapsamında güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Ölçek olumlu ve olumsuz ifadeler içermektedir. 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 22 ve 23 numaralı maddeler olumsuz ifadeler içerdiğinden puanlama yapılmadan önce ters kodlanmıştır. Ters kodlama işlemi, ölçekten elde edilen toplam puanın doğru biçimde yansıtılması açısından önem arz etmektedir (Deniz., vd., 2008).

İnfertilite Özyeterlik Ölçeği: Bu araştırmada infertil bireylerin infertilite ile başa çıkma sürecine ilişkin öz-yeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonu, Cousineau ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiş ve infertil bireylerin bilişsel, duygusal ve davranışsal becerilerine yönelik öz-yeterlik algılarını ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. İlk olarak 16 maddelik dokuzlu Likert tipi bir yapı ile geliştirilmiştir. Türkiye'de Arslan Özkan ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanan ölçek, 8 maddeden oluşmaktadır. Türkçe kısa form, 4'lü Likert tipi derecelendirme (1 = Bana hiç uymuyor, 4 = Bana tamamen uyuyor) ile yapılandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 8 ile 32 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, bireyin infertilite ile başa çıkmada kendini yeterli hissettiğini; düşük puanlar ise öz-yeterlik algısının daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan tüm maddeler pozitif yönde ifade edilmiştir. 16 maddelik ISE ölçeğin cronbach değeri cronbach iç tutarlılık tahmini 0,94, madde-toplam korelasyonları 0,59 ile 0,86 arasında değişmiştir (Aslan, vd., 2014; Cousineau, vd., 2006).

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği: Bu çalışmada, infertil bireylerin yaşadıkları stresle başa çıkma biçimlerini değerlendirmek amacıyla Schmidt (2005) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Yılmaz (2012) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek hem kadın hem erkek infertil bireylere uygulanabilmekte ve toplam 19 maddeden oluşmaktadır. İlk 17 madde dörtlü Likert tipi bir ölçekle (1: hiç kullanmadım, 2: bazen kullandım, 3: sık sık kullandım, 4: çok sık kullandım) değerlendirilirken, son iki madde üçlü Likert tipi (1: hiç kimseyle paylaşmam, 2: sadece yakınlarımla paylaşırım, 3: tanıdığım çoğu kişiyle paylaşırım) şeklinde puanlanmaktadır.

İnfertilite Stresi'yle Başa Çıkma Ölçeği'nin aktif kaçınma için dört alt ölçeği için Cronbach alfa puanları kadınlarda 0,67 ve erkeklerde 0,65; aktif yüzleşme için kadınlarda 0,68 ve erkeklerde 0,70'dir. Pasif kaçınma için kadınlarda 0,62 ve erkeklerde 0,58; anlam temelli başa çıkma için kadınlarda 0,70 ve erkeklerde 0,68 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Oskay, 2016).

Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır:

İSBÇÖ Alt Boyutları ve Puanlaması: 1. Alt Boyut Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi: Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınma gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanan dört maddeden oluşur. Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 1, 2, 3, 4 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 4 en yüksek puan 16'dır. Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması bu başa çıkma yönteminin çok kullanıldığını düşük olması ise az kullanıldığını göstermektedir.

2. Alt Boyut Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi: Duygularını ifade etmek ve başkalarına danışmak gibi düşünceleri içeren yedi maddeden oluşur. Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 5, 6, 18, 19, 7, 8, 9 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir.

Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7 en yüksek puan 26'dır. Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması bu başa çıkma yönteminin çok kullanıldığını, düşük olması ise az kullanıldığını göstermektedir.

3. Alt Boyut Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi: Bir mucize için umutlanmak, yapabileceği tek şeyin beklemek olduğunu hissetmek gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dörtlü likert tipinde cevaplanan üç maddeden oluşur. Pasif-Yok

Sayma Başa Çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 10, 11, 12 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan üç en yüksek puan 12'dir. Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması bu başa çıkma yönteminin çok kullanıldığını düşük olması ise az kullanıldığını göstermektedir.

4. Alt Boyut Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi: İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünmek, başka yaşam hedefleri bulmak gibi düşünceleri içeren '1' ile '4' arasında derecelendirilen dördümlük likert tipinde cevaplanan beş maddeden oluşur. Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi alt boyutundan alınacak puan Madde 13, 14, 15 sorularının yanıtlarının toplanması ile değerlendirilmektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan beş en yüksek puan 20'dir. Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak puanın yüksek olması bu başa çıkma yönteminin çok kullanıldığını, düşük olması ise az kullanıldığını göstermektedir (Yılmaz ve Oskay, 2016).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma tek bir merkezle sınırlı tutulmuştur. Bu şekilde bütüncül verilere ulaşmak amaçlanmıştır.
- Etkili iletişimin sağlanamaması nedeniyle anketörün görüştüğü kişi ile anlaşamaması riski de bulunmaktadır.

3.8. İstatistiksel Analiz

Tablo 3.1. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değeri, çarpıklık ve basıklık değerleri

Ölçekler	Cronbach's Alpha Değeri	Çarpıklık	Basıklık
Öz şefkat Ölçeği	0,601	-,721	2,366
İnfertilite Özyetelik Ölçeği	0,881	,173	-,324
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği	0,786	-,199	,435
Aktif-Yok Sayma	0,685	,387	,164
Aktif-Mücadele Etme	0,640	-,194	,161
Pasif-Yok Sayma	0,699	-,002	-,742
Anlam Bulma	0,728	,046	,193

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 yazılımı kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılıklarını değerlendirmek için Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmış ve dağılım özellikleri çarpıklık ve basıklık değerleriyle incelenmiştir. Cronbach alfa $0.00 < \alpha < 0.40$ ise

güvenilir değil; $0.40 < \alpha < 0.60$ ise düşük güvenilirlikte; $0.60 < \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilir; $0.80 < \alpha < 1.00$ ise yüksek güvenilirliktedir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ise 3 ile + 3 arasında, kabul edilebilir değerler olarak kabul edilmektedir (Brown, 2006; Sovey ve ark., 2022). Araştırmada ÖŞÖ'nün Cronbach's Alpha değeri 0,601, İÖYÖ'nün 0,881, İSBÇÖ'nün 0,786 olarak bulunmuştur. İSBÇÖ'nün alt boyutları için Cronbach's Alpha değerleri ise Aktif Yok Sayma için 0,685, Aktif Mücadele Etme için 0,640, Pasif Yok Sayma için 0,699 ve anlam bulma temelli başa çıkma için 0,728 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik (yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, eşin yaşı, gelir durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, evlilik süresi) ve infertiliteye ilişkin özelliklerinin (infertilite nedeni, tedavi süresi, infertilite tipi, geçmişte başarısız tedavi denemesi, eş ve aile desteği) dağılımı frekans ve yüzdelik analizleriyle değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının bu özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği, ikili gruplar için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak incelenmiştir. Anlamlı farkların tespit edildiği durumlarda, hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek için post-hoc testler uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. İÖYÖ ve İSBÇÖ puanlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizlerinde model uygunluğu R, R², düzeltilmiş R² ve F istatistikleri ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizinde hata terimlerinin birbirinden bağımsız olması varsayımını test etmek amacıyla Durbin–Watson (DW) katsayısı incelenmiştir. Analiz sonucunda DW değeri 1.219 olarak hesaplanmıştır. Bu değer pozitif otokorelasyon olasılığına işaret edebilecek sınırdan bir düzeye yakın olmakla birlikte, Gujarati ve Porter (2009) regresyon modellerinde Durbin–Watson katsayısının 1 ile 3 arasında olmasının otokorelasyon problemini göstermediğini belirtmektedir. Buna göre, elde edilen DW değeri kabul edilen aralık içerisinde değerlendirilmektedir. Dolayısıyla modelde otokorelasyon sorunu olmadığı ve regresyon sonuçlarının geçerli şekilde yorumlanabileceği kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden gerekli kurum izni alınıp, daha sonra Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Etik kurul formu ekler kısmında

yer almaktadır. Katılımcılara ayrıca çalışmanın amacı açıklanıp “sözlü ve yazılı onam” alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1 katılımcının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımını göstermektedir. Yaş dağılımına göre katılımcıların %7,8'inin 8-25 yaş, %25,4'ünün (n=88) 26-30 yaş, %23,7'sinin (n=82) 31-35 yaş, %25,7'sinin (n=89) 36-40 yaş ve %17,3'ünün (n=60) 41 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre katılımcıların %4,0'ünün (n=14) okuryazar, %10,1'inin (n=35) ilköğretim mezunu, %28,3'ünün (n=98) lise mezunu ve %57,5'inin (n=199) üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Eşin eğitim durumuna bakıldığında, %11,8'inin (n=41) ilköğretim mezunu, %32,1'inin (n=111) lise mezunu ve %56,1'inin (n=194) üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur. Çalışma durumuna göre katılımcıların %51,2'sinin (n=177) çalışıyor, %48,8'inin (n=169) çalışmıyor olduğu belirtilmiştir. Eşin çalışma durumuna göre ise %93,9'unun (n=325) çalışıyor, %6,1'inin (n=21) çalışmıyor olduğu rapor edilmiştir. Eşin yaşı açısından katılımcıların %19,4'ünün (n=67) 26-30 yaş, %22,0'sinin (n=76) 31-35 yaş, %24,0'ünün (n=83) 36-40 yaş ve %34,7'sinin (n=120) 41 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Gelir durumuna göre katılımcıların %5,5'inin (n=19) düşük, %85,5'inin (n=296) orta ve %9,0'ının (n=31) yüksek gelir düzeyinde olduğu, yaşanılan yere göre %68,2'sinin (n=236) ilde, %31,8'inin (n=110) ilçede yaşadığı saptanmıştır. Aile yapısı açısından %89,3'ünün (n=309) çekirdek ailede, %10,7'sinin (n=37) geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir. Evlilik süresine göre katılımcıların %20,5'inin (n=71) 1-3 yıl, %27,5'inin (n=95) 4-7 yıl, %15,6'sının (n=54) 8-10 yıl, %13,6'sının (n=47) 11-13 yıl, %11,6'sının (n=40) 14-17 yıl ve %11,3'ünün (n=39) 18 yıl ve üzeri evli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=346)

Değişkenler		n	%
Yaş	18-25	27	7,8
	26-30	88	25,4
	31-35	82	23,7
	36-40	89	25,7
	41 ve üzeri	60	17,3
Eğitim durumu	Okuryazar	14	4,0
	İlköğretim	35	10,1
	Lise	98	28,3
	Üniversite ve üzeri	199	57,5
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	41	11,8

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=346)

	Lise	111	32,1
	Üniversite ve üzeri	194	56,1
Değişkenler		n	%
Çalışma durumu	Çalışıyor	177	51,2
	Çalışmıyor	169	48,8
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	325	93,9
	Çalışmıyor	21	6,1
Eşin yaşı	26-30	67	19,4
	31-35	76	22,0
	36-40	83	24,0
	41 ve üzeri	120	34,7
Gelir durumu	Düşük	19	5,5
	Orta	296	85,5
	Yüksek	31	9,0
Yaşanılan yer	İl	236	68,2
	İlçe	110	31,8
Aile yapısı	Çekirdek aile	309	89,3
	Geniş aile	37	10,7
Evlilik süresi (yıl)	1-3	71	20,5
	4-7	95	27,5
	8-10	54	15,6
	11-13	47	13,6
	14-17	40	11,6
	18 yıl ve üzeri	39	11,3

Tablo 4.2 katılımcının infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımını göstermektedir. İnfertilite nedeni açısından katılımcıların %55,5'inin (n=192) kadına ait, %7,2'sinin (n=25) erkeğe ait ve %37,3'ünün (n=129) nedeni bilinmeyen infertilite olduğu belirlenmiştir. İnfertilite tedavi süresine göre katılımcıların %44,2'sinin (n=153) 1-3 yıl, %30,3'ünün (n=105) 4-7 yıl, %15,6'sının (n=54) 8-10 yıl, %4,6'sının (n=16) 11-13 yıl ve %5,2'sinin (n=18) 14 yıl ve üzeri tedavi sürecinde olduğu bulunmuştur. İnfertilite tipine bakıldığında, katılımcıların %61,3'ünün (n=212) primer infertilite, %38,7'sinin (n=134) sekonder infertilite olduğu belirlenmiştir. Geçmişte başarısız tedavi denemesi açısından katılımcıların %74'ünün (n=256) evet, %26'sı (n=90) hayır cevabını verdiği saptanmıştır. Tedavi sürecindeki eş desteği değerlendirildiğinde, katılımcıların %65,9'unun (n=228) iyi, %34,1'inin (n=118) orta düzeyde eş desteği algıladığı bildirilmiştir. Tedavi sürecindeki aile desteği açısından ise katılımcıların %57,2'sinin (n=198) iyi, %34,7'sinin (n=120) orta ve %8,1'inin (n=28) kötü aile desteği aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. *Katılımcıların infertiliteye ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=346)*

Değişkenler		n	%
İnfertilite nedeni	Kadına ait	192	55,5
	Erkeğe ait	25	7,2
	Nedeni bilinmeyen	129	37,3
İnfertilite tedavi süresi	1-3	153	44,2
	4-7	105	30,3
	8-10	54	15,6
	11-13	16	4,6
	14 yıl ve üzeri	18	5,2
İnfertilite tipi	Primer	212	61,3
	Sekonder	134	38,7
Geçmişte başarısız tedavi denemesi	Evet	256	74
	Hayır	90	26
Tedavi sürecindeki eş desteği	İyi	228	65,9
	Orta	118	34,1
Tedavi sürecindeki aile desteği	İyi	198	57,2
	Orta	120	34,7
	Kötü	28	8,1

Tablo 4.3 katılımcının Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ), İnfertilite Özyetelik Ölçeği (İÖYÖ) ve İnfertilite Stres ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) puan ortalamalarını vermektedir. Katılımcıların ÖŞÖ puanı ortalamalarının $73,09 \pm 7,87$, İÖYÖ puanı ortalamalarının $20,50 \pm 5,18$ ve İSBÇÖ puanı ortalamalarının $45,25 \pm 7,33$ olduğu bulunmuştur. İSBÇÖ' nün alt boyutlarına bakıldığında, Aktif Yok Sayma alt boyutunun ortalama puanı $8,49 \pm 2,43$, Aktif Mücadele Etme alt boyutunun $15,36 \pm 3,08$, Pasif Yok Sayma alt boyutunun $7,95 \pm 2,29$ ve Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma alt boyutunun $13,43 \pm 2,98$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların ÖŞÖ, İÖYÖ ve İSBÇÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları (N=346)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
ÖŞÖ	73,09	7,87	39	102
İÖYÖ	20,50	5,18	8	32
İSBÇÖ	45,25	7,33	20	66
Aktif-yok sayma	8,49	2,43	4	16
Aktif-mücadele etme	15,36	3,08	7	24
Pasif-yok sayma	7,95	2,29	3	12
Anlam bulma temelli	13,43	2,98	5	20

Tablo 4.4, katılımcının Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasını vermektedir. Yaş gruplarına göre ÖŞÖ puanları 18-25 yaş için $75,18 \pm 8,32$, 26-30 yaş için $72,76 \pm 8,64$, 31-35 yaş için $72,63 \pm 7,13$, 36-40 yaş için $73,07 \pm 8,46$ ve 41 yaş ve üzeri için $73,28 \pm 6,52$ olduğu bulunmuş; varyans analizi (ANOVA) yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ($F = 0,591$, $p = 0,669$). Eğitim durumuna göre ÖŞÖ puanları okuryazarlarda $72,07 \pm 7,63$, ilköğretim mezunlarında $71,31 \pm 8,66$, lise mezunlarında $73,37 \pm 7,49$ ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde $73,33 \pm 7,93$ olduğu belirlenmiş olup; ANOVA testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır ($F = 0,779$, $p = 0,506$). Eşin eğitim durumuna göre ÖŞÖ puanları ilköğretim mezunlarında $71,43 \pm 8,93$, lise mezunlarında $73,04 \pm 7,37$ ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde $73,46 \pm 7,90$ olduğu bulunmuş; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 1,129$, $p = 0,325$). Çalışma durumuna göre çalışanlarda ÖŞÖ puanı $72,86 \pm 7,99$, çalışmayanlarda $73,33 \pm 7,76$ olarak saptanmış; bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t = -0,551$, $p = 0,582$). Eşin çalışma durumuna göre çalışanlarda ÖŞÖ puanı $73,11 \pm 7,87$, çalışmayanlarda $72,76 \pm 7,95$ olduğu, t-testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t = 0,197$, $p = 0,843$). Eşin yaşına göre ÖŞÖ puanları 26-30 yaş için $73,65 \pm 8,70$, 31-35 yaş için $72,81 \pm 7,87$, 36-40 yaş için $72,86 \pm 7,76$ ve 41 yaş ve üzeri için $73,10 \pm 7,53$ olduğu ve ANOVA testi sonucunda anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($F = 0,168$, $p = 0,918$). Gelir durumuna göre ÖŞÖ puanları düşük gelirden $70,42 \pm 8,25$, orta gelirden $73,10 \pm 7,63$ ve yüksek gelirden $74,64 \pm 9,58$ olduğu ve ANOVA testi sonucunda anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($F = 1,704$,

p = 0,184). Yaşanılan yere göre ilde yaşayanlarda ÖŞÖ puanı 73,18±7,60, ilçede yaşayanlarda 72,90±8,45 olduğu, t-testi sonucunda anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur (t = 0,610, p = 0,757). Aile yapısına göre çekirdek ailede ÖŞÖ puanı 73,08±7,95, geniş ailede 73,13±7,24 olarak bulunduğu; t-testinde anlamlı bir fark ortaya koymadığı tespit edilmiştir (t =-0,037, p = 0,970). Evlilik süresine göre ÖŞÖ puanları 1-3 yıl için 74,14±7,94, 4-7 yıl için 73,02±8,62, 8-10 yıl için 71,94±8,73, 11-13 yıl için 75,17±5,83, 14-17 yıl için 72,85±6,46 ve 18 yıl ve üzeri için 70,69±7,51 olarak bulunmuştur (F = 1,895, p = 0,095).

Tablo 4.4. Katılımcıların öz şefkat puanlarının sosyo- demografik değişkenlere göre karşılaştırılması (N=346)

Değişkenler	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Yaş				
18-25	75,18±8,32	61-99	F=0,591	0,669
26-30	72,76±8,64	41-102		
31-35	72,63±7,13	46-86		
36-40	73,07±8,46	39-88		
41 ve üzeri	73,28±6,52	52-85		
Eğitim Durumu				
Okuryazar	72,07±7,63	61-87	F=0,779	0,506
İlköğretim	71,31±8,66	39-87		
Lise	73,37±7,49	41-91		
Üniversite ve üzeri	73,33±7,93	46-102		
Eşin eğitim durumu				
İlköğretim	71,43±8,93	39-87	F=1,129	0,325
Lise	73,04±7,37	41-91		
Üniversite ve üzeri	73,46±7,90	46-102		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	72,86±7,99	46-102	t=-0,551	0,582
Çalışmıyor	73,33±7,76	39-99		
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	73,11±7,87	39-102	t=0,197	0,843
Çalışmıyor	72,76±7,95	53-87		
Eşin yaşı				
26-30	73,65±8,70	41-99	F=0,168	0,918
31-35	72,81±7,87	46-87		
36-40	72,86±7,76	56-102		
41 ve üzeri	73,10±7,53	39-87		

Tablo 4.4. (Devam) Katılımcıların öz şefkat puanlarının sosyo- demografik değişkenlere göre karşılaştırılması (N=346)

Değişkenler	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Gelir durumu				
Düşük	70,42±8,25	52-82	F=1,704	0,184
Orta	73,10±7,63	39-99		
Yüksek	74,64±9,58	46-102		
Yaşanılan yer				
İl	73,18±7,60	46-102	t=0,610	0,757
İlçe	72,90±8,45	39-91		
Aile yapısı				
Çekirdek aile	73,08±7,95	39-102	t=-0,037	0,970
Geniş aile	73,13±7,24	60-91		
Evlilik süresi (yıl)				
1-3	74,14±7,94	49-99	F=1,895	0,095
4-7	73,02±8,62	46-102		
8-10	71,94±8,73	39-87		
11-13	75,17±5,83	61-88		
14-17	72,85±6,46	56-85		
18 yıl ve üzeri	70,69±7,51	52-87		
F= One Way ANOVA t= Bağımsız örneklem t testi p<0,05				

Tablo 4.5' te, katılımcının Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması verilmektedir. İnfertilite nedenine göre ÖŞÖ puanları kadına ait nedenlerde 73,33±8,32, erkeğe ait nedenlerde 73,84±5,96 ve nedeni bilinmeyenlerde 72,58±7,52 olduğu bulunmuş; varyans analizi (ANOVA) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 0,465, p = 0,629). Tedavi süresine göre ÖŞÖ puanları 1-3 yıl için 73,69±7,28, 4-7 yıl için 72,51±9,43, 8-10 yıl için 73,61±6,82, 11-13 yıl için 73,25±5,07 ve 14 yıl ve üzeri için 69,61±7,14 olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (F = 1,314, p = 0,264). İnfertilite tipine göre primer infertilite grubunda ÖŞÖ puanı 73,65±7,86, sekonder infertilite grubunda ise 72,20±7,82 olduğu; katılımcıların infertilite tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur (t = -1,678, p = 0,094). Geçmişte başarısız tedavi denemesi olanlarda ÖŞÖ puanı 73,47±7,61, olmayanlarda 72,00±8,51 olarak saptanmış; t-testi bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir (t = 1,533, p = 0,126). Eş desteği iyi olanlarda ÖŞÖ puanı 72,89±7,45, orta olanlarda 73,97±7,86 olduğu, t-testi bu gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($t = -1,188$, $p = 0,236$). Aile desteği iyi olanlarda ÖŞÖ puanı $72,42 \pm 8,07$, orta olanlarda $74,35 \pm 7,18$, kötü olanlarda $72,35 \pm 8,79$ olarak hesaplanmış; ANOVA testi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F = 2,395$, $p = 0,093$).

Tablo 4.5. Katılımcıların öz şefkat puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması ($N=346$)

İnfertilite nedeni	Or±SS	Min- maks.	İstatistik	p
Kadına ait	73,33±8,32	39-102	F=0,465	0,629
Erkeğe ait	73,84±5,96	63-83		
Nedeni bilinmeyen	72,58±7,52	41-91		
İnfertilite tedavi süresi				
1-3	73,69±7,28	49-99	F=1,314	0,264
4-7	72,51±9,43	39-102		
8-10	73,61±6,82	54-87		
11-13	73,25±5,07	61-82		
14 yıl ve üzeri	69,61±7,14	52-82		
İnfertilite tipi				
Primer	73,65±7,86	41-102	t=-1,678	0,094
Sekonder	72,20±7,82	39-88		
Geçmişte başarısız tedavi denemesi				
Evet	73,47±7,61	39-102	t=1,533	0,126
Hayır	72,00±8,51	41-91		
Tedavi sürecindeki eş desteği				
İyi	72,89±7,45	41-99	t=-1,188	0,236
Orta	73,97±7,86	39-102		
Tedavi sürecindeki aile desteği				
İyi	72,42±8,07	41-99	F=2,395	0,093
Orta	74,35±7,18	39-102		
Kötü	72,35±8,79	52-88		
F= One Way ANOVA t= Bağımsız örneklemeler t testi p<0,05				

F= One Way ANOVA

t= Bağımsız örneklem t testi

p<0,05

Tablo 4.6, katılımcının İnfertilite Özyetelik Ölçeği (İÖYÖ) puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılmasını vermektedir. İÖYÖ puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 18-25 yaş için $20,33 \pm 5,21$, 26-30 yaş için $20,55 \pm 5,14$, 31-35 yaş için $20,48 \pm 5,34$, 36-40 yaş için $20,78 \pm 5,33$ ve 41 yaş ve üzeri için $20,11 \pm 4,95$ olarak bulunmuş; varyans analizi (ANOVA) yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,158$, $p = 0,959$). Eğitim durumuna göre İÖYÖ puanları okuryazarlarda $20,21 \pm 4,31$, ilköğretim mezunlarında $19,02 \pm 5,93$, lise mezunlarında $21,04 \pm 5,02$ ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde $20,52 \pm 5,16$ olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır ($F = 1,312$, $p = 0,270$). Eşin eğitim durumuna göre İÖYÖ puanları ilköğretim mezunlarında $21,09 \pm 5,42$, lise mezunlarında $19,64 \pm 5,17$ ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde $20,87 \pm 5,11$ olarak bulunmuş; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 2,279$, $p = 0,104$). Çalışma durumuna göre çalışanlarda İÖYÖ puanı $20,71 \pm 5,43$, çalışmayanlarda $20,28 \pm 4,91$ olarak saptanmış; bağımsız örneklem t-testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($t = 0,757$, $p = 0,450$). Eşin çalışma durumuna göre çalışanlarda İÖYÖ puanı $20,47 \pm 5,17$, çalışmayanlarda $21,04 \pm 5,42$ olarak bulunmuş; t-testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır ($t = -0,473$, $p = 0,641$). Eşin yaşına göre İÖYÖ puanları 26-30 yaş için $20,28 \pm 4,81$, 31-35 yaş için $21,07 \pm 5,49$, 36-40 yaş için $20,06 \pm 5,31$ ve 41 yaş ve üzeri için $20,57 \pm 5,12$ olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,559$, $p = 0,642$). Gelir durumuna göre İÖYÖ puanları düşük gelirden $18,52 \pm 5,24$, orta gelirden $20,61 \pm 5,08$ ve yüksek gelirden $20,64 \pm 6,02$ olarak bulunmuş; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 1,704$, $p = 0,184$). Yaşanılan yere göre ilde yaşayanlarda İÖYÖ puanı $20,54 \pm 5,16$, ilçede yaşayanlarda $20,42 \pm 5,25$ olarak saptanmış; t-testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($t = 0,192$, $p = 0,848$). Aile yapısına göre çekirdek ailede İÖYÖ puanı $20,57 \pm 5,21$, geniş ailede $19,91 \pm 5,00$ olarak bulunmuş; t-testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır ($t = 0,728$, $p = 0,467$). Evlilik süresine göre İÖYÖ puanları 1-3 yıl için $20,85 \pm 4,84$, 4-7 yıl için $20,00 \pm 5,23$, 8-10 yıl için $20,27 \pm 5,18$, 11-13 yıl için $21,38 \pm 5,89$, 14-17 yıl için $19,97 \pm 4,38$ ve 18 yıl ve üzeri için $20,89 \pm 5,62$ olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir ($F = 0,661$, $p = 0,653$). Bulgular, İÖYÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların İÖYÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

Değişkenler	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Yaş				
18-25	20,33±5,21	12-32	F=0,158	0,959
26-30	20,55±5,14	8-32		
31-35	20,48±5,34	8-32		
36-40	20,78±5,33	9-32		
41 ve üzeri	20,11±4,95	11-32		
Eğitim Durumu				
Okuryazar	20,21±4,31	14-29	F=1,312	0,270
İlköğretim	19,02±5,93	10-32		
Lise	21,04±5,02	10-32		
Üniversite ve üzeri	20,52±5,16	8-32		
Eşin eğitim durumu				
İlköğretim	21,09±5,42	11-32	F=2,279	0,104
Lise	19,64±5,17	8-32		
Üniversite ve üzeri	20,87±5,11	8-32		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	20,71±5,43	8-32	t=0,757	0,450
Çalışmıyor	20,28±4,91	10-32		
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	20,47±5,17	8-32	t=-0,473	0,641
Çalışmıyor	21,04±5,42	12-32		
Eşin yaşı				
26-30	20,28±4,81	10-32	F=0,559	0,642
31-35	21,07±5,49	10-32		
36-40	20,06±5,31	8-32		
41 ve üzeri	20,57±5,12	9-32		

Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların İÖYÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

Değişkenler	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Gelir durumu				
Düşük	18,52±5,24	11-29	F=1,704	0,184
Orta	20,61±5,08	8-32		
Yüksek	20,64±6,02	9-32		
Yaşanılan yer				
İl	20,54±5,16	8-32	t=0,192	0,848
İlçe	20,42±5,25	9-32		
Aile yapısı				
Çekirdek Aile	20,57±5,21	8-32	t=0,728	0,467
Geniş Aile	19,91±5,00	12-32		
Evlilik süresi (yıl)				
1-3	20,85±4,84	12-32	F=0,661	0,653
4-7	20,00±5,23	8-32		
8-10	20,27±5,18	9-32		
11-13	21,38±5,89	11-32		
14-17	19,97±4,38	11-29		
18 yıl ve üzeri	20,89±5,62	11-32		
F= One Way ANOVA t= Bağımsız örneklem t testi p<0,05				

Tablo 4.7, 346 katılımcının İnfertilite Özyetelik Ölçeği (İÖYÖ) puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklere göre karşılaştırılmasını göstermektedir. İnfertilite nedenine göre İÖYÖ puanları kadına ait nedenlerde 20,64±5,26, erkeğe ait nedenlerde 20,24±4,35 ve nedeni bilinmeyenlerde 20,16±5,23 olarak bulunmuş; varyans analizi (ANOVA) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 0,593, p = 0,552). Tedavi süresine göre İÖYÖ puanları 1-3 yıl için 20,54±5,10, 4-7 yıl için 20,41±5, 8-10 yıl için 20,85±5,85, 11-13 yıl için 20,18±5,19 ve 14 yıl ve üzeri için 19,88±5,18 olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (F = 1,314, p = 0,264). İnfertilite tipine göre primer infertilite grubunda İÖYÖ puanı 20,33±5,09, sekonder infertilite grubunda 20,77±5,33 olarak bulunmuş; bağımsız örneklem t-testi bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (t =-0,762, p = 0,447).

Geçmişte başarısız tedavi denemesi olanlarda İÖYÖ puanı $20,19 \pm 5,24$, olmayanlarda $21,38 \pm 4,93$ olarak saptanmış; t-testi bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($t = -1,940$, $p = 0,054$). Eş desteği iyi olanlarda İÖYÖ puanı $21,08 \pm 5,13$, orta olanlarda $19,38 \pm 5,12$ olarak bulunmuş; t-testi bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur ($t = 2,913$, $p = 0,004$). Aile desteği iyi olanlarda İÖYÖ puanı $21,50 \pm 5,36$, orta olanlarda $19,48 \pm 4,54$, kötü olanlarda $17,85 \pm 4,84$ olarak hesaplanmış; ANOVA testi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermiş ($F = 10,123$, $p < 0,001$) ve post-hoc analizler iyi aile desteğinin orta ve kötü aile desteğine kıyasla daha yüksek İÖYÖ puanlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur ($1 > 2,3$).

Tablo 4.7. Katılımcıların İÖYÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

İnfertilite nedeni	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Kadına ait	20,64±5,26	8-32	F=0,593	0,552
Erkeğe ait	20,24±4,35	13-31		
Nedeni bilinmeyen	20,16±5,23	8-32		
İnfertilite tedavi süresi				
1-3	20,54±5,10	8-32	F=1,314	0,264
4-7	20,41±5,03	9-32		
8-10	20,85±5,85	11-32		
11-13	20,18±5,19	12-29		
14 yıl ve üzeri	19,88±5,18	11-29		
İnfertilite tipi				
Primer	20,33±5,09	10-32	t=-0,762	0,447
Sekonder	20,77±5,33	8-32		
Geçmişte başarısız tedavi denemesi				
Evet	20,19±5,24	8-32	t=-1,940	0,054
Hayır	21,38±4,93	12-32		
Tedavi sürecindeki eş desteği				
İyi	21,08±5,13	8-32	t=2,913	0,004
Orta	19,38±5,12	8-32		
Tedavi sürecindeki aile desteği				

Tablo 4.7. (Devam) Katılımcıların İÖYÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

İyi	21,50±5,36	8-32	F=10,123	0,000 1>2,3
Orta	19,48±4,54	8-32		
Kötü	17,85±4,84	9-29		
F= One Way ANOVA	t= Bağımsız örneklem t testi	p<0,05		

Tablo 4.8, katılımcıların İnfertilite Stres ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılmasını göstermektedir. İSBÇÖ puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 18-25 yaş için 45,70±8,13, 26-30 yaş için 46,46±6,74, 31-35 yaş için 44,50±7,06, 36-40 yaş için 44,20±8,09 ve 41 yaş ve üzeri için 45,85±6,86 olarak bulunmuş; varyans analizi (ANOVA) yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 1,405, p = 0,232). Eğitim durumuna göre İSBÇÖ puanları okuryazarlarda 43,64±4,63 ilköğretim mezunlarında 46,25±7,97, lise mezunlarında 45,78±6,31 ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde 44,92±7,83 olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (F = 0,747, p = 0,525). Eşin eğitim durumuna göre İSBÇÖ puanları ilköğretim mezunlarında 45,95±7,15, lise mezunlarında 45,87±6,97 ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde 44,74±7,57 olarak bulunmuş; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 1,044, p = 0,353). Çalışma durumuna göre çalışanlarda İSBÇÖ puanı 45,03±7,80, çalışmayanlarda 45,47±6,83 olarak saptanmış; bağımsız örneklem t-testi anlamlı bir fark göstermemiştir (t =-0,566, p = 0,572). Eşin çalışma durumuna göre çalışanlarda İSBÇÖ puanı 45,33±7,21, çalışmayanlarda 44,00±9,09 olarak bulunmuş; t-testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (t =-0,806, p = 0,421). Eşin yaşına göre İSBÇÖ puanları 26-30 yaş için 46,50±7,56, 31-35 yaş için 44,96±6,70, 36-40 yaş için 44,97±6,94 ve 41 yaş ve üzeri için 44,92±7,85 olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 0,811, p = 0,488). Gelir durumuna göre İSBÇÖ puanları düşük gelirden 47,47±6,83, orta gelirden 45,05±7,50 ve yüksek gelirden 45,74±5,81 olarak bulunmuş; ANOVA testi anlamlı bir fark göstermemiştir (F = 1,045, p = 0,353). Yaşanılan yere göre ilde yaşayanlarda İSBÇÖ puanı 45,21±7,52, ilçede yaşayanlarda 45,32±6,95 olarak saptanmış; t-testi anlamlı bir fark göstermemiştir (t =-0,135, p = 0,893). Aile yapısına göre çekirdek ailede İSBÇÖ puanı 45,12±7,35, geniş ailede 46,27±7,21 olarak bulunmuş; t-testi anlamlı bir fark ortaya koymamıştır (t =-0,907, p = 0,369). Evlilik süresine göre İSBÇÖ puanları 1-3 yıl için 44,92±7,93, 4-7 yıl için 45,70±6,91, 8-10 yıl için 44,46±6,50, 11-13 yıl için 46,12±7,91, 14-17 yıl için 45,57±7,18 ve 18 yıl ve üzeri için 44,43±7,94 olarak hesaplanmış; ANOVA testi anlamlı bir fark

göstermemiştir ($F = 0,467$, $p = 0,801$). Bulgular, İSBÇÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.8. Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması ($N=346$)

Değişkenler	Or±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Yaş				
18-25	45,70±8,13	34-66	F=1,405	0,232
26-30	46,46±6,74	27-63		
31-35	44,50±7,06	26-59		
36-40	44,20±8,09	20-61		
41 ve üzeri	45,85±6,86	28-61		
Eğitim Durumu				
Okuryazar	43,64±4,63	37-51	F=0,747	0,525
İlköğretim	46,25±7,97	32-64		
Lise	45,78±6,31	27-58		
Üniversite ve üzeri	44,92±7,83	20-66		
Eşin eğitim durumu				
İlköğretim	45,95±7,15	33-64	F=1,044	0,353
Lise	45,87±6,97	20-59		
Üniversite ve üzeri	44,74±7,57	21-66		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	45,03±7,80	20-64	t=-0,566	0,572
Çalışmıyor	45,47±6,83	26-66		
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	45,33±7,21	20-66	t=-0,806	0,421
Çalışmıyor	44,00±9,09	27-64		
Eşin yaşı				
26-30	46,50±7,56	27-66	F=0,811	0,488
31-35	44,96±6,70	26-59		
36-40	44,97±6,94	26-61		
41 ve üzeri	44,92±7,85	20-61		
Gelir durumu				
Düşük	47,47±6,83	28-58	F=1,045	0,353
Orta	45,05±7,50	20-66		
Yüksek	45,74±5,81	36-61		
Yaşanılan yer				
İl	45,21±7,52	20-66	t=-0,135	0,893
İlçe	45,32±6,95	27-64		
Aile yapısı				
Çekirdek Aile	45,12±7,35	20-66	t=-0,907	0,369
Geniş Aile	46,27±7,21	32-61		
Evlilik süresi (yıl)				

Tablo 4.8. (Devam) Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

1-3	44,92±7,93	20-66	F=0,467	0,801
4-7	45,70±6,91	27-64		
8-10	44,46±6,50	26-61		
11-13	46,12±7,91	32-61		
14-17	45,57±7,18	26-58		
18 yıl ve üzeri	44,43±7,94	21-59		

F= One Way ANOVA t= Bağımsız örneklem t testi p<0,05

Tablo 4.9’ da katılımcının İnfertilite Stres ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması verilmektedir. İnfertilite nedenine göre İSBÇÖ puanları kadına ait nedenlerde 45,13±7,12, erkeğe ait nedenlerde 46,28±7,48 ve nedeni bilinmeyenlerde 45,22±7,64 olduğu belirlenmiştir (F = 0,269, p = 0,764). İnfertilite tedavi süresine göre İSBÇÖ puanları 1-3 yıl için 44,30±7,65, 4-7 yıl için 45,65±7,04, 8-10 yıl için 45,64±6,46, 11-13 yıl için 47,56±7,40 ve 14 yıl ve üzeri için 47,66±8,05 olarak belirlenmiştir (F = 1,314, p = 0,264). İnfertilite tipine göre primer infertilite grubunda İSBÇÖ puanı 46,12±7,40, sekonder infertilite grubunda 43,86±7,02 olduğu saptanmıştır (t = 2,855, p = 0,005). Geçmişte başarısız tedavi denemesi olanlarda İSBÇÖ puanı 46,06±7,14, olmayanlarda 42,93±7,41 olduğu bulunmuştur (t = 3,543, p <0,001). Eş desteği iyi olanlarda İSBÇÖ puanı 45,35±7,32, orta olanlarda 45,04±7,39 olduğu bulunmuş; t-testi anlamlı bir fark göstermemiştir (t = 0,381, p = 0,704). Aile desteği iyi olanlarda İSBÇÖ puanı 45,20±7,65, orta olanlarda 45,44±6,96, kötü olanlarda 44,75±6,75 olduğu belirlenmiş ve ANOVA testi gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (F = 0,109, p = 0,897). Bulgular, katılımcıların İSBÇÖ puanlarında infertilite tipi ve geçmişteki başarısız tedavi denemelerine göre farklılık gösterdiği ancak infertilite nedeni, tedavi süresi, eş ve aile desteği açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

Değişken	Ort±SS	Min-maks.	İstatistik	p
İnfertilite nedeni				
Kadına ait	45,13±7,12	20-66	F=0,269	0,764
Erkeğe ait	46,28±7,48	32-58		
Nedeni bilinmeyen	45,22±7,64	26-63		
İnfertilite tedavi süresi				
1-3	44,30±7,65	20-66	F=1,314	0,264

Tablo 4.9. (Devam) Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

4-7	45,65±7,04	26-64		
8-10	45,64±6,46	32-59		
11-13	47,56±7,40	33-58		
14 yıl ve üzeri	47,66±8,05	28-59		
İnfertilite tipi				
Primer	46,12±7,40	20-66	t=2,855	0,005
Sekonder	43,86±7,02	21-61		
Geçmişte başarısız tedavi denemesi				
Evet	46,06±7,14	21-66	t=3,543	0,000
Hayır	42,93±7,41	20-63		

Tablo 4.9. (Devam) Katılımcıların İSBÇÖ puanlarının infertiliteye ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması (N=346)

Değişken	Ort±SS	Min-maks.	İstatistik	p
Tedavi sürecindeki eş desteği				
İyi	45,35±7,32	20-66	t=0,381	0,704
Orta	45,04±7,39	28-63		
Tedavi sürecindeki aile desteği				
İyi ¹	45,20±7,65	20-66	F=0,109	0,897
Orta ²	45,44±6,96	30-63		
Kötü ³	44,75±6,75	28-55		

F= One Way ANOVA t= Bağımsız örneklem t testi p<0,05

Tablo 4.10' da Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ), İnfertilite Özyetelik Ölçeği (İÖYÖ), İnfertilite Stres ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ), Aktif Yok Sayma, Aktif Mücadele Etme, Pasif Yok Sayma ve Anlam Bulma alt boyutları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. ÖŞÖ ile İÖYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = 0,031$, $p = 0,565$). Buna karşın, İSBÇÖ toplam puanı ile ($r = 0,296$, $p < 0,001$) ve alt boyutları olan aktif yok sayma ($r = 0,137$, $p = 0,011$), aktif mücadele etme ($r = 0,244$, $p < 0,001$), pasif yok sayma ($r = 0,192$, $p < 0,001$) ve anlam bulma ($r = 0,215$, $p < 0,001$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişkiler olduğu belirlenmiştir. İÖYÖ ile İSBÇÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0,134$, $p = 0,013$). İÖYÖ'nün aktif yok sayma ile negatif yönlü ve orta düzeyde ($r = -0,369$, $p < 0,001$), pasif yok sayma ile ise negatif yönlü ve düşük düzeyde ($r = -0,249$, $p < 0,001$) ilişkili olduğu görülmüştür. İÖYÖ ile anlam bulma arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunurken ($r = 0,236$, $p < 0,001$), aktif mücadele etme ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = -0,070$, $p =$

0,194). İSBÇÖ'nün kendi alt boyutları ile ilişkisine bakıldığında; aktif yok sayma ile pozitif yönlü ve orta düzeyde ($r = 0,590$, $p < 0,001$), aktif mücadele etme ($r = 0,736$, $p < 0,001$) ve pasif yok sayma ($r = 0,739$, $p < 0,001$) ile pozitif yönlü ve güçlü düzeyde, anlam bulma ile ise pozitif yönlü ve orta düzeyde ($r = 0,646$, $p < 0,001$) ilişkiler tespit edilmiştir.

Aktif yok sayma, aktif mücadele etme ile pozitif yönde zayıf ($r = 0,254$, $p < 0,001$), pasif yok sayma ile pozitif yönde orta ($r = 0,410$, $p < 0,001$) düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Aktif yok sayma ile anlam bulma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($r = 0,054$, $p = 0,317$). Aktif mücadele etme, pasif yok sayma ile pozitif yönde orta ($r = 0,371$, $p < 0,001$) ve anlam bulma ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r = 0,282$, $p < 0,001$) ilişki olduğu saptanmıştır. Pasif yok sayma, anlam bulma ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r = 0,327$, $p < 0,001$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların ÖŞÖ, İÖYÖ ve İSBÇÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçekler		1	2	3	4	5	6	7
1	r	-	,031	,296	,137	,244	,192	,215
	p		,565	,000	,011	,000	,000	,000
2	r		-	-,134	-,369	-,070	-,249	,236
	p			,013	,000	,194	,000	,000
3	r			-	,590	,736	,739	,646
	p				,000	,000	,000	,000
4	r				-	,254	,410	,054
	p					,000	,000	,317
5	r					-	,371	,282
	p						,000	,000
6	r						-	,327
	p							,000
7	r							-
	p							

1: Öz şefkat Ölçeği, 2: İnfertilite Özyeterlik Ölçeği, 3: İnfertilite Stres İle Başa Çıkma Ölçeği, 4: Aktif Yok Sayma, 5: Aktif Mücadele Etme, 6: Pasif Yok Sayma, 7: Anlam Bulma
R= Pearson Kolerasyon, $p < 0,05$, $p < 0,001$

Tablo 4.11' de katılımcıların infertilite özyeterlik puanlarını yordayan değişkenleri incelemek amacıyla iki aşamalı olarak hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde bağımlı değişken infertilite Özyeterlik ölçeği olarak alınmıştır. İlk modelde yordayıcı değişken olarak aile desteği (orta ve kötü düzeyde) ve eş desteği (orta düzeyde)

değişkenleri dahil edilmiştir. İkinci modelde ise bu değişkenlere ek olarak bireylerin öz şefkatölçeği değişkeni modele eklenmiştir.

Model 1' de İÖYÖ puanlarını yordamak için eş desteği (orta) ve aile desteği (orta ve kötü) değişkenleri kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizde model 1' in anlamlı olduğu bulunmuş olup ($F= 6,734$, $p <.001$), bu değişkenlerin infertilite özyeterlik puanının %5,6'sını açıkladığı belirlenmiştir ($R^2 = .056$). Eş desteğinin İÖYÖ puanlarını yordamada istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamadığı bulunmuştur ($Beta = -0,008$, $p = 0,909$). Ancak aile desteğinin orta düzeyde ($\beta = -0.181$, $p = .008$) ve kötü düzeyde ($\beta = -0.188$, $p = .002$) algılanması infertilite özyeterlik düzeyi üzerinde anlamlı ve negatif yönde etkili bulunmuştur.

İkinci modelde, ilk modele ek olarak öz şefkat toplam puanı da bağımsız değişken olarak analize dahil edilmiştir. Sabit terim (constant) $19,213 \pm 2,555$ olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t = 7,520$, $p < 0,001$). Eş desteğinin anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ($Beta = -0,006$, $p = 0,931$). Aile desteği orta ($Beta = -0,187$, $p = 0,006$) ve kötü ($Beta = -0,189$, $p = 0,002$) değişkenlerinin negatif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Öz şefkat değişkeni İÖYÖ puanlarını yordamada istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir ($Beta = 0,048$, $p = 0,365$). Modelin toplam açıklayıcı gücü $R = 0,241$, $R^2 = 0,058$ ve düzeltilmiş $R^2 = 0,047$ olarak hesaplanmıştır. Öz anlayışın eklenmesiyle modelin açıklayıcı gücünde anlamlı bir artış olmamış olup, model istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ($F = 0,822$, $p = 0,365$). Bu durum, öz anlayışın İÖYÖ puanlarını açıklamadaki katkısının sınırlı olduğunu ve aile desteğinin daha belirleyici bir yordayıcı olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların infertilite özyeterlik puan ortalamalarınıN değişkenler ile ilişkili hiyerarşik regresyon analizi

	Değişken	B	Std. Error	Beta	t	p
Model 1	Sabit (Constant)	21.507	0.364		59.019	.000
	Eş desteği (orta)	-0.087	0.758	-0.008	-0.115	.909
	Aile desteği (orta)	-1.965	0.737	-0.181	-2.665	.008
	Aile desteği (kötü)	-3.578	1.168	-0.188	-3.063	.002
	R= .236 R ² = .056 Adjusted R ² = 0,047 F= 6.734 p= .001					

Tablo 4.11. (Devam) Katılımcıların infertilite özyeterlik puan ortalamalarınıN değişkenler ile ilişkili hiyerarşik regresyon analizi

Değişken	B	Std. Error	Beta	t	p
Sabit (Constant)	19.213	2.555		7.520	.000
Model 2 Eş desteği (orta)	-0.066	0.758	-0.006	-0.087	.931
Aile desteği (orta)	-2.039	0.742	-0.187	-2.748	.006
Aile desteği (kötü)	-3.591	1.169	-0.189	-3.073	.002
Öz-anlayış	0.032	0.035	0.048	0.907	.365
R= .241 R ² = .058 Adjusted R ² = 0,047 F= 0,822 p= .365 Durbin-Watson= 1.293					

Tablo 4.12’ de katılımcının İSBÇÖ puan ortalamalarını yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Model 1’ de İSBÇÖ puanlarını yordamak için infertilite tipi ve geçmişte başarısız tedavi denemesi değişkenleri kullanılmıştır. Sabit terim (constant) 43,725±0,790 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (t = 55,369, p <0,001). İnfertilite tipi (primer/sekonder) negatif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Beta = -0,169, p = 0,001). Geçmişte başarısız tedavi denemesi pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Beta = 0,203, p <0,001). Modelin toplam açıklayıcı gücü R = 0,252, R² = 0,064 ve düzeltilmiş R² = 0,058 olarak hesaplanmış ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F = 11,646, p <0,001).

Model 2’ de öz şefkat değişkeni eklenmiştir. Sabit terim (constant) 25,590±3,510 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (t = 7,290, p <0,001). İnfertilite tipi negatif yönde anlamlı bir etkiye sahip olmaya devam ettiği belirlenmiştir (Beta = -0,143, p = 0,005). Geçmişte başarısız tedavi denemesi pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Beta = 0,179, p <0,001). Öz şefkat değişkeni pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahiptir (Beta = 0,268, p <0,001). Modelin toplam açıklayıcı gücü R = 0,367, R² = 0,134 ve düzeltilmiş R² = 0,127 olarak hesaplanmıştır. Öz anlayışın eklenmesiyle modelin açıklayıcı gücünde anlamlı bir artış olmuş olup, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F = 28,003, p <0,001). Öz şefkatin İSBÇÖ puanlarını açıklamada önemli bir katkı sağladığını ve özellikle daha yüksek öz şefkat düzeylerinin daha etkili stresle başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların İSBÇÖ puan ortalamalarını yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi

Değişken				B	Std. Error	Beta	t	p
Model 1	Sabit (Constant)			43.725	0.790		55.369	.000
	İnfertilite tipi			-2.545	0.789	-0,169	-3.225	.001
	Geçmişte	başarısız	tedavi	3.395	0.876	0,203	3.874	.000
	denemesi							
R= .252 R ² = .064 Adjusted R ² = 0,058				F= 11.646	p= .000			
Değişken				B	Std. Error	Beta	t	p
Model 2	Sabit (Constant)			25.590	3.510	-	7.290	.000
	İnfertilite tipi			-2.147	0.764	-.143	-2.812	.005
	Geçmişte	başarısız	tedavi	2.985	0.847	.179	3.523	.000
	denemesi							
	Öz-anlayış			0.250	0.047	.268	5.292	.000
R= .367 R ² = .134 Adjusted R ² = 0,127				F= 28.003	p= .000			Durbin-Watson= 1.916

5. TARTIŞMA

İnfertilitenin görülme oranı dünyada farklılık göstermekle birlikte sık meydana gelen bir tür sağlık sorunudur (Çağlar ve Oskay, 2020: 157). İnfertilite yaygın olmasına rağmen çiftler bu durumu genellikle çevreleriyle paylaşmamaktadırlar. Bu durumu yakın çevre ve aile ile paylaşmamaları kişilerin yalnızlaşmasına ve infertilitenin etkilerinin daha da yıkıcı olmasına neden olabilmektedir. Utanç, suçluluk ve öz güvende düşüklük gibi sorunlara da neden olabilmektedir (Rooney ve Domar, 2018). İnfertilite stresi çiftlerin yaşam kalitesini düşürmekte ve kişilerin kapalı kapılar ardında bu sorunla başa çıkmalarına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar da infertilitenin saklandığını ve kadınlarda infertilite tanısının damgalanma korkusu ile kişilerde baskı oluşturduğu bilinmektedir (Çapık, 2025; Toluk, 2024). Öz şefkat, kişinin istenmeyen bir durumla karşılaştığında kendisine karşı anlayışlı olmasını sağlamaktadır. Kişinin kendisini yargılamadan olumsuz olayların her zaman için yaşanabileceğini, bunun bir sürecin parçaları olduğunun idrakine varmasını kolaylaştırarak kişilere yardımcı olmaktadır (Skinner ve Kuijer, 2025). İnfertilite durumu çiftlerin birbirlerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum evlilik kurumunu ciddi şekilde tehdit edebilmektedir. Bunlarla birlikte infertil tanısı almış olan kişilere yönelik psikolojik destek eğitimi çalışmalarının olumlu etkilerinin olduğu ve stresi gerilettiği saptanmıştır (Tahta, 2024).

Yapılan alan araştırması göstermektedir ki, infertilite çiftlerin yaşamını zorlayan ve onları psikolojik olarak yıpratıcı bir süreçtir. Bu nedenle infertilite üzerinde sıklıkla durulması ve farklı boyutları ile ele alınıp alana kazandırılması gereken hassas bir konudur. İnfertilite stresine en fazla kadınların maruz kaldığı görülmektedir (Karademir, vd., 2025: 136). Yapılan bu çalışma kadınların infertilite ve stresiyle başa çıkmalarında faydalı olabilecek bilgileri ele alması ve alana kazandırılması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada, katılımcıların yaş aralığı incelendiğinde kadınların 26-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum, infertilite çalışmalarında yaygın olarak görülen üreme çağındaki kadınların araştırmaya dahil edildiğini göstermektedir (Inhorn ve Patrizio, 2015). Başka bir çalışmada infertil kadınların 25-40 yaş aralığının yoğun olduğu görülmektedir (Boivin, 2007; Liu, 2024). Bu yönüyle araştırma sonuçları literatürle benzerdir.

Eğitim durumu açısından katılımcıların %57,5'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, eşlerin eğitim durumunun ise %56,1'i ile üniversite ve üzeri olduğu saptanmıştır. Literatüre göre yüksek eğitim düzeyinin infertilite stresini yönetme ve baş

etme stratejilerini etkileyebileceği belirtilmiştir (Domar, vd., 2020; Yılmaz, vd., 2020). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilgiye erişim olanaklarının ve problem çözme becerilerinin daha gelişmiş olması, infertiliteye ilişkin kaygı ve stresle baş etmede koruyucu bir etken olarak değerlendirilebilir.

Çalışma durumu açısından, katılımcıların %51,2'sinin çalıştığı, eşlerin ise büyük çoğunluğunun (%93,9) çalıştığı saptanmıştır. Çalışma durumu daha yüksek bir değerde saptanmıştır. Literatürde, çalışan kadınların iş yaşamında edindikleri etkileşimlerinin Özyetelik algılarını güçlendirebildiği, bunun ise infertilite sürecinde stresle başa çıkma kapasitelerini pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir (Greil vd., 2011). Bu bağlamda, çalışma hayatına katılımın kadında kendine güvenme, problem çözme yeteneği ve duygusal olarak dayanıklılığını artırarak öz şefkat düzeyine de dolaylı katkı sağlayabileceği söylenebilir. Ancak kadınların ekonomik ve sosyal anlamda aktif olsalar bile toplumsal olarak infertiliteye yönelik yargıların daha çok kadınlar üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, çalışmanın kadınların güçlenme süreçlerine katkı sağlasa da infertiliteye bağlı stres ve suçluluk duygusunu tam olarak ortadan kaldırmadığı söylenebilmektedir (Zhang vd., 2025).

Eş yaş dağılımlarına bakıldığında, %34,7'sinin 41 yaş ve üzeri grubunda yoğunlaştığı; gelir düzeyine göre ise katılımcıların %85,5'inin orta gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Literatürde, sosyoekonomik durumun infertiliteye bağlı stres düzeyleri ve Özyetelik algısı üzerinde belirleyici bir faktör olabileceği vurgulanmıştır (Hajela vd., 2016). Gelir düzeyi iyileştikçe bireylerin tedaviyi karşılayabilme olanakları artmakta, bu durum da stres düzeylerinin azalmasına ve özyeterliliğin artmasını sağlamaktadır. Özellikle infertilite tedavilerinin uzun ve maliyetli bir süreç olduğu düşünüldüğünde, ekonomik düzeyin iyi olması bireyin psikolojik sağlamlığını ve stresle başa çıkma becerilerini destekleyebileceğini düşündürmektedir. Buna rağmen, düşük gelirli bireylerde tedaviye erişimin kısıtlılıkları ve maddi yük, stres düzeyini artırarak öz şefkatin azalmasına ve baş etme becerilerinin zayıflamasına neden olabilir. Bu bağlamda, araştırmanın bulguları literatürle paralellik göstermekte ve sosyoekonomik durumun infertil kadınlarda Özyetelik ve stres yönetimi açısından oldukça önemli bir değişken olduğunu söyleyebiliriz.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%68,2) ilde yaşadığı ve %89,3'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde, evlilik süresi ve aile yapısının infertil kadınların psikolojik iyi oluşu ve sosyal destek algısını etkileyen önemli faktörler olduğu vurgulanmaktadır (Greil vd., 2011; Gameiro vd., 2012). Çekirdek ailede yaşayan ve

evliliğin erken döneminde olan kadınların, eşlerinden aldıkları desteğin yüksek olması öz şefkat ve Özyeterlik algılarını güçlendirebilmekte ve infertiliteye bağlı stresle daha etkili başa çıkmalarını sağlamaktadır. Bu bulgu, araştırmanın infertil kadınlarda algılanan aile desteğinin koruyucu bir unsur olduğunu göstermesi bakımından literatürle uyumludur.

Bu çalışmada kadın infertilite oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde de benzer şekilde, kadın kaynaklı infertilite oranlarının erkek infertilite oranlarına göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Boivin vd., 2007; Domar vd., 2018). Kadına ait infertilitenin, kadınlarda suçluluk ve yetersizlik duygularını artırarak stres düzeyini yükselttiği ve Özyeterlik algısını azalttığı bilinmektedir (Liao vd., 2021). Bu durum, toplumun infertiliteye ilişkin yükün daha çok kadınlara yüklemesinden kaynaklanmakta ve kadınların sosyal hayattan geri çekilmelerine yol açmaktadır. Bu bulgu literatürle paralellik gösterirken, infertiliteyle ilgili toplumsal algıların kadınların öz şefkat düzeyini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılanların %44,2'sinin uzun süredir infertilite tedavisi gördüğü saptanmıştır. Literatürde, tedavi süresinin uzamasının infertil kadınlarda kaygı ve ruhsal sorunları arttırdığı bildirilmektedir (Gameiro vd., 2012). Uzun süren tedavi süreci, tekrarlayan başarısız süreçler ve belirsizlik hissi nedeniyle kadınların öz şefkatini azaltır ve özyeterlik düzeyini de düşürmektedir Kal ve Küçükşen (2023) tarafından yapılan çalışmada da infertil kadınların kendilerini eksik ve kusurlu olarak gördükleri, bunun sonucunda da öz saygı ve benlik algılarında azalma görüldüğü belirtilmiştir. Bu bulgular, tedavi süresinin uzamasının infertiliteye bağlı stres düzeyini arttırdığı ve kadınların psikolojik sağlamlığını azaltması açısından literatürle paraleldir.

Araştırmada katılımcıların %61,3'ünün primer infertiliteye sahip olduğu saptanmıştır. Primer infertilite yaşayan kadınların sekonder infertilite yaşayanlara göre daha fazla stres yaşadığı bildirilmektedir (Verhaak vd., 2007; Boivin vd., 2007). İlk kez çocuk sahibi olma isteği ve tekrarlayan tedavi başarısızlıkları, kadınlarda kaygı ve stres düzeyini artırarak başa çıkma gereksinimini arttırmaktadır. Kadınların bu süreçte dua, farkındalık etkinlikleri veya sosyal destek arayışı gibi duygusal baş etme yöntemlerini tercih ettikleri bilinmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015; Yılmaz ve Şahin, 2020). Bu durum, öz şefkat düzeyi yüksek bireylerin infertiliteye bağlı stresle daha etkin baş edebildiğini ve duygusal sağlamlılıklarını arttığını göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların %69,5'inin eş desteği aldığı ve çevre desteğinin de yüksek olduğu saptandı. Literatürde, eş desteğinin stres düzeylerini azalttığı ve mental sağlığı

olumlu etkilediği bildirilmektedir (Hammerli vd., 2019). Bal ve Kaya (2021) çalışmasında çevresel faktörler ve toplumsal baskıların kadın infertilitesi üzerinde etkili olabileceğini bildirmiştir (Bala vd., 2021). Bu bulgular, infertilite sürecinde eş ve çevre desteğinin koruyucu bir unsur olduğunu ve kadınların psikolojik uyumunu güçlendirdiğini göstermektedir

Bu araştırmada katılımcıların öz şefkat düzeylerinin $73,09 \pm 7,87$ olduğu belirtilmiştir. Öz şefkat düzeylerinin olumlu olduğu görülmüştür. İnfertilite Özyeterlik Ölçeği puanı $20,50 \pm 5,18$ ile orta düzeydedir. İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği ortalaması ise $45,25 \pm 7,33$ olup katılımcıların orta düzeyde stres yaşadıklarını göstermektedir. Alt boyutlarda en yüksek puan aktif mücadele etme, en düşük puanlar ise aktif ve pasif yok sayma ile anlam bulma stratejilerinde saptanmıştır. Bu durum, kadınların stresle başa çıkmada daha çok aktif stratejiler geliştirdiklerini göstermektedir. Literatür incelendiğinde özyeterlik algısındaki düşüklüğün depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlara neden teşkil edebileceği belirtilmiştir. Bu durumun ruhsal sorunların artmasına neden olurken kadınlardaki stres seviyesini de artırdığı belirtilmiştir (Sinem, vd., 2023). Diğer taraftan strese maruz kalan kişilerin bu durumla başa çıkmada kişisel tercihlerinin etkili olduğu ve aktif mücadele taktiklerini daha sık kullandıkları belirtilmiştir (Choi ve Moon, 2023). Ayrıca İnam ve Satılmış (2025)'in çalışmasına göre, infertilite farkındalık düzeyinin artırılması, bununla ilgili çalışmalara ağırlık verilmesi, farklı stratejilerin geliştirilmesinin hem kişilerin özyeterlik algılarını iyileştirmede hem de duruma uyum sağlamalarında etkili olabileceği belirtilmiştir. Tüm bu çalışmalar göstermektedir ki; infertilitenin yarattığı stresin etkilerini bertaraf edebilmek ve stresle başa çıkmak için kişisel tercihler etkili olmaktadır.

Katılımcıların %75,18' i 8-25 yaş grubunda; %73,37'si lise mezunu; %74,64'ü yüksek gelir gurubunda ve %75,17 ise 11-13 yıldır evli oldukları saptandı. Araştırmaya göre tüm bu değişkenlerin ÖŞÖ üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, öz şefkat üzerinde daha çok bireyin ruhsal özelliklerin etkili olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, özşefkatin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin zayıf olduğu ve bunun ilişkilerde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Kohli, vd., 2022). Diğer bir çalışmada ise öz Şefkatin etkisinin olabileceği ancak bununla zamanla etkisini yitirebileceği belirtilmiştir (Tavares, vd., 2024). Başka bir çalışmaya göre ise öz şefkatin etkili olmasında gelir düzeyinin etkin rol oynayabileceği ancak bunda da coğrafyanın ve kültürel kodların ön plana çıkacağı ve ilişkilerde belirleyici olabileceği belirtilmiştir (Swami, vd., 2025).

Literatür ve mevcut çalışmaya göre öz şefkat olgusu sosyo-demografik özelliklere bağımlı şekilde gelişmemektedir. Çevresel etkiler, kültür, yaşanılan yer gibi olguların daha etkili olabilmektedir. Bu yönüyle bu çalışma literatürle benzer sonuçlar içermektedir.

Katılımcıların infertiliteye bağlı öz şefkat düzeyleri incelendiğinde, infertilite nedeni, tipi, tedavi süresi, geçmiş tedavi deneyimi ve eş desteği değişkenleri açısından Öz şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p > 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde ise, en yüksek değer erkeğe ait infertilite grubunda ($73,84 \pm 5,96$), en düşük değer ise nedeni bilinmeyen infertilite grubunda ($72,58 \pm 7,52$) saptandı. Benzer şekilde, 14 yıl ve üzeri tedavi görenlerde ÖŞÖ puanlarının ($69,61 \pm 7,14$) diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı. Bu bulgular, öz şefkatin demografik ve klinik özelliklerden çok bireysel psikolojik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde infertilitenin fiziksel etkisinin yanı sıra psikolojik etkilerinin bulunduğu; toplumsal baskılar, damgalanmalar ve çevresel stres faktörlerinin kadınların özyeterliliğini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. İnfertilite süresinin uzadığı her yılın stres seviyesini %5 artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca başarısız tedavi deneyimi olan kadınlardaki stres seviyesini diğerlerine göre 1,52 oranında artırdığı belirtilmiştir. İnfertilite durumu kadınlardaki stresi artırarak Özyeterlik algılarına da ket vurmaktadır (Doğan vd., 2024; Omani-Samani vd., 2018; Xie vd., 2023). Bu sonuçlar, mevcut çalışmayla benzer şekilde, öz şefkatin infertilite sürecinde kişinin içsel farkındalığı ve duygusal sağlamlığıyla yakından ilişkili bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır.

İnfertilite Özyeterlik Ölçeği (İÖYÖ) puanları yaş, eğitim, gelir, çalışma durumu, aile yapısı ve evlilik süresi gibi sosyo-demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde, en yüksek değer 11–13 yıl evli olanlarda ($21,38 \pm 5,89$), en düşük değer ise düşük gelir grubunda ($18,52 \pm 5,24$) saptandı. Bu bulgu, özyeterlik düzeyinin sosyo-demografik faktörlerden çok bireysel özellikler ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Literatürde, gelir düzeyinin düşük olmasını, infertil kadınlarda depresyon ve özyeterlik düşüklüğüyle ilişkili olduğunu (Hu vd., 2025), geniş aile yapısının kadın üzerinde sosyal baskının artmasını ve özyeterliği zayıflatabildiğini bildirmiştir (Lei vd., 2025). Ayrıca psikolojik destek arayışının (Kutlu ve Varışoğlu, 2021) ve tedaviye yönelik olumlu inançların (Ozan ve Duman, 2018) özyeterlik algısını güçlendirdiği görülmüştür. Mevcut çalışma bulguları, bu çalışmalarla paralellik göstermekte; özyeterlik algısının

bireysel farkındalık ve psikolojik sağlamlıkla ilişkili olduğunu, sosyo-demografik değişkenlerden anlamlı düzeyde etkilenmediğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, infertilite sürecinde bireyin içsel kaynaklarını ve kendi başa çıkma stratejisini geliştirmesinin, sosyo-demografik koşullardan daha belirleyici bir faktör olabileceğini göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Tablo 7'ye göre İnfertilite Özyeterlik Ölçeği (İÖYÖ) puanları; infertilite sebebi, tipi, tedavi süresi ve geçmiş tedavi deneyimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Ancak eş ve aile desteği değişkenleriyle özyeterlik puanları arasında anlamlı fark saptandı, desteğin arttığı gruplarda özyeterlik puanlarının da yükseldiği belirlendi ($p < 0,05$). Bu bulgu, infertil kadınlarda sosyal desteğin infertilite sürecinde psikolojik sağlamlığı güçlendiren önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Literatür de infertiliteye bağlı stresin depresyon ve kaygı gibi ruhsal problemlere neden olabileceği ancak sosyal desteğin de aynı zamanda olumsuz etkileri azaltabildiğini vurgulamıştır (Omani-Samani vd., 2018). Benzer şekilde, aile ve eş desteği alan kadınlarda özyeterlik algısının daha yüksek düzeyde olduğu ve bu desteğin psikolojik uyumu artırarak tedavi sürecine olumlu etkiler sağladığı belirtilmiştir (Zou vd., 2024; Shafaghi vd., 2024). Bununla yanı sıra, başka bir çalışma ise uzun süren infertilite sürecinin ve tekrarlayan tedavi başarısızlıklarının özyeterliliği olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Topsakal vd., 2025). Bu sonuçlar, kadınlara yönelik sosyal desteğin infertiliteden kaynaklı stres ve psikolojik yükü hafifletmede önemli bir koruyucu faktör olduğunu; ancak özyeterlik algısının yalnızca çevresel desteklerle değil, kişinin içsel baş etme stratejileri ve psikolojik sağlamlığıyla da şekillendiğini göstermektedir.

Tablo 8'e göre İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) puanları yaş, eğitim, gelir, çalışma durumu, aile yapısı ve evlilik süresi gibi sosyo-demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p > 0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde, stresle başa çıkma düzeylerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmektedir. Bu bulgular, stresle başa çıkmanın demografik özelliklerden ziyade bireysel ve psikolojik faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Literatür de infertilitenin kadınlarda stres düzeyini artırdığını ve buna bağlı olarak işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin kullanılabileceğini göstermektedir (Dişli Çetinçay ve Oskay, 2025). Karpat ve Erensoy (2020) çalışmasında, infertilite tedavi süreçlerinin ve üreme tekniklerinin de stres düzeyini arttırdığını, Tang ve ark. (2022) çalışmasında ise düşük gelir ve eğitim düzeyinin stresle başa çıkma stratejilerini

kısıtladığını bildirmiştir. Bunun yanı sıra aile desteği, stresle başa çıkma yetkinliğini artıran bir unsur olarak görülmektedir. Nitekim sosyal destek düzeyi yüksek olan kadınların stres düzeylerinin azaldığı ve yaşam doyumlarının arttığı söylenebilir. Bu bulgular, mevcut araştırma bulgularıyla paralellik göstermekte; infertilite stresinin bireysel farklılıklar, psikolojik sağlamlık ve aile desteğiyle yakından ilişkili olduğu, sosyo-demografik değişkenlerden anlamlı biçimde etkilenmediğini göstermektedir.

İnfertilite tipi ve başarısız tedavi deneyimleri infertilite stresiyile başa çıkmayı etkilemektedir. İnfertilite tipi ve geçmişteki başarısız tedavi deneyimleri, İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Primer infertilite yaşayan ve daha önce başarısız tedavi deneyimi bulunan kadınların stresle başa çıkma puanlarının daha düşük olduğu görüldü. Bu bulgu, tedavi sürecinde yaşanan tekrarlayan başarısızlıkların kadınlarda stres düzeyini artırdığı ve psikolojik sağlamlığı azalttığı yönündeki literatürle paralellik göstermektedir (Keskin ve Gümüş, 2014). Kaplan'ın (2018) çalışmasında ise primer infertil kadınların toplumsal baskıyı daha yoğun hissettikleri, negatif benlik saygınlığı yaşadıkları ve psikolojik sorunlara daha yatkın oldukları bildirilmiştir.

İnfertilite durumunda eş desteği, sosyal destek ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin infertilite stresiyile başa çıkma üzerinde dolaylı etkilerinin olabileceği bildirilmektedir (Yılmaz ve Şahin, 2020; Lei, 2021; Choi ve Moon, 2023; Eroğlu ve Temiz, 2020). Sosyal ve duygusal desteğin, stresle başa çıkma becerilerini güçlendirerek psikolojik dayanıklılığı artırdığı; buna karşın destek yetersizliğinin infertilite stresini derinleştirdiği vurgulanmıştır. Ancak mevcut araştırmada bu değişkenlerin anlamlı fark yaratmaması, bireysel farklılıklar, kültürel faktörler ve infertiliteye yüklenen anlamların değişkenliğinden kaynaklanabilir.

Genel olarak bu sonuçlar, infertilite stresinin özellikle tekrarlayan tedavi başarısızlığı ve infertilite türüne bağlı değiştiğini, ancak stresle başa çıkma becerisinin sadece sosyal destekle değil, bireyin içsel psikolojik dayanıklılığı ve kültürel çevresiyle de şekillendiğini göstermektedir.

Tablo 10'a göre Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) ile İnfertilite Özyeterlik Ölçeği (İÖYÖ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Bu bulgu, öz şefkat ve özyeterliğin doğrudan etkileşimden ziyade, bireyin psikolojik sağlamlılığı ve içsel farkındalığı ile dolaylı biçimde ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Buna rağmen, özyeterlik düzeyi yüksek olan kadınların infertilite stresini daha düşük düzeyde yaşadığı ve

kaçınmacı (aktif/pasif yok sayma) başa çıkma stratejilerine daha az başvurduğu görüldü. Bu sonuç, özyeterliğin stresle başa çıkmada koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir.

İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) ve alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişkiler saptanmıştır. Özellikle aktif mücadele ve anlam bulma stratejileri, infertilite stresiyle daha işlevsel biçimde başa çıkmayı desteklemektedir. Bu durum, yüksek öz şefkat ve özyeterlik düzeyine sahip bireylerin stres karşısında daha uyumlu tepkiler geliştirdiğini göstermektedir.

Benzer şekilde literatürde de özyeterlik algısının artmasının stresle başa çıkma becerisini arttırdığı, kaçınmacı stratejilere başvurmayı azalttığı ve aktif baş etme yöntemlerini desteklediği bildirilmektedir (Andrei vd., 2021; Aflakseir ve Zarei, 2013). Yılmaz ve Oskay (2015) ile Yılmaz ve Şahin (2020), stresle başa çıkma yöntemlerinin kadın-erkek, kişilik özellikleri ve bireysel farkındalık düzeylerine göre değişebildiğini vurgulamıştır. Bunun yanı sıra anlam bulma stratejisinin, infertilite sürecinde yaşanan olumsuz duyguların dönüştürülmesinde psikolojik bir iyileştirici olacağı belirtilmektedir (Şimşek Alphan, 2018). Bu bulgular, öz şefkat ve özyeterlik birlikte ele alındığında infertilite stresini azaltmada önemli bir görev üstlendiğini gösterirken; bireyin içsel kaynaklarını uyararak daha sağlıklı, anlam odaklı başa çıkma stratejilerini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

İnfertilite özyeterlik algı puanlamalarını yordamada aile desteğinin önemli olduğu saptanmıştır. 1. ve 2. Modellere göre aile desteğinin varlığı kişinin özyeterlik algılamasını olumlu şekilde etkilerken bu etkinin olmaması durumunun kişinin özyeterliğinin azalmasına neden olabileceği saptandı. Aile desteğinin düşük ve orta düzeyde algılanması, özyeterlik puanlarında anlamlı bir düşüşe neden olmuştur ($p < 0,01$). Bu durum, sosyal çevre desteğinin infertilite sürecinde psikolojik sağlamlığı ve kişinin baş etme gücünü arttıran temel bir faktör olduğunu açıklamaktadır. Buna rağmen, eş desteğinin orta düzeyde olmasının özyeterlik üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadı. Ayrıca öz şefkat değişkeni modele eklendiği zaman, modelin açıklayıcı gücü anlamlı şekilde artmadı, dolayısıyla öz şefkatin özyeterlik üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olabileceği söylenebilir.

Literatürde de sosyal desteğin infertilite sürecinde özyeterliği artırıcı etkisi vurgulanmıştır. Chu ve ark. (2021), sosyal destek düzeyi yüksek olan kadınlarda yaşam doyumu ve özyeterlik algısının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Başka bir benzer çalışmada, Altıparmak ve Derya (2018), infertil kadınlara verilen eğitim ve destek programlarının özyeterlik algısında anlamlı artışa katkı sağladığı görülmüştür. Kulaksız ve

ark. (2022) ise Türkiye’de kadın infertilitesinin toplumsal boyutta daha fazla damgalanma oluşturduğu ve bunun ise kadınların benlik algısını olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

Kültürel bağlam açısından bakılırsa, Türkiye gibi kolektivist toplumlarda aile desteği, infertilite sürecinde bireysel eş desteğine göre daha belirleyici olabilmektedir. Bu durum, bireyin çevresinden aldığı onayın ve sosyal kabulün psikolojik dayanıklılığı güçlendirmesiyle açıklanabilir. Buna rağmen öz şefkat, çoğunlukla kişinin kendi içsel algı ve yorum süreçlerinden etkilendiği için sosyal destekten bağımsız bir değişken olarak kalabilmektedir.

Dolayısıyla araştırma bulguları, infertilite özyeterliğinin en güçlü yordayıcısının aile desteği olduğunu, eş desteği ve öz şefkatin ise dolaylı veya sınırlı etkiler gösterdiğini vurgulamaktadır. Araştırma bu yönüyle, sosyal destek ile kültürel kodların etkileşimini öne çıkaran literatürle paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tablo 12 infertilite stresi ile başa çıkma aşamalarını yordayan faktörleri ele almaktadır. 1. Modele göre primer infertiliteye sahip olan kadınların stresle başa çıkma puanlarının düşük olduğu saptandı. Geçmişte tedavi deneyimi olanların stresle başa çıkma puanlarının ise yüksek olduğu saptandı. 2. Modele göre ise yüksek özşefkate sahip kişilerin infertilite stresiyle daha etkili şekilde başa çıkabilecekleri saptandı. Geçmişte tedavi deneyimi yaşayanlar ve infertilite tipine ek olarak yüksek öz şefkat düzeyinin olmasının infertilite stresiyle başa çıkmada kadınlara kolaylık sağlayacağı saptandı.

Literatür incelendiğinde infertilite tanısı almış olan kişilerde stresle başa çıkma stratejilerinde bu bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirleyici olduğu belirtilmiştir. Duygusal açıdan başa çıkma stratejileri geliştiren kişilerin depresyon şikayetlerinde azalma ve psikolojik iyi olma durumlarının yükseldiği belirtilmiştir (Mirzaasgari, vd., 2022). Öz şefkatin infertilite stresiyle başa çıkmada etkili bir silah olduğu belirtilmiştir. Buna göre öz şefkatin diğer stresle başa çıkma stratejileriyle birlikte psikolojik iyi olma halini olumlu etkilediği belirtilmiştir (Vural Aktan, vd., 2025). Ayrıca öz şefkatin ruhsal sorunlarla başa çıkmada etkili olduğu ve kişilerin yaşam standartlarının iyileşmesinde yardımcı olduğu belirtilmiştir (Sahraian., vd., 2024). Tüm bu çalışmalar öz şefkatin infertilite stresiyle başa çıkmada infertil kadınlara yardımcı olduğunu göstermektedir. Çalışmalar bu yönüyle benzer veriler sunmaktadır. Daha genel bir ifadeyle araştırma bulguları infertilite stresiyle başa çıkmada öz şefkatin, tedavi deneyiminin ve infertilite tipinin önemli belirleyiciler olduğunu belirlemiştir. Yüksek öz şefkat düzeyi, stresle başa çıkma becerilerini artırır; özellikle primer infertilite yaşayan kadınlarda

psikolojik uyumu güçlendirir. Bu yönüyle mevcut araştırma, öz şefkatin infertilite sürecinde psikososyal uyumu destekleyen kritik bir değişken olduğunu vurgulamaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma, infertil kadınlarda öz şefkat düzeyleri ile infertiliteye bağlı özyeterlik ve stresle başa çıkma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ölçeklerin güvenilirlik analizleri, özellikle infertilite özyeterlik ölçeğinin yüksek tutarlılığını göstermiştir. Öz Şefkat Ölçeği güvenilirlik değeri diğer ölçeklere göre daha düşük olmakla birlikte, bu alanda yapılacak çalışmalar için geliştirilmeye açık olduğunu göstermektedir.

Öncelikle, sosyodemografik ve infertilite ile ilgili değişkenlerin ölçek puanları üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. Katılımcıların demografik özellikleri veya infertilite nedeni gibi özelliklerinden bağımsız bir şekilde benzer psikolojik deneyimler yaşadıkları söylenebilir.

Öz- Şefkat Düzeyi (ÖŞÖ) – $73,09 \pm 7,87$

Ortalama puanın 73,09 olması ve düşük standart sapmanın ($\pm 7,87$) görülmesi, katılımcıların orta-üst düzeyde öz şefkate sahip olduklarını gösterir. Bireylerin yaşadıkları zorluklara rağmen kendilerini oldukları gibi kabul ettiklerini, psikolojilerinin iyi olabileceğini göstermektedir.

İnfertilite Öz Yeterliği (İÖYÖ) – $20,50 \pm 5,18$

Ortalama puan düşük-orta düzeyde bir Özyeterlik düzeyine işaret etmektedir.

Bu durum, infertilite sürecinde bireylerin kendilerini yeterli hissetmediklerini, süreci yönetmekte zorladıkları görülmektedir. Düşük özyeterlik artan stres ve düşük motivasyona neden olabilmektedir.

İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma (İSBÇÖ) – $45,25 \pm 7,33$

Ortalama puan, orta düzeyde stresle başa çıkma becerisine işaret eder.

Bireylerin genel olarak başa çıkma yollarını kullandıkları ancak bu konuda yüksek beceri düzeyine ulaşmadıkları anlaşılmaktadır.

Alt Boyut Analizi (İSBÇÖ)

- **Aktif Mücadele Etme ($15,36 \pm 3,08$)**
- **Pasif Yok Sayma ($7,95 \pm 2,29$)**

İnfertilite stresiyle başa çıkma ölçeği alt boyutları ele alındığında Aktif mücadele etme 15,36 ile en yüksek orana sahiptir. Pasif yok sayma ise 7,95 ile en düşük orana sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum infertilite yaşayan kişilerin infertilite stresiyle başa

çıkma da aktif ve anlam bulma boyutlarını kullandıklarını; pasif başa çıkma stratejilerine ise daha az yöneldiklerini göstermektedir.

Bu bulgulara göre, infertilite yaşayan bireylerin öz şefkatleri yüksek, özyeterliklerinin görece düşük, stresle başa çıkma becerileri ise orta düzeydedir. Öz şefkat infertilite stresiyle başa çıkmayı kolaylaştırmakta; Aktif başa çıkma infertiliteyle başa çıkmada psikolojik durumu olumlu etkilemektedir.

Aile desteğinin infertilite özyeterliği üzerinde anlamlı ve negatif etkisi bulunmuştur. Orta ve kötü algılanan aile desteği, kadının özyeterliğini azaltmaktadır. Bu durum, aile çevresindeki duygusal desteğin infertilite sürecindeki psikolojik dayanıklılık için kritik olduğunu vurgulamaktadır. Buna karşın, eş desteğinin özyeterlik ve stresle başa çıkma üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır; bu durum, eş desteğinin algılanma biçiminin veya ölçüm yöntemlerinin farklılık gösterebileceğine işaret etmektedir.

Aile Desteği ve Eş Desteğinin İnfertilite Özyeterlik Puanlarına Etkisi

- Model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F = 6,734$, $p < 0,001$).
- Model, infertilite Özyeterlik puanlarındaki değişimin sadece %5,6'sını açıklamaktadır ($R^2 = 0,056$).
- Eş desteğinin orta düzeyde olması, Özyeterlik puanlarını anlamlı şekilde etkilememektedir ($Beta = -0,008$, $p = 0,909$).
- Aile desteğinin orta ve kötü algılanması, infertilite Özyeterlik puanları üzerinde anlamlı ve negatif etkide bulunmuştur:
- Orta düzey aile desteği $\beta = -0,181$, $p = 0,008$
- Kötü düzey aile desteği $\beta = -0,188$, $p = 0,002$
- Bu bulgular aile ve eş desteği azaldıkça infertilite Özyeterliğinin düştüğünü göstermektedir.

İnfertilite stresi ile başa çıkma puanları, infertilite tipi (primer/sekonder) ve geçmişte başarısız tedavi deneyimlerine göre anlamlı farklılıklar göstermiştir. Primer infertilite ve tedavi başarısızlığı olan kadınların stresle başa çıkma puanları daha yüksek bulunmuş; bu durum onların daha aktif ya da farklı başa çıkma stratejileri geliştirmiş olabileceklerini düşündürmektedir.

İnfertilite Tipi ve Geçmiş Başarısız Tedavi Denemesinin İSBÇÖ Puanlarına Etkisi

- Model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F = 11,646$, $p < 0,001$).
- Model, İSBÇÖ puanlarındaki değişimin %6,4'ünü açıklamaktadır ($R^2 = 0,064$).

- İnfertilite tipi (primer/sekonder) negatif yönde anlamlı bir etkiye sahiptir (Beta = -0,169, $p = 0,001$):
- Bu, primer infertilite grubunun sekonder infertiliteye göre daha düşük İSBÇÖ puanına sahip olduğunu gösterir.
- Geçmişte başarısız tedavi denemesinin pozitif yönde anlamlı bir etkisi vardır (Beta = 0,203, $p < 0,001$):

Bu bulgulara göre geçmişte başarısız tedavi deneyimi, stresle başa çıkma puanlarının artmasına, daha yoğun başa çıkma çabalarına yol açmaktadır.

Öz şefkatin ise infertilite stresiyle başa çıkma üzerinde pozitif ve anlamlı bir ilişkisi vardır. Öz şefkati yüksek kadınlar, infertilite kaynaklı stresle başa çıkabilmektedirler. Bu durum infertil kadınların öz şefkat düzeyi ile stresle başa çıkma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir.

- Öz şefkat değişkeninin eklenmesiyle modelin açıklayıcı gücü anlamlı şekilde artmıştır ($R^2 = 0,134$, düzeltilmiş $R^2 = 0,127$, $F = 28,003$, $p < 0,001$).
- Öz şefkat, İSBÇÖ puanlarını pozitif yönde anlamlı şekilde öngörülebilir bir değişkendir (Beta = 0,268, $p < 0,001$):
- İnfertilite tipi (Beta = -0,143, $p = 0,005$) ve geçmiş başarısız tedavi denemesi (Beta = 0,179, $p < 0,001$) etkileri modelde devam etmektedir.

Buna karşın, özyeterlik ile öz şefkat arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İnfertil kadınların öz şefkat düzeyi ile infertiliteye yönelik özyeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

- ÖŞÖ ile İÖYÖ arasında anlamlı ilişki yoktur ($r = 0,031$, $p = 0,565$)
- Öz şefkatin infertilite Özyeterlik algısını açıklamadaki rolü sınırlıdır. Bireylerin kendine karşı tutumu, infertilitede kendini yeterli hissetme duygusunu anlamlı biçimde etkilememektedir.

Bu, öz şefkat düzeyinin infertilite Özyeterlik algısı ile doğrudan bağlantılı olmadığını göstermektedir.

Ölçekler arasındaki korelasyonlar, öz şefkatin aktif ve pasif başa çıkma stratejileri ile olumlu ilişkisini ortaya koyarken, özyeterlik ile pasif ve aktif yok sayma stratejileri arasında olumsuz ilişki bulunması, özyeterliği yüksek bireylerin daha az kaçınma eğilimi gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ)

- ÖŞÖ ile İÖYÖ arasında anlamlı ilişki yoktur ($r = 0,031$, $p = 0,565$)

Bu, öz şefkat düzeyinin infertilite Özyeterlik algısı ile doğrudan bağlantılı olmadığını göstermektedir.

- ÖŞÖ ile diğer başa çıkma boyutları arasında zayıf ama anlamlı pozitif ilişkiler:
- İSBÇÖ ($r = 0,296$)
- Aktif yok sayma ($r = 0,137$)
- Aktif mücadele ($r = 0,244$)
- Pasif yok sayma ($r = 0,192$)
- Anlam bulma ($r = 0,215$)

Bu durum öz şefkati yüksek bireylerin stresle başa çıkmak için farklı stratejiler kullanmaya yatkın olduğunu göstermektedir.

İnfertilite Öz Yeterliği (İÖYÖ)

- İÖYÖ ile İSBÇÖ arasında zayıf negatif ilişki ($r = -0,134$, $p = 0,013$)

Bu, infertiliteye dair Özyeterlik duygusu yüksek olanlar daha az stresle başa çıkma stratejisi kullanıyor olabileceğini göstermektedir.

Baş çıkma alt boyutlarıyla ilişkiler:

- Aktif yok sayma: Orta düzeyde negatif ($r = -0,369$)
- Pasif yok sayma: Zayıf negatif ($r = -0,249$)
- Anlam bulma: Zayıf pozitif ($r = 0,236$)
- Aktif mücadele etme: Anlamlı ilişki yok ($r = -0,070$, $p = 0,194$)

Buna göre özyeterliği yüksek bireylerin özellikle kaçınma temelli stratejilerden (aktif/pasif yok sayma) uzak durmakta; Anlam bulma stratejilerini benimsemektedirler.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma (İSBÇÖ)

- Alt boyutlarla güçlü ilişkiler:
- Aktif mücadele ($r = 0,736$)
- Pasif yok sayma ($r = 0,739$)
- Anlam bulma ($r = 0,646$)
- Aktif yok sayma ($r = 0,590$)

İSBÇÖ puanları, başa çıkma alt stratejileriyle ilişkili bulunmuştur. Bu, ölçeğin iç tutarlılığını destekler. Ayrıca, başa çıkma stratejilerinin birlikte kullanıldığını ve birden fazla stratejinin aynı anda devrede olabileceğini göstermektedir.

Öz şefkat düzeyi tek değişkenli analizde stresle başa çıkma ile pozitif ilişkili bulunmakla birlikte, çoklu regresyon analizinde anlamlı bir yordayıcı değildir.

- Öz şefkatin infertilite Özyeterlik puanlarını anlamlı şekilde yordamadığı (Beta = 0,048, p = 0,365) görülmüştür.

Bu çalışmada infertil kadınların öz şefkat, özyeterlik ve stresle başa çıkma becerileri incelenmiştir. Çalışmada tüm araştırma soruları cevaplanırken, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- ✓ İnfertil kadınlarda öz şefkat, infertilite stresi ile başa çıkmada önemli bir psikolojik kaynak olmaktadır.
- ✓ Aile desteği, infertilite özyeterliğini anlamlı şekilde etkileyen önemli bir faktördür, iyi algılanmadığında özyeterliği azaltıcı etkisi bulunmaktadır.
- ✓ Eş desteğinin infertilite özyeterlik ve stresle başa çıkma üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.
- ✓ İnfertilite ve başarısız tedavi deneyimi olan kadınlar, stresle başa çıkmada daha yüksek puana sahiptir.
- ✓ Öz şefkat, başa çıkma stratejilerinin olumlu gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

- ✓ Psikososyal müdahalelerde infertil kadınların öz şefkat düzeylerini artırmaya yönelik çalışmalar ve öz şefkat temelli programlar geliştirilebilir.
- ✓ Aile desteğinin güçlendirilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulabilir.
- ✓ Eş desteğinin niteliği ve algılanışı ayrıntılı incelenmeli; eşlerin de psikolojik destek alması sağlanabilmelidir.
- ✓ İnfertilite ve tedavi başarısızlığı yaşayan kadınlar yönelik stres teknikleri geliştirilebilir.
- ✓ İleride yapılacak araştırmalarda öz şefkatin infertilite sürecindeki rolü ile ilgili farklı yöntem kullanılarak farklı popülasyonlarda çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

Acar, H. (2019). Açıklanamayan İnfertilite Olgularında Gonadotropin veya Klomifen Sitrat ile Yapılan Ovulasyon İndüksiyonu Sonrası İntrauterin İnseminasyon Tedavilerinin Gebelik Başarı Oranlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of reproduction & infertility*, 14(4), 202.

Afshani, S. A., Abooei, A., & Abdoli, A. M. (2019). Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 17(10), 757.

Afyonkale Talay, N. (2018). İnfertiliteyle Başetme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Doktora Tezi.

Aka, P. (2023). Bilinçli Farkındalık Odaklı Öz şefkat Programının Üniversite Öğrencilerinin, Öz-Şefkat, Eş Bağımlılık, İnteroseptif Farkındalık ve Uyum Kalitesi, Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi.

Akar, E. M., Bayar, D., Yıldız, S., Özel, M., ve Yılmaz, Z. (2005). Reproductive Outcome of Women With Unicornuate Uterus. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 148–150.

Akder, R. N., ve Ayhan, N. Y. (2020). İnfertilite ve Mikro Besin Ögeleri. *Aydın Sağlık Dergisi*, 7(1), 1-13.

Akın, Ö., & Şahin, E. (2020). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 3(1), 55-75.

Aksoy, Ö., ve Şahin, N. (2020). İnfertilitede Unutulan Bir Kavram: Erkek Cinselliği. *Androloji Bülteni*, 22(1), 28-32.

Akşit, E. E. (2009). Kısırlık: Olanak ve Tahakküm. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 1 (2), 43-52.

Aktan, G. V., Yücel Özçirpan, Ç., Uslu Şahan, F., & Koç, G. (2025). Does Self-Compassion Play a Mediating Role Between Stress and Fertility Adjustment in Women Undergoing Infertility Treatment: A Structural Equation Analysis. *Journal of Advanced Nursing*.

Aktepe, İ., ve Tolan, Ö. (2020). Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 12(4), 534-561.

Alagöz, E. (2022). Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programını Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Düzeyi ve Duygu Düzenlemesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Alaloğlu, G. (2020). Mükemmeliyetçilik, Kendini Sabotaj, Öz şefkat ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi.

Alkılıç, K. L. (2025). İnfertilite Yaşayan Kadınlara Yönelik Emdr Odaklı Grupla Psikolojik Danışmanın Etkililiği. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self- Compassion, stress, and coping. Social and personality psychology compass, 4(2), 107-118.

Altıparmak, S. (2018). İnfertil Kadınlara Verilen Fertiliteyi Destekleyici Davranış Kazandırma Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İnfertilite Öz-Yeterliliğine Etkisi. İnönü Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Altıparmak, S., & Derya, Y. A. (2018). The effects of fertility-supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self-efficacy in infertile women: A quasi-experimental study. European Journal of Integrative Medicine, 20, 146-153.

Altun, Ş. Ö., Kabakçı, K., Olçun, Z. (2020). Hemşirelikte Öz-Şefkat. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 29(3), 218-225.

Andrei, F., Salvatori, P., Cipriani, L., Damiano, G., Dirodi, M., Trombini, E., ... & Porcu, E. (2021). Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for an anatomical or non-anatomical infertility. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 264, 241-246.

Aras, Y. N., Topkaya, N., ve Şahin, E. (2022). Yetişkin Bireylerde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Cinsiyet, Çocukluk Çağı Travmaları, Yaşamda Anlam ve Öz Şefkat. Sosyal Bilimler Dergisi | Journal of Social Sciences, 7(1), 168-183.

Arseven, A. (2016). Özyetelik: Bir Kavram Analizi. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish Or Turkic, 11(19), 63-80.

Arseven, A. (2016). Özyetelik: Bir Kavram Analizi. Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 11(19), 63-80.

Arsan-Özkan İ, Okumuş H, Lash A A., ve Firat MZ. (2014). Cultural Validation of the Turkish Version of the Infertility Self-Efficacy Scale-Short Form (TISE-SF). J Transcult Nurs; 25(3):232-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216084>

Ayaz, Ç. M., & Zarakol, P. (2021). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Stratejileri. Türkiye Klinikleri Internal Medicine-Special Topics, 1(1), 48-54.

Aziz, A. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri, İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık.

Bakır, N., ve Beji, K. N. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3), 10-16.

Bakır, Ş. (2024). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi.

Bal, M. T., ve Kaya, Y. (2025). Bebek/Çocuk Temalı Reklamların Kadınların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine Etkisi. Osmangazi Tıp Dergisi, 47(1), 102-109.

Bala, R., Singh, V., Rajender, S., & Singh, K. (2021). Environment, lifestyle, and female infertility. Reproductive sciences, 28(3), 617-638.

Barbosa, C., Santos, S., & Pedro, J. (2024). Mapping acceptance and commitment therapy outcomes in the context of infertility: a systematic review. Current Psychology, 43(16), 14634-14644.

Bayraktar, E. (2018). Toplumsal Cinsiyet, Kültür ve Şiddetin İnfertilite ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 27, 234-238.

Benli, K. C., Başgöl, Ş., ve Özdemir, G. G. N. (t.y.). Postpartum Dönem Annelerin Öz Şefkat Düzeylerinin Emzirme Özyetelik Algılarına Etkisi. Araştırma Makalesi, 34(1), 1-12.

Bhati, K., & Sethy, T. (2022). Self-efficacy: Theory to educational practice. The International Journal of Indian Psychology, 10(1), 1123-1128.

Bilgiç, G., ve Gürkan, C. Ö. (2021). Kadın Sağlığında Mindfulness (Bilinçli Farkındalık) ve Kullanım Alanları. IGUSABDER, 14, 363-375.

Blackwell, C., & Swickert, R. (2025). Mindfulness and Trust: Survey Evidence on the Relationship Between Mindfulness Practice, Trait Mindfulness, and General Social Trust. Social Science Quarterly, 106(4), e70041.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Human reproduction, 22(6), 1506-1512.

Borgohain, D., & Srivastava, S. (2017). Pregnancy in bicornuate uterus. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 7(1), 346-348.

Boz, İ., Özçetin, E., & Teskereci, G. (2018). İnfertilitede anne olma: Kuramsal bir analiz. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar, 10(4), 506-521.

Bozdoğan, F. B. K., ve Tazeoğlu, A. (2024). İnfertilite ve Beslenme. Sağlık & Bilim 2024: Beslenme-I, 131.

Brown, T. A. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford Press

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2001). Definition and Causes of Infertility. *Reproductive Biomedicine Online*, 2(1), 173-185.

Bulut Kamalı, M., & Şen, S. (2022). Infertil Çiftlerde Depresyon ve infertilite ile Başa Çıkma Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 8(2), 118-137.

Bulut, Ö. Ü., & Şahin, S. (2021). Obezite ve D Vitamini Düzeylerinin İnfertilite Üzerine Etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 29-33.

Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Psychology of infertility. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*, 1-19.

Callak, Y. (2019). Psikolojik Belirtiler ile Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkide Şemaların Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Carson, S. A., & Kallen, A. N. (2021). Diagnosis and management of infertility: a review. *Jama*, 326(1), 65-76.

Cetişli, E. N., Ören, T. D. E., ve Kaba, F. (2018). İnfertil Çiftlerde Çift Uyumu ve Umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 81, 422-426.

Choi, Y., & Moon, S. H. (2023). Types and characteristics of stress coping in women undergoing infertility treatment in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2648.

Chu, X., Geng, Y., Zhang, R., & Guo, W. (2021). Perceived social support and life satisfaction in infertile women under going treatment: A moderated mediation model. *Frontiers in psychology*, 12, 651612.

Civan, E., ve Beydağ, D. K. (2023). İnfertil Kadın ve Erkeklerin İnfertilite Stresi ve Eş Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 3(1), 58-63.

Cousineau, T.M., Green, T.C., Corsini, E.A., Barnard, T., Seibring, A.R., & Domar, A.D. (2006). Development and validation of the infertility self-efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 85, 1684-1696.

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 293-308.

Cömert, E. (2016). Kliniğimizde Uterin Septum Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Gebelik Oranları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, 2016.

Cunanan, A. J., DeWeese, B. H., Wagle, J. P., Carroll, K. M., Sausaman, R., Hornsby, W. G., ... & Stone, M. H. (2018). The general adaptation syndrome: a foundation for the concept of periodization. *Sports medicine*, 48, 787-797.

Çağlar, M., ve Oskay, Ü. Y. (2020). İnfertilite ve cinsel yaşam üzerine etkileri. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 6(1), 157-62.

Çağlar, M., ve Satılmış, G. İ. (2019). İnfertilite ve Yaşam Kalitesi: SistematiK Derleme. *Androl Bul*, 21, 170–176.

Çakı, B., ve Sohbət, R. (2021). Fertil- İnfertil Kadınların Üreme Bilgilerinin ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 103-112.

Çapık, N. (2025). İnfertilite Hastalarında Stres Faktörleri ve Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi.

Çinkır, E. (2023). İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İlişki, Mersin Stres İlişki, Mersin Stresle Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki, Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

De Villiers, A. (2003). The development of stress theories and their implications for therapeutic interventions: a review (Doctoral dissertation, Stellenbosch: Stellenbosch University).

Dehkordi, S. M., Khoshakhlagh, A. H., Yazdanirad, S., Mohammadian-Hafshejani, A., & Rajabi-Vardanjani, H. (2025). The effect of job stress on fertility, its intention, and infertility treatment among the workers: a systematic review. *BMC public health*, 25(1), 542.

Demir, G. P. (2024). İnfertil Kadınlarda Algılanan Aile Desteğinin İnfertilite stresi ile Başa Çıkma Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Demirci, A. D., Atasayar, T., ve Kabukcuoğlu, K. (t.y.). Üremeye Yardımcı Tedavi Alan Kadınların Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Davranışları Oluşturan Unsurlar: Nitel Bir Araştırma. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*, 7(1), 240-264.

Deniz, K. Y. (2013). İnfertilite Nedeniyle Tetkik Edilen Endometriozis, Açıklanamayan İnfertilite veya Tekrarlayan Abortus Olgularında Çölyak Hastalığı ve Otoimmün Tiroid Hastalığı Sıklığının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi.

Deniz, M.E., Kesici Ş. ve Sümer A.S. (2008) The Validity and Reliability Study of the Turkish Version of Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36 (9), 1151–1160.

Dirican, A., Ünal, B., Özgör, D., Ünal, D., Işık, B., Pişkin, T., ve Kırımlıoğlu, V. (2008). Rektus Abdominus Kasında Endometriozis: Olgu Sunumu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (1) 55-57.

Dişli Çetinçay, D., ve Oskay, Ü. (2025). TheEffect of Infertility-relatedStress on Life SatisfactionandCopingAttitudes in InfertileWomen. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 649-659.

Doğan, M., Özdemir, F., ve Çam, Ş. D. (2024). Effect of migration on fertility and family planning: The case of Kayseri in Türkiye. *Medicine*, 103(50), e40716.

Doğan, S. İ. (2024). İleri Yaş Kadınlarda IVF Sikluslarında Ovulasyon Tetikleyici Olarak Sadece HCG veya GNRH Analogu Kullanımı ile İkili Tetiklemenin (GNRH Agonisti ve HCG) Gebelik Sonuçlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi.

Doğan, S., ve Altındağ, E. (2017). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Danışmanlık Vermek. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9 (2), 32-36.

Dolanbay, E. G. (2019). Obezite ve Kadın Fertilitesi. *Sağlık Bilimlerinde*, 110.

Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568.

Dönmez, Ç. Ç., ve Emül, T. G. (2019). İnfertilite Tedavisinde Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (Jshsr)*, 6(43), 2958-2966.

Durgun, O. Y., ve Duman, M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilite Uyumları Jinekoloji- Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2): 43-46.

Durmazoğlu, G. (2015). İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Ece Kaplan, E., (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları, *Androloji Bülteni*, 20:61-64.

Erbektaş, G. (2022). İnfertil Kadınlarda Damgalanma ve İnfertilite ile Başa Çıkma Yöntemlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Erden, A. (2015). Uterovajinal Anomaliler. *Trd Sem.* 36-46.

Eryılmaz, E. S. (2024). Hemşirelik Öğrencilerinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Stres Yönetimi Psikoeğitim Programının Öğrencilerin Depresif, Aksiyete ve Stres Belirti Düzeylerine Etkisi. Doktora Tezi, Kars Üniversitesi.

Facchin, F., Grosso, F., Saita, E., Vercellini, P., & Pagnini, F. (2025). Can self-compassion and mindfulness predict psychological wellbeing in individuals with endometriosis? Findings from an online survey. *BMC Women's Health*, 25(1), 310.

Farmer, H., Xu, H., & Dupre, M. E. (2022). Self-efficacy. In *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp. 4410-4413). Cham: Springer International Publishing.

Fıçıcıoğlu, C., ve Özcan, P. (2017). Birinci Basamak Ovulasyon İndüksiyonu: Oral Ajanlar. *TJRMS*, 1(1), 29-35.

Galst, J. P. (2018). The elusive connection between stress and infertility: A research review with clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 1.

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18(6), 652-669.

Gaskins, A. J., Sundaram, R., Buck Louis, G. M., & Chavarro, J. E. (2018). Predictors of sexual intercourse frequency among couples trying to conceive. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 519-528.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. *Social science & medicine*, 73(1), 87-94.

Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2009). *Basic econometrics* (5th ed.). McGraw-Hill/Irwin.

Gül, A. A., ve Demir, H. (2018). İmplantasyon Başarısızlığı ve Prolidaz Enzimi Arasındaki İlişki. *Uluslararası Müzik Dans ve Sağlık Kongresi* 11, 77-80.

Güleşçi, A. (2024). İnfertil Çiftlerde Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi ile İnfertilite Stresi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.

Gülpınar, N., Başkaya, S., Yeşilbudak, Z., ve Boz, İ. (2019). İnfertilite Tedavisi Sırasında Kadınların Algıladıkları Bakım Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1).

Gümüşay, M., Sarı, E., ve Satılmış, G. İ. (2020). İnfertil Çiftlerde Cinsel Yaşam ile İlgili Araştırmaların Sistemik Derlemesi. *Androloji Bülteni (Andrology Bullettin)*, 22(2), 74-85.

Güney, E., Cengizhan, S. Ö., Okyay, E. K., Bal, Z., ve Uçar, T. (2022). Effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 47, 101566.

Güngör, S., ve Kaya, E. (2023). Hastalık ve Kültür İlişkisine Kuramsal Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(44), 659-691.

Gürlek, B., Çolak, S., ve Yılmaz, B. (2020). Gebelikte Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Yönetimi. *Journal of Human Rhythm*, 6(2), 53-73.

Hajela, S., Prasad, S., Kumaran, A., & Kumar, Y. (2016). Stress and infertility: A review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(4), 940-943.

Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human reproduction update*, 15(3), 279-295.

Hartati, D. (2025). Efektivitas Terapi Mindfulness Terhadap Kesehatan Seksual Dan Reproduksi Pada Pasangan Usia Subur: Tinjauan Sistematis. *Jubida-Jurnal Kebidanan*, 4(1), 76-87.

Hartmann, L. A., & Roomaney, R. (2025). 'If I don't get the baby, just give me the body': exploring self-image and self-esteem among women with polycystic ovary syndrome. *South African Journal of Psychology*, 00812463251336567.

Hasan Fatih, K. A. L., ve Küçükşen, K. (2023). Toplumsal Cinsiyet-Hukuk İlişkisi: Uluslararası ve Ulusal Belgelerde Kadın Hakları. *Sosyal Beşeri Ve İdari Bilimler Alanında Uluslararası Araştırmalar X*, 199.

Homan, G. F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The Impact of Lifestyle Factors On Reproductive Performance in the General Population and Those Undergoing Infertility Treatment: A Review. *Human Reproduction Update*, 13(3), 209-223.

Höbek, P. (2017). Unilateral Tubal Faktör Endikasyonu ile Kontrollü Hiperstimülasyon ve Intrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda İpsilateral Ya Da Kontralateral Dominant Follikül Gelişimi ile Gebelik Oranları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi*.

Hu, J. Y., Wu, Y. D., Xiao, Z., Yu, M. T., Liu, Y. F., Peng, Y. T., ... & Zhang, Y. (2025). A mixed-methods study on negative psychological states of infertile women under going assisted reproductive treatment. *Scientific Reports*, 15(1), 20916.

Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive Technologies and global movements in the 21st century. *Human reproduction update*, 21(4), 411-426.

İşıkcı, T., Hassa, H., Aydın, Y., ve Öner, S. (2014). Açıklanamayan İnfertilite Olgularında IVF Başarısı Predikte Edilebilir Mi? *Türkiye Klinikleri J Gynecol* 104 Obst, 24(2), 104-109.

İnam, Ö., ve Satılmış, İ. G. (2025). The effect of mindfulness-based nursing support on the psychosocial status of women receiving infertility treatment: a randomized controlled trial. *BMC women's health*, 25(1), 127.

Kan, Ö., Alkılıç, A., Yüce, T., ve Berker, B. (2014). Açıklanamayan İnfertilitede Yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 506-518.

Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 20(2), 61-64

Karademir, S., Başgöl, Ş., ve Koç, E. (2025). İnfertilitenin Psikososyal Etkileri ve Sağlık Profesyonellerinin Kanıt Temelli Yaklaşımları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 136-152.

Karakaş, E. (2022). Sıçan Endometriozis Modelinde Gonadotropin Tedavisinin Endometriozis Dokularında Sinyal İletici Proteinler ve Tümör Baskılayıcı Genler Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi.

Karakaş, S., ve Aslan, E. (2021). İnfertil Kadınlara Yönelik Cinsel Danışmanlık Programında BETTER Modeli'nin Kullanımı. Androl Bul, 23, 129–135.

Karpat C, Erensoy H. (2020). Tüp Bebek Tedavisi Gören İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları Üzerine Pilot Bir Çalışma. TJFMPC. 14(3):461-7.

Katsikis, I., Kita, M., Karkanaki, A., Prapas, N., & Panidis, D. (2006). Anovulation and ovulation induction. Hippokratia, 10(3), 120.

Kemeny, M. E. (2003). The psychobiology of stress. Current directions in psychological science, 12(4), 124-129.

Keskin, G., ve Gümüş, A. B. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. Journal of PsychiatricNursing/Hemşireleri Derneği, 5(1).

Khalesi, Z. B., & Kenarsari, F. J. (2024). Anxiety, depression, and stress: a comparative study between couples with male and female infertility. BMC women's health, 24(1), 228.

Kırca, N., ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(2),162-178.

Kırmızıtoprak, E., ve Şimşek, Z. (2011). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Gençlerin Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(4), 463-472.

Kofoed, K., Speciallægepraksis, R., Tracz, E. S., & Speciallægepraksis, A. DDS-vejledning vedrørende Seksuelt Overførbare Infektioner.

Kohli, H., Wampole, D., Kohli, A., & Polyakova, D. (2022). Associationbetween Self-Compassionand Demographics of University Students Adjustedby Gratitude. International Journal of Progressive Education, 18(6).

Koyun, A., Taşkın L., ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(1), 67-99.

Kulaksız, D., Toprak, T., Ayribas, B., Ozcan, E., Arslan, U., & Dokuz Eylül Güngör, N. (2022). The effect of male and female factor infertility on women'sanxiety, depression, self-esteem, quality of life and sexual function parameters: a prospective, cross-sectional study fromTurkey. Archives of Gynecologyand Obstetrics, 306(4), 1349-1355.

Kuşluvan, M. (2022). Depresyon, Anksiyete ve Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, 2022.

Kutlu, L., ve Varışoğlu, Y. (2021). İnfertilite tedavisi olan kadınların psikolojik ihtiyaçları ile yardım arama tutumları arasındaki ilişki. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 72-85.

Küçükdemir, F., ve Taşkıran, M. (2015). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar (Tanı ve Tedavi Aşamalarında). *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 8(3), 52-7.

Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*, 11(1), 24220.

Levine, S., & Scotch, N. A. (2017). Social stress. In *Social stress* (pp. 1-16). Routledge.

Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., Singh, S. S., Allen, L., Arendas, K., ... & Senikas, V. (2010). Endometriosis: diagnosis and management. *Journal of Endometriosis*, 2(3), 107-134.

Li, A., Yi, Z., Ma, C., Sun, B., Zhao, L., Cheng, X., ... & Xia, Y. (2025). Innate immune recognition in hepatitis B virus infection. *Virulence*, 16(1), 2492371.

Liao, K. Y. H., Stead, G. B., & Liao, C. Y. (2021). A meta-analysis of the relation between self-compassion and self-efficacy. *Mindfulness*, 12(8), 1878-1891

Liu, F., Han, W., Qiao, W., Chen, Z., Chen, Y., Lu, R., ... & Zhang, D. (2024). Network analysis of stress and stigma symptoms and the associations with quality of life among Chinese female infertility patients. *BMC Women's Health*, 24(1), 627.

Makar, R. S., & Toth, T. L. (2002). The Evaluation of Infertility. *Pathology Patterns Reviews*, 117(suppl_1), 95-103.

Masoumi, S. Z., Abdoli, S., Kazemi, F., Pilehvari, S., Ahmadpanah, M., Khodakarami, B., & Fazli, F. (2025). Stress management through cognitive reconstruction and positive thinking in women with recurrent failed In Vitro Fertilization: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 119.

Mastrolia, S. A., Baumfeld, Y., HersHKovitz, R., Loverro, G., Di Naro, E., Yohai, D., ... & Weintraub, A. Y. (2017). Bicornuate uterus is an independent risk factor for cervical os insufficiency: A retrospective population based cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2705-2710.

Mert, E. (2024). Bilinçli Farkındalık Yönelimli Psikoeğitim Programının Öğrenci Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık, Öfke ve Kişilerarası İlişki Tarzlarına Etkisi. Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.

Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy outcomes of women under going in vitro fertilization: A prospective cohort study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(7), 539.

- Mukherji, A., Jühling, F., Simanjuntak, Y., Crouchet, E., Del Zompo, F., Teraoka, Y., ... & Baumert, T. F. (2024). An atlas of the human liver diurnal transcriptome and its perturbation by hepatitis C virus infection. *Nature communications*, 15(1), 7486.
- Namdar, A., Naghizadeh, M. M., Zamani, M., Yaghmaei, F., & Sameni, M. H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of life Outcomes*, 15, 1-7.
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: The provenpower of being kind to yourself*. Hachette UK.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Neff, K., & Knox, M. C. (2016). Self-compassion. *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*, 37, 1-8.
- Oğuz Taşbaş, E. H. (2019). Çatışma ve Çatışma Çözümü Sürecinde Duyguların Rolü. *Muhakeme Journal*, 2(2), 8-18.
- Olive, D. L., & Pritts, E. A. (2001). Treatment of endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 345(4), 266-275.
- Olivia, M., Putri, D. D. S., Keriswanie, S., Putri, S., Syahwarani, T., & Arini, L. D. D. (2025). Trichomonas pada IMS. *Nian Tana Sikka: Jurnal ilmiah Mahasiswa*, 3(1), 244-249.
- Omani-Samani, R., Ghaheri, A., Navid, B., Sepidarkish, M., & Maroufizadeh, S. (2018). Prevalence of generalize danxiety disorder and its related factors among infertile patients in Iran: a cross-sectionalstudy. *HealthandQuality of Life Outcomes*, 16(1), 129.
- Otrar, M., Ekşi, H., Dilmaç, B., ve Şirin, A. (2022). Türkiye’de Öğrenim Gören Türk ve Akriba Topluluk Öğrencilerinin Stres Kaynakları, Başaçıkma Tarzları ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2(2), 473-506.
- Ozan, D. Y., ve Duman, M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilite Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15 (2), 43-46.
- Öçal, C. B. (2022). İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Manevi Danışmanlık İhtiyacının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Önal, E. (2024). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaların Kullanım Durumları ve Fertilite Uyumu ile İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi.
- Önder, K. E. (2024). Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle Gonadotropin ile Ovulasyon İndüksiyonu Yapılan Hastalarda Gonadotropin Tedavi Başarısının Süperoksit Dismutaz ve

Tiyol Disülfid Hemostazı Açısından Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Özdemir, E., ve Kaplan, S. (2020). İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(1), 79-89.

Özkan, A. 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.

Pacci, Z., Şengül, Y. A., Attar, R., Alagöz, O., ve Uyar, A. (2021). Yapay Zekâ Tabanlı Klinik Karar Destek Sistemi ile Tüp Bebek Tedavisi Gebelik Sonucu Tahmini. EMO Bilimsel Dergi, 11(22), 27-35.

Palazoğlu, N., ve Karaca, A. (2024). İnfertil Kadınların Öz Şefkat, Bilinçli Farkındalık ve Ruhsal Sağlıkları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimlerinde Değer, 14(1), 90-99.

Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. Current opinion in psychology, 13, 131-135.

Perlman, S., Hertweck, P., & Fallat, M. E. (2005). Paratubal and tubal abnormalities. In Seminars Rachmad, Y. E. (2022). Psychological Adaptation Theory.

Rikken, J. F. W., Leeuwis- Fedorovich, N. E., Letteboer, S., Emanuel, M. H., Limpens, J., van der Veen, F., ... & van Wely, M. (2019). The pathophysiology of the septate uterus: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126(10), 1192-1199.

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. Dialogues in clinical neuroscience, 20(1), 41-47.

Saadet, Z. (2021). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi: Bir İnceleme Çalışması. İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi- İaüd- Issn: 2757-7252, 13(1), 155-194.

Sağiroğlu, E. (2025). Gebelerde Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Temelli Stres Azaltma Programının Depresyon, Psikolojik İyi Oluş ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Sahraian, K., AbdollahpourRanjbar, H., NamavarJahromi, B., Cheung, H. N., Ciarrochi, J., & Habibi Asgarabad, M. (2024). Effectiveness of mindful self-compassiontherapy on psychopathologysymptoms, psychologicaldistressand life expectancy in infertile womentreatedwith in vitro fertilization: a two-armdouble-blind parallel randomized controlled trial. BMC psychiatry, 24(1), 174.

Sakız, G. (2013). Başarıda Anahtar Kelime: Öz-yeterlik. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 26 (1), 185-209.

Salari, N., Babajani, F., Hosseini-Far, A., Hasheminezhad, R., Abdoli, N., Haydarisharaf, P., & Mohammadi, M. (2024). Global prevalence of major depressive disorder, generalized anxiety, stress, and depression among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 309(5), 1833-1846.

Sani, M. S., & Tamannaefar, M. (2017). The comparison of quality of life, self-efficacy and resiliency in infertile and fertile women. *World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine*, 15(8).

Sarac, M., ve Koc, I. (2018). Prevalence and risk factors of infertility in Turkey: evidence from demographic and health surveys, 1993–2013. *Journal of biosocial science*, 50(4), 472-490.

Selye, H. (1956). What is stress. *Metabolism*, 5(5), 525-530.

Sevindik, B. (2021). Uterus'un Anatomik Yapısının Fertil ve İnfertil Bireylerdeki Farklılıkları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Seymenler, S., ve Siyez, M. D. (2018). İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(2), 186-197.

Sezgin, H., ve Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 165-184.

Shafaghi, M., Ahmadinezhad, G. S., Karimi, F. Z., Mazloun, S. R., Golbar Yazdi, H. Z., & Afiat, M. (2024). The effect of supportive counseling on self-esteem of infertile women after in vitro fertilization (IVF) failure: a randomized controlled trial study. *BMC psychology*, 12(1), 408.

Sinem, G. T., Sevgi, O., Pinar, S., Erkan, A., Ozlem, K., ve Nevin, O. (2023). Anxiety, Depression, Self-Efficacy and Adjustment in Infertile Turkish Women. *International Journal of Caring Sciences*, 16(3), 1472.

Skinner, C. M., & Kuijer, R. G. (2025). Self-compassion and health-related quality of life in individuals with endometriosis. *Psychology & Health*, 40(9), 1479-1496.

Slavchev, S., Kostov, S., & Yordanov, A. (2020). Pregnancy and childbirth in uterus didelphys: a report of three cases. *Medicina*, 56(4), 198.

Sovey, S., Osman, K., & Mohd-Matore, M. E. (2022). Exploratory and confirmatory factor analysis for disposition levels of computational thinking instrument among secondary school students. *European Journal of Educational Research*, 11(2), 639-652.

Sparic, R., Mirkovic, L., Malvasi, A., & Tinelli, A. (2015). Epidemiology of uterine myomas: a review. *International journal of fertility & sterility*, 9(4), 424.

Steinberg, A., & Ritzmann, R. F. (1990). A living systems approach to understanding the concept of stress. *Behavioral Science*, 35(2), 138-146.

Swami, V., Tran, U. S., Voracek, M., Aavik, T., Ranjbar, H. A., Adebayo, S. O., ... & Lukács, A. (2025). Self-Compassion Around the World: Measurement Invariance of the Short Form of the Self-Compassion Scale (SCS-SF) Across 65 Nations, 40 Languages, Gender Identities, and Age Groups. *Mindfulness*, 1-28.

Symons, L. K., Miller, J. E., Kay, V. R., Marks, R. M., Liblik, K., Koti, M., & Tayade, C. (2018). The immunopathophysiology of endometriosis. *Trends in molecular medicine*, 24(9), 748-762.

Şimşek Alphan, Y. (2018). An interpretative phenomenological analysis of meaning-making of infertility among infertile Turkish women: Developing and testing the effectiveness of an online intervention program in meaning-making.

Şimşek, S. (2017). İnfertilitenin (Kısırlığın) Sosyokültürel Etkileri. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 55-69.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 (Güncelleme Tarihi:14.12.2016). <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>

Tahta, T. (2024). Nedeni Açıklanamayan İnfertil Kadınlarda İnfertilite Destek Eğitiminin Tedavi Sonuçları Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

Tang, N., Jia, Y., Zhao, Q., Liu, H., Li, J., Zhang, H., ... & Huangfu, C. (2022). Influencing factors of dyadic coping among infertile women: a path analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 830039.

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian medical journal*, 4(11), 620.

Tavares, L., Xavier, A., Vagos, P., Castilho, P., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2024). Life span perspective on self-compassion: Insights from age-groups and gender comparisons. *Applied Developmental Science*, 1-17.

Tayiz, V. (2024). Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Psikoeğitim Programının Bilinçli Farkındalık, Dijital İyi Oluş, Stres, Problemlili Cep Telefonu Kullanımı ve Dijital Bağımlılık Düzeylerine Etkisi. Doktora Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi.

Taylor, E., & Gomel, V. (2008). The Uterus and Fertility. *Fertility and Sterility*, 89(1), 1-16.

Tekin, K. O. (2024). Apılarnilin Ratlarda İnfertilite Üzerindeki Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi.

Tekin, M. Ö., ve Ünlübilgin, E. (2017). Yardımcı Üreme Tekniklerinde Tubal Cerrahi. Yardımcı Üreme Tekniklerinde Tubal Cerrahi. *TJRMS*, 2(2), 69-77.

Teskereci, G. (2010). İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.

Tolere, İ. T. G. K. S., & ile Belirsizliğe, E. (2025). Examining the Levels of Distress Tolerance and Intolerance of Uncertainty for Women Receiving Infertility Treatment. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology, 132.

Toluk, G. (2024). Primer İnfertilite Tanısı Alan Kadınların Damgalanma Algısı ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.

Topsakal, Ö., Yanikkerem, E., ve Uyar, Y. (2025). İnfertil Çiftlerin Stres Seviyesi ve Yaşam Kalitesi ile Kadınların Öz Yeterliği ve Fertilitateye Hazır Oluşluluğunu Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı ve Kesitsel Çalışma. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 17(2).

Uçar, N., ve Karaca, A. (2024). İnfertil Kadınların Öz Şefkat, Bilinçli Farkındalık ve Ruhsal Sağlıkları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimlerinde Değer, 14(1), 90-99.

Uyanık, N., ve Çevik, Ö. (2020). Öz- Şefkat Gelişiminde Bilişsel Formülasyonun Rolü. Uluslararası Dil, Eğitim ve Sosyal Bilimlerde Güncel Yaklaşımlar Dergisi (Calees), 2(2), 660- 674.

Vallone, F., & Zurlo, M. C. (2024). Stress, interpersonal and inter-role conflicts, and psychological health conditions among nurses: vicious and virtuous circles within and beyond the wards. BMC psychology, 12(1), 197.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Human reproduction update, 13(1), 27-36.

Vural Aktan, G., Yücel Özçirpan, Ç., Uslu Şahan, F., ve Koç, G. (2025). Does Self-Compassion Play a Mediating Role Between Stress and Fertility Adjustment in Women Undergoing Infertility Treatment? A Structural Equation Analysis. Journal of Advanced Nursing.

Waddington, J. (2023). Self-efficacy. ELT Journal, 77(2), 237-240.

WHO. (2025). <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>.

Wray, S., Burdyga, T., Noble, D., Noble, K., Borysova, L., & Arrowsmith, S. (2015). Progress in understanding electro- mechanical signalling in the myometrium. Acta Physiologica, 213(2), 417-431.

Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. Frontiers in psychology, 13, 1093459.

Yanikkerem, E., Kavlak, O., ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4), 112-121.

Yaraş, K. Ö. H. (2023). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilite Faktörüne Göre Damgalanma, Travma ve Baş Etme Yöntemleri. Doktora Tezi, Doğu Üniversitesi.

Yıldız, S., Uğur, K., Sarıdoğan, E., Yağın, F., ve Akkuş, M. (2020). İnfertilite tanımlı kadın hastalarda mizaç özellikleri, aleksitimi, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal, 45(3), 1099-1107.

Yılmaz, A., ve Kahyaoğlu, İ. (2012). Ovulasyon İndüksiyonu ve Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyona Genel Bakış. The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology, 9 (36),1509-1517.

Yılmaz, B., ve Şahin, N. (2020). İnfertilite Stresi ile Bireysel Baş Etme Yöntemleri: Bir Sistemik Derleme. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 84-95.

Yılmaz, E. (2018). Hemşirelerde Stres, Stres Nedenleri ve Stresle Başa Çıkma Yolları. Yüksek Lisans Tezi, Toros Üniversitesi.

Yılmaz, E. (2020). Ovulasyon İndüksiyonu Sikluslarında Erken Foliküler Dönem Serum Progesteron Düzeylerinin Gebeliği Ön Görme Gücü. Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Yılmaz, F.Ç. (2015). Yardımcı H. Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe Univ Fac Heal Sci J; 2. Epub ahead of print.

Yılmaz, F., ve Yardımcı, H. (2015). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.

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

Yılmaz, T., & Oskay, U. Y. (2016). The copenhagen multi-centre psychosocial infertility (COMPI) fertility problem stress and coping strategy scales: a psychometric validation study in turkish infertile couples. International Journal of Caring Sciences, 9(2), 452.

Yılmaz, T., Yazıcı, S., ve Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 41(4), 275-281

Yurtsever, H. (2009). Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Yücesoy, H., Yıldırım, F., ve Şahin, E. (2021). İnfertilitenin Kültürel, Ekonomik, Psikososyal ve Cinsel Yönüne Güncel Bir Bakış: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Androloji Bülteni, 23, 256-263.

Yüksel, H. (2014). Çalışma Yaşamı ve Stres Kavramı: Durumsal Bir Yaklaşım. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(3), 109-131.

Zarean, F., Sheykholeslami, A., Sadri Damirchi, E., & Rezaei Sharif, A. (2024). Effectiveness of healing codes training on sexual self-esteem of infertile women. *Women's Health Bulletin*, 11(2), 135-143.

Zhang, H., Tan, B., Tang, T., Tao, J., Jin, T., & Wu, S. (2025). Targeting inflammasomes as a the rapeutic potential for HIV/AIDS. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 82(1), 1-12.

Zhang, X., Guan, Q., Yu, Q., Xiao, W., Chen, Z., Dong, C., ... & Xia, Y. (2022). Estimating the effects of policies on infertility prevalence worldwide. *BMC Public Health*, 22(1), 1378.

Zhang, Y., Ding, Y., Mi, G., Li, Q., Ma, P., Ma, S., & Xu, L. (2025). The relationship between cognitive characteristics of irrational parent hood and stigma in female patients with infertility: a potential profile analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 59, e20240326.

Zou, F., Fang, Y., Lin, Y., Feng, Z., Cai, S., Huang, J., ... & Li, J. (2024). Pathwayanalysis of the impact of familyfunctionand self-efficacy on depressionandanxiety in patientsundergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC psychology*, 12(1), 749.

Ek-4. Anketler

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Kaç Yaşındasınız?

.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

(...) Okur yazar değil

(...) Okur yazar

(...) İlköğretim mezunu

(...) Lise mezunu

(...) Üniversite ve üzeri

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

(...) Okur yazar değil

(...) Okur yazar

(...) İlköğretim mezunu

(...) Lise mezunu

(...) Üniversite ve üzeri

4. Çalışma durumunuz?

(...) Çalışıyorum

(...) Çalışmıyorum

5. Eşinizin çalışma durumu nedir?

(...) Çalışıyor

(...) Çalışmıyor

6. Eşiniz kaç yaşında?

.....

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

(...) Düşük

(...) Orta

(...) Yüksek

8. Yaşadığınız yer neresi?

(...) İl

(...) İlçe

(...) Köy

9. Aile yapınız nedir?

(...) Çekirdek

(...) Geniş :

10. Kaç yıldır evlisiniz?

Ek-4. (Devam) Anketler

.....

11. İnfertilite nedeni kime ait?

(...) Kadına ait (...) Erkeğe ait (...) Kadına ve erkeğe ait...(...) Nedeni belli olmayan

12. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak için tedavi görüyorsunuz?

.....

13. İnfertilite tanınız nedir?

(...) Primer (...) Sekonder (...) Nedeni belli olmayan

14. Daha önce başarısız tedavi girişiminiz oldu mu?

(...) Evet (...) Hayır

15. Tedavi sürecindeki eş desteğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

(...) İyi (...) Orta (...) Kötü

16. Tedavi sürecindeki aile desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz?

(...) İyi (...) Orta (...) Kötü

İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Tıbbi tedavi sırasında beni üzebilecek hoş olmayan düşünceleri kafamdan uzaklaştırabileceğime inanıyorum	1	2	3	4
2. Espiri yeteneğimi kaybetmeyeceğime inanıyorum	1	2	3	4
3. Çocuk sahibi olamama hakkındaki olumsuz duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
4. Çevremde gebe arkadaşlarım olması beni üzmüyor.	1	2	3	4
5. Düşmanlık veya öfke gibi duygularımı kontrol edebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
6. Olumlu tutumumu sürdüreceğime inanıyorum.	1	2	3	4
7. Kendimi suçlama, kusurlu bulma veya utanma gibi duygularımı azaltacağıma inanıyorum.	1	2	3	4
8. Muayene günümü veya test sonuçlarını beklerken rahat/gevşemiş olabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI	T.C. Sağlık Müdürlüğü Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU				
	KODU:KU.FR.07	Yayın Tarihi: 15.03.2018	Revizyon Tarihi:01.03.2021	Revizyon No: 02 Sayfa No:2	
İNFERTİLİTE STRESİ İLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (İSBÇÖ)					
İnsanlar infertilite sorunuyla farklı yollarla başa çıkmaktadır. Siz nasıl başa çıkarsınız? Ben		Kullanmadım	Bazen kullandım	Sık sık kullandım	Çok sık kullandım
		1	2	3	4
1. Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınıyorum					
2. İnsanlar gebelik ve çocuklar ile ilgili konuştuklarında ortamı terk ederim					
3. Duygularımı kendime saklamaya çalışırım					
4. Aklımı bu konulardan uzak tutabilmek için işe sarılırım veya başka iş yaparım					
5. Bir yolunu bulup duygularımı dışa yansıtırım					
6. Başkalarının ilgi ve anlayış göstermelerini beklerim					
7. Çocuğu olmayan başka kişilere danışırım					
8. Bir yakınıma veya arkadaşşıma danışırım					
9. İnfertilite ile ilgili (Kitap, broşür v.b) okurum veya televizyon izlerim					
10. Bir mucize olmasını ümit ederim					
11. Yapabileceğim tek şeyin beklemek olduğunu hissederim					
12. İşlerin nasıl değişebileceğıyle ilgili fanteziler ve hayaller kurarım					
13. Bireysel olarak kendimi geliştiririm					
14. İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünürüm					
15. Evliliğimin/ilişkimin şu anda daha da değerli olduğunu düşünürüm					
16. Başka yaşam hedefleri bulurum					
17. Bir çocuğa sahip olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanırım					
Aşağıdaki konular hakkında diğer insanlarla konuşur musun? Ben.....		Dğer kişilerle konuşmam	Sadece yakınlarımla konuşurum	Bildiğim çoğu ile kişi	
		1	2	3	
18. Çocuğumuzun olmaması ile ilgili duygularımı					
19. Testlerin ve tedavilerin beni duygusal olarak nasıl etkilediğini					

Öz-Anlayış Ölçeği

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?					
Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.					
	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
	1	2	3	4	5
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.					
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.					
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.					
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.					
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.					
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.					
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.					
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.					
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüymüdü.					
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.					
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum. T					
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					