



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİL KADINLARIN ÖZ ŞEFKAT, BİLİNÇLİ FARKINDALIK
VE MENTAL SAĞLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nursefa PALAZOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2021



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİL KADINLARIN ÖZ ŞEFKAT, BİLİNÇLİ FARKINDALIK
VE MENTAL SAĞLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nursefa PALAZOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

13.07.2021

Nursefa PALAZOĞLU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında emeği ve güler yüzü ile yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, önerileri, deneyimleri ve bilimsel birikimiyle yolumu aydınlatan, değerli danışmanım Sayın Doç.Dr.Aysel KARACA' ya, desteklerini benden esirgemeyen aileme, tez çalışmamı yürüttüğüm Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İnfertilite polikliniğindeki Doç.Dr. Ali YAVUZCAN ve tüm sağlık çalışanlarına, tez çalışmama katılan tüm kadınlara teşekkür ederim.

Nursefa PALAZOĞLU

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Amaç ve Kapsam.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. İnfertilite Tanımı ve Epidemiyolojisi	6
2.2. İnfertilitenin Tarihçesi	6
2.3. İnfertilite Nedenleri	8
2.3.1. Kadına ait nedenler	8
2.3.2. Erkeğe ait nedenler	9
2.4. İnfertilitede Tanı ve Tedavi	9
2.5. Yardımcı Üreme Teknikleri.....	10
2.6. İnfertilitenin Ruhsal Sağlığa Etkisi.....	11
2.7. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkisi.....	12
2.8. İnfertilitenin Sosyokültürel Etkisi	13
2.9. Öz Şefkat Kavramı	14
2.9.1. Öz şefkat alt boyutları.....	15
2.10. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness):	16
2.10.1. Bilinçli farkındalık tutumları	16
2.11. İnfertilitenin Öz Şefkat, Bilinçli Farkındalık ve Mental Sağlık ile İlişkisi	17
2.12. İnfertilitede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20

3.1.	Araştırmanın Tipi.....	20
3.2.	Araştırma Soruları	20
3.3.	Evren ve Örneklem	20
3.3.1.	Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	21
3.4.	Araştırma Yerinin Özellikleri	21
3.5.	Veri Toplama Yöntemi	21
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1.	Kişisel bilgi formu	22
3.6.2.	Bilinçli farkındalık ölçeği:.....	22
3.6.3.	Öz şefkat ölçeği:	22
3.6.4.	Genel sağlık anketi (GSA 12):.....	23
3.7.	Ön Uygulama.....	24
3.8.	Etik Yönü.....	24
3.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.10.	İstatistiksel Analiz	24
3.10.1.	Güvenirlik analizi:	25
3.10.2.	Cronbach alfa katsayısı (Alfa yöntemi):.....	25
4.	BULGULAR.....	27
4.1.	Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Çocuk Sahibi Olma Durumunun Dağılımları.....	28
4.2.	Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ile İlgili Sonuçlar	30
4.2.1.	Tanımlayıcı istatistikler	30
4.2.2.	Karşılaştırma sonuçları	32
4.3.	Korelasyon Analizi	41
5.	TARTIŞMA ve SONUÇ	44
5.1.	İnfertil Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	44

5.2. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Demografik Özellikler ve Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi.....	45
5.3. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Alt Boyutları ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	49
5.4. Sonuçlar:.....	50
6. ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	63
EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	63
EK-2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BİFÖ).....	65
EK-3. ÖZ-ŞEFKAT ÖLÇEĞİ.....	68
EK-4. GENEL SAĞLIK ANKETİ (GSA-12).....	70
EK-5. ETİK KURUL ONAYI.....	71
EK -6: KURUM ONAYI.....	72
EK -7: ÖZGEÇMİŞ.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA:	Tek Yönlü Varyans Analizi
ASRM:	American Society For Reproductive Medicine Practice Committee
ET:	Embriyo Transferi
FSH:	Folikül uyarıcı hormon
GIFT:	Gamet İntrafallopian Transfer
GSA:	Genel Sağlık Anketi
ICSI:	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI:	İntrauterin inseminasyon
IVF:	İn-Vitro Fertilizasyon
KLP:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
LH:	Luteinizan Hormon
MBI:	Farkındalık Temelli Müdahale
MBCIST:	Farkındalık Temelli Bilişsel İnfertilite Stres Terapisi
MBPI:	İnfertilite İçin Farkındalığa Dayalı Program
M.S:	Milattan Sonra
n:	Olgu Sayısı
Ort.:	Ortalama
p:	Anlamlılık düzeyi
r:	Korelasyon Katsayıları
SS:	Standart Sapma
t:	T Testi
USG:	Ultrasonografi
ZIFT:	Zigot İntrafallopian Transfer
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
α :	Cronbach Alfa
β :	Beta
%:	Yüzde işareti

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği ve Kadın Genel Sağlık Anketi'nin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	27
Tablo 4.2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları.....	28
Tablo 4.3. Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Bilgilerin Dağılımları.....	29
Tablo 4.4. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları.....	30
Tablo 4.5. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Demografik Özellikler Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi.....	32
Tablo 4.6. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi.....	35
Tablo 4.7. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Alt Boyutları ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	42

ÖZET

İNFERTİL KADINLARIN ÖZ ŞEFKAT, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE MENTAL SAĞLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nursefa PALAZOĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Aysel KARACA

Temmuz 2021, 73 Sayfa

Bu çalışma infertil kadınların öz şefkat, bilinçli farkındalık ve mental sağlık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte planlanan bu araştırma Aralık 2019-Mart 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi infertilite polikliniğinde infertilite tanısı alan 318 kadın ile yürütülmüştür. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” “Bilinçli Farkındalık Ölçeği”, “Öz Şefkat Ölçeği” ve “Genel Sağlık Anketi” aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılmış güvenilirlik analizi ve cronbach alfa katsayısı (Alfa yöntemi) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %52.8’i 18-30 yaş aralığında, %50.6’sı 1-5 yıldır evli, %38.7’si lise mezunudur. Bilinçli farkındalık toplam puanı ile genel sağlık algısı toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ($r=-0,414$; $p<0,001$), öz şefkat toplam puanı ile genel sağlık algısı toplam puanı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0,286$; $p<0,001$) anlamlı doğrusal ilişki bulunmuştur. Genel sağlık algısı toplam puanı ile öz sevecenlik puanı ($r=-0,350$; $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif yönde, bilinçlilik puanı ($r=-0,242$; $p<0,001$) arasında düşük düzeyde negatif yönde; öz yargılama ($r=0,366$; $p<0,001$), izolasyon ($r=0,514$; $p<0,001$) ve aşırı özdeşleşme ($r=0,530$; $p<0,001$) puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler bulunmuştur. İnfertil kadınların öz şefkat ve bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça ruhsal sağlık düzeyleri de artmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre infertil kadınların öz şefkat ve bilinçli farkındalık becerilerini geliştirilmelerine yönelik psikolojik destek programları ile deneysel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli Farkındalık, İnfertilite, Öz Şefkat, Psikiyatri Hemşireliği, Ruhsal Sağlık

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-COMPASSION, MINDFULNESS AND MENTAL HEALTH OF INFERTILE WOMEN

Nursefa PALAZOĞLU

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor Assoc.prof.dr Aysel KARACA

July 2021, 73 Pages

This study has been conducted to establish the relationship between self-compassion, mindfulness and mental health of infertile woman. The research planned as definitive and relational has been made between December 2019 and March 2020 at infertility clinic of Health Research and Application Center of Düzce University with 318 women diagnosed with infertility. The data has been collected by means of 'Personal Information Form', 'Mindfulness Scale', 'Self-Compassion Scale', and 'General Health Survey' using face to face interview method. The data has been transferred to IBM SPSS Statistics 23 program for statistical analysis, reliability analysis and Cronbach Alpha coefficient (Alpha Method) have been used. 52.8 % of the women participating in the study is between 18 and 30 years old, 50.6% of those have been married for 1-5 years, 38.7% of them are high school graduate. It's been observed that there is significant linear relationships between the total score of mindfulness and general perception of health, there has been a moderate negative ($r=-0.414$; $p<0.001$), and a low level of positive between the total score of self-compassion and the total score of general health perception ($r=0.286$; $p<0.001$). Between the general health perception total score and the self-compassion score ($r=-0.350$; $p<0.001$) moderately negative; between the general health perception score and mindfulness score ($r=-0.242$; $p<0.001$) low negative significant linear relationship have been found; and also there has been a moderately positive significant linear relationship between self-judgment ($r=0.366$; $p<0.001$), isolation ($r=0.514$; $p<0.001$) and over-identification ($r=0.530$; $p<0.001$) scores. As the self-compassion and mindfulness levels of infertile women increase, their mental health levels also increase. According to the results obtained from this study, it is recommended to plan experimental research with psychological support programs to improve the self-compassion and mindfulness skills of the infertile women.

Key Words: Mindfulness, Infertility, Self-Compassion, Psychiatric Nursing, Mental Health

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Amaç ve Kapsam

İnfertilite en az bir yıl içinde haftada 2-3 kez ve kontraseptif yöntemle başvurmadan cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebe kalamama durumu olarak tanımlanmaktadır¹. İnfertilite görülme sıklığı ve nedenleri toplumdan topluma değişiklik göstermekle birlikte gelişmekte olan ülkelerde prevalansı %30'dan fazla iken gelişmiş ülkelerde bu oran %17-28 aralığında değişmektedir². Türkiye'de ise bu oran %10-20 aralığındadır³. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygın olması ve etkili tedavi yöntemlerinin olmaması gibi nedenlerle gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazla infertilite sorununa rastlanmaktadır⁴.

İnfertilite hayati risk içermemesine rağmen, çiftleri tıbbi olarak etkilediği kadar psikolojik olarak yıpratıcı, sosyal, cinsel ve maddi sorunlara yol açan bir yaşam krizi olarak tanımlanabilir^{5,6,7}. Yapılan çalışmalara göre, infertil kadınlar, fertil kadınlara oranla daha fazla ruhsal bozukluklar yaşamaktadır^{8,9,10,11,12}. En sık görülen ruhsal bozukluk anksiyete ve depresyondur^{13,14}. İnfertilitenin kaynağı kadın olmasa bile tedavi sürecinde uygulanan işlemler kadına sorumluluk yüklemekte ve yaşadıkları stres buna bağlı olarak artmaktadır^{2,3}. Bazı çalışmalarda kadınların infertilite sürecini hayatlarındaki en stres verici durum olarak tanımladıkları ve yaşadıkları ruhsal tepkilerin kanser, kalp hastalığı gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla benzerlik gösterdiği bildirilmektedir^{15,16,17,18,19}.

Araştırmalar kadınların bu süreçte yaşadıkları kayıpların mental sağlıklarını olumsuz etkilediğini göstermektedir^{5,2}. İnfertil kadınlar için gebelik sürecinden anneliğe kadar uzanan bir çok durumun yaşanmaması bir kayıp olarak görülmektedir^{20,21,22,23,17}. Normal süreçte her ay yaşanan menstrual dönem infertilite tedavisi sırasında yaşandığında gebeliğin gerçekleşmediği anlamını taşımaktadır ve kadınlar her ay hayal kırıklığını yoğun bir şekilde hissetmektedir^{24,25}. Bu kayıplara karşı gösterilen tepkiler gerçek bir kayıp sonucu gelişen yas tepkileriyle benzerlik gösterir⁸.

İnfertilite sürecinde kadınların yaşadığı yetersizlik ve başarısızlık hissi, süreci yönetmelerini olumsuz etkilemekte ve tedaviye uyumu dolayısıyla da tedavideki başarı şansını azaltmaktadır^{26,27,22,28,29}. Bazı çalışmalar bu süreçte bilinçli farkındalık ve öz şefkat becerilerinin kadınların psikolojik iyilik hallerini arttırdığını

göstermektedir^{30,31,32}. Neff (2003)'e göre öz şefkatli kişiler yaşadığı olaylar karşısında acı, keder, başarısızlık ve yetersizlik yaşadığında kendine karşı şefkatli ve anlayışlıdır. Yaşadığı olumsuz olayın yalnızca kendi başına gelmediğini bilir ve böylelikle kendini yetersiz görmeden kendini destekleyici bir baş etme yöntemi kullanır³³. Asfahan ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada infertil kadınlara öz şefkati öğretmenin psikolojik iyi oluşa olumlu etkisi olduğunu belirtmektedir³⁴. Jon Kabat- Zinn'e göre farkındalık; bilinçli olarak şimdiki an içinde ve yargılayıcı olmadan belirli bir şekilde dikkati yönlendirme becerisidir. *Şu anda mevcut anın içinde bireyin kendisinde veya çevresinde olup bitenleri olduğu haliyle, yargılamadan, merakla, değiştirmeye çabalamadan gözlemlemektir, fark etmektir*³⁵. Bilinçli farkındalık becerilerinin infertil kadınlarda geliştirilmesi ise ruhsal iyi oluşuna, kendini kabul etme, başkalarıyla pozitif ilişkiler kurma, hayat kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır³⁶. Galhardo ve ark. (2013)'nın çalışmasında infertil kadınların bilinçli farkındalık sayesinde yetersizlik, başarısızlık gibi duygularının azaldığı ortaya konmuştur³⁷. Çin'de yapılan başka bir çalışmada bilinçli farkındalık düzeyleri gelişen infertil kadınlarda öz şefkat, anlam temelli başa çıkma stratejilerinde önemli bir artış olduğu bulunmuştur³⁸.

Psikiyatri hemşiresi infertil bireylerin infertilite sürecini yönetmede ihtiyacı olan tedavi, bakım ve danışmanlık desteğini sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireliğinde temel amaç tıbbi tedavi ve bakımının yanında meydana gelen psikososyal sorunları da göz önünde bulundurarak bütüncül bir tedavi hizmeti sunmaktır. Psikiyatri hemşireleri infertilite tedavisi gören kadınların psikolojik, sosyal, emosyonel tepkilerini tanımlayarak psikososyal uyumlarını değerlendirir. Böylece infertiliteyle baş etmede güçlük yaşayanlara yönelik uygun baş etme davranışı geliştirmelerine ve psikolojik sorunlar yaşayanların terapötik müdahale yöntemleri ile duygusal çatışmalarından arınmalarına yardımcı olur^{40,24,41}.

Son yıllarda infertil kadınların ruhsal sağlık parametrelerini geliştirmek ve stres düzeylerini azaltmak için psikososyal müdahale programları uygulanmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır. Bu programlardan bazılarının sonuçları da infertil kadınların bilinçli farkındalık ve öz şefkat düzeylerini üzerinde de umut vaat edici sonuçlar vermektedir. İnfertilitede farkındalık temelli çalışmaların son beş yılda ve görece az olduğu dikkati çekmektedir. Bu çalışmalardan özellikle bilinçli farkındalık, öz şefkat ve mental sağlık durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen doğrudan tanımlayıcı çalışmaların

oldukça sınırlı olduğu gör÷lmektedir^{36,34,6,41,42}. Ûlkemizde ise infertil kadınlarla bu amaçla yapılmış bir tanımlayıcı çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı infertil kadınların öz şefkat, bilinçli farkındalık ve mental sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışma sonuçlarının infertil kadınların mental sağlık durumlarını geliştirmek için planlanabilecek müdahale programları için önemli bir kaynak olacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.İnfertilite Tanımı ve Epidemiyolojisi

American Society for Reproductive Medicine Practice Committee' nin (ASRM) infertiliteyi çocuk isteyenlerin en az bir yıl korunma yöntemi kullanmaksızın cinsel ilişkide bulunmasına karşın gebe kalamaması olarak tanımlamaktadır. ASRM infertiliteyi kadın ve erkekte gebe kalamama ve gebeliğin doğumla gerçekleşmesini önleyen üremeye ilgili problemlerin sonucu olarak görmektedir⁴³.

İnfertilitenin primer ve sekonder iki çeşidi vardır. Herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan, haftada en az 2-3 kez cinsel ilişkiye rağmen bir kez bile gebe kalamamış olmak primer infertilite, sonucunda canlı doğum veya ölü doğum, düşük gibi canlı olmayan doğum gerçekleştikten sonra korunma yöntemi kullanmamaya rağmen yeni bir gebelik yaşayamama sekonder infertilite olarak tanımlanır^{27,44,9}.

İnfertilite görülme sıklığı ve nedenleri toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir. Önemli bir toplumsal problem olan infertilite 15-49 yaş arasındaki çiftleri %10-15 oranında etkilemektedir. Türkiye de ise bu oran 15-49 yaş aralığında %4 olarak bulunmuştur³. Gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazla infertiliteye rastlanmaktadır. Bunun sebebi ise cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygın olması ve etkili tedavisinin olmaması sonucu infertiliteye sebep olan durumların ortaya çıkmasıdır⁴.

2.2. İnfertilitenin Tarihçesi

Üreme eski çağlardan beri düşünürler tarafından ele alınan bir konudur. Zamanla teknolojinin de ilerlemesiyle üreme ve üremedeki problemlerin çözümüne yönelik gelişmeler yaşanmıştır (Karaca ve Ünsal 2012).

İnfertilite ilk olarak Mısır topluluğunda konu olmuştur. İnfertiliteye ilişkin yazılar (M.Ö.) 2200- 1950 yıllarında kendini göstermiştir. Gebeliğin erken dönemde tespiti ve oluşabilecek infertilitenin önüne geçilmesi için Mısır da reçeteler yazıldığı bilinmektedir^{24,45,46}. Antik çağlarda çocuk sahibi olmak ve çocuksuzluğun tanrı tarafından bahşedildiğine inanılmaktaydı. Bu inanişaya göre çocuk sahibi olamamanın karşılığı tanrı tarafından cezalandırılma olarak görülmekteydi. İncil de yer verilen

‘üreyin ve çoğalın’ emri ile o dönemlere ait üremeyle ilgili bilgilerin olduğunu göstermektedir. İncil de yer alan Rachel ve Leah hikâyesinde Rachel in çok güzel ve etkileyici bir kadın olduğu, Leah’ın ise çirkin bir kadın olduğu anlatılmaktadır. Tanrı Rachel’i kısırlıkla cezalandırılırken, Leah’ı ise doğurganlıkla ödüllendirmiştir. Çocuk sahibi olamayan Rachel kendini utanç verici olarak görmekteydi. Kadınların çocuk sahibi olamadıklarında kendilerini değersiz görmesi ve bu durumdan utanması o zamanlardan beri ileri gelen bir durum olarak devam etmektedir^{47,48,18}.

M.Ö. 460-370 yıllarında yaşayan Hipokrat’la birlikte mitolojik inanç ve büyücükle tedavi anlayışı değişmeye başlamış yerine kuramlarla ve akılcı bir sistemle oluşturulan tedavi şekilleri geliştirilmiştir. Kadınları infertilitenin sebebi olarak görmek yerine bu durumun tıbbi bir durum olduğunu kabul etmeye başlamışlardır. Böylece eski çağlardan beri kadınlara yöneltilen suçlayıcı ve aşağılayıcı tavırların önüne geçilmeye başlanmıştır⁴.

Efes’te Soronus (M.S. 98-138) ilk kez kadınların doğurganlık dönemini tanımlamıştır. Regnies de Graff 1668 ve 1672 yıllarında kadın- erkek üreme sistemini ayrıntılı olarak eserlerinde tanıtmıştır⁴⁵. İlk aşılama işlemiyle Londra’da bulunan John Hunter (1770) hipospadias problemi olan bir erkeğin sıvısının eşine enjekte edilmesiyle gebelik elde etmiştir. Diğer tedavilere göre hem maliyeti düşük olması hem de daha az işlem gerçekleştirilmesi yönünden intrauterin inseminasyonu (IUI) çağımızda çok daha fazla tercih edilmektedir¹⁶.

İlk tüp bebek işlemini İngiltere’de bulunan Edwars ve Steptoe (1978) gerçekleştirmiştir. Gün geçtikçe IVF tedavisinin değişik formları olan Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT), Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT), Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) tedavi şekilleri geliştirilmiştir⁴⁵. Türkiye’de ise 1984 yılında infertilite tedavisinde çalışmalar başlamış olup, ilk İn Vitro Fertilizasyon- Embriyo Tranferi (İVF-ET) merkezi 1988 de Prof. Dr. Refik Çapanoğlu tarafından Ege Üniversitesi’nde kurulmuştur. Yardımcı üreme tekniklerinden İVF-ET ile gerçekleştirilen gebelik sonucu ilk doğum 18 Nisan 1989’da, Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) ile gerçekleştirilen gebelik sonucu ilk doğum 1992 yılında dünyaya gelmiştir¹⁶.

2.3. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite, %40 kadın kaynaklı olup %40 ise erkek kaynaklı olabileceği gibi her iki taraftan kaynaklı olma durumu (%20) da bulunmaktadır²⁰. İnfertiliteyi eşlerin yaşı, cinsel ilişki sıklığı ve zamanlamanın uygunluğu, sigara ve alkol kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, beslenme bozuklukları gibi etmenlerin yanında ovulasyon disfonksiyonu (%25), tubal sorunlar (%40) veya erkeksel etmenler (%40) de etkilemektedir. Erkeklerde üreme faktörleri 40 yaşından sonra düşmeye başlasa da uzun yıllar devam edebilmekteyken kadınlar 30 yaşından sonra azalmış fertiliteye sahip olurlar. Eşlerin yaşlarının fertiliteye en uygun olduğu yaşlar 24-25 arasındadır^{49,44,50,51}.

2.3.1. Kadına ait nedenler

Uterin Faktörler: Uterustaki potolojik durumlar fetüsün uterusu yerleşmesini engelleyebilmektedir. Patolojik durumlar doğuştan olabileceği gibi sonradan oluşan miyomlar, endometrial polipler, uterus içi adezyonlar, endometrit gibi patolojik bulgular oluşabilir⁵².

Servikal Faktörler: Servikal mukus adeta sperm için rezervuar işlemi görür. Ejekulattan vajinaya dökülen spermleri tutarak seminal proteinleri ayırıp normal olmayan spermleri filtreleyerek biyolojik olarak hazır hale getirir. Böylelikle spermin canlı kalma süresini arttırmış olur. Servikal mukus spermin kalitesini de etkileyeceği için servikal mukusta meydana gelen enfeksiyonlar ya da kronik servisit sebebiyle infertilite oluşabilmektedir^{53,51}.

Ovulatuvar Faktörler: İnfertililerin %40 ında yumurtlamayla ilgili problem gözlenmektedir. Hipotalamus, hipofiz ve over aksında meydana gelen herhangi bir problem ovulasyonu etkileyerek anovulasyona sebep olabilir. Düzenli adet döngüsüne sahip olmak (21-35 gün), adet öncesi göğüste hassasiyet ve şişkinliğin olması, adet döneminin sancılı geçmesi ovulasyon belirtileri olarak görülebilmektedir. Anovulasyon, amenore ve adet düzensizliği belirtileri görülmektedir^{54,22}.

Tuba-peritoneal Faktör: Tüplerde ve overlerdeki enfeksiyon, endometriozis, dış gebelik, tubal ameliyatlar, tüplerde cerrahi işlemlerin gerçekleştirilmesi gibi durumlar tüplerde obstrüksiyona ve hasara neden olabilir. Tüplerde meydana gelen bu darlık sonucu ovumun tubalardan uterusu ulaşması zorlaşır ve sperm yumurta buluşması gerçekleşemez^{16,55}.

2.3.2. Erkeğe ait nedenler

Sperm Üretim Bozuklukları: Yaklaşık 2-6 ml volümlü semende 20 milyondan fazla sperm olması beklenir. Hipofiz, tiroid ve testis bezlerindeki fonksiyon bozuklukları testiküler yetmezliğe sebep olabilmektedir. Kriptorşidizm adı verilen testisin skrotuma inmemesi halinde sperm üretimi için uygun olan düşük ısı karşılanmamış olacaktır. Yine varikosel adı verilen testiste bulunan toplar damarların genişlemesi gibi yapısal bozukluklar, kabakulak, orşidi gibi enfeksiyonlar, genetik nedenler sperm üretimini etkilemektedir⁵⁶.

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Semende bulunan spermlerin %60'ından fazlasının hareketli olması sperm fonksiyonu için gerekmektedir. Sperm, hareketliliği sayesinde canlı kalır ve uterusu ilerler. Antisperm adı verilen antikorlar spermin başına bağlandığında spermin yumurtaya girmesini engellerken, kuyruğuna bağlandığında sperm hareketini engellemektedir. Yine prostat gibi genital enfeksiyonlar, varikosel gibi testiste bulunan venlerin genişlemesi, sperm anormallikleri sperm fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Aynı zaman da enfeksiyona bağlı gelişen obstrüksiyon ve sperma kanalındaki sorunlar spermin taşınmasını etkilemektedir^{51,48}.

Duktal Sistem Bozuklukları: Vazektomi, konjenital bilateral vas deferans sorunu, doğuştan veya sonradan gelişmiş epididimis ve ejakulatuar duktus tıkanıklığı, duktal sistem obstrüksiyonuna neden olabilmektedir. Duktal sistemdeki problem, spermin canlı kalmasını ve spermin ilerleyişini olumsuz etkilemektedir⁴⁵.

2.4. İnfertilitede Tanı ve Tedavi

Bir yıl korunmasız cinsel ilişki yaşanmasına rağmen gebe kalamayan çiftlerde infertilite açısından araştırılmaya başlanır. Bu değerlendirme aşamasında her iki çiftin de geniş çaplı öyküsünün alınması infertiliteye neden olan etmenin ortaya çıkması açısından önemlidir⁴. İnfertilitenin sebebini araştırmak için anamnez ve ardından fiziksel değerlendirme yapılmalıdır.

Anamnezde;

- Yaş ve evlilik yılı
- Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istediği
- Menstrual siklus öyküsü

- Koitus öyküsü
- Geçmiş gebelik öyküsü
- Geçirmiş olduğu tıbbi müdahaleler
- Geçirmiş olduğu hastalık öyküsü
- CYBH öyküsü
- Kullanılan ilaçlar
- Aile infertilite öyküsü
- Yaşam tarzı ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir^{57,45,58}.

Eşler ayrı ayrı fiziksel ve genital olarak değerlendirilmelidir. Kadınlarda ilk önce fertilite ve oosit varlığı araştırılmalıdır. Hipotalamus, hipofiz ve over fonksiyonlarını değerlendirmek için hormonal testler yapılmaktadır. Uterin kaviteyi ve endometriumu değerlendirmek için USG den yararlanılır. Bazal vücut ısı ve servikal mukus yöntemi ile ovulasyonun takibi yapılırken aynı zamanda fertilitenin en yüksek olduğu zaman tespit edilmiş olur. Daha sonraki tetkikler de ise endometrium ve overin hormonlara tepkisinin değerlendirilmesi için endometrial biyopsi alınabilmektedir. Histerosalfingografi yöntemi ile X-Ray ışınları yardımıyla uterus ve fallop tüpleri değerlendirilmektedir. Histerosalfingografiyle görülen patolojik bulguların geniş değerlendirilmesi için Laparoskopi yöntemine başvurulur. Histereskopi yönteminde ise endoskop ile uterin kavite değerlendirilmektedir^{59,16,60}.

Erkeklerde ise herhangi bir şikayetin olup olmadığı, cinsel ilişki öyküsü, daha önce geçirmiş olduğu hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, ailesinde benzer problemlerin varlığı gibi durumların bilgisi alındıktan sonra semen analizi ile spermin sayısı, hareketliliği, yapısı ölçülerek spermin fonksiyonu ve yeterliliği değerlendirilmektedir. Yine hormonal testler ile FSH, LH ve testosteron düzeyleri değerlendirilmektedir. Testiküler biyopsi ile de testiküler yetmezlik ve erkek ürogenital sistemdeki darlıklar değerlendirilmektedir^{16,57}.

2.5. Yardımcı Üreme Teknikleri

İntrauterin inseminasyon (IUI): Kadınların ovulasyon döneminde özel koşullarda işlemlerden geçen spermilerin kateter ile uterusu enjekte edilme işlemidir⁴⁴.

İn-Vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET): IVF yönteminde toplanan oositler ile spermilerin laboratuvar şartlarında bir araya getirilerek fertilizasyonun

kendiliğinden oluşması beklenir. Fertilizasyon oluştuktan sonra embriyonun uterusu yerleştirilmesi işlemine ise embriyo transferi denmektedir⁵⁵.

İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI): Genellikle şiddetli erkek faktörüne bağlı infertilite de kullanılır. Sperm içinde en kalite sperm seçilerek oositin içine verilir²².

2.6. İnfertilitenin Ruhsal Sağlığa Etkisi

İnfertilite tıbbi bir durum olmasının yanı sıra bireyin sosyal, kültürel, ekonomik, cinsel, psikolojik hayatını etkileyen bir yaşam krizidir²⁹. İnfertilite süreci her iki birey içinde yaşamı her yönüyle etkileyen bir durum olmasına karşın kadınlar ruhsal olarak daha çok zorlanmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla düşük özgüven, umutsuzluk, sosyal ilişkilerde bozulma, endişe, depresyon, kızgınlık ve suçluluk duygusu gibi psikolojik bulgular daha fazla görülmektedir^{49,4,61}. İnfertil kadınlarda görülen ruhsal bozukluklarda ilk sırayı anksiyete ve depresyon tanıları almaktadır^{15,17,19}.

İnfertilite tıbbi bir işlem gibi görünse de aslında tedaviye karar verme, tedavide yaşanan olumsuzluklar ve birçok kez tedavi görme, çevrenin baskısı, damgalanma yaşama gibi psikolojik yönden kişileri yıpratıcı bir süreçtir. Bu süreçte her birey ruh sağlığına, yaşanan olayın zamanlamasına, stresle başa çıkma becerisine, üstesinden gelme gücüne, güçsüzlüğüne göre farklı tepkiler verebilmektedir^{27,60}.

Çocuk sahibi olamamak kadın ve erkek için farklı anlamlar taşımaktadır. Kadınlar için infertilite, annelik içgüdüsünü tatmin edememe, bedenini kontrol edememe, doğuramama, toplumun beklentisini karşılayamama (annelik ve hamilelik rolü gibi), toplumda yabancılaşma, sosyal güvencenin noksanlığı, kendini yetersiz hissetme, benlik saygısında azalma gibi anlamlara gelmektedir^{4,8,60,62,58}. Erkekler için ise, babalık içgüdüsünü karşılayamama, erkeklik yeteneğinde eksiklik (doğurtamama), sosyal güvence noksanlığı, toplumun beklentisini karşılayamama (baba olamama), yetersiz hissetme gibi anlamlara gelmektedir^{4,8,58}.

İnfertilite sürecinde erkekler duygularına açığa vurmadan hayatlarına devam edebilirken kadınlar için durum böyle değildir. Araştırmalar kadınların bu süreçte yaşadıkları kayıpların ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir^{13,10}. İnfertilitedeki kayıplar, gerçek bir şeyin kaybından çok hayali kayıplardır⁶³. İnfertilite yaşanan kayıplar; kadınların kendi bedeni üzerinde kontrol kaybı, geleceğe dair planlarının, anne olma, hamilelik, lohusalık ve bunu takip eden dönemlerin kaybı, diğer insanlarla

iletişim kaybı, kendine güveninin kaybı, neslini devam ettirme ve doğabilecek çocuğun kaybı olarak sıralanabilir^{20,21,22,23,17}. Bu kayıplara karşı gösterilen tepkiler gerçek bir kayıp sonucu gelişen yas tepkileriyle benzerlik gösterir⁸. İnfertilite tanısı alan çiftler şok, inkar, öfke, suçluluk, anksiyete, depresyon gibi yoğun ruhsal problemler yaşarlar¹⁷.

İnfertilite ile beklenmedik bir şekilde karşı karşıya kalan birey ilk olarak şok yaşar ve buna inanamaz. Bu durumun kendi başına gelmeyeceğini düşünerek çocuk sahibi olamamayı yeteri kadar cinsel ilişkide bulunmamaya, ovulasyon dönemine denk getirememiş olmaya bağlayarak inkâr eder. Birçok farklı doktora giderek ve farklı yöntemler kullanarak fertil olmanın yolunu arar. Sürecin uzamasıyla eşlerinin kendileri hakkında olumsuz düşünceye kapılmasından endişelenmekte ve stresleri artmaktadır. İnfertil bireyler kendilerine ve eşlerine zaman zaman öfke duyabilir ve “Bu benim başıma neden geldi?” sorusuyla hatalarını düşünmeye başlarlar. Yapılan tetkikler eşler üzerinde hem maddi hem de manevi olarak yük oluşturur. Aynı zamanda cinsel hayatlarına müdahale edildiği için kendi bedenleri hakkında kontrol kaybı yaşarlar. İnfertilitenin sebebi olarak kendini gören birey, eşine karşı suçluluk duyar ve kendini kötü hisseder. Çocuk sahibi olamadığı için kendini eksik hisseden bireyler zamanla çevrelerinin sorularına ve diğer insanların hayatına tahammül edemedikleri için yalnız kalmayı tercih ederler. Tedavi sürecinin zorluğu ve tedavinin başarısız olma durumu karşısında yaşadıkları psikolojik travmalar sonucu bireylerde depresyon görülebilmektedir. Uzun uğraşlar sonucu tıbbi olarak çocuk sahibi olamayan bireyler, artık durumu kabullenir. Çocuksuzlukla baş etmeyi öğrenen bireyler, çocuk sahibi olmak için başka yollar deneyebilir, evliliklerini sonlandırabilir veya çocuksuz bir yaşama uyum sağlayarak evliliklerini sürdürebilirler^{8,48,58}.

2.7. İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkisi

İnfertilite tedavi sürecinde kadınların daha çok baskı hissetmesinin nedenlerinden biri de tıbbi müdahalelere maruz kalmalarıdır. Tedavinin her aşamasında bilinmeyen, karmaşık ve uzun bir süreç yaşanmaktadır. Kadın için bu her aşama farklı psikolojik anlamlara gelmekte ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir⁶⁴.

İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerin cinsel ilişkilerine müdahale edilmesi, fertilizasyonun sağlanması için belli zamanlarda cinsel ilişkide bulunulması çiftlerin bir görev gibi cinsel ilişkide bulunmasına sebep olabilmektedir. Böylece çiftler planlı cinsel ilişkide

bulunarak seksin kendi akışını değiştirmekte ve belirlenmiş pozisyonlarda döllemeyi amaçlayarak cinsel hayatlarını sürdürmektedir. İnfertilite süresince cinsellik, ilişkiden haz duymaktan çok üremedeki başarısızlık ve yetersizlik duygularını ortaya çıkarabilmektedir. Bu da çiftler üzerinde baskı yaratmakta ve çiftlerde firijidite, empotans, anorgazm gibi seksüel sorunlar oluşmaktadır^{45,14,11}.

Mendonça ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) kadınlarda infertilite ve cinsel işlev bozukluğundaki artış arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Cinsel işlevin en çok etkilendiği alanlar ise lubrikasyon, orgazm ve cinsel memnuniyet olarak bulunmuştur. Yaşanılan başarısız tedavilerle birlikte cinsel disfonksiyonun artarak devam ettiği saptanmıştır⁶⁵.

2.8. İnfertilitenin Sosyokültürel Etkisi

Aile kavramı pek çok toplumda anne, baba ve çocuk kavramlarıyla ilişkilendirilir. Toplum bireylere daha çocuk yaşlarda cinsiyete bağlı görev ve sorumluluklar yüklemektedir. Kadınlara yüklenen annelik rolü ile muhakkak çocuk sahibi olması ve çocuk yetiştirmesi gerektiği mesajı verilir. Küçük yaşlarda kız çocuklarına verilen cinsel kimliklerle beraber evcilik oyununda anne olma, çocuk bakımı ve temizlik gibi birçok annelik rolü yüklenerek büyüyüp evlendiğinde de annelik rolü beklenmektedir. Kendi isteğiyle çocuk sahibi olmaya karar veren çiftler infertilite sorunuyla karşılaştığında toplumsal cinsiyet rolleri hakkında olumsuz benlik algısı oluşmaktadır. Kadınlar toplumun annelik beklentisi karşılayamadığı için, erkekler ise üreme becerisini gösteremediği için kendilerini yetersiz hissetmektedirler^{15,13,28}. Bu duygular çiftlerde anksiyete ve depresyon gibi birçok psikolojik sorun yaratmaktadır⁸.

Bazı toplumlarda kadının değer görmesi ve erkeğin yanında sözünün geçebilmesi için doğurgan olması gerekmektedir²³. Buna bağlı olarak birçok üreme problemi yaşayan birey kendileri hakkında yetersiz kadın veya yetersiz erkek algısı oluşmaktadır^{20,11}. Örneğin Kamerun’lu kadınlar ancak doğurgan olduğunda değer görür ve eşleri tarafından kabul edilir. Kamerun’lu infertil kadınlar eşleri tarafından yalnızlığa mahkûm bırakılırlar¹⁵. Nijerya da ise çocuksuz kadınlar toplum tarafından dışlanarak her türlü toplumsal faaliyetten uzak tutulmaktadır. Toplumda söz sahibi olmak ve toplum tarafından kabul görmek için üremek şarttır⁶⁶.

Sosyal çevrenin çocuk sahibi olamayanlara karşı tepkisi, infertil bireylerin sosyal damgalanma hissetmelerine sebep olabilmektedir. Damgalandığını hisseden kadınlar, kendilerinden utanma eğiliminde ve kendilerini yetersiz hissederek çevrelerindeki her tepki üzerinden kendileri için olumsuz algı yaratabilmektedir. İnfertil kadınlar gördükleri tepkiler sonucunda zamanla sosyal çevrelerinden uzaklaşmaya ve içlerine çekilmeye başlayabilmektedir. İnfertil kadınlarda damgalanma toplumsal pozisyon, eğitim seviyesi, maddi durum, sosyal destek, toplumun çocuk beklentisine karşı algısı, annelik dışında sahip olduğu rolleri gibi etkenlere bağlı olarak hissedilmektedir. Ayrıca infertilite sürecinde sosyal desteği kuvvetli olan bireyler ise daha az stres yaşamakta ve psikolojik olarak iyi durumda olduğu bilinmektedir^{67,13,68}.

2.9. Öz Şefkat Kavramı

Şefkat, insanların üzüntülerine karşı anlayışlı ve nazik olmak, yaşadıkları olumsuz deneyimlere karşı empati duymak ve yaşamda bu deneyimlerin hep var olduğu bilincinde olmaktır⁶⁹. Öz şefkat ise olumsuz bir deneyim sonucu başarısız olduğunda kendine yönelttiği şefkattir. Öz şefkat sahibi kişiler yaşadıkları üzüntülerin hayatın bir parçası olduğunu bilir ve zor zamanlardan yalnızca kendilerinin geçmediği, tüm insanların deneyimlediği bir şey olduğunun farkına varır⁷⁰.

Neff'in tanımına göre öz şefkat, kişinin acı, keder, başarısız ve ehliyetsiz olduğunu hissettiği durumlarda kendine karşı nezaketli ve şefkatli olmasıdır³³. Kişi deneyimlenen bu yetersizlikler karşısında kendini sert ve acımasız bir şekilde yargılamaktansa, içinde bulunduğu durumu kabul ederek kendini yatıştırmanın ve rahatlatmanın yolunu bulur⁷⁰. Öz şefkat, hayattaki bütün olumsuz yaşantılar karşısında güçlü kalmaktır. Hataların, eksikliklerin farkında olarak, kendini yargılamadan ve yaşanan her olumsuzluğu hayatında bir deneyim olarak kabul etmektir⁶⁹.

Yapılan araştırmaların ortak bir sonucu olarak öz şefkat psikolojik iyilik ile ilgilidir. Öznel iyi oluşa sahip bireyler yaşanan olumsuzluklar karşısında daha az psikolojik sorunlar yaşadığı, daha sağlıklı sosyal ilişkiler kurduğu ve hayattaki deneyimlere daha uyum sağladığı görüşmüştür. Aynı zamanda öz şefkatin sıkıntı verici ve psikopatolojik etkilere karşı tamponize etkisi olduğu düşünülmektedir. Hayattaki zorluklara rağmen ayakta kalabilmek ve mutlu olabilmek kendimize anlayışlı olabilmekten geçer.

Yaşanılan bu zorluklar karşısında kendine anlayışlı olmayı başaran kişiler olumsuzluklarla baş etmeyi de bilirler^{71,72}.

Yüksek öz anlayışa sahip kişiler yaşanan olumsuzluklara takılı kalmayıp onları kendi içinde kişiselleştirmeden, kendine ağır eleştirilerde bulunmadan yaklaşarak yaşanan olumsuzlukları olumluya dengeleyebilmektedir. Kendini daha az çaresiz ve baskı altında hisseden bireylerin de depresyon ve psikolojik sıkıntılar yaşama olasılığı azalacaktır⁷³.

2.9.1. Öz şefkat alt boyutları

Öz şefkat kavramsal olarak farklı fakat birbiri ile etkileşim içinde olan üç ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar öz sevecenlik, ortak paydaşım ve bilinçli farkındalıktır.

Öz Sevecenlik (Self- Kindness): Öz sevecenlik, kişinin hatalarına karşı yargısız şekilde yaklaşması ve ağır eleştirilerde bulunmadan nazik ve nezaketli olmasıdır. Öz şefkat sahibi kişiler eksiklikleri ve zayıf yönleri olduğunu görür ancak bunlar için kendini sert bir şekilde eleştirmez aksine kimsenin kusursuz olmayacağını bilerek yetersizliklerine karşı nezaketli, sevecen ve anlayışlı yaklaşır. Böylece öz şefkat sahibi kişiler yaşamdaki olumsuzlukları olumlu yönde ve kendi lehine çevirerek yaşanan olumsuzluklardan ders çıkarır^{74,75}.

Ortak Paydaşım (Common Humanity): Ortak paydaşım boyutu yapılan hataların, hissedilen yetersizlik duygularının ve başarısızlıkların hayatın doğal bir süreci olduğunu fark edebilmektir. ‘Bütün bu olanlar yalnız benim başıma geliyor’ düşüncesi ile yaşanan olumsuzlukların bütün insanlık adına doğal bir süreç olduğunu fark edemeyen kişinin yaşadığı ızdırap verici duyguları artar. Bu durum kişinin çevresinden uzaklaşmasına neden olur. Bunun yerine ‘hayatta bu olumsuzluklar herkesin başına gelebilir ve doğal bir deneyimdir’ diyerek olumsuz yaşantıları diğer insanlardan farklı olarak yaşadığını düşünmeden bütün insanları kapsayan bir süreç olduğunu fark eder⁷⁶. Ortak paydaşım bütün insanlığın paylaştığı bu deneyimi tanımayı ve insanların başarısızlık yaşadığını, hatalar yaptığını ve aslında mükemmel hayatlar sürmediğinin bilincinde olmayı içerir^{70,77}. Böylece birey, acı veren olaylar karşısında kendi benliği hakkında olumsuz düşünmek yerine yaşadığı olumsuzlukları kendi lehine ve olumlu yönde düzenleyebilir. Yaşanılan olumsuzlukları birer deneyim olarak görerek kendine ders çıkarabilmektedir⁷.

2.10. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness):

Jon Kabat- Zinn'e göre farkındalık; bilinçli olarak şimdiki an içinde ve yargılayıcı olmadan belirli bir şekilde dikkati yönlendirme becerisidir. *Şu anda mevcut anın içinde bireyin kendisinde veya çevresinde olup bitenleri olduğu haliyle, yargılamadan, merakla, değiştirmeye çabalamadan gözlemlemektir, fark etmektir*³⁵. Farkındalık an'da fark edilenleri nasıl bir tutumla ele alınacağını deneyimsel olarak öğretir. Yani yargıları fark etmeyi, algılar içindeki geçmiş ve gelecek etkilerini görmeyi, acı zamanlarında bireyin kendisine ve başkalarına şefkatli olabilmeyi, kabulü ve tüm fark ettiğimiz acı tatlı yaşamsal deneyimlerin nasıl karşılandığını, bu yolculukta en önemli belirleyici olduğunu vurgular⁷⁸. Thich Nhat Hanh farkındalığı, nefes almak ve nefes aldığınızı bilmek ve nefes vermek ve nefes verdiğinizi bilmek şeklinde tanımlamıştır⁷⁹. Bilinçli farkındalık yaşanan her neyse onu yargılamadan, iyi veya kötü diye sınıflandırmadan yalnızca dikkatini o andaki deneyime odaklamayı savunur⁸⁰. Örneğin başarısızlığı deneyimleyen kişi kendine olumsuz duygular çıkarmak yerine o anın ona kattığıyla ilgilenir. Böylece yaşadığı durumla baş etmesi kolaylaşır^{81,82}. Bilinçli farkındalığın önemli unsurlarından biri dikkati o ana odaklamaktır. Zihnimizi birçok uyaran meşgul edebilir fakat önemli olan dikkati yaşanan o anda tutabilmektir. Farkındalığı tam anlamıyla sağlayabilmek için niyetimizin de bu amaç doğrultusunda olması gerekir. Bir diğer önemli unsur ise yaşanan deneyime karşı sergilediğimiz tutumdur. Bilinçli farkındalığa ulaşabilmek için yargısız, sabırlı, kendine güvenli ve nezaketli bir tutum içinde olmak gerekir⁸¹.

Bilinçli farkındalık becerilerinin gelişmesi anksiyete, depresyon gibi psikopatolojiler üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir⁸⁰. Yapılan araştırmalar bilinçli farkındalığın psikolojik iyi oluşla pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğunu desteklemektedir^{31,41,82}.

2.10.1. Bilinçli farkındalık tutumları

Yargılamama: Farkındalık oluşturduğumuz durumla ilgili değerlendirme yapmadan dikkati yalnızca o anı deneyimlemeye vermektir. Böylece yaşanan durumun bize getirisiyle ilgilenmiş oluruz.

Sabır: Her şeyin zamanı olduğunu ve yaşanan anı kabul etmektir. Bu tutum sayesinde kişi yaşadığı anı yakalamış olur.

Acemi zihni: Yaşanılan her anın kendine özgü olduğunu fark etmek ve ilk kez deneyimlemenin tadını çıkarmak. Böylece kişi yaşantısından birçok ders çıkarmış olur.

Güven: Kendine ve verdiği kararlara güven duymaktır. Böylece kişi deneyimlediği olumsuz olaylar karşısında olumlu bir tutum sergileyebilir.

Hırslanmamak: Geçmiş ya da gelecekte olacak olanlara takılmadan şimdiki anı önemsemek. Bu tutum sayesinde kişi içinde bulunmadığı an için çabalamak zorunda kalmaz ve dolayısıyla hırslanmaz. İçinde bulunduğu basamağı sağlamlaştırarak ilerler.

Kabul: Yaşanılan olayı olduğu gibi değiştirmeye veya bastırmaya çalışmadan kabul etmektir. Bu tutum sorunlarla baş etmemizi kolaylaştırır.

İzin Vermek: Yaşadığımız olayları akışına bırakmak ve olanlara izin vermek^{41,80,12}.

2.11. İnfertilitenin Öz Şefkat, Bilinçli Farkındalık ve Mental Sağlık ile İlişkisi

İnfertilite sürecinde tıbbi müdahalelere maruz kalma, maddi yükün altına girme, sosyal çevrenin tepkisiyle karşılaşma, cinsel hayattaki değişiklikler gibi birçok sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu sıkıntılar kişiyi psikolojik yönden yıpratmakta ve anksiyete, depresyon, izolasyon gibi birçok psikiyatrik sorunlara yol açmaktadır. Beklenmedik bir anda infertilite sürecine başlayan kadınlar suçluluk, yetersizlik, başarısızlık düşünceleriyle olumsuz benlik algısına girmekteledir. Bu durum tedaviye uyumu güçleştirmekte ve tedavi başarısını olumsuz etkilemektedir^{8,27}.

İnfertilite gibi beklenmedik bir krizle baş edebilmek ve bu durumun olumsuz etkilerinden korunmak öz şefkat ve bilinçli farkındalık ile mümkündür. Öyle ki öz şefkate sahip kişiler yaşanılan olumsuzluk karşısında kendini acımasızca eleştirmek yerine başarısını nasıl kabul ediyorsa başarısızlıklarını, yetersizliklerini de yargılamadan, olduğu gibi kabul etmektedir^{70,73}. Yapılan araştırmalar gösteriyor ki öz şefkati yüksek olan bireylerin düşük anksiyete, depresyon yaşamakta ve yüksek sosyal bağlılık, yaşam memnuniyeti göstermektedir^{83,84,34,85}. Yine yapılan araştırmalar bilinçli farkındalığın psikolojik iyi oluşla pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğunu göstermektedir^{31,41,82}.

İnfertilite sürecine uyum sağlama ve öz anlayışın artmasına yönelik psikososyal destek ve müdahale programları son zamanlarda artmaktadır. İnfertiliteyle baş etmekte güçlük çeken, kendileriyle ilgili olumsuz benlik algısı oluşan kadınların kendileri hakkındaki düşüncelerinin değişmesini sağlayacak destek programlarına katılmaları son derece

önemlidir⁸⁶. Bu destek programları sayesinde infertil kadınlar kendileri hakkında olumsuz düşünceler geliştirmek yerine kendine nezaketli, hoşgörülü bir şekilde yaklaşarak yaşadığı durumu açık bir şekilde tanımlayarak yaşanan olumsuz deneyimin üstesinden gelebilir³⁷.

Fard ve arkadaşlarının çalışmasında(2018) infertil kadınların ruh sağlığının gelişmesinde farkındalık temelli bilişsel infertilite stres terapisinin (MBCIST) etkinliği değerlendirilmektedir. Çalışmada MBCIST'in infertil kadınların ruhsal iyi oluşuna, kendini kabul etme, pozitif ilişkiler kurma, hayat kalitesinin artması gibi gelişime katkıda bulunduğu sonucuna varılmıştır³⁶.

Galhardo ve arkadaşlarının çalışmasında(2013) ise infertilite için farkındalığa dayalı programın (MBPI) sonunda, programa katılanlar, depresif belirtiler, yetersizlik, başarısızlık, utanç duygularında önemli bir azalma olduğu bulunmuştur. İnfertiliteyle baş edebilmek için farkındalıklarının arttığı ve öz yeterliliklerinin anlamlı olarak geliştiği ifade edilmiştir³⁷.

Çin'deki bir doğurganlık tıp merkezinde ilk kez tüp bebek tedavisine maruz kalan kadınlar arasında bilinçli farkındalık temelli müdahalenin (MBI) etkinliğini araştırmak için yapılan çalışmada, müdahaleye katılan kadınlar, farkındalık, öz şefkat, anlam temelli başa çıkma stratejilerinde önemli bir artış olduğunu ortaya konmuştur. Tersine, duygu düzenleme zorluklarında, aktif ve pasif kaçınma başa çıkma stratejilerinde önemli bir azalma ortaya konmuştur³⁸.

Ülkemizde ise infertil kadınlarda öz şefkat, bilinçli farkındalık ve mental sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

2.12. İnfertilitede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

İnfertilite tanısından itibaren bireylerin hayatında baş etmesi gereken birçok kriz meydana gelmekte ve bu krizler psikolojik dayanıklılığı azaltmaktadır. Bu yüzden infertil bireylere tıbbi tedavinin yanında psikolojik danışmanlık verilmesi gerekli olmaktadır. Psikiyatri hemşiresi, psikologlar ve psikiyatri uzmanı ve uzman terapistlerin infertil bireyleri değerlendirebileceği ve terapötik danışmanlık yapabileceği bildirilmiştir²⁴. Çeşitli ülkelerde ise infertilite tanısı alan çiftlere psikolojik destek verilmesi zorunlu olmaktadır⁸⁷. Son zamanlarda tıp alanındaki uzmanlar da infertilite tedavisiyle birlikte psikolojik destek ekibinin süreci yönetmesi gerektiğini

düşünmektedir⁸⁸. Read ve arkadaşlarının (2014), 34 Kanadalı infertil bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında, infertil bireylerin tedavi sürecinde psikolojik danışmanlıktan yardım almak istediğini fakat 34 infertil kadından yalnızca 17 sinin bu konuda destek gördüğü belirtilmiştir. Bazı bireyler ilişki çatışması ve başa çıkma stratejileri konusunda psikolojik destek aldığı görülmüştür⁸⁹.

Psikiyatri hemşiresi infertil bireylerin tedavi ve bakımının yanında danışmanlık hizmeti de vermektedir. İnfertilite tedavi sürecinde psikiyatri hemşiresi konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresi olarak danışmanlık yapmaktadır^{24,17,40}. KLP hemşireliğinde temel amaç bireyin psikososyal sorunlarını da göz önünde bulundurarak tıbbi tedavi ve bakımı sağlamaktır³⁹. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi infertilite tedavisinde hastaların bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerini tanımlayarak tedaviye karşı psikososyal uyumunu değerlendirir^{39,40}. Psikososyal değerlendirme aşamasında infertilite tedavisine başlayacak olan çiftler hakkında infertilite nedenleri, sosyal çevreleri ve aile içi ilişkileri, cinsel yaşamları, psikolojik ve emosyonel durumları gibi birçok konuda bilgi sahibi olunur²⁴. Psikososyal değerlendirmenin sonunda bireyin bu krizle ruhsal olarak ne kadar baş edebileceği belirlenmektedir. İnfertiliteyle baş etmekte güçlük çeken bireylere yönelik destekleyici danışmanlık hizmeti verilmektedir¹⁷. Ayrıca psikiyatri hemşireleri bu süreçte psikolojik sorunlar yaşayan çiftler için bilişsel davranışçı, farkındalık gibi terapi yöntemlerini kullanarak psikososyal müdahalelerde bulunmaktadır⁴⁰. Psikososyal müdahaleler sayesinde infertil çiftler kendileri hakkında gelişen kin, öfke, endişe, kendini suçlama gibi duygulara olan farkındalığı artarak olumsuz duyguların etkisinden kurtulabilmektedir²⁴. Yapılan çalışmalar infertilite sürecinde psikolojik destek ve psikososyal müdahalelerin ruh sağlığına olumlu katkısı olduğunu destekler niteliktedir. Aynı zamanda tedavide başarı şansının arttığı bilinmektedir^{86,8}.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, infertil kadınların bilinçli farkındalık, öz şefkat ve mental sağlık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. İnfertil kadınların demografik özellikleri ile bilinçli farkındalık arasında farklılık var mıdır?
2. İnfertil kadınların demografik özellikleri ile öz şefkat düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
3. İnfertil kadınların demografik özellikleri ile ruhsal sağlık düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
4. Ruhsal sağlık, bilinçli farkındalık ile öz şefkat alt düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Merkezi infertilite polikliniğine başvuran ve infertilite tanısı alan 1828 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde %95 güven aralığında (1.tip hata payı $\alpha = 0.05$) ve %90 güç (2. tip hata payı $\beta = 0.10$) olacak şekilde yapılacak güç analizi hesaplaması kullanılmıştır. Güç analizine göre %5 örneklem hatası %5 anlamlılık düzeyinde 318 infertil kadına ulaşılması hedeflenmiş, araştırmada hedeflenen sayıya ulaşılmıştır. Aralık 2019-Mart 2020 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı infertilite polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm gönüllü infertil kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Kadınların Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi İnfertilite polikliniğinde randevu kaydı olması,
- Kadınların infertilite tanısı almış olması,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılması kriterlerine göre araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırma Yerinin Özellikleri

Araştırmanın verileri Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi infertilite polikliniğinde toplanmıştır. Düzce Üniversitesi Hastanesi İnfertilite polikliniği hastanenin birinci katında olup infertilite tanı ve tedavi işlemlerinden; infertilite tetkikleri (hormon profili, spermiogram), histerosalpingografi (HSG), ovulasyon (yumurtlama) indüksiyonu, intrauterin inseminasyon (aşılama) işlemleri uygulanmaktadır. İn-Vitro Fertilizasyon (IVF/ICSI) işlemleri gerektiğinde ise çiftler il dışındaki tüp bebek merkezlerine sevk edilmektedir. İnfertilite polikliniğinde bir uzman doçent doktor, bir hemşire ve üç asistan bulunmaktadır. Poliklinikte hasta takipleri randevu ile yapılmaktadır.

İnfertilite polikliniği katında bulunan infertil kadınlarda stres azaltma odasında uzman psikiyatri hemşiresi Doç. Dr. Aysel Karaca tarafından çocuk sahibi olmak için tedaviye başvuran kadınlarla bireysel, çift ve grup terapileri yapılmaktadır. Pandemi sürecinde yüz yüze görüşmelere ara verilen bu hizmetler online olarak yürütülmektedir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri infertilite polikliniğine başvuran kadınlara yüz yüze görüşme tekniği ile 'Kişisel Bilgi Formu', 'Bilinçli Farkındalık Ölçeği', 'Öz Şefkat Ölçeği' ve 'Genel Sağlık Anketi' uygulanmıştır. Verilerin toplanması her infertil kadın için yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Bütün görüşmeler infertilite stres azaltma poliklinik odasında gerçekleştirilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklerini içeren "Kişisel Bilgi Formu", Bilinçli farkındalık ölçeği, Neff tarafından geliştirilen Öz Şefkat Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Literatür bilgisine^{16,44,90,91,3} dayanılarak geliştirilen kişisel bilgi formu infertil kadının ve eşinin yaşı, yaşadığı yer, evlilik yılı, çalışma durumu, gelir durumu, tedavi masraflarını karşılayabilme durumu, ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istedikleri, daha önce tüp bebek ve diğer tedavilerinin yapıp yapılmadığı, tedavi sonucunda gebe kalma durumu gibi bilgileri içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6.2. Bilinçli farkındalık ölçeği:

Araştırmada, katılımcıların farkındalık düzeyini ölçmek için geliştirilen Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Brown ve Ryan tarafından 2003'te geliştirilen bu ölçek, anlık deneyimlerin farkında olma ve deneyimlere karşı dikkatli olma becerisine dair bireysel farklılıkları ölçmektedir. On beş maddeden oluşan bu ölçek, tek bir toplam puan vermektedir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da, ölçeğin tek faktörlü yapı gösterdiğini doğrulamıştır⁹². Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), 6'lı Likert Tipi (1=hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özyeşil ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır⁹³. Orijinal ölçeğin iç tutarlık katsayısı $\alpha=0.82$ bulunmuştur. Çalışmamızdaki cronbach alfa katsayısı 0.850 olarak bulunmuştur (EK-2).

3.6.3. Öz şefkat ölçeği:

Neff (2003) tarafından geliştirilen Öz-şefkat Ölçeği, 26 maddeden ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; öz-sevecenlik, öz-yargılama, paylaşımların bilincinde

olma, izolasyon, farkındalık ve aşırı özdeşleşmedir. Ölçek, 5'li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Öz-şefkat Ölçeği yüksek seviyede test- yeniden test güvenilirliği sağlamıştır. Ölçeğin geneli için 0.93 olan güvenilirlik oranı, alt ölçeklerden öz-sevecenlik için 0.85, öz yargılama için 0.88, paylaşımların bilincinde olma için 0.88, izolasyon için 0.80, farkındalık için 0.85 ve aşırı özdeşleşme için 0.88 olarak bulunmuştur³³. Çalışmamızda ölçeğin geneli için 0.703 güvenilirlik oranı, alt ölçeklerden öz sevecenlik için 0.754, öz yargılama için 0.703, paylaşımların bilincinde olma için 0.719, izolasyon için 0.702, farkındalık için 0.723 ve aşırı özdeşleşme için 0.714 olarak bulunmuştur. Öz şefkat ölçeğinin kısa formunun türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve Sarı (2018) tarafından yapılmıştır⁹⁴(EK-3).

3.6.4. Genel sağlık anketi (GSA 12):

Genel sağlık durumunun belirlenmesi için Genel Sağlık Anketi (GSA) kullanılmıştır. Genel Sağlık Anketi halk arasında ve psikiyatri dışındaki klinik ortamlardaki katılımcılar arasında ruhsal bozuklukları ortaya çıkarmayı amaçlayan kendi kendine uygulanabilen ve son bir haftaya ait ruhsal belirtileri sorgulayan bir ölçektir. Genel Sağlık Anketi, 1972 yılında David Goldberg tarafından geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi'nin 12, 28, 30, 60 soruluk biçimleri vardır. Anketin 12 soruluk biçimi, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Yapılan bu çalışmada da 12 soruluk biçimi kullanılmıştır. Her soru dört seçeneklidir (1. Hiç olmuyor, 2. Her zamanki kadar, 3. Her zamankinden sık, 4. Çok sık). Puanlamada Likert tipi kodlama yapılacağı gibi ilk iki seçeneğe "0", son iki çeneğe "1" puan verilerek değerlendirilebilir. Bu çalışmada ikinci puanlama şekli kullanılmıştır. Alınabilecek en yüksek puan "12" ve en düşük puan "0" dır. Ölçekten 4 ve daha fazla puan alanlar "yüksek", 2-3 puan alanlar "orta", 2'den daha az puan alanlar ise "düşük" skor olarak değerlendirilmektedir. Genel Sağlık Anketi puanı 4 ve üzerinde olanlar "ruhsal hastalıklar yönünden riskli grup" olarak tanımlanmaktadır. Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1997) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik güvenilirlik duyarlılığının 0.74, özgüllüğünün 0.84 olduğu gösterilmiştir⁹⁵. Bu çalışma için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.886 olarak bulunmuştur. (EK-4).

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 1-10 Aralık tarihlerinde Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. İnfertilite polikliniğine başvuran 10 infertil kadına araştırmanın veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ön uygulamada ölçek maddelerinin infertil kadınlar tarafından anlaşılabilirliği ve uygulama süresi test edilmiştir. Tüm ölçme araçlarının uygulaması 15-20 dakika arasında sürmüştür. Uygulama sonrası veri toplama araçlarında herhangi bir değişikliğe gidilmemiş ve ön uygulama verileri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.8. Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulunun yazılı izin alınmıştır (Karar No:2019/253) (EK-5). Araştırmanın yürütüleceği Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği' den uygulama izni alınmıştır. Araştırma öncesi, araştırmanın yapılacağı Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi infertilite polikliniğine başvuran kadınlara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılacak araştırma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirme formu okunmuş ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istenmiştir. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi”, “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma süresince Düzce Üniversitesi Araştırma Ve uygulama Hastanesi infertilite polikliniğine başvuran infertil kadınları kapsamı sebebiyle sınırlı sayıda infertil kadına ulaşılması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

3.10. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği

ve alt boyutlarına, Genel Sağlık Anketine güvenilirlik analizi uygulanmış, ölçek ve alt boyutların güvenilir çıkması sonucunda çalışmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılan infertil kadınların ölçek ve alt boyut puanları ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için öncelikle tüm puanlara Kolmogorow Smirnov normallik testi ($n>50$) uygulanmıştır. Test sonucunda tüm puanlarının normallik varsayımını sağladığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

3.10.1. Güvenilirlik analizi:

Güvenilirlik, elde edilmiş olan ölçümler üzerindeki yorumlar ile daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder ve Güvenilirlik Analizi ölçmede kullanılan test, anket veya ölçeklerin özelliklerini ve güvenilirliklerini değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenilirlik Analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte bulunan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir⁹⁶. Bir bireyin bir olaya karşı tutum ve davranışları ölçekte bulunan k sayıda soruya verdiği cevapların değerleri (puan, skor) toplanarak bulunuyorsa bu ölçekte bulunan soruların birbirleriyle yakınlıklarının derecesini belirlemek amacıyla güvenilirlik analizi yapılır. K soru bulunduran aracın bütün sorularının bir fenomeni açıklamada yardımcı tipte olması gerekir ve bu durum soruların birbirleri ile yüksek korelasyon göstermelerini gerektirir. Bu korelasyonlardan veya kovaryanslardan yola çıkılarak güvenilirlik ölçüleri geliştirilmiştir⁹⁷.

3.10.2. Cronbach alfa katsayısı (Alfa yöntemi):

Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa

katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir. Alfa yöntemi ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olur⁹⁷. Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşığıdaki gibidir⁹⁶.

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşük

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

4. BULGULAR

Araştırma verilerinin analiz süreci üç başlık altında incelenmiştir. İlk olarak interfil kadınların demografik özellikleri ve çocuk sahibi olma durumu ile ilgili bilgilerin dağılımları verilmiştir. İkinci aşamada ise öncelikle bilinçli farkındalık, öz şefkat ve genel sağlık algısı puanlarının tanımlayıcı istatistikleri (ort $\pm$ ss) verilmiştir. Daha sonra kadınların demografik özellikleri ve çocuk sahibi olma ile ilgili bilgileri, ölçek ve alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırılmıştır. Son olarak ise kadınların bilinçli farkındalık, öz şefkat ve genel sağlık algısı puanları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 4.1. Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi'nin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Düzeyi
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	15	0,850	Yüksek Derecede Güvenilir
Öz Şefkat Ölçeği	26	0,708	Oldukça Güvenilir
<u>Alt Boyutlar</u>			
Öz Sevecenlik	5	0,754	Oldukça Güvenilir
Öz Yargılama	5	0,703	Oldukça Güvenilir
Paylaşımların Bilincinde Olma	4	0,719	Oldukça Güvenilir
İzolasyon	4	0,702	Oldukça Güvenilir
Bilinçlilik	4	0,723	Oldukça Güvenilir
Aşırı Özdeşleşme	4	0,714	Oldukça Güvenilir
Genel Sağlık Anketi	12	0,886	Yüksek Derecede Güvenilir

Tablo 1 incelendiğinde; uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda 15 maddeden oluşan bilinçli farkındalık ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0.850$) olduğu görülmüş iken 26 maddeden oluşan öz şefkat ölçeğinin oldukça güvenilir ($\alpha=0.708$) olduğu ve öz sevecenlik ($\alpha=0.754$), öz yargılama ($\alpha=0.703$), paylaşımların bilincinde olma ($\alpha=0.719$), izolasyon ($\alpha=0.702$), bilinçlilik ($\alpha=0.723$) ve aşırı özdeşleşme ($\alpha=0.714$) alt boyutlarının da oldukça güvenilir olduğu; son olarak ise genel sağlık anketinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0.886$) olduğu görülmüştür.

4.1.Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Çocuk Sahibi Olma Durumunun Dağılımları

Tablo 4.2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları

	Kişi Sayısı (n=318)	Yüzde (%)
Yaş		
18-30 Yaş	168	52,8
31-47 Yaş	150	47,2
Evlilik Yılı		
1-5 Yıl	161	50,6
6 Yıl ve Üzeri	157	49,4
Eğitim Durumu		
İlkokul	57	17,9
Ortaokul	52	16,4
Lise	123	38,7
Üniversite ve Üzeri	86	27,0
Eşin Yaşı		
20-34 Yaş	154	48,4
35-56 Yaş	164	51,6
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul	48	15,1
Ortaokul	57	17,9
Lise	134	42,1
Üniversite ve Üzeri	79	24,8
Ekonomik Durum		
Kötü	3	0,9
Orta	193	60,7
İyi	115	36,2
Çok İyi	7	2,2
Tedavi masraflarını kim karşılıyor?		
Kendi	155	48,7
Sosyal Güvence	122	38,4
Sosyal Güvence Bir Kısımını Karşılıyor	37	11,6
Aile	4	1,3
Sosyal Destek algısı		
Yok	133	41,8
Yetersiz	39	12,3
Yeterli	146	45,9
Aile Biçimi		
Çekirdek	259	81,4
Eş Ailesi ile	54	17,0
Kendi Ailesi ile	5	1,6
Evlilik Biçimi		
Görücü Usulü/İstemeden	9	2,8
Görücü Usulü/İsteyerek	123	38,7
Tanışarak	186	58,5

Tablo 4.2 incelendiğinde; araştırmaya katılan infertil kadınların %52.8'i 18-30 yaş aralığında, %50.6'sı 1-5 yıldır evli ve %38.7'sinin lise mezunudur. Kadınların %51.6'sının eşi 35-56 yaş aralığında ve %42.1'inin lise mezunudur. Kadınların %60.7'sinin ekonomik durumu orta, %48.7'si tedavi masraflarını kendi karşılamakta ve %41.8'i sosyal destek almamaktadır. Kadınların %81.4'ü çekirdek aile ve %58.5'i tanışarak evlenmiştir.

Tablo 4.3. Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Bilgilerin Dağılımları

	Kişi Sayısı (n=318)	Yüzde (%)
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni		
Kendi	77	24,2
Eşi	57	17,9
Her İkisi	52	16,4
Nedeni Belli Değil	132	41,5
Çocuk Sahibi Olmayı İsteme Süresi		
1-5 Yıl	215	67,6
6 Yıl ve Üzeri	103	32,4
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni ile Baskı Hissetme		
Evet	136	42,8
Hayır	182	57,2
Çocuk Sahibi Olamamanın Eş ile İlişkiyi Olumsuz Etkileme Durumu		
Evet	55	17,3
Hayır	263	82,7
Çocuk Sahibi Olmadığı İçin Sosyal Ortamdan Soyutlanma		
Evet	97	30,5
Hayır	221	69,5
Daha Önce Tüp Bebek veya Diğer Tedavi Uygulamaları Durumu		
Evet	142	44,7
Hayır	176	55,3
Daha Önceki Tedaviler Sonrasında Gebe Kalma		
Hayır	217	68,2
Evet	101	31,8
Evet ise sonucu; (n=101)		
Doğum	13	12,9
Düşük	80	79,2
Dış Gebelik	8	7,9

Tablo 4.3 incelendiğinde; araştırmaya katılan infertil kadınların %41.5'inin infertilite nedeni belli değildir. Kadınların %67.6'sı 1-5 yıldır çocuk sahibi olmayı istemekte, %42.8'i çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı hissetmekte iken %57.2'si ise hissetmemektedir. Kadınların %82.7'si çocuk sahibi olamadığı için eşiyle iletişimi etkilenmemiştir ve %69.5'i çocuk sahibi olamadığı için kendini sosyal ortamdan soyutlamamıştır. Kadınların %44.7'si daha önce tüp bebek veya diğer tedavi uygulamaları yaptırmış iken %55.3'ü ise yaptırmamıştır. Kadınların %68.2'si daha önceki tedaviler sonrasında gebe kalmış ve gebe kalan kadınların %79.2'si düşük yapmıştır.

4.2.Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ile İlgili Sonuçlar

4.2.1.Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 4.4. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

	Ort±SS	Min-Maks
Bilinçli Farkındalık Puanı	54,91±12,907	20-87
Öz Şefkat Puanı	73,35±10,861	36-117
<u>Alt Boyutlar</u>		
Öz Sevecenlik	14,22±4,221	5-25
Öz Yargılama	12,70±4,507	5-25
Paylaşımların Bilincinde Olma	11,34±2,567	5-19
İzolasyon	11,29±3,636	4-20
Bilinçlilik	11,70±3,359	4-20
Aşırı Özdeşleşme	12,09±3,580	4-20
Genel Sağlık Puanı	4,76±3,710	0-12

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Tablo 4.4. incelendiğinde, interfil kadınların bilinçli farkındalık toplam puanının ortalama ve standart sapması 54.91 ± 12.907 iken öz şefkat toplam puanının ortalama ve standart sapması 73.35 ± 10.861 , öz sevecenlik alt boyutunun ortalama ve standart sapması 14.22 ± 4.221 , öz yargılama alt boyutunun ortalama ve standart sapması 12.70 ± 4.507 , paylaşımların bilincinde olma alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.34 ± 2.567 , izolasyon alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.29 ± 3.636 , bilinçlilik alt boyutunun ortalama ve standart sapması 11.70 ± 3.359 , aşırı özdeşleşme alt boyutunun ortalama ve standart sapması 12.09 ± 3.580 ; genel sağlık algısının ortalama ve standart sapması ise 4.76 ± 3.710 'dur.



4.2.2.Karşılaştırma sonuçları

Tablo 4.5. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Demografik Özellikler Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi

Demografik Özellikler	Bilinçli Farkındalık	Öz Şefkat Ölçeği							Genel Sağlık Algısı
		Toplam Puan	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme	
Yaş									
18-30 Yaş	54,92±12,874	73,08±11,543	14,07±4,23	12,58±4,565	11,04±2,444	11,54±3,746	11,61±3,473	12,24±3,582	4,92±3,707
31-47 Yaş	54,89±12,988	73,65±10,072	14,4±4,217	12,83±4,452	11,69±2,665	11,01±3,499	11,81±3,235	11,91±3,582	4,59±3,718
p (t)	0,987	0,641	0,481	0,622	0,024*	0,196	0,609	0,412	0,439
Evlilik Yılı									
1-5 Yıl	54,88±13,744	73,16±11,715	14,37±4,518	12,30±4,879	11,24±2,521	11,19±3,814	11,86±3,446	12,2±3,548	4,75±3,525
6 Yıl ve Üzeri	54,93±12,034	73,55±9,943	14,08±3,902	13,11±4,066	11,45±2,618	11,39±3,453	11,55±3,271	11,97±3,621	4,78±3,902
p (t)	0,974	0,744	0,541	0,112	0,454	0,620	0,412	0,577	0,927
Eğitim Durumu									
1) İlkokul	51,14±12,371	75,61±10,205	13,93±4,131	13,91±4,744	11,86±2,503	11,89±3,310	11,4±3,087	12,61±3,458	6,49±3,665
2) Ortaokul	52,21±11,559	73,75±9,326	14,08±4,13	13,37±4,173	11,19±2,466	11,31±3,529	11,62±3,332	12,19±3,773	4,15±3,421
3) Lise	55,37±13,081	72,36±11,541	13,92±4,453	12,41±4,454	11,11±2,587	11,24±3,683	11,52±3,496	12,15±3,527	4,89±3,746
4) Üniversite ve Üzeri	58,36±12,977	73,03±11,085	14,94±3,972	11,91±4,471	11,42±2,632	10,95±3,844	12,22±3,348	11,59±3,618	3,81±3,486
p (F)	0,003** Fark; 4-1,2	0,303	0,326	0,037* Fark; 1-4	0,316	0,508	0,409	0,401	0,000*** Fark; 1-2,3,4
Eş Yaşı									
20-34 Yaş	55,12±13,574	72,74±12,102	14,47±4,209	12,14±4,527	11,09±2,514	11,29±3,731	11,81±3,462	11,95±3,456	4,70±3,733
35-56 Yaş	54,70±12,287	73,93±9,552	13,99±4,232	13,23±4,436	11,58±2,602	11,3±3,555	11,6±3,267	12,22±3,699	4,82±3,699
p (t)	0,771	0,331	0,318	0,030*	0,090	0,975	0,582	0,500	0,770

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (t)=Bağımsız Örneklem T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi
p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5. (Devamı)

Demografik Özellikler	Bilinçli Farkındalık	Öz Şefkat Ölçeği							Genel Sağlık Algısı
		Toplam Puan	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eş Eğitim Durumu									
1) İlkokul	54,04±13,467	73,00±11,718	13,56±3,655	12,79±4,677	11,38±2,944	11,52±2,881	11,38±3,375	12,38±3,688	5,25±3,767
2) Ortaokul	54,86±14,164	72,96±11,049	14,42±4,179	12,84±4,451	11,21±2,305	11,19±3,388	11,46±3,191	11,84±3,858	4,60±3,630
3) Lise	55,66±12,197	74,51±11,004	14,23±4,308	13,01±4,495	11,43±2,602	11,58±3,806	11,83±3,504	12,44±3,555	5,01±3,801
4) Üniversite ve Üzeri	54,19±12,967	71,87±9,891	14,47±4,452	12,03±4,478	11,28±2,486	10,73±3,565	11,87±3,252	11,49±3,316	4,16±3,557
p (F)	0,824	0,374	0,669	0,482	0,951	0,402	0,765	0,257	0,307
Ekonomik Durum									
Kötü/Orta	53,74±13,429	73,62±9,895	13,70±4,138	13,17±4,377	11,25±2,551	11,71±3,355	11,38±3,206	12,40±3,563	5,20±3,603
İyi/Çok İyi	56,77±11,838	72,93±12,286	15,07±4,232	11,94±4,625	11,49±2,598	10,62±3,970	12,22±3,543	11,58±3,565	4,07±3,787
p (t)	0,036*	0,601	0,005**	0,018	0,415	0,009**	0,030*	0,047*	0,008**
Tedavi masraflarını kim karşılıyor?									
1) Kendi/Ailesi	54,19±12,521	74,07±10,294	14,33±3,977	12,89±4,489	11,55±2,454	11,34±3,638	11,45±3,132	12,52±3,498	5,15±3,571
2) Sosyal Güvence	56,38±13,515	72,17±11,981	13,93±4,523	12,48±4,78	11,07±2,826	11,18±3,781	11,72±3,614	11,79±3,777	4,55±3,896
3) Sosyal Güvence Bir Kısımını Karşılıyor	53,11±12,335	74,16±9,133	14,73±4,253	12,65±3,646	11,35±2,085	11,46±3,185	12,73±3,322	11,24±3,059	3,81±3,534
p (F)	0,249	0,311	0,550	0,749	0,310	0,896	0,114	0,074	0,101
Sosyal Destek algısı									
1) Yok	54,49±13,369	73,32±10,844	13,93±4,187	12,79±4,589	11,15±2,63	11,37±3,509	11,71±3,109	12,37±3,652	4,58±3,598
2) Yetersiz	51,33±14,159	73,85±8,619	12,82±3,677	13,54±3,371	10,59±2,414	12,69±3,213	10,92±2,851	13,28±3,069	6,10±3,226
3) Yeterli	56,24±11,983	73,25±11,458	14,86±4,292	12,4±4,687	11,72±2,502	10,85±3,775	11,91±3,678	11,51±3,553	4,58±3,877
p (F)	0,096	0,954	0,015* Fark; 2-3	0,358	0,026* Fark; 2-3	0,018* Fark; 2-3	0,265	0,011* Fark; 2-3	0,055

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5. (Devamı)

Demografik Özellikler	Bilinçli Farkındalık	Öz Şefkat Ölçeği							Genel Sağlık Algısı
		Toplam Puan	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Aile Biçimi									
Çekirdek	54,94±12,943	72,88±11,065	14,31±4,249	12,51±4,468	11,31±2,597	11,06±3,581	11,7±3,375	11,99±3,572	4,68±3,671
Eş/Kendi Ailesi ile	54,76±12,86	75,42±9,735	13,86±4,112	13,54±4,618	11,47±2,452	12,31±3,729	11,71±3,317	12,53±3,617	5,15±3,885
p (t)	0,925	0,105	0,470	0,112	0,663	0,018*	0,985	0,299	0,374
Evlilik Biçimi									
Görücü Usulü	51,75±11,873	74,52±9,156	13,38±3,696	13,36±4,383	11,48±2,429	12,07±3,575	11,22±2,818	13,00±3,361	5,86±3,627
Tanışarak	57,15±13,172	72,53±11,879	14,82±4,470	12,23±4,546	11,24±2,663	10,74±3,586	12,05±3,663	11,44±3,599	3,98±3,577
p (t)	0,000***	0,093	0,003**	0,027*	0,407	0,001**	0,023*	0,000***	0,000***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi

Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Bilgiler	Bilinçli Farkındalık	Öz Şefkat Ölçeği							Genel Sağlık Algısı
		Toplam Puan	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni									
1) Kendi	55,44±14,414	72,34±10,112	13,90±4,465	12,35±4,297	11,27±2,639	11,09±3,438	11,95±3,565	11,78±3,637	4,43±3,998
2) Eşi	54,70±11,937	72,91±10,280	13,63±4,341	12,79±4,839	11,32±2,694	11,47±3,586	11,11±3,358	12,60±3,550	4,91±3,656
3) Her İkisi	54,12±10,525	74,63±11,608	14,54±3,702	13,19±4,145	11,56±2,761	11,58±3,785	11,67±2,770	12,10±3,237	5,67±3,703
4) Nedeni Belli Değil	54,99±13,347	73,63±11,272	14,55±4,218	12,67±4,644	11,31±2,412	11,22±3,738	11,83±3,451	12,05±3,702	4,54±3,539
p (F)	0,951	0,667	0,452	0,776	0,931	0,863	0,492	0,630	0,228
Çocuk Sahibi Olmayı İsteme Süresi									
1-5 Yıl	54,39±13,374	73,25±11,178	14,25±4,278	12,51±4,629	11,21±2,482	11,34±3,749	11,77±3,376	12,17±3,58	4,89±3,624
6 Yıl ve Üzeri	55,98±11,864	73,56±10,217	14,17±4,119	13,1±4,235	11,61±2,73	11,19±3,401	11,57±3,336	11,92±3,594	4,50±3,888
p (t)	0,305	0,811	0,865	0,279	0,197	0,739	0,629	0,569	0,372
Çocuk Sahibi Olamama Nedeni ile Baskı Hissetme									
Evet	52,49±11,991	75,15±10,062	13,50±3,880	13,51±4,365	11,49±2,388	12,24±3,389	11,45±3,171	12,96±3,236	5,54±3,866
Hayır	56,71±13,298	72,01±11,262	14,76±4,392	12,09±4,527	11,23±2,695	10,59±3,663	11,90±3,489	11,44±3,695	4,19±3,489
p (t)	0,004**	0,011*	0,008**	0,005**	0,369	0,000***	0,241	0,000***	0,001**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p =Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6. (Devamı)

Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Bilgiler	Bilinçli Farkındalık	Öz Şefkat Ölçeği							Genel Sağlık Algısı
	Toplam Puan	Öz Sevecenlik	Öz Yargılama	Paylaşımların Bilincinde Olma	İzolasyon	Bilinçlilik	Aşırı Özdeşleşme		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Çocuk Sahibi Olamamanın Eş ile İlişkiyi Olumsuz Etkileme Durumu									
Evet	49,53±13,754	77,80±9,848	13,98±3,788	14,51±4,590	11,75±2,382	12,71±3,68	11,62±3,364	13,24±3,522	6,25±3,683
Hayır	56,03±12,460	72,42±10,849	14,27±4,311	12,32±4,405	11,26±2,601	11,00±3,562	11,72±3,364	11,85±3,552	4,45±3,646
p (t)	0,001**	0,001**	0,642	0,001**	0,201	0,001**	0,835	0,009**	0,001**
Çocuk Sahibi Olamadığı İçin Sosyal Ortamdan Soyutlanma									
Evet	50,28±12,371	74,80±11,078	13,36±3,887	13,85±4,586	11,54±2,693	12,02±3,301	10,99±3,261	13,05±3,444	5,91±3,649
Hayır	56,94±12,637	72,71±10,727	14,60±4,313	12,20±4,389	11,26±2,512	10,97±3,735	12,02±3,360	11,67±3,564	4,26±3,632
p (t)	0,000***	0,114	0,016*	0,003**	0,375	0,018*	0,012*	0,001**	0,000***
Daha Önce Tüp Bebek veya Diğer Tedavi Uygulamaları Durumu									
Evet	54,92±12,720	73,47±9,540	14,83±3,946	12,28±4,159	11,47±2,483	10,96±3,33	12,21±3,213	11,72±3,382	4,77±3,653
Hayır	54,90±13,093	73,26±11,846	13,73±4,379	13,04±4,754	11,24±2,636	11,56±3,853	11,30±3,426	12,39±3,715	4,76±3,766
p (t)	0,990	0,860	0,021*	0,136	0,422	0,141	0,015*	0,098	0,988
Daha Önceki Tedaviler Sonrasında Gebe Kalma									
Hayır	54,40±12,934	73,07±10,789	13,69±4,252	12,81±4,480	11,23±2,448	11,51±3,709	11,48±3,307	12,35±3,621	5,04±3,781
Evet	55,99±12,848	73,95±11,043	15,37±3,936	12,47±4,577	11,59±2,804	10,83±3,444	12,18±3,436	11,51±3,440	4,17±3,496
p (t)	0,307	0,504	0,001**	0,525	0,234	0,123	0,086	0,051	0,051

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5 incelendiğinde, **yaş** için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda yaş grupları arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece paylaşımların bilincinde olma puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, 18-30 yaş aralığında olan kadınların paylaşımların bilincinde olma puan ortalamasının, 31-47 yaş aralığında olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Evlilik yılı için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda evlilik yılları arasında bilinçli farkındalık toplam puanı, öz şefkat toplam puanı ile alt boyut puanları ve genel sağlık algısı toplam puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Eğitim durumu için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda eğitim durumları arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece öz yargılama alt boyutu ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, üniversite ve üzeri mezunu olan kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, ilkökul ve ortaokul mezunu olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; üniversite ve üzeri mezunu olan kadınların öz yargılama puan ortalamasının, ilkökul mezunu olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; ilkökul mezunu olan kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise diğer mezuniyette olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Eşin yaşı için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda yaş grupları arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece öz yargılama puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, eşi 20-34 yaş aralığında olan kadınların öz yargılama puan ortalamasının, eşi 35-56 yaş aralığında olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Eşin eğitim durumu için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda eşin eğitim durumları arasında bilinçli farkındalık toplam puanı, öz şefkat toplam puanı ile alt boyut puanları ve genel sağlık algısı toplam puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Ekonomik durum için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda ekonomik durumlar arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz sevecenlik, izolasyon, bilinçlilik, aşırı özdeşleşme alt boyutları ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, ekonomik durumu iyi/çok iyi olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının, ekonomik durumu iyi/çok iyi olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, ekonomik durumu iyi/çok iyi olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise ekonomik durumu iyi/çok iyi olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Tedavi masraflarını karşılama durumu için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda durumlar arasında bilinçli farkındalık toplam puanı, öz şefkat toplam puanı ile alt boyut puanları ve genel sağlık algısı toplam puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Sosyal destek alma durumu için uygulanan uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda sosyal destek alma durumları arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, yetersiz sosyal destek alan kadınların öz sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma puan ortalamalarının, yeterli sosyal destek alan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; yetersiz sosyal destek alan kadınların izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının ise yeterli sosyal destek alan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Aile biçimi için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda yaş grupları arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece izolasyon puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu

görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, çekirdek aile olan kadınların izolasyon puan ortalamasının, eş ya da kendi ailesi ile yaşayan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Evlilik biçimi için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda evlilik biçimleri arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz sevecenlik, öz yargılama, izolasyon, bilinçlilik, aşırı özdeşleşme alt boyutları ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, görücü usulü ile evlenen kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, tanışarak evlenen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; görücü usulü ile evlenen kadınların öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının, tanışarak evlenen kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük iken görücü usulü ile evlenen kadınların öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, tanışarak evlenen kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; görücü usulü ile evlenen kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise tanışarak evlenen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4.6 incelendiğinde, **çocuk sahibi olamama nedeni** için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda nedenler arasında bilinçli farkındalık toplam puanı, öz şefkat toplam puanı ile alt boyut puanları ve genel sağlık algısı toplam puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Çocuk sahibi olmayı isteme süresi için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda isteme süreleri arasında bilinçli farkındalık toplam puanı, öz şefkat toplam puanı ile alt boyut puanları ve genel sağlık algısı toplam puanı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı hissetme için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda baskı hissedenler ile hissetmeyenler arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat ve alt boyutlarından öz sevecenlik, öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, baskı hisseden kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, baskı hissetmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; baskı hisseden kadınların öz şefkat, öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, baskı hissetmeyen kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; baskı hisseden kadınların öz sevecenlik puan

ortalamasının ise baskı hissetmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; baskı hisseden kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise baskı hissetmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çocuk sahibi olamamanın eş ile ilişkiyi olumsuz etkileme durumu için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat ve alt boyutlarından öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşme ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenen kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, olumsuz etkilenmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenen kadınların öz şefkat, öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, olumsuz etkilenmeyen kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenen kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise olumsuz etkilenmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çocuk sahibi olamadığı için sosyal ortamdan soyutlanma durumu için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda kendini sosyal ortamdan soyutlayanlar ile soyutlamayanlar arasında bilinçli farkındalık, öz şefkat alt boyutlarından öz sevecenlik, öz yargılama, izolasyon, bilinçlilik, aşırı özdeşleşme alt boyutları ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, kendini sosyal ortamdan soyutlayan kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının, soyutlamayan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; kendini sosyal ortamdan soyutlayan kadınların öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının, soyutlamayan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; kendini sosyal ortamdan soyutlayan kadınların öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, soyutlamayan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; kendini sosyal ortamdan soyutlayan kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise soyutlamayan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Daha önce tüp bebek veya diğer tedavileri uygulama durumu için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda tüp bebek veya diğer tedavileri uygulayanlar ile uygulamayanlar arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına

göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, tüp bebek veya diğer tedavileri uygulayanlar kadınların öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının, uygulamayan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Daha önceki tedaviler sonrasında gebe kalma durumu için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda daha önceki tedavilerde gebe kalanlar ile kalmayanlar arasında bilinçli farkındalık ve genel sağlık algısı puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0.05$) iken öz şefkat ölçeği alt boyutlarından sadece öz sevecenlik puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, daha önceki tedavilerde gebe kalan kadınların öz sevecenlik puan ortalamasının, gebe kalmayan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

4.3. Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için kullanılır. Bu derecenin belirlenmesinde iki temel korelasyon katsayısından (pearson ve spearman's rho) söz edilebilir. Pearson Korelasyon Katsayısının kullanılabilmesi için değişkenler sayısal olmalı ve normal dağılmalı iken değişkenlerin normal dağılmadığı durumlarda ise Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanılmaktadır.

Çalışmada kullanılan bilinçli farkındalık, öz şefkat ve alt boyutları ile genel sağlık algısı puanlarının normallik varsayımları incelenmiş tüm puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüştür. Buna göre, puanların arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

<i>R</i> (Korelasyon Katsayısı)	<i>İlişki Düzeyi</i>	<i>İlişki Yönü</i>
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	$r = -$ ise negatif ilişki
0,30 – 0,69	Orta	$r = +$ ise pozitif ilişki
0,70 – 0,99	Yüksek	
1,00	Mükemmel ilişki	

Tablo 4.7. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Alt Boyutları ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1) Bilinçli Farkındalık Puanı	r	1	-0,076	0,383	-0,340	0,089	-0,335	0,409	-0,362	-0,414
	p		0,176	0,000**	0,000**	0,113	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
2) Öz Şefkat Puanı	r		1	0,290	0,599	0,631	0,566	0,332	0,600	0,286
	p			0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
3) Öz Sevecenlik	r			1	-0,391	0,298	-0,350	0,739	-0,358	-0,350
	p				0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
4) Öz Yargılama	r				1	0,299	0,538	-0,333	0,569	0,366
	p					0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
5) Paylaşımların Bilincinde Olma	r					1	0,056	0,274	0,153	-0,009
	p						0,318	0,000**	0,006*	0,877
6) İzolasyon	r						1	-0,292	0,670	0,514
	p							0,000**	0,000**	0,000**
7) Bilinçlilik	r							1	-0,283	-0,241
	p								0,000**	0,000**
8) Aşırı Özdeşleşme	r								1	0,530
	p									0,000**
9) Genel Sağlık Puanı	r									1
	p									

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$

r =Pearson Korelasyon Katsayısı p =Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.7 de ölçek ve alt boyut puanları için uygulanan korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; bilinçli farkındalık toplam puanı ile öz şefkat toplam puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p > 0,05$) iken bilinçli farkındalık toplam puanı ile genel sağlık algısı toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ($r = -0,414$; $p < 0,001$), öz şefkat toplam puanı ile genel sağlık algısı toplam puanı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde ($r = 0,286$; $p < 0,001$) anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür.

Bilinçli farkındalık toplam puanı ile öz şefkat alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise bilinçli farkındalık toplam puanı ile öz sevecenlik ($r = 0,383$; $p < 0,001$) ve bilinçlilik ($r = 0,409$; $p < 0,001$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde; öz yargılama ($r = -0,340$; $p < 0,001$), izolasyon ($r = -0,335$; $p < 0,001$) ve aşırı özdeşleşme ($r = -0,362$; $p < 0,001$) puanları arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür.

Genel sağlık algısı toplam puanı ile öz Şefkat alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise genel sağlık algısı toplam puanı ile öz sevecenlik puanı ($r=-0.350$; $p<0.001$) arasında orta düzeyde negatif yönde, bilinçlilik puanı ($r=-0.242$; $p<0.001$) arasında düşük düzeyde negatif yönde; öz yargılama ($r=0.366$; $p<0.001$), izolasyon ($r=0.514$; $p<0.001$) ve aşırı özdeşleşme ($r=0.530$; $p<0.001$) puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görölmüşür.



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma infertil kadınların bilinçli farkındalık, öz şefkat ve mental sağlık durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular literatür bulguları doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. İnfertil Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

İnfertiliteyi etkileyen en önemli etkenlerden biri yaştır. Çalışmalar gösteriyor ki yaşla beraber fertilité hızı ters orantılı şekilde azalmaktadır^{22,3}. Çalışmamızda infertil kadınların %52,8'i 30 yaş altında olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda infertil kadınların yaş ortalaması 35 yaş ve altında bulunurken^{22,10,48,58}, bazı çalışmalarda yaş ortalaması 30 yaş üzeri olarak bulunmuştur^{46,90,3}. Çalışma bulgularına göre kadınların yarısından fazlasının 30 yaş altında olması görece erken yaşta fertilité hızı azalmadan infertilite tedavisine başvurduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan kadınların %50,6'sı 1-5 yıldır evli iken %49,4'ü ise 6 yıl ve daha uzun süredir evlidir. Karakuş'un çalışmasında (2019) ise evlilik süresi $5.26 \pm 2,17$ olarak bulunmuştur⁴⁴. Gülpınar ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) %54.1 oranıyla evlilik süresi 1-5 yıldır¹⁰. Çalışmamızdaki ve benzer çalışmalardaki evlilik sürelerine göre infertil bireyler tedavi sürecine erken zamanda başlamaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında kadınların %65,7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Literatürdeki incelenen bulgulara göre çalışmamızdaki sonuçlarla benzer bulgular saptanmıştır^{60,98}. Eğitim düzeyi infertiliteyi ve yaşanan süreci algılayabilmek için önemli bir faktördür^{22,58,90}. Eteman Kaya ve Gürkan'ın çalışmasında (2020) eğitim düzeyi düşük kadınların çaresiz ve boyun eğici başa çıkma tarzını benimsediği görülmüştür⁶⁴. Bir başka çalışmada iyi bir eğitime sahip olmanın ve bir meslek sahibi olmanın infertiliteyle baş etmeyi kolaylaştırdığı belirtilmektedir⁹⁹. Eğitim düzeyi arttıkça infertiliteye uyumun da artacağı düşünülmektedir. Buna göre çalışmamıza katılan kadınların infertiliteyi anlamada, süreci yönetmede ve uyum sağlamada avantajlı olduğu söylenebilir. Çalışmamızda yer alan kadınların ekonomik durumları incelendiğinde %60,7'sinin orta, %36,2'sinin iyidir. İnfertiliteyle ilgili güncel çalışmaların bulgularıyla karşılaştırıldığında çalışmamızda olduğu gibi ekonomik durum

orta halde olduğu saptanmıştır^{67,90,3}. İnfertilite tanı ve tedavi aşaması çiftleri maddi olarak zorlayabileceğinden tedavi hizmetine ulaşmada ekonomik durum çiftler için önemlidir. Araştırmaya katılan infertil kadınların %41,5'inin ise nedeni belli değildir. Kaba'nın çalışmasında (2018) %41,4 oranla infertilitenin nedeni bilinmemektedir²². Bu oran Akan Çelik'in çalışmasında (2020) %37,8 iken Kaplan'ın çalışmasında (2019) 36.7'dir^{55,29}. Çalışmamızda çıkan sonuçtan farklı olarak Sünger'in çalışmasında (2018) %66.1 oranla ve Aktepe'nin çalışmasında (2019) %45.4 oranla infertilite nedeni kadın kaynaklıdır^{46,91}. Literatürde %40'ı kadına ait, %40'ı erkeğe ait, %10 hem kadın hem erkeğe ait nedenler ve %10'u açıklanamayan (nedeni belirlenemeyen) nedenlerden dolayı infertil sayılmaktadır^{22,3}.

5.2. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Genel Sağlık Puanlarına Göre Demografik Özellikler ve Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Bilinçli farkındalık, öz şefkat ve genel sağlık puanlarına göre demografik özellikler arasındaki farklılıklar incelendiğinde yaş ile öz şefkat alt boyutu olan paylaşımların bilincinde olma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre 18-30 yaş aralığında olan kadınların paylaşımların bilincinde olma puan ortalamasının, 31-47 yaş aralığında olan kadınların puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşüktür. Çalışmadan çıkan sonuca göre genç yaştaki infertil kadınların yaşadıkları olumsuz olayın ve başarısızlığı yalnızca kendi başına gelen bir durum olarak gördüğünü söyleyebiliriz. Eteman Kaya ve Gürkan'ın çalışmasında (2020) ise çalışmamızdan farklı olarak genç yaştaki kadınların ileriki yaştaki kadınlara göre infertiliteye karşı daha iyimser yaklaşıma sahip olduğu bulunmuştur⁶⁴.

Çalışmamızdan çıkan sonuca göre, üniversite ve üzeri mezun olan kadınların bilinçli farkındalık düzeyi daha yüksek; öz yargılama puan ortalaması daha düşük, ilkokul mezunu olan kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının ise diğer mezuniyette olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olan kadınların infertilite sürecini anlama ve yaşadığı durumun farkında olma konusunda daha bilinçli olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca kadınların eğitim sürecinde hayata bakış açılarını geliştirmiş, çalışma ve farklı gelecek planlarına yönelme olanağı sağlamış olduğunu varsayarsak yaşanan süreç üzerine olumsuz düşünüp kendini yıpratmak yerine yaşanan durumu iyi veya kötü kabul ederek hayatlarına devam

ettiklerini söyleyebiliriz. Eteman Kaya ve Gürkan'ın çalışmasında (2020) eğitim düzeyi düşük olanlarda çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bu çalışmaya göre infertil kadınlar yaşadıkları olumsuzluk karşısında problemle baş etmek yerine kendini suçlayıcı ve yetersiz görme duygusunda, çaresiz yaklaşım göstermektedir⁶⁴. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik taşımaktadır. Çalışmamızda eğitim düzeyi düşük kadınların mental durumlarının daha kötü olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde eğitim seviyesi düşük olanların yaşadıkları stres daha fazla ve depresyon düzeyleri daha yüksektir^{15,47,3}.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaşı ilerledikçe kadınların öz yargılamalarının arttığı görülmüştür. Sis Çelik ve Kırca'nın çalışmasında (2018) yaş, evlilik ve infertilite süresi arttıkça infertiliteden etkilenme süresinin de arttığı bulunmuştur¹⁰⁰. Çalışmamızdaki bulgulara göre yaş ilerledikçe yaşanan baskının arttığı varsayımıyla kadınların kendilerini suçlayıcı ve yıpratıcı davranışlarının da arttığı söylenebilir.

Araştırmamızda infertil kadınların ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların bilinçli farkındalık, öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu aynı zamanda izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumu kötü/orta olan kadınların genel sağlık algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite sürecinin pahalı, uzun ve zor bir süreç olması sebebiyle ekonomik durumu düşük olan kadınların bu durumla baş etmesi güçleşmekte ve daha sık psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır⁹. Tedavi sürecine maddi kaygıların girmesiyle birlikte bireylerin kendilerini yetersiz hissettiği, yalnızca kendi başlarına gelen bir durum olduğunu düşünerek kendilerini acımasızca eleştirdiği yorumu yapılabilir¹⁰¹. Er'in çalışmasında (2019) maddi kaygıların tedaviyi devam ettirmede önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymuştur⁹⁰.

Çalışmamızda sosyal destek algısı ile yapılan karşılaştırmada yetersiz sosyal destek alan kadınların öz sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma puan ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu ve yetersiz sosyal destek alan kadınların izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde algılanan sosyal destek ile öz şefkat arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür^{102,75,103}. Avşar'ın çalışmasında (2018) infertilite tedavisi sürecinde sosyal destek algısı arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısının azaldığı bulunmuştur⁶⁷. Nuri Tural ve Sis Çelik'in çalışmasında (2019) infertil kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça infertiliteden olumsuz etkilenme

düzeyinin oldukça azaldığı bulunmuştur⁹. Çalışmamızın sonuçlarına göre yeterli sosyal desteğin ruh sağlığına katkısı olduğunu söyleyebiliriz ve bu doğrultuda yapılan diğer çalışmalarla benzerlik taşıdığını düşünebiliriz.

Çalışmamızda çekirdek aileye sahip olan kadınların izolasyon puan ortalamasının anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızla benzerlik gösteren Alibaşoğlu'nun çalışmasında (2010) eşinin ailesi ile yaşayan kadınlarda yalnızlaşmanın daha çok olduğu saptanmıştır¹⁰⁴. Bu sonucun geleneksel Türk toplumunda aile büyüklerin baskısı ve damgalayıcı bir yaklaşımda olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Yine eşinin ailesiyle yaşayan kadınlarda sorumluluk duygusunun daha fazla olduğunu düşünürsek yaşadıkları durumun sebebi olarak kendilerini görebilirler. Hissedilen baskı kişinin yaşadığı yetersizlik, başarısızlık gibi durumların yalnızca kendi başına geldiğini düşündürebilir. Eğin'in çalışmasında (2016) eşin ve eşin ailesinin olumsuz tavrıyla karşılaşan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur⁴⁷.

Araştırmaya katılanlardan görücü usulü ile evlenen kadınların bilinçli farkındalık, öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük iken görücü usulü ile evlenen kadınların öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek aynı zamanda görücü usulü ile evlenen kadınların genel sağlık algısı puan ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu görülmektedir. Birbirlerini isteyerek evlenen çiftler arasında iletişim ve anlayışın daha güçlü olduğunu varsayarsak infertilite sürecinde de uyumun ve baş etmenin daha kolay olacağı ve böylece tedavide başarının artacağı düşünülmektedir^{60,46}. Çalışmamızda görücü usulü evlenen kadınların ruh sağlığının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Eteman Kaya ve Gürkan'ın çalışmasında (2020) görücü usulü evlenenlerin psikolojik dayanıklılığının düşük olduğu, Koca'nın çalışmasında(2019) ise görücü usulü evlenenlerin düşük benlik saygısına sahip olduğu ortaya konmaktadır^{64,48}. Literatür ve çalışmamızın sonucu baş etmesi güç olan infertilite sürecinde bireylerin eşleriyle aralarındaki iletişimin psikolojiyi önemli ölçüde etkilediği bilgisini destekler niteliktedir.

Çalışmadaki bulgulara göre kendini sosyal ortamdan soyutlayan ve baskı hisseden kadınlar incelendiğinde ortaya benzer sonuçlar çıkmıştır. Buna göre kendini sosyal ortamdan soyutlayan ve baskı hisseden kadınların bilinçli farkındalık, öz sevecenlik puan ortalamasının anlamlı derecede daha düşük; öz yargılama, izolasyon ve aşırı

özdeşleşme puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek; genel sağlık algısı puan ortalamasının ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşanılan başarısızlıklar karşısında kişinin kendine karşı tutumu öz şefkatiyle ilgilidir. Öz şefkatli olmak başarısızlık, yetersizlik, istenmeyen bir durum yaşandığında kendine karşı anlayışlı, eleştirici olmayan, yaşadığı problemin herkes tarafından yaşanacak bir değerde olduğunu görmektir. Kendine şefkatle yaklaşan birey yaşadığı duruma büyük anlamlar yüklemekten ve çevresinden uzaklaşma ihtiyacı duymadan yaşadığı olumsuz duyguları olumluya dengeleme yoluna gider. Aynı şekilde çevresiyle bağlantıyı koparmayan kişiler kendilerini daha az yargılar ve bu durumu yalnızca kendinin yaşamadığını fark ederek toplumdan kendini soyutlamaz ve bilinçli farkındalığı gelişir^{69,85}. Yapılan Çalışmalarda öz şefkatli kişilerin stresle daha iyi baş ettikleri, daha az kaygı ve depresyon deneyimledikleri bulunmuştur^{83,105,84,34}. Bu çalışmalar ışığında öz şefkati düşük olan kişilerin yaşanılan olumsuzluklarla baş etmesi güçleşeceği için çalışmamızda olduğu gibi kendini soyutlama ve ruhsal sorunlar artacaktır.

Araştırmada eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenen kadınların bilinçli farkındalık puan ortalamasının anlamlı derecede daha düşük; öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme puan ortalamalarının, anlamlı derecede daha yüksek; genel sağlık algısı puan ortalamasının ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Çelik Akan'ın çalışmasında (2020) evlilik doyumu ve sorumluluk kabul etme yani kendini suçlama arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada infertiliteden kaynaklanan sorunların sebebi olarak kendini görmesi, kendine karşı suçlayıcı ve yargılayıcı olma, hoşgörülü olmama gibi ifadeler kullanan bireylerin evlilik doyumunun düşük seviyede olduğu görülmüştür²⁹. Çalışmamızdaki bulgulara göre eşi ile ilişkisi olumsuz etkilenen kadınların kendini suçlayıcı, yargılayıcı tutumları ruh sağlıklarının bozulma riskini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmada tüp bebek veya diğer tedavileri uygulayan kadınların öz sevecenlik ve bilinçlilik puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. İnfertilite tedavisinde çiftler birden fazla tedavi denemek zorunda kalabilir. Bu denemelere başvurmada yaş, evlilik ilişkisi, sosyal güvence, hazır oluşluk, ekonomik durum gibi birçok faktör etkilidir. Kimi zaman bir baskıyla tedaviye tekrar başlayan kadınlar kimi zaman çevresinden aldığı moralle tedaviyi kabul eder²⁷. Çalışmamızdaki bulguya göre kendine karşı anlayışlı, yetersizliklerini kendine mal etmeyen ve yaşanılan

duyguyu bastırmaya çalışmadan deneyimlerinin farkına varan kadınların tedaviye başlayarak baş etme yöntemlerini etkin kullandığı yorumu yapılabilir⁸⁵.

Çalışmadaki bulgulara daha önceki tedavilerde gebe kalan kadınların öz sevecenlik puan ortalamasının anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. Her yeni tedavi kadınlar için yeni bir kriz ve stres kaynağıdır⁸. Çalışmamızdaki bulguların büyük çoğunluğu tedaviler sonucunda gebe kalmayı başaran kadınların gebeliği düşük, dış gebelik, ölü doğum gibi durumlarla sonuçlanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda daha önceki tedavilerinde başarısızlık yaşayan kadınların kendilerine şefkat ve anlayışlarının düşük olduğu görülmektedir. Yıldırım'ın çalışmasında (2020) infertilite tedavisinde negatif sonuç sayısı arttıkça depresyon riskinin arttığı görülmektedir³.

5.3. Bilinçli Farkındalık, Öz Şefkat ve Alt Boyutları ile Genel Sağlık Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Çalışmada bilinçli farkındalık ve öz şefkat alt boyutları arasında öz sevecenlik, bilinçlilik arasında orta düzeyde pozitif yönde; öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalık duyguları iyi-kötü gibi ayrımlara girmeden duyguların yaşanmasına izin vermektir⁸². Yaşanılan duyguyu eleştirmeden, duygunun içinde kaybolmadan dengeyi sağlamaya çalışmaktır⁶⁹. Neff (2004) bilinçli farkındalığın öz şefkatin gelişimde önemli bir etkisi olduğunu savunmaktadır. Öyle ki bireyin yaşadığı başarısızlığın farkına varıp yargılamadan kabul etmesi kendine öz şefkat beslemesine yardımcı olacaktır⁸⁵. Yapılan çalışmalar da bilinçli farkındalık ve öz şefkat arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu göstermektedir^{31,107,108}. Çalışmamız sonucumuz literatür bilgisini desteklemektedir.

Bilinçli farkındalık ile genel sağlık algısı arasında orta düzeyde negatif yönde, öz şefkat ile genel sağlık algısı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalığın ruhsal iyi oluşa katkı sağladığı bulunmuştur^{6,41,82,109}. Çalışmamızda bilinçli farkındalığa sahip kadınların daha düşük ruhsal sıkıntı yaşadığı bulunmuştur. Çalışmamızda çıkan sonuç literatürü desteklemektedir.

Genel sağlık algısı ile öz şefkat alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise genel sağlık algısı ile öz sevecenlik arasında orta düzeyde negatif yönde, bilinçlilik arasında

düşük düzeyde negatif yönde; öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür. İnfertilite yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen kişinin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur¹⁷. Olumsuz yaşam olayları karşı tutumlarımızın en önemli belirleyicisi öz şefkattir. Öz şefkat sahibi kişiler yaşanan yetersizlikler, başarısızlıklar ve eksiklikler karşısında kendine şefkatli, yargısız ve kendini kabul gören bir tepki de bulunur. Yaşadıkları her neyse yalnızca kendi başına gelmediğini bilir ve kendine karşı olumsuz yargıda bulunmaz. Böylece çevresinin tepkilerinden de kaçınmadan hayatını deneyimleme fırsatı bulur⁷³. Öz şefkat kaygı ve depresyonu azaltmakta, benlik saygısı, yaşam doyumu ile mutluluğu artırmaktadır⁶⁹. Çalışmamızın sonucuna göre kendine şefkatli olan infertil kadınların yetersizlikleri karşısında kendine sevecen, nazik davranan ve yaşadığı durumu iyi veya kötü diye sınıflandırmadan o anı yaşayarak duygularını dengede tutabilen kişilerin ruh sağlığının daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.

5.4. Sonuçlar:

- İnfertilite tedavisi alan kadınların öz şefkat, bilinçli farkındalık ve mental sağlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar şöyle özetlenebilir:
- Araştırmaya katılan infertil kadınların %52,8'i 18-30 yaş aralığında, %50,6'sı 1-5 yıldır evli ve %38,7'sinin lise mezunudur. Kadınların %51,6'sının eşi 35-56 yaş aralığında ve %42,1'inin lise mezunudur.
- Araştırmaya katılan infertil kadınların %41,5'inin infertilite nedeni belli değildir. Kadınların %67,6'sı 1-5 yıldır çocuk sahibi olmayı istemekte, %42,8'i çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı hissetmekte iken %57,2'si ise hissetmemektedir.
- Ölçek puanlarıyla yaş arasındaki ilişkide 18-30 yaş arası kadınların diğerlerine göre paylaşımların bilincinde olma düzeyi düşük olduğu, üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olanların öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz yargılamanın daha düşük, bilinçli farkındalıkları yüksek ve ruhsal hastalık yaşama riski daha düşük olduğu,
- Ekonomik durum ile ilişkisinde ekonomik durumu kötü/orta olanların bilinçli farkındalıkları düşük, öz şefkat alt boyutlarından olan öz sevecenlik, bilinçlilik düşük, izolasyon, aşırı özdeşleşme yüksek ve ruhsal hastalık riski yüksek olduğu,

- Yetersiz destek alan kadınların öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma daha düşük olduğu, izolasyon ve aşırı özdeşleşmenin daha yüksek olduğu,
- Görücü usulü evlenen kadınların bilinçli farkındalıkları daha düşük olduğu, öz şefkat alt boyutlarından öz sevecenlik, bilinçlilik daha düşük olduğu ve öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşmenin daha yüksek, ruhsal sıkıntı yaşama riski yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olamadığı için baskı hisseden kadınların bilinçli farkındalıklarının daha düşük olduğu, öz şefkat alt boyutlarından öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşmenin daha yüksek olduğu ve öz sevecenliğin daha düşük olduğu, ruhsal hastalık yaşama riski yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olamadığı için eş ile iletişimin olumsuz etkilendiği kadınların bilinçli farkındalıkları düşük, öz şefkat alt boyutlarından olan öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşmenin daha yüksek olduğu, ruhsal hastalık yaşama riski yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olamadığı için kendini sosyal ortamdan soyutlayan kadınların bilinçli farkındalıkları daha düşük olduğu, öz şefkat alt boyutlarından öz sevecenlik, bilinçliliğin daha düşük olduğu ve öz yargılama, izolasyon, aşırı özdeşleşmenin, ruhsal hastalık yaşama riskinin yüksek olduğu,
- Bilinçli farkındalık ile öz şefkat arasında ilişki bulunmamış iken bilinçli farkındalığı yüksek olanların ruhsal hastalık yaşam riskinin düşük olduğu, öz şefkati yüksek olanların ruhsal hastalık yaşam riskinin düşük düzeyde var olduğu,
- Bilinçli farkındalığı yüksek olan kadınların öz şefkat ölçeği alt boyutlarından öz sevecenlik ve bilinçlilik düzeylerinin yüksek olduğu; öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme düzeylerinin düşük olduğu,
- Ruhsal hastalık yaşam riski yüksek olan kadınların öz şefkat alt boyutlarından öz sevecenlik, bilinçlilik düzeyleri düşük; öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme düzeyleri yüksek olduğu bulunmuştur.

6. ÖNERİLER

Kliniğe Yönelik Öneriler

- İnfertilite kliniğine başvuran kadınların hemşirelik değerlendirmesine (varsa değerlendirme formlarına) bilinçli farkındalık, öz şefkat ve mental sağlık parametrelerin de eklenmesi,
- İnfertilite hemşirelerinin öz şefkat ve bilinçli farkındalık becerilerini geliştirilmelerine yönelik hizmet için eğitimlerin planlanması,
- İnfertilite kliniklerinde infertilite hemşiresinin ve psikiyatri hemşiresinin ortak çalışabilecekleri psikolojik destek programlarının yaygınlaştırılması,

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- İnfertil kadınların ruh sağlığını etkileyen parametrelerin birbirleri ile ilişkilerini inceleyen ileri istatistiksel araştırmalar yapılması,
- İnfertil kadınların yaşadıkları psikososyal sorunların nedenlerini ve öznel bakış açılarını derinlemesine ortaya koymak amacıyla kalitatif araştırmaların yapılması,
- İnfertil kadınların ruhsal sağlıklarını korumak için farklı psikolojik destek programları ile deneysel araştırmaların planlanması
- Farkındalık, öz şefkat ve mental sağlıklarının yükseltilmesinin tedavi başarısı veya gebelik oranlarına etkisinin ortaya konmasını sağlayacak deneysel çalışmaların planlanması

7. KAYNAKLAR

1. Duymaz Diler F. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek, Psikolojik Dayanıklılık ve Baş Etme Stratejilerinin Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi. 2020, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 81 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Buğra Çetin).
2. Khan AR, Iqbal N, Afzal A. Impact of infertility on mental health of women. The International Journal of Indian Psychology. 2019;7,(1):804-9.
3. Yıldırım M. Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi. 2020, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 100 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Gülbahtiyar Demirel).
4. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6,(2):165–184.
5. Yassa M, Arslan E, Gülbahar DS. Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. Cukurova Medical Journal. 2019;44,(2):410-41.
6. Mohammadi RK, Bozorgi SA, Shariat S, Hamidi M. The effectiveness of positive psychotherapy on mental endurance, self-compassion and resilience of infertile women. Social Behavior Research and Health. 2019;2,(2):235-44.
7. Yılmaz B, Şahin N. İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;7,(1):84-95.
8. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2016;2,(3):7-13.
9. Nuri Tural G, Sis Çelik A. Primer İnfertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2019;6,(1):91-104.
10. Gülpınar N, Başkaya S, Yeşilbudak Z, Boz İ. İnfertilite tedavisi sırasında kadınların algıladıkları bakım davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi. 2019;16,(1):21-26.
11. Çağlar M, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite ve cinsel yaşam üzerine etkileri. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2020; 6,(1):157-62.

12. Özdemir E, Kaplan S. İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;4,(1):79-89.
13. Bayraktar E. Toplumsal cinsiyet, kültür ve şiddetin infertilite ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;27:234-238.
14. Gümüştay M, Sarı E, Güngör Satılmış İ. İnfertil çiftlerde cinsel yaşam ile ilgili araştırmaların sistematik derlemesi. Androloji Bülteni. 2020;22:74-85.
15. Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12,(2): 126-132.
16. Zeren F. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 2016, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 126 sayfa, Eskişehir, (Doç. Dr. Elif Gürsoy).
17. Seymenler S, Siyez DM. İnfertilite psikolojik danışmanlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018;10,(2):176-187.
18. Kocabaş N. Açıklanamayan İnfertiliteye Sahip Kadınların Bağlanma Stillerinin İncelenmesi. 2019, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ebadi).
19. Güleç G, Yalçın EG, Yenilmez Ç. İnfertil çiftlerde kaygı, öfke, başa çıkma yöntemleri, yeti yitimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2019;20:1-8.
20. Afyonkale Talay N. İnfertiliteyle Baş Etme Becerisi Geliştirme Programının İnfertilite Kaynaklı Algılanan Stres Düzeyine Etkisi. 2018, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 207 sayfa, Samsun, (Prof. Dr. Kurtman Ersanlı).
21. Boz İ, Özçetin E, Teskereci G. İnfertilitede anne Olma: Kuramsal bir analiz. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10,(4):506-521.
22. Kaba F. İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu ve Çift Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2018, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 81 sayfa, İzmir, (Dr. Öğretim Üyesi Nuray Egelioglu Cetişli).
23. Kaplan E. İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. Androloji Bülteni. 2018; 20:61-64.

24. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012; 3:80-5.
25. Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2,(1):100-112.
26. Awtani M, Mathur K, Shah S, Banker M. Infertility stress in couples undergoing intrauterine insemination and in vitro fertilization treatments. *Journal of Human Reproduction Sciences*. 2017;10,(3):221-5.
27. Altıntop İ, Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018; 11,(55): 755-68.
28. Boz İ, Akgün M. İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2019;16,(2):170-175.
29. Akan Çelik E. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Başa Çıkma Stratejileri, Evlilik Doyumları ve Umutsuzluk Düzeylerinin İlişkisi. 2020, İstanbul Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 113 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğretim Üyesi A. Özlem Mestçioğlu).
30. Beshai, S, Prentice JL, Huang V. Building blocks of emotional flexibility: Trait mindfulness and self-compassion are associated with positive and negative mood shifts. *Mindfulness*. 2018;9,(3):939–948.
31. Candan N. Hemşirelerde Bilinçli Farkındalığa Temelli Programın Algılanan Stres ve Öz-Şefkat Üzerine Etkisi. 2019, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 89 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım).
32. Wilson J, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2020;152:1-9.
33. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2,(2):85–101.
34. Asfahan F, Sadeghi M, Rezaei F. The effect of integrative of positive cognitive behavioral therapy on infertility stress and hope in infertile women. *J Clin Nurs Midwife*. 2019;8,(3):436-45.
35. Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette uK, 2013.

36. Fard TR, Kalantarkousheha M, Faramarzib M. Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. Middle East Fertility Society Journal. 2018;476-481.
37. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Kısırlık için farkındalık temelli program: Etkinlik çalışması. Doğurganlık ve Kısırlık. 2013;100,(4):1059-1067.
38. Li J, Long L, Liu Y, He W, Li M. Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. Behaviour research and therapy. 2016;77:96-104.
39. Kocaman N, Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 9,(1):49-54.
40. Yanık D. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Pozitif Psikoterapi Temelli Eğitimin Psikolojik İyi Oluş ve Umuda Etkisi. 2021, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 73 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Funda Kavak Budak).
41. Şahin A. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık ile Yaşam Doyumu ve İyi Oluş Arasındaki İlişkiler. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2019;8:151-176.
42. Kalhori F, Masoumi SZ, Shamsaei F, Mohammadi Y, Yavangi M. Effect of mindfulness-based group counseling on depression in infertile women: Randomized clinical trial study. International Journal of Fertility and Sterility. 2020;14,(1):10–16.
43. American Society for Reproductive Medicine. (Meaning: Infertility). Erişim Adresi: <http://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2021.
44. Karakuş TD. İnfertil Kadınlarda Kişilik Özelliklerinin İnfertilite Stresi ile Baş Etmeye Etkisi. 2019, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Prof Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay).
45. Uğur AS. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. 2014, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 105 sayfa, İstanbul, (Yard.Doç. Dr. Hacer Erten Yaman).
46. Sünger BB. Kadınlarda İnfertilitenin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması. 2018, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Manisa, (Dr. Öğr. Üyesi. Dr. Hayrunnisa Yeşil).

47. Eğin AE. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumları Arasında İlişki. 2016, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 117 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Albena Gayef).
48. Koca N. İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. 2017, Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 151 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Anayit M. Coşkun).
49. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5,(2):162-178.
50. Çavuşoğlu İ. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. 2015, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 116 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
51. Taşkın Mİ, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. Eur J Health Sci. 2016;2:79-84.
52. Sağıl S. Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Planlanan İnfertil Kadınların Beck Depresyon Ölçeğı ile Değerlendirilmesi. 2015, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 51 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Vedat Uğurel).
53. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Maternity Women's Health Care. Elsevier. 2016;11:197-210.
54. Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. 2013, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Hilmiye Aksu).
55. Kaplan O. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi. 2019, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu).
56. Kavlak O. İnfertilite. Şirin A. Kavlak O. (editör), Genişletilmiş 2. baskı, Kadın Sağlığı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: p. 206-215.
57. Topçu HO, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır?. Türk Üreme Tıbbi Cerrahisi Dergisi. 2017;1,(2):104-11.
58. Küçükaya M. İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyine Damgalanmanın Etkisi. 2019, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 sayfa, Erzurum, (Dr. Öğr. Üyesi Meral Kılıç).

59. Karaca A. İnfertil Kadınların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Baş Etmelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 2011, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 188 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas).
60. Yaylagülü N. İnfertilite Tanısı Konmuş Kadınlarda Yaşam Kalitesi. 2017, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 118 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yorulmaz).
61. Alosaimi FD, Bukhari M, Altuwirqi M, Habous M, Madbouly K, Abotalib Z, Binsaleh S. Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. *Hum Fertil (Camb)*. 2017;20,(1):55-63.
62. Altay B, Baltacı N, Aydın Avcı İ, Aydın N. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2018;4,(1):69-85.
63. İlerisoy M. İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*. 2015;28:143-164.
64. Eteman Kaya D, Gürkan FS. İnfertilite tedavisi alan kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;3,(1)1-18.
65. Mendonça CR, Arruda JT, Noll MO, Campoli PM, Amaral WN. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;215:153-63.
66. Kadioğlu M, Hotun Şahin N. Stigmatizasyon (Damgalama) ve kadın. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2015;25:3-9.
67. Avşar B. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Algıladıkları Sosyal Destekleri ile Yaşadıkları Ruhsal Semptomlar Arasındaki İlişki. 2018, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 72 sayfa, Mersin, (Dr. Öğr. Üyesi Tuba Güner Emül).
68. Üner E, Sunal N. İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyini ve algıladıkları aile desteğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2018;4,(2):1-15.
69. Yağbasanlar, O. Kavramsal bir bakış: Öz-şefkat. *Journal of Research in Education and Teaching*. 2017;6,(2):88–101.

70. Neff KD. The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*. 2016;7:264–274.
71. Neff KD, Tirsch D. Self-Compassion and ACT. Kashdan TB, Ciarrochi J (Ed.) *Mindfulness, Acceptance, and Positive Psychology: The Seven Foundations of Well-Being*inde. Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications, 2013: p.78-106.
72. Uyanık N, Çevik Ö. Öz-şefkat gelişiminde bilişsel formülasyonun rolü. *Uluslararası Dil, Eğitim ve Sosyal Bilimlerde Güncel Yaklaşımlar*. 2020; 2,(2):660-674.
73. Korkmaz B. Öz-duyarlık: Psikolojik belirtiler ile ilişkisi ve psikoterapide kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;10,(1):40-58.
74. Neff, K. Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 2011, 1-12.
75. Bayar Ö, Tuzgöl Dost M. Üniversite öğrencilerinde öz-şefkatin yordayıcıları olarak bağlanma tarzı ve algılanan sosyal destek, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;33,(3):689-704.
76. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. Self-compassion and self-construal in the united states, thailand, and taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2008;39:267-285.
77. Neff KD, Dahm KA. Self-Compassion: What it is, What it does, and How it relates to mindfulness. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. 2016;7:121–137.
78. Atalay Z. *Mindfulness: Şimdi ve burada bilinçli farkındalık*. Psikoloji, İstanbul: Psikonet Yayınları, 2018.
79. Hanh TN. *Yaşam şimdiki andadır: Huzurun kendisi olabilmek*. Felsefe, İstanbul: Okyanus Yayınevi, 2010.
80. Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli farkındalık: Güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12,(4):534-561.
81. Atalay Z. *Mindfulness-Bilinçli Farkındalık: Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı*. Psikoloji, İstanbul: İnkılap Yayınevi, 2019.
82. Çevik O, Kırmızı C. Z kuşağında bilinçli farkındalığın öznel mutluluğa etkisi: Öz şefkatin aracı rolü. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2020;20:183-202.
83. Kıcalı ÖÜ. Öz-Şefkat ve Tekrarlayıcı Düşünmenin Olumsuz Duygulanım ve Depresyon ile İlişkilerinin İncelenmesi. 2015, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler

- Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 108 sayfa, İstanbul,(Yrd. Doç Dr. Kuntay Arcan).
84. Neff KD, Germer C. Self-compassion and psychological wellbeing. In J. Doty(ed.). Oxford Handbook of Compassion Science, Chap.2017: p.27.
85. Kurtoğlu M, Başgül ŞS. Koruyucu faktör olarak öz-şefkat üzerine bir derleme çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2021;10,(1): 56-65.
86. Göcek Yorulmaz E, Tekinsav Sütçü S. İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: Sistematiik gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8:144-156.
87. Meran Partovi HE, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. Androloji Bülteni. 2016;18:60-4.
88. Van Empel IWH, Aarts JWM, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JSE, Nelen WJDM. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. Hum Reprod. 2010;25:2516-2526.
89. Read SC, Carrier ME, Boucher ME, Whitley R, Bond S, Zelkowitz P. Psychosocial services for couples in infertility treatment: what do couples really want?. Patient Educ Couns. 2004; 94:390-395.
90. Er Ö. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 2019, Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Memnun Seven).
91. Aktepe T. İnfertilitenin Eşlerin Evlilik ve Cinsel Uyumlarına Etkisi. 2019, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 107 sayfa, Çorum. (Doç. Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman).
92. Brown KW, Ryan RM. “The Benefits of Being Present: Mindfulness and It’s Role in Psychological Well-Being”, Journal of Personality and Social Psychology. 2003;84:822-848.
93. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği’ni Türkçeye uyarlama çalışması. Eğitim ve Bilim. 2011;36(160), 224-235.
94. Yıldırım M, Sarı T. “Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu’nun Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;18,(4):2502-2517.
95. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7,(1):3-10.

96. Kalaycı, Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara, Asil Yayınları, 2010: p.403-405.
97. Özdamar, K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 4. Baskı. Eskişehir, Kaan Yayınları, 2002: p.663.
98. Bektaş G. İnfertil Kadınların Yaşam Tarzı Faktörlerinin İnfertilite Üzerine Etkisi. 2019, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 sayfa, Edirne, (Dr. Öğr. Üyesi Hatice Kahyaoğlu Süt).
99. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol. 2006;33:44-46.
100. Sis Çelik A, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;21,(2):104-114.
101. Yıldırım M, Sarı T. Öz-şefkat ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018; 18,(4):2502-2517.
102. Jeon H, Lee K, Kwon S. Investigation of the structural relationships between social support, selfcompassion, and subjective well-being in Korean elite student athletes. Psychological Reports Journal Impact &Description. 2016;119,(1):39-54
103. Lavin K, Goeke Morey MC, Degnan KA. The role of selfcompassion in college students' perceived social support. Journal of Positive Psychology and Wellbeing. 2020;4,(1):41-48.
104. Alibaşoğlu H. İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları. 2010, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 122 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Nesrin Buket Tomruk).
105. Yang Y, Zhang M, Kou Y. Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. Personality and Individual Differences. 2016;98:91-95.
106. Neff KD. Self-Compassion and Psychological Well-Being. Constructivism in the Human Sciences. 2004;9,(2):27-37.
107. Sünbül ZA, Güneri OY. The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged turkish adolescents. Personality and Individual Differences. 2019;139:337-342.

108. Viskovich S, De George-Walker LR. An investigation of self-care related constructs in undergraduate psychology students: Self-compassion, mindfulness, self-awareness, and integrated self-knowledge. *International Journal of Educational Research*. 2019;95:109-117.
109. Bektaş H, Arslan İ. Bilinçli farkındalığın öznel mutluluk üzerine etkisinde benlik saygısının aracı rolü: Üniversite öğrencilerine yönelik bir araştırma. *Marmara University Atatürk Education Faculty Journal of Educational Sciences*. 2020;51,(51):95-115.



8. EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma, infertil kadınların Bilinçli Farkındalık, Öz şefkat ve Mental sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır. Gönüllü katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Evlilik yılı:.....

3. Eğitim Durumunuz:

1)Okur yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite ve üzeri

4.Eşinizin yaşı:.....

5. Eşinin Eğitim Durumunuz:

1)Okur yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite ve üzeri

6. Gelir Durumunuz:

1)kötü 2) Orta derecede iyi 3) İyi 4) Çok iyi

7.Tedavi masraflarınızı kim karşılıyor ?

- 1) Kendimiz 2) Sosyal güvencemiz 3) Sosyal güvencemiz bir kısmını karşılıyor
4) Ailemiz
5)Diğer.....

8.Sosyal desteğiniz var mı?

1) yok 2) yetersiz 3) yeterli

9.Aile biçiminiz:

1) çekirdek 2) eşimin ailesi ile 3) kendi ailem ile 4)diğer...

10- Evlilik biçiminiz?

1) Görücü usulü/istemedi 2) Görücü usulü/isteyerek 3) Tanışarak

11. Çocuk sahibi olamama nedeniniz kimden kaynaklanıyor?

- 1) Benden 2) Eşimden 3) Her ikimizden 4) Nedeni belli değil

12. Kaç yıllık evlisiniz

- 1) 1 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü

13. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmayı istiyorsunuz?

14- Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

15. Çocuğunuzun olmaması eşinizle olan ilişkinizi olumsuz yönde etkiliyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

16. Çocuğunuzun olmadığı için kendinizi sosyal ortamda soyutluyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

17. Daha önce tüp bebek veya diğer tedavi uygulamaları yapıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18. Daha önceki tedaviler sonrasında hiç gebe kaldınız mı?

- 1) Hayır

- 2) Evet ise sonucu... .. a) doğum b) düşük c) dış gebelik e) diğer

.....

Katılımınız için teşekkür ederiz.

EK-2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BİFÖ)

Bu ölçek kişilerin bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap seçeneklerinden birini işaretleyin.

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukç a seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim..						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır..						

6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						

13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						



EK-3. ÖZ-ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

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	Ara sıra	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5

14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK-4. GENEL SAĞLIK ANKETİ (GSA-12)

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne (x) işareti koyarak cevaplayınız. SON ZAMANLARDA

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla

EK-5. ETİK KURUL ONAYI

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İnfertil Kadınların Bilinçli Farkındalık, Öz şefkat Ve Mental Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi						
TITLE OF STUDY		Analysis of Conscious Awareness, Self-Compassion and Mental Health Relation of Infertile Women						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	BİLİ GİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SİGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐						
	ILAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/253	Tarih: 02.12.2019						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza		
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Ege GÖLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Fızt SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Mustafa Salih EROL	Biyo-medikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg. ve Araş. Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San. ve Tic. Ltd. Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı

İmza:

[İmza]

Dr.Gülbin SEZEN

Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

ASLI GİBİDİR

Etik Kurul Sekreteri

Melek YALNIZ

[İmza]

EK -6: KURUM ONAYI

Evrak Tarih ve Sayı: 14.11.2019-32043

İZİN FORMU

İnfertil Kadınların Bilinçli Farkındalık, Öz şefkat Ve Mental Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi konulu araştırma çalışması yapmayı planlamaktayım. İnfertil Kadınların Bilinçli Farkındalık, Öz şefkat Ve Mental Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi konulu araştırma çalışmam için Anabilim Dalınızda ve/veya Araştırma ve Uygulama Hastanesinde infertil polikliniğindeki infertil kadınlara anket uygulaması konusunda çalışmalarına izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Tarih 14.11.2019

Adı/Soyadı Nursefa PALAZOĞLU

İmza

Kadın Hast. ve ... Anabilim Dalında çalışmalar yapması uygundur.

Kadın Hast. ve ... Anabilim Dalı Başkanı

Tarih 14.11.2019

Adı Soyadı

İmzası

GOYNUMER

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.

Başhekim

Tarih 14.11.2019

Adı Soyadı

İmzası

Prof. Dr. Ömer Abdül BALBAY
(Başhekim)
(Müfettiş)

EK -7: ÖZGEÇMİŞ

yılında 'de dünyaya geldi. İlk ve orta, Lise eğitimini Düzce'de tamamladıktan sonra 2013 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik eğitimine başladı. 2017 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programına başladı. 2018 yılından itibaren Düzce Atatürk Devlet hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

e-posta: