

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN GÜÇLENDİRME
YAKLAŞIMI TEMELİNDE İNCELENMESİ:
İZMİR-MANİSA ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ
İmran ALTINTOP**

**Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bedrettin KESGİN

NİSAN 2018

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN GÜÇLENDİRME
YAKLAŞIMI TEMELİNDE İNCELENMESİ:
İZMİR-MANİSA ÖRNEĞİ**

DOKTORA TEZİ
İmran ALTINTOP(127303011)

Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Bu tez/..... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı <i>(Danışman)</i>	Doç. Dr. Bedrettin KESGİN	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Musa ŞAHİN	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. İsmail BARIŞ	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN	☐ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	

BEYAN

Tez Başlığı: İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve/...../ tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %.....'tır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : İmran ALTINTOP
Öğrenci Numarası : 127303011
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet
Türü : () Proje () Yüksek Lisans Tezi (X) Doktora Tezi

Taramayı Yapan Arş. Gör.
Habibullah Akıncı

Danışman
Doç. Dr. Bedrettin Kesgin

ÖNSÖZ

Tez çalışması için konu seçme aşamasında güçlendirme yaklaşımını çıkış noktası olarak belirlemiştim, geriye sadece alan çalışması için uygun bir grup bulmak kalmıştı. Bu grubun da özgün bir grup olmasına özen göstermiştim. Bu nedenle Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe pek çalışılmamış olan infertil bireylerin tanı ve tedavi sürecindeki deneyimlerini, güçlendirme yaklaşımı temelinde inceleyerek alanda eksik kalmış ve etkileri itibariyle sosyal hizmet uygulamasına uygun bir konuya, infertilite deneyimine, dikkat çekebileceğimi düşündüm.

Öncelikle görüşmelerde zaman zaman mahremiyete varan tanı ve tedavi süreçlerini benimle paylaşan tüm infertil kadınlara ve hastane ortamının sıkıcılığı içinde araştırmama zaman ayırarak ölçek formlarını sabırla dolduran tüm infertil bireylere teşekkür etmeliyim. Onların anlatımları ve cevapları ile anlam kazanan bu çalışmada, tanı ve tedavideki deneyimleri pek çok yönüyle sosyal hizmet alanına aktarılmaya gayret edilmiştir. Ayrıca araştırmamı yaptığım tüm hastanelerde yoğun çalışma ortamına rağmen beni infertil bireylerle tanıştıran, görüşmeler için gereken taleplerimi anlayışla karşılayan ve desteklerini esirgemeyen infertilite kliniği sağlık ekibi ve personeline müteşekkirim.

Tez çalışmam boyunca bana her türlü desteği sağlayan ve yapıcı eleştirileriyle bana yol gösteren değerli tez danışmanım Doç. Dr. Bedrettin KESGİN’E sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu çalışmanın ortaya çıkmasına yaptığı katkılar ve zorlandığım zamanlarda beni cesaretlendirmesi, benim için hep minnettarlıkla anılacaktır. Ayrıca tez izleme toplantılarında yönlendirici ve zihin açıcı yorumlarını benden esirgemeyen Prof. Dr. Musa ŞAHİN ve Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY’A değerli katkıları için çok teşekkür ederim. Ayrıca tez savunma jürimde yer alıp tezimin son halini almasında değerli katkılar sunan Doç. Dr. İsmail BARIŞ ve Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN’A teşekkürlerimi sunarım.

Doktora araştırması boyunca ihtiyaç duyduğum ekonomik destek TÜBİTAK 2211-A Genel Yurt İçi Doktora Burs Programı ile sağlanmıştır. TÜBİTAK’a doktora eğitimim boyunca sağlamış olduğu finansal destek için çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın hemen her aşamasında verdiği önerilerle ve yönlendirmelerle çalışmamı akademik olarak zenginleştiren, yazdıklarımı okuyan ve beni tez sürecimde güçlendiren, cesaretlendiren, sabır ve anlayış gösteren Dr. Zeynep ŞAHİN MENCÜTEK’e ve Klinik Psikolog Dr. Ervin GÜL’e, tez sürecimde manevi desteğini her zaman hissettiğim Prof. Dr. İştâar GÖZAYDIN SAVAŞIR ve canım dostum Dr. Betül DURMAZ’a, ayrıca isimlerini buraya sığdıramayacağım tüm dost ve yakınlarıma müteşekkirim.

Son olarak, eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteğini benden esirgemeyen değerli babama, biricik ablama, tez sürecinde hep yanımda olan ve ayrıca oğlumla ilgilenen canım anneme, akademik hayata adım atmamı sağlayan ve beni bu süreçte destekleyen sevgili abime, düşünsel katkısı ve duygusal desteği için sevgili eşim Muhsin ALTINTOP’a, yaşam enerjim, biricik oğlum Ahmet’e çok teşekkür ederim.

İmran ALTINTOP

Nisan/2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1: KAVRAMLAR VE TANIMLAR

1.1. İnfertilite	7
1.2. Stres ve Kaygı	8
1.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma	10
1.4. Güç ve Güçlendirme	14

BÖLÜM 2: GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI

2.1. Güçlendirme Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi	17
2.2. Güçlendirme Yaklaşımının Temel Özellikleri ve Varsayımları	18
2.3. Güçlendirmeye Sosyal Hizmet Yaklaşımı	24
2.4. Güçlendirme Yaklaşımının Psikoloji Disiplini ile İlişkisi	28

BÖLÜM 3: İNFERTİLİTE ve TEDAVİ SÜRECİ

3.1. İnfertilite Tedavisi	35
3.2. İnfertilite ve Tedavi Sürecinin Psiko-Sosyal Boyutları	41
3.3. İnfertilite Tedavisi: Stres, Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma	43
3.3.1. İnfertilite ve Tedavi Sürecinde Stres ve Kaygı	44
3.3.2. İnfertilite ve Tedavi Sürecinde Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma	47
3.4. İnfertilitede Cinsiyet Değişkeni ve Çiftler Arası İlişkiler	50
3.5. İnfertilite ve Tedavi Sürecine Danışmanlık	54
3.5.1. İnfertiliteden Kaynaklı Sorunlara Danışmanlık	55
3.5.2. İnfertilite Danışmanlığında Sosyal Çalışmacıların Rolü	59

BÖLÜM 4: İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI TEMELİNDE İNCELENMESİ: SAHA ÇALIŞMASI

4.1. Araştırma Modeli	61
4.1.1. Nicel Veriye Ait Araştırma Soruları ve Hipotezler	63
4.1.2. Derinlemesine Görüşmeye Ait Araştırma Soruları	66
4.2. Katılımcılar	66
4.2.1. Nicel Saha Çalışması Katılımcıları	66
4.2.2. Derinlemesine Görüşme Saha Çalışması Katılımcıları	70
4.3. Yöntem ve Prosedür	76
4.3.1. Ölçek Formlarının Uygulanması	76

4.3.2. Derinlemesine Görüşmelerin Uygulanması.....	76
4.3.3. Veri Toplama Araçları	77
4.3.3.1. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)	77
4.3.3.2. Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-PDÖ).....	78
4.3.3.3. Başa Çıkma Yolları Ölçeği- Türkçe Formu (BÇYÖ-TR).....	78
4.3.3.4. Demografik Form ve Derinlemesine Görüşme Formu	81
4.4. Nicel Veri Analiz Süreci ve Sonuçları	83
4.4.1. Verilerin Düzenlenmesi	83
4.4.2. Tanımlayıcı İstatistikler	83
4.4.3. Değişkenler Arası Korelasyon	84
4.4.4. Gruplar Arası Karşılaştırmalar ve Regresyon Analizleri.....	87
4.5. Derinlemesine Görüşmelerin Analiz Süreci ve Sonuçları	101
4.5.1. Tanı ve Tedavi Sürecinin Psikolojik ve Duygusal Boyutu.....	101
4.5.1.1. Tanı ve Tedavi Geçmişi	101
4.5.1.2. Tanı ve Tedavi Sonuçlarına Verilen Tepkiler	108
4.5.1.3. Tedavideki Mutlu/Stresli Anlar ve Olumlu/Olumsuz Duygular	117
4.5.1.4. İnfertil Bireyler için “Çocuk Sahibi Olma”nın Anlamı.....	121
4.5.1.5. Tedaviye Tekrar Kararı ve Diğer Çocuk Sahibi Olma Alternatifleri.....	126
4.5.1.6. Tedavinin Duygusal Etkileri	132
4.5.1.7. Alınan Tedavi Hizmetine Dair Görüşler	137
4.5.1.8. Tanı ve Tedavi Sürecinde Psikolojik Destek Alma Eğilimi	142
4.5.2. Tanı ve Tedavi Sürecinin Eşler Arası İlişki Boyutu	146
4.5.3. Tanı ve Tedavi Sürecinin Sosyal İlişki Boyutu	155
4.5.3.1. Aile ve Sosyal Çevre ile İlişkiler.....	155
4.5.3.2. Algılanan Sosyal Baskı	159
4.5.4. Tanı ve Tedavi Sürecinin Ekonomik ve Toplumsal Boyutu	169
4.5.4.1. Tedavi Maliyeti ve Devlet Desteği.....	169
4.5.4.2. Tedavi Sürecinin İş Yaşamına Etkileri.....	172
4.5.4.3. “Kısır ve Kısırlık” Kavramı	174
4.5.4.4. İnfertil Bireyin Gözünden Toplumun İnfertilite ve Tedavi Algısı.....	178
4.6. Genel Değerlendirme	183
4.6.1. İnfertilite ve Tedavisinde Psikolojik Bağlam ve Güçlendirme Yaklaşımı	188
4.6.2. İnfertilite ve Tedavisinde Eşler Arası İlişki ve Güçlendirme Yaklaşımı.....	195
4.6.3. İnfertilite ve Tedavisinde Sosyal Bağlam ve Güçlendirme Yaklaşımı.....	196
4.6.4. İnfertilite ve Tedavisinde Toplumsal Bağlam ve Güçlendirme Yaklaşımı	198
SONUÇ VE TARTIŞMA	201
ÖNERİLER.....	205
KAYNAKÇA	209
EKLER	226
ÖZGEÇMİŞ	245

KISALTMALAR

AS	: Araştırma sorusu
BÇ-bç	: Başa Çıkma
BÇYÖ-TR	: Başa Çıkma Yolları Ölçeği-Türkçe Formu
CD-PDÖ	: Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
ÇOBÇ	: Çaresizlik Odaklı Başa Çıkma
DABÇ	: Destek Arayıcı Başa Çıkma
DSKE	: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
EBMS	: Eastern Body-Mind-Spirit (Doğu Beden-Zihin-Ruh)
ESHRE	: Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Topluluğu
GİFT	: Gamete İntrafallopian Transfer
H	: Hipotez
İÜİ	: İntrauterin İnseminasyon (Aşılama tedavisi)
KBÇ	: Kaderci Başa Çıkma
min.	: minimum
max.	: maksimum
N	: örneklem sayısı
ort.	: ortalama
PD	: Psikolojik Dayanıklılık
POBÇ	: Problem Odaklı Başa Çıkma
ss.	: standart sapma
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBT	: Tüp Bebek Tedavisi
TBT-ET	: Tüp Bebek Tedavisi-Embriyo Transferi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
TEAH	: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TSRM	: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
ZİFT	: Zigot İntrafallopian Transfer

TABLOLAR

Tablo 1. Nicel Veriye Ait Demografik Özellikler	68
Tablo 2. Tedaviye İlişkin Verilere Ait Frekans Dağılımları	69
Tablo 3. Psikolojik ve Sosyal Destek Alma Durumlarına Ait Frekans Dağılımları.....	70
Tablo 4. Başa Çıkma Yolları Ölçeği TR Formu Varimax Döndürmeli Faktör Yükleri.....	80
Tablo 5. Temel Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistik	84
Tablo 6. Bazı Araştırma Değişkenlerinin Pearson Korelasyon Katsayıları	86
Tablo 7. Kadın ve Erkeklerin PD, DSK ve BÇY Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	87
Tablo 8. Sosyal Destek Görmenin DK, SK, ÇOBÇ ve POBÇ Açısından Farklılaşması	89
Tablo 9. Psikolojik Destek Almanın DSK, PD ve BÇY Açısından Ortalama ve Standart Sapmaları.....	89
Tablo 10. Cinsiyet ve Tedavi Aşamalarına göre DSKE Puanları.....	91
Tablo 11. Cinsiyetin Psikolojik Destek Alma, Sosyal Destek Görme ve Yakınlarını Tedavi Sürecinden Haberdar Etme Açısından N ve % Karşılaştırması	92
Tablo 12. Yaş Değişkeninin PD, POBÇ, DABÇ, KBC, ÇOBÇ Açısından Farklılaşması.....	93
Tablo 13. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBC, ÇOBÇ ve PD Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	95
Tablo 14. Sürekli Kaygının Cinsiyet, İnfertilite Türü, KBC, ÇOBÇ ve PD Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	96
Tablo 15. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBC, ÇOBÇ, PD ve Eşlerarası İletişim Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	96
Tablo 16. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBC, ÇOBÇ, PD ve Kurum/Hemşire/Doktor Hizmetleri Memnuniyeti ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	97
Tablo 17. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, PD, KBC, ÇOBÇ, POBÇ, DABŞ, Devlet Desteği Alma, Gelir ve Çalışma ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	98
Tablo 18. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, Psikolojik Destek Almak İsteme, PD, POBÇ, KBC, ÇOBÇ ve DABÇ ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	99
Tablo 19. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, Tedaviye Tekrar Kararı, Gelir, KBC, PD ve ÇOBÇ ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	100
Tablo 20. POBÇ ile Cinsiyet, Tedavi Türü, Toplam Tedavi Sayısı, DABÇ ve PD İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	100
Tablo 21. ÇOBÇ ile Cinsiyet, Tedavi Türü, Toplam Tedavi Sayısı, KBC ve PD İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	100
Tablo 22. Derinlemesine Görüşme Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tedaviye İlişkin Bilgileri	181
Tablo 23. İnfertil Kadınların İnfertiliteye İlişkin Duygusal Tepkileri.....	182

ÖZET

Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tez Özeti

Tezin Başlığı: İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği

Tezin Yazarı: İmran ALTINTOP **Danışman:** Doç. Dr. Bedrettin KESGİN

Kabul Tarihi: 19.04.2018 **Sayfa Sayısı:** viii (ön kısım) + 225 (tez) + 18(ekler)

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet **Bilim Dalı:** Sosyal Hizmet

İnfertilite hayatı tehdit eden bir sağlık sorunu değildir ancak çocuk sahibi olmaya yüklenen anlamdan dolayı bireyler için stres veren bir deneyim olabilmektedir. Ayrıca bireyler infertilite tanısı almanın yanında tedavi sürecinde psikolojik, ekonomik, sosyal ve ilişkisel sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Literatürde infertilite deneyiminin ele alınışında ağırlıklı olarak olumsuzluklara vurgu yapan yaklaşımlar dikkat çekmektedir. Bu çalışmada yaşadıkları olumsuzlukların yanında infertil bireylerin tanı ve tedavi sürecindeki deneyimlerinin, başa çıkma becerilerini şekillendiren, güç ve kaynaklarına vurgu yapan güçlendirme yaklaşımı temelinde incelenmesi amaçlanmaktadır. Bireyi psikolojik, sosyal, ilişkisel ve ekonomik boyutlarda etkileyen infertilite deneyiminin Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe yeteri kadar ele alınmadığı görülmektedir. Farklı disiplinlerde yapılan çalışmalar da infertilite deneyiminin bütüncül bir şekilde ele alınışından yoksundur. Bu nedenle bu çalışma sosyal hizmet literatüründe önemli bir yeri olan ancak daha fazla ele alınmaya ihtiyaç duyan güçlendirme yaklaşımı ve infertilite deneyiminin bütüncül bir değerlendirmesini sunmakta ve önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Bu çalışmada bireylerin deneyimleri karma yöntemle araştırılmıştır. Çünkü infertilite ve tedavisi psikolojik, ilişkisel, sosyal ve ekonomik anlamda değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir süreçtir. Bireylerin tanı ve tedavi sürecinde farklı bağlamlardaki deneyimleri, güç ve güçsüzlükleri derinlemesine görüşmeler yoluyla araştırılmıştır. Diğer yandan bireylerin kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejilerini ölçmek için Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri, Başa Çıkma Yolları Ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler sadece kadınlarla yapılırken ölçek formları ise hem kadınlara hem de erkeklere uygulanmıştır. Derinlemesine görüşmeler Dedoose, ölçekler ise SPSS IBM analiz programları ile analiz edilmiştir. Nicel veri için regresyon, korelasyon ve çeşitli ortalama karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler bu çalışmada karma yöntemin baskın olan verisi iken ölçeklerden elde edilen bulgular derinlemesine görüşmeleri desteklemek amacıyla kullanılmıştır.

Derinlemesine görüşmelerden dört tema ortaya çıkmıştır. Bunlar: “Tanı ve tedavi sürecinin psikolojik ve duygusal boyutu”, “Tanı ve tedavi sürecinin eşler arası ilişki boyutu”, “Tanı ve tedavi sürecinin sosyal ilişki boyutu” ve son olarak “Tanı ve tedavi sürecinin ekonomik ve toplumsal boyutu”dur. Bu temalar üzerinden “Genel Değerlendirme” bölümünde nicel veri bulguları ve görüşmeler değerlendirilmiş ve böylece iki yöntem birleştirilmiştir. Güçlendirme yaklaşımı infertilite deneyimi açısından son bölümde detaylı olarak ele alınmış, ayrıca infertil bireylerin sunulacak danışmanlık hizmetlerine dair öneriler güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Güçlendirme Yaklaşımı, Stres, Başa Çıkma, Karma Yöntem

SUMMARY

Yalova University Institute of Social Sciences Doctoral Thesis Summary

Thesis Title: Investigating Infertile Individuals in Treatment based on Empowerment Approach: Case of İzmir and Manisa

Thesis Author: İmran ALTINTOP **Advisor:** Associate Prof. Bedrettin KESGİN

Date of Acceptance: 19.04.2018 **Total Number of Pages:** viii (pretext) + 225 (main body)+18(appendices)

Department: Social Work

Field of Study: Social Work

Infertility is not a life threatening health problem, but it can be a stressful experience for the individuals because of attributing a meaning to having a child. In addition to being diagnosed with infertility, individuals also face psychological, economic, social and relational problems during the treatment process. In the literature, approaches that emphasize the negativities predominate in the infertility experience. In this study, in addition to the problems that they experience; it is aimed to examine the experiences of infertile individuals during the diagnosis and the treatment on the basis of the empowerment approach which emphasizes the strengths and resources that shape individuals' coping skills. It appears that, the infertility experience which affects individual psychologically, socially, relationally and economically has not been addressed sufficiently in the social work literature in Turkey. Studies conducted in different disciplines also lack a holistic view of infertility experience. For this reason, this study presents holistically the evaluation of infertility experience and the empowerment approach which has an important place but needs to be more addressed in the social work literature. To that end it fills a significant gap.

The study investigates the experiences of infertile individuals with mixed methods. Because infertility and its treatment are multidimensional process that need to be assessed psychologically, relationally, socially and economically. Experiences, power and weaknesses of individuals in different contexts during the diagnosis and treatment process were investigated by in-depth interviews. On the other hand; State / Trait Anxiety Inventory, Ways of Coping Questionnaire, and Connor-Davidson Resilience Scale are used to measure anxiety, resilience and coping strategies of individuals. In-depth interviews were done only women, while scale forms were filled by both men and women. In-depth interviews were analyzed with Dedoose and scales with SPSS IBM analysis programs. Regression, correlation and various mean comparison analyzes were performed for quantitative data. The in-depth interviews were the dominant method, while the findings obtained from the scales were used to support in-depth interviews in this study.

In-depth interviews revealed four themes. These are “Psychological and emotional dimension of diagnosis and treatment process”, “Couple relations dimension of diagnosis and treatment process”, “Social relations dimension of diagnosis and treatment process” and finally “The economic and community dimensions in diagnosis and treatment process”. In terms of these themes, interviews and quantitative findings were evaluated in “The General Evaluation” section and so the two methods were combined. Empowerment approach has been discussed in details in the last section in terms of infertility experience; and the suggestions for the counseling services to be presented to infertile individuals have been discussed according to empowerment approach.

Keywords: Infertility, Empowerment Approach, Stress, Coping, Mixed Method

GİRİŞ

Sosyal hizmet toplum refahı ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi, bireyleri sorunlarının çözümüne öz-farkındalıklarını artırarak dâhil etmeyi ve başa çıkma kapasitelerini geliştirmeyi hedefleyen, sosyal çevreye ilişkin sorunları tüm boyutlarıyla ele alan ve değişmeyi her iki bağlamda da sağlamaya çalışan bir disiplin ve meslektir. Bu nedenle bu araştırmada sosyal hizmet uygulamasında önemli yeri olan güçlendirme yaklaşımı bağlamında özelde bireyi, çiftleri ve aileleri ilgilendiren genel anlamda ise toplumu ilgilendiren infertilite ve tedavi sürecini farklı açılardan ele almak ve birey için zorlayıcı faktörleri araştırıp ortaya koyarak bu konuya sosyal hizmet alanında da dikkat çekmek istenmiştir.

Bu çalışmada sosyal hizmet literatüründe önemli bir yeri olan ve sorunların ortaya konmasında ve çözümünde bireylerin, grupların veya toplumun güç ve kaynaklarının rolüne vurgu yapan, danışanların self determinasyon (kendi kaderlerini tayin) hakkına sahip olduğunu yani kendi sahip oldukları güçleri fark etmelerini ve aktifleştirmelerini hedefleyen güçlendirme yaklaşımı bağlamında birey ve çiftler için karmaşık, belirsiz ve zorlu süreçleri de beraberinde getiren infertilite ve tedavisi sürecini kaygı, stres, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yöntemleri açısından incelemek amaçlanmaktadır.

Güçlendirme kavramı esas olarak İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiş bir yaklaşım olmakla beraber eğilimler Kıta Avrupa'sı ve İskandinavya gibi farklı refah devleti modellerinde benzerdir. İskandinav ülkelerinde güçlendirme paradigması birçok bakımdan merkezi, bürokratik ve verimsiz olarak algılanan refah devletine karşı yapılan eleştirilerin bir parçasıdır (Askheim, 2003:232). Güçlendirme, insanların maruz kaldığı zulüm ve yoksunluktan kurtulmak anlamına gelir ve sosyal adalet elde edemeyen nüfusa yönelmiştir (Sadan, 2004: 101). Güçlendirme yaklaşımı, bireyleri ya da grupları güçleri açısından anlamaya çalışırken güçlendirilecek bireyin ya da grubun amaçlarını karşılamaya yardımcı olması için kullanabildiği hayatta kalma becerilerini, yeteneklerini, bilgisini, kaynaklarını ve arzularını sistematik olarak incelemeyi içerir (Early ve GlenMaye, 2000: 119).

Güçlendirme bireysel, örgütsel veya toplumsal boyutları içermektedir. Amaçları doğrultusunda birey, grup ve toplum gibi farklı odakları olsa da bu boyutların birbirleriyle kesiştikleri ya da birbirlerini tamamladıkları açıktır. Bu nedenle araştırmacıların güçlendirme ile alakalı bir soruya cevap ararken bu üç boyutun iç içe geçmişliğinden sıyrılması kolay olmamaktadır. İnfertilite deneyiminde bireyin duygu, düşünce, inanç ve davranışlarını temel alan bu araştırmada bireysel güçlendirme ön plandadır. Ancak infertilitede çiftlerin ortak deneyimleri nedeniyle ilişkisel, sosyal çevre ve toplumsal yapıyla kurulan ilişkinin güçlenme/güçsüzleşme sürecinde önemli bir faktör oluşu dolayısıyla toplumsal boyutu da infertil bireylerin güçlenme deneyimini anlamak için zorunlu olarak yer almıştır.

Güçlendirme süreçleri, becerilerin geliştirilmesi ve uygulanması, kaynak geliştirme ve yönetimi hakkında bilgi edinmek, başkalarıyla ortak bir amaç için çalışmak, bireyin sosyal destek ağını genişletmek ve liderlik becerileri geliştirmek gibi fırsatları içerebilir. Bununla birlikte, güçlendirme süreçlerinin her analiz seviyesinde oluşabileceğini belirtmek gerekir:

birey, örgüt, topluluk. Örneğin güçlendirici bireyler, ergenlerin yetişkin roller hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olan danışmanları; güçlendirici örgütler, üyelerin örgütsel ve liderlik becerileri öğrenmesine yardımcı olan karşılıklı yardım gruplarını ve güçlendirici topluluklar vatandaşların yerel politika kararlarında ses çıkarmasını sağlayan örgütsel koalisyonları içerebilir (Zimmerman, 1995: 584).

Güçlendirme yaklaşımı çok farklı özelliklere sahip danışan gruplarında uygulanabilmektedir. Literatürde, sağlık alanında diyabet hastalarının (Anderson, 1995; Abdoli, Ashktorab, Ahmadi, Parvizy ve Dunning, 2011), kanser hastalarının (Tuncay, 2009), ikincil travma yaşamış bireylerle çalışan danışmanların (Bell, 2003), kronik hastalığı olan çocukların annelerinin (Gibson, 1995), travma yaşamış çocukların (Kaufman, 2010), ve yetişkinlerin (Ullman ve Townsend, 2008), yoksulların (Sen, 1997) ve infertil bireylerin (Tuil, Verhaak, Braat, de Vries Robbé ve Kremer, 2007) güçlendirme yaklaşımı açısından ele alındığı görülmüştür. Bu çalışmalara bakıldığında güçlendirme psikolojik ya da toplumsal boyutlarıyla ele alınmakta ve genel olarak çevre ve birey etkileşimi de ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında yapılan araştırmalarda hastaların güçlendirilmesinde, sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin rolü üzerine yoğunlaşan çalışmalar bulunmaktadır (Dowling, Murphy, Cooney ve Casey, 2011; Abdoli vd., 2011; Anderson, 1995; Ataman ve Arslan, 2010; Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012).

Görüldüğü gibi sağlıkla ilişkili konularda da sıklıkla uygulanan ya da etkileri irdelenen güçlendirme yaklaşımının, infertilite tedavisi gören bireylerin yaşadıkları deneyimleri anlamada da etkili olacağı fikri, güçlendirmenin dayandığı felsefe açısından uygundur. Bununla birlikte, özellikle psikoloji alanında yaygın olarak çalışılan, başa çıkma stratejilerinin, psikolojik dayanıklılığın ve kaygının/stresin güçlendirme ilkeleriyle buluşturulmasıyla soruna ilişkin geliştirilecek güçlendirme modelinin zenginleştirilmesi düşünülmektedir. Bu çalışmada tüp bebek ve aşılama tedavisi (özel bir ayırım gerekmedikçe çalışma boyunca infertilite tedavisi olarak adlandırılacaktır) gören kadınların tedavi öncesi, süreci ve sonrasında genel olarak fizyolojik, psikolojik, sosyal, toplumsal ve ekonomik boyutlar açısından derinlemesine görüşme yoluyla anlaşılması hedeflenmektedir. Diğer taraftan çalışmanın diğer amacı tedaviye başvuran bireylerin kaygı ve psikolojik dayanıklılıklarının ve stresle başa çıkma yöntemlerinin nicel yöntem yardımıyla elde edilmesidir.

İnfertilite çocuk sahibi olmak istediği halde gebeliğin oluşmaması ya da sonlanamaması durumu olarak ifade edilmektedir (www.medicalnewstoday.com). Tıbbi olarak tam tanımı ise doğum kontrol yöntemi olmaksızın düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen bir yıl boyunca (35 yaş üstü kadınlar için altı aydan sonra) gebe kalınamaması durumudur. (www.hhs.gov) İnfertilite hayatı tehdit eden bir sorun olmamasına rağmen çocuk sahibi olmaya yüklenen anlamdan dolayı bireyler için stresli bir yaşam olayı olarak değerlendirilebilir. Ayrıca infertilite tanısı almanın yanında tedavi süreci de psikolojik, ekonomik ve ilişkisel sorunları beraberinde getirebilmektedir.

İnfertilite salt bireyi etkilemenin ötesinde çiftler arası ilişkiyi, bireyin çevresini, sosyal yaşamını ve toplum ilişkilerini etkileyebilmektedir. Erken dönem psikanalitik literatürde kadın infertilitesi kadınlık ya da annelik karmaşasından kaynaklı psikiyatrik bir bozukluk

olarak ele alınırken son zamanlardaki çalışmalar bunun tam tersini iddia ederek pek çok psikolojik sorunu infertilitenin bir sonucu olarak değerlendirmektedir (Sundby, 1999: 15). İnfertilite sadece tıbbi olarak değil, psiko-sosyal açıdan da bireylerin ve çiftlerin değerlendirilmesi gereken, zaman zaman uzun, sıkıntılı ve beklentinin karşılanmadığı bir süreç olabilir. Bu süreç doğası itibariyle fiziksel, sonucu itibariyle psikolojik ve duygusal etkiler doğuran, maddi yükleri olabilen, çiftler arası ilişkiye doğrudan yansımaları olan karmaşık ve meşakkatli bir süreçtir. Bu karmaşıklık hem çiftleri bireysel olarak hem de çiftler arasındaki ilişkiyi etkileme potansiyelinden kaynaklanabilir. Diğer yandan bireyin kendi iç dünyasında sorunu nasıl karşıladığı, ilişkisine nasıl yansıttığı, ilişkinin tanı ve tedavi sürecini nasıl etkilediği de güçlenme ya da güçsüzleşme deneyimi açısından önemlidir.

İnfertilite tedavisinde sorunun kaynağının tedaviyi de şekillendirdiği ve bu doğrultuda farklı tedaviler uygulandığı bilinmektedir. Dünyada yaygın olarak uygulanan yöntemler; ilaç tedavisi, aşılama (İÜİ), mikroenjeksiyon, tüp bebek tedavisi (TBT), hücre, yumurta ve sperm donörlüğü, taşıyıcı annelik, Gamete Intrafallopian Transfer (GİFT) ve Zigot Intrafallopian Transfer (ZİFT) yöntemidir. Türkiye’de ise resmi olarak uygulanan tedaviler; ilaç tedavisi, aşılama (inseminasyon), mikroenjeksiyon yöntemi ve tüp bebek tedavisi (TBT)’dir. Toplumda bilinirlik kazanan bu yöntemler Türkiye’de uzun yıllardır uygulanmakta ve bu yöntemlerle çiftlerin çocuk sahibi olmaları sağlanmaktadır. Ancak bu tedaviler her çift için ilk denemede başarıyla sonuçlanmamakta ve bazen uzun yıllar sürebilmektedir. Yaş, ekonomik durum, psikolojik hazır olma durumu, çiftler arası ilişkiler ve sosyal çevre gibi pek çok faktör yeni tedavi denemelerine başvurma konusunda çiftleri etkilemekte, bu etki kimi zaman bir baskı kimi zaman da motive edici bir unsur olabilmektedir.

Türkiye’de şu ana kadar infertilite ve tedavisi tıbbi yönünün yanı sıra bireysel, çift ve toplumsal boyuttaki etkisi düşünülerek psikolojik ve sosyal anlamda da araştırmacılar tarafından incelenmiştir (Akyüz ve Sever, 2009; Aktürk, 2006; Ataman ve Arslan, 2010; Çelik, Tahiroğlu ve Avcı, 2010), ancak bu çalışmaların dünyadaki literatürle kıyaslandığında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle bu araştırmanın konusu, Türkiye’de sosyal hizmet alan yazınında kendisine neredeyse hiç yer bulamayan infertilite (tüp bebek ve aşılama) tedavisi gören çiftlerin güç ve kaynaklarının psikolojik dayanıklılıkları, stres faktörleri, kaygı düzeyleri, başa çıkma mekanizmaları, psiko-sosyal açıdan etkilenme düzeyleriyle ilişkisini ortaya koymaktır. Bu araştırmanın konusu ve problemi belirlenirken güçlendirme yaklaşımına dayalı alan çalışmasının azlığı ve infertilite tedavisi gören çiftleri zorlayan psiko-sosyal süreçlere derinlemesine bir ele alışı sosyal hizmet literatüründe eksik kalması göz önünde bulundurulmuştur.

Türkiye’de psikoloji ve sosyoloji gibi temel disiplinlerde ele alındığı görülen infertil bireylerin deneyimlerinin sosyal hizmet literatüründe de yer almasının neden gerekli olduğu birkaç açıdan incelemeye değer görülmüştür: (1) çiftlerin stresli bir tedavi sürecini deneyimlemesi, (2) uzun süren bir tedavi sürecinin ardından bireylerin psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyabilme durumlarının ortaya çıkması, (3) sosyal hizmetin çiftlere hem tedavi

süreci hem de çocuk sahibi olma konusundaki diğer alternatifler gibi ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verebilecek bir uygulama alanı olması bunlar arasındadır.

Bireylerin ilk kez tanı aldıkları zaman, tedaviye başlama kararı, başarısız tedavi sonucuna verilen tepki, sonraki sürecin bireysel olarak nasıl karşılandığı ve ilişkiye nasıl yansıdığı, yeni bir tedaviye karar verme ve ardından gelen sürekli denemeler tedavi sürecini özetlemektedir. Tüm bu döngü basit tıbbi bir müdahale gibi görülebilir. Ancak derine inildiğinde infertilite ve tedavisindeki karar aşamalarının, beklentinin bir türlü karşılanmamasının, tekrarlanmak zorunda kalınan tedavilerin, ekonomik yüklerin, sosyal baskı ya da tepkilerin bireyin ruhsal dünyasında nasıl karşılandığı, bireyin tüm bunların üstesinden nasıl geldiği ya da gelemediği güçlerine, güçsüzlüklerine, yoksunluklarına, başa çıkma becerilerine bağlıdır. Yani Chan, Ng, Chan, Ho ve Chan'ın (2006: 339) bahsettiği gibi tüm bu fiziksel ve duygusal zorluklarına rağmen bireylerin aktif şekilde katılımını gerektiren tıbbi bir uygulamadır (Chan vd., 2006: 339). Tedavi sürecinde çiftler kendileri için duygusal ve maddi zorluklara sebep olan cerrahi girişimler, güçlü ilaçlar, rutin işlemler, sağlık elemanları ve klinikler ile etkileşimde olma gibi durumlarla karşılaşmaktadırlar (Şirin, 2001: 34).

Bireylerin kendi aralarında oluşturdukları kültür, topluluk ve içinde bulundukları toplum gibi daha geniş sistemlerle aralarındaki etkileşimleri bireyin güçlendirmesinden bahsedildiğinde önem kazanır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 20). İnfertil bireyler için, yaşadıkları toplumun taleplerini karşılayamama düşüncesi ve hissi onların benzer deneyimi yaşayan başka bireylere karşı yakınlık hissetmelerine ve infertil bireyler arasında bir topluluk olmaya ve benzer inanç ve düşünceleri paylaşmaya sebep olabilmektedir. Ayrıca infertil bireylerin en çok ziyaret ettikleri kurumlar tedavi hizmeti sunan hastaneler ve klinikler olduğu için kuruluşlarla kurdukları ilişkiler tedavi sürecindeki duygu ve düşüncelerine etki edebilmektedir. Yani infertil bireyler, farklı ilişki ağları içinde infertilitelemlerini ve tedavi süreçlerini yeniden anlamlandırmaya çalışmaktadırlar.

Bu araştırmada, infertilite nedenleri, tanı ve tedavi geçmişi, çiftlerin aralarındaki ilişkinin nasıl etkilendiği, bireyin fizyolojik ve psikolojik olarak nasıl etkilendiği, sağlık personeliyle kurulan ilişkinin niteliği, bireyin gözünden toplumun infertiliteyi nasıl algıladığı, sosyal çevrenin infertiliteyi nasıl karşıladığı, infertilitede sosyal çevre faktörünün, bireysel, sosyal ve toplumsal alanda infertilitenin bireyin güçlenme ve güçsüzleşme deneyimini nasıl etkilediği araştırılmak istenmektedir.

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

Araştırmanın bir başka katkısı karma araştırma modelinin Türkiye'de sosyal hizmet alanında dünyadaki yaygınlığına bakılıp yeteri kadar yaygın kullanılmadığı

düşünüldüğünde araştırmanın yöntemi ve uygulamasının da metodolojik anlamda alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çok yönlü bir ele alış bir araştırma yönteminin açığının diğeri tarafından kapatılmasını ve yöntemsel sorunları da en aza indirmeyi sağlayacaktır. Bu sayede özellikle çetrefilli diye tanımlayabileceğimiz infertilite tedavisi deneyimi yaşayan bireylerin güçlendirme açısından daha iyi bir kavrama yoluyla ele alınması sağlanmış olacaktır.

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

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

Üçüncü sınırlılık ise araştırma katılımcılarının cinsiyetleri ile alakalı yaşanan sorunlardır. Nicel görüşmelere hem kadın hem erkek katılımcılar dâhil edilmiş, ancak her zaman çift olarak katılmaları sağlanamamıştır. Çünkü bazen sadece kadınların ya da sadece erkeklerin hastaneye gelmesini gerektiren durumlar olmuştur, böyle zamanlarda gelen eş formu doldurmuştur. Kimi zaman da çiftler birlikte olsa da çiftlerden birisi daha çok erkekler "Bizden birinin doldurması yeterli eşim doldursun." demiştir. Yine de çift olarak formları dolduran infertil bireyler de bulunmaktadır, ancak bunlar tüm örnekleme göre nispeten azdır. Bunun yanında derinlemesine görüşmelerdeki sınırlılık ise sadece kadınlarla görüşülmesidir. Araştırmacı çalışmanın başında hem kadın hem erkeklerle görüşmek istemiştir. Ancak erkeklerin kadınlara göre daha az hastane ziyareti yapıyor olması, hastanede kısa süre kalması ve araştırmaya katılmaya davet edilen erkeklerden çoğunun katılmayı kabul etmemesi üzerine, araştırmanın başında, kadınlara odaklanmaya karar verilmiştir.

Son olarak *çalışmanın amacı*, daha önce de belirtildiği gibi stres verici yaşam olayı sınıflamasına giren infertilite ve tedavi sürecinin infertil bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, psikolojik dayanıklılıklarının ve stresli bir durumla karşılaştıklarında başvurdukları başa çıkma stillerinin durumluk/sürekli kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini

araştırmak ve bunların birbirleriyle ilişkilerini nicel veri üzerinden incelemektir. Derinlemesine görüşmelerde ise bireylerin infertilite ve tedavisi sürecindeki deneyimlerini, sorunlarla nasıl başa çıktıklarını, güç ve kaynaklarını öğrenmektir. En sonunda derinlemesine görüşmelerin ışığında her iki yöntemle elde edilen bulguların bütünlük içinde değerlendirilip güçlendirme yaklaşımı açısından açıklanmaya çalışılacaktır.

Tez çalışmasının bölümlerinin kısa bilgilendirmesi yapılacak olursa araştırma giriş, araştırmayla ilgili dört bölümden oluşan asıl çalışma ve sonuç bölümlerinden oluşmaktadır.

Araştırmanın amacı, kapsamı, sınırlılıkları ve önemi gibi genel çerçevesini anlatan **giriş** bölümünün ardından, araştırmayla ilişkili dört bölüme bakıldığında; **birinci bölümde** araştırmaya konu olan aynı zamanda araştırmanın bağımlı değişkenleri olan infertilite, stres, kaygı, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma, güç ve güçlendirme kavramları ele alınmıştır. **İkinci bölümde** araştırmanın dayandığı güçlendirme kuramı araştırmanın kapsamına uygun olarak detaylı bir şekilde işlenmiştir. **Üçüncü bölüm** infertilite ve tedavi sürecinin ele alınıp ağırlıklı olarak infertilite çalışmalarının sonuçlarının derlendiği ve güçlendirme yaklaşımı ile ilişkilerinin ortaya konulduğu bölümdür.

Araştırmanın modelinin, hipotez ve araştırma sorularının, katılımcılarının, prosedürünün, veri toplama araçlarının ve verilerinin analizinden elde edilen bulguların yorumlandığı bölüm **dördüncü bölümdür**. Bu bölümde ayrıca araştırmada kullanılan her iki yöntemden elde edilen bulguların birleştirilip, güçlendirme yaklaşımı temelinde yorumlandığı bölümleri içeren **genel değerlendirme** alt başlığı eklenmiştir. Bu bölümün ardından **sonuç ve tartışma** ile **önerilerin** sunulduğu son bölümler gelmektedir.

BÖLÜM 1: KAVRAMLAR VE TANIMLAR

Bu bölümde araştırmaya konu olan infertilite, stres/kaygı, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma, güç ve güçlendirme kavramların tanımlarına yer verilecektir. Ayrıca kavramların taşıdıkları belirleyici ve ayırt edici özellikleri araştırma kapsamıyla uyumlu olarak ele alınacaktır.

1.1. İnfertilite

İnfertilite, üremeye uygun yaşta olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın en az bir yıl düzenli ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin oluşmaması demektir. İnfertilite tedavisinde başarı, doğru tanı, detaylı inceleme ve doğru endikasyonlara bağlı olarak gerçekleşmektedir (Ender Yumru ve Öndeş, 2011).

İnfertilite hayattaki amaçların ve gelişimsel görevlerin tamamlanmasının önünde engel teşkil eden bir sorundur. Bu nedenle farklı düzeylerde adaptasyon ve tekrar organize olmayı gerektirir. Maddi konular, zaman ve enerji, cinsel doyumsuzluk ya da mutsuz evlilik gibi konular infertil çiftler için sorun olabilmektedir (Burns, 1990: 178).

Sağlık alanında yaşanan sorunların ruh sağlığına etkilerini konu edinen sağlık psikolojisi kitaplarında kendine pek yer bulamayan infertilite, hayatî risk taşımayan ancak hem çiftlerin psikolojik iyiliklerini etkileyen, onlar üzerinde kaygı ve stres yaratan hem de toplumu etkileyen önemli bir sorundur (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008: 113). Dolayısıyla fizyolojik yükünün yanında psiko-sosyal boyutu da ağır basan bir sağlık problemidir. Bunun temel nedeninin çocuk sahibi olma durumuna yüklenen bireysel ve kültürel anlamlar olduğu düşünülebilir.

İnfertilite, çiftler için pek çok sorunu beraberinde getirmesine ve çoğu araştırmaya konu olmasına rağmen sosyal hizmet kitaplarında genelde ayrı bir bölüm olarak yer alamamaktadır. Ancak konuyu güçlendirme yaklaşımı açısından ele alan Zastrow ve Kirst-Ashman (2007) yayınladıkları kitapta infertilitenin nedenleri, değerlendirmesi, psikolojik etkileri, tedavi yöntemleri gibi çiftler için alternatif önerilere ayrıca yer vermişlerdir.

İnfertilite iki sınıflandırmaya sahiptir. Birincil infertilite vakaları daha önce hiç gebe kalmamış olmayı ifade ederken ikincil infertilite geçmişte hamile kalmış ama hamileliği tamamlayamamış olma durumunu anlatmaktadır. İkincil infertilite düşük, dış gebelik¹ ve terapötik kürtajı da kapsamaktadır. (McEwan, Costello ve Taylor, 1987: 108).

İnfertilite ve tedavisi ile ilgili araştırmalar farklı disiplinlerde yapılagelmektedir. Bu da tedavi sürecinin pek çok disiplini ilgilendirdiği ve sürecin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Çelik vd., 2010). Diğer yandan özellikle sosyal hizmet alanında yapılan çalışmalar daha çok yabancı kaynaklarda yer almaktadır (Holbrook, 1996; Schneider ve Forthofer, 2005; Haseltine vd., 1985; Sundby, 1999; Holbrook, 1990), Türkiye’de ise çalışmaların sağlık bilimleri alanında ağırlıklı olduğu,

¹ Dış gebelik rahim dışında, genelde fallop tüplerinin birinde başlar. Genellikle tüplerine zarar gelmiş kadınlarda görülür. Ağrıyla beraber vajinal kanama gibi belirtileri olabilir. Dış gebelik tüpün patlamasına ve karın içine kanamaya neden olabilir. Dış gebelik genellikle cerrahi müdahale ile alınır. Erken dönemde saptanırsa, tıbbi (ilaç) tedavi şansı denenebilir (<http://www.izmirtupbebek.com/cvp-d-11-dis-gebelik-nedir>).

bunlardan bazılarında ise psikolojik ya da sosyal süreçlerin vurgulandığı görülmektedir (Çelik vd., 2010; Keskin ve Babacan Gümüş, 2014; Kılıç, Apay ve Kızılkaya Beji, 2011; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Bu anlamda yoğun olarak hemşirelik alanında yapılan çalışmaları (Aktürk, 2006; Uğur, 2014; Akyüz ve Sever, 2009; Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012; Ataman ve Arslan, 2010; Bodur, Coşar ve Erdem, 2013; Durgun Ozan ve Okumuş, 2013; Ender Yumru ve Öndeş, 2011; Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011) psikoloji ve sosyoloji (Karlidere vd., 2007; Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Özçelik, Karamustafalıoğlu ve Özçelik, 2007; Oğuz, 2004) alanları izlemektedir. Eski yıllarda karşılaşılan bir sosyal hizmet yaklaşımı da Kut (1986) tarafından kaleme alınmıştır.

Son olarak, infertilite kadından, erkekten, her ikisinden ya da açıklanamayan nedenlerden kaynaklanabilmektedir. İnertilitenin kaynağının kadın ve erkekten kaynaklı olması durumuna dair oranlarda her cinsiyete %40 gibi bir oran verilirken %10'u her ikisinden kaynaklı sorunlara ve geri kalan %10 ise açıklanamayan sorunlara ayrılmıştır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 76).

1.2. Stres ve Kaygı

Stres Latince'de "estricia" kelimesinden türemiş ve İngilizce dilinde kullanılan bir terimdir. Longman Sözlüğünde sürekli kaygı, baskı ve vurgu olarak tanımlanmıştır (www.ldoconline.com). Psikolojik anlamda stresle ilgili çalışmalar 1950'li yıllarda Amerikan Psikoloji Derneği raporlarına dâhil olmuştur. 1950'li yılların ortasında psikolojinin pek çok alanında stres kavramının kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Psikolojide özellikle psikoanaliz çalışmalarında stres daha çok psikopatolojik çerçeve üzerinden değerlendirilmiş ancak terim olarak kaygı kullanımı daha çok tercih edilmiştir. Hatta 1944 yılına kadar *Psychological Abstracts* dergisinde stres kelimesi kullanılmamıştır (Lazarus ve Folkman, 1984: 4).

Stresin psikolojik bir kavram olmasında üç temel faktör vardır: birincisi stres kavramının kaygı, gerginlik, çatışma, duygusal çöküntü, engellenme, uyarılma gibi farklı birçok terimin yerine kullanılan toparlayıcı bir yapıda olması. İkincisi, psikolojik olayların fizyolojik olarak bireyi nasıl etkilediğini gösterme imkânı sağlayarak aralarında bağlantı kurulmasını sağlaması, son olarak insana dair alışılmamış etkilerin araştırılmasıdır (Baltaş ve Baltaş, 2013: 306-307).

Stres, bir insanın günlük hayatta karşılaştığı herhangi bir durumun kendini ve iyi olma durumunu tehdit ettiğini hissetmesi ve bunun sonucunda başa çıkma becerilerini değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır (Weiten, Hammer ve Dunn, 2012: 71). Bu tanımdan hareketle stresin çevre ve insan arasındaki ilişkiye de vurgu yaptığını söylemek yanlış olmaz.

Stres, günlük hayatta hemen herkesin zorluklarla karşılaştığı, işlerinin yolunda gitmediği, bir belirsizlik durumunda, "bu işi yapmak beni strese sokuyor", "çok stresliyim" gibi ifadelerle karşılık bulabilmektedir. Öte yandan beklenmedik kaza, bedenin bütünlüğüne fiziksel saldırı, kontrol edilemeyen doğal afetler gibi travmatik olaylarda da bireylerin psikolojik ya da fizyolojik olarak farklı tepkiler vermesine yol açabilir. Bedensel tepkilere örnek, kan basıncının artması, göz bebeklerinin büyümesi, mide asidinin artması ve

solunumun derinleşmesidir. Psikolojik tepkiler ise kişilik özelliklerine, kişinin stresin verici olayı nasıl algıladığına ve bireysel farklılıklara göre verilen tepkilerdir.

Stres değerlendirmesi konusunda Lazarus ve Folkman, (1984: 32-38) iki basamaklı bir değerlendirme önermişlerdir. *Birincil değerlendirme* bireyin karşılaştığı durum karşısında, kendisiyle ilişkili olma durumu, ilişkili ancak tehlike taşıma durumu ve stres verici olarak çıkarım da bulunma durumlarını içeren bir değerlendirmedir. *İkincil değerlendirme* ise olayı stres verici olarak kabul eden bireyin bu durumu ortadan kaldırmaya yönelik yeni bir değerlendirme yapması gerekliliğinden kaynaklanır. Bu değerlendirme de mücadele kaynaklarını ve başa çıkma becerilerini değerlendirmesini kapsar.

Stres kişiye uyguladığı baskı neticesinde kimi zaman kolay atlatılır bir süreç yaşatırken şiddeti arttığı durumlarda etkisi uzun sürebilir. Stresin sonunda olumlu ve olumsuz tepkiler doğabilir. Stresin olumlu etkileri; travma sonrası gelişim, stresli olayların aşırı düzeyde yaşanması, uyarılmayla birlikte meydan okuma ihtiyacını karşılaması ve son olarak yaşanan bir stresin, daha sonra yaşanacak streslere hazırlaması ve başa çıkmada referans olmasıdır (Weiten vd., 2012: 93). Olumsuz tepkiler ise performansın kötüleşmesi, bilişsel bozulma, tükenmişlik, anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikolojik problemler ve fizyolojik hastalıklardır. Stres karşısında bu olumsuz tepkilerin haricinde olumlu tepkilerde sergilendiği araştırmalara yansımıştır (Folkman ve Moskowitz, 2000: 647). İşte tam da bu noktada uzun süre hâkimiyetini koruyan ve hayata değer katan güçleri, potansiyelleri göz ardı eden patoloji, zayıflık, zarar ve acının tedavisi yöneliminin yani teşhisçi yaklaşımın yanında yukarıda bahsedilen olumlu deneyimlere odaklanan pozitif psikoloji alanına yer açılmıştır. Pozitif psikoloji ve güçlendirme yaklaşımı ilişkisi ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

Stresle ilgili yapılan çalışmalarda stresin farklı modelleri ortaya çıkmıştır:

- a) Stresin akut-kronik olarak *stres verici duruma maruz kalınan süre* açısından sınıflandırılması,
- b) Hem stres yaratan olay hem de bu olayları değerlendirirken devreye giren *bireysel farklılıklara* odaklanılması,
- c) Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilen ve stresi araştırırken fizyolojik tepkilerin yanında stres verici olaylara karşı çevre ve birey arasındaki etkileşimi ve psikolojik boyutu da dâhil eden *transaksyonel ve özdenge modeli*,
- d) Kaynakları (kişisel özellikler, koşullar, nesnel kaynaklar ve enerji; içsel/dışsal; birincil/ikincil/üçüncül) sürdürmek, korumak ve geliştirmek için gösterilen çabaya işaret eden *kaynak korunumu modeli*. (Hobföll, 1989; Weiten vd., 2012; Fink, 2000).

Stres yukarıdaki modeller içinden güçlendirme yaklaşımının temel özellikleri açısından benzeşen kaynak korunumu modeli çerçevesinde detaylandırılabilir: Kaynak korunumu modelinde kaynaklar, güçlendirme yaklaşımında da sıklıkla bahsi geçen ve bireyin güçlenme sürecinde başvuracağı öz-güven, iyimserlik, yeterlik hissi gibi psikolojik özellikleri, sosyal destek, yakın ilişkiler, ekonomik kaynaklar ve sosyal hayat kaynakları olarak sıralanabilir.

Kaynak korunumu kuramı, yüksek riskli bir durumun ardından insanların sıkıntılarını, streslerini yalnızca bireyin özelliklerine dayanan bireyselleştirilmiş bir yanıt olarak açıklamaz, bu streslerin topluluk içinde paylaşılan kaynaklara yönelik tehditlerden kaynaklandığını da ileri sürer (Fink; 2000: 525). Güçlendirme yaklaşımında da karşılaşılan sorunların bireyin psikolojik, sosyal, ekonomik gibi pek çok kaynağı göz önünde bulundurularak çözüm için bir değerlendirme yapma gerçekliği ve düşüncesi hâkimdir.

Psikolojik stresörler duygusal süreçleri derinden etkiler ve kaygı, korku veya hayal kırıklığı gibi davranış değişikliklerine neden olabilir (Fink, 2000: 8). Dokuz olumsuz duygudan biri olan kaygı belirsiz varoluşsal bir tehdit durumunda ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlanmıştır (Lazarus, 1993: 13). Kaygıya dair ampirik çalışmalar 1950’li yıllarda sürekli kaygıyı ölçmek için bir ölçek geliştirilmesiyle artmıştır. Bu çalışmada da her tedavide belirsizliğin devam etmesi ve bireylerin tedavi aşamalarında ve sürecinde infertilite deneyimi açısından kaygı seviyelerinin belirlenmesi önemli görülmüştür. Ancak görüşmelerde stres veren durumlar ve olaylar da konuşulmuştur. İnfertiliteye özgü stres kavramı ve kaygı infertilite literatüründe hâkim kavramlardır ve birlikte araştırmalara konu olmuşlardır (Lykeridou, vd., 2011; Sexton, Byrd ve von Kluge, 2010). Zaman zaman birbirinin yerine de kullanılan kaygı ve stres esasında farklı kavramlardır. Bir duygu olan kaygı, belirsiz bir sonucu olan bir konuda duyulan huzursuzluk, endişedir. Bir durumu ifade eden stres ise olumsuz veya zorlayıcı koşullardan kaynaklanan zihinsel veya duygusal gerginlik olarak tanımlanabilir. İnfertilite açısından kaygının stres yaratan bir duygu olması da, hissedilen stresin kaygı seviyesi üzerinde etkili olması (Fink, 2000) da dolayısıyla muhtemeldir. Bu nedenle bu çalışmada güçlenme/güçsüzleşme deneyiminin daha iyi anlaşılması için infertil bireylerin hem kaygı duygusuna dair deneyimleri hem de stres durumları araştırılmıştır.

1.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma

Güçlendirme, güçler perspektifi ve dayanıklılık, etkili bir sosyal hizmet uygulaması aşamalarını belirlemenin yanı sıra, insan davranışını değerlendirmek ve anlamak için önemli bir çerçeve sağlamaktadır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 41). Güçlendirme ile ilgili kavramlardan bir tanesi de dayanıklılıktır. Çünkü bireyin temel işlevliğini sürdürmesi için benimsediği uygulamalar bireyin güçlü yönlerine odaklanmasını vurgular. Psikolojik dayanıklılık, bireyin, ailenin, grubun, topluluğun veya örgütlerin zorluklardan kurtulma ve ciddi sorunlar, karışıklıklar veya zorluklarla boğuşurken bile tekrar işlevini kazanma yeteneğidir. "Güçler perspektifi, sorunlar ve patolojiler yerine yeteneklere, varlıklara ve pozitif özelliklere odaklanırken", dayanıklılık, zorluklara rağmen aksiliklerle başa çıkmak ve hayatta kalmak için güçlü yönleri vurgulamaktadır (Gutheil ve Congress’den aktaran Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 9).

Psikolojik dayanıklılık sözlükte zorluklar karşısında hızlıca iyileşme becerisi olarak tanımlanmıştır (en.oxforddictionaries.com/resilience). Psikolojik dayanıklılık, “başa çıkmak için olumlu duygular aracılığıyla olumsuz olaylardan sonra iyileşme yeteneği”dir (Tugade, Fredrickson, Feldman Barrett, 2004: 1162). Psikolojik dayanıklılık, stres veya travmaya maruz kalmaya rağmen sağlıklı psikolojik işlevini sürdürme kabiliyeti olarak da

tanımlanır (Tugade ve Fredrickson, 2004: 321). Connor ve Davidson (2003: 76), dayanıklılığı sıkıntı karşısında gelişime izin veren kişisel nitelikler olarak tanımlamıştır.

Psikolojik güçlendirme ile ilgili yapılan tanımların çoğunun ortak noktası zorluk ve psikolojik adaptasyon etrafında birleşmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013: 13). Yani psikolojik dayanıklılık, kaybetme, sıkıntı veya olumsuzluklarla karşılaşılmasına rağmen etkili başa çıkma ve adaptasyon sağlamak demektir. Olumsuz deneyimler karşısında direnç gösterebilmeyi sağlayan psikolojik dayanıklılığı anlatırken metallerdeki esneklikle ilgili bir metafordan faydalanılmıştır. Örneğin, dökme demir sert yapısından dolayı kırılmalar karşısında dirençli değilken ferforje yumuşak olduğunda kırılmadan bükülebilir, esnek bir yapıdadır (Lazarus, 1993: 3). Psikolojik dayanıklılık bireye bu esnekliği sağlayan önemli bir beceridir.

Psikolojik dayanıklılığı olan bir kişinin; güç, umut ve iyimserlik hissi, yaşamı dinamik bir yolculuk olarak görme, kendileri için gerçekçi hedefler ve beklentiler oluşturma, üretken-büyüten başa çıkma stratejilerine başvurma, engellerle zorluklarla mücadele etme onlardan kaçmama, zayıf ve kırılgan taraflarının farkında olma ancak güçlü yönlerine odaklanma, güçlü benlik saygısı ve yetkinlik duygusu taşıma, kişilerarası becerileri etkin şekilde yönetme ve başkalarından yardım ve imkân arama, nelerin kendi kontrollerinde olduğunu ya da olmadığını bilme gibi özellikleri vardır (Hammond, 2010). Psikolojik dayanıklılığa ilişkin bu geniş ele alışı güçlendirmenin temel özellikleri ve vurgularıyla fazlaca örtüştüğü görülmekte ve başa çıkmada güçler/dayanıklılık modelinin önemli olduğu görüşünü desteklemektedir (Saleebey, 2001: 13)

Başa çıkma “stresin doğurduğu ihtiyaçların üstesinden gelme, ihtiyaçları azaltma veya tolöre etmek için gösterilen çaba” olarak tanımlanmıştır (Weiten vd., 2012: 105).

İlk zamanlarda bilinçdışının savunma mekanizması olarak adlandırılan başa çıkma terimi psikanalizde kullanılmıştır. Ancak, araştırmacıların, 1960’ların sonu ve 1970’lerde daha çok stresle ilişkilendirdikleri başa çıkma, 1980’lerde araştırmalarda yaşam tehditleri veya travmatik olaylar gibi aşırı koşullarla anılmaya da başlamıştır. Ayrıca 1980’li yıllarda, çeşitli tepkiler ve ölçüm yöntemleri ile başa çıkma araştırılmaya başlanmıştır (Achour, Bensaid ve Nor, 2016: 665).

Başa çıkmayla ilgili hem geleneksel yaklaşım hem de geleneksel yaklaşıma alternatifleri kaleme alan Lazarus ve Folkman (1984), geleneksel yaklaşıma bakıldığında başa çıkma literatürü için, biri psikanalitik ego psikolojisinden gelen, diğeri hayvan deneylerinden gelen iki yönelim olduğunu belirtmiştir. Hayvan modeli, dürtü kavramına odaklanmıştır, çoğunlukla kaçınma ve kaçma davranışları üzerine vurgu yapar (Lazarus ve Folkman, 1984: 117-118). Psikanalitik ego psikolojisi geleneğinde ise başa çıkma insanların sorunlarını çözmek için başvurduğu bir dizi yöntem arasından, bilişi merkezine almıştır. Ego psikolojisi modeline dayalı başa çıkma sistemleri genellikle gerçekliği çarpıtan olgunlaşmamış mekanizmalardan olgunlaşmışlarına doğru stratejilerin bir hiyerarşisini tasarlar (Lazarus ve Folkman, 1984: 139).

Başa çıkma, yaşamsal baskılar, sosyal, duygusal ya da fiziksel zorluklar ve rahatsızlıkların üstesinden gelirken bireylerin kullandığı bilişsel ve davranışsal yöntem ve tekniklerdir. Bu,

başa çıkmanın, bireylerin stresli durumlara ve olaylara karşı stres azaltmaya ve olumsuz duyguları en aza indirmeye veya kontrol etmeye çalışmak için kullandığı bir dizi tekniği benimsediği anlamına gelir (Achour vd., 2016: 666).

Stres araştırmalarının önemli isimlerinden olan Lazarus ve Folkman, geleneksel modelin ardından kendi başa çıkma tanımlarını ve yaklaşımlarını şu şekilde ifade etmektedirler: “Başa çıkmayı insanın kaynaklarını artırmak ya da zorlamak olarak değerlendiren, belirli içsel veya dışsal talepleri yönetmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamaktayız.” Bu tanımdan anlaşıldığı üzere başa çıkma kavramı süreç yönelimlidir ve bu süreci yönetmek için de bireyin çabasını gerektiren bir yapıya sahiptir (Lazarus ve Folkman, 1984: 142).

Başa çıkma tıpkı çevre-insan ilişkisinin değiştiği gibi değişen; bireyi belirli zamanlarda daha ağırlıklı olarak bir stratejiye, (kimi zaman savunma mekanizmaları kimi zaman problem-odaklı stratejiye), güvenmek ve başvurmak zorunda bırakan bir süreçtir. Bu sürecin içinde bekleme, etki veya çatışma, etki sonrası dönem olmak üzere her biri kendi karakteristik önemini anlatan üç evre bulunmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 143-148).

Folkman ve Lazarus (1980) başa çıkmayı psikolojik stresin bilişsel fenomenoloji kuramına bağlı olarak ele almışlardır. Birbirini etkileyen ve birbirinden etkilenen çevre ve insan arasında karşılıklı aksiyonun devam eden ilişkisi kuramsal çatıyı oluşturur ve bu ilişkiyi yöneten iki kavram vardır, değerlendirme ve başa çıkma. Değerlendirme, olayın ne olduğunu anlamaya yönelik ilk değerlendirme ve hangi başa çıkma kaynağı ve seçeneklerinin durum için uygun olduğunun değerlendirildiği bilişsel bir süreci kapsayan ikinci değerlendirmedir. Başa çıkma ise içsel ve dışsal talepleri ve aralarındaki çatışmaları yönetmek, sonlandırmak ve tolere etmek için gereken bilişsel ve davranışsal etkinliklerdir (Folkman ve Lazarus, 1980: 223).

Folkman ve Lazarus’a göre başa çıkma sadece problem çözmeden çok daha fazlasıdır ve etkili bir başa çıkma için başka işlevlere de hizmet eder. Başa çıkma işlevleri başa çıkmanın kavramsallaştırılmasına ve hangi bağlamda ele alındığına bağlı olarak şekillenecektir. Başa çıkmanın ölçülmesi ise üç temel alana ayrılmıştır: ego psikolojisi bağlamında kavramsallaştırılması, tutum olarak kavramsallaştırılması ve hastalık doğal afet gibi belirli bir durumun belirli bir talebi karşılaması olarak kavramsallaştırılması (Folkman ve Lazarus, 1980: 220). Karar alma işlevi mi yoksa gerginliği azaltma mı daha önemlidir, işte buna başa çıkmanın kavramsallaştırıldığı yapı karar verir. Bu nedenle de pek çok yazar çok farklı başa çıkma stratejisi önermiştir (Lazarus ve Folkman, 1984: 149; Weiten vd., 2012: 106).

Folkman ve Lazarus, sıkıntıya neden olan sorunun, yani çevre-insan etkileşimindeki stres kaynaklarının, değiştirilmesine ya da yönetimine yönelik başa çıkmayı *problem-odaklı başa çıkma* stratejisi, soruna yönelik duygusal tepkilerin düzenlenmesine yönelik başa çıkmayı da *duygu-odaklı başa çıkma* stratejisi olarak sınıflandırmışlardır (Folkman ve Lazarus, 1980: 223-224). Genel olarak bakıldığında duygu-odaklı başa çıkma stratejileri, zararlı, tehditkâr ya da zorlu çevre koşullarında değişiklik yapmak için hiçbir şey yapılamayacağı şeklinde değerlendirildiğinde daha olası olarak devreye girer. Diğer taraftan, problem-odaklı başa çıkma stratejilerinin birey tarafından kullanılması, bu

koşulların değişime uygun olduğu yönünde bir değerlendirme yapıldığında daha olasıdır (Lazarus ve Folkman, 1984: 150).

Problem-odaklı ve duygu-odaklı başa çıkma stratejilerinin haricinde her ikisinin unsurlarından beslenen dinsel başa çıkma stratejileriyle birlikte sosyal destek de tavsiye, yardım, duygusal destek sağlama ve maddi yardımlar aracılığıyla baskılarla başa çıkmak için bir strateji olarak kullanılmaktadır (Achour vd., 2016: 667).

Literatürde duygu-odaklı başa çıkmayla ilgili yapılan çalışmaların içinde geniş yer tutan duygusal stresi azaltmaya yönelik bilişsel sürece işaret eden bir grup vardır. Bu grupta daha çok savunma mekanizmaları literatürüne dayanan ve her tür stresli olayda kullanılabilecek kaçma, küçültme, uzaklaşma, seçici dikkat, pozitif karşılaştırmalar ve olumsuz olaylardan pozitif değer çıkarma gibi stratejiler bulunmaktadır. Problem-odaklı başa çıkma stratejileri ise sorunun tanımlanması, alternatif çözümler üretilmesi, alternatifleri maliyet ve fayda açısından değerlendirmek, aralarında seçim yapmak ve eyleme geçmek yönelimlerini içermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984: 150-152; Carver, Scheier ve Weintraub, 1989: 269). Bununla birlikte stres veren sorunun üstesinden gelmek için bu yöntemlerin devreye girmesine yardımcı olmak için kaynaklar edinmeye yönelik çabalarla araçsal, duruma özel ve görev odaklı eylemler gerekmektedir (Folkman ve Moskowitz, 2000: 650)

Stres veren olaylarla başa çıkma sürecinde hem problem-odaklı hem de duygu-odaklı başa çıkmanın ikisi de kullanılmaktadır çünkü bu stratejiler stresli olaylar ve etkileri boyunca birbirlerinden etkilenmektedirler (Folkman ve Lazarus, 1980: 227; Lazarus ve Folkman, 1984: 179). Başa çıkmanın bazı kaynakları vardır; bunlardan bireyin özellikleri sınıflamasına girenler sağlık ve enerji, pozitif inanışlar, problem çözme ve sosyal becerilerdir. Bunun dışında kalan kaynaklar çevreden gelen sosyal destek, para ve paranın satın alabileceği maddi kaynaklardır (Lazarus ve Folkman, 1984: 159).

Çoğunlukla bireysel boyutta ele alınan stresle başa çıkma sürecine kültürel açıdan yaklaşan Aldwin (2004: 565) kültürün, stres ve başa çıkma sürecini dört şekilde etkilediğini ileri sürmüştür: Birincisi, kültürel bağlamın bir bireyin yaşayacağı stres türlerini şekillendirmesidir. İkincisi, kültürün belirli bir olayın “stres verici” olarak değerlendirilmesini de etkileyebileceğidir. Üçüncüsü, kültürler bir kişinin herhangi bir durumda kullandığı başa çıkma stratejilerinin seçimini etkilemesi ve dördüncü ve son olarak, kültürün, kişinin stresle başa çıkabildiği farklı kurumsal mekanizmalar sağlamasıdır. Kültürel inanç ve değerler bütünü sadece bireyin inanç ve değerlerini değil diğerlerinin de stres verici duruma dair tepkilerini etkiler.

Bireysel başa çıkma dört faktörden etkilenmektedir: stresin değerlendirilmesi, bireyin başa çıkma kaynakları, kültürün sağladığı kaynaklar ve diğerlerinin tepkileri (Aldwin, 2004: 565). Özellikle infertilite konusunda çiftlerin hayatını tehdit eden bir durum olmamasına karşın stres verici bir sorun olarak tanımlanmasında bu dört faktörün önemi daha fazla ön plana çıkmaktadır. Toplumda başa çıkmayı destekleyen kuruluşların başında çatışma çözümünün adresi olan adalet sistemi gelmektedir. Onun dışında yarı-formel olarak din görevlileri, profesyonel yardım meslek elemanları, kendine yardım kuruluşları (Zimmerman ve Rappaport, 1988) gibi kuruluşlar başa çıkma sürecine yardımcı olmaktadır (Aldwin, 2004: 570; Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007).

1.4. Güç ve Güçlendirme

Güç kavramı, yaklaşımın öz kavramıdır ve tarihteki ele alınışı bugün tartıştığımız güç ve güçlendirmeyi anlamamızda bize rehberlik edecektir. 16. ve 17. yüzyıllarda politika biliminin önemli isimlerinden olan ve gücü bir kaynak olarak değil bir araç olarak gören Machiavelli ile buna karşılık gücü merkezileştiren ve egemenlik olarak gören Hobbes'un bugüne kadar gelen güç kavramının iki temelini oluşturduğu düşünülebilir (Sadan, 2004: 34). 20. yüzyıla gelindiğinde sosyal anlamda önemli değişikliklerin sebebi olan II. Dünya Savaşı ile sosyal bilimlerde güç kavramı da farklı şekillerde ele alınmıştır. Weber, güç kavramı konusunda Hobbes'un izinden gitmiş, bürokrasi kavramıyla gücü ilişkilendirip otorite ve kural kavramlarıyla gücü bağdaştırmıştır. Weber gücü ekonomik ve otoriter çıkarlara dayanan bir egemenlik faktörü olarak ele almıştır. Ona göre gücün harekete geçirilmesi bir insanın iradesine bağlı olarak hatta ona karşı olarak gerçekleşir (Sadan: 2004: 35). Foucault da gücü sosyolojik anlamda iktidar, bilgi ve nesne açısından ele alan bir diğer önemli isimdir.²

Thomas ve Velthouse (1990) güçlenmeyi güç verme, gücü de otorite, kapasite, enerji olarak tanımlamıştır. Güç otorite olarak tanımlandığında güçlendirmenin dolayısıyla "yetki verme" anlamına geldiğini ve son olarak gücün enerji olarak ifade edildiği bağlamda ise güçlendirmenin motivasyonla ilişkili rolünün ortaya çıktığını savunmuştur (Thomas ve Velthouse, 1990: 667).

Bazı yazarlar gücün dört boyutta kullanıldığına dair görüş bildirmiştir (Hardy ve Leiba-Q'Sullivan, 1998), Appelbaum, Hebert ve Leroux (1999) de çalışmalarını bu dört boyutlu yaklaşıma dayandırmıştır. Hardy ve Leiba-Q'Sullivan'a (1998: 452) göre; güç birinci boyutta, karar verme süreçlerinin sonucunu etkilemek için çeşitli kaynaklar aracılığıyla, ikinci boyutta, karar verme sürecine erişimin kontrolünü sağlayarak, üçüncü boyutta, kültürel ve normatif varsayımlar yoluyla iktidarın meşrulaştırılması anlamına gelen hegemonik süreçler aracılığıyla işlemektedir. Yazarlar dördüncü boyutta ise gücün sınırları olduğuna dikkat çekmişlerdir.

Kaynaklara sahip olup bunun farkında olma ve karar verme aşamasında bu kaynakları kullanabilme, gücün ilk iki boyutu, gücün birey tarafından nasıl anlamlandırıldığı ile ilgili potansiyel olarak var ve saklı olması ancak belirli baskıların azalmasıyla ortaya çıkabilmesi üçüncü boyutu ve gücün bir yerde sınırlanması dördüncü boyutu ile ilgilidir. Güçle alakalı bu boyutlandırma sağlık alanında ve özellikle infertilite deneyiminde güçlenmenin iyileşmeden ibaret olamayacak karmaşık psikolojik ve sosyal boyutlarına işaret etmektedir. İnfertilite tanı ve tedavisi sürecinde bireylerin kaynak/güç farkındalığı, karar verme aşamasında kaynakların kullanımında rol alabilme yeterlilikleri, baskıyı azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmaları ve güç konusundaki sınırlarının farkında oluşları güçlenme süreçlerinin özeti olarak ifade edilebilir.

² Bu çalışmanın amacı ve kapsamı psikolojik güçlendirmeye yoğunlaştığından güç ve güçlendirme kavramlarının sosyolojik veya politik ele alınışından çok bireysel anlamda değerlendirilmesi ön planda olduğunda detay bilgi sunulmamıştır. Daha fazla bilgi için Foucault (1982) ve Sadan (2004)'ten faydalanılabilir.

Güç kavramının ardından *güçlendirme* kavramına bakıldığında literatürde pek çok tanım ortaya atıldığı görülecektir. Bu tanımlarda yazarlar kavramın karmaşık bir yapısı olduğunu; bireysel, örgütsel ve toplumsal olmak üzere farklı seviyelerde (Woodall, Raine, South, Warwick-Booth, 2010: 9) veya yapısal ya da bireysel boyutlarda (Askheim, 2003: 231) gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. Böylece güçlendirmenin sadece insanlardaki değişimle ilgili olmadığı aynı zamanda çevresel, örgütsel ve sistem değişiklikleriyle de ilgili olduğu anlaşılmaktadır (Woodall vd., 2010: 9). Bir felsefe ve bir uygulama olarak güçlendirme, başkalarının içinde ve çevresindeki bilgeliği ve gücü görmesine yardımcı olmak ve bu kaynakları mümkün olana iletmeye çalışmak anlamına gelir (Saleebey, 2001: 5).

Güçlendirmenin kavramsallaştırılmasını bağlantısal (Lukes, 1974) ya da etkileşimsel (Zimmerman, Israel, Schultz ve Checkoway, 1992; Rubenstein ve Lawler, 1990) olarak ele alan yaklaşımlar arasındaki fark, güçlendirmenin süreç ve sonuç anlamına gelmesi ve çevre ve insan arasındaki karşılıklı ilişkiyi ve etkileşimi ifade etmesidir (Boehm ve Staples, 2002: 450). Güçlendirme konusunda çalışan kuramcılar (Christens ve Peterson, 2012; Zimmerman ve Rappaport, 1988; Zimmerman, 1995) arasındaki güncel tartışmalar güçlendirmenin süreç, sonuç ya da her ikisi birden olması ile ilgilidir (Carr, 2003: 10).

Güçlendirme insanların, örgütlerin ve toplulukların nasıl güçlendiği ile ilgili bir süreçtir. Güçlendirme süreçlerinin temel unsurları; kontrol kazanma çabası, kaynaklara erişim ve kişinin sosyopolitik bağlamı hakkında eleştirel bir anlayış geliştirmesidir. Bir çıktı olarak ele alındığında güçlendirme, katılımcıları güçlendirmek için tasarlanmış uygulamaların etkilerini, güçlendirme süreçleri ve mekanizmalarını, ve güçlendirme kuramına yardımcı olacak ampirik bir literatür kümesi oluşturmak için tasarlanmış müdahalelerin etkilerini incelemek için kullanılabilir nitel ya da nicel spesifik ölçme işlemlerini ifade eder. Yani güçlendirilmiş sonuçlar güçlendirme süreçlerinin bir sonucudur (Zimmerman, 1995: 583-585).

Güçlendirmeyi bir süreç olarak kavramlaştıran birçok kuramcı, güçlendirme aşamalarını veya alt süreçlerini belirleyerek kavramı daha fazla açıklama gayretine girmişlerdir. Örneğin, Gutiérrez, güçlendirmenin değişim sürecinin; kendi etkinliğini arttırmak, eleştirel bir bilinç oluşturmak, düşünme ve eylem becerilerini geliştirmek ve benzer diğer kişilerle ilişki kurmak olarak en az dört alt süreçten oluştuğunu belirtmiştir (Gutiérrez, 1994: 204). Daha sonra, Gutiérrez ve Lewis, üç aşamalı güçlendirmeyi önermişlerdir: bilinç, güven ve bağlantı. Benzer şekilde, Rees, güçlendirme sürecini "güçlendirme, diyalog ve dayanışma deneyiminden eylem ve politik bir kimlik kazanarak kendini yönetme hissine dönüşen farklı aşamalar" olarak tanımlamıştır. Açıkçası, süreç odaklı tanımlar, güçlendirmeyi anlamada daha belirgin ve açıklayıcı bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (Gutiérrez ve Lewis ile Rees'den aktaran Carr, 2003: 10-11).

Bazı araştırmacılara göre de güçlendirme, katılımın sosyal ve siyasal sistemlerde algılanan kontrolün büyüklüğünün neden olduğu düşünülen bir süreçtir (Christens ve Peterson, 2012; Zimmerman ve Rappaport, 1988). Yani güçlendirme sistemler içinde kişinin kendini sorunlar karşısında kontrol sahibi hissetmesiyle ilgilidir. Ancak, olumsuz koşullarda, algılanan kontrolü zaman içinde sürdürmek zordur. Kendi kontrol hissi konusunda umutlu olmayı sürdürenler için kontrol edilebilir ve edilemeyen olgular arasında bir ayrım

yapabilme kabiliyeti güçlenme açısından önemli bir görevdir ki; böylece, bireyin enerjisi, bir dereceye kadar kontrol edilebilen olaylara ve sistemlere odaklanabilir (Christens, Collura ve Tahir, 2013: 171).

Güçlendirme, Zimmerman ve Rappaport'un ifade ettiği gibi her ne kadar durumlar ve olaylar tarafından şekillense de pasif durumdan aktif duruma doğru değişen insan aktivitesidir. Güçlendirmeyi aktif bir süreç olarak ele alan yazarlar bu sürecin öz-kabul, özgüven, sosyal ve politik anlayış ve karar almada etkili olma ve kaynaklarını kontrol edebilme gibi kişisel yeteneklerin birleşimini beraberinde getirdiğini düşünmektedirler. Güçlendirmenin örgütler, toplumlar ve sosyal politika uygulamaları gibi çok düzeyli yapısı olduğunu belirtmiş, psikolojik güçlendirmeyi ise bu yapının bireysel düzeyini açıklayan kısım olarak nitelendirmişlerdir (Zimmerman ve Rappaport, 1988: 726). Rappaport da insanların, kurumların ve toplulukların sorunlarıyla baş ederken güçlendirmenin onlar için bir süreç ve mekanizma olduğunu ileri sürmüştür (Rappaport, 1987: 122).

Güçlendirme sürecinin nasıl yürüdüğünü belirlemek ve anlamak, güçlendirmeye dayalı bir uygulamanın işlevselleştirilmesi girişiminde kritik önem taşır. Carr (2003) çalışmasında güçlendirmenin bireylerin bilgi ve güce erişebilmek için topluca stratejileri tanımladığı ve etkinleştirdiği, doğal olarak bireyler arası bir süreç olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle, güçlendirmenin, pozitif değişimi etkilemek için yapılan toplumsal diyalog ve sosyal eylemin döngüsel bir uygulaması olduğu ve güçlendirici uygulamanın, bu dinamik, döngüsel süreci başarıyla gerçekleştirebilmesi için bir yöntemi olması gerektiğini belirtmiştir (Carr, 2003: 18).

Askheim'e göre (2003) ise güçlendirmenin bireysel ve yapısal olmak üzere iki boyutu olduğu konusunda mutabakat vardır. Bireysel boyut bireylerin hayatları üzerinde kontrollerini artırmayı hedefleyen süreç ve faaliyetlerle ilgili ve bireylerin daha özgüvenle, daha iyi bir benlik algısıyla ve artan bilgi ve yeteneklerle donatılmasıyla ilgilenmektedir. Bunun gibi niteliklerle bireyler karşılaştıkları zorlukları azaltmak için engelleri daha iyi tanımlama kapasitesine sahip olacaklardır. Diğer yandan yapısal boyut bireylerin hayatlarının kontrolünü alma şanslarını azaltan farklılıkları ve adaletsizliği belirleyen sosyal boyut, engeller ve güç ilişkileri ile ilgilidir. Yazar tarafından güçlendirme kavramının içindeki bu iki boyut güçlendirmenin hem varılacak bir hedef hem de o hedefi elde etmeye çalışmak; yani hem bir paradigma hem de metodolojik bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. Refah servisinden faydalanan farklı gruplar kendilerini baskılanan, ayrııştırılan ve sosyal haklardan mahrum bırakılan gruplar olarak görmektedirler. Böylece onlar için güçlendirme bir hedef ve kaynakların paylaşımındaki adaletsizlik ve eşitsizliği ortadan kaldıracak bir stratejidir (Askheim, 2003: 231).

Sonuç olarak; güçlendirmenin, süreç ve sonuç olabildiğine, bireysel, sosyal ve toplumsal boyutlarının olduğuna ve bu boyutlar arasında güçlenme için bağlantısal ya da etkileşimsel bir ilişkinin olduğuna dair bir çıkarım yapılabilir.

BÖLÜM 2: GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI

Araştırmaya konu olan kavramların bir önceki bölümde detaylandırılışının ardından bu bölüme güçlendirmenin dayandığı fikri temelleri anlamak için güçlendirme yaklaşımının tarihsel gelişimi ile başlanacaktır. Ardından bireylerin, danışmanların, toplumun karşılaştığı ve çözüm aradığı sorunlar için yaklaşımın amacı ve “yeni” olarak neyi önerdiği gibi konuları içeren yaklaşımın temel özellikleri ve varsayımları ele alınacaktır. Son olarak sosyal hizmet disiplinindeki yerine ve psikolojik güçlendirmenin vurgulandığı bu araştırmada güçlendirmenin özellikle psikoloji bilimiyle ilişkisine, psikoloji bilimindeki güçlendirmenin fikir/uygulama prensiplerine benzeyen akım ve kuramlara değinilecektir.

2.1. Güçlendirme Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi

Güçlendirme kavramının doğmasında ve gelişiminde temel etkisi olan üç yazardan bahsedilmektedir. Bunlardan birincisi 1970’li yıllarda güçlendirmeyi azınlıklarla çalışırken sosyal hizmetin bir yöntemi olarak ifade eden Solomon’dur. İkincisi yine aynı dönemde sosyal kurumlar açısından refah hizmetlerinin artırılmasına yönelik bir uygulama olarak değerlendiren Berger ve Neuhaus’dur. Üçüncüsü ise pek çok kaynakta sıklıkla bahsedilen ve 1980’li yılların başında kavramı sosyal problemlerin giderilmesi için bir yaklaşım olarak ve sosyal politikayı içerecek şekilde kuramlaştıran ve dünya genelinde yaygınlaşmasını sağlayan Rappaport’tur. Bu yazarlar birey ve toplum arasındaki bağa vurgu yapıp sosyal sorunların çözümünde kavramsal ekolojik bir yaklaşımı desteklemektedirler (Sadan, 2004: 74).

1980’li yıllarda güçlendirme tartışmaları üzerinde etkili olan dört akım; etnisite ve azınlıklar ile ilgili sorunlara eğilen *etnosentrik yaklaşım*, toplumu güçsüz vatandaşlarına da yön verecek bir sosyal birlik olarak canlandıran *muhafazakâr liberal yaklaşım* (Saleebey, 2001: 3), sosyal sorunların çözümünde eşitlik ve sosyal sorumluluğu benimseyen *sosyalist yaklaşımdır*. *Son yaklaşım ise güçlendirmeyi toplumdaki her meşru sosyal yapıyı içerecek şekilde demokrasinin etkili ve mesleki bir uygulaması olarak değerlendirmektedir*. Diğer yaklaşımlarla uyum içinde ve onlarla bütünleşmeyi amaçlayan bu son yaklaşımın en belirgin temsilcisi Rappaport’tur (Sadan, 2004: 74).

Güçlendirmenin bir teori biçimi olarak ortaya çıkışı, Brezilyalı hümanist eğitimci Freire'nin 1970 yılında ezilen dünya insanlarını eğitim yoluyla serbest bırakmaya yönelik önerdiği plana dayanmaktadır (Hur, 2006: 523). Freire'nin eğitim pedagojisi alanında ortaya attığı fikirlerin güçlendirme yaklaşımını etkilediği temel noktalar bilinç, diyalog, eylem ve sosyal değişimin mümkün olacağına olan inançtır (Tuncay, 2009; Lee, 2001).

Öğretim kariyerine ilk kez Sosyal hizmet bölümünde başlayan Freire (Lee, 2001: 35) 1988 yılında Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu’nun toplantısında sosyal hizmeti “özünde eğitimsel-pedagojik bir meslek” ve sosyal çalışmacıları “bireylerin ve toplumlarının dönüşümü ve adalet hayalinin ortak yapıcıları” olarak tanımlamıştır (Freire, 1990: 5).

Freire’ye göre insanın varoluşsal görevi düşünen, kendi dünyasında bir eylem gerçekleştiren ve eylemleriyle bu dünyayı dönüştüren bir özne olmak, özgürleşmek ve onu bireysel ve kolektif olarak daha tam bir hayata kavuşturacak imkânlarla ulaşmaya

çalışmaktır (Freire, 2005: 45). Freire’ye göre, ezilen gruplar içinde bulunduğu durumdan kurtulup daha yetkin bir insan olmak için eleştirel bir bakış sergilemelidir. Bunu gerçekleştirmenin yolunun; ezenlerce nesnelleştirilmiş bir varlık olmaktan eleştirel bilinçleriyle kurutulacağını umduğu ezilenlerin özgürleşmesinden, kendi öznelliklerini yani düşünce ve eylemlerini bu sürece dâhil etmelerinden ve kendileriyle ilgili içselleştirmiş oldukları “güçsüz imajlarını” yenmelerinden geçtiğini belirtmiştir (Freire, 2005).

Freire’nin *conscientizaçao*³ kavramını sosyal, siyasi ve ekonomik çelişkileri kavramak ve ezici gerçeklik koşullarına karşı harekete geçmek için gereken öğrenme süreci olarak tanımlar. Bu öğrenme sürecinin sonucu olarak bireylerin, toplulukların kendi özgürleşmeleri adına mücadele etmeleri gerektiğine inanır (Freire, 2005: 35). Gü. Ve özgürlük arasında karmaşık bir ilişki olduğunu düşünen ve “Gücün uygulandığı her yerde özgürlük ortadan kalkar.” diyen Foucault’nun (1982: 790) güç ve özgürlük arasındaki ilişkiyi açıklayışı Freire’nin özgürleşmeye yüklediği anlamla benzerdir.

Eleştirel bilinç, insanların kendi güçsüzlüklerini ve onları ezen sistematik güçleri daha iyi anlamasıyla ilgilidir (Sadan, 2004: 82). Eleştirel bilincin gelişimini destekleyen bir pedagoji, güçlendirme ve kendi kaderini tayin hakkının amaçlarını da içinde barındırmaktadır (Darder, 2014: 11).

Freire’nin görüşlerinin üç merkezi tematik kavramı a) öğrenme süreci için bir zorunluluk olarak eleştirel *bilinçlilik/farkındalık*, b) eylem ve düşüncenin birleşmesi olarak *praksis*, c) öğrenci ve öğretmen arasındaki ilişkide *diyalogun* merkezileşmesi olarak sıralanmıştır (Mazzer Barroso, 2002; Lee, 2001). Bu kavramlar birey ya da topluluklar açısından güçlendirmenin temelinde yatan öz-farkındalık, öz-yeterlik, kendi kaderini tayin hakkı, karar verme süreçlerine katılım kavramlarıyla anlatılmak istenen güçlendirme kavramına ve yaklaşımına önemli temel felsefi zemini sağlamıştır. Güçlenme sürecinin başlaması ve tamamlanması için öncelikle kendine ve çevreye yönelik bilincin artırılması, sorunun farkında olunması, üstesinden gelmek için kendi düşüncesine ve eylemine ihtiyacı olduğunun anlaşılması, değişim ve dönüşüm için harekete geçilmesi, profesyonellerin süreçte sadece destekleyici ve yardımcı rol oynayıp sorumluluğu danışana vermesi gerekmektedir. Bu bağlamda sonraki bölümde güçlendirme yaklaşımının kavramsal ve yapısal olarak incelemesine yer verilecektir.

2.2. Güçlendirme Yaklaşımının Temel Özellikleri ve Varsayımları

Güçlendirme yaklaşımının altında yatan prensipler Paulo Freire ve diğerlerinin çalışmaları da dâhil olmak üzere birçok kaynaktan, temel sosyal çalışma prensiplerinden, bir dizi sosyal hizmet kuramından, uygulamanın kendisinden ve sivil haklardan, kadın özgürlüğünden, Güney Amerika kurtuluş teolojisinden ve eleştirel eğitim hareketlerinden

³ Freire Amerikalı meslektaşları tarafından önerilen conscientization terimini reddetmiş ve metinlerde bu şekliyle kullanacağını belirtmiştir. (Freire, 1982: 204). Türkçeye çevrilen bu kitabın ikinci baskısında (Freire, 1982: 174) ise çevirmen bilinçlilik olarak kullanmayı tercih etmiş ancak 2016 daki 13. baskısında terimi orijinal halinde sunmuştur (Freire, 1982). Bazı yazarlar İngilizce de “eleştirel bilinç” veya “eleştirel farkındalık” demeyi tercih etmektedir (Mazzer Barroso, 2002: 2-3; Darder, 2014; Sadan, 2004). Bu metinde de eleştirel bilinç olarak ele alınacaktır.

gelmiştir. Bu ilkeler, baskı, zulüm durumlarını düşünürken çevreyle etkileşim ve eleştirel düşünme, praxis ve bilinç artışı gibi güçlendirici yardım süreçlerinde yol gösterici olabilir (Lee, 2001: 59).

Güçlendirme, “bir grup ya da birey için önem arz eden olaylar ve sonuçları üzerinde etki oluşturma sürecidir” (Fawcett vd., 1995: 471). Bu tanımın içinde gömülü varsayım, güçlendirmenin farklı insanlar için farklı anlamlar ifade edebilmesi ile durum ve zaman boyunca biçiminin farklılaşmasıdır. Bu nedenle, güçlendirmeye yönelik yollar ve güçlendirme tezahürleri, hedeflediğimiz nüfusa, incelediğimiz duruma ve tanık olduğumuz zamana bağlı olarak önemli derecede değişecektir (Rappaport’tan aktaran Foster-Fishman, Salem, Chibnall, Legler ve Yapchai, 1998: 508).

Güçlendirme kuramı birinci olarak güçlendirmenin farklı insanlar için farklı biçimlerde olduğunu varsayar. İkinci varsayım ise bu farklı bağlamların bireylerin güçlenme deneyimlerini etkilediği ve bağlamlar arasında güçlenmenin çeşitlenebileceğidir. Örgütsel sistemler gibi çoklu alt içerikler olasılığı olan ortamlarda, çeşitli alt kültürlerle ve bunların güçlendirme için özel ihtimallerine dikkat edilmelidir. Son olarak incelenen üçüncü varsayım güçlenmenin dinamik doğası ile ilgilidir (Foster-Fishman vd., 1998: 511).

Güçlendirme yaklaşımının bir başka temel varsayımı, insanoğlunun dayanıklı olduğu fikridir. Dayanıklılık, insanlar çeşitli sorunlar ve işlev bozukluğu içindeki risk faktörlerine rağmen sıklıkla hayatta kalma ve gelişme anlamına gelir (Early ve GlenMaye, 2000: 120; Aarti ve Sekar, 2006: 128), bireyin güçleriyle yakından ilgilidir (Saleebey, 2001). Dayanıklılık aynı zamanda stres veren ve beklenmeyen, istenmeyen durumlar karşısında kişinin bir özelliği olarak stres ve başa çıkma araştırmalarında sıklıkla ele alınan bir konudur (Chen, 2016). İnfertilite araştırmalarında da bu çerçevede ele alındığı çalışmalar bulunmaktadır (Yu vd., 2014; Kvamme, 2011; Sexton vd., 2010; Remennick, 2000). Bu nedenle infertilite deneyiminin stresli atmosferi açısından bu çalışmada infertil bireylerin stres düzeyleri ve başa çıkma stratejileriyle birlikte psikolojik dayanıklılıkları da değerlendirilecektir.

Güçlendirme çalışan birçok kuramcı, bireylerin kişisel sorunlarının sosyal ve siyasal boyutlarını anladıkları ve buna göre hareket ettikleri bilinçlenme (conscientization) aşamasına odaklanmışlardır. Bu nedenle, güçlenme sürecinin tanımları, değişimin sosyopolitik boyutlarının yanı sıra, psikolojik boyutlarıyla ve sosyal çevre ile etkileşimle de ilgilidir. Çevresi içinde birey kavramsallaştırması temelde ekolojik yaklaşımın bir unsuru olsa da (Duyan, 2010: 156) sosyal hizmet, psikoloji ve özellikle gelişimsel psikoloji kuramlarında güçlendirme sürecini tanımlamak için de kullanılmıştır (Carr, 2003: 9).

Güçlendirme yaklaşımı, gerçekliği düzenleyen ve sistemleştiren rasyonel, ampirik modellerden, sorunların tanımlanmasında bireyin kendi perspektifini yansıttığı yapılandırmacı görüşe doğru bir dönüşümü içermektedir. Bu yapılandırmacı anlayışla, güçler perspektifinden üç varsayım ortaya çıkar. Birincisi, danışanın kişisel ve çevresel güçleri vardır ve onaylanıp desteklendiğinde bu güçlü yönleri üzerinde hareket etme olasılığı daha yüksektir. İkincisi, güçler perspektifi, danışanı kendi tecrübesiyle ilgili uzman olarak görür ve tanımladığı sorunların çözümünde deneyim ve süreçlerini tanımlar.

Üçüncüsü, sosyal çalışmacının rolü, uzman ve "düzelticiden" danışanın gücüne saygılı ve teşvik eden ortak çalışana geçmektedir (Saleebey'den aktaran Bell, 2003: 513).

Bazı kaynaklar güçlendirme kavramını ele alırken hem bireysel hem de toplumsal boyutuyla ele almıştır (Sadan, 2004; Rappaport, 1987; Zimmerman, 1995; Askheim, 2003). Rappaport, (1987: 121) güçlendirmenin hem kişisel kontrol becerisiyle ilgili psikolojik boyutla hem de siyasi güç, yasal haklar ve sosyal etkilerle ilgili toplumsal boyutla ilgili olduğunu belirtmiştir. Pigg, (2002: 108) güçlendirmenin üç boyutlu bir yapısı olduğunu savunmaktadır: bireysel, bireyler arası ve sosyal. Bir başka deyişle, öz-güçlendirme, karşılıklı güçlendirme ve sosyal güçlendirme. Pigg bu boyutları birbirinden ayıramaz olarak değerlendirmektedir. Yani tek bir boyuta odaklanan kuramsal bileşenlerin diğerini açıklamada ya da ele almada yetersiz kalacağı ve gelişime destek olamayacağını anlatmak istediğini, ayrıca bu üç boyutun birbiriyle bağlı olduğu, dolayısıyla sadece biri ya da ikisine odaklanmanın toplumsal bir değişiklik ortaya koymada yeterli olmayacağını vurgulamaktadır (Pigg: 2002: 108). Sadan (2004) da psikolojik ve toplumsal boyutların entegre olarak ele alınmasından yana bir görüş bildirmiştir. Zimmerman (1995) da psikolojik güçlendirmenin diğer boyutlardan ayrı olduğunu ancak boyutların karşılıklı birbirlerini etkilediğini ve özellikle psikolojik güçlendirmenin örgütsel ve topluluk boyutlarındaki analizini anlamak için gerekli temel unsuru tanımlayarak güçlendirme kuramını daha da ilerleteceğini düşünmektedir (Zimmerman, 1995: 581-582).

Sadan'a göre (2004: 13) güçlendirmenin üç boyutu vardır. Kişisel değişim sürecini ifade eden bireysel güçlendirme; toplumsal değişimi ifade eden topluluk güçlenmesi ve her ikisinin de gerçekleşmesini teşvik eden organizasyonel ve fonksiyonel değişim olan mesleki uygulama olarak güçlendirme. İnsanların hayatları üzerindeki kontrolünü artırmaya yönelik başarılı, planlı bir değişim sürecinin güçlendirmenin bu üç boyutunda da sonuç elde etmesi gerekmektedir. Bireyin güçlenmesi için, koşulların güçler perspektifinin felsefi çerçevesini somutlaştırması gerekir; insanların güçlü yönleri vardır, kendi deneyimleri hakkında uzmanlardır ve hiyerarşik güç yerine işbirliği ilişkileri bu güçlü yönleri tanımlamaya ve geliştirmeye yardımcı olur (Bell, 2003: 520).

Bireysel düzeyde güçlendirme, katılımcı davranışları, kontrol kullanmak için motivasyon, yeterlik ve kontrol duygularını içerir. Örgütsel güçlendirme paylaşılan liderliği, becerileri geliştirme fırsatlarını, genişleme ve etkin topluluk etkisini içerir. Güçlendirilmiş topluluklar ve güçlü kuruluşlar oluşur, toplumsal karar alma sürecine vatandaşların katılımı için fırsatları içerir ve çatışma zamanlarında birden çok perspektifin adil bir şekilde ele alınmasını sağlar. Her seviyedeki (bireysel, örgütsel, toplumsal) analizde güçlendirme, zamanla değişebilen farklı yoğunluklara sahip olabilir. Bu nedenle "güçlenmiş" olarak tabir edilecek mutlak bir eşik yoktur (Zimmerman, 1990: 170).

Psikolojik güçlendirme, güçlendirmenin genel bir ifadeyle bireysel düzeyde analiz edilmesi olarak tanımlanmıştır (Zimmerman, 1990). Güçlendirmenin ele alındığı diğer boyutlar örgütsel güçlendirme ve topluluk güçlendirmesidir. Zimmerman'a göre (1995: 582) psikolojik güçlendirme, bireyin hedeflerine ulaşılabilirliğine dair inançlarını, bu hedeflerine ulaşmak için gösterdiği çabaları engelleyen veya artıran unsurlar ve kaynaklarla ilgili farkındalığını ve bu hedeflerini gerçekleştirme çabalarını içerir.

Psikolojik güçlendirme, önleme çabaları, tebaalı topluluk organizasyonu, savunuculuk girişimleri ve toplulukları harekete geçirme çabaları da dâhil olmak üzere farklı bağlamlarda incelenmiştir (Christens vd., 2013: 171). Zimmerman ise psikolojik güçlendirmeyi incelerken kavramın bireyler arası farklılıkları, bağlamlar arası farklılıkları ve zamansal olarak farklılıkları içerebileceği varsayımlarına dayanarak ele almıştır. Bu özelliklerinden dolayı evrensel ya da küresel bir güçlendirme ölçütünün geliştirilmesinin uygun olmadığını düşünmektedir (Zimmerman, 1995: 586-587).

Psikolojik güçlendirmenin kontrol bilinci ve motivasyonu, karar verme ve problem çözme becerileri ve sosyopolitik ortamı hakkında eleştirel farkındalığı ve katılımcı davranışları içermesi beklenmektedir. Topluluk yaşamını etkileyen kararlara dâhil olmak psikolojik güçlenme duygusu geliştirmek adına etkili bir yoldur. Ayrıca sosyal ve politik çevrede yeterlik hissini geliştiren kişilerin psikolojisini anlamak için gönüllü organizasyonlara katılım davranışlarını incelemek güçlendirme hakkında da doğal bir bilgi kaynağı olacaktır (Zimmerman ve Rappaport, 1988: 726).

Psikolojik güçlendirme *içsel, etkileşimsel ve davranışsal* olarak üç bileşen altında incelenebilir. İnsanların kendileri hakkında ne düşündüklerini kast eden *içsel bileşen* boyutunda yaşam alanlarına özgü algılanan kontrol ve öz-yeterlik, algılanan yeterlik ve kontrol motivasyonu, sosyal izolasyon algısı, güçsüzlük ve kuralsızlık değişkenleri irdelenmektedir. Bireylerin içinde bulundukları toplum ve sosyopolitik konularla ilgili ne düşündüklerinin ele alındığı *etkileşimsel bileşen* boyutunda eleştirel farkındalık, yeteneklerin farklı yaşam alanlarına aktarımı, yetenek gelişimi, karar verme, problem çözme, liderlik vasıfları, nedensel etkenleri anlama, kaynakları harekete geçirme gibi özellikler incelenmektedir. Son olarak çıktıları doğrudan etkileyecek eylemlerde bulunma bağlamında değerlendirilen *davranışsal boyutta* ise başa çıkma davranışları, stres yönetimi, değişime adapte olma, örgütsel katılım ve toplumsal katılım irdelenmektedir (Zimmerman, 1995: 588-590).

Psikolojik güçlendirmenin duygusal bileşeni, kişinin kendi alanındaki eylemiyle ilgili öğrenilmiş umudu geliştirme sürecinin bir parçası olarak teorik hale getirilmiştir. Zimmerman (1990) kişinin koşullarının algılandığı ve fiilen kontrolünün olumlu etkileri üzerine odaklanan öğrenilmiş bir umut kuramı önermiştir. Öğrenilen umutları, insanların olumsuz koşullarla başarılı bir şekilde başa çıkmasına ve sorunları çözmesine yardımcı olabilecek bir mekanizma olarak şekillendirmiştir. Zimmerman'a göre, “algılanan kontrol hem öğrenilen çaresizlik hem de öğrenilen umutluluk kuramlarının ana değişkenidir” (Zimmerman, 1990: 73).

Psikolojik güçlendirmenin yukarıda bahsi geçen üç bileşeni, belirli bir bağlamı etkileme kabiliyetine sahip olduğuna, bu bağlamdan sistemin nasıl çalıştığını anladığına ve kontrol uygulamaya yönelik davranış sergilediğine inanan bir kişinin resmini oluşturmak için birleşir. Psikolojik güçlendirmenin nomolojik ağının daha iyi anlaşılması için diğer psikolojik yapılardan ayrılması gerekir. Öz-yeterlik, benlik saygısı, yetkinlik, zihinsel sağlık ve güç birbirine benzer görünmektedir; ancak birbirinden farklı yapıları ifade eder. Nomolojik ağ örneği oluşabilmesi için üç bileşenin nüfus ve bağlam içinde göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekir (Zimmerman, 1995: 590-591).

Sadece içsel boyuttan ibaret olmayan psikolojik güçlendirmenin ölçümü yapılırken etkileşimsel ve davranışsal boyut ölçümlerinin de bağlamda göz ardı edilmemesi gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak belirli bir örneklemin belirli bir ortamda psikolojik güçlendirmesini ölçmek mümkündür. Bunun yanında bu ölçüm araştırma katılımcılarının deneyimlerini belirttikleri ve bağlamsal olarak yaşam deneyimlerine dayandırdıkları deneyimle birleştirilmelidir (Zimmerman, 1995: 596).

Bireyler arası algı, beceri ve davranış farklılıklarının varlığı; çeşitli durumların üstesinden gelmek için farklı inançlar, yetkinlikler ve eylemlerin gerekliliği ve psikolojik güçlendirmenin zaman içinde dalgalanan değişken bir yapıda olması psikolojik güçlendirmenin ölçülmesini zorlaştıran faktörlerdir. Bu nitelikler psikolojik güçlendirmenin evrensel bir operasyonel kurallar ve tanımlar setine kolayca indirgenemeyen açık uçlu bir yapı olabileceğini öngörmektedir. Bu nedenle psikolojik güçlendirmeyi değerlendirirken farklı bağlamlarda, farklı gelişimsel aşamalara göre farklı ölçümler yapmak gerekliliği olabileceğini göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Zimmerman, 1995: 583).

Bir başka güçlendirme türü olan *topluluk güçlendirmesi*, insanların yaşamları için önemli olan sonuçlar üzerinde kolektif olarak artırdıkları kontroldür. Topluluktan kasıt, insanoğlunun nesneleştirilmesini ve otoriteye ve yasaya itaat isteyen geniş anlamdaki toplumda yaşamdan daha eşitlikçi, katılımcı ve samimi bir yaşamda var olmak demektir. Topluluğa duyulan ihtiyaç birlikte yaşama, güvene ve iletişim kurmaya duyulan ihtiyaçtır. Topluluk, bürokratik, hiyerarşik, resmi ve yargı toplumunun bir tür antitezidir. Kavram, taşıdığı coğrafi, etnik ve işlevsel anlamdan dolayı hem soyut hem somuttur (Sadan, 2004: 85).

Toplum güçlenmesi halkın kendisinin karar verme süreçlerine, hedefleri düzenleme aşamasından çabanın sonuçlarını değerlendirme aşamasına kadar aktif olarak katılması demektir. Topluluk güçlendirmesinin tanımı, farklı kolektif esaslara sahip olan süreçleri içerir. Toplumun güçlendirilmesine dair olasılıkları konut mahallelerinde olduğu gibi, coğrafi sınırlar temelinde, ortak özellikleri etnik köken, cinsiyet (kadınlar), yaş (yaşlılar) ya da zorlayıcı ve sınırlayıcı bir yaşam problemi olan kişilerin topluluk güçlendirmesi olarak saymak mümkündür (Sadan, 2004: 88).

Güçlendirmenin topluluk düzeyindeki analizi ifadesi ile, bir topluluğun yaşam kalitesini artırmak ve topluluktaki organizasyonlar ve araçlar arasındaki bağlantıları kurmak için gerçekleştirilen toplu eylemler anlatılmak istenmektedir. Ancak organizasyonel ve toplumsal güçlendirmenin, yalnızca güçlendirilmiş birçok kişinin bir araya gelmesinden ibaret olmadığı belirtilmiştir. Güçlendirmenin değerler, süreçler ve çıktılar olarak üç boyutlu bir yapısı vardır. Değerler, profesyonel ve danışanın birlikte çalışmasını yöneten yetenek ve esenliğe vurgu yapan inançlardır. Süreç boyutu ise birey, örgüt ve toplumsal bağlamda kontrol, farkındalık ve karar alma süreçlerine katılımı içerir. Sonuç boyutu ise süreçte bahsi geçen kontrol, farkındalık ve karar alma süreçlerine katılımın birey, örgüt ve toplum tarafından ne kadar başarıldığının göstergesidir. Yani güçlendirme sürecinin değerlendirildiği aşamadır. Yazarlar güçlenmenin, bireysel, örgütsel ve topluluk düzeyinde

süreç ve sonuç değerlendirmesini özet bir tablo ile (s.7) sunarak daha iyi anlaşılmasını sağlamışlardır (Zimmerman ve Warschausky, 1998: 4-7).

Ahmad ve Abu Talib, topluluğun güçlendirilmesini yerel kalkınma için bir başlangıç noktası olarak ele almış ve Pakistan'ın yerinden yönetim sistemi üzerine yaptıkları araştırmada yerinden yönetim sisteminin yerel yönetimlerin karar alma süreçlerinde şimdiye kadar hariç tutulmuş olan marjinal grupların da katılımıyla toplumsal güçlendirme mekanizmasını geliştirdiğine dair bulgular elde etmişlerdir. Topluluk güçlendirmesinin ayrıca bireysel hareket olarak algılanmaması ve onun gerçekleşmesi için tüm topluluk üyelerinden eşit katılımın gerçekleşmesi gerektiğine inanmaktadırlar (Ahmad ve Abu Talib, 2015: 830).

Topluluk güçlendirmesi olarak örgütsel güçlendirmeden de bahsetmek gerekmektedir. Toplumdaki örgütlere ve gruplara katılım, hem bireyin hem de toplumun güçlenme tanımının bir parçasıdır. Bu bileşimin, bireylerin örgüte ne kadar güç kazandırdığı ve örgütün onları nasıl güçlendirdiğini sorgulamayı beraberinde getirmektedir. Başka bir deyişle, örgütlerin güçlü olmasının sebebi güçlü insanların onlara katılması mı, yoksa insanların katılımlarından dolayı örgütlerden elde ettiği güç müdür? (Zimmerman ve Rappaport, 1988: 726; Sadan, 2004: 103).

Zimmerman ve Rappaport mahalle dernekleri, siyasi gruplar, kendine yardım grupları, kilise veya dini gruplar ve hizmet organizasyonları gibi topluluk kuruluşlarına ve örgütlerine daha fazla katılımı psikolojik güçlendirme ile ilişkilendirmiş ve topluluk örgütlerine katılanların, daha az katılanlara oranla daha fazla güçlendirme duygusu yaşadıklarını bildirmişlerdir (Zimmerman ve Rappaport, 1988: 745). Zimmerman ve diğerleri (1992), bu çıkarımlara ek olarak topluluk faaliyetlerine katılımın psikolojik güçlendirmenin davranışsal bileşeni olduğunu ve bu davranışsal bileşenin diğer yönlerini, başkalarına sorunlarıyla baş ederken yardım etme davranışlarında, kamu görevlilerine başvurma veya bir konuyla ilgili çevresel/mahalli düzenlemeye yardımcı olmada görebileceğimizi söylemektedirler (Zimmerman vd., 1992: 708).

Psikolojik güçlendirme ve topluluk güçlendirmesinin ardından son olarak *profesyonel uygulama olarak güçlendirmenin* ele alınması kalmıştır. Bu başlık altında Sadan (2004: 112), profesyonel hayatlarında güçlendirme yöntemlerinden faydalanan profesyonellerin benimsediği değerler ve inançlar, güçlendirme uygulamasına ilişkin prensipler, sosyal program dizaynı, güçlendirme profesyonellerinin rolleri, önerilen seçili müdahale modelleri ve profesyonellerin güçlenmesini içeren geniş kapsamlı bir değerlendirme yapmıştır.

Güçlendirmenin hem psikolojik hem sosyal yönü olduğu ve bu boyutların birbirinden ayrılamayacağı görüşü bazı yazarlarca ifade edilmektedir (Sadan, 2004; Pigg, 2002). Araştırmacının odağının sosyal ya da psikolojik boyutlardan hangisine yakın olmasıyla ilgili olarak güçlendirmeyi ele alışındaki odağı da değişecektir. Ancak bunu yaparken özellikle güçlendirme kavramı açısından insanın doğası gereği bunlardan herhangi birini dışarıda bırakmak ya da hiç değinmemek kolay görünmemektedir. Zastrow ve Kirst-Ashman (2007: 8) danışan değerlendirmelerinde gücün birey, aile, grup ve toplum boyutlarını ayrı ayrı değerlendirmenin mümkün olduğunu ancak bu boyutların bazen üst

üste gelebileceğini ve bu durumda gücün boyutlarının nasıl etiketlendiğinin önemli olmayacağını ve önemli olanın gücün tüm potansiyel kategorileri üzerine düşünmek olduğunu ifade etmektedir.

Güçlendirme yaklaşımının temelindeki ön kabulleri Özkan (2011), 1) danışan sistemlerinin sorunlarla başa çıkma konusunda hali hazırda yetenekli oldukları ya da kapasitelerinin buna elverişli olduğu, 2) danışanların içinde bulundukları durumları en iyi yine kendilerinin tanımlayacağı, 3) danışanların göstermiş oldukları çabanın takdir edilmesi gerektiği, 4) danışanla sosyal çalışmacının kurduğu işbirliğinin gerekliliği ve 5) danışma sürecinin yetersizliklerden ziyade yeterlilikler üzerine temellendirilmesi olarak özetlemiştir (Özkan, 2011).

2.3. Güçlendirmeye Sosyal Hizmet Yaklaşımı

Güçlendirme tüm danışan sistemleri ve politik sistemlerle bütüncül bir şekilde çalışmayı içeren klinik ve toplum yönelimli bir yaklaşımdır (Lee ve Koh, 2001). Güçlendirmenin amacı, bireylerin, grupların, ailelerin ve toplumun kendi kaderleri üzerindeki gücü ve kontrolü artırmaktır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 6). Bu doğrultuda güçlendirme yaklaşımıyla hedeflenen bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma kapasitelerinin geliştirilmesidir. Öğrendikleri başa çıkma yöntemlerini, farklı ve yeni bir sorunla karşılaştıklarında da kullanabilmeleri sosyal hizmetin; güçlendirme yaklaşımı temelinde işlevini yerine getirdiği anlamını taşır.

Tarih boyunca sosyal hizmetin odağı öncelikli olarak danışanın sorunları ve eksiklikleri olmasının yanında diğer odakların belirgin örnekleri de mevcuttur. Örneğin, Virginia Robinson, Jesse Taft ve Pennsylvania Üniversitesi Sosyal Hizmet Okulu tarafından 1930'larda geliştirilen fonksiyonel yaklaşım, gelişim psikolojisi alanına odaklanmış ve o dönemin diğer önemli yaklaşımından belirgin olarak farklılaşmıştır; örneğin Mary Richmond'un geleneksel formülasyonlarına dayanan teşhisçi yaklaşım hastalığın metaforlarını vurgular ve sosyal çalışmacının değişim merkezini belirler (Goldstein'den aktaran Early ve GlenMaye, 2000: 121).

Güçlendirme yaklaşımı sosyal hizmet uygulamasında danışanların bağımsız olarak hareket etmelerine, kaynaklarını aktif kullanmalarını sağlayan güçlerinin farkına varmalarına ve karşılaştıkları sorunlar karşısında bu güçlerini kullanabilmelerine yardımcı olan bir süreç ve aynı zamanda bir çıktıdır (Duyan, 2010). Bir başka deyişle, danışanlar daha önce kendilerini sorunları karşısında güçlü kılan bilgi ve becerilerin yardımıyla gelecekte karşılaşacakları durumlara da hazırlanmaktadırlar. Ancak bazı danışanlar sorunla başa çıkmada ya yeterli kaynağa sahip olmamakta, ya gücünün farkında olmamakta ya da kaynaklarını yaşadığı farklı sorunlara aktaramamaktadırlar. Bu gibi durumlar sosyal hizmet uygulamasında güçlendirme yaklaşımına başvurmayı gerektirmektedir.

Güçlendirme sürecinde, meslek elemanının kolaylaştırıcı rolü sosyal çalışmacı-danışan ilişkisinde, danışanın daha aktif rol almasını sağlamaktadır (Tuncay ve Erbay, 2006: 66). Lee (2001: 6), sosyal çalışmacıların süreçteki rolünü yardımcı olarak tanımlamış ve esas sürecin danışan üzerinden ilerlediğini belirtmiştir. Yaklaşım çerçevesinde belirlenen bu roller bizi yaklaşımın en önemli kavramlarından biri olan, danışanın farklı kaynaklar

içinden sorununun çözümüne uygun olanını seçmesini, hayatı üzerinde kontrol kapasitesini artırmasını amaçlayan danışanın mutlak kendi kaderini tayin hakkına götürür. Güçlendirme literatüründe özel bir yeri ve vurgusu olan kendi kaderini tayin hakkı danışana tercihlerinde doğrudan müdahale edilmemesi (Rubenstein ve Lawler, 1990: 33-34; Hasenfeld, 1987: 474) ve kişinin kendi hayatındaki yolunu çizmesi olarak tanımlanıp güçlendirme hakkında yapılacak değerlendirmenin teorik temelini oluşturur (Fetterman, 1994: 2). Güçlendirme sürecinde sosyal çalışmacı danışanın kaynaklarının ve alternatiflerinin artırılması için çabalar. Aktif rol üstlenmektense danışanın yapacağı seçimlerde kendinin sorumluluk alma, karar alma ve uygulama yeteneğine saygı göstermeyi amaçlar (Şahin, 2009).

Lee (2001: 62) güçlendirme pratiğinin prensiplerini sekiz maddede sıralamıştır: 1) Bütün zulüm/güçlükler yaşamın yıkımıdır ve sosyal çalışmacılar ve danışanlar tarafından itiraz edilmelidir. 2) Sosyal çalışmacı güçlük durumlarında bütüncül vizyonu sürdürmelidir. 3) İnsanlar kendilerini güçlendirir; sosyal çalışmacılar yardımcı görevindedir. 4) Ortak bir ortamı paylaşan insanlar güçlendirmeye ulaşmak için birbirlerine ihtiyaç duymaktadır. 5) Sosyal çalışmacılar, danışanlarla karşılıklı bir ilişki kurmalıdır. 6) Sosyal çalışmacılar danışanı kendini ifade etmesine teşvik etmelidir. 7) Danışana mağdur değil galip olarak odaklanmalıdır. 8) Sosyal çalışmacı toplumsal değişim odaklı olmalıdır.

Bireyler sosyal bir çevrenin içinde var oldukları için çevreleriyle kurdukları ilişkileri incelemek onların davranışlarını anlamakta önemlidir. Çevre ve birey etkileşimi sosyal hizmet alanında sistem yaklaşımının konusu iken bu etkileşimi anlamak bireylerin güçlerini, kaynaklarını, sorunlarını ve çıkmazlarını güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirirken yine önem kazanmaktadır. Bu bağlamda kısaca sosyal hizmet alanında yaygın olan sistem kuramlarının güçlendirme yaklaşımıyla ilişkisine değinmek yerinde olacaktır.

Sistem kuramı bireyin içinde bulunduğu ya da ilişkili olduğu sistemler arasındaki etkileşim ve ilişkileri ele almaktadır. Bunu yaparken kullandığı temel kavramlar; sistem, sınırlar, alt sistemler, denge, rol, ilişkiler, girdi ve çıktılar, geri bildirim ve olumlu geribildirim, sistemlerin bağlantıları, bir sistem içindeki farklılaşmalar, tükenme, negatif tükenme, aynı sona farklı yollarla ulaşma olarak sıralanmıştır. Sistemlerle ekolojik kavramları bir araya getiren ve bireyle alakalı bir durumun farklı yönlerini değerlendirme fırsatı veren *ekosistem yaklaşımı* daha çok birey ve ailesi ile ilişkilere vurgu yaparken sistem kuramı daha geniş bir perspektif sunmaktadır. Sistem kuramı ekosistem kuramını kapsasa da ekosistem kuramının ondan ayrıştığı bazı kavramlar da bulunmaktadır: sosyal çevre, etkileşimler, enerji, ortak bağlantılar, adaptasyon, başa çıkma, bağlılık gibi (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 12-19).

Bireyin çeşitli sistemler içindeki yerini ve bu sistemlerle kurduğu dinamik ilişkiyi incelerken sistemleri mikro, mezzo ve makro sistemler bazında değerlendirme fonksiyonel bir bütünlük sağlamamıza yardımcı olur (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 19). Mikro sistem bireyi salt bir sistem olarak düşünürken; mezzo sistemler, bireyin ilişkili olduğu okul, iş, sosyal çevre gibi küçük gruplarını kapsar. Makro sistem ise bireyin kaynaklarını, sorunları ve yaşam kalitesini tümüyle etkileyen ekonomik, sosyal ve politik durumlara vurgu yapan bir yönelimdir. Bireyin mikro ve makro sistemleri arasındaki etkileşimi ve

ilişkisi ise kültür, toplumlar ve örgütler sayesinde sağlanmaktadır (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 20).

Güçlendirme sürecinin nasıl gerçekleştirilebileceğini anlatan iki temel kavram, bilinç ve ortaklığın yükseltilmesidir. Bunların her ikisi de Freire'in "Ezilenlerin Pedagojisi" kitabında (Freire, 2005) geçmektedir. Danışan ve profesyonel arasındaki egemenliğin olmadığı bir diyalog yoluyla amaçlanan, marjinalleşme ve zulme karşı kurtuluş için bir ön koşul olan danışanın bilinçliliğini geliştirmektir. Profesyonel, danışanla ortak çalışan bir kişi haline gelmek için uzman olma rolünü değiştirmelidir. Danışanlar, profesyonellerle bir araya gelerek deneyimlerini, kendi toplumsal bağlamlarında inceleyip aktif olarak analiz edebilecekleri bir ortama sahip olmalıdır. Dolayısıyla, danışan ve profesyonel işbirliği, açıklık, saygı ve güven ile karakterize olan bir ilişki, güçlendirme geleneğinde mesleki çalışmaların merkezinde yer alır. Güçlendirme yaklaşımına dayalı mesleki sosyal hizmet, "bir gevşek halat üzerinde dengeleyici bir eylem" olarak tanımlanabilir. Profesyoneller, güç ve otoriteye dayalı geleneksel rollerinden vazgeçmelidirler. Hiyerarşi, danışanlarla işbirliği ve ortaklık ile değiştirilmelidir (Askheim, 2003: 233-237).

Güçlendirme yaklaşımının bir diğer varsayımı, bireylerin potansiyel ve gerçek çözümlerin yanı sıra sorunlu yönlerini de tanımlamada önemli olan bilgiye sahip olmalarıdır. Danışanların çoğu bazen büyük zorluklara rağmen ayakta kalmayı başarırlar. Danışanların şu ana kadar zorlukların üstesinden nasıl geldiklerini bilmeleri, geleceklerini oluşturmak için faydalı olabilir. Ayrıca, bir danışanın zor bir durumu yönetmekteki becerikliliğini ve azmini kabul etmek, bir sosyal çalışmacının danışanın yeteneklerini doğrulaması için bir fırsattır. Güçlendirme yaklaşımıyla çalışan sosyal çalışmacılar, danışanların kendi durumlarını tanımlamaya ve anlamlandırmaya teşvik eder. Danışanın tanımını dinleyip kabul ederek danışanı "uzmanlıkla" onurlandırmış olur (Weick ve Pope'dan aktaran Early ve GlenMaye, 2000: 119).

Uygulamada güçlendirme yaklaşımının temel odak noktası, sosyal çalışmacılar ve danışanlar arasındaki işbirliği ve ortaklıktır. İşbirliği, danışanın kendisinin veya durumun tanımını, arzuladığı sonuçları ve hedefe nasıl ulaşacağını ve nasıl sonuç üreteceği ile ilgili fikirlerini paylaşmasıyla başlar. Sosyal çalışmacı ile danışan arasındaki işbirliği güçlendirme yaklaşımı için kilit bir yöntemdir. Danışanın hayatı için vizyonun, hedefleri gerçekleştirmek için amaç ve faaliyetlerin temelini şekillendirir. Bu, danışanların hayatlarını iyileştirmek ya da sıkıntılarını gidermek için her zaman (hatta genelde) ne yapacaklarını bildiklerini söylemekten başka bir şeydir. Bununla birlikte, danışanlar genellikle durumları iyileştiğinde yaşamlarının nasıl olacağı konusunda bazı görüşlere sahiptirler. Sadece bu vizyonu keşfetmesine yardımcı olmak, güçlendirme için bir adımdır (Early ve GlenMaye, 2000: 120).

Güçlendirme yaklaşımı kullanan bir sosyal çalışmacı soruna neden olan şeyi anlamaya veya onu adlandırmaya çalışmak için biraz zaman harcayacaktır. Bunun yerine, sosyal çalışmacı, bir sorun ve eksiklik odaklı olmanın danışanın işlevselliğinin varlığına ve olumlu bakmanın önünde bir engel olacağını kabul ederek, güçlü yönlerini belirlemek veya ortaya çıkarmak üzerine yoğunlaşacaktır (Early ve GlenMaye, 2000: 123; Weick, Rapp, Sullivan ve Kisthardt, 1989: 354). Zimmerman ve Warschausky, (1998: 11) örgütsel anlamda

rehabilitasyon merkezlerinde profesyonelin yürüteceği güçlendirme sürecini kurucunun katılımı ve kurucunun rehabilitasyon süreçlerine katılmasına teşvik etmek için fırsatlar geliştirmek, aile katılım stratejileri geliştirmek ve politika oluşumu olarak sıralamışlardır.

Dolayısıyla, geleneksel yaklaşımları kullanan birçok sosyal çalışmacı güçler yaklaşımının danışanlarıyla hali hazırda yaptıklarından farklı olmadığını varsayabilir. Bununla birlikte, güçler yaklaşımı pozitif yeniden çerçevelemenin ve güçlü yönlerin belirlenmesinin ötesinde bir şeydir. Danışanın güçlerini ve kaynakları belirlemek ve problemli durumunu doğrudan veya dolaylı olarak iyileştiren kaynakları seferber etmek için tutarlı bir odak noktasıdır (Saleebey'den aktaran Early ve GlenMaye, 2000: 123).

Güçlendirme süreci ve yönteminin merkezi bilinçlenme ve praksis yoluyla ilişki kurarak bireysel potansiyelleri ve eleştirel bilinci geliştirmek, bireysel yetenekleri, problem çözme becerilerini, grup, topluluk ve toplum oluşturma süreçlerini güçlendirmek ve baskıcı koşulları değiştirmek için harekete geçmektir. Bunu yaparken ortaklık, müttefiklik gibi roller üstlenen sosyal çalışmacı danışanın “kendi sözünü söylemesine” yardımcı olacak bir ortam sağlamalıdır. Güçlendirme sürecinde istenen değişim yaşanana kadar eleştirel bilinç gelişimini destekleyecek sorular sürece eşlik etmelidir. Ezici ortamın zorlukları karşısında sosyal çalışmacı danışanın gücünü dengeleyici unsur olmalıdır (Lee, 2001: 65).

Sosyal çalışmacıların özellikle topluluk ve grup güçlendirmeleri çalışmalarına sahada destek veren bir grup profesyonel daha bulunmaktadır. Türkiye’de pek yaygın olmasa da toplum psikologları toplum hayatında sosyal çalışmacılarla birlikte önemli görevler üstlenmektedirler. Bu bağlamda Biglan ve Smolkowski’nin çalışması 21. yüzyılda toplum psikologları için muhtemel rolleri açıklamaktadır. Halk sağlığı perspektifinden ele alındığında toplum psikologlarının bir amacı, topluluklara istenmeyen insan davranışları sıklığını ve yaygınlığını azaltmada yardımcı olmaktır. Bu amaca erişmek için toplum psikologlarının rolleri, a) hedefler ve onları gerçekleştirmek için planlanan programlar ve politikalar hakkında topluluğun karar vermesini kolaylaştırmak, b) topluluk üyelerinin refahını değerlendirmek, c) hangi program ve politikaların hedeflenen sorunları etkilediğini açıklamak, d) programların ve politikaların uygulanması için istişarede bulunulması ve eğitim verilmesi olarak tanımlanmıştır (Biglan ve Smolkowski, 2002). Bu roller özellikle güçlendirme yaklaşımını benimsemiş sosyal çalışmacıların topluluk çalışmalarındakine benzerdir.

Smith, 2006 yılında logoterapi, çözüm-odaklı terapi, naratif terapi, sosyal hizmet, pozitif psikoloji, önleme çalışmaları gibi farklı alanlardan besleyerek güç-temelli (strength-based) bütüncü bir danışmanlık modeli önerdiğinde bu modelin 10 temel aşamasını şu şekilde sıralamıştır: 1) terapötik ittifak oluşturmak, 2) güçlü yönlerini tespit etmek, 3) sunum problemlerini değerlendirmek, 4) umutları teşvik etmek ve aşmak, 5) çözümleri çerçeveleme, 6) güçleri ve yeterlilikleri inşa etme, 7) güçlendirme, 8) değişim (anlam oluşturma ve yeniden çerçeveleyerek), 9) dayanıklılık inşa etme ve 10) değerlendirmek ve feshetmek. (Smith, 2006: 38-48). Smith’in aşamalarını sunduğu güç-temelli bu modelin güçlendirmeyi, dayanıklılık ve umut aşılama, cesaretlendirmeyi vurgulayarak güç temelli süreci inşa etmeye çalıştığı görülmektedir (Scheel, Davis ve Henderson, 2013: 4).

2.4. Güçlendirme Yaklaşımının Psikoloji Disiplini ile İlişkisi

Güçlendirme, kültürel ve bağlamsal olarak tanımlanan birey ve çevre arasındaki etkileşimi bünyesinde barındırır. Sonuç olarak, yapıyı tam olarak anlamak için disiplinler arası yaklaşımlar, paradigma kaymaları ve yaratıcı araştırma stratejileri gerekebilir (Zimmerman, 1990: 170). Güç ve güçlendirme kavramları doğası itibarıyla birden fazla disiplinle ilişkilidir. Ancak bu bölümde araştırmanın infertilite deneyimini daha çok bireysel ve psiko-sosyal temelde ele almasından dolayı sadece psikoloji disiplini içinde güçlendirme kavramıyla yakından ilişkili olan kavramlar, yaklaşımlar ve uygulamalara değinilecektir.

Bu bölümde güçlendirme yaklaşımının psikoloji disiplini ile ilişkisini incelerken özellikle üç konu üzerinde durulmuştur: 1) Albert Bandura ismiyle bütünleşmiş *öz-yeterlik* ve *kontrol odağı* kavramları, 2) güçlendirme yaklaşımının danışmanlık ilkeleriyle yakından ilişkili olan Carl Rogers'ın danışmanlık alanında önemli yeri olan "*kişi-merkezli yaklaşımı*" ve 3) bireylerin mutlu ve başarılı olmalarına ve güçlerine odaklanan Martin Seligman'ın başlattığı *pozitif psikoloji* akımı.

Öncelikle Bandura'nın güçlendirme yaklaşımıyla ilişkisine ve katkılarına değinerek bu bölüme başlayalım. Bireylerin güçlendirilmesi kavramı ile ilişkili, güçlendirme fikrine dışardan destek veren bazı psikolojik yapılar vardır. Bunların başında kişilikle ilgili olan "kontrol odağı" ve bilişle ilgili olan "öz-yeterlik" yapıları gelmektedir. Kontrol odağı bireyin hayatını etkileyen olaylar üzerinde ne kadar kişisel kontrolü olduğuna olan inancıdır (Baltaş ve Baltaş: 2013: 45). Kontrol odağı içsel ve dışsal süreklilikte görülen bir kavramdır. İçsel kontrol odağına sahip olan kişiler, güçlenme araçlarını kendi içinde bulan, motivasyonu içten gelen, davranışlarına ya da karakteristik özelliklerine dayanan, başarılarını kontrol edebilen kişilerken dışsal kontrol odağı olanlar, daha kaderci, şansa ve başkalarının desteğine inananlardır (Rotter, 1966: 1; Sadan, 2004: 77). Öz-yeterlik ise sosyal bilişsel kuramın temel kavramıdır. Kuramda psiko-sosyal işlev; davranış, biliş ve diğer kişisel faktörler ile dışsal çevreden oluşan üçlü bir yapıyla formüle edilmiştir. Bu saça ayağından bireylerin hem çevreyi etkilediği hem de çevreden etkilendiği anlaşılmaktadır (Muretta, 2004: 6).

Bandura çalışmalarında bireyin çevresiyle olan ilişkisine ve çevrenin birey üzerindeki etkisine defaatle değinmiştir. Öz-yeterlilik kavramını açıklarken de bireylerin hedeflerine ulaşması, zorluklara direnmesi ve çıkış yolları aramasıyla içinde bulunduğu topluluğun, grubun yeterliliklerinin de bağlantılı olduğunu vurgulamıştır (Bandura, 1977; Bandura, 1995). Bandura güçlendirme kavramını dışarıdan kişiye verilmiş bir özellik olarak değil, doğrudan kişisel yeterliğin gelişmesi ve kişinin çevresindeki zorlukları ve baskıları aşarak bu yeterlik hissini koruması ve kaynaklarını kullanır hale gelmesiyle yaşadığı bir süreç olarak tanımlamıştır (Bandura, 1997: 477).

Bandura yeterlik inancını dört temel bilgi kaynağına dayandırmaktadır. Birinci olarak *performans başarıları*, kişisel üstünlük deneyimlerine dayandığı için en etkili yeterlik bilgilerini sağlar. Yeterlik bilgisinin ikinci kaynağı başkalarının performanslarını izleyerek türetilen davranış ya da yeteneğin bilgisini içeren *temsili/dolaylı deneyimlerdir*. Üçüncü kaynak, insanların sözlü olarak başarılı olacaklarına, zorluklarla başarılı bir şekilde başa

çıkabileceklerine ikna olmalarını sağlayan *sosyal ikna bilgisidir*. Son kaynak ise insanların strese karşı hassasiyetlerini ve kaygı seviyeleriyle mücadele etme ve hassasiyet seviyelerini değerlendirdikleri *fizyolojik ve duygusal uyarılma durumlarıdır* (Bandura ve Adams, 1977: 288; Bandura, 1995: 3-5).

Algılanan öz-yeterlik, kişinin muhtemel durumları yönetmek için yapması gerekenleri organize etme, kontrol etmeye yönelik motivasyon, bilişsel kaynak ve harekete geçme ile yürütme kabiliyetlerine ilişkin inançlarını ifade eder. Yani yeterlik inancı, insanların kendilerini nasıl motive edeceklerini, nasıl düşünüp, hissedeceklerini ve nasıl hareket edeceklerini etkiler. Yeterlik inançları dört temel süreçle (bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve seçme) insan işlevini düzenler. Bu süreçler insan işleyişini düzenlerken birbiriyle ayrı ayrı değil senkronize bir şekilde hareket eder (Bandura, 1995: 2-5; Bandura, 1989: 1175).

Bandura'ya göre öz-yeterlik, yalnızca korkuları ve kısıtlamaları azaltmakla kalmaz, nihai başarının beklentileri ile başa çıkma çabalarını da etkiler. İnsanın sonuçlara ulaşma kabiliyetlerine olan inancı bireyin hayatını kontrol edebilme yeteneği açısından bir başarıdır (Bandura, 1997). Yeterlik beklentileri, insanların ne kadar çaba sarf edeceklerini; caydırıcı deneyimler, engeller karşısında ne kadar dayanabileceklerini belirler. Yeterlik veya ustalık beklentileri ne kadar güçlü olursa, çabalar o kadar aktif olur. Zorluklar karşısında daha uzun süre direnenler, yeterlik duygusunu güçlendirip, korkularını giderecek deneyimler edinirken erken vazgeçenlerin korkuları ve kendilerini zayıflatıcı beklentileri de devam edecektir (Bandura, 1977: 80). Bir başka deyişle güçlü öz-yeterlik beraberinde daha aktif bir başa çıkma çabası demektir (Bandura ve Adams, 1977: 288).

Öz-yeterlik kavramı kendine güven ile karıştırılmamalıdır ya da bu kavram kişinin kabiliyetine ilişkin genel bir inanç değildir, genelleştirilmiş bir özellik olarak değerlendirilemez. Öz-yeterlik bunlardan daha fazlasıdır, çünkü o bireyin yeteneklerini üç karmaşık ve kritik alanda (motivasyon, hareket ve kaynaklar) değerlendirmektedir. Öz-yeterlik bireyin belirli bir görevi başarabilecek yeteneğe sahip olduğuna olan inancıdır (Muretta, 2004: 7).

Öz-yeterlik kavramını güçlendirme ile bağdaştıran ve uyumlu olmasını sağlayan esas düşünce Bandura'nın öz-yeterlik kavramına bireysel yaklaşımıyla birlikte bireylerin toplumdan izole bir şekilde yaşamadıklarını, karşılaştıkları zorlukların büyük çoğunluğunun çözüme kavuşabilmesi için kolektif bir çabanın gerekliliğini işaret etmesidir. Grupların, örgütlerin ve hatta ulusların gücünün, kısmen insanların sorunlarını güçlü bir birliktelikle çözebileceklerine inandıkları kolektif yeterlilik duygularında var olduğunu belirtmiştir. Bandura'ya göre algılanan kolektif-yeterlik bir grup olarak insanların ne yapmak istediklerini, onun için ne kadar çaba harcadıklarını ve grup çabaları sonuç vermediğinde dayanma gücünü etkileyecektir. Dolayısıyla kolektif-yeterlik, öz-yeterlik duygusunun içinde yerleşmiş olarak bulunmaktadır (Bandura, 1982: 143, Bandura, 1995: 34). Kolektif-yeterliğe sosyal değişim adına farklı bağlamlarda değişen Bandura halkın sağlıkla ilgili kolektif yeterliğe ilişkin inançlarının, sağlığın teşviği ve geliştirilmesine ve hastalığın önlenmesine yönelik politika ve halk sağlığı perspektifinde hayati bir rol oynadığını düşünmektedir. Bu tür toplumsal çabaların amacı, sağlık tehditlerine karşı halkın bilinçlendirilmesi, politika yapıcılarının eğitilmesi, kamu desteğinin harekete

geçirilmesi ve mevcut sağlık düzenlemelerinin izlenmesi/uygulanmasını sağlamaktır (Bandura, 1995: 33).

Sadan (2004: 79) öz-yeterlik ve güçlendirme kavramları arasındaki ilişkinin çok net olduğunu ve aralarındaki bütünleşmenin önemine vurgu yapmıştır. Hatta öz-yeterliğin sadece bireysel güçlendirmede değil topluluğun kendini başarılı sonuçlara ulaşılmaya adapte etmesiyle aynı zamanda kolektif yeterliğe de dönüşebileceğini savunmaktadır. (Sadan, 2004: 152).

Öz-yeterlik ve siyasi yeterlik, algılanan yeterlik, kontrol odağı ve kontrol arzusu gibi bireysel farklılıklarla ilgili yapılar, mantıksal olarak daha geniş bir güçlendirme yapısı ile ilişkilidir. Bu bağlamda bireysel güçlendirme, öz-kabul ve özgüven; sosyal ve siyasi anlayış ve toplumdaki kaynak ve kararların kontrolünde iddialı bir rol alma yeteneği gibi bir birleşimi içermelidir (Zimmerman ve Rappaport, 1988: 726).

Bandura'nın temelde öz-yeterlik kavramının güçlendirme yaklaşımına katılımı ve katkısının dışında güçlendirmenin Rollo May ve Carl Rogers'ın temsilcisi olduğu varoluşçu temelli hümanistik psikoloji ile güçlü bir yakın ilişkisi olduğunu iddia etmek yanlış olmayacaktır.

Bandura'dan sonra psikolojinin güçlendirme yaklaşımıyla ilişkisine vurgu yapılacak bir diğer konu, güçlendirme yaklaşımının özellikle müdahale programı ve danışmanlık ilkeleriyle yakından ilişki kurulabilecek, öncüsünün hümanist psikoterapist Carl Rogers olduğu "kişi-merkezli yaklaşım"dır. Rogers, "danışan" terimini klinik olmayan ortamda terapi alıcıları için yaygınlaştırdığı, profesyonel danışmanlık hareketinin neredeyse öncüsü olduğu ve çeşitli yardım meslekleri açısından da uygun olan bir psikolojik danışmanlığı sunduğu için Amerikan Psikologlar Derneği'nin en yüksek bilimsel ve profesyonel iki onur ödülüne layık görülen ilk psikolog ve psikoterapisttir (Kirschenbaum ve Jourdan, 2005). "Yarının İnsanı" kitabında Rogers, klinik psikoloji de yaygınlaşmış olan kişi-merkezli yaklaşımın birbiriyle bağlantılı olduğunu düşündüğü iki temelini, bireyin "kendini gerçekleştirme eğilimi" ve "biçimlendirici eğilim" olarak ifade etmiştir (Rogers, 1980: 120).

"Bireylerin kendilerini anlamaları, benlik kavramları, temel tutumlarını ve davranışlarını değiştirmeleri için muazzam kaynaklar mevcuttur; bunlardan kolaylaştırıcı psikolojik tutumlara dair tanımlanabilir bir iklim sunulabilirse faydalanılabilir." (Rogers, 1980: 120). İşte kişi-merkezli yaklaşımın varsayımının kısaca özetlendiği bu cümle ile güçlendirme yaklaşımının insandaki kaynaklar ve onların nasıl aktive edileceğine dayanan düşüncesini benzer şekilde paylaştığı görülmektedir.

Karşılıklı (ikili) ilişkilerde (lider-grup, ebeveyn-çocuk, terapist-danışan gibi) doğacak bir değişim, gelişim ikliminin oluşabilmesi için, *sahicilik*, *kabul-takdir-ilgi* ve *empati* koşullarının sağlanması gerekir. Danışan-terapist ilişkisinde terapistin araya duvar koymadan şeffaf olması, danışana koşulsuz olumlu bakabilmesi, ne ise onu öylece kabul edebilmesi ve etkin bir şekilde dinleyip danışanın ne dediğini anlayarak, duygularını hissedip bunu ona ileterek sürece danışmanlık etmesi bu yaklaşımın kalbidir (Rogers, 1980: 121-122).

İlk çıktığı yıllarda *yönlendirmesiz danışmanlık*, *grup merkezli liderlik*, *öğrenci merkezli öğretim*, *danışan-merkezli* olarak anılan ve uygulama alanındaki sayı ve çeşitlilik açısından ve bire bir ilişkiyle varılacak değişimin meta-kuramına dair vurgusuyla sonunda *kişi-merkezli yaklaşım* adını almıştır (Rogers, 1980: 120; Joseph ve Murphy, 2013: 27). Kişi-merkezli yaklaşımın insan potansiyeli, içsel motivasyon ve terapötik ilişkilerden oluşan çekirdek fikirlerinin daha az anlaşıldığı ama canlı bir şekilde işlendiği ana akım psikoloji alanlarıyla köprü kurulabilir. Rogers'ın çalışmaları kişilik ve danışma psikolojisi lisans eğitiminde ve sosyal hizmet gibi yardım meslekleri için merkezidir (Joseph ve Murphy, 2013; Kirschenbaum ve Jourdan, 2005: 38). Rogers, kendini gerçekleştirme eğiliminden bahsederken çocukluğundaki bir anısında, evin bodrumunda kötü koşullar altında kalan patateslerinin onlar için tüm olumsuzluklara rağmen ışığın geldiği yana doğru soluk beyaz filizlenmeye başladığı ancak gerçek anlamda bunların hiçbir zaman olgunlaşamayacaklarını yine de her şeye rağmen var olmaya çalıştıklarını anlatır (Rogers, 1980: 123). Bu gözleminden hareketle sosyal koşullar ne kadar kötü olursa olsun insanın içindeki gerçekleştirme eğilimini bodrumdaki patateslere benzetmektedir.

Terapötik ilişkinin yönlendirmeden uzak olmasının temel ve ayırt edici özelliklerinden biri sayıldığı bu yaklaşım üzerine çalışmalar çıktığı günden bugüne halen devam etmektedir. Grant'ın yönlendirmesiz danışmanlık (nondirectiveness) üzerine ortaya attığı bir görüşe özellikle güçlendirme ilkeleri açısından değinmek yerinde olacaktır. Grant yönlendirmemeyi ilkeli ve enstrümantal olarak ikiye ayırmıştır: danışmanın müdahale etmeme etik ilkesi ve danışanın kendi kaderini tayin hakkına duyduğu saygı ilkeli yönlendirmeme olarak; gelişime yardımcı olmak ve uyum kurmak amacıyla gösterdiği davranışları ise enstrümantal yönlendirmeme olarak ifade etmektedir (Grant, 1990: 77).

Terapistin gayreti, "yapmanın bir yolu" yerine "ilişkilendirme/var olma yolu" dur. Bu ifadeyle Rogers, danışanın hususi problemleri için hususi bir teknik veya özel tedavi gerekmediği dolayısıyla tıbbi modelden ve "hususilik" paradigmasından radikal bir şekilde ayrılmaktadır. İkinci olarak Rogers, kabul ilkesi ile danışanın kayıtsız kabulünün beklenen istenen değişimi de doğal olarak beraberinde getireceğini düşünmektedir. Rogers'ın şiddetle savunduğu empati ortamı etkili bir psikoterapi için teşhisin olmazsa olmazlık düşüncesine meydan okumaktadır (Elliott ve Freire, 2007: 286).

Rogers'ın kişi-merkezli yaklaşımı ilk çıktığı 1950'lerin sonunda hatta bugün bile terapi dünyasında devrim niteliğinde sayılmıştır, sayılmaktadır. Rogers'ın 1987 senesinde ölümünün ardından 2004 yılına kadar yaklaşımı ve kendi hakkında yazılan akademik makalelerin önceki 40 yıldan çok daha fazla olduğunu söylemek onun çalışmalarının güncel bir şekilde terapi ve psikoloji dünyasında çalışıldığını göstermektedir (Kirschenbaum ve Jourdan, 2005:38). Onun terapötik kişilik değişikliği için önerdiği koşulların varsayımı, teşhis, planlama ve terapötik sürecin kontrolü gibi zorunluluklarıyla birlikte tıbbi modele meydan okumaktadır (Elliott ve Freire, 2007: 286). Güçlendirme yaklaşımıyla örtüştüğü temel noktalardan birisi de işte bu meydan okumadır.

Kişi-merkezli yaklaşımla diğer bazı alanlar arasında köprü kurmanın mümkün olduğunu düşünen Joseph ve Murphy (2013: 34) "iyi yaşam"la ilgilenen pozitif psikoloji alanıyla kişi-merkezli yaklaşım arasında ilişki kurmuştur. Yazarlara göre bazı noktalarda ayrışsalar

da pozitif psikolojinin çeşitli alanlarında kişi-merkezli yaklaşımı benimseyenler ve insanların uygun çevre koşulları sağlandığında “tamamen faal, işleyen” olmalarını sağlayacak gücün içlerinde var olduğunu savunanlar olduğunu belirtmişlerdir. Bunlara destekleyici bir örnek, kişilik gelişimi ve davranışsal öz-düzenleme için kişinin içindeki motivasyona vurgu yapan kendi kaderini tayin hakkı kuramından gelmiştir. Bu kuram da kişi-merkezli yaklaşım gibi, insanı aktif-öğrenme yönelimli ve var olduğu çevrede kendi potansiyelini gerçekleştirme girişiminde bulunan bir organizma olarak değerlendirmektedir. Her iki kuramın paylaştığı ortak nokta insanlar, doğal olarak gelişime, en uygun işleve ulaşmaya ve gelişmeye yatkındırlar, ancak bunun için sosyal çevrenin desteği elzemdir (Deci ve Ryan, 2002; Joseph ve Murphy, 2013).

Pozitif psikoloji çalışmaları, kişi-merkezli yaklaşımın prensiplerini benimsemeye başlamıştır. Örneğin, psikolojik travmayla ilgili araştırmalara olan ilgi, travma sonrası stres bozukluğundan travmanın kişisel gelişimine yönelik bir sıçrama tahtası olabileceğine odaklanan travma sonrası gelişme araştırmalarına doğru kaymıştır (Joseph ve Murphy, 2013: 35).

Kişi-merkezli danışmanlık ve güçlendirme arasındaki ilişki ve pozitif psikoloji çalışmalarının kişi-merkezli yaklaşımla ortak noktalarının oluşu, pozitif psikoloji çalışmalarının varsayımları ile güçlendirme yaklaşımı ilişki içinde olabilir mi sorusunu akla getirmektedir. Bu doğrultuda aşağıda psikoloji disiplini içinde bireylerin mutlu ve başarılı olma yöntemlerine ve güçlü yönlerine odaklanan sosyal ve entelektüel bir hareket olarak kabul edilen pozitif psikoloji ile güçlendirme yaklaşımı arasında kuramsal açıdan benzerliklere yer verilecektir.

Pozitif psikoloji olumlu duygulara odaklanmanın dışında bireyi ve grupları geliştiren şeylere odaklanmaktadır (Hefferon ve Boniwell, 2011: 2). Pozitif psikolojinin kurucusu Martin Seligman’dır ve pozitif psikolojinin mesajını anlattığı aşağıdaki satırlar pozitif psikoloji hareketinin güçlendirme yaklaşımının çıkış noktasındaki temel felsefi düşüncesiyle ne kadar benzeştiğini göstermektedir.

Pozitif psikoloji hareketinin mesajı, alanımızın deforme olduğunu hatırlatmaktır. Psikoloji sadece hastalık, zayıflık ve hasarın incelenmesi değildir; aynı zamanda güç ve erdem de incelenmesidir. Tedavi yalnızca yanlış olanı düzeltmek değildir; aynı zamanda doğru olanın inşa edilmesidir. Psikoloji sadece hastalık veya sağlıkla ilgili değil; aynı zamanda iş, eğitim, içgörü, sevgi, büyüme ve oyun ile ilgilidir. (Seligman, 2002: 4).

Depresyon, fobilerle başa çıkmak ve öğrenilmiş iyimserlik konularındaki çalışmalarıyla tanınan Martin Seligman tarafından Amerikan Psikologlar Derneği’nin başkanı olduğu 1998 yılında psikolojinin bir alt dalı olarak literatüre giren pozitif psikoloji, dünyayı tozpembe görme, körü körüne iyimserlik anlamına gelen “Polyannacılık” kavramına indirgenecek bir yapı değildir. Çünkü pozitif psikoloji günlük zorlukların, sorunların üstesinden güçlü yönlerin ve erdemin önderliğinde gelmenin yollarını keşfetme çabasını gerektirir (Weiten vd., 2012: 511; Hefferon ve Boniwell, 2011). Bu açıdan başa çıkma yöntemleri de pozitif psikoloji ile ilişkilidir (Chasle, 2008: 67; Davis ve Aslitürk, 2011).

Pozitif psikolojinin konularının zaten pek çoğu uzun zamandır psikolojide çalışılan konulardır. Eski çağlardan bu yana büyük düşünürler için iyi, ahlaklı ve erdemli, mutlu bir yaşam önem arz etmiştir. Klasik Yunan filozofları özgürlüğün, öz-kontrol gelişiminin, zevk

arayışının iyi bir hayatın gerekleri olduğuna vurgu yapmışlardır. Bugün ise pozitif psikoloji ile ilgili çalışmalar eğitim, iş, ruh sağlığı, gelir, evlilik, ebeveynlik ve toplumsal barış, daha pek çok alanda yaygınlaşmıştır (Biswas-Diener, 2008: 8; Chan ve Rhodes, 2013; Aknin, Norton ve Dunn; 2009; Cohrs, Christie, White ve Das, 2013; Fredrickson, 2001). Pozitif psikoloji değerlendirmesi danışmanın/terapistin kendi önyargılarının farkında olmasıyla ve danışmanlık sürecinde ortaya çıkarılacak güçlü ve zayıf yönlerin yanında çevresel eksiklikler ve kaynaklara sahip olma durumunu benimseyerek başlar (Magyar-Moe, 2009: 36)

Sosyal hizmette ele alınışında, güçler yaklaşımı felsefi olarak insanların ve toplumların içinde var olan ve toplumsal değişimi yaratma aracı olarak kullanılan değerler, yetenekler, beceriler, kapasiteler, kaynaklar ve arzular üzerine odaklanır. Psikolojideki ele alınışında ise aynı felsefi varsayımda bulunmakla birlikte, spesifik olarak, daha bireysel karakteristik seviyesine, psikolojik güçlere odaklanır (Linley, Bhaduri, Sharma ve Govindji, 2011: 145).

Güçlendirme yaklaşımı ve pozitif psikolojinin arasındaki birincil olarak en temel fark birinin doğrudan bir yaklaşım olması, diğerinin farklı yaklaşımları içinde barındıran bir alan olmasıdır. Ancak ikisinin de kullandığı kavramların bazıları benzeşmektedir, ayrıca her ikisi de insanların güçleri ve olumlu özelliklerine vurgu yaparak sorunlarıyla başa çıkabilecekleri düşüncesini barındırmaktadır. Bu hedefe ulaşırken kullandıkları araçlar, kavramlar, sahaları farklılaşsa da özellikle müdahale modellerinde temel benzerlikler göz ardı edilemez. Pozitif psikoloji alanında araştırmacılar insanın güçlerinin (strength) doğal olarak nasıl geliştiğini ve sürdürüldüğünü ve insanların hayatlarını iyileştirmek için nasıl beslenebileceklerini bilimsel olarak açıklamaya çalışmaktadırlar (Bacon, 2005: 182) Pozitif psikoloji araştırmaları (Carr, 2004) bireyin sorunlarına yaklaşırken bilinç, duygular ve kişilik gibi psikolojik özelliklere vurgu yapıp ağırlık verirken güçlendirme yaklaşımı araştırmaları ise çevresini de kapsayan ekolojik bir yaklaşımla bireyi daha geniş perspektiften ve bütüncül olarak değerlendirmektedir.

Hareketin Seligman'la birlikte kurucusu sayılan Csikszentmihalyi, 2000 yılında II. Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa'nın pozitif psikolojiye ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Savaşın ardından yaşanan maddi ve sosyal yıkımla birlikte bu insanların o yoksunluk halinde hangi güç kaynaklarından yararlandığı sorusunu sormaya yönelmiştir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000: 6).

Olumlu öznel deneyim (olumlu duygular, mutluluk, sevgi), *olumlu bireysel özellikler* (iyimserlik, dayanıklılık, minnettarlık, maneviyat) ve *olumlu kurumlar*, (bireyin dâhil olduğu aile, okul, iş, komşuluk ve diğer topluluklar) yaşam kalitesini iyileştirmeyi ve yaşam kısır ve anlamsız olduğunda ortaya çıkan patolojileri önleme amacıyla pozitif psikoloji çalışmasının alanlarını oluşturmaktadır. Öncülü önleme çalışmaları olan pozitif psikoloji, şu ana kadar teşhisçi modelle önlenememiş psikolojik rahatsızlıkların ve diğer sorunların önlenmesini hedeflemektedir. Bunun için cesaret, geleceğe yönelik düşünme, iyimserlik, inanç, umut, dürüstlük, azim gibi bireyin güçlü yanlarına vurgu yaparak ve bireyin bu yönlerini keşfedip hayata aktarmasına yönelik çabalarına destek vererek önleme çalışmaları için literatüre yeni bir soluk getirmiştir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000: 7).

Bu bölüm özetlenecek olursa, Bandura'nın öz-yeterlik ve kontrol odağı kavramları ile güçlendirme yaklaşımında bireyin güç ve kapasitelerinin ele alınışı arasında bir benzerlik varken kişi-merkezli yaklaşım ile güçlendirme arasında hem danışmanlık ilkeleri hem de pozitif psikolojide olduğu gibi teşhisçi modele karşı tepki niteliğindeki varsayımlar arasında benzerlikler vardır. Son olarak psikoloji biliminde güçlendirme kavramını destekleyici başka öğeler ve yaklaşımlar da bulunmaktadır. Örneğin Carr, bazı araştırmacıların güçlendirme sürecini açıklığa kavuşturmak için gelişimsel psikolojiden yararlandıklarını ancak bu katkıya rağmen gelişim psikolojisinin güçlenme sürecini, vicdan ve sosyal değişim arasındaki dinamik etkileşimle ilişkili olarak açıklamak için yetersiz olduğunu belirtmiştir (Carr, 2003: 9).



BÖLÜM 3: İNFERTİLİTE VE TEDAVİ SÜRECİ

Çalışmanın kavramlarının ve temel aldığı güçlendirme yaklaşımının detaylandırıldığı iki bölümün ardından infertilite ve tedavi sürecinin psikolojik, ilişkisel, ekonomik ve toplumsal boyutlarını daha iyi anlamak adına infertil bireylerin konu edildiği yabancı ve yerli araştırmaların çalışma bulguları belirli bir düzen ve ilişki içinde araştırmanın kapsamı doğrultusunda bu bölümde ele alınacaktır. Ayrıca infertilite ve tedavi sürecine danışmanlık konusu ve sosyal hizmet disiplindeki ele alınışıyla ilgili önceki araştırma bulguları bu bölümün son kısmında yer alacaktır.

3.1. İnfertilite Tedavisi

Tıbbi olarak yardımcı üreme teknikleri ile infertiliteye çözüm bulmak mümkündür. Dünyada 17. yüzyılın sonlarına başlayan araştırmalar 1978 yılında başarılı bir hücre oluşumunun ardından 2700 gr ağırlığında bir bebeğin dünyaya gelmesine kadar uzun yıllar boyunca sürmüş ve bugün de halen sürmektedir. 1978 yılındaki bu doğumun ardından 10 yıl sonra 1988 yılında infertilite tedavisi Türkiye’de ilk kez Ege Üniversitesi’nde uygulanmıştır, ilk sağlıklı bebek 1989 yılında dünyaya gelmiştir 1987’den bu yana infertilite tedavi yöntemleri kamu ve özel kuruluşlarca uygulanmaktadır (Şirin, 2001: 25; www.tapv.org.tr).

Dünyada yaygın olarak uygulanan yöntemler; ilaç tedavisi, aşılama, mikroenjeksiyon, tüp bebek tedavisi (TBT), hücre, yumurta ve sperm donörlüğü, taşıyıcı annelik, üreme cerrahisi, Gamet İntra-fallopian Transfer (GİFT) ve Zigot İntra-fallopian Transfer (ZİFT) yöntemidir (www.parents.com). Türkiye’de ise resmi ve yaygın olarak uygulanan tedaviler; ilaç tedavisi, aşılama (inseminasyon), mikroenjeksiyon yöntemi ve tüp bebek tedavisi (TBT)’dir.

Bu tedaviler hakkında daha detaylı bilgiyi Şirin (2001) kitabında paylaşmaktadır. İnfertil bireyler arasında *aşılama* tedavisi olarak bilinen *intrauterin inseminasyon (artifisyonel inseminasyon)* spermin rahme bırakılması olarak tanımlanmıştır. Bu yöntemle gebelik oranları %25, siklus (döngü) başına %9 olarak belirtilmiştir. Yazar, ikinci olarak sperm ve yumurtaların laparoskopi ile kadın yumurta kanalına bırakılıp doğal yoldan embriyonun oluşmasının beklendiği, TBT’nin basit bir şekli olan *GİFT* yöntemine değinmiştir. Diğer taraftan *ZİFT* yöntemi ise GİFT yönteminin laboratuvar ortamına aktarılması ile gerçekleşmektedir. *TBT*, kadından yumurtanın alınması, laboratuvarında fertilize edilmesi ve son olarak kadının rahmine yerleştirilmesi ile gerçekleştirilir. *Dondurma* işlemi (*oosit ve zigot kriyoprezervasyonu*), özellikle tedavi sürecinde menapoz ve spermle alakalı olumsuzlukları bertaraf etmek için elde edilen sağlıklı embriyoların uygun koşullarda saklanarak başarısız bir denemeden sonra yeni bir deneme için bekletilmesidir. *Preimplantasyon* ise hücrenin genetik araştırmalarının yapılmasını içerir (Şirin, 2001: 19-24). TBT’de yıkanan sperm yumurta yanına konur ve sperm kendisi döllenmeyi gerçekleştirirken döllenme dışındaki tüm aşamalarının TBT ile aynı olduğu *mikroenjeksiyonun* TBT’den farkı öncelikle, yumurta etrafındaki hücrelerin eritilmesi ve böylece yumurtanın mikroenjeksiyona hazır hale getirilmesidir. Hücre yumurtaya mikroskop aracılığı ve camdan üretilmiş ince bir iğneyle yerleştirilir (<http://www.anatoliatupbebek.com.tr>). Bu tedavilere bakıldığı zaman tedaviye ve çiftlere

yardımcı olan dondurma, preimplantasyon, üreme cerrahisi müdahaleleri gibi yöntemlerle birlikte özellikle aşılama, ilaç, TBT ve mikroenjeksiyon yöntemleri Türkiye’de yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu araştırmada özellikle aşılama (İÜİ) ve TBT gören infertil bireylerle çalışılmıştır.

İnfertilite ile ilgili alan yazına bakıldığında araştırmacıların yönelimlerini üçe ayırmak mümkün görünmektedir: Tıbbi konulara ve prosedürlere dair çalışmalar, infertilitenin etkileri hakkında istatistiksel çalışmalar ve infertilitenin psikolojik etkileriyle ilgili çalışmalar (Kraft vd., 1980: 619). Bu bağlamda alan yazın taramasında infertilite tedavisi gören çiftlerle ilgili yapılan çalışmalarda bahsi geçen tedavi aşamalarının bireylerin üzerindeki etkisine (Darwiche vd., 2013), tedaviye tekrar etme kararına ilişkin bireylerin görüşleri ve tutumlarına (McEwan vd., 1987; Su, Tzeng ve Kuo, 2011; Finamore, Seifer, Ananth ve Leiblum, 2007; Goldfarb vd., 1997; Harata vd., 2012), uygulamadaki sınırlılıklara (toplanan hücre sayısı, hücrelerin sağlıklı oluşu vb.), maddi konulara (Li, Zhang, Zeng, Li ve Cui, 2013) ve tedavi merkezinde sunulan hizmetlere (Olivious, Friden, Borg ve Bergh, 2004; Franco vd., 2002) rastlamak mümkündür. Bu bölümde tedaviye dair araştırmalara değinilecektir.

Çocuk sahibi olmak için başvurulanan tedavilerin maliyeti ve bunun için harcanan zaman hem çiftler hem de toplum üzerinde yük oluşturmaktadır (Öçal vd., 1998). Çünkü her tedavi ilk seferde başarıya ulaşamamakta ve sağlık açısından yılda iki ya da üç deneme yapılması önerilmektedir. Farklı tedaviler arasındaki maddi farklılıklar ve olumlu sonuca ulaşma ihtimali de bireyler açısından önemli görülmektedir. Li ve diğerlerinin araştırmasına göre TBT’ye göre daha uygun fiyatlı olmasına rağmen finansal sorunlar aşılama tedavisi gören erkekler tarafından risk faktörü olarak görülmektedir. Bu durumun iki nedeni vardır. Birincisi, aşılama tedavisi gören bireylerin evlilik süreleri ve tedavi süreçleri TBT ve mikroenjeksiyon yöntemi görenlere göre daha kısadır. Aşılama tedavisi görenler diğer gruplara göre daha hafif bir infertilite tedavi sürecinden geçmelerine rağmen daha düşük gebelik oranına sahiptirler. Aşılama görenler bu yöntemin TBT ve mikroenjeksiyon yöntemine göre daha düşük teknolojiyle yapıldığını düşünmektedirler. İkincisi çiftlerin tedavi takvimine göre normalde sürecin yinelenmesi gerektiğinden aşılamanın daha az faydalı olduğunu düşünmeleridir. Bu yöntem kısacası bireyler için maddi olarak ödenebilir görünse de öbür yandan harcanan zaman açısından külfetli gelmektedir (Li vd., 2013: 1165).

Çin’de infertilite tedavisi gören çok sayıda (844) erkekle yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunun kadından kaynaklı sorunlar nedeniyle tedavi gördükleri ve tedaviden dolayı orta düzeyde ekonomik sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Li vd., 2013: 1163). Türkiye’de infertilitenin sosyo-kültürel etkileri üzerine yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan ve TBT gören kadınların çoğunluğu (%60), aşılama tekniğini de denediklerini belirtmişlerdir. 2011 yılı itibarıyla aşılama tedavisinin maliyeti bireyler için ortalama 1000 TL (SGK katkısıyla bu miktar 200-300 TL’ye inebilmektedir), TBT’nin maliyeti ise ortalama 3000-5000 TL (SGK katkısıyla bu miktar 2000-3000 TL’ye kadar

düşmektedir) civarındadır.⁴ Araştırma sonuçlarına göre o yıllarda çiftlerin tedaviler için ayırdığı ortalama gider, ortalama hane bütçesinin yaklaşık üç katına erişmektedir. Köy ve kent doğumlu kadınlar arasında da gelir durumu ve tedavi giderleri arasında farklılık olduğu, köy doğumlu kadınların daha az gelirle daha çok ödeme yaptığı raporlanmıştır. Bu da yazara göre asgari gelir düzeyindeki kadınların yaşadıkları sosyal baskıyla mücadelesinin tipik bir örneğini göstermektedir (Topdemir Koçyiğit, 2012: 33).

Literatürde tedavinin tekrarlanma sayısı ile ilgili olarak çeşitli tartışmalar sürmektedir. Bu tartışmalar hem çiftlerin, özellikle kadınların denemelere devam etmek isteyip istememesi (Su vd., 2011: 2220); hem de sağlanan imkânların kaç denemeye izin verdiğiyle ilgilidir (Finamore vd., 2007: 817; Goldfarb vd., 1997: 383). Dünyada sağlık politikalarıyla birlikte sosyal politikaları da ilgilendiren bir konu olduğu için infertilite tedavi uygulamaları her ülkenin kendi belirlediği kriterlerde gerçekleştirilmektedir. Örneğin altı milyondan fazla Amerikalının hayatını etkilediği tahmin edilen infertilitenin (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 76) Amerika'daki tıbbi tedavi uygulamalarına bakıldığında eyaletler arasında farklılık olduğu görülmektedir. New Jersey eyaleti zorunlu sigorta teminatı yapılan 13 eyaletten biridir. Başka eyaletlerde zorunlu olmamakla birlikte sigorta sağlayan şirketler bulunmaktadır. Zorunlu sigorta 45 yaşın altındaki kadınlara 4'e kadar yumurta transferini ön görmektedir. Bu düzenlemeyle kadınların infertilite tedavisi görmeye cesaretlendirildiği anlaşılmaktadır (Finamore vd., 2007: 817).

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) tedavi masraflarına dair açıklama şu şekilde yer almaktadır: En fazla üç ile sınırlı deneme yapılabileceği ve tedaviye ilişkin giderlerin kurumca karşılanması;

Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan kişilere uygulanan Tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler;

- Yapılan tıbbi tedaviler sonrasında ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,
- 23 yaşını doldurmuş, 39 yaşından küçük olmak,
- Uygulamanın yapıldığı merkezin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli olması,
- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bentteki koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması,
- Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi.
- Gebeliğin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalığı bulunmamak ve buna ilişkin kurumdan sağlık raporunun olması koşullarına bağlanmıştır.

⁴ Türkiye'de uygulanan tedavi giderlerine ilişkin daha güncel bir veriye ulaşılmaya çalışılmış ancak ulaşılamamıştır. Konuyla ilgili bu bölümünde sonunda detaylı açıklama bulunmaktadır.

Ayrıca yardımcı üreme yöntemi tedavilerinin maliyeti ile ilgili olarak birinci denemede %30, ikinci denemede % 25, üçüncü denemede %20 oranında bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden katılım payı alınacağı belirtilmiştir. Son ve önemli bir konu olarak hasta bir çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğması için, hasta çocuk adına gerekli sağlık raporunun alınmasının yapılan IVF (in vitro fertilizasyon) tedavilerine ilişkin giderler Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanır. Bu şartları sağlamayan çiftler devlet desteği almadan kendi imkânlarıyla infertilite tedavisi uygulayan özel ya da kamu kuruluşlarına başvurarak tedavi olma imkânı bulabilmektedir (www.sgk.gov.tr).

Türkiye’de 2001-2005 yılları arasında üniversite hastanesinde tedavi olan bireylerin tedaviye devam etme kararlarını etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında Akyüz ve Sever, (2009) tedaviyi tamamen bırakanlar (%63.7) ya da merkezdeki tedaviyi bırakanlar (%36.3) arasında karşılaştırma yapmışlardır. Tedaviyi tamamen bırakan bireylerden kadınların sırasıyla gerekçeleri; “başarısız denemeler ve başa çıkamayacağından korkma”, “psikolojik ve fiziksel yük” ve “maddi kaynakların tükenmesi”dir. Erkeklerin gerekçeleri ise sırasıyla “maddi kaynakların tükenmesi”, “başarısız denemeler ve başa çıkamayacağından korkma”, “psikolojik ve fiziksel yük”tür (Akyüz ve Sever, 2009: 263).

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

Bir başka çalışmaya katılan infertil bireylerin büyük bir bölümünün (%64) tedaviyi üçüncü denemeye gelmeden bıraktığı görülmüştür. Maddi sorunlar kontrol edildiğinde bu vazgeçişin en önemli nedenleri psikolojik stres ve olumlu ilerleyişe dair beklentinin düşük oluşu iken bunları kendiliğinden gebe kalma, boşanma ve fiziksel zorluklar takip etmektedir (Olivious vd., 2004: 260). İnfertilite tedavilerinde maddi sorunların kontrol edilmesi önemlidir; çünkü infertil bireyler için en önemli stres faktörlerinden birisi tedaviyi tekrarlamak için yeterli parayı bulamamaları ya da bulmakta zorlanmaları olarak belirtilmiştir. Ancak sosyal güvenceleri üç denemeye izin veren ülkelerde yaşayan çiftlerde bu stres görülmemiştir (Franco vd., 2002: 277). Benzer şekilde Goldfarb ve diğerleri araştırmalarında TBT maliyetinin infertil bireylerin ikinci denemeye devam etmeleri önündeki en önemli sorun olduğunu ve duygusal stresin bunu takip ettiğini söylemektedir.

Bu nedenle kamu ve sigorta temelinde infertil bireyleri rahatlatacak düzenlemeler yapılmasını önermektedirler (Goldfarb vd., 1997: 384).

Franco ve diğerlerine göre yüksek maliyetler ve nispeten düşük başarı şansı düşünüldüğünde tedavi stresli bir atmosfer yaratır. Yazarlar yardımcı üreme tekniklerini bir kumara benzetip sonunda başarıya ulaşılması gerektiğine inanan hastaların, tıpkı kumarbazlar gibi, yüksek başarı beklentisi içinde ya da "sadece bir kez daha" duygusuyla tedaviyi tekrar denemek zorunda hissediyor olabileceklerinden bahsetmişlerdir (Franco vd., 2002: 275). Benzer şekilde başa çalışmalarda hastaların tedavi sürecinin başında çok umutlu oldukları (Su ve Chen, 2006: 51) dolayısıyla şanslarını abartmaya ve infertilite tanısının olumsuzluklarını görmezden gelmeye meyilli oldukları ifade edilmiştir (Darwiche vd., 2013: 99).

İnfertilite tedavileri ile ilgili transfer edilen hücre sayısı gibi başka bazı temel tartışmalar da devam etmektedir. Çoğul gebeliklerin anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkileri hakkındaki tartışmaların artmasından dolayı bazı ülkelerde siklularda transfer edilen hücre sayısında sınırlamalar bulunmaktadır. Franco v e diğerlerinin çalışmasında hastaların %8,6'sı çoklu gebeliğin stres yarattığını düşünmektedir. Çoklu gebelikleri önlemek için yürütülen kampanya sadece transfer edilecek ideal embriyo sayısına karar veren doktorları ilgilendirmemektedir. Bu kampanya çoklu gebelik riskleri hakkında hastaların eğitilmesini de kapsamalıdır (Franco vd., 2002: 277). İsveç'te de son yıllarda transfer edilen hücre sayısının aynı gerekçeyle azaltıldığı ve henüz küçük ölçeklerle yapılan çalışmalara göre tek hücre transferi uygulamasının her siklusta ve devam eden üç siklus boyunca başarı oranını düşüreceği ileri sürülmektedir (Olivious vd., 2004: 261).

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu, her siklusta hücre transfer sayısını bir ile sınırlamıştır. Ancak 9 Eylül 2017 tarihinden itibaren geçerli olan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) metninde, doktorun gerekçelendirip belgelediği yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbi zorunluluk halleri hariç olmak üzere birden fazla embriyo transfer edilmesi nedeniyle ortaya çıkan çoklu gebelik ve doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanmaz hükmüne bağlanmıştır (hastane.ege.edu.tr)

İnfertilite sorununu çözmek için bazen çiftler ne pahasına olursa olsun çocuk sahibi olmak adına tıbbi yöntemlerin yanı sıra tıbbi olmayan bazı yöntemlere de başvurmaktadır. Örneğin Kamacı'nın çalışmasında kadınların %28'i ve erkeklerin %8'inin hoca/türbe ziyareti yaptığı yine kadınların %7'si ve erkeklerin %36'sının bitkisel ilaç kullandığı ve çiftlerin yarısının geleneksel yöntemlere başvurduğu raporlanmıştır (Kamacı'dan aktaran Yanikkerem vd., 2008: 113).

Topdemir Koçyiğit'in (2012: 34) yürüttüğü başka bir araştırmada görüşme yaptığı kadınların yarısının sosyal çevrelerinin önerdiği tıbbi olmayan bazı uygulamaları tedavi öncesi ya da sırasında uyguladıkları belirtilmiştir. Bu uygulamalar arasında kadınlara fiziksel olarak zarar verebilecek uygulamaların da olduğu görülmektedir. Kadınların çevrelerinden duydukları ve çocuk sahibi olmak için uyguladıkları yöntemler araştırmada şu şekilde yer almıştır: sıcak su, maydanoz, süt, karalâhana, saman, ısırgan otu ve/ya soğan kaynatıp buharına oturmaları, bellerine bardak koymaları, bel veya göbek çektirmeleri,

kaplıcalara girmeleri ile karınlarının üzerine çiğ et veya bazı sebzeleri koymaları. Ayrıca bir kadının tüp bebek tedavisinden hemen önce, zeytinyağı ile pişirdiği yumurtayı tülbentle sarıp iç çamaşırına koyduğunu söylemesi araştırmada yer alan çarpıcı örneklerden birisidir. Diğer yandan her altı kadından birinin hocaya başvurduğu/türbe ziyareti yaptığı belirtilmiştir. Hocalardan aldıkları öneriler dua okuma, dua okunmuş gıdaları tüketme ve muska gibi materyalleri taşımadır. Tedavinin olumsuz olmasıyla inanç sistemleri çevreden gelen baskıyı bertaraf etmelerine yardımcı olmuştur. Araştırmacıya göre kadınlar inançlarıyla fiziksel ve zihinsel sağlıklarını korumakta, savunma mekanizması oluşturmakta ve sonucun Allah'ın takdiri olduğunu düşünmektedirler. İnançları gereği buna karşı gelmek Allah'a karşı gelmektir. Buna rağmen sosyal baskı görmeye devam etmiş kadınlar infertilite nedeni olarak sorumluluğu taşımaya devam etmiştir (Topdemir Koçyiğit, 2012: 35).

Tıbbi olmayan yöntemlere başvurmak sadece Türkiye'deki hastalara özgü değildir. Norveç'te yapılan bir çalışmada da çiftler alternatif başka yollar denediklerini belirtmişlerdir. Bunlar çeşitli otlar, akupunktur, farklı şekillerde cinsel ilişkide bulunma, ayın hareketlerine göre ilişkide bulunma, şarap içme, ruhsal ve bedensel temizlik, vitaminler ve diyetler olarak sıralanmıştır (Sundby, 1999: 15).

Yardımcı üreme teknikleri, bu tekniklere ilişkin sağlık ve sosyal politika düzenlemeleri, tedavi tekrarı ve buna ilişkin maddi konular, hastaların uyguladığı tıbbi olmayan yöntemler tartışılarsun infertilite tedavi uygulamaları ile ilgili etik konular da literatürde önemle tartışılmaktadır. Bu konular daha çok doğallık/yapaylık tartışmaları, ailenin durumu, nüfusa etkisi, çoklu gebelikler, annenin ve bebeğin sağlığının risk altında oluşu, genetik bağ, taşıyıcı anneler, gamet, sperm, ovum donörleri etrafında tartışılmaktadır (Reis'ten aktaran Yanıkerem vd., 2008:117). Tüp bebek tedavisindeki etik tartışmalar ise fetusun ahlaki yapısına yönelik kaygılar, güvenlik ve verim, hileye yönelme, parasal yük ve çocuğun taşıdığı riskler olarak sıralanmıştır (Şirin, 2001: 27-28).

Ayrıca doğum oranlarına yönelik kliniklerin aldatıcı oranlar vermesi ve pek çok insanın rahim dışında bir yaşam oluşumunun doğallığı bozup Tanrı'nın amacını ihlal ettiğini düşündürmesi gibi inanışları da bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri dondurulmuş hücreler hakkında ulusal politika ya da kanuna sahip değildir. 1985 yılının sonunda etik tartışmalar için Biyomedikal Etik Sınırlar oluşturulmuştur (Holbrook, 1990: 336). Amerika ve Kanada'daki üreme klinikleri objektif standartlar aracılığıyla sonuçlarını Amerikan Üreme Sağlığı Topluluğu tarafından belirli bir standart içinde yayınlamaktadır. Ancak buna rağmen farklı klinikler arası karşılaştırmada geçerli veriler sunulamamaktadır (Deonandan, Campbell, Østbye ve Tummon, 2000: 502).

Bu araştırmada Türkiye genelinde özel ve kamu kurumlarınca infertilite tedavisi uygulamalarına dair; tedaviye başvuran çift sayısı, uygulanan tedavi sayısı, türü ve başarıya ulaşma oranları, infertilitenin sebebi, cinsiyet faktörleri, çoğul gebelik oranları, ortalama maliyet gibi konular hakkında genel de olsa bir bilgi sunulmak istenmiştir. Ancak öncelikle Türkiye İstatistik Kurumu ile iletişime geçilmiş, Kurum araştırmacıya böyle bir istatistiki bilgiye sahip olmadıklarını iletmıştır. Daha sonra araştırmacı TSRM (Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği) ile iletişim kurmuş, ancak dernek yöneticileri kendilerinde de böyle bir

bilgi olmadığını ve TC Sağlık Bakanlığı'nın özel ve kamu kurumlarından aldığı bilgileri kamuoyuna aktarmadığını iletmiştir. En son olarak araştırmacı TC Sağlık Bakanlığı'na konu ile ilgili bir e-posta yazmış ancak cevap alamamıştır. Dolayısıyla Türkiye'de okuyuculara infertilite ve tedavi uygulamalarıyla ilgili fikir vermesi adına infertilite ve tedavisine yönelik akla gelen yukarıdaki sorulara ilişkin temel bir bilgi bu araştırmada tüm uğraşlara rağmen yer alamamıştır.

3.2. İnfertilite ve Tedavi Sürecinin Psiko-Sosyal Boyutları

İnfertilite ve tedavisi biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutların tümünü içeren uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu süreçler bağlantılı olan çocuk sahibi olmaya yüklenen anlam, sosyal baskılar, aldığı tanıyı çevresindekilerle paylaşma (Kainz, 2001), yaşam kalitesi, alınan sosyal destek ve maddi konular bu başlık altında detaylandırılmaya çalışılacaktır.

Aile, TDK sözlüğünde “evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik” olarak tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Bu tanımda olduğu gibi toplumsal hayatta da aile olmak çoğu zaman çocuk sahibi olmaya eş değer tutulabilmektedir. Çocuk sahibi olamayan çiftler için bu durum stres verici bir yaşam olayı haline gelmektedir. Oğuz, ailede çocuk isteme sebeplerinin sevgi, mutluluk, analık duygusunu tatmak gibi başlıca sebeplerini sıraladıktan sonra evliliği sürdürme amacının ikincil olduğunu belirtmektedir (Oğuz, 2004: 84).

Çeşitli kültürlerde hamile kalmaya ve çocuk sahibi olmaya atfedilen bazı değerler infertilite konusunda çiftler açısından zorlayıcı olabilmektedir. Örneğin Çin toplumunda bir evde dört aile bireyinin yaşaması idealize olduğu için, infertilite cinsiyet ve sosyal rollerin gerçekleşmesinin önünde bir engel olarak görülmekte ve özellikle kadınların hayatını önemli derecede etkilemektedir (Chan, Chan, Ng, Ng ve Ho, 2005: 419; Su ve Chen, 2006). İsrail'de yürütülen bir çalışmada da diğer gelişmiş ülkelerde olduğunun aksine, aile kurmamak, özellikle çocuğun olmaması veya gönüllü çocuk sahibi olmamak toplumun genelinde kabul görmemektedir. Bu nedenle infertilite kadınların değerini düşüren ve saklamaları gereken olumsuz bir deneyim olarak kadınların gözünde daha da büyümektedir (Remennick, 2000: 839)

Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada ise infertilitenin çiftler üzerindeki sosyal etkisi dikkate alınarak çiftlerin sosyal çevresi de bu etki alanına dâhil edilmiştir. Yazar, çiftlerin infertiliteye bağlı olarak yaşadıkları sosyal baskının toplum tarafından erkeğe ait olanın üstünün örtülüp, tanı ve tedaviye ait yükün kadınlara bırakıldığı sonucuna ulaşmıştır (Topdemir Koçyiğit, 2012: 36). Ayrıca ağırlıklı olarak köy doğumlu kadınların sosyal baskı yaşadıklarını ve bu kadınların çoğunlukla hemcinslerinden başta elti ve kayınvalidelerin baskısıyla karşılaştıklarını ve yakın aile üyeleri ve komşuların da çocuk sahibi olmaları ile ilgili baskı yaptıklarını belirtmiştir. Böylece köy doğumlu hastalar arasında tedavi imkânlarını araştırma ve tedaviye başvurma eğilimlerinin daha yaygın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların yarısı doğrudan sosyal baskıya maruz kaldıklarını ve bu durumun evlendikten sonra “ne zaman çocuk yapacaksınız?” sorusuyla başlayıp yoğunlaştığını ve onları tüp bebek merkezlerine gitmeye zorladığını belirtmişlerdir. Kadınlar özellikle çocukla ilgili sorularla karşılaştıklarında rahatsızlık hissettiklerini, horlandıklarını, dışlandıklarını düşünmeleri ve bazı kadınların “kuruyan

ağaç”, “verimsiz toprak” gibi benzetmelerle karşılaşmaları da araştırma sonuçlarına yansımıştır (Topdemir Koçyiğit, 2012: 31).

Çocuk sahibi olamayan kadınların sosyal baskıdan biraz olsun uzak kalmalarını ilk evliliğinden çocuğu olan erkeklerle yaptıkları evliliklerinde eşlerinin çocuklarına bakmalarıyla ilişkilendirmeleri yazar tarafından biyolojik bir sorunun sosyal bir soruna dönüşmesinin engellenmesi olarak tanımlanmıştır (Topdemir Koçyiğit, 2012: 32). Aynı araştırmada kadınların çoğunun evliliklerinden memnun olduğu, eşleriyle ilgili olumlu algıları olduğu ancak eşlerinin kök aileleriyle kalmalarının üzerlerinde sosyal baskı oluşturduğu ifade edilmiştir. Araştırmada sosyal baskı gördüğünü düşünen kadınların çocuklarının olmayışını başkalarına anlatmak durumunda kalmalarının, eleştirel ve horlayıcı tepkiler almalarının, çocuklu ortamlarda stres yaşamalarının, başka çocukları gördüklerinde kendilerini eksik hissetmelerinin, akranlarının çocuk sahibi olmasının ve eşlerinin aileleri tarafından boşanma ve kumayla tehdit edilmelerinin baskının kökenlerini oluşturduğu düşünülmektedir (Topdemir Koçyiğit, 2012: 35).

Bireylerin ve çiftlerin sosyal çevreleriyle bağlantılı olarak infertilite tanısı aldıklarını kiminle paylaştıkları sorulan kadınlar yakın arkadaşları ve yakınlarına söylerken eşlerinin ailelerinden sakladıklarını belirtmişlerdir. Bu duruma mahremiyetlerini başkalarıyla paylaşmak istememe (Finamore vd., 2007), ayıplanmaktan korkma ve çocuk sahibi olma konusunda çevrelerinden dışlanmama ya da baskı görmek istememe gibi gerekçeler göstermişlerdir (Sundby, 1999; Topdemir Koçyiğit, 2012). Ayrıca infertiliteyi açıklama ya da açıklamama çiftlerin stres seviyeleriyle ilişkili olmaktan çok kendi değerleri ve kararlarıyla ilişkilendirilmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların infertil olduklarını daha az dillendirdikleri görülmektedir (Finamore vd., 2007: 817-820). Yukarıdaki gerekçelere bakıldığında infertilite tanısı aldıktan sonra çiftlerin bu durumu çevreleriyle paylaşma kararları ile ilgili düşünceleri psiko-sosyal boyut içinde ele alınabilir.

Ayrıca çiftlerin pek çoğu sosyal izolasyon yaşamaktadır, çünkü diğerlerinin dünyası onlar için acımasızdır. İnfertil hastalar sıklıkla başka birinin hamileliğinden ya da “baby shower” partilerine katılmaktan geri durmaktadırlar (Ferber, 1995: 439).

İnfertilite konusunda çiftlerin gördüğü sosyal baskının yanında sosyal destek de araştırılan konular arasındadır. Boivin ve Takefman, (1996: 906) tedavinin başından sonuna kadar sosyal desteğin hastalar için çok önemli olduğunu ve özellikle eşler tarafından sağlanırken kadınların bu desteğin yanında tedavinin en başından sonuna kadar sosyal çevrelerindeki diğer bireylerden de destek beklediğini belirtmiştir. Bir başka araştırmada araştırmacılar kadınların sosyal ilişkiler bağlamında çocuksuzluktan etkilenmediklerini bulmuşlardır. Kadınların çevreleri infertiliteden kaynaklı stres dereceleri ne olursa olsun destek almaları için onları cesaretlendirmiştir (Herrmann vd., 2011: 1115).

Hastaların yaşam şekline ilişkin algıları cinsiyet, infertilite tanısı ve sosyoekonomik değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Hastalar tedavi sürecinde yapılan egzersizlerin ve transfer sonrası dinlenme zamanlarının ve mevcut kilolarını korumanın faydalı olacağını belirtmişlerdir. Cinsiyete bağlı infertilite tanısı almış hastaların yaşam biçimlerinde eşlerinin görüşünün etkili olduğu görülmüştür (Hawkins vd., 2014: 255-260). Tedavi aşamalarının psikolojik etkilerinin yanında fizyolojik sağlık üzerinde de etkilerini araştıran

başka bir çalışmada hastaların fiziksel olarak kendilerini en kötü hissettikleri anın yumurta toplama aşaması olduğu ve tedavi boyunca yorgun ve bitkin hissettikleri bu nedenle hastaların özellikle toplama ve transfer aşamalarında fiziksel aktivitelerini azaltmalarının ve gerçekçi beklentilere odaklanmalarının faydalı olabileceği ileri sürülmüştür (Boivin ve Takefman, 1996: 906).

Çiftler arası karşılıklı desteğin ve aldırmaıyşın çiftlerin kişilikleriyle ilişkili olduğu belirtilmiş, bu çalışmaya katılan hastalar için ilişkideki eşitlik durumunun önemi vurgulanmıştır. Kadınların ve erkeklerin verdikleri ve aldıkları sosyal destek ile önemsenmemeye ilişkin algı düzeyleri yüksek düzeyde pozitif ilişkili bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre sosyal destek almada ve sağlamada daha avantajlı olduklarını belirtirken erkekler sosyal destek almayı eşlerinden daha az önemsediklerini belirtmişlerdir (Abbey, Andrews, Halman, 1995: 465-466). Hem kadın hem erkek için alınan duygusal sosyal destek evlilik kalitesine olumlu yansırken umursanmamak olumsuz yansımadır. Bireyin eşi tarafından önemsenmemesi durumu aldığı sosyal desteğin miktarına göre daha azdır, ancak her ikisi de evlilikten duyulan yaşam kalitesini etkiler. Ayrıca hem duygusal sosyal destek hem de ihmâl bu araştırmada stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı etkiye sahiptir (Abbey vd., 1995: 497). Bir başka çalışmada ise eşlerin sağladığı psikolojik desteğin kadınların stresini azaltmadığı ifade edilmiştir (Kee, Jung ve Lee, 2000: 447).

McEwan ve diğerleri, yaş, cinsiyet, din ve sosyo-ekonomik değişkenlerini infertiliteye verilen tepkilerin potansiyel araçları olarak incelemiştir. Ayrıca tedaviye başvurma süreleri, tanı almaları, infertilite etiyojisi, infertilitenin birincil mi ikincil mi olduğu da incelenmiştir. Bilişsel değişken olarak hastaların infertilite ile ilgili öznel değerlendirmeleri araştırılmıştır. Bu değerlendirmenin içinde üç alanın duygusal tepkileri etkileyebileceği sonucu çıkmıştır; öz-suçluluk, hamile kalmaya dair öznel beklentiler ve biyolojik ebeveynliğe alternatiflerin algıdaki kabul edilebilirliği. Bunlara ayrıca sosyal destek ve güncel yaşam olayları da eklenmiştir (McEwan vd., 1987: 108-110). İnfertilite alan yazınında sıklıkla değinilen demografik ve bilişsel değişkenlerin duygusal ve sosyal alandaki yansımaları ve yorumlanmaları arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmadır.

Araştırmacılar hastaların merkezden aldıkları hizmet ve bakımla ilgili görüşlerini sormuş ve hastaların 143'ü açık uçlu sorularda ayrıldıkları beş kategoride benzer bazı yorumlarda bulunmuşlardır. İnfertiliteden dolayı duygusal ve stresli olma ile ilgili; “psikologla görüşmeye ihtiyacımız var”, “daha fazla tedaviyle baş edemem”, kurumsal sorunlarla ilgili olarak; “klinikte kötü organizasyon”, “farklı kişilerle muhatap olma” ve “erkekler için yetersiz bakım”, hastaların psikolojik stresleriyle yetersiz başa çıkma ile ilgili olarak; “doktorlar ve hemşireler bizi dinlemiyor”, “empati gösterilmiyor” ve “doktor/hemşireler nazik davranmıyor”, tedavi boyunca otonomiye kaybetme ile ilgili olarak; “stresli bir tedavi”, “tedavi ve alternatif yöntemlerle ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma”, iyi bakımla ilgili olarak; “aşırı strese rağmen bağlılık ve profesyonellikle çalışma” yorumlarında bulunmuşlardır (Olivious vd., 2004: 260).

3.3. İnfertilite Tedavisi: Stres, Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık ve Başa Çıkma

Üreme, birey ve toplum nezdinde varoluşsal bir konu olmaya devam ettikçe, üreme ile ilgili sorunlara verilen tepkilerin karmaşıklığı ve zorluğu da önemini koruyacaktır. İnfertilite

tedavisinde psikolojik reaksiyonlar pek çok çalışmada ele alınmıştır (Anderheim, Holter, Bergh ve Möller, 2005; Ardeni, Campari, Agazzi ve La Sala, 1999; Berghuis ve Stanton, 2002; Eugster ve Vingerhoets, 1999). Stres, infertilite tedavisi gören çiftlerde en sık karşılaşılan psikolojik reaksiyonlardan biridir. Çoğunlukla nicel yöntem ile yapılmış araştırmalarda (Kee vd., 2000; Finamore vd., 2007; Lancaster ve Boivin, 2005; Ardeni vd., 1999, Altuntuğ, Kızılırmak, Başer ve Ege, 2012) infertilitenin ve tüp bebek tedavisinin çiftlerde stres yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Franco vd., 2002: 275; Abbey, Andrews ve Halman, 1994: 402). Stresin yanı sıra kimi araştırma sonuçlarında depresyon, umutsuzluk ve kaygının da infertiliteye verilen tepkiler arasında olduğu görülmektedir (Peterson, Newton ve Feingold, 2007; Kee vd., 2000; Seibel, 1997; Keskin ve Babacan Gümüş, 2014; Boivin ve Takefman, 1996). Bu bölümde farklı bağlamlarda üreme sağlığı sorunlarını araştıran çalışmaların değindiği psikolojik ve duygusal tepkiler detaylı olarak ele alınacaktır.

Pek çok kişi için infertilite temel bir hayati krizdir. Atwood ve Dobkin (1992) infertiliteye verilen psikolojik tepkilerin sırasıyla şaşkınlık, inkâr, izolasyon, kızgınlık, suçluluk, özgüvenini kaybetme, depresyon, çaresizlik, yas, teslim olma, çözüm ve kabullenme olduğunu belirtmişlerdir. Bu zincirin infertilite açısından biraz daha karmaşık olmasının nedeni, diğer krizlerin aksine ilişki içindeki iki insanın bu durumla farklı derecelerde karşı karşıya kalmasıdır (Kemeter, Eder ve Springer-Kremser, 1985: 498-499). Hastalar infertil olduklarını ne kadar kabul etse de çoğu zaman onlar için bu durum temel bir yaşamsal kriz olarak kalmaya devam edebilmektedir. Bunun yanında kadınlar hamile kalsalar bile infertiliteden kaynaklı psikolojik sorunlarının çözüme kavuşmamakta ve yeni aile düzeninde çözülme beklemektedir (Johnston vd., 1985: 501).

3.3.1. İnfertilite ve tedavi sürecinde stres ve kaygı

Literatürde stres ve kaygı, üreme sorunları ve tedavi süreci açısından neden ve sonuç bağlamlarında ele alınmıştır. Stres kimi zaman üreme sorunu yaşayan bireylerin yaşadıkları duruma verdiği bir tepki olarak ortaya konurken (Haseltine vd., 1985; Darwiche vd., 2013), kimi zaman da kadının yaşı, hücrenin kalitesi, infertilite tanısı, infertilite tedavi tekniği ve önceki denemeler gibi değişkenler aracılığıyla tedavi sonuçlarını etkileyip etkilemediği araştırılmış ve bazı çalışmalara göre stresin tedavi sonuçları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Anderheim vd., 2005: 2969-2973; Holter, Anderheim, Berg ve Möller, 2006: 3301; Boivin ve Takefman, 1996: 903).

Kavramların çalışmanın birinci bölümünde açıklanmaya çalışıldığı gibi genel tanımlarının yanında kimi zaman araştırmalarda ele alınış sınırlarını çizen operasyonel tanımları da yapılmaktadır. Anderheim ve diğerlerinin araştırmasında stres, operasyonel olarak hastanın talepleri ile bu taleplerle başa çıkmada algıladığı kapasitesi arasındaki farklılıklara verdiği fizyolojik ya da psikolojik tepki olarak tanımlanmıştır. Bir başka deyişle, genel psikolojik refahın düşük seviyede olması olarak da ifade edilebilir. Yazarlar stresi değerlendirirken infertilitenin psikolojik olarak olumsuz etkilerini, eşler arası ilişkiye olumsuz yansımalarını, çocuk sahibi olmaya karşı duyulan aşırı isteği, infertiliteyi kendine olumlu bakışı açısından tehdit olarak görmeyi, hayatın anlamsızlaşmasını, başkalarına karşı

yakınlığın azalmasını ve ideal ve deneyimlenen yaşam arasındaki farkın yüksek oluşunu göz önünde bulundurmuşlardır (Anderheim vd., 2005: 2969-70).

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

Stresin genel tanımı haricinde “infertiliteye özgü stres” olarak ayrıca ele alındığı çalışmaların (Anderheim vd., 2005; McEwan vd., 1987; Sexton vd., 2010) literatürde yaygın olduğu görülmektedir. Greenfeld, tedaviye özgü stresi tedavinin yoğunluğuna, başarı ya da başarısızlığa ve karar verme aşamasındaki etik konulara dayanarak tanımlamaktadır (Greenfeld, 1997: 187). İnfertiliteye özgü stresle diğer fiziksel ve ilişkisel değişkenlerin ilişkisini inceleyen ve bu tepkilerle tedavi harici menstruel döngü boyunca gösterilen tepkileri karşılaştıran çalışmalarında yazarlar stres gibi duygusal tepkileri kadınların tedaviye tepkilerinin bir boyutunu temsil etmektedir. Çünkü kullanılan ölçek daha çok stresin olumsuz yönlerine vurgu yapan bir ölçektir. Diğer yandan TBT kadınların hamile kalma konusundaki umutsuzluklarını, sağlıklarını, sosyal çevreleriyle ve eşleriyle olan ilişkilerini de etkilemektedir. Araştırmaya katılan hastaların çoğu hamile kalmadığı için sonuçlara göre başarılı bir hücre transferi sonrası hastaların iyimserlik düzeyleri artmıştır. Bu durum hastaların biyolojik olarak ebeveyn olma ile ilgili sorunlarının olmadığını düşünmeleriyle açıklanmıştır (Boivin ve Takefman, 1996: 906).

McEwan vd., (1987) infertiliteye özgü stresi araştırmanın avantajlarını; diğer stres yaratan durumların hariç tutulması, benzer durumu yaşayan çok sayıda kişinin yaşadığı stresin benzer olacağı ve demografik ve psikolojik değişkenlerin bu duygusal rahatsızlıkla ilişkilendirilebileceği şeklinde sıralamıştır (McEwan vd., 1987: 108).

İnfertilite ve tedavisinde zaman psikolojik esenlik açısından önemli bir konudur. Tedavi aşamaları, tedavi süreci, beklemek, belirsizlik hep zaman değişkeninin belirlediği ve strese sebep olabilecek konulardır. İnfertilite tanısı almış kadınlarda psikolojik stres bir kliniğe başvurduklarında ya da başarısız bir tedavi denemesi sonrasında görülebilmektedir (Kee vd., 2000: 447), çiftler ise ilk tanının stresini atlatsalar da ilk kez tedavi olduklarında benzer bir stresi yine yaşamaktadırlar (Darwiche vd., 2013: 98). Diğer yandan ilk TBT öncesi ya da sırasında algılanan psikolojik stres ya da psikolojik iyilik ile TBT sonuçları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Anderheim vd., 2005: 2973). Depresyon ve anksiyete puanları infertilite boyunca ilk başlarda yüksekken daha sonraki aşamalarda düşebilmektedir. Bunun sebebi başlardaki şaşkınlık, inkâr, kızgınlık, suçluluk, yas ve izolasyon gibi tepkilerin zamanla azalması ve profesyonellerle paylaşım ve başarılı sonuçlardan umut

beslemeye ve stresin uzun bir zamana yayılmasından dolayı strese karşı duyarsızlaşma ve duygusal yüklerle başa çıkmada daha az stres algılanmasına bağlanmıştır.

Tedavi aşamalarının hastaların psikolojik iyilikleri üzerindeki stres verici etkisi önemlidir. Kimi çalışmalar aşamaların kendilerine has doğasından dolayı stresi etkilediği sonucuna ulaşırken kimisi de anlamlı sonuçlar elde edememiştir. Örneğin, Yong, Martin ve Thong'un, (2000: 555) çalışmasında kadınların hamilelik testi yaparken en yüksek stresi yaşadıkları ancak hamile kalan ve kalamayan grup arasında psikolojik stres düzeylerinde anlamlı fark olmadığı sonucu bulunmuştur. Bir diğer çalışmada kadınların %60'ının aşılana ve laboratuvarında bekletilen yumurta ve hücrelerin azlığı ve sağlık durumları hakkında endişe duydukları ve katılımcıların %46'sı için en stresli anın hücre transferi olduğu rapor edilmiştir (Franco vd., 2002: 277). TBT-ET (embriyo transferi) sürecinde yaşanan stresi araştıran bir çalışmada kadınların hem genel hem de tedavi aşamalarına özgü durumluk ve sürekli kaygı yaşadıkları bulunmuştur. Tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması da kadınların anksiyete düzeyini artırmaktadır. Ancak erkeklerin de uzun tedavi sürecine dâhil oldukları zaman stres yaşadıkları raporlanmıştır (Harata vd., 2012: 146).

Tedavilerin üst üste başarısızlıkla sonuçlanması çiftlerde umutsuzluğa, stresin artmasına, maddi olanakların zorlanmasına sebep olmakta; dolayısıyla çok yönlü bir sorun haline dönüşebilmektedir. Çevresel beklentiler ve baskılar da eklenince tedavi süreci çiftleri sosyal ilişkilerde de zorlamaktadır. Ayrıca infertilite tedavisinde sürecin belirsizliği de duruma ayak uydurmayı zorlaştırmaktadır (McEwan vd., 1987; 114).

Ismail, Menezes, Martin ve Thong, (2004) ise çiftlerin gebelik testi öncesinde veya hücre transferi aşamasındaki stresleri arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bunun nedeni araştırmaya katılan kadınların daha önce tedavi geçmişlerinin oluşuna, prosedüre aşına olmalarına ve başa çıkma stratejisi geliştirmiş olabileceklerine bağlanmıştır. Yazarlar yine aynı aşamalar için depresyon puanları arasında artış ve olumlu duygulanım ve heyecan arama puanlarında anlamlı bir düşüş gözlemlemişlerdir (Ismail vd., 2004: 326).

İnfertilite araştırmalarında sıklıkla kullanılan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) geçici ve kalıcı kaygı durumlarının arasındaki farkı anlamaya yardım etmektedir. Harata ve diğerlerinin çalışmasında tedavinin altı farklı döneminde uygulanan DSKE sonuçlarına göre, kadınlar ve erkeklerin bazı aşamalarda kaygı duydukları görülmüştür. Ancak kadınlarda kaygının genelde daha yüksek olduğu, hücre transferi aşamasında kadınların kaygı düzeylerinin inişli çıkışlı olduğu, beş ve daha fazla yıldır tedavi gören erkeklerde kaygının yüksek olduğu, üç yıldan daha az süredir tedavi olan kadınlarda kaygı görülürken erkeklerde bu dönemde kaygı görülmediği ve gebelik testi negatif olanlarda kaygının yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya göre kaygıyı etkileyen bu süreçte, psikolojik ve farmakolojik müdahale gerekmektedir (Harata vd., 2012: 146).

Tedavi aşamaları ve kaygı arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada, hücre transferinden önceki kaygı skorlarıyla gebelik testi öncesindekilerin benzer olduğu bulunmuştur (Yong vd., 2000: 555). Başka bir çalışmada tedavi giderleri ile sürekli kaygı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak yaş, gelir durumu, evlilik ve infertilite süreleri ile ilgili durumluk-sürekli kaygı puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (Altuntuğ vd., 2012: 66-74). Harata ve diğerleri (2012: 143) ise üremenin

kaygı seviyesinden etkilendiği sonucuna ulaşmıştır. Seibel (1997) ise infertil çiftlerin tedavide başarı elde etseler de kendilerini infertil olarak görmeye devam ettiklerini ve hamile kalma ve gebelik sürecinde infertil olmayan çiftlere göre daha fazla kaygı yaşadıklarını ifade etmiştir (Seibel, 1997: 182).

Özellikle TBT başarısızlığı yaşamış hastalardan yüksek kaygısı olanlarla daha fazla ilgilenilmesi gerekmektedir. Klinik olarak tedaviye ilk kez başvuran kadınlara konsültasyon ve tedavi sağlanırken tedaviyi yenileyenler daha önce tedavi aldıkları için kabul edilmemektedir. Ancak sonuçlar göstermiştir ki tedaviye devam edenler daha fazla kaygı hissetmektedirler. Pek çok araştırmacı tedavi süreci ile kaygı arasındaki doğru orantıya dikkat çekmektedir. Süreç uzadıkça kaygı artmaktadır. Ayrıca artan kaygının TBT sonuçlarını olumsuz etkileyebileceğine ilişkin sonuçlardan da bahsedilmektedir. Bu araştırmanın sonuçları sağlık profesyonellerine TBT'yi yineleyen ve sürecin içinde olan kadınların ilk kez TBT olanlar kadar psikolojik reaksiyonlarının önemli olduğu ve dikkat edilmesi gerektiğine dair önemli bilgiler sağlamaktadır (Su vd., 2011: 2221).

Haseltine ve diğerlerinin çalışmasına katılan kadınların yarıdan fazlasının (%61) başkalarıyla paylaşmadıkları stresli bir süreç yaşadıklarını belirtmişlerdir (Haseltine vd., 1985: 515). Araştırmalar kadınların strese karşı hassas olmalarına sebep olan pek çok faktörden bahsetmektedir. Bunlar infertilitenin kendilerinden kaynaklı olması (McEwan vd., 1987), ebeveyn olmanın hayattaki amaçları karşıladığına olan inanç, infertilitenin sebeplerini araştırma, algılanan öz kontrolün düşük oluşu, infertiliteden kaçınma ya da inkâr ve düşük sosyal destek olarak sıralanmıştır (Dunkel-Schetter ve Stanton'dan aktaran Kikendall, 1994:215).

TBT gören kadınların istenmeyen yoğun duygular yaşadıkları ve bu duyguların tedaviyi bırakma kararı sonucu ortaya çıktığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bir vaka çalışması on hafta üstünde TBT'ye katılan kadınların stresörleri, duygusal tepkileri ve duygu düzenleme stratejilerini araştırmıştır. Karma metot yaklaşımıyla katılımcılardan açık uçlu bir günlük ve eşleri ve kendileriyle ilgili duyguları ve duygu düzenlemelerini değerlendirmek için öz bildirim ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Günlüğün sonuçları TBT süreci sonucu çiftlerin sıkça stres hissettiklerini göstermektedir. Stresörler algı ve finansal kaynaklı olabilmektedir. Katılımcılar yoğun şekilde hem istenen duyguları hem de istenmeyen duyguları yaşamakta ve istenmeyen duyguları azaltmaya yönelik arayışlarını bilişsel, davranışsal ve sosyal stratejilerle gerçekleştirmektedir. Anket sonuçları istenen duyguların sürdürülmeye çalışılıp istenmeyenlerin azaltılmasına yönelik güncel duygusal düzenleme stillerini göstermektedir (Devonport ve Lane, 2013: 25).

3.3.2. İnfertilite ve tedavi sürecinde psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma

Bu çalışmada infertilite tedavisi gören bireylerin stres ve kaygı seviyeleri, psikolojik dayanıklılık seviyeleri ve başa çıkma stratejilerinin birlikte değerlendirilmek istenmesinin nedeni bu kavramların özellikle infertilite konusunda yakından alakalı olması ve birbirini etkilemesidir. Örneğin Sexton vd., (2010: 239) çalışmalarında psikolojik dayanıklılığın genel stres ve infertiliteye özgü stres düzeyleriyle ilişkili olduğu ve başa çıkma becerilerindeki katılımı artırdığını bulmuşlardır.

Ayrıca literatürde infertil bireylerde psikolojik dayanıklılığı, travma sonrası gelişim, pozitif başa çıkma, sosyal destek gibi farklı değişkenler aracılığıyla araştıran (Sexton vd., 2010; Yu vd., 2014; Herrmann vd., 2011; Ridenour, Yorgason ve Peterson, 2009; Peters, Jackson ve Rodge, 2011, Kvamme, 2011); psikolojik dayanıklılığın genel stresle ilişkisinin yanında infertiliteye özgü stresle ilişkisini de ele alan (Herrmann vd., 2011; Sexton vd., 2010), psikolojik dayanıklılığın başa çıkma becerileri için yordayıcı bir değişken olduğunu öne süren (Sanford, Backer-Fulghum ve Carson, 2016; Kvamme, 2011), yaşam kalitesi (Herrmann vd., 2011) ve yaşam beklentileriyle (Shalkouhi, Vatankhah ve Zarbakhsh, 2015) ilişkilendiren çalışmalar da vardır. Ridenour vd., (2009: 47) ise bu araştırmalara ek olarak birey, çiftler ve çevre etkileşimini hedefleyen bir infertilite dayanıklılık modeli önermiştir. Bu çalışmalar her ne kadar psikolojik dayanıklılıkla farklı değişkenlerin ilişkisini gösterse de hepsinin anlatmaya çalıştığı ortak bir sonuç vardır: infertilite ile psikolojik dayanıklılık ilişkisi ve infertil bireylerin yaşadıkları olumsuzluklarla başa çıkmalarında psikolojik dayanıklılığın artmasının önemi.

İnfertil bireyler için dayanıklılık, infertiliteye bağlı stres ve bozulmuş yaşam kalitesi için koruyucu bir faktördür. Dayanıklılığın çiftlerin yaşam kalitesini olumlu etkileyen ve kadınların yaşadığı infertilite kaynaklı strese karşı koruyucu bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca infertil çiftlere danışmanlık önerildiğinde çiftlerin bir kaynak ve başa çıkmanın jenerik faktörü olarak dayanıklılık hakkında farkındalığının artırılması önerilmektedir (Herrmann vd., 2011: 1111).

Peters ve diğerlerinin (2011: 130) naratif yöntemle yaptıkları çalışma sonuçlarına göre infertilite tedavisi gören çiftlerin tedavilere rağmen uzun süredir çocuksuz kalmalarını patolojize etmeye çalışan kuramların aksine araştırmaya katılan bireylerin enerjilerini olumlu deneyimler yaşayacakları aktivitelere aktardıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırma psikolojik dayanıklılık ve güçlendirme varsayımları arasındaki benzerliği göstermektedir. Çalışma sonuçları bireysel psikolojik dayanıklılığa ulaşmak için tedaviden sonraki süreçte bireye değil çiftler arasındaki ilişkiye odaklanmanın daha doğru olduğunu söylemektedir (Peters vd., 2011: 137).

İnfertiliteyle dayanıklılık arasındaki ilişki fertil ve infertil kadınlar arasında yapılan karşılaştırmalarda da görülmektedir. Bu araştırmaların sonuçlarına göre infertil kadınların psikolojik dayanıklılık seviyeleri, fertil kadınlara göre daha düşük çıkmaktadır (Kvamme, 2011; Jebraeili, Hashemi ve Nazemi, 2016), benzer bir sonuç infertil ve fertil erkekler arasındaki karşılaştırmada da bulunmuştur (Abolghasemi vd., 2013: 9). İnfertilite deneyimi bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının düşmesine ve başa çıkma stratejilerinin de bu doğrultuda şekillenmesine neden olabilmektedir.

Yukarıdaki araştırmalarda görüldüğü gibi dayanıklılık başa çıkma için önemli bir etkidir ve bu sebeple araştırmalara konu olmaya devam edecek gibi görünmektedir. Ancak bireylerin infertilite deneyiminin sebep olduğu sorunlarla başa çıkma becerilerinin belirlenmesi için başka faktörler de devreye girmektedir. Üreme sorunlarına patolojik yaklaşımın yerini stres ve başa çıkma modeline bırakmasıyla bireyin stresine ve başa çıkma mekanizmalarına etki eden bireysel ve çevresel faktörlere daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Zucker, 1999: 769).

Stres ve başa çıkma kuramları özellikle sağlığa bağlı sorunlara uyumu sağlayan koruyucu faktörleri ve riskleri belirlemede çalışmalara rehberlik etmektedir. Bu faktörler hastalığın özellikleri, birey, çevre, bireysel değerlendirme ve başa çıkma sürecidir. Çiftlerin uyumunun yordayıcısı olarak çeşitli başa çıkma modelleri bulunmaktadır. Birinci model, *bireysel model*, birinin uyumunun tamamen o kişinin kendi başa çıkmasından etkilenmekte olduğunu söyler. İkinci model, *partner modeli*, ana etkileri bireylerin aynı zamanda eşlerinin başa çıkma stratejilerinden etkileneceğini öne sürmektedir. Eğer çiftlerden birisi fonksiyonel başa çıkma sürecinde yetersizse diğerinin kullandığı strateji onu etkileyip yardımcı olabilir. Örneğin çiftlerden birisinin problem odaklı stratejiyi kullanması diğerinin kullanmadığı bu stratejiyi telafi edebilir (Berghuis ve Stanton, 2002: 434).

İnfertiliteye yaklaşımda stres ve başa çıkma stratejilerinin çoğunlukla bir arada ele alındığı araştırmalara göre stresin doğasının iyi anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Duygusal tepkiler stresin seviyesine bağlı olarak değişmektedir. Kadınların strese karşı hassasiyetlerini belirlemek, infertiliteye bağlı stresi anlamak için daha uygun ölçümleri kullanmak ve özellikle kadınların duygusal tepkilerine, başa çıkmalarına uyarlanacak psikolojik müdahalenin belirlenmesi için daha hassas çalışılmalıdır (Kikendall, 1994: 219).

Çoğu infertil çift infertilite stresiyle formel olmayan kaynaklarla baş edebilmektedir. Yardım türleri muhtemelen hastaların normal/olağan duygusal tepkilerinin teminatından ve infertilite stresi ve tedavisiyle başa çıkmada faydalı olabilecek stratejilerle ilgili bilgilerden oluşur (Boivin, 1997: 185). Hangi yolla olursa olsun çiftler infertilite deneyimlerinin bir şekilde üstesinden gelmektedir. Farklı infertilite algıları evlilikte önemli bir sorun olarak durmaktadır. İnfertilite boyunca evlilikteki çatışma çözölemeyebilir ve devamında ebeveynliğe aktarılabilir (Burns, 1990, 182-183). Bu da daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi çiftlerin birlikte değerlendirilmesi gereken bir atmosfer yaratabilir. Aşağıda infertil bireylerin/çiftlerin başa çıkma stratejileri üzerine yapılan çeşitli alan çalışmalarına yer verilecektir.

Hastaların psikolojik olarak başa çıkmaları gereken iki zaman vardır; birisi her şeyin tuhaf geldiği tedavinin ilk döngüsü, diğeri ise son aşamasıdır (Johnston vd., 1985: 501). Kaçınma odaklı başa çıkma stratejileri stresi artırırken yaklaşım odaklılar azaltmaktadır. Sonuçlar problem odaklı başa çıkma, olumlu tekrar yorumlama, destek arayışı, duygusal yaklaşım ve azaltılmış kaçınma stratejileri gibi yaklaşım-yönelimli sürecin faydalı olduğunu söylemektedir (Berghuis ve Stanton, 2002: 437).

Tedavi yoluyla ve kendiliğinden gebeliğin oluştuğu çiftlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedavi gören çiftlerin duygularını diğer gruptan daha iyi kontrol ettiği ve her denemeyi “meydan okuma” olarak değerlendirdikleri için kendilerini diğer gruba göre daha değerli gördükleri ifade edilmiştir. Ayrıca duygusal denge ve geri çekilme stratejileri tedavi sonrası gebeliğin gerçekleştiği grupta daha fazla gözlemlenmiştir. Cinsiyet farklılıklarında ise tedavi gören grupta kadınların başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandığı görülmektedir. Her iki grupta da kadınlar sosyal destek arama ve kaçınma stratejilerini erkeklere oranla daha fazla tercih etmektedir. Araştırma sonuçları özetle duygusal ve dürtüsel davranışsal başa çıkma yöntemlerinin daha az kullanılıp, geri çekilme ve duygusal denge arama

stratejilerinin daha fazla kullanılmasının infertilite ile baş ederken adaptif başa çıkma stratejileri olarak nitelendirilebileceğini göstermektedir (Nagy ve Nagy, 2016: 1805-1806).

İnfertilitenin nedeni üzerinden kadınların başa çıkma ve evlilik doyumunu karşılaştıran Jafarzadeh, Golzari, Jomehri, Poursamar ve Sahraian (2015: 2), kadın kaynaklı infertilite yaşayanlarla, erkek kaynaklı infertilite yaşayanlar arasında başa çıkma stratejileri kullanmada belirgin farklılıklar olduğunu iddia etmektedirler. Sonuçlara göre kadın infertilitesi faktörüne sahip kadınlarda duygu odaklı başa çıkma stratejileri erkek infertilite faktörüne sahip olanlara kıyasla daha az etkilidir. Ayrıca erkek infertilite faktörlü kadınların, kadın infertilite faktörlü olanlara nazaran daha fazla problem odaklı başa çıkma stratejileri uyguladıkları görülmüştür. Erkekten kaynaklı infertilite yaşayan kadınlar arasında aktif başa çıkma en sık kullanılan problem-odaklı başa çıkma stratejisidir. Diğer taraftan, duygusal odaklı başa çıkma stratejileri, duygusal ve sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama, kabul, reddetme ve dine dönme, karşılaştırıldığında bu stratejilerle ilgili iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Ayrıca, kadın infertilite faktörüne sahip kadınların duygusal veya enstrümental destek, uyuşturucu veya alkol bağımlılığı, dürtüsel tutum, batıl ve olumsuz düşünce kopyalamaları gibi daha az istenen başa çıkma stratejilerini erkek infertilite faktörüne sahip kadınlara oranla daha çok kullanmayı tercih ettikleri görülmüştür.

İnfertil çiftlerin psikolojik zorlukları nasıl algıladıkları ve depresyon, stres değerlerinin başa çıkmayla ilişkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların stres ve depresyon seviyesi yüksek çıkarken duygusal başa çıkma stratejisinin her iki cinsiyet açısından da üzüntüyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Musa vd., 2014; 65).

İnfertilite stresi üzerine çalışılırken bireysel karakter gelişmiş ve geçmişteki baş edilen yaşam deneyimlerine dayanarak çiftlerle ayrı ayrı görüşülmektedir. Olumlu bir kendilik imajı olanlar ve sürece adapte olabilenlerin öfke, yas ve başarısızlıkla baş edebildikleri görülmektedir (Kraft vd., 1980: 624).

Başa çıkma stratejileri infertil bireyler açısından ele alındığında yukarıdaki araştırmalarla elde edilen geniş bir değişken yelpazesi ve buna bağlı olarak da çeşitlenen başa çıkma stratejileri görülmektedir. Nasıl ki başa çıkma mekanizmasının iyi anlaşılması stresin de iyi anlaşılmasına bağlanabiliyorsa (Kikendall, 1994), infertil çiftlere psikolojik danışmanlık programları oluşturmada başa çıkma stratejilerinin iyi anlaşılması benzer bir öneme sahip olacaktır (Ponjaert-Kristoffersen ve Baetens, 1999). Danışmanlık konusu daha sonraki başlıklarda detaylı olarak işlenecektir.

3.4. İnfertilitede Cinsiyet Değişkeni ve Çiftler Arası İlişkiler

İnfertilite ve tedavisiyle ilgili cinsiyet farklılıklarını iyi anlamak infertilite deneyiminin daha iyi anlaşılması ve çözümü açısından önemlidir. Aslına bakılırsa kadınların üreme sağlıkları daha karmaşık ve üzerinde çalışılan bir konuyken erkeklerin tedavi metotları yetersiz görünmektedir. Bu, kadınların tedavi sürecine daha fazla dâhil olmalarıyla da ilgili bir durum olabilir (Kraft vd., 1980: 620). Kraft ve diğerlerinin araştırmasından neredeyse 40 yıl sonra bugün bile literatürde infertilite ve tedavi deneyimini araştıran çalışmalarda erkeklere ve çiftlere yönelik çalışmalar yaygınlaşsa da kadına ait psikolojik ve fizyolojik

deneyimler daha ağırlıklıdır. İnfertilite deneyiminde cinsiyet farklılıkları ve çiftler arasındaki ilişkilere değinen çalışmalardan bir kısmına bu bölümde yer verilecektir.

Cinsiyet farklılıklarının, psikolojik stres ve başa çıkmayla ilgili sonuçlarına ek olarak psikolojik stresi tahmin etmedeki etkisi de bulunmuştur. İleri yaş ve biyolojik bir çocuğun bulunmaması kadınlarda olmasa da erkeklerde stresi öngörmektedir. (Morrow, Thoreson ve Penney, 1995: 166).

Erkeklerin çocuksuzluğa yükledikleri psikolojik anlam doğurtamama, psikolojik eksiklik, yalnız kalma, iş hayatında destek eksikliği, soyun devam ettirilememesi, sosyal rol eksikliği ve sosyal güvence azlığıdır. Kadınlarınki ise doğuramama, kontrol kaybı, psikolojik eksiklik, kadınlardan soyutlanma, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik değerinde düşme (Yanikkerem vd., 2008:114; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013: 171). Kadınlar için tıbbi tedavinin en önemli motivasyonu eşlerine verecekleri bir çocuğa duydukları istektir, bunun nedeni bağlanmışlığın kadınların hayatında merkezde ve hayati önemli oluşu olarak ifade edilmiştir (Ferber, 1995: 438).

İyi uyum sağlayabilen kadınlar infertilite tanısı aldıklarında öz-benliklerine ve ihtiyaçlarına duydukları empatiyi sürdürememe riskiyle karşı karşıya kalırlar. Bunun nedeni infertilitenin duygusal ve fiziksel yükünün fazla olması ve karmaşık tıbbi, etik ve kişisel tercihlerin yapılmasıdır (Ferber, 1995: 438). Tedavi süreci kadınların iş ve boş zaman aktivitelerine erkeklerden daha fazla zarar vermektedir. Ayrıca kaygı düzeyindeki cinsiyet farklılıkları da hormonlardaki uyarımlar ile açıklanmıştır (Harata vd., 2012: 147).

Yazarlar, kadınların infertilite karşısında artan stres gösterdiklerini tahmin ederken diğer yandan çiftlerden infertilitenin kaynağı olan tarafın bu konuda cinsiyet faktörünü etkileyebileceğini beklemektedirler (McEwan vd., 1987: 109).

Kadınlar erkeklerden daha fazla baskıyla karşı karşıya kalmaktadır. Çünkü araştırmadaki erkeklerin biyolojik sorunları kadınlardan fazladır. Erkek kaynaklı infertilitede sperm sayısı ve kalitesiyle ilgili sorunlar öne çıkarken kadınların %55'inin infertilite tedavisine dâhil olması açıklanamayan sorunlara dayanmaktadır. Görüşülen kadınların sadece %1/3'ü gördükleri tedavi sonucu gebe kalabilmiştir. Amerika'da başarı oranı %35 civarındayken İstanbul'da 2008 yılında bu oran %38'lerdedir (Topdemir Koçyiğit, 2012: 31).

Yaş, medikal tanı ve çocuk sahibi olma isteğinin derecesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamazken çocuksuzluktan çekilen acı ile negatif ilişki bulunmuştur. Sadece kadınlar için çocuksuzluktan acı çekme yaşam kalitesini ve fiziksel/psikolojik doyumun azalmasına sebep olmaktadır. Fiziksel boyut açısından bu durum tedavinin kadın üzerindeki etkisiyle ilişkilendirilmiştir. Psikolojik açıdan bakıldığında ise çocuk sahibi olamayan kadınlar için bu durum psikolojik bir sorun olarak görülmüş ve kadınların önemli bir bölümü yaşam kalitelerini kötü olarak tanımlamışlardır. Erkekler ise farklılık olmadığını söylemişlerdir. (Herrmann vd., 2011: 1111).

Hastaların pek çoğu infertilite deneyimini olumsuz olarak nitelendirip hayatlarında değişikliğe ve parçalanmaya neden olan bir olay olarak görmektedir. Duygularını tanımlarken kızgın, depresif, umutsuz, bunalmış, hayal kırıklığına uğramış, endişeli, kandırılmış, aşırı hüsrana içinde kelimelerini kullanmışlardır. Az sayıda hasta infertilitenin

hayatlarında bir değişiklik yaratmadığını söylemiş, bütün erkekler eşlerinden farklı bir algıya sahip olduklarını ve eşleri için durumun daha kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı çiftlerin eşlerinin kanser olması erkekleri infertiliteden daha fazla endişelendirmiştir (Burns, 1990: 181). Bu araştırma sonucuna bakıldığında erkeklerin eşlerinin üzerindeki yükün farkında olduğunu söylemek mümkün görünmektedir.

İnfertilite bireyler için gelişimsel bir krizdir ve bireysel olduğu kadar evlilik ilişkisini de etkiler. Psikolojik etkilerin başarıyla bertaraf edilmesi bireylerin yeniden hayatla ilgili enerjilerine kavuşmalarına imkân sağlayabilir. Bazı çiftler çocuksuz olarak devam etme kararı alır, bazıları evlatlık edinme yoluna gider, psikolojik sorunlarla baş edemeyen diğer çiftler ise sadece bu yaşam krizini çözememekle kalmaz aynı zamanda ebeveyn olmaya dair konularla ilgili bile sorunlar yaşamaya devam ederler (Kraft vd., 1980: 620-621).

İnfertilite ile ilişkili depresyon, düşük öz-güven, düşmanlık, öfke ve utanç hastaların çevresindekilerden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca infertiliteye ilk verilen tepkilerdeki cinsiyet farklılıkları çiftler arasındaki empatik ilişkiye zarar vermektedir (Ferber, 1995: 439).

İnfertiliteyi ele alırken çiftler arası ilişkinin süreç boyunca nasıl etkilendiğini araştırmak da araştırmacılar için kaçınılmazdır. Anderheim vd., (2005) infertilite tedavisi gören kadınların eşleriyle ilişkilerini anlamak için onlara iki soru yöneltmişlerdir: 1) “infertilitenin evliliğinizde sorunlara sebep olduğunu düşünüyor musunuz?” 2) “birbirinizle konuşmak artık öncekinden daha zor geliyor mu?” (Anderheim vd., 2005: 2971).

İnfertilitenin evlilik ilişkisini etkilediği ve sağlıklı çiftlerin duyguları ve sorunu empati yoluyla paylaşıp problemin kimde olduğuna aldırmış hissettiklerini ve çiftlerden birinin acı ya da üzüntü duyduğu belirtilmiştir (Kraft vd., 1980: 625). İnfertil çiftlerle çalışırken infertilitenin aşamalarını göz önünde bulundurmanın önemli olduğu düşünülmektedir. İlk tanı alındığında verilen tepkiler reddetme, inanmama, suçluluk, çaresizlik ve yetersizlik hissini barındırmaktadır. Diğer yandan tedavi başarısızlığı durumunda hem kadın hem de erkekler gerçek bir yasa bürünmekte ve asla sahip olamayacakları bir çocuğun yasını tutarak umutsuz olmaktadır. Bununla başa çıkmada ise toplumdan pek destek görememektedirler. Tekrarlayan tedavi başarısızlıklarının ardından son aşama ise çiftlerin durumu kabullenip geleceğe dair başka planlar yapmalarıdır (Kainz, 2001: 482-483).

Çiftlerin birlikte ele alındığı çalışmalarda stresin kadın ve erkekleri farklı etkilediği; kadınların süreçten daha olumsuz etkilendikleri bulunmuştur (McEwan vd., 1987; Abbey vd., 1994; Burns, 1990; Peterson vd., 2007; Harata vd., 2012). Stresin kadın ve erkekler arasında farklı düzeylerde yaşanması erkeklerin sürece daha farklı bakmalarıyla ve hormonlarla açıklanmaktadır. Bu süreçte erkekler kendilerini eşlerine bir destekçi olarak konumlandırmaktadırlar (Burns, 1990: 182-183). Peterson ve diğerleri (2007; 913) ise erkeklerde kaygı ve infertiliteye bağlı stres arasında güçlü bir ilişki bulmuştur. Harata ve diğerlerinin çalışmasında ise (2012), stresi, kadınların hem genel hem de tedavi aşamalarında yaşarken erkeklerin daha çok uzun süren tedavi sürecine dâhil olduklarında yaşadıklarını, ayrıca kadınların tedavi başarısızlığında kaygılarının arttığını bulmuştur

(Harata vd., 2012: 146). Şaşırtıcı sonuçlardan birisi de McEwan ve diğerlerinin (1987) çalışmasında karşımıza çıkmaktadır. Araştırmada kadınların yarıya yakınının henüz tanı bile almadan var olan infertilite durumundan kendilerini sorumlu tuttukları hatta bu kadınların %30'unun infertilitenin erkekten kaynaklı olduğu açıklandıktan sonra bile kendilerini suçladıkları ortaya konmuştur (McEwan vd., 1987: 114).

Evlilikteki çatışmaların kökeni hastalara göre cinsel ilişkide bozulma, iletişim problemleri, tıbbi yöntemler ya da evlatlık edinmeyle ilgili anlaşmazlıklar, eşlerinin empati kuramaması ve son olarak çiftlerden birinin sürece önemli yatırım yapmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hastaların dörtte üçü infertilitenin evliliklerinde çatışma yarattığını söylemiş, beş kişi çatışma olmadığını ancak anlaşmazlık olduğunu belirtmiş ve bunlardan çatışma durumunu reddeden dördü, anlaşmazlığın nedenini evlatlık edinmenin aldığını ve beşinci ise sorunun cinsellikte olduğunu ifade etmiştir. (Burns, 1990: 183).

Yüksek evlilik doyumu, tanının netleşmesi ve öykünün yeniden yapılanmasıyla ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç tatminkâr bir evlilik ve eşlerin infertilite tanısı alma ve stresli olaylarla başa çıkma kapasiteleri arasındaki ilişkiyle ilgisinin altını çizmektedir (Darwiche vd., 2013: 98).

Diğer taraftan evlilik doyumu stres ve sosyal destekle ilgili öngörülerin bazıları şu şekildedir: (a) infertiliteden kaynaklı olan ya da genel stres evlilik yaşam kalitesini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. (b) Stres kadınların ve erkeklerin eşlerine sağladıklarını düşündükleri duygusal sosyal desteğin derecesiyle negatif ilişkilidir. (c) Stres zamanlarında kendi sosyal destek ihtiyacına odaklanırken diğerlerinin sosyal destek ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak zorlaşabilir. (d) Stres olumsuz duygulanımı ve insanların öfke ve doyumсузлук yaşama olasılığını artırmaktadır. Ayrıca stresin eşten görülen sosyal desteğin miktarına yönelik algıyı olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Stresli zamanlarda sosyal desteğe duyulan ihtiyaç normal zamandan daha fazladır. Böylece alınan sosyal destek yetersiz olarak algılanabilir. Stresli insanların kolayca dikkatleri dağılabilir böylece destekleyici mesajları yetersiz olarak yorumlayabilirler. Ayrıca önceki yaşam kalitesinin sağlanan sosyal destekle olumlu olarak ilişkili olabileceği ve evliliğinde doyuma ulaşmış insanların eşlerine sosyal destek sağlamaya çalışacakları düşünülmektedir (Abbey vd., 1995: 458).

Hoşnutsuzluk ve kötümserliğin çiftler arasındaki uyumuna bakıldığında hoşnutsuzluk (disfori) ve genel psikolojik stres hastalar ve çiftler arasında uyumlu bulunurken kötümserlik bulunmamıştır. Yazarlar veriyi yorumlarken hem bireysel hem de cinsiyetle ilişkili faktörleri göz önünde tutarak çiftlerin psikolojik ihtiyaçlarını değerlendirmeye almışlardır. Ayrıca bu çalışmanın TBT gören çiftlerde tedavi sonrası iyimserlik/kötümserlik durumunu değerlendiren ilk çalışma olduğuna dikkat çekilmiştir (Quant vd., 2013: 1454-1455).

Çiftlerin arasındaki duygusal ve cinsel ilişkiye öyle ya da böyle bir müdahale olduğu için tedavi sürecinde başarılı bir sonuç için uyulması gereken kurallar, cinsel ilişkinin belli bir süre içinde gerçekleşmesi gerekliliği gibi konular hastaları etkileyebilmektedir. Örneğin bir araştırmada erkek bir katılımcı karısı gibi çocuk istemesine rağmen tedavi sürecinde makine gibi hissetmeye başladığını, karısının gebeliğe uygun olduğu dönemde kendini iyi

hissetmeme hakkına sahip olmayacağını düşünmeye başlamıştır. Bu durumun cinsel ilişkilerini kötü yönde etkilediğini de eklemiştir (Kainz, 2001: 482). Bu veri tedavi sürecinin kişiler ve ilişkileri üzerindeki etkiye bir örnek olarak gösterilebilir.

3.5. İnfertilite ve Tedavi Sürecine Danışmanlık

Üreme sağlığı psikolojisi ile üreme tıbbı alanlarını birleştiren infertilite danışmanlığı, infertilite ve ilgili tedavilerden kaynaklanan sorunları keşfetmek, anlamak, çözmek ve etkili bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır (Joy ve McCrystal, 2015: 83). İnfertilite danışmanlığı ruh sağlığı meslekleri arasında bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmış ve hasta bakımı, araştırmalar ve eğitim yoluyla tanınmış ve saygınlık kazanmıştır (Covington ve Burns, 2006: 2). ESHRE, Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Topluluğu'nun, infertilite tedavisinde rutin psiko-sosyal bakım rehberliği kitapçığında yer verilen Strauss ve Boivin'in (2002) yaptığı infertilite danışmanlığı tanımında yukarıdaki tanıma ek olarak danışanların süreci anlama uğraşının teorik bir çerçeveye dayanan kişisel bir süreç olduğu da belirtilmiştir (ESHRE, 2015).

İnfertilite danışmanlığı birbiri içine geçmiş üç danışmanlıktan oluşmaktadır: tıbbi, destekleyici ve terapötik danışmanlık. Tıbbi danışmanlık, hastalar yardımcı üreme teknikleri ile ilgili bilgi aradıkları zaman sunulurken daha çok sağlık personeli aracılığıyla sunulan destekleyici danışmanlık ise hastalara tedavi öncesi ve sonrasında sunulan duygusal destektir. Türkiye'de infertilite danışmanlığı özellikle hemşirelik alanındaki çalışmalarda sıklıkla konu edinilmiştir. Hemşirenin rolleri tedavi kararlarına ilişkin bireye yardımcı olmak, bireyin tedavinin sonuçlarına rağmen olumlu ve başarılı yönlerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini teşvik etmek, gerektiğinde ruh sağlığı ekibine yönlendirmek gibi stratejilerin yürütülmesi olarak sıralanmıştır (Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012: 157). Terapötik destek ise bireyin/çiftin problemini yansıtmayı, durumlarını kabullenmeyi, infertilitenin anlamını ve alternatif yaşam biçimlerini tartışmayı ve ebeveynliği içermeyebilecek gelecek için olumlu ve amaçlı bir rol geliştirme konusuyla ilgili yardımları, sıkıntıyı en aza indirmeyi ve problem çözme ve çatışma çözümlerini en üst düzeye çıkarmayı ve cinsellik, evlilik ve diğer kişiler arası muhtemel sorunlarla başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini içerir (Joy ve McCrystal, 2015: 84-86). Yazarlarca içeriği kaba taslak bu şekilde belirlenen psikolojik danışmanlığın infertilitedeki sorunlarla başa çıkmada olumlu etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Domar vd., 2000; Jordan ve Revenson, 1999; McDaniel ve Speice, 2001).

İnfertilite ve tedavi süreci önemli sayıda çiftin psiko-sosyal ve duygusal olarak etkilendikleri bir süreçtir. Bu süreçte çiftlere sunulacak danışmanlık geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir. Bu konu oldukça önemli olduğu için bazı ülkelerde psikolojik danışmanlık yardımı almak isteyen infertilite hastaları için zorunlu hale getirilmiştir. Örneğin 1992 yılında Avusturya Üreme Kanun Tasarısı'nın kanunlaşmasından bu yana doğurganlık uzmanlarının *eğer danışmanlık almayı reddetmedilerse* hem kadınlara hem de eş ya da partnerlerine psikolojik danışma veya psikoterapi bakımını sunmaları zorunlu tutulmuştur (Poehl, Bichler, Wicke, Dörner ve Feichtinger, 1999: 302).

İnfertilite danışmanlığı hizmetlerini kimlerin sunabileceğine ya da sunamayacağına dair açık bir uluslararası anlaşma olmamasına rağmen, ruh sağlığı uzmanlarının sürece dâhil

olması gerektiği ve bu hizmetlerin hastaya en uygun bakımın sağlanmasında tedavinin ayrılmaz bir unsuru olduğu konusunda giderek artan bir fikir birliği sağlanmıştır. İngiltere'de, İnsan Üremesi ve Embriyoloji Kurumu, İngiliz İnfertilite Danışma Derneği ve Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Topluluğu gibi mesleki kurumlar kendi çabalarıyla danışmanlık hizmetinin sunumu ve dağıtımını ile ilgili kuralları oluşturmuşlardır (Joy ve McCrystal, 2015: 87).

İnfertilite sürecinde sağlanacak danışmanlık hizmetleri geniş bir alanda uygulanmaktadır. Bireylerin düzenli olarak ulaşabildikleri yardım araçları olarak tüp bebek merkezindeki yazılı psiko-sosyal dokümanlar (Boivin, 1997: 185), öz yardım grupları ve telefon danışmanlığı, infertilite konusunda eğitim, evlatlık edinme, çocuksuz yaşam gibi konularda danışmanlık, birey, çift ve grup olarak uygulanan psikoterapötik müdahaleler bunlar arasındadır (ESHRE, 2015). Tedavi süresince tıbbi danışmanlık, psikoterapiler ve çift terapileri, evlatlık edinme gibi alternatifler hakkında sunulacak danışmanlıklar sosyal çalışmacılar, psikolog, psikiyatrist, hemşire, jinekolog ve ürolog gibi farklı profesyoneller aracılığıyla ya da onların ortak çalışmalarıyla hastalara sunulmaktadır. Zira bazı araştırmacılar özellikle tıbbi tedavi ekibinin ruh sağlığı profesyonelleriyle kurulan iş birliğini, infertil bireylerin stresini azaltmak için önemli görmektedir (Seibel, 1997: 183).

3.5.1. İnfertiliteden kaynaklı sorunlara danışmanlık

Bu bölümde alan yazında yer alan ve tedavi sürecine, stres, depresyon gibi psikolojik sorunlara verilen danışmanlıkların hastalar üzerindeki etkilerine değinen çalışmalara yer verilecektir. Danışmanlığın sadece tedavi süreci ve sonrasını kapsamadığını anlamak için McDaniel ve Speice'nin çalışmasının tedavi sonucunda gebelik gerçekleşmezse tedavi öncesi danışmanlığın bu süreçte sağlıklı başa çıkma ihtimalini artırdığını raporlaması bize yardımcı olmaktadır (McDaniel ve Speice, 2001: 48).

Önceki bölümlerde ele alındığı gibi kaygı ve özellikle stres, tedavi gören bireyler için en temel psikolojik sorun olarak tanımlanmaktadır. Bazı çiftler için ise depresyon tedavi başarısızlığı durumunda yaşanan psikolojik bir sorundur. Stres yönetimi ve doğru başa çıkma yöntemleri konusunda eğitim gibi psikolojik danışmanlık ve terapötik ölçümler psikolojik hastalıkları anlamlı olarak azaltabilmektedir (Ismail vd., 2004: 323; Greenfeld, 1997: 187). Özellikle psikolojik destek sağlamada ruh sağlığı profesyonellerinin destekleyici danışmanlık rolü ve hastaların eğitilmesi gibi müdahaleler stresi azaltmaktadır (Greenfeld, 1997: 187).

İnfertiliteye çoğu zaman eşlik eden stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunları azaltmaya yönelik geliştirilen bilişsel davranışçı grup terapilerinin hedefine ulaştığı ve infertil bireylerin olumlu başa çıkma yollarını geliştirmesi, iyimserlik ve dayanıklılığın artmasında da etkili olduğu düşünülmektedir (Göcek Yorulmaz ve Tekinsav Sütçü, 2015: 144).

İnfertilite tedavisi gören çiftlere sunulacak psiko-sosyal danışmanlık ve psikoterapiler tedavi sürecinin her aşamasında farklı önem arz edecek ve de farklılaşacaktır. Bunun nedeni bir önceki bölümde yer verilen araştırma sonuçlarında görüldüğü üzere hem tedavi aşamalarında yaşanan duygusal ve psikolojik deneyimin farklılaşması hem de aşamaların

psikolojik esenlik için farklı ihtiyaçlar doğurmasıdır. Bu nedenle Li ve diğerleri, farklı tedavi yöntemlerinde farklı risk faktörlerinin depresyona sebep olabileceğinden psikolojik danışmanların tedavi türüne dikkat ederek yardım sağlamalarını önermişlerdir (Li vd., 2013: 1167). Benzer bir sonucu Harata ve diğerleri de sunmaktadır; yazarlara göre kadın ve erkeklerin sergiledikleri farklı stres dereceleri uygulanacak müdahalenin bu strese özel olmasının daha iyi olacağını göstermektedir (Harata vd., 2012: 147).

Tedavi aşamalarıyla ilgili olarak hücre transferi ve kanda gebelik testine kadar olan sürede verilecek rehberliğin önemli olduğu (Yong vd., 2000: 555) ve stres faktörlerini azaltacağı düşünülmektedir (Franco vd., 2002: 278). Ayrıca yazarlar, hastaların yarıya yakınının embriyo transfer anının en stresli an olduğunu belirtmelerinden hareketle transfer anında hücrelerin bir ekrandan izletilmesi hastaların anne-bebek bağlanmasına yardımcı olduğu ve transfer odasının özel bazı şeyler içermesinin de hastaların endişelerini azaltabileceğini düşünmektedir (Franco vd., 2002: 275).

Buna karşılık Ismail vd., (2004) ise çiftlerin gebelik testi öncesinde veya hücre transferi aşamasındaki stresleri arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Bunun nedeni araştırmaya katılan kadınların daha önce TBT geçmişlerinin oluşuna, prosedüre aşına olmalarına ve başa çıkma stratejisi geliştirmiş olabileceklerine bağlanmıştır. Yazarlar yine aynı aşamalar için depresyon puanları arasında artış ve olumlu duygulanım ve heyecan arama puanlarında anlamlı bir düşüş gözlemlemişlerdir. Bu nedenle tedavi anında hazır bulunması zor olabilecek psikolojik desteğin tedavi öncesinde sunulması genel bir uygulama olmalıdır (Ismail vd., 2004: 326).

İnfertiliteyi önemli bir yaşam krizi yapan hem stresli bir tıbbi tedaviyi barındırması hem de zor kararlar almayı gerektiren karmaşıklıkları içermesidir. Psikoterapi ilişkisi benlik ve diğerleri arasında tekrar empati kurulmasına yardımcı olup kadınların öz-olumlamalarına ve onların tedavi boyunca ihtiyaç duydukları başa çıkma mekanizmalarına yeniden kavuşmalarına yardımcı olabilir (Ferber, 1995: 437). Bununla birlikte hastalardaki aşırı strese odaklanılmasının, profesyonellerin daha az stresli hastaları ihmal etmesine sebep olduğu vurgulanmıştır (Boivin, 1997: 185).

Poehl ve diğerlerinin çalışmasında psikoterapötik danışmanlık almak isteyip istememe ya da psikoterapötik danışmanlık almış olma durumları şu oranlarla sunulmuştur: hastaların %10'u araştırma zamanında psikoterapötik danışmanlık almak istemiş, %18'i daha önce almış, %42'si almayı reddetmiş, %30'u görüş bildirmemiştir. Psikolojik danışmanlık TBT denemeleriyle ilişkili çıkmıştır. Dörtten fazla TBT gören hastalar daha az görenlere göre psikoterapötik danışmanlığa daha iyi uyum göstermiştir. Çiftlerin %16'sı 1-3 arası denemede danışmanlık alırken %27'si dört ve üstü denemede almıştır. Araştırma sonucuna göre danışmanlık almayı kabul etme gebe kalmayı etkilememektedir. Kadınların %54'ü hamile kalmadan önce psikolojik yardım almıştır. Psikolojik danışmanlık almak isteyen hastaların arasında gebelik oranı %42 iken danışmanlık almayı reddeden ya da görüş bildirmeyen hastalar arasında gebelik oranı %44 ve %39'dur (Poehl vd., 1999: 303).

Hastaların pek çoğu tedavi boyunca psikolojik danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını belirtmelerine (Kikendall, 1994: 214) ve yaşadıkları stresin şiddeti onların psikolojik değerlendirme ve terapiye hazır olduklarını göstermesine rağmen maddi yetersizliklerden

ya da sosyal sigorta koşullarından dolayı bu hizmetlere ulaşamamaktadırlar (Morrow vd., 1995: 166). Goldfarb ve diğerlerinin araştırmasına katılan 28 hastanın sadece üç tanesi sürecin finansal boyutu dâhil yeterli rehberliği alamadıklarını belirtirken 11'i yeterli duygusal rehberliği alamadıklarını belirtmiştir. Hastalara sunulan bilgi paketi, TBT sürecinin her aşamasının bedelinin altını çizmekte ve özellikle sigorta teminatının eksikliğine işaret etmektedir. Buna karşılık pakette sürecin duygusal boyutu detaylı ele alınmasa da anlamlı duygusal stres içerdiği kabul edilmekte ve çiftleri istedikleri zaman psikolog ve psikiyatristlerle görüşebilecekleri hakkında bilgilendirmekte, teşvik etmektedir. Prosedürün başında çiftleri ruh sağlığı profesyonelleriyle görüşme konusunda cesaretlendirmektedir (Goldfarb vd., 1997: 383).

Daniels (1999), danışanların genelde karışık duygularla, çoğunlukla öfkeli ve infertiliteyi kabullenememiş bir halde psikolojik yardıma başvurduklarını tespit etmiştir. Bununla birlikte hastaların yardım alması için uygun zamanları olduğunu aceleci bir tavırla çocuksuzluk sorunu çözmeye çalışmanın psiko-sosyal değişiklik yapmak için doğru olmadığını belirtmiştir (Daniels, 1999: 58). Stresin infertiliteyi ve tedavi sonuçlarını etkileyip etkilemediği konusunda literatürde ortak bir sonuca ulaşamamıştır. Kimi çalışmalar stresin infertiliteyi ve tedavi sonucunu etkilemediğini düşünürken (Anderheim vd., 2005) kimisi de stresin hormonal değişikliklerden dolayı infertilite riskini artırdığını belirtmektedir (Wasser, Sewall ve Soules, 1993: 688). İnfertilitenin sonucu olarak stresi görenlerin ilkini reddettiği belirtilmiştir (Greil, 1997) Sonuç olarak stresin infertilite ve tedavi sonuçları üzerindeki etkisi bilinmemektedir (Domar, 2007: 2). İnfertil çiftlere danışmanlık yapılırken stresin tedavi sonuçlarını etkilemediğinin söylenmesinin süreçteki stresin azalmasına destek sağlayabileceği belirtilmiştir (Anderheim vd., 2005: 2969). Durumluk kaygı puanlarının psikolojik müdahale alan hastalarda iğnelerin yapıldığı ilk gün ve hücre transferinden hemen önce bakıldığında azaldığı görülürken müdahalenin hastaların bu süreçlerde anksiyete ile başa çıkmasına yardımcı olduğu görülmüştür (Chan vd., 2006: 344). Aşırı stres yaşayan hastaların psikolojik danışmanlık almaları önerilmektedir (Kee vd., 2000: 447). Birincil infertilite grubundaki erkeklerin stres riskleri göz önünde tutularak psikolojik müdahale yapılmalıdır. Cinsiyet farklılıkları hakkında bilgilendirilen çiftler deneyimlerini normalleştirmekte ve çiftlerin eşlerini anlama düzeyleri artmaktadır (Morrow vd., 1995: 166).

Kainz (2001: 481) infertilite ile ilgili mahremiyet, infertil olduğunu ifşa etme ve tedaviyi sonlandırma kararıyla ilgili konulara da değinmiştir. Bir psikolog ya da ruh sağlığı uzmanı için infertilitenin bio-psiko-sosyal doğasının uygulanacak tedavide önemli olduğunu ifade etmiştir.

İnfertil çiftlerle psikolojik konularla ilgili çalışılırken müdahale programlarının da özel olması gerekmektedir. Bunun için alandan gelen bazı önerilere yer vermek gerekmektedir. TBT hastalarına bireysel çift ve grup terapileri, özellikle aile terapisi, hipnoterapi, rahatlama ve fiziksel egzersizler gibi teknikler uygulanabilmektedir. Danışmanlık bireylerin tutumlarının değişmesine yardımcı olmakta ve onların bedenleri hakkındaki algılarını aktive etmektedir (Poehl vd., 1999: 304).

Araştırma sonuçlarına göre psikolojik müdahale grubunda olan hastalarda psikolojik stresi azaltmanın mümkün olduğu bunun da en etkili uygulamalarından birinin bilişsel davranışçı müdahale olduğudur. Psikolojik müdahalenin tedavinin ilk evrelerinde ve grup terapisi olarak alınması hastalar için daha iyi görünmektedir (Domar vd., 2000: 574). Araştırmada 184 kadın üç farklı gruba rastgele seçilmiştir. Bu gruplar bilişsel-davranışçı, destek ve rutin sağlık kontrolü grubu olarak adlandırılmıştır. Kadınlardan psikolojik müdahale gruplarından ikisinden birine katılanlarda tedaviye devam etseler bile psikolojik ölçümlerinde anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Bu değişimin nedeni tıbbi ya da demografik değişkenlerden kaynaklı değildir (Domar vd., 2000: 572).

Tedaviye devam kararı alan kadınların geç kalmadan psikolojik değerlendirmeleri yapılmalı ve stres düzeyleri araştırılmalıdır. Böylece müdahale programı uygun şekilde hazırlanabilir. Tedavi denemelerinin başarısız olmasından sonra danışmanlık ve psikolojik değerlendirmeler yapılmalıdır. Başarısız bir tedavi sonrası kısa süre içinde yeni tedavi için devam kararı alan kadınlardaki psikolojik değişiklik fark edilebilir düzeydedir ve yeni tedavi boyunca yakından takip edilmelidir, yeterli destek sağlanmalıdır. Tedaviye devam etmeme kararı alan hastalara da benzer uygulamalar yapılmalıdır (Su vd., 2011: 2222).

Hastalara özellikle tedavide sona gelirken yardımcı olmak önemlidir. Hastalar evlat edinme ve çocuksuz yaşamı gerçek bir tercih gibi görmeleri ve başarısızlık olarak düşünmemeleri için cesaretlendirilmelidir. Hastalar özel bir psikolojik dikkati hak etmektedirler. Bu her hastanın gebelik sonucuna ulaşamadığı düşünüldüğüne oldukça önemlidir. Hastaları buna hazırlamak onların iyi hissetmesi ve hayatlarının devam etmesi için profesyonellerin en önemli uğraşlarıdır (Seibel, 1997: 183).

Tuil vd., (2007) çalışmalarında internet üzerinden kişisel sağlık raporlaması yoluyla TBT gören hastaların güçlendirilmesini araştırmışlardır. Bu çevrimiçi raporlama ile hastaların aldıkları tedaviyle ilgili genel sağlık bilgilerini edinmeleri ve diğer hasta ve doktorlarla ilişki kurmaları sağlanmıştır. Hasta güçlendirmesi (öz yeterlik, gerçek ve algılanan bilgi, karar alma sürecine ortak olma gibi ölçümler aracılığıyla) hasta doyumu, infertilite sorununun anlamı, sosyal destek, stres ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. İnteraktif çevrimiçi tıbbi kayıtlar hastaların güçlenmesinde anlamlı bir değişim oluşturmamıştır (Tuil vd, 2007: 365). Psikolojik müdahalede internet kullanımının genel stresi azalttığı bilirse de geleneksel terapi ve danışmanlığın infertiliteye özgü stresi azaltmada hala önemli bir rolü olduğu görülmektedir. İnfertilite stresini azaltırken sürecin her aşamasına dikkatle odaklanmak gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Harata vd., 2012: 147).

Farklı toplumlarda uygulanan psikolojik yardım müdahaleleri kültürel farklılıklardan etkilenebilmektedir. Buraya kadar genelde Batı toplumlarında verilen danışmanlık hizmetlerine ait bilgiler yer alırken doğu toplumlarında amaç benzer olsa da uygulama farklılaşmaktadır. Chan vd., (2005: 421) Doğu Beden-Zihin-Ruh (Eastern Body-Mind-Spirit, EBMS) müdahalesinin amacını hastaların infertilite, çocuksuzluk ve TBT ile yüzleşmesi, genel sağlık hakkında hastaların eğitilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmaları için hastaların teşvik edilmesi, bireysel gelişimin teşvik edilmesi ve infertilite krizine aktarılması ve karşılıklı destek sağlanması ve katılımcılar arasında destek ağının kurulması

olduğunu belirtmiş ve TBT tedavisi gören Çinli kadınların stresini azaltmadaki etkisini araştırmışlardır (Chan vd., 2006: 340).

Hastaların aldığı psikolojik destek ve tedavi süreci hakkında bilgi sahibi olmak onlar için önemlidir. Türkiye’de bu anlamda psikolojik destek yeterli değilken bu görev özellikle tıbbi tedavi ekibi tarafından sağlanmaya çalışılmaktadır (Oğuz, 2004: 84). Ancak değerlendirme ve sistematik tedavi eğitimi ve infertilitenin belirsiz doğasına karşı toleransı olan psikologların bu hastalıkları anlama, idare etme ve iyileştirmeye çalışma ve yeni teknolojilerin iyi ve kötü yönlerine çözüm olmada tedavi ekibinde olmaları önemlidir (McDaniel ve Speice, 2001: 45). Doktor ve hemşirelerden oluşan bu tıbbi tedavi ekibinin yanı sıra psikologlarla birlikte sosyal çalışmacılar da çok yönlü olarak değerlendirme yapılması gereken bu süreçte aktif görev almalıdır. Sosyal çalışmacıların rollerine bir sonraki bölümde değinilecektir. Ayrıca gerekli görüldüğünde çiftlerin psikiyatri kliniklerine de yönlendirilmeleri gerekebilir.

3.5.2.İnfertilite danışmanlığında sosyal çalışmacıların rolü

Bireyler infertilite stresiyle başa çıkma konusunda çok çeşitli yardımlara ihtiyaç duyabilmektedir. Özellikle uygun tıbbi yöntemi elde etme, tıbbi sorunların korkutan ve bazen acı veren yönleri konusunda danışmanlık alma, alternatif yöntemler hakkındaki duygularını anlatma ve başarısız sonuçlarla olduğu kadar başarılı olanlarla da başa çıkma konularında rehberliğe ihtiyaç duymaktadırlar.

Sosyal çalışmacıların infertilite danışmanlık ekibinde yer alarak çiftlerin psikolojik ve sosyal anlamda geçmişlerini değerlendirmek, tedaviye hazırlanmalarını sağlamak, infertiliteden kaynaklı stresle başa çıkmalarında onlara danışmanlık etmek (Covington ve Burns, 2006: 23; Haseltine vd., 1985: 514), çiftleri eğitmek, sağlık personeliyle ilk iletişimi kurmak, protokolü açıklamak gibi hizmetleri sağladıkları belirtilmektedir (Haseltine vd., 1985: 515). Ayrıca infertilite kliniklerinde yer alan sosyal çalışmacıların rolü; çiftlerin gerçekçi beklentiler içinde olmalarını sağlamak ve disfori (aşırı hüznün), kaygı ve öforinin (zafer sarhoşluğu, aşırı mutluluk) duygusal yelpazesini anlamalarına yardımcı olmak, yarı yapılandırılmış görüşmelerle ve psikolojik testler aracılığıyla tedavi öncesi değerlendirme şeklinde ifade edilmiştir (Haseltine vd., 1985: 514).

Bireysel desteklerin yanında profesyonel olarak sosyal çalışmacıların infertilite krizinin farklı özellikleriyle ve yeni üreme teknolojilerinin sebep olduğu sorunlarla başa çıkma konusunda topluma yardımcı olmaları, liderlik rolü üstlenmeleri ve bu zorluklara uygulama ve politika açısından da yaklaşımları gerektiğinden bahsedilmiştir. İnfertilite konusunda hizmet verecek kişilerin sertifikalanması ya da lisans alması özellikle toplumda bireylerin güvenilir profesyoneller bulmasına yardımcı olacaktır. Profesyonel olarak sosyal çalışmacılar infertilitenin, evlat edinme pratiklerinin ve yeni üreme tekniklerinin aileler üzerindeki etkilerini öğrenmek ve katkı sağlamak için önemli bir görev ve role sahiptir. Sosyal çalışmacılar yeni üreme teknikleri ve infertilite sorunlarıyla ilgili kamu politikası oluşturulmasına yardımcı olmak durumundadır (Holbrook, 1990: 336).

Sosyal çalışmacıların açık iletişim kurmaya yardımcı bir pozisyonu vardır. Müdahaleler infertilite tedavisini sürdürürken hastaların duygusal dengeyi sağlamasına yardım etmeye

yönelik olarak düzenlenmektedir. Daha geniş açıdan bakıldığında doktorların ve diğer tıbbi ekibin sosyal çalışmacılar tarafından eğitilmesi infertilite deneyiminin daha iyi anlaşılmasına ve ayrıca infertilite tedavisiyle ilgili etik ve düşünsel boyuta katkı sağlamaya yardımcı olmuştur (Schneider ve Forthofer, 2005: 189-190).

Sosyal çalışmacılar ve sağlık ekibi infertilite tedavisi gören çiftlerin duygusal deneyimlerine karşı hassas olmalıdır. Stresi açıklayan ya da müdahale için önemli olan faktörleri tanımlama sosyal çalışmacılar için sağlık alanında ya da diğer alanlarda önemlidir. Özellikle tedavi süreci boyunca sosyal çalışmacıların ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde çiftlerin duygusal deneyimlerine karşı hassas olmaları gerekmektedir (Schneider ve Forthofer, 2005: 183).

İnfertiliteye özgü stres faktörlerinin belirlenmesinin bir danışmanlık yaklaşımı geliştirilmesinde önemli olduğu aşikârdır. Çünkü strese sebep olan diğer değişkenler bu tanımın dışında kalacak ve danışman ekibin daha özgün bir müdahale sağlamasına imkân sağlayacaktır.

Schneider ve Forthofer (2005: 183) infertiliteye özgü stresi ele aldıkları çalışmalarında sosyal çalışmacıların tedavi sürecindeki duygusal deneyimlere karşı hassasiyet göstermeleri gerektiğinden bahsetmişlerdir. Sonuçlar infertiliteye özgü stresin kaynaklarını belirlemiş ve kimlerin psiko-sosyal müdahaleden faydalandığını ortaya koymuştur. Tedavi süresince danışan, doktor ve tedavi ekibi ilişkisi oldukça önemli görülmüştür. Diğer yandan araştırma sonuçları doğurganlık uygulamaları, aile planlaması merkezleri, evlat edinme kurumları ve ruh sağlığı kuruluşları da dâhil olmak üzere çeşitli ortamlarda sosyal çalışmacılara iş düştüğünü belirtmektedir (Schneider ve Forthofer, 2005: 189; Seibel, 1997)

İnfertilite konusunda klinik sosyal çalışmacıları infertil çiftlerin karmaşık tıbbi ve duygusal sorunları açısından farklı bir yere koyan Shapiro (2009: 148) cinsiyete ve duygusal kayıplara duyarlı olmanın yanı sıra, bu grupla terapötik ilişkinin, çiftin karşılaştığı ve etkileşimde bulunduğu geniş aile, komşular, işverenler, iş arkadaşları ve sağlık profesyonelleri gibi diğer sistemleri de kapsayacak ekolojik özellikte olması gerektiğini savunmaktadır. İnfertil bireylerle çalışan sosyal çalışmacılar infertilite sürecinin bir parçası olabilen kayıp ve yas konularını tanımlamada uzmanlaşmaya başlamışlardır. Bu bağlamda çiftlerin travma sonrası büyüme ve dayanıklılıklarının gelişmesi, ilişkilerinin düzelmesi ve desteklenmeleri konusunda önemli bir rol üstlenmektedirler.

Yeni üreme teknolojileri ve evlatlık edinme hakkı konusu çok tartışmalıdır. Tıbbi tedavi süresince evlatlık konusu çiftler arasında pek görüşülmemektedir. Çiftler ancak tıbbi yolların bittiğinde evlat edinmeyi düşünmektedirler (Sundby, 1999: 15). İnfertilite ile ilgili konulara bakıldığında şu sonuç çıkmaktadır: Sosyal çalışmacılar infertilite klinikleri, aile planlama merkezleri, evlat edinme büroları, sağlık ve ruh sağlığı klinikleri gibi farklı alanlarda çalışabilmektedir (Holbrook, 1996: 257).

BÖLÜM 4: İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI TEMELİNDE İNCELENMESİ: SAHA ÇALIŞMASI

Bu araştırma infertilite tedavisi gören bireylerin kaygı, stres, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma düzeylerini hem nicel araştırma hem de derinlemesine görüşme yoluyla araştırmak üzere tasarlanmıştır. Bu bölümde araştırmanın amacına ulaşmak için uygulanan modele dair bilgilere, örneklem özelliklerine, araştırmanın veri toplama araçları ve uygulama sürecine değinilecektir. Karma yöntem ile gerçekleştirilen saha çalışmasından elde edilen bulgular ve bu bulguların birleştirildiği genel değerlendirme bölümleri de bu başlık altında yer alacaktır.

4.1. Araştırma Modeli

1980’li yıllardan bu yana sosyal bilimlerde yaygınlık kazanmaya başlayan karma yöntem, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla tasarlanan araştırma desenini ifade etmektedir. Karma yöntem genellikle anlama, perspektif, karmaşıklık, farklılık ve doğrulama için genişlik ve derinlik sağlamak adına kullanılmaktadır (Johnson, 2014). Araştırmacının tek bir çalışma ya da araştırma programı içinde veri toplayıp analiz ettiği, sonuçları “bütünleştirdiği”, hem nitel hem nicel yaklaşımı kullanarak çıkarımda bulunduğu yöntem olarak tanımlandığında karma yöntem ile ilgili kapsayıcı bir tanım sağlanmış olmaktadır (Tashakkori, 2007). Creswell (2003: 18) bu tanıma ek olarak araştırmacının araştırma sorusunu en iyi şekilde anlamak için veriyi ayrı ayrı ya da eş zamanlı olarak elde etmesi durumunu dâhil etmiştir.

Son on yılda karma yöntem üzerine yazılan kitap (Creswell, 2003; Tashakkori ve Teddlie, 2003) ve makalelerle (Baki ve Gökçek, 2012; Bergman, 2011; Creswell, 2006; Johnson ve Onwuegbuzie, 2004; Kırıl ve Kırıl, 2011) birlikte bu yöntem ile sosyal bilimlerin farklı alanlarında yürütülen araştırmalar (Creswell ve Zhang, 2009; Azorín ve Cameron, 2010; Kettles, Creswell ve Zhang (2011) da yaygınlaşmaktadır. Son yıllarda dünya literatüründeki bu yükselişe Türkiye’deki çalışmalar da eşlik etmiştir (İkizer, 2014; Gökçek, Babacan, Kangal, Çakır ve Kül, 2013: 450).

Karma araştırmanın diğerlerinden ayrılmasını sağlayan bazı özellikleri vardır. Örneğin, iki tür araştırma sorusu, iki tür örneklem belirleme yöntemi, iki tür veri toplama yöntemi, veri analizi ve iki tür sonuç bölümü içerdikleri görülecektir (Tashakkori, 2007: 4).

Eğer araştırmacı hem bulgularını bir popülasyona genelleme arzusunda hem de bir birey için bir fenomen ya da kavramın anlamı hakkında detaylı bilgi elde etmek istiyorsa seçeceği en doğru yöntem karma yöntem olacaktır (Creswell, 2003: 22). Creswell (2003: 16) karma yöntem için sıralı, eşzamanlı ve dönüşümsel olmak üzere üç strateji ve onlara bağlı çeşitli varyasyonlar üzerinde durmuştur. Karma yöntemin de diğer yöntemler gibi bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Aynı çalışma içinde kullanılan farklı yöntemlerin zayıf yönlerini diğerinin güçlü yönleriyle bertaraf etmesi, geniş çaplı ve karmaşık olabilen araştırma sorularını geniş ve eksiksiz bir şekilde cevaplama imkânı sunması, sayısal verilerin kelime, resim ve olaylarla desteklenmesi, tek yöntemden kaynaklanabilecek sınırlı görüş ve anlayışın önüne geçilmesi, genellenebilir veri sunması, bulguların yakınlık ve

doğruluğunun güçlü kanıt oluşturmaya imkân vermesi böylece kuram ve uygulamaya dair kesin ve tam sonuçlara yakınlaştırması avantajları olarak sıralanmıştır.

Uygulamada aynı anda yürütülecek nitel ve nicel çalışmaların araştırmacıyı zorlaması, araştırmacının birden fazla yöntemi tanınması ve nasıl harmanlayacağını iyi bilmesi gerekliliği, pahalı oluşu, yazılı ve sayısal veri analizinin zaman alması, karma araştırmaya dair bazı detayların sadece yöntem bilimciler tarafından yapılmaya uygun görülmesi ise dezavantajlarıdır (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004: 20).

Karma araştırmaları yaparken nitel ve nicel çalışmalara verilen ağırlıklar araştırmacıya ve araştırmanın amacına göre şekillenmektedir. Her iki yönteme eşit ağırlık verilebilir ya da biri diğerinden daha baskın olabilir. Diğer yandan iki yönteme ilişkin veriler aynı ya da farklı katılımcılardan aynı anda ya da birbirini takip eden süreçler içerisinde gerçekleştirilebilir. Dolayısıyla seçilen paradigma ile örneklemin belirlenmesi ve veri toplama zamanlaması birden fazla şekilde araştırmanın amacına uygun olarak düzenlenebilmektedir (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004: 20; Johnson, 2014; Johnson, Onwuegbuzie ve Turner, 2007).

Karma yöntemin bulgularının araştırma içinde ya da sonrasında nasıl değerlendirileceğine ilişkin gerekçelendirme Greene, Caracelli ve Graham, tarafından beş kategoride toplanmıştır. (1) Üçgenleme, nitel ve nicel bulguların aynı anda ancak birbirinden bağımsız kullanılmasıdır. (2) Tamamlayıcılık, bir yöntemden elde edilen sonuçların diğer yöntemin bulgularının detaylandırılması, artırılması ve açıklığa kavuşturulmasında kullanılmasıdır. (3) Gelişim, sıralı bir zaman içinde iki yöntemin yapıldığı birinin sonucunun diğerinin yöntem ve aşamalarını etkilemesidir. (4) Başlangıç, araştırma başlarken kullanılan yöntemin farklı bir yöntemle sorulacak yeni sorular ve hipotezler üretmesiyle gerçekleştirilir. İki farklı yöntemin sonuçlarının farklılaştığı noktaları ortaya çıkarmada yardımcıdır. (5) Genişletme, araştırmadaki farklı bileşenler için farklı yöntem kullanılmasıyla araştırmanın alanının genişletilmesidir (Greene, Caracelli ve Graham'dan aktaran Johnson ve Onwuegbuzie 2004: 22).

Karma yöntemin örneklem seçimi, uygulama süreci ve yorumlama aşaması literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır. Baki ve Gökçek (2012: 9) dikkat çeken karma yöntem tipolojilerinin Cresswell (2003); Johnson ve Onwuegbuzie (2004); Leech ve Onwuegbuzie (2009) araştırmalarında yer aldığını belirtmiştir. Johnson ve Onwuegbuzie (2004: 20) ise tipoloji seçiminin araştırmacının en başından araştırma safhalarını aynı anda mı, sırayla mı yürütmek istemesi ve baskın bir paradigmaya daha çok yer vererek mi araştırma yapmak istemesiyle ilgili kararıyla ilişkili olduğunu düşünmektedir.

Yukarıda karma yöntem ile ilgili genel bir giriş niteliğinde bilgiler aktarılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada infertil çiftlerin tedavi süreci boyunca yaşadıkları kaygı/stres durumlarını, psikolojik dayanıklılık seviyelerini ve başa çıkma yöntemlerini nicel veriler ve infertilite tedavisi gören kadınların tanı ve tedavi süreçleri boyunca yaşadıkları psikolojik, sosyal, ekonomik deneyimlerini derinlemesine görüşmeler yoluyla öğrenmek amacıyla karma model benimsenmiştir. Bu modelden elde edilen verilerle güçlendirme yaklaşımı harmanlanacak ve infertil bireylerin tanı ve tedavi deneyimlerinin güç ve kaynaklar üzerinden değerlendirmelerine imkân sağlanmış olacaktır. Foster-Fishman ve diğerleri

güçlendirmenin bir durumun farklı üyeleri için sahip olabileceği çoklu anlamları ortaya çıkaran araştırma yöntemlerinin kullanılması, etkili güçlendirme müdahalelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını kolaylaştırdığını ifade etmiştir. (Foster-Fishman vd., 1998: 510). Bu açıdan karma yöntem çok yönlü bir değerlendirme imkânı sunacağı düşünüldükten bu araştırmaya model olarak seçilmiştir. Araştırmacı tarafından her iki yöntem için ayrı ayrı araştırma sorusu oluşturulmuştur. Bu sorular etrafında şekillenen araştırma tasarımının sonunda infertil bireylerin güçlerinin, güçsüzlüklerinin, kaynaklarının ve sorunlarının neler olduğu ve bunlarla nasıl başa çıktıkları sonucuna ulaşmak istenmiştir.

Araştırma tasarımı, nitel ve nicel verinin aynı anda farklı örneklemelere uygulanması ile gerçekleştirilecektir, bu anlamda eş zamanlı örneklem tercih edildiğini söylemek mümkündür (Baki ve Gökçek, 2012: 8). Aynı zamanda bireylerin infertilite deneyimlerinde güçlenme/güçsüzleşme süreçlerinin daha iyi anlaşılması için derinlemesine görüşmelerden elde edilen veri baskın veri olarak seçilmiştir. Bu çalışmanın araştırma tasarımının Creswell'in (2003) tasarım sınıflandırmasına göre "eş zamanlı, iç içe geçmiş" tasarıma ve Leech ve Onwuegbuzie (2009: 269) sınıflandırmasında ise "kısmen karma, eşzamanlı, baskın statülü" tasarıma uygun olduğunu söylemek mümkündür.

Derinlemesine görüşme ve nicel veri için kullanılan bilgiler ortak özellikler taşıdığı gibi iki yöntemde birbirinden farklı sorulara da cevap aranmıştır. Derinlemesine görüşme infertilite ve tedavi deneyimini daha detaylı bir şekilde ele alırken nicel veride kullanılan ölçekler daha sınırlayıcı bir çerçeve sunmaktadır.

Derinlemesine görüşme ve nicel araştırma verileri aynı anda ancak ayrı ayrı toplanarak ayrı ayrı analiz edilecektir. Her iki veriye ilişkin bulguların ayrı başlıklarda sunulmasının ardından verilerin birleştirilmesi ve yorumlanması genel değerlendirme başlığı altında yapılacaktır. Böylece hem derinlemesine görüşmelerin hem de nicel verinin kendi içindeki bütünlüğünün bozulmaması ve her iki yönteme ait sonuçları değerlendirmede kolaylık sağlanması hedeflenmiştir.

4.1.1. Nicel veriye ait araştırma soruları ve hipotezler

AS1. İnfertilite tedavisi gören bireylerin kaygı düzeyleri, başa çıkma yöntemleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasında nasıl bir ilişki vardır?

AS2. Sosyo demografik özellikler (cinsiyet, gelir durumu, çalışma durumu, evlilik yılı, aile ortamı), sosyal destek almak, infertil bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını, kaygı düzeylerini ve kullandıkları başa çıkma yöntemlerini nasıl etkiler?

AS3. Tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin (en az bir çocuğu olmak, görülen tedavi türü, tedavi aşaması, infertilite nedeni, tedavi tekrar sayısı, tedaviye devam etme kararı, tedavi dışında diğer alternatifler hakkındaki düşünceler, hemşire, doktor ve kurumla ilgili memnuniyet, tedavinin eşler arası ilişkiye ve evliliğe etkisi hakkındaki görüş) infertil bireylerin psikolojik dayanıklılıkları, kaygı düzeyleri ve başa çıkma yöntemleri üzerinde nasıl bir etkisi vardır?

AS4. Sorunun kaynaklandığı birey olmak, bireyin psikolojik dayanıklılığını, kaygı düzeyini ve başa çıkma yöntemlerini nasıl etkiler?

AS5. Sosyo-demografik değişkenler, psikolojik dayanıklılık, tedavi sürecine ilişkin veriler ve başa çıkma stratejileri infertil bireyin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini nasıl etkiler?

Nicel araştırma soruları doğrultusunda düzenlenen hipotezler aşağıda sonuçların takibini kolaylaştırmak için analiz türlerine göre sınıflandırılarak sunulmuştur.

Ortalama karşılaştırmaları ile ilgili hipotezler:

H1: İnfertilite tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık, kaygı düzeyleri ile başa çıkma yöntemleri cinsiyete göre farklılaşır.

H2: Bireylerin gelir durumu, çalışma ve sosyal güvencesi olma, evlilik yılı ayrı ayrı psikolojik dayanıklılık, kaygı düzeyleri ile başa çıkma yöntemlerini etkiler.

H3: Sosyal destek alma durumlarını yeterli görenlerin psikolojik dayanıklılıkları yüksek ve durumluk/sürekli kaygı seviyeleri düşüktür ve aktif başa çıkma yöntemlerini kullanmayı tercih etmektedirler.

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

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

H6: Tedavinin hangi aşamasında olduğu ve cinsiyetin ortak etkisine bağlı olarak kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yöntemleri anlamlı fark göstermektedir.

H7: Tedavi sağlayan kurum türü (devlet-özel) ile çiftlerin durumluk/sürekli kaygı ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Kurum ve sağlık personelinden memnuniyet, yeterli sosyal destek gördüğünü düşünme, psikolojik destek alma isteği, çevresini tedaviden haberdar etme, tedavinin evlilikte sorun yaratma durumu ve tedavinin eşler arası iletişimi etkilemesi durumu cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H9: En az bir çocuğu olan bireylerin, hiç olmayanlara göre durumluk ve sürekli kaygı puanları düşük, psikolojik dayanıklılığı yüksektir. Bu kişiler aktif başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır.

H10: İnfertil kadınlar yaşlandıkça durumluk ve sürekli kaygı puanları artmakta, psikolojik dayanıklılıkları azalmakta ve daha çok duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadırlar.

H11: Sorunun kaynaklandığı tarafın stres seviyesi yüksektir, psikolojik dayanıklılığı düşüktür, duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih etmektedir.

Değişkenler arası korelasyon analizleri için hipotezler:

H12: Toplam tedavi sayısı ile çiftlerin stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H13: Katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olup olmadığı ve eş ilişkisini nasıl etkilediğiyle ilgili düşünceleriyle kaygı ve psikolojik dayanıklılıkları ile başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H14: Kurumdan/doktorlar/hemşirelerden alınan hizmetten memnuniyet ile kaygı ve psikolojik dayanıklılık seviyeleriyle, başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H15: Bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı seviyesi ve psikolojik dayanıklılıkları arasında negatif anlamı bir ilişki vardır. Biri yüksek olduğunda diğeri düşük olur. Aynı zamanda psikolojik dayanıklılığı yüksek ve kaygı seviyesi düşük bireyler problem odaklı başa çıkma ve destek arayıcı başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanırken kaderci başa çıkma ile çaresizlik odaklı başa çıkmayı daha az kullanmaktadır.

Regresyon analizleri için hipotezler:

H16: Kadın olmak, psikolojik dayanıklılığın düşük olması, duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini (kaderci ve çaresizlik odaklı başa çıkma) tercih etmek durumluk ve sürekli kaygı ile anlamlı olarak ilişkilidir.

H17: Kadın olmak, hiç çocuğu olmamak, psikolojik dayanıklılığın düşük olması ve duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmak sürekli kaygı ile pozitif ve anlamlı olarak ilişkilidir.

H18: Kadın olmak, tedavinin eşler arası iletişime olumsuz yansıdığını düşünmek, psikolojik dayanıklılığın düşük olması ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanıyor olmak durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkilidir.

H19: Kadın olmak, duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmak durumluk ve sürekli kaygı ile pozitif ilişkili iken psikolojik dayanıklılık, kurum, doktor ve hemşirelik hizmetlerinden memnun olmak durumluk ve sürekli kaygı ile negatif ilişkilidir.

H20: Kadın olmak, duygu odaklı başa çıkmayı kullanmak durumluk ve sürekli kaygı ile pozitif ilişkili, aktif başa çıkma yöntemlerini (problem odaklı ve destek arayıcı başa çıkma) kullanmak, psikolojik dayanıklılık, sosyal güvencenin olması, çalışıyor olmak, gelirin yüksek olması, tedavi için devlet desteğinden faydalanmak durumluk ve sürekli kaygı ile negatif ilişkilidir.

H21: Kadın olmak, psikolojik destek almak istemek ve duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmak durumluk ve sürekli kaygı ile pozitif ilişkili, psikolojik dayanıklılık ve aktif başa çıkma yöntemleri negatif ilişkilidir.

H22: Cinsiyet, duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmak, tedaviyi tekrar etme kararı, gelir durumu, psikolojik dayanıklılık ile durumluk ve sürekli kaygı arasında anlamlı ilişki vardır.

H23: Cinsiyet, tedavi türü, görülen toplam tedavi sayısı, psikolojik dayanıklılık ve destek arama odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma stratejisiyle pozitif ve anlamlı olarak ilişkilidir.

H24: Cinsiyet, görülen toplam tedavi sayısı, kaderci başa çıkma, görülen tedavi türü, psikolojik dayanıklılık ile çaresizlik odaklı başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.1.2. Derinlemesine görüşmelere ait araştırma soruları

Temel araştırma sorusu: İnfertilite tedavisi gören kadınların infertilite ve tedavi sürecindeki deneyimleri, ihtiyaçları, güçleri ve güçsüzlükleri hakkındaki görüşleri ve başa çıkma yöntemleri nelerdir?

AS1. İnfertilite tedavisi gören kadınlar tedavi süresince fizyolojik, psikolojik ve duygusal faktörlerden nasıl etkilenmektedir?

AS2. İnfertil bireyler için infertilite ve çocuk sahibi olmak ne anlam ifade etmektedir?

AS3. Kurum ve personel ile iletişim ve ilişkileri kadınları ve tedavi sürecini nasıl etkilemektedir?

AS4. İnfertilite tedavisi gören kadınlar profesyonel psikolojik destek ve danışmanlığa ihtiyaç duyuyor mu ve danışmanlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanabiliyor mu?

AS5. İnfertilite tedavisi gören kadınların tedavi sürecinde yakın duygusal ilişkileri nasıl etkilenmiştir, eşler birbirlerine destek olma konusunda gönüllü olmuşlar mıdır?

AS6. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda sosyal çevre etkileşimleri nasıldır? Aile ya da sosyal çevrelerinden çocuk sahibi olamama nedeniyle ilgili baskıyla karşılaşmışlar mıdır?

AS7. Kadınların yaşadığı toplumsal yapı infertilite ve tedavi sürecine yaklaşımlarını nasıl etkilemektedir?

AS8. Maddi konular infertilite ve tedavi sürecinde kadınları nasıl etkilemektedir? Devlet desteği almış olmanın kadınlar üzerinde nasıl bir etkisi vardır?

AS9. İnfertilite tedavisi gören kadınlar infertilite ve tedaviden kaynaklı (psikolojik, sosyal, ilişkisel ya da ekonomik) sorunlarıyla başa çıkarken hangi yöntemleri kullanmaktadırlar?

AS10. İnfertil kadınların tanı ve tedavi sürecindeki güçleri ve güçsüzlükleri nelerdir?

4.2. Katılımcılar

Bu araştırmanın evreni İzmir ve Manisa illerindeki infertilite tedavisi gören bireylerdir. Örneklem ise araştırmacının araştırma takvimi içinde tedaviye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden infertilite tedavisi sürecinde olan bireylerdir. Aşağıda araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ve tedaviye ilişkin bilgileri nicel veri ve derinlemesine görüşmeler için ayrı ayrı yer almaktadır.

4.2.1. Nicel saha çalışması katılımcıları

Araştırmanın nicel saha çalışması İzmir ve Manisa illerinde infertilite tedavisi gören 321 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örnekleminin cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınlar 194 kişi ile (%61.6) çoğunluğu oluşturmaktadır. Erkekler ise 121 (%38.4) kişidir. Araştırmaya çiftler dışında bireysel olarak katılan 146 kişinin 109'u kadın (%74.6), 37'si (%25.3) erkektir. Tüm katılımcıların toplamının yaş ortalaması 32.97, kadın ve erkeklerin ayrı ayrı ortalamaları da 32.7'dir. Yaş değişkeni infertilite tedavisinde önemli bir değişken olduğu için kategorik olarak yeni bir değişken elde edilerek grup karşılaştırmalarında da yaş değişkeninin etkilerine bakılması hedeflenmiştir.

Katılımcıların eğitim seviyesine bakıldığında 53'ü (%16.8) ilkokul, 32'si (%10.2) ortaokul, 91'i (%28.9) lise, 80'i (%25.4) üniversite, 44'ü (%14) yüksekokul ve 15'i (%4.8) lisansüstü mezuniyetine sahiptir. Gelir durumuna bakıldığında katılımcılardan aylık gelirleri 1300 TL ve altında olanlar 71 (%22.5), 1301-3000 TL arasında olanlar 151 (%47.5), 3001-5000 TL arasında olanlar 63 (%20), 5000 TL üstü geliri olanlar ise geri kalan 11 (%3.5) kişidir. Çalışan katılımcıların 97'si (%48.7) kadın, 117'si (%51.3) erkektir.

Tablo 1'de katılımcıların demografik özellikleri yer alırken Tablo 2'de tedavi süreçlerine ilişkin bilgiler ve Tablo 3'te psikolojik ve sosyal destekle ilgili bilgiler bulunmaktadır.

Tedavi maliyetine katılımcıların %29'u cevap vermezken %70'i yazdıkları tutarlara göre kendi içinde gelirle dengeli olacak şekilde gruplandırılmıştır. Tedavi masrafları 0-1300 TL arasındakiler; %5.7, 1400-3000 TL arasında olanlar; %21.3; 3500-5000 arasında olanlar; %8.9, 5500-8000 arasında olanlar; %12.7, 8500-15000 arasında olanlar; %14.6, 16000-60000 olanlar; %7.6'dır. Katılımcıların kurum hemşire ve doktor hizmetlerine ilişkin görüşleri de sorulmuştur. Verilen cevaplara göre kurum hizmetini 147 (%46.7) kişi iyi, 85 kişi (%27) çok iyi olarak değerlendirmiştir. Hemşireden aldıkları hizmeti değerlendirirken 147 (%46.7) kişi iyi ve 107 (%34) kişi çok iyi olarak ve doktorların verdiği hizmeti ise 135 (%42.9) kişi iyi, 11 (%35.2) kişi çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Tedavinin evliliklerinde soruna sebep olup olmadığını “asla”dan “çok fazla”ya doğru ilerleyen bir Likert ölçeğinde değerlendiren katılımcıların %70.5 oranla çoğunluğu (222 kişi), “asla” seçeneğini işaretlemiştir. “Çok fazla” diyen sadece 10 (%3.2) kişidir. Tedaviden sonra eşler arası iletişimin nasıl etkilendiği sorusuna ise 238 (%75.6) kişi “soruna sebep olmadığını” belirtmiştir. Buna karşılık sorun yarattığını düşünenlerin oranı %1.9'dur. Ayrıca 288 (%91.4) kişinin hiç çocuk sahibi olmadığı, 27 kişinin de (%8.6) en az bir çocuğunun olduğu görülmektedir. Katılımcıların 277'si (%87.9) tedavi sürecinden yakınlarını haberdar etmeyi tercih etmiştir. Katılımcıların 278'i (%88.33) tıbbi olmayan yöntemleri denemediğini sadece 37 kişi (%11.7) tıbbi olmayan yöntemler denediğini belirtmiştir.

Tablo 1. Nicel Veriye Ait Demografik Özellikler

Değişkenler	Frekans (%)	Ortalama(SS)
Yaş (minimum:20, maksimum: 50)	-	32.96 (5.2)
Cinsiyet		
Kadın	194 (61.6)	
Erkek	121 (38.4)	
Eğitim seviyesi		
İlkokul	53 (16.8)	
Ortaokul	32 (10.2)	
Lise	91 (28.9)	
Üniversite	80 (25.4)	
Yüksekokul	44 (14)	
Lisansüstü	15 (4.8)	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	214 (67.9)	
Çalışmıyor	100 (32.1)	
Gelir durumu		
1300 TL ve altı	71 (22.5)	
1301-3000 TL	151 (47.5)	
3001-5000 TL	63 (20)	
5001 TL ve üzeri	11 (3.5)	
Sosyal güvence		
Var	282 (89.5)	
Yok	22 (7)	
Evlilik yılı		
1-5 yıl	159 (50.5)	
6-10 yıl	112 (35.6)	
11-15 yıl	32 (10.2)	
16-21 yıl	12 (3.8)	
Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler		
İzmir Özel Ege Tüp Bebek Merkezi	64 (20.3)	
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi TBÜ	98 (31.1)	
İzmir Tepecik Eğt. Arş. Has. TBÜ	116 (36.8)	
Manisa Özel Grand Medical Has. TBÜ	37 (11.7)	
Araştırmaya katılma durumu		
Bireysel	146 (46.3)	
Çift olarak	169 (53.7)	
Tedavi için devlet desteği almak		
Var	118 (37.5)	
Yok	197 (62.5)	
Daha öncede devlet desteği alma		
Var	50 (15.9)	
Yok	265 (84.1)	
Kimlerle yaşandığı		
Sadece eşler	289 (91.7)	
Eşlerden en az birinin ailesiyle birlikte	26 (8.3)	
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	27 (8.6)	
Yok	288 (91.4)	

Tablo 2. Tedaviye İlişkin Verilere Ait Frekans Dağılımları

Değişkenler	Frekans (%)
Tedavi türü (görüşme esnasındaki dâhil olmak üzere)	
En az bir kere sadece İÜİ	74 (23.5)
En az bir kere hem İÜİ hem TBT	104 (33)
En az bir kere sadece TBT	124 (39.4)
İlk başvuru veya henüz tedavi kararı verilemeyen	13 (4.1)
Şu anda görülen tedavi türü	
İÜİ	65 (20.6)
TBT	237 (75)
Henüz karar verilmeyen	13 (4.4)
İnfertilite Kaynağı	
Kadın kaynaklı infertilite	84 (26.7)
Erkek kaynaklı infertilite	79 (25.1)
Hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite	43 (13.7)
Açıklanamayan infertilite	109 (34.7)
Tedavi aşamaları	
Tedavi için ilk kez başvuranlar	38 (12.1)
Önceden bir kez İÜİ/TBT görüp yeni tedaviye gelenler	39 (12.4)
Tahlil/kontrol aşamasında olanlar	67 (21.3)
Enjeksiyon/enjeksiyon öncesi aşamasında olanlar	46 (14.6)
Yumurta toplama aşamasında olanlar	14 (4.4)
Tüp bebek transfer aşamasında olanlar	35 (11.1)
Aşılama yapılacak olanlar	34 (10.8)
Dondurulmuş embriyosu olup transfere başvuracaklar	7 (2.2)
Gebelik testi için gelenler	5 (1.6)
Gebe olanlar	30 (9.5)
Tedaviye ilk başvurma zamanı	
Son iki yılda başvuranlar	119(37.8)
3-5 yıl önce başvuranlar	115 (36.5)
6-19 yıl önce başvuranlar	76 (24.1)
20 yıl önce başvuranlar	2 (0.6)
Tedaviyi tekrar denemek isteme	
Evet	252 (80)
Hayır	56 (17.8)
Kararsız	8 (2.2)
Tedaviye devam etmeyeceklerin nedenleri	
Maddi nedenler	16 (5.1)
Psikolojik nedenler	17 (5.4)
Maddi ve psikolojik nedenler	19 (6)
Diğer nedenler	12 (3.7)
Tedaviye alternatifler	
Düşünmüyorum	222 (70.5)
Evlat edinme	55 (17.5)
Koruyucu aile	16 (5.1)
Diğer	8 (2.6)

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

Değişkenler	Frekans(%)
Profesyonel psikolojik destek alanlar	
Eşiyle	2 (0.6)
Bireysel	11 (3.5)
Destek alanların danışmanları	
Psikolog	6 (1.9)
Psikiyatr	4 (1.3)
Sosyal çalışmacı	1 (0.3)
Psikolojik destek almamış ama almak isteyenler	
Evet	150 (47.6)
Hayır	164 (52.1)
Psikolojik destek almak isteyenler için tedavi aşaması	
Tedaviden önce	48 (15.2)
Tedavi esnasında	61 (19.4)
Tedaviden sonra	21 (6.7)
Tedavinin her aşamasında	7 (2.2)
Tedavi öncesi ve sırasında	7 (2.2)
Sosyal destek	
Yeterli	185 (58.7)
Yetersiz	64 (20.3)
Destek görmüyorum	58 (18.4)

4.2.2. Derinlemesine görüşme saha çalışması katılımcıları

Araştırmanın derinlemesine görüşme katılımcıları seçilirken amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Böylece katılımcılar araştırmanın amaç ve kapsamına uygun kriterlere göre seçilmiştir. Katılımcılar infertilite tanısı almış, hastaneye infertilite tedavisi için başvurmuş, daha önce en az bir kere tedavi görmüş ya da ilk tedavisinin son aşamalarına gelmiş, bilişsel ve psikolojik yeterliliğe sahip, ayakta tedavi gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş, görüşme için vakit ayıran yirmi yedi kadından oluşmaktadır. Araştırmaya katıldıkları sırada tedavi oldukları hastaneler açısından gruplandırıldığında 6 katılımcı özel hastanelerde, on katılımcı tıp fakültesinde ve on bir katılımcı eğitim araştırma hastanesinde tedavi olmaktadır.

Araştırmaya başlarken her iki cinsiyetten katılımcıların çalışmaya dâhil olması planlanırken tedavi uygulamasının daha çok kadın bedeni üzerinden yürütülmesi, bu nedenle kontrol ve uygulamalar için hastaneye kadınların daha sıklıkla gelmesi ve infertil erkeklerin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi üzerine katılımcılar doğal olarak sadece kadınlardan oluşmuştur. Özellikle bir tedaviyi tamamlamış ya da ilk tedavisinin sonuna gelmiş olan infertil bireylerin tercih edilmesinin sebebi ise tedavinin tüm aşamalarını deneyimlemiş olmalarından kaynaklı tedavi süreciyle ilgili daha detaylı bir görüşme gerçekleştirilebileceği düşüncesidir. Araştırmada katılımcıların İÜİ ya da TBT'den hangisini gördüğü ayırımına gidilmemiş, her iki tedaviyi görenler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çünkü araştırma sadece tedaviyi değil aynı zamanda infertilite deneyimini de kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Bireylerin infertilite ve tedavi deneyimleri fizyolojik, psiko-sosyal, ilişkisel, kültürel ve ekonomik anlamda ele alınmaya çalışılmıştır. İnfertilite yaşamsal tehdit içermeyen bir sağlık sorunu olsa da sosyal ve kültürel boyutların da infertil bireyler için önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın derinlemesine görüşmeler yapılarak elde edilen verileri nicel yöntemin gerçekleştirildiği hastanelerde, nicel yöntem verisiyle aynı süreler içinde görüşmeyi kabul eden kadın katılımcılarla gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler esnasında uzun bir infertilite ve tedavi geçmişi olan bir bireyle görüşmeye başlanmış, ancak tedavilerini anlatmaya başladıktan sonra ağlayarak devam edemeyeceğini söylemesi üzerine görüşme sonlandırılmıştır. Bir başkasıyla da görüşmeye başlanmış ancak hemşirelerin çağırması üzerine görüşme sonlanmak zorunda kalmıştır. Bu iki görüşme araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan 27 infertilite tedavisi gören kadına ait tanıtıcı bazı bilgilere aşağıda yer verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması: 34.4'tür. Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması, 37.07'dir. Evlilik yılı ortalaması, 6.7'dir. En az yedi aylık en fazla 14 yıllık evli bireyler vardır ve 5 kişi 10 yıllık evlidir. Katılımcılara dair bilgiler görüşme sırasına göre verilmiştir. Ayrıca katılımcılara ait tanıtıcı demografik bilgiler ile infertilite ve tedavi sürecine dair bilgiler Tablo 22'de (s.181) yer almaktadır.

Müberra:

34 yaşında. Lise mezunu. Yönetici sekreteri. 10 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir'de yaşıyor. Ege Üniversitesi'nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite; bir tüpü alınmış. Gelir durumu; 3001-5000 arası. Eşi 35 yaşında, öğretmen. Gördüğü tedaviler: üç tüp bebek tedavisi, dört aşılama tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada dondurulmuş embriyoları var, tahlil aşamasında dördüncü tüp bebek tedavisi için transfere ön hazırlık yapılıyor.

Şinok:

32 yaşında. Ortaokul mezunu. İşletme sahibi. 10 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir'de yaşıyor. Ege Üniversitesi'nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 35 yaşında, fabrikada işçi. Gördüğü tedaviler: bir aşılama tedavisi, iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada dondurulmuş embriyoları var, tahlil aşamasında, ikinci tüp bebek tedavisi için transfere ön hazırlık yapılıyor.

Dilek:

36 yaşında. İlkokul mezunu. Ev hanımı. 12 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. Aydın/Nazilli'de yaşıyor. Ege Üniversitesi'nde tedavi görüyor. İkincil infertilite, (10 yaşında bir oğlu var). Erkek kaynaklı infertilite; sperm sayısı düşük. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi elektrikçi. Gördüğü tedaviler: bir aşılama tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci aşılama için yumurtalar büyütülüp trasfere hazırlık aşamasında.

Boncuk:

31 yaşında. Üniversite mezunu. Eczane teknisyeni. 6 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir'de yaşıyor. Ege Üniversitesi'nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 30 yaşında, fabrikada işçi. Gördüğü tedaviler: iki aşılama tedavisi, bir tüp bebek tedavisi. Görüşme

yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için tahlil aşmasında, dondurulmuş embriyoların transferi için rahim içi hazırlık yapılıyor.

Nehir Naz:

41 yaşında. Lise mezunu. Ev hanımı. 7 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de yaşıyor. Özel Grand Medical Hastanesinde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite, sperm azlığı. Gelir durumu; 5001-8000 arası. Eşi 41 yaşında, ticaretle uğraşıyor. Gördüğü tedaviler: bir aşılama tedavisi, beş tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada beşinci tüp bebekten olan 17 haftalık gebelik.

Nergis:

38 yaşında. Lise mezunu. Mağaza yöneticisi. 5 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 5001-8000 arası. Eşi 35 yaşında, güvenlik amiri. Gördüğü tedaviler: üç aşılama tedavisi, üç tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada dördüncü tüp bebek tedavisi için yeni başvuru.

Beyaz Papatya:

32 yaşında. İlkokul mezunu. Kuaför ama çalışmıyor. 7 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite; tüpleri kapalı. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 38 yaşında, özel sektörde çalışıyor. Gördüğü tedaviler: bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada tüp bebekle olan 5 haftalık gebelik.

Leyla:

30 yaşında. Ortaokul mezunu. Ev hanımı. 4 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite; sperm azlığı. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 31 yaşında, mermer işi yapıyor. Gördüğü tedaviler: iki aşılama tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada üçüncü aşılama tedavisi için yeni başvuru.

Elif:

44 yaşında. Lise mezunu. Ev hanımı. 4 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 39 yaşında, Güvenlik. Gördüğü tedaviler: iki aşılama tedavisi, iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada tahlil aşamasında.

Serra:

38 yaşında. Üniversite mezunu. Öğretmen. 10 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. Balıkesir’de yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite (7 yaşında bir oğlu var, iki aşılama sonrası spontan gebelik sonucu doğuyor). Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 5001-8000 arası. Eşi 38 yaşında, öğretmen. Gördüğü tedaviler: İlk çocuktan sonra bir tüp bebek tedavisi Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için tahlil aşamasında dondurulmuş embriyoları var.

Serpil:

39 yaşında. Lise mezunu. Tekstil işinde çalışıyor. 13 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 5001-8000 arası. Eşi 41 yaşında, tekstil malzemesi satıyor. Gördüğü tedaviler: iki aşılama tedavisi, iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada üçüncü tüp bebek tedavisi için yumurta kontrolü aşamasında.

Aysun:

38 yaşında. Üniversite mezunu. Çalışmıyor. 7 aylık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite; sperm azlığı. Gelir durumu; 3001-5000 arası. Eşi 43 yaşında, Öğretmen. Görüşme yapıldığı sırada ilk denemesi için iğne tedavisine başlamayı bekliyor.

Zeynep:

36 yaşında. İlkokul mezunu. Tekstil işinde çalışıyor. 8 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 37 yaşında, tekstil işinde çalışıyor. Gördüğü tedaviler: üç aşılama tedavisi, bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için iğne aşamasında.

Ayşe:

38 yaşında. İlkokul mezunu. Tekstil işinde çalışıyor. 4 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite; tüplerinde zehir var, iki düşük olmuş, operasyon geçirmiş. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 40 yaşında, belediyede çalışıyor. Gördüğü tedaviler: Bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için gebelik testi sonucu bekliyor.

Fatma:

33 yaşında. İlkokul mezunu. Tekstil işinde çalışıyor. Resmiyette 5 yıllık evli, eşiyle 16 yıldır birlikte yaşıyorlar. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 41 yaşında, Şoför. Gördüğü tedaviler: üç tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada dördüncü tüp bebek denemesi için iğne tedavisi görüyor.

Gönül:

34 yaşında. Lise mezunu. Ev hanımı. 10 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Eşi ve eşinin ailesiyle birlikte yaşıyorlar. Hem kadın hem erkek kaynaklı infertilite; adet (regl) düzensizliği ve sperm hareket azlığı. Gelir durumu; 1301-3000 arası.

Eşi 36 yaşında, depo sorumlusu. Gördüğü tedaviler: iki kez aşılama tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada üçüncü aşılama için başvuru yapılmış.

Bahar:

38 yaşında. Ortaokul mezunu. Kuaför. 10 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. İzmir’de yaşıyor. Gelir durumu; 3001-5000 arası. Eşi 37 yaşında, tekstilde çalışıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. Devlet desteği alıyor. Birincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite; polikistikover. Gördüğü tedaviler: dört aşılama, bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek denemesi için iğne tedavisi görüyor.

Gonca:

27 yaşında. İlkokul mezunu. Çalışmıyor. 4 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite (İlk eşinden iki çocuğu var ve hiç görüşmüyor). Kadın kaynaklı infertilite, iki tüp de tıkalı. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 30 yaşında, inşaatçı. Gördüğü tedaviler: iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada üçüncü tüp bebek tedavisi için, dondurulmuş embriyoların transferi rahim içi hazırlık yapılıyor.

Yasemin:

33 yaşında. Ortaokul mezunu. Fabrikada işçi. 5 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite (İlk eşinden 17, 15, 13 ve 9 yaşlarında devlet korumasında olan üç kız, bir erkek çocuğu var). Kadın kaynaklı infertilite, tüplerin bağlatılmış olması. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 36 yaşında, forkliftçi. Görüşme yapıldığı sırada birinci tüp bebek tedavisi için yumurtalıkların hazırlanması.

Miraç:

38 yaşında. Ev hanımı. 13 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite; tek tüpü operasyonla alınmış. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 52 yaşında, tarımla uğraşıyor. Gördüğü tedaviler: Bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için yeni başvuru yapıldı.

Gül:

37 yaşında. Üniversite mezunu. Öğretmen. 2,5 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. Aydın’da yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Açıklanamayan infertilite. Gelir durumu; 5001-8000 arası. Eşi 41 yaşında, öğretmen. Görüşme yapıldığı sırada birinci tüp bebek tedavisi için yumurtalıkların hazırlanması aşamasında.

Nur:

34 yaşında. Üniversite mezunu. Öğretmen. 5 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği alıyor. İzmir’de yaşıyor. Ege Üniversitesi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite. Gelir durumu; 8001 ve üzeri. Eşi 34 yaşında, öğretmen. Gördüğü

tedaviler: Bir aşılama tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci aşılama tedavisi için tahlil aşmasında.

Gülüm Su:

25 yaşında. Ortaokul mezunu. Ev hanımı. 6 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de (Bergama) yaşıyor. Özel Ege Tüp Bebek Merkezi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Hem Kadın kaynaklı (polikistikover, süt hormonu bozukluğu), hem erkek kaynaklı (spermde hareket azlığı) infertilite. Gelir durumu; 1301-3000 arası. Eşi 30 yaşında, usta. Gördüğü tedaviler: bir aşılama tedavisi, bir tüp bebek tedavisi (düşük). Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek tedavisi için dondurulmuş embriyo transferi öncesi rahim içi hazırlık için iğnelere başlanacak.

Gülbahar:

38 yaşında. İlkokul mezunu. Evhanımı. 1 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de yaşıyor. Özel Ege Tüp Bebek Merkezi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite, yumurta azlığı. Gelir durumu; 0-1300 arası. Eşi 34 yaşında, işçi. Gördüğü tedaviler: bir tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebek için yeni başvuru yapılmış.

Sevim:

34 yaşında. Ortaokul mezunu. Evhanımı. 14 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. Özel Ege Tüp Bebek Merkezi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite, sperm sayısının azlığı. Gelir durumu; 1301-3000. Eşi 39 yaşında, esnaf. Gördüğü tedaviler: altı tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada yedinci tüp bebek tedavisi dondurulmuş embriyoları transfer için rahim içi hazırlık sürecinde.

Anne:

26 yaşında. Üniversite mezunu. Muhasebe. 6 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de yaşıyor. Özel Ege Tüp Bebek Merkezi’nde tedavi görüyor. İkincil infertilite. Kadın kaynaklı infertilite, rahimde perde olduğu için tedavi öncesi operasyon geçirmiş. Gelir durumu; 3001-5000. Eşi 28 yaşında, özel sektör. Gördüğü tedaviler: üç aşılama tedavisi, iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada ikinci tüp bebekten olan 16 haftalık gebelik.

Papatya:

36 yaşında. Lise mezunu. Evhanımı. 2 yıllık evli. Sosyal güvencesi var. Devlet desteği almıyor. İzmir’de (Foça) yaşıyor. Özel Ege Tüp Bebek Merkezi’nde tedavi görüyor. Birincil infertilite. Erkek kaynaklı infertilite, hormonal sebepler. Gelir durumu; 3001-5000. Eşi 42 yaşında, mühendis. Gördüğü tedaviler: iki tüp bebek tedavisi. Görüşme yapıldığı sırada üçüncü tüp bebek tedavisi için kontroller ve dondurulmuş embriyo için hazırlık aşaması.

4.3. Yöntem ve Prosedür

Araştırmacı Etik Kurul İzni (EK. 3) ve tedavinin yapılacağı kurumlardan kurum izinlerini (EK. 4) aldıktan sonra görüşme yapılan tüm kurumlarda infertilite bölümünün doktor ve hemşireleri ile tanışmış ve araştırmanın kapsamını onlara anlatmıştır. Daha sonra kurumlardaki sorumlu hemşireler, araştırmacıyı nicel veri ve derinlemesine görüşme için belirlenen kriterlere uygun olarak infertil bireylere yönlendirmiştir.

Araştırmanın saha çalışması Şubat 2016'da başlayıp Mayıs 2016'da son bulmuştur. Bu tarihler arasında araştırmacı, hastaneler arasında dönüşümlü olarak hastane ziyaretlerini gerçekleştirmiştir. Ziyaretlerin dönüşümlü olarak gerçekleştirilmesinin sebebi, farklı infertil bireylerle karşılaşma olasılığını artırmaktır. Çünkü infertilite tedavi süreci yaklaşık bir buçuk aylık bir sürede sonlanmakta ve infertil bireyler bu süre içinde belirli aralıklarla tedavi süreçlerini tamamlamak için hastane ziyaretleri gerçekleştirmektedirler.

4.3.1. Ölçek formlarının uygulanması

Araştırmacı, nicel veri için hazırladığı formu kurumların bekleme salonunda bekleyen bireylere kendini tanıtip araştırmanın kapsamını kısaca anlatarak gönüllülük kapsamında katılmak isteyip istemediklerini sormuştur. Bu aşamada hemşirelerden yönlendirme almamıştır. Çünkü nicel veri için bireylerin tedavinin herhangi bir aşamasında olmaları yeterlidir. Araştırmaya katılmak isteyenler (birey ya da çift olarak) araştırma kapsamını ve katılımcıların gönüllü olduklarını onayladıkları rıza formunu içeren birer form almışlar ve bekleme salonunda beklerken formdaki soruları kendi başlarına cevaplamışlardır. Formların tamamlanması 20-30 dakika arasında farklılaşmıştır. Araştırmacı katılımcılar soruları yanıtlarken herhangi bir soru olması durumuna istinaden orada her zaman hazır bulunmuştur. Doldurulan her forma bir numara verilmiştir. Nicel yöntemde kullanılan ölçekler ve demografik soru formu için EK1'de yer almaktadır.

4.3.2. Derinlemesine görüşmelerin uygulanması

Derinlemesine görüşmelere katılacak bireyler için bazı kriterler belirlenmiştir. Bunlardan birincisi, daha önce belirtildiği gibi erkek katılımcıların görüşme için zaman ve görüşmeyi kabul etme açısından uygun olmamalarından dolayı görüşme yapılacak kişilerin kadın olmasıdır. İkincisi görüşme yapmak için uygun bir ortamın araştırmacıya sağlanmış olması ve katılacak bireyin ortalama 30-45 dakika aralığında sürececek bu görüşmeyi kabul etmesidir. Üçüncü kriter, infertil bireylerin en az bir tedaviyi olumlu ya da olumsuz olarak sonlandırmış ya da tedavi sürecinde olmaları gerekmektedir. Burada birkaç istisna yaşanmıştır. Birinci istisnada araştırmacı randevu almak için biriyle görüşürken başka birisi kendisinin de araştırmaya katılmak istediğini belirtmiş ve araştırmacı bu talebi (görüşmeye katılacak bireylere ilişkin belirlenen kriterleri dikkate almadan) kabul etmiştir. İkinci istisnada ise araştırmacı hastanenin sakin olduğu bir zamanda ve hedeflediği kriterlerde görüşülecek birisi olmadığında orada bekleyenleri araştırmaya davet etmiştir. İlk tedavileri olsa da iki bireyin görüşmeyi kabul etmesi üzerine görüşme gerçekleştirmiştir. Kriterlere göre yapılan görüşmelerin doygunluğa ulaştığını düşünen araştırmacı bu bireylerle yapılan görüşmelerin de değerli olduğuna inandığı için bu üç görüşmeyi analiz bölümüne dâhil etmiştir.

Araştırmacının infertilite tedavisi hizmeti sunan, araştırma izinlerinin alındığı hastanelere (Ek 4) ziyaret yaptığı zamanlarda hemşirelerin yönlendirmesiyle istenilen kriterleri karşılayan infertil kadınlarla görüşme yapılmıştır. Görüşmeler sadece hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı öncelikle kendini tanıtmış ardından araştırmanın kapsamı ve görüşmede sorulacak sorular hakkında kısa bir bilgi verdikten sonra görüşmenin yaklaşık süresini ve görüşmenin ses kaydına alınacağını ve bu kayıtları sadece araştırmacının dinleyeceğini belirterek bireylere katılmak isteyip istemediklerini sormuştur. Eğer o anda hastanede sessiz ve yalnız görüşülecek bir oda bulunuyorsa ve birey görüşmeye zaman ve psikolojik olarak hazır olup araştırmaya katılmayı kabul ediyorsa görüşme hemen gerçekleştirilmiştir. Eğer bu şartlar uygun değilse katılımcı olmayı kabul eden kadınlarla bir başka saat ya da gün randevulaşarak görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeye başlamadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmaya rızalarıyla katıldıklarını beyan ettikleri toplamda bir sayfalık rıza formu okutulmuş ve kendilerinden isimleri dışında bir rumuz belirlemeleri istenmiştir. Her katılımcı kendi rumuzunu kendisi seçmiş araştırmacı buna müdahale etmemiştir. Görüşme boyunca sadece bu rumuzlar kullanılmıştır. Araştırmacının sözlü uyarısının yanında rıza formunda da katılımcılara görüşmelerin ses kayıt cihazıyla kaydedileceği belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin kimlik bilgileri özel hayatın gizliliği ve etik gerekliliklerden dolayı saklı tutulmuş ve araştırmanın hiçbir yerinde hiçbir şekilde yer almamıştır. Rumuz belirlendikten sonra araştırma sorularına geçilmiştir.

Görüşmeler yapılırken infertil kadınlara; 1) infertilite tedavisi öncesi ve süresince neler yaşandığını, 2) tedavi deneyimi ve sürecin birey üzerindeki etkisini, 3) bireylerin çocuk sahibi olmaya yükledikleri anlamı, 4) infertilite ve tedavisinin eşler arasındaki ilişkiye yansımalarını, 5) infertilite ve tedavisinin sosyal ve kültürel alana yansımalarını, 6) bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve 7) güç ve güçlendirme bağlamında karşılaştıkları zorluklarla nasıl başa çıktıklarını, yönlendirici olmadan çok boyutlu olarak anlamaya çalışan açık uçlu sorular yöneltilmeye çalışılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme araştırmacıya görüşme sırasında önemli noktaları hatırlatacak şekilde detaylandırılarak oluşturulmuştur ve görüşülen kadınlara aynı düzende sorulmaya çalışılarak standart bir görüşme olmasına özen gösterilmiştir. Ancak bireylerin anlatımı sırasında sorular arasında sıra farklılıkları olduğunda araştırmacı anlatıma müdahale etmemiştir.

4.3.3. Veri toplama araçları

4.3.3.1. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için Spielberger tarafından geliştirilmiş olup 1983 yılında Öner ve Le Comte tarafında Türkçeye uyarlanmıştır. Aynı çalışmada geçerlik ve güvenirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri her iki formda yirmi soru olmak üzere kırk maddeden oluşan öz-değerlendirme anketi olarak bireyler tarafından doldurulmaktadır (Yiğit, Dilmaç, Deniz ve Hamarta, 2011: 39). Durumluk kaygı formundaki sorular bireylerin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini ortaya çıkarmaya çalışırken sürekli kaygı formundaki sorular bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan

bağımsız genellikle kendini nasıl hissettiğini belirlemeye çalışır. Bireyin içinde bulunduğu yoğun stresli zamanda durumluk kaygı yükselirken stres geçince düşer. Sürekli kaygı ise bireyin kaygıya olan yatkınlığını temsil etmektedir. Bununla birlikte kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin daha kolay karamsarlığa kapıldıkları ve bu bireylerin durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun yaşadıkları belirtilmektedir (Öner, 2008).

Durumluk Kaygı ölçeğindeki sorular karşılık geldiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” şıklarından birisi seçilerek, Sürekli Kaygı Ölçeğindeki sorular ise karşılık geldiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman” ve “hemen her zaman” şıklarından biri seçilerek cevaplanır (Öner, 2008). Ölçekteki doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler, sürekli kaygı ölçeğinde 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. maddeler tersine dönmüş maddelerdir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tektaş, 2014: 247).

Envanterin güvenirlik çalışması test-tekrar test güvenirliği yöntemiyle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu hesaplanarak, sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86, durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği ise Kuder Richardson 20 formülüyle hesaplanarak durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .87, sürekli kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur. Bu durum Türkçe formun yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılık sergilediğini göstermektedir. Geçerlik çalışmasına bakıldığında Kaygı Ölçeğinin Türkçeleştirilmesi deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği olmak üzere iki ayrı teknikte gerçekleştirilmiştir (Öner, 2008; Yiğit vd., 2011).

4.3.3.2. Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-PDÖ)

Connor ve Davidson tarafından 2003 yılında stresle başa çıkma yeteneğini ölçmek üzere geliştirilmiştir. 25 maddelik ölçeğin soruları "hiç doğru değil" (0) ile "her zaman doğru" (4) seçenekleri arasında değişen 5 maddelik bir ölçekte puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek psikolojik dayanıklılık (direnç) düzeyini gösterir. Geliştirilen ölçek 5'li Likert tipi ve 25 maddelik bir ölçektir (Connor ve Davidson, 2003). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması ise Karırmak (2010) tarafından yapılmış ve elde edilen Cronbach alfa katsayısı .92 çıkmıştır. Ülker Tümlü (2012) tarafından CD-PDÖ'nün test-tekrar güvenirlik katsayısı .75, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ise .84 bulunmuştur. Connor ve Davidson'ın yaptığı benzer ölçekler geçerliği ile “Kobasa Dayanıklılık Ölçeği” arasındaki ilişki pozitif yönde .83 olarak; “Algılanan Stres Ölçeği” ile ilişkisi negatif yönde .76; “Stres Hassasiyeti Ölçeği” ile ilişkisi negatif yönde .32; “Sheehan Sosyal Destek Ölçeği” ile arasındaki ilişki ise pozitif yönde .36 olarak tespit edilmiştir (Connor ve Davidson, 2003). Yiğit ve diğerlerinin çalışmasında 94 kişiye uygulanan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .91 bulunmuştur (Yiğit vd., 2011: 40).

4.3.3.3. Başa Çıkma Yolları Ölçeği-Türkçe Formu (BÇYÖ-TR)

Başa çıkma yolları ölçeği ilk olarak 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından 66 madde olarak geliştirilip 1985 yılında revize edilmiştir. Ölçek ile stresli bir yaşam olayından sonra

bireylerin kullandığı bilişsel ve davranışsal başa çıkma süreçlerini değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Ölçek soruları (0) hiçbir zaman (3) her zaman şeklinde dördü bir ölçümle derecelendirilmiştir. Folkman ve Lazarus (1985) başa çıkmayı açıklayan 8 faktör bulmuşlardır, problem odaklı başa çıkma, diğer yedisi duygu odaklı başa çıkma yöntemleri olan; uzaklaşma, hüs-nükuruntu, olumlu yeniden değerlendirme, özeleştirme, gerilim azaltma, kaçma, izolasyon, sosyal destek arama. Lisans öğrencileriyle yapılan çalışmada alfa katsayısı bu 8 faktör arasında .59 ile .88 arasında değişmektedir.

Bu araştırmada infertilite tedavisi gören çiftlerin tedavi sürecinde hangi başa çıkma yollarını kullandıklarını anlamaya çalışmak için (Türkçe formu) kullanılan başa çıkma yolları ölçeğini geliştirmiş olan Folkman ve Lazarus (1980: 236), ölçeğin avantajlarını şu şekilde sıralamaktadır: (1) belirli zorluklarla başa çıkma değerlendirmesini yapmak için tasarlanmıştır ve hem bireyin iç dünyasını hem de karşılaştırmalı analizlerin yapılabileceği bir ölçektir. (2) kişinin karmaşık olan başa çıkma düşünce ve eylemlerini karakterize etmesine imkân sağlar. (3) uygulaması kolaydır.

Türkçe uyarlaması 1991 yılında 8 yeni madde eklenerek Siva tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı .91 bulunmuştur. 7 faktörle açıklanan başa çıkmanın faktörleri, *planlı davranış, mod düzenleme, kabullenme, olgunlaşma, yardım arama, kadercilik, çekingen olma* olarak isimlendirilmiştir. Daha sonra 74 maddelik ölçek formundan analizler sırasında aşamalı olarak toplamda 32 soru çıkarılarak 42 maddelik yeni form oluşturulmuştur ve dördü ölçüm yerini üçlü ölçüme “(0) hiçbir zaman, (1) bazen, (2) her zaman” bırakmıştır. Cronbach Alfa değeri .76 olarak bulunmuştur (Karancı, Alkan, Akşit, Sucuoğlu ve Balta’dan aktaran Gül, 2014) Farklı alanlarda da uygulanan ölçek çeşitli örneklemelerde test edilmiştir (Karancı ve Erkam, 2007). Son aşamada *kaderci, problem çözme/iyimser, çaresizlik/özeleştirme, aktif/sosyal destek ve kaçınma* olarak beş faktörlü bir yapı oluşmuştur (Gül, 2014: 56-57).

Başa Çıkma Yolları Ölçeği Türkçe formunun faktör yapısı dört faktörü zorlayarak Varimax döndürmeli bileşenler ile analiz edilen (Dirik, 2006) faktör yapısına dayanılarak kullanılmıştır. Analiz sonucunda problem çözme odaklı başa çıkma faktörüne olumsuz yüklenen madde 32 hariç dört faktör oluşmuştur (Tablo 4). Bu nedenle, madde 32, pozitif ve yüksek yüklendiği ÇOBÇ faktörüne yerleştirilmiştir. Faktör analizi sonucunda birinci faktör, 11 madde ile ($\alpha = .86$) “kaderci başa çıkma”, ikinci faktör 12 madde ile ($\alpha = .77$) “problem çözme odaklı başa çıkma”, üçüncü faktör 8 madde ile ($\alpha = .72$) “destek arayıcı başa çıkma” son olarak dördüncü faktör 6 maddeyi içeren “çaresizlik odaklı başa çıkma” ($\alpha = .75$) olarak değerlendirilmiştir. Bu 4 faktör varyansın % 36,75’ini açıklamış ve ölçeğin genel alfa güvenirliği .86 hesaplanmıştır (Gül, 2014: 57). Gül (2014: 92) problem çözme odaklı başa çıkma⁵ve destek arayıcı başa çıkmanın “aktif başa çıkmanın” göstergesi olduğunu ve kaderci başa çıkma ile çaresizlik odaklı başa çıkma yollarının da “duygu odaklı başa çıkma”nın göstergesi olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmada bu dört faktörlü bu yapı temel alınarak değerlendirilmiştir.

⁵ Gül’ün (2014) “problem çözme odaklı başa çıkma” olarak adlandırdığı faktörün adı literatürle uyumu korumak için bundan sonraki bölümlerde “problem odaklı başa çıkma” olarak adlandırılacaktır.

Tablo 4. Başa Çıkma Yolları Ölçeği TR Formu Varimax Döndürmeli Faktör Yükleri

	Faktörler			
	1	2	3	4
Kaderci başa çıkma				
Madde37	.79			
Madde34	.72			
Madde15	.71			
Madde24	.69			
Madde14	.69			
Madde10	.68			
Madde20	.65			
Madde30	.59			
Madde16	.55			
Madde29	.34			
Madde9	.31			
Problem odaklı başa çıkma				
Madde19		.59		
Madde22		.56		
Madde25		.55		
Madde18		.54		
Madde27		.50		
Madde39		.48		
Madde23		.46		
Madde8		.46		
Madde21		.44		
Madde41		.44		
Madde31		.42		
Madde42		.37		
Çaresizlik odaklı başa çıkma				
Madde12			.61	
Madde35			.60	
Madde36			.58	
Madde26			.57	
Madde17			.54	
Madde40			.48	
Madde33			.48	
Madde13			.47	
Madde2			.47	
Madde4			.46	
Madde32		-.38	.27	
Destek arayıcı başa çıkma				
Madde6				.71
Madde5				.61
Madde7				.57
Madde38				.49
Madde28				.45
Madde1				.44
Madde3				.42
Madde11				.39
Cronbach Alfa	.86	.77	.75	.72
Açıklanan varyans (%)	16.58	11.57	5.03	3.58
Toplam açıklanan varyans (%)	36.75			

(Gül, 2014)

4.3.3.4. Demografik form ve derinlemesine görüşme formu

Araştırmmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından ilgili literatür okumaları yapıldıktan sonra hazırlanan demografik form, katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve gelir durumu, evlilik yılı, çocuk sahibi olup olmamaları, sorunun kimden kaynaklandığı, infertilite tedavisine ne zaman başlandığı, hangi tedavinin kaçar kere tekrarlandığı, tedavinin maliyeti, hangi tedavi aşamasında olduğu, psikolojik destek alma/almak isteme durumları, kurum ve hizmet memnuniyeti, tedavinin çift ilişkisine yansımaları, tedavi harici alternatifler hakkındaki düşünceleri, tedaviye devam kararları ve çocuk sahibi olmanın onlar için ne anlam ifade ettiği gibi soruları içermektedir. Demografik form temel hatları itibarıyla hem nicel yöntemde hem de derinlemesine görüşmelerde kullanılmıştır.

Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu (EK. 2) ise infertilite deneyimi ve tedavi sürecinde infertil bireylerin genel olarak bireysel ve çevresel alanlardaki deneyimlerini derinlemesine ve bir bütün olarak incelemeyi amaçlamaktadır.

Karma yöntemin kullanıldığı bu araştırmada bireylerin hem stres veren bir yaşam krizi olan infertilite deneyimi hem de toplumda giderek yaygınlaşan infertilite tedavisi deneyimleri araştırılmıştır. İnfertilite ve tedavi deneyiminin fiziksel, psikolojik, ekonomik, çift ilişkileri, sosyal ve toplumsal alanlarla karşılıklı etkileşimi, süreç boyunca karşılaşılan sorunlarla nasıl başa çıkıldığı ve bireylerin kaynakları ile gereksinimleri hakkında bütüncül ve kapsamlı bir kavrayış için infertil birey ve görüşmeci arasındaki güven ilişkisine dayanan derinlemesine görüşmelerden yararlanılmıştır.

Karmaşık, uzun ve zorlu bir süreç olan infertilite ve tedavisi deneyimi bireylerle kurulacak yakın bir ilişki ve karşılıklı etkileşimin olduğu, detayların konuşulduğu bu görüşmelerle sürecin farklı bağlamlarda bireyin üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılacağı düşünülmektedir. O nedenle sayıca fazlalık avantajı veren ve derinlemesine görüşmeye göre infertilite deneyimini daha genellenebilir kılan nicel veri toplama araçlarının derinlemesine görüşmeden elde edilen sonuçlara bir katkı sağlaması düşünülmektedir. Bu karma araştırmada infertilite ve tedavisini anlamaya yönelik öncelik derinlemesine görüşmelerden gelen anlatılara ait olacak nicel yöntemden gelen veri derinlemesine görüşmeden elde edilen bulguları desteklemek amacıyla kullanılacaktır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmacıya görüşme sırasında belirli bir sırada ilerleme imkânı vermesi için alt bölümler halinde ayrılarak hazırlanmıştır. Araştırmacı görüşmeye bireyin tedavi geçmişi ile başlamayı tercih etmiştir. Öncelikle demografik bilgilerin alınması bireyleri rahatsız edebilmekte ve görüşmeye bir mesafe katabilmektedir. Oysa araştırmacının amacının onların tedavi geçmişlerini ve onlar üzerindeki etkisini anlayabilmek olduğu için katılımcıların sosyo demografik bilgilerinden önce görüşmecinin odağının tedavi deneyimi olduğu mesajı bireylere en baştan verilmiştir.

İlk bölümde bireylerin ne zaman evlendikleri, ne zaman tedaviye başladıkları, tedaviyi kaç kere denedikleri, yaşları, tedavi ile ilgili duygu düşünceleri, süreçten kimlerin haberdar olduğu, denedikleri tıbbi olmayan yöntemler, tedavinin başarısız olması ile nasıl başa çıktıkları, kurum ve sağlık personelinin aldıkları hizmetlere ilişkin görüşleri, sağlık

personeliyle kurdukları ilişkiler ve bireye yansımaları konuşulmuştur. Dolayısıyla tanı ve tedavi sürecinde infertil kadınların güçlenme/güçsüzleşme deneyimleri ile başa çıkma süreçleri araştırılmaya çalışılmıştır.

Ardından tedavinin fizyolojik, psikolojik ve duygusal etkileri hakkındaki deneyimlerini öğrenmek amacıyla infertilite tanısına tepkileri, çocuk sahibi olmanın onlar için ne anlam ifade ettiği, kurdukları hayaller, sosyal desteğe ihtiyaç duydukları zamanlar, kısır ve kısırlık kavramlarına ilişkin görüşleri, psikolojik destek alma eğilimleri ve tedavi süresince yaşadıklarıyla nasıl başa çıktıkları üzerine görüşme sürdürülmüştür.

Sonraki bölüm eşleriyle tanı ve tedavi sürecindeki ilişkilerinin nasıl etkilendiğine ayrılmıştır. Aile ilişkileri ve sosyal ilişkilere dair sorular, çevrelerinden infertilite ve tedavi hakkında nasıl tepkiler aldıkları ve son olarak gördükleri destekleri paylaşmaları istenen bireyler doğrudan sosyal çevre ve aile ilişkilerinde onları güçlendiren ve güçsüzleştiren deneyimleri de paylaşmışlardır.

Sosyal ilişkilerden sonra tedavinin bireylerin iş hayatına yansımaları, toplumun infertilite ve tedaviye yaklaşımları hakkındaki düşünceleri ve bu düşüncelerin onlara hissettirdikleri sorulup bireylerin tanı ve tedavi geçmişlerindeki anlatımlarında bahsetmediği demografik bilgilere dair sorular yöneltilmiştir.

Demografik formdan sonra Anderheim vd., (2005) tarafından infertilitenin psikolojik etkilerini araştırmak için geliştirilen ve genellikle infertil bireyler tarafından dile getirilen, son zamanlardaki infertilite deneyimlerini anlamaya yönelik farklı duyguları ifade eden on dört psikolojik madde (suçluluk, başarı, öfke, hoşnutluk, hayal kırıklığı, mutluluk, soyutlanma/kendini soyutlama, güven, kaygı/endişe, memnuniyet/tatmin, depresyon, güçsüzlük, (öz)yeterlik ve kontrol) hakkında bireylerden 1-5 arası bir değerlendirme yapmaları istenmiştir (Sayfa 182’de Tablo 23’te bireylerin maddelere verdikleri puanlar sunulmuştur.). Bu psikolojik deneyimlerin bireyler tarafından 1-5 arasında değerlendirilmesinin ötesinde araştırma için başka bir önemi ortaya çıkmıştır. Bazı bireylerin görüşme boyunca açıkça ifade etmediği, değinmediği ya da aklına gelmeyen deneyimlerini, duygularını detaylı ve açıkça bu duygular üzerinden paylaştığı, kendini daha iyi ifade ettiği örnekler olmuştur. O nedenle daha çok bireyin tedavi sürecindeki psikolojik deneyimleri hakkında derinlemesine paylaşım yaptığı bu değerlendirmeler başa çıkma ve güçlenme dinamikleri açısından yorumlanmaya çalışılacaktır.

Görüşmede katılımcılara son olarak tedavi olumsuz olursa ne yapacakları ve çocuk sahibi olmak için tedavi harici alternatifler hakkında ne düşündükleri sorulmuştur. Bazı katılımcılar soruların hepsinin yöneltilmesine gerek kalmadan kendi tedavi akışı içerisinde bir anlatımla yaşadıklarını aktarmış ve görüşmecisi eksik kalan yerleri sorarak araştırma sorularını tamamlamıştır. Görüşmeler yarıda kesilmemiş ancak bireylerin paylaşımlardan kaynaklı kısa süren görüşmeler olmuştur. Görüşmenin bireyler üzerinde rahatlatıcı bir etkisi olmuştur.

“Sizinle görüşmek bile iyi geldi” (Zeynep)

“Şu anda sizi hiç tanımadığım için her şeyimi rahatlıkla anlatabiliyorum mesela. Seni hiç tanımadım ama seninle konuşmak beni rahatlattı, belki dile getiremediğim şeyleri sana

getirdim. Aslında stresten uzak kalın diyorlar bize normalde şu an bak ben stresli değilim. Hatta üstüne üstlük rahatladım.” (Gonca)

“Sizinle görüşmek de rahatlattı.” (Gül)

4.4. Nicel Veri Analiz Süreci ve Sonuçları

Bu bölümde ilk olarak temel analiz öncesi verilerin düzenlenmesi, ikinci olarak temel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ve değişkenler arası korelasyonlar verilecektir. Son bölümde de grup karşılaştırmaları ve regresyon analizlerine yer verilecektir.

4.4.1. Verilerin düzenlenmesi

Araştırmmanın nicel yöntemlerle elde edilen verisi IBM SPSS programı 25 sürümüyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 321 kişi katılmış ancak 5 kişinin sorularının çoğunun cevapsız kalması nedeniyle (kayıp veriler) bu beş kişi analize dâhil edilmemiştir. Ayrıca araştırma değişkenlerinin normallik dağılımlarına bakıldığında basıklık ve çarpıklık katsayıları değerlendirilip normallik varsayımları araştırılmış ve bir katılımcının Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-PDÖ) skorları açısından aşırı farklılaşması (extreme values) ve normalliği olumsuz etkilemesi nedeniyle bu katılımcı da analizlere dâhil edilmemiştir. Sonuç olarak 6 katılımcı analiz dışı bırakılmış ve 315 katılımcı ile araştırma analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan üç ölçek veri toplama araçları bölümünde ele alınmıştır, bu bölümde ölçeklerle ilgili analiz öncesi yapılan düzenlemelere değinilecektir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ile ilgili sürekli kaygı için ayrı durumluk kaygı için ayrı olmak üzere öncelikle ters maddeler dönüştürülüp her iki alt ölçeğin toplam puanı alınarak yeni bir veri oluşturulmuştur. Aynı işlem CD-PDÖ için de gerçekleştirilmiştir. Son olarak bu araştırmada genel olarak ölçeklerin faktör yapılarının incelenmesi amaçlanmadığı için Başa Çıkma Yolları Ölçeği Türkçe Formu’nun (BÇYÖ-TR) faktör yapısı Gül’ün (2014: 57) çalışmasında hesaplanan dört faktör yapısına göre düzenlenmiştir ve analizler bu faktör yapısı üzerinden gerçekleştirilecektir.

4.4.2. Tanımlayıcı istatistikler

Araştırmmanın temel değişkenlerine ait tanımlayıcı (ortalama, standart sapma) istatistiklere Tablo 5’te yer verilecektir. Durumluk/sürekli kaygı envanteri ile yapılan ölçümlere göre kaygı seviyesini düşük, orta ve yüksek olarak belirlemek mümkün görünmektedir. Bir çalışmada 44’ün üzerindeki skorlar yüksek kaygı düzeyini işaret etmektedir (Knight, Waal-Manning ve Spears, 1983: 248). Bir başka çalışmada ise ortalama ve standart sapmaya göre bir kaygı derecelendirmesi yapılmıştır (Tektaş, 2014: 247). Tektaş’ın çalışmasındaki yöntem esas alınarak infertil bireylerin kaygı düzeyleri bu araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama ve standart sapması temel alınarak hesaplanmıştır. Bu durumda tüm grubun (kadın-erkek) durumluk kaygı seviyesi belirlenirken ölçekten alınan ortalama puanı kriter alınmıştır. Tablo 5’te görüldüğü gibi durumluk kaygı puan ortalamasının bir standart sapma alt sınırı olan 29.01 puanının altındakiler “düşük” kaygılı, durumluk kaygı puan ortalamasının bir standart sapma üst sınırı olan 49.17 puanının üstündekiler “yüksek” kaygılı seviyesi, bu alt ve üst sınırlar arasındakiler “orta” kaygılı olarak ifade edilmiştir.

Yani durumluk kaygı seviyeleri; $20 < \text{Puan} < 29.01$ “düşük”, $29.01 < \text{Puan} < 49.17$ “orta”, $49.17 < \text{Puan} < 71$ “yüksek” olarak belirlenmiştir.

Sürekli kaygı için aynı şekilde yapılan hesaplama göre 33,61 puanının altındakiler “düşük”, 50.01 puanının üstündekiler “yüksek” ve bu iki puan arasındakiler “orta” kaygı seviyesinde olarak ifade edilebilir. Yani sürekli kaygı seviyeleri; $20 < \text{Puan} < 33.61$ “düşük”, $33.61 < \text{Puan} < 50.01$ “orta”, $50.01 < \text{Puan} < 69$ “yüksek” olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 315 bireyden kadınların (N=194) durumluk kaygı puanı ortalaması 41.19 ve sürekli kaygı puanı ortalaması 43.45, erkeklerin (N=121) durumluk kaygı puanı ortalaması 35.73 ve sürekli kaygı puanı ortalaması 39.17’dir. Bu sonuçlara göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puanlarında kadın ve erkeklerin ortalama düzeyde kaygılı oldukları ancak kadınların durumluk ve sürekli kaygılarının erkeklere göre daha yüksek olduğu da görülmektedir (Harata vd., 2012).

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinde ise yüksek puanlar, psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğuna bir işarettir (Connor ve Davidson, 2003: 76). Başa çıkma yolları ölçeği ise faktör yapısına sahip bir ölçek olduğu için her faktörün diğer değişkenlerle ilişkisi ayrı ayrı incelenecektir. Ancak problem odaklı ve kaderci başa çıkmanın ortalamasının yüksek oluşu çaresizlik odaklı ve destek arayıcı başa çıkmaya göre bu iki başa çıkma stratejisinin bireyler arasında yaygın olduğunun bir göstergesidir.

Tablo 5. Temel Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistik

Temel Değişkenler	Ortalama	ss.	min.	mak.
Durumluk kaygı (DK) toplam puan	39.09	10.08	20	71
Sürekli kaygı (SK) toplam puan	41.81	8.2	20	69
CD-PDÖ toplam puan	93.77	16.05	46	125
BÇYÖ-TR toplam puan				
Problem odaklı başa çıkma	29.75	3.4	17	36
Kaderci başa çıkma	25.62	3.5	14	33
Çaresizlik odaklı başa çıkma	22.91	3.8	13	32
Destek arayıcı başa çıkma	19.88	2.3	13	24

4.4.3. Değişkenler arası korelasyon

Birinci araştırma sorusu (AS1) ve 12-15 (H12-H15) arasındaki hipotezlerin test edileceği korelasyon analizleri bu bölümde sunulacaktır. Araştırmanın sürekli ölçek yapısındaki değişkenleri arasındaki korelasyonlar Tablo 6’da sunulmuştur. Tablo 6’da da görüldüğü üzere katılımcıların durumluk kaygı puanlarının katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimi zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = .20, p < .01$), katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = .27, p < .01$), sürekli kaygı puanları ($r = .55, p < .01$) ve çaresizlik odaklı başa çıkma puanları ile ($r = .35, p < .01$) **pozitif yönlü**, kurumdan alınan hizmetten memnuniyet durumu ($r = -.15, p < .05$) ve doktorun sunduğu hizmetten memnuniyet durumuyla ($r = -.14, p < .05$) **negatif yönlü** ilişkisi olduğu görülmektedir.

Sürekli kaygı puanları ise katılımcıların tedavi sürecinin eşler arasındaki iletişimi zorlaştırmasıyla ilgili düşünceleri ($r = .29, p < .01$), katılımcıların tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğuna dair düşünceleri ($r = .27, p < .01$), katılımcıların bugüne kadar uyguladığı toplam tedavi sayısı ($r = .11, p < .05$), kaderci başa çıkma ($r = .12, p < .05$), ve

çaresizlik odaklı başa çıkma ile ($r = .64, p < .01$) **pozitif yönlü** ilişkilidir. Sürekli kaygı puanlarının **negatif yönlü** ilişkili olduğu değişkenlerse; gelir durumu ($r = -.21, p < .01$), psikolojik dayanıklılık ($r = -.44, p < .01$), problem odaklı başa çıkma ($r = -.41, p < .01$) ve son olarak destek arayıcı başa çıkma stratejisidir ($r = -.39, p < .01$).

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

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

Kaderci başa çıkma stratejisi, gelirle ($r = -.21, p < .01$) **negatif**, çaresizlik odaklı başa çıkma ($r = .40, p < .01$) ve destek arayıcı başa çıkma stratejisi ($r = .17, p < .01$) **pozitif ilişkilidir**.

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

Tablo 6. Bazı Araştırma Değişkenlerinin Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Eğitim																	
2 Gelir	.447**																
3 Evlilikte sorun	0.004	-0.001															
4 Eşler arası ilişki	-0.095	-0.077	.597**														
5 Kurumdan memnuniyet	-0.004	0.051	0.002	0.020													
6 Hemşireden memnuniyet	-0.084	-0.030	0.042	0.049	.637**												
7 Doktordan memnuniyet	-0.077	0.014	0.022	0.045	.640**	.733**											
8 Evlilik yılı	-.220**	0.010	-0.067	-0.014	0.097	0.083	0.099										
9 Başvurma zamanı	-.240**	-0.056	-0.011	-0.027	-0.019	0.024	0.026	.575**									
10 Toplam tedavi sayısı	-0.088	0.000	-0.018	0.098	-0.050	0.015	-0.036	.246**	.395**								
11 Durumluk kaygı	-0.015	-0.102	.269**	.199**	-.146*	-0.057	-.144*	0.075	0.061	0.052							
12 Sürekli kaygı	-.182**	-.209**	.270**	.291**	-0.026	0.042	0.018	0.109	.120*	.114*	.554**						
13 Psikolojik dayanıklılık	0.035	.150**	-.182**	-.124*	0.046	-0.048	0.059	0.011	-0.031	-0.042	-.227**	-.435**					
14 Problem odaklı bç.	.157**	.127*	-.169**	-0.110	0.013	0.022	0.032	0.008	-0.029	0.013	-.228**	-.411**	.559**				
15 Kaderci bç.	-.220**	-.206**	-0.010	0.037	0.107	0.059	0.033	0.067	-0.011	0.082	0.028	.117*	0.001	0.033			
16 Çaresizlik odaklı bç.	-.231**	-.170**	.262**	.208**	0.034	0.085	0.048	0.078	0.059	0.074	.351**	.642**	-.329**	-.239**	.398**		
17 Destek arayıcı bç	0.027	0.014	-0.111	-0.103	0.018	0.041	0.027	0.013	0.004	0.029	-.208**	-.394**	.403**	.538**	.175**	-.245**	

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.4.4. Gruplar arası karşılaştırmalar ve Regresyon analizleri

İkinci ve üçüncü araştırma soruları (AS2-AS3) ve 1-11 arası hipotezlerle ilgili olan (H1-H11) katılımcıların psikolojik dayanıklılık ve kaygı puanları ile başa çıkma yollarının, cinsiyet, gelir, infertilite türü, görülen tedavi türü, psikolojik destek alma, sosyal destek alma, devlet desteği alma, infertilite nedenleri değişkenleri açısından nasıl farklılaştığını anlamak için bu bölümde bağımsız örneklem için t-test, tek faktörlü ANOVA analizi, bazen de bu değişkenlerin psikolojik dayanıklılık, durumluk/sürekli kaygı ve başa çıkma yöntemleri üzerindeki ortak etkisini araştırmak için iki faktörlü ANOVA analizi kullanılmıştır. Ayrıca farklı modeller üzerinden yukarıdaki korelasyon tablosunda görüldüğü gibi birbiriyle korelasyon gösteren başa çıkma yolları ve psikolojik dayanıklılık gibi değişkenlerin, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecindeki farklılaştığı değişkenler (tedavi türü, infertilite nedenleri, gelir, devlet desteği vb.) ile birlikte katılımcıların durumluk/sürekli kaygı durumlarını nasıl etkilediği ve yordadığı çoklu doğrusal regresyon analizi yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle cinsiyet değişkeni açısından psikolojik dayanıklılık ve durumluk/sürekli kaygı seviyeleri ve başa çıkma stratejilerinin nasıl farklılaştığına bağımsız gruplar t-testi ile bakılmıştır (H1). Varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test $p>0.05$) analiz sonuçlarına göre durumluk ve sürekli kaygı seviyeleri ve çaresizlik odaklı başa çıkma cinsiyet açısından anlamlı olarak ($p<0.01$) farklılaşmaktadır. Kadınların durumluk kaygı ($Ort.=43.45$) ve sürekli kaygı seviyeleri ($Ort.=41.19$) erkeklere göre daha yüksektir ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejisini ($Ort.=23.42$) erkeklere göre ($Ort.=22.1$) daha fazla tercih etmektedirler.

Tablo 7. Kadın ve Erkeklerin PD, DSK ve BÇY Puanlarına Göre Karşılaştırılması

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

Varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test $p>0.05$) bir başka analiz sonucuna göre çalışıyor olma durumu sürekli kaygı $t(313)=2.14$, $p<0.05$, çaresizlik odaklı başa çıkma $t(313)=2.13$, $p<0.05$ ve problem odaklı başa çıkma $t(313)=2.16$, $p<0.05$ açısından

farklılaşmaktadır (H2). Çalışan kişilerin çalışmayanlara göre sürekli kaygı seviyesi düşüktür ($Ort=41.13$, $SS=8.37$). Çalışanlar çaresizlik odaklı başa çıkmaya daha az başvururken ($Ort=22.59$, $SS=3.78$), problem odaklı başa çıkma stratejisini ($Ort=30.04$, $SS=3.27$) daha fazla tercih etmektedirler.

Gelir durumu, sürekli kaygı puanları $F(4, 305)= 3.97$, $p<0.01$ ve kaderci başa çıkma stratejisi, $F(4,305)= 4.44$, $p<0.01$ açısından farklılaşmaktadır (H2). Gelir grupları arasındaki örneklem sayısı eşit dağılmadığı için bu iki değişkenin Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyi 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, 0-1300 TL arası gelire sahip olanların ($Ort=44.61$, $SS = 9.02$) ile 8000 TL üstü geliri olanlara ($Ort=36.82$, $SS=10.79$) göre sürekli kaygıları daha yüksektir. Diğer yandan 5001-8000 TL arası geliri olanların ($Ort=22.65$, $SS=4.67$) kaderci başa çıkma stratejisini geliri 0-1300 TL arası olanlara ($Ort=26.52$, $SS=3.09$) ve geliri 3001-5000 TL arası olanlara ($Ort=25.75$, $SS=3.33$) göre daha az tercih ettiği görülmektedir.

Durumluk/sürekli kaygı puanları, psikolojik dayanıklılık ya da başa çıkma stratejileri ile sosyal güvencenin olup olmaması arasında t-test sonuçlarına göre anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Katılımcıların varyansların homojen olduğu (Levene's test $p>0.05$) tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre evlilik yılları ile sadece çaresizlik odaklı başa çıkma arasında anlamlı fark bulunmuştur $F(3, 311)= 3.03$, $p<0.05$. Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, 11-15 yıldır evli olanlar ($Ort=24.77$, $SS=3.29$) daha az yıldır evli olanlara göre çaresizlik odaklı başa çıkmayı daha fazla kullanmaktadır (H2).

Sosyal destek görme durumlarının durumluk/sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma stratejileri açısından farklılaşma durumu incelendiğinde Tablo 8'de görüldüğü gibi durumluk/sürekli kaygı, problem odaklı ve çaresizlik odaklı başa çıkma açısından anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, Tablo 8'deki ortalamalardan görüleceği gibi durumluk kaygı açısından desteğin yeterli olduğunu düşünenlerle destek görmediğini düşünenler arasındaki fark anlamlıdır. Sürekli kaygı açısından yeterli destek gördüğünü düşünenler ile destek görmediğini ya da desteğin yetersiz olduğunu düşünenler farklılaşmaktadır. Çaresizlik odaklı başa çıkmayı tercih etmek sosyal desteği yeterli görenler ve görmeyenler arasında farklılaşmaktadır. Sonuç olarak sosyal destek alma durumlarını yeterli görenlerin durumluk/sürekli kaygı durumları düşüktür ve daha çok aktif başa çıkma stratejilerini kullanmaktadırlar (H3).

Tablo 8. Sosyal Destek Görmenin DK, SK, ÇOBÇ ve POBÇ Açısından Farklılaşması

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

Profesyonel psikolojik destek almak isteyenlerin DSK puanları, psikolojik dayanıklılık puanları ve başa çıkma stratejileri açısından almak istemeyenlerle karşılaştırılmaları bağımsız gruplar t-test ile test edilmiştir (H4). Psikolojik destek almak isteme bireylerin durumluk kaygıları $t(312)=5.43$, $p<0.01$, sürekli kaygıları $t(312)=5.23$, $p<0.01$, psikolojik dayanıklılıkları $t(312)=3.57$, $p<0.01$, problem odaklı başa çıkmaları $t(312)=3.25$, $p<0.01$, çaresizlik odaklı başa çıkmaları $t(312)=3.31$, $p<0.01$ ve destek arayıcı başa çıkmaları $t(312)=2.67$, $p<0.01$ açısından anlamlı olarak farklılaşmakta, kaderci başa çıkma açısından $t(312)=0.25$, $p>0.01$ farklılaşmamaktadır. Anlamlı fark olan değişkenlerden DABÇ değişkeni hariç tüm değişkenler için varyans homojenliğinin sağlanmıştır (Levene's test $p>0.05$). Psikolojik destek almak isteyenlerin DSK puanları yüksek, psikolojik dayanıklılık puanları düşüktür ve çaresizlik odaklı başa çıkmayı kullandıkları bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Psikolojik Destek Almanın DSK, PD, BÇY Açısından Ortalama ve Standart Sapmaları

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

Ismail vd., (2004) çalışmalarında tedavi aşamaları arasında çiftlerin stres durumları açısından anlamlı fark bulamamışlardır. Bu çalışmada ise bireylerin sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma ve kaderci başa çıkma puanları ile araştırma sırasında bulundukları tedavi aşamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (H5). Ancak durumluk kaygı $F(12, 302)= 1.97, p<0.05$ ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri $F(12, 302)= 2.32, p<0.05$ ile bulunmuştur, her iki analizde de varyans homojenliği sağlanmıştır (Levene's test $p>0.05$). Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmalarına göre, durumluk kaygı skorları gebelik ($Ort=33.24, SS=9.32$) aşamasında olanlarda, gebelik testi ($Ort=50.04, SS=8.55$) ve tahlil $Ort=41.26, SS=11.16$) aşamasında olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Her ne kadar grup karşılaştırmalarında anlamlı sonuçlar elde edilememiş olsa da ölçeklerin toplam puanlarının tedavi aşamaları açısından nasıl farklılaştığına yer verilmesi önemlidir.

Tedavi aşamalarındaki durumluk ve sürekli kaygı puanları ve bunların cinsiyete göre analiz edildiği sonuçlara da yer vermek kadın ve erkek açısından en kaygılı dönemin hangisi olduğu hakkında fikir vermesi açısından önemlidir. Tablo 10'da tedavi aşamalarındaki durumluk kaygı puanları tüm katılımcılar açısından ele alındığında en kaygılı dönem gebelik testi aşamasıdır (Yong vd., 2000). Gebelik testi aşamasını dondurulmuş embriyoları olup transfer için gelen katılımcıların puanları izlemiştir (Franco vd., 2002). Ayrıca bu bulgu Su ve diğerlerinin (2011) tedavi tekrarının bireylerin kaygılarını artırdığına dair bulgularıyla da uyumludur. Ancak tedavi aşamalarına düşen katılımcı sayısının dengeli olmamasına bu sonuç açısından dikkat edilmesi gerekmektedir. Durumluk kaygının yüksek olduğu üçüncü dönem ise iğne öncesi tedaviye hazırlık dönemi olarak bulunmuştur.

Tanımlayıcı istatistikler bölümünde kadınların erkeklere oranla hem durumluk hem sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu sonucuna yer verilmiştir. Bu bölümde iki faktörlü ANOVA analizi ile cinsiyet ve tedavi aşamalarının durumluk/sürekli kaygı üzerindeki etkileri incelenmiştir (H6). Cinsiyet ve tedavi aşamalarının etkileşiminin durumluk kaygı ($p=.591$) ve sürekli kaygı ($p=.593$) üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Kadınların durumluk kaygı puanlarında birinci sırayı gebelik testi, ikinci sırayı dondurulmuş embriyo sonrası transfer aşaması ve üçüncü sırayı yumurta toplama aşaması almıştır. Boivin ve Takefman'ın (1996) araştırmasında da infertil bireyler tarafından en stresli an yumurta toplama aşaması olarak bildirilmiştir. Durumluk kaygı seviyesi kadınlara göre daha düşük olan erkekler için sıralamanın başında yine gebelik testi gelmekte, tahlil/tetkik aşaması ve başarısız bir deneme sonrası yeni bir tedaviye başlamak izlemektedir. Tüm katılımcıların sürekli kaygı puanları en çok dondurulmuş embriyosu olup transfer aşamasına geldikleri zamanda ortaya çıkmaktadır (Franco vd., 2002). İkinci olarak tedaviye hazırlık dönemi olarak adlandırabileceğimiz iğne öncesi dönem ve üçüncü olarak gebelik testi aşaması izlemektedir. Kadınlarda sürekli kaygının yüksek olduğu aşamaları incelerken birinci sırayı yine dondurulmuş embriyoların transfer aşaması almakta, tüm katılımcılardan farklı olarak ikinci sıra gebelik testine geçerken üçüncü sırayı iğne öncesi dönem almıştır. Erkekler için ise sürekli kaygı açısından yumurta toplama aşaması birinci sırayı, tahlil ve tetkik aşaması ikinci sırayı ve iğne aşaması üçüncü sırayı

almıştır. Bu sonuçlardan kadınların ve erkeklerin durumluk/sürekli kaygılarının anlamlı olmasa da tedavi aşamalarında farklılaştığı açık bir şekilde görülmektedir.

Tablo 10. Cinsiyet ve Tedavi Aşamalarına Göre DSKE Puanları

	Durumluk Kaygı Puanları						Sürekli Kaygı Puanları		
	Tüm katılımcılar		Kadın		Erkek		Tüm katılımcılar	Kadın	Erkek
Tedavi aşamaları	N	Ortalama	N	Ort.	N	Ort.	Ort.	Ort.	Ort.
İlk tedavi başlangıcı	38	40.19	21	43.04	17	36.66	42.31	44.72	39.34
Yeni tedavi başlama	39	39.07	24	40.01	15	37.57	41.87	43.06	39.98
Tahlil/tetkik	47	41.26	30	43.20	17	37.84	43.33	44.29	41.65
İğne öncesi dönem	5	42.53	5	42.53	-	-	47.50	47.50	-
İğne aşaması	41	38.86	30	39.43	11	37.32	40.95	41.03	40.73
Transfer aşaması	35	38.86	20	40.82	15	36.24	41.24	43.55	38.15
Gebelik	30	33.24	16	34.88	14	31.38	40.07	42.75	37.01
Aşılama son aşama	34	37.65	19	41.89	15	32.27	39.29	42.35	35.42
Yumurta toplama	14	40.07	5	46.00	9	36.98	42.99	44.20	42.32
Gebelik testi	5	50.04	3	56.07	2	41.00	44.53	49.21	37.50
Dondurulmuş trans.	7	44.80	5	50.12	2	31.50	49.56	53.79	39.00
Ultrason	16	38.40	12	39.52	4	35.02	41.32	41.85	39.75
Yumurta takibi	4	35.50	4	35.50	-	-	40.25	40.25	-
Toplam	315	39.09	194	41.29	121	35.73	41.81	43.45	39.17

Daha önce belirtildiği gibi psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen puanların yüksek oluşu psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğunu göstermektedir. Korelasyon analizlerinde de görüldüğü gibi kaygı puanlarıyla negatif ilişkili olan PD tedavide olumlu hissedilen aşamalara işaret etmektedir. Bu araştırmada tedavi aşamaları açısından PD puanlarının en yüksek olduğu aşama aşılamanın gerçekleşeceği son aşamadır (N= 34, Ort=98.93). PD puanlarının yüksek olduğu ikinci aşama dondurulmuş embriyolar için transfer aşamasıdır (N= 7, Ort=97.90). Bireylerde üçüncü olarak ise tahlil aşamasında PD artmıştır (N= 47, Ort=96.26). Tüm katılımcıların PD puanlarının en düşük olduğu aşama gebelik testi aşamasıdır (N= 5, Ort=81.60). Cinsiyet ve tedavi aşamalarının psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisine bakıldığında iki faktörlü ANOVA sonuçlarına göre yine anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=. 263). Tedavi aşamaları açısından erkeklerin kaygı puanları kadınlardan düşükken psikolojik dayanıklılıkları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde PD puanının yüksek olduğu üç aşama sırasıyla dondurulmuş embriyolar için transfer aşaması (N= 2, Ort=103.3), gebelik testi aşaması (N= 2, Ort=103) ve aşılama tedavisinin son aşamasıdır (N= 15, Ort=101.4), en düşük olduğu aşama ultrason aşamasıdır (N= 4, Ort=85.49). Kadınlar için ise psikolojik dayanıklılığın yüksek olduğu tedavi aşamaları sırasıyla yumurta toplama (N= 30, Ort=97.78), tahlil ve tetkik aşaması (N= 19, Ort=96.92) ve aşılamanın son aşamadır (N= 5, Ort=101.8). PD puanının kadınlarda en düşük olduğu aşama gebelik testidir (N= 3, Ort=67.33). Sonuçların anlamlı çıkmamasının sebebi aşamalara düşen birey sayısının dengesiz oluşudur.

Devlete bağlı ya da özel olarak infertilite tedavisi hizmeti veren kurumlarda tedavi gören bireylerle yapılan bu çalışmada hastane türü bireylerin durumluk kaygı, sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık puanları ve dört farklı başa çıkma stratejisinin hiçbiri ile anlamlı olarak fark oluşturmamıştır (p>0.05) (H7).

Kadınlar (Ort=1.55), erkeklere (Ort=1.34) oranla tedavinin evlilikte sorunlara sebep olduğunu daha fazla düşünürken t(279.01)=2.04, p<0.05, kadın ve erkekler tedavinin eşler

arası iletişime yansımalarına ilişkin görüşleri açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$), her iki durum için de varyans homojenliği sağlanmadığından (Levene's test, $p<0.05$) düzeltilmiş puanlar verilmiştir (H8).

Ayrıca cinsiyet ile kurumdan ($p>0.05$) ve doktor ($p>0.05$) hizmetlerinin memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmazken hemşireden aldıkları hizmet konusunda anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Kadınlar ($Ort=4.25$), erkeklere ($Ort=4.20$), oranla hemşirelerden daha memnun olduklarını belirtmişlerdir (H8). Bunun kadınların tedavide fizyolojik olarak daha aktif olması ve sağlık personeliyle daha yoğun bir ilişki kurmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Kadın ve erkekler arasında farklılaşma durumu araştırılan diğer değişkenler, psikolojik tedavi alma isteği, yeterli sosyal destek gördüğünü düşünme ve çevresini tedavi sürecinden haberdar etme durumlarıdır (H8). Bu bağlamda aralarındaki ilişki araştırılan bağımlı ve bağımsız değişkenler kategorik olduğu için çapraz tablo analizi kullanılmıştır. Çapraz tablo analizi psikolojik tedavi alma isteğinin cinsiyetler arasında anlamlı olarak χ^2 (1, $n = 314$)=18.13, $p=.000$ farklılaşmıştır. Ancak sosyal destek görmeye ilişkin görüşler χ^2 (2, $n = 307$)=2.34, $p=.310$ ve tedavi sürecinden yakınlarını haberdar etme açısından χ^2 (1, $n = 314$)=1.93, $p=.164$ cinsiyet farklılığı anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 11. Cinsiyetin Psikolojik Destek Alma, Sosyal Destek Görme ve Yakınlarını Tedavi Sürecinden Haberdar Etme Açısından N ve % Karşılaştırması

Değişkenler	Kadın		Erkek	
	N	%	N	%
Psikolojik destek almak isteme	111	57.2	39	32.5
Psikolojik destek almak istememe	83	47.8	81	67.5
Yakınları tedaviden haberdar etme	175	19	102	85
Yakınları tedaviden haberdar etmeme	90.2	9.8	18	15
Yakınlardan yeterli destek görme	120	63.5	65	55.1
Yakınlardan yeterli destek görmeme	35	18.5	29	24.6
Yakınlardan destek görmeme	34	18	24	20.3

En az bir çocuğa sahip olup olmamanın tedavinin temel değişkenleri (durumluk/sürekli kaygı, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stratejileri) açısından farklılaşma durumu t-test ile analiz edilmiş ve hiçbir puan açısından anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır ($p>0.05$). Ancak hiç çocuğu olmayan bireylerin (N: 288) sayıca en az bir çocuğu olanlardan (N: 27) daha fazla olduğunu da burada belirtmek gerekmektedir (H9).

Yaş değişkeni sürekli bir değişkendir. Ancak infertil bireyler için tedavi açısından yaş önemli bir faktördür. Bu nedenle yaş değişkeni onar yıllık (20-29, 30-39, 40 ve üstü) aralıklarla kodlanarak yeni bir kategorik yaş değişkeni elde edilmiştir. 10'ar yıllık aralıklarla düzenlenen yeni yaş değişkeni ile durumluk/sürekli kaygı puanları, psikolojik dayanıklılık puanları ve başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki incelenmiştir. (H10) Yapılan tek faktörlü ANOVA analizi sonuçları şu şekildedir. Tüm değişkenler için varyans homojenliğinin sağlandığı (Levene's test, $p>0.05$), DSK, PD ve başa çıkma yöntemlerinin yaş grupları arasında farklılığın araştırıldığı tek faktörlü ANOVA testi sonuçlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puanları hariç yaş grupları arasında PD ve tüm başa çıkma

yöntemleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık $F(2, 305)= 3.25$, $p<0.05$, problem çözme odaklı başa çıkma $F(2, 305)= 6.96$, $p<0.01$, destek arayıcı başa çıkma $F(2, 305)= 3.69$, $p<0.05$, kaderci başa çıkma $F(2, 305)= 3.24$, $p<0.05$ ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri $F(2, 305)= 4.19$, $p<0.05$ ile bulunmuştur, Bonferroni ile düzeltilmiş alfa düzeyini 0.05 kullanarak yapılan Post-Hoc karşılaştırmaları (H10) hipotezde beklenen sonucun aksini göstermektedir. İnfertil bireylerin yaşları ilerledikçe psikolojik dayanıklılıklarının arttığı ve problem çözme odaklı ve destek arayıcı başa çıkma stratejilerini (aktif başa çıkma) daha çok kullandıkları görülmektedir.

Yaş değişkenine cinsiyet değişkeni de dikkate alınarak iki faktörlü ANOVA analizi ile bakıldığında (H10) durumluk kaygı ($p=.261$), sürekli kaygı ($p=.463$), psikolojik dayanıklılık ($p=.435$) ve tüm başa çıkma yöntemleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak Tablo 12’de verilen ortalama ve standart sapmalar sonuç anlamlı olmasa da yaş ve cinsiyet grupları arasında bağımlı değişkenlere ait puanlar hakkında fikir vermektedir.

Tablo 12. Yaş Değişkeninin PD, POBÇ, DABÇ, KBC, ÇOBÇ Açısından Farklılaşması

Değişkenler	Tüm katılımcılar			Kadınlar			Erkekler		
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS
Durumluk kaygı									
20-29 arası yaşta olanlar	81	40.62	9.13	63	41.48	9.37	18	37.63	7.71
30-39 arası yaşta olanlar	190	38.47	10.37	114	40.32	10.49	76	35.70	9.61
40 ve üstü yaşta olanlar	37	39.02	10.19	14	45.35	8.99	23	35.17	9.01
Sürekli kaygı									
20-29 arası yaşta olanlar	81	43.45	8.07	63	44.89	7.53	18	38.39	7.93
30-39 arası yaşta olanlar	190	41.02	8.01	114	42.42	7.8	76	38.92	7.92
40 ve üstü yaşta olanlar	37	42.35	0.19	14	44.78	8.43	23	39.22	8.22
Psikolojik dayanıklılık									
20-29 arası yaşta olanlar	81	89.89	17.26	63	88.49	17.17	18	94.80	17.14
30-39 arası yaşta olanlar	190	94.59	15.16	114	94.55	15.33	76	94.64	15.01
40 ve üstü yaşta olanlar	37	96.60	16.07	14	95.10	18.19	23	97.51	14.99
Problem odaklı başa çıkma									
20-29 arası yaşta olanlar	81	28.56	3.66	63	28.60	3.83	18	28.44	3.01
30-39 arası yaşta olanlar	190	30.04	3.24	114	30.06	3.22	76	30.02	3.28
40 ve üstü yaşta olanlar	37	30.54	2.88	14	31.44	2.73	23	30	2.89
Kaderci başa çıkma									
20-29 arası yaşta olanlar	81	25.47	3.26	63	25.32	3.23	18	26	3.41
30-39 arası yaşta olanlar	190	25.37	3.57	114	25.61	3.50	76	24.99	3.67
40 ve üstü yaşta olanlar	37	26.95	3.57	14	27.97	2.44	23	26.33	4.04
Çaresizlik odaklı başa çıkma									
20-29 arası yaşta olanlar	81	23.62	4.03	63	24.19	3.98	18	21.62	3.67
30-39 arası yaşta olanlar	190	22.40	3.78	114	22.78	3.65	76	21.84	3.92
40 ve üstü yaşta olanlar	37	23.85	3.52	14	25.26	3.17	23	23	3.51
Destek arayıcı başa çıkma									
20-29 arası yaşta olanlar	81	19.26	2.28	63	19.22	2.44	18	19.39	1.68
30-39 arası yaşta olanlar	190	20.08	2.31	114	19.96	2.43	76	20.25	2.11
40 ve üstü yaşta olanlar	37	19.86	2.06	14	20.38	2.14	23	19.55	2

İki faktörlü ANOVA analizinde (H10) hipotezde beklenen sonucun anlamlı çıkmadığı görülmektedir. Yaş değişkeninin infertilite deneyimi açısından daha iyi anlaşılabilmesi için grup ortalamaları üzerinden bir değerlendirme gerekli görülmüştür. Tablo 12’deki cinsiyet ve yaş grupları açısından ortalama karşılaştırmalarına bakıldığında üç yaş grubunda da kadınlar erkeklere göre her iki kaygı türü açısından daha yüksek puan almışlardır. Sürekli

kaygıda kırklı yaşlardan sonra erkeklerde büyük bir değişim olmazken kadınlar daha olumsuz bir tablo göstermektedir. Sürekli kaygı puanlarında ise genç yaşlarda (20-29) kadınların erkeklere göre sürekli kaygısı çok yüksek iken 30'lu yaşlarla birlikte kadın ve erkeklerin sürekli kaygıları birbirine yaklaşmış ve yaşla birlikte yükselmeye devam etmiştir. Psikolojik dayanıklılık erkek ve kadınlarda 30-39 yaş arasında aynıdır. Ancak genç infertil kadınlar psikolojik dayanıklılık açısından en düşük grubu oluşturmaktadır. Hem kadın hem erkeklerin yaşlandıkça psikolojik dayanıklılıkları da artmıştır. Başa çıkma stillerine bakıldığında kadınlar problem odaklı başa çıkmayı daha doğrusal bir ivmeyle yaş ilerledikçe daha fazla kullanırken erkekler 20-29 yaş grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte 30-39 yaş grubu ve 40 yaş üstü grupta değişiklik göstermemiştir. Kaderci ve çaresizlik odaklı başa çıkmaya en az başvuran grup 30-39 yaş grubu erkeklerken 40 yaş üstü kadın ve erkeklerde kaderci başa çıkma daha çok tercih edilmektedir. Destek arayıcı başa çıkma kadınlarda yaşla birlikte artış gösterirken erkeklerde 30-39 yaş grubunda en yüksekken 40 üstü yaş grubunda ciddi bir azalış göstermiştir.

Son olarak problemin kaynaklandığı taraf olmanın kadın ve erkeklerin kaygı, psikolojik dayanıklılık puanlarına nasıl yansıdığı ve başa çıkma yöntemlerinin nasıl farklılaştığına (AS4, H11) yine iki faktörlü ANOVA analizi ile bakılmış ve hiçbir bağımlı değişkenle anlamlı ilişki bulunamamıştır. İnfertilite nedeni ve cinsiyetin bağımlı değişkenler üzerindeki ortak etkisine dair bulunan p değerleri şu şekildedir: Durumluk kaygı için $p=.538$, sürekli kaygı için $p=.155$, psikolojik dayanıklılık için $p=.782$, POBÇ için $p=.755$, DABÇ için $p=.737$, KBÇ için $p=.686$ ve ÇOBÇ için $p=.697$ 'dir. Ancak ortalamalar açısından kadınların problemin kaynağı ne olursa olsun erkeklerden daha yüksek durumluk ve sürekli kaygı ile düşük psikolojik dayanıklılık puanı olması dikkat çekicidir.

Beşinci araştırma sorusu (AS5) ve on altıncıdan ve yirmi dördüncüye kadar olan tüm hipotezler (H16-H24) çoklu doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bir blok olarak tek adımda analiz edilip değerlendirildiği "Enter" yöntemi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler, durumluk/sürekli kaygı, çaresizlik ve problem odaklı başa çıkma gibi sürekli değişkenlerdir. Yapılan tüm regresyon analizlerinde kategorik değişkenler 0 ve 1 şeklinde "dummy değişken" olarak kodlanmıştır.

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine göre cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin (kaderci ve çaresizlik odaklı başa çıkma) durumluk ve sürekli kaygıyı nasıl yordadığı araştırılmış (H16) ve hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı için anlamlı bir regresyon denklemi bulunmuştur.

Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma durumluk kaygı ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(4, 310) = 17.968$, $p<0.01$, $R^2=.18$. Yani önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %18'ini açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile cinsiyet ve çaresizlik odaklı başa çıkma sonuçları anlamlı olarak ilişkilidir. Yani sadece kadın olmak ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak durumluk kaygıyı artıran önemli bir yordayıcı iken ($p<0.01$), psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkma durumluk kaygının yordanmasında önemli bir etki göstermemiştir. Hipotez durumluk kaygının cinsiyet ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejisi ile pozitif ve anlamlı olarak yordanması açısından doğrulanmıştır.

Sürekli kaygı açısından bakıldığında ise cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci ve çaresizlik odaklı başa çıkma sürekli kaygı ile yüksek düzeyde ve anlamlı olarak ilişkilidir $F(4, 310) = 77.628, p<0.01, R^2 = .50$. Kurulan model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %50'sini açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi modeldeki tüm bağımsız değişkenler için anlamlı bulunurken ($p<0.01$) çaresizlik odaklı başa çıkma ve kadın olmak sürekli kaygı seviyesini artırırken psikolojik dayanıklılığın yüksek oluşu ve kaderci başa çıkmayı azaltmaktadır. Bu modelde hem modelin kendisi hem de bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olsa da hipotez çaresizlik odaklı başa çıkma, psikolojik dayanıklılık puanı ve kadın olmak için doğrulanırken kaderci başa çıkmanın sürekli kaygı ile pozitif ilişkili olması beklentisi sağlanamamıştır (Tablo 13). Sürekli kaygı puanlarını yordamak için yapılan regresyon analizi sonucunda kadın olmak, psikolojik dayanıklılığın düşük olması, çaresizlik odaklı başa çıkmayı daha çok ve kaderci başa çıkmayı daha az kullanmak sürekli kaygının yükselmesine neden olmaktadır.

Tablo 13. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBC, ÇOBÇ ve PD Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Standart hata	β
Sabit	30.7	5.72		29.60	3.65	
Cinsiyet	4.20	1.07	0.20**	2.32	0.68	0.13**
KBC	0.31	0.16	-0.10	0.29	0.10	-0.12**
ÇOBÇ	0.86	0.15	0.32**	1.26	0.10	0.59**
PD	0.06	0.34	-0.10	0.11	0.22	-0.22**
* $p<0.05$, ** $p<0.01$,	$R^2 = .18$; $F(4, 310) = 17.96, p<0.01$,			$R^2 = .50$; $F(4, 310) = 77.628, p<0.01$,		

Bir diğer çoklu doğrusal regresyon analizi sürekli kaygının cinsiyetten, en az bir çocuk sahibi olmak ve hiç çocuğu olmamak durumundan, psikolojik dayanıklılıktan, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejilerinden nasıl etkilendiğini (H17) araştırmak için yapılmıştır.

Sürekli kaygı cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma ve çocuk sahibi olma açısından anlamlı olarak ilişkilidir $F(5, 309) = 62.340, p<0.01, R^2 = .50$. Kurulan model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %50'sini açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi en az bir çocuk sahibi olma durumunu gösteren değişken hariç, modeldeki tüm bağımsız değişkenler için anlamlı bulunurken ($p<0.01$) çaresizlik odaklı başa çıkma ve kadın olmak sürekli kaygı seviyesi ile pozitif yönlü ilişkili, psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkma ile negatif yönlü ilişkilidir. Bu model bütün olarak sürekli kaygıyı yordamada anlamlı bir sonuç verse de bireylerin en az bir çocuk sahibi olup olmalarının sürekli kaygı üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Ayrıca kaderci başa çıkmanın sürekli kaygı ile pozitif ve anlamlı ilişkisi beklenirken sonuçlarda negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 14). Bu regresyon analizi sonucuna göre kadın olmak ve çaresizlik odaklı başa çıkmayı tercih etmek sürekli kaygıyı artırırken düşük psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkmayı az kullanmak sürekli kaygıyı artırmıştır.

Tablo 14. Sürekli Kaygının Cinsiyet, İnfertilite Türü, KBC, ÇOBÇ ve PD Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β
Sabit	29.2	3.67	
Cinsiyet	2.30	0.68	0.13**
En az bir çocuk sahibi olma	1.24	1.18	-0.04
KBC	0.28	0.10	-0.12**
ÇOBÇ	1.28	0.10	0.60**
PD	0.11	0.02	-22**
*p<0.05,	$R^2 = .50$; $F(5, 309) = 62.340$, $p<0.01$		
** p<0.01,			

On sekizinci hipotez (H18) için cinsiyet, tedavinin eşler arası iletişime yansımalarına dair görüş, psikolojik dayanıklılık ve duygusal odaklı başa çıkma yolları, değişkenlerinin durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkisi çoklu doğrusal regresyon analizinde test edilmiştir.

Durumluk kaygı ile cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, tedavinin eşler arası iletişime yansımalarına dair görüş, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma anlamlı olarak ilişkilidir $F(5, 298) = 15.893$, $p<0.01$, $R^2 = .21$. Önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %21'ini açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma ve tedavinin eşler arası iletişime yansımalarına dair görüş sonuçları anlamlı olarak ilişkilidir ($p<0.05$). Yani kadın olmak, çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak ve tedavinin eşler arası iletişime olumsuz etki ettiğini düşünmek durumluk kaygı üzerinde önemli yordayıcı iken ($p<0.01$), psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkma durumluk kaygının yordanmasında anlamlı bir etki göstermemiştir. Hipotez durumluk kaygının cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma stratejisi ve eşler arası iletişimin tedaviden olumsuz etkilenmesine dair görüş ile pozitif ve anlamlı olarak yordanması açısından doğrulanmıştır.

Sürekli kaygı ile cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, tedavinin eşler arası iletişime yansımalarına dair görüş, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma anlamlı olarak ilişkilidir $F(5, 298) = 64.439$, $p<0.01$, $R^2 = .52$. Yani önerilen model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %52'sini açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi modeldeki tüm bağımsız değişkenlerle anlamlı olarak ilişkilidir ($p<0.05$). Bu regresyon analizi sonucuna göre kadın olmak, tedavinin eşler arası iletişime olumsuz yansıdığını düşünmek, çaresizlik odaklı başa çıkmanın çok, kaderci başa çıkmanın daha az tercih edilmesi ve psikolojik dayanıklılığın düşük olması sürekli kaygıyı artırmaktadır ($p<0.01$).

Tablo 15. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBC, ÇOBÇ, PD ve Eşler arası İletişim Açısından Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Standart hata	β
Sabit	29.6	5.76		28.5	3.65	
Cinsiyet	4.35	1.09	0.20**	2.21	0.69	0.13**
KBC	0.29	0.16	-0.10	0.29	0.10	-0.12**
ÇOBÇ	0.80	0.16	0.30**	1.21	0.10	0.56**
PD	0.64	0.35	-0.10	0.11	0.22	-0.21**
Eş iletişimi	1.28	0.63	0.10*	1,35	0.40	0.13**
*p<0.05,	$R^2 = .21$; $F(5, 298) = 15.893$, $p<0.01$			$R^2 = .52$; $F(5, 298) = 64.439$, $p<0.01$		
** p<0.01,						

Hipotez 19 (H19) ile cinsiyet, duygusal odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak, psikolojik dayanıklılık, kurum, doktor ve hemşirelik hizmetlerinden memnun olmak ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki test edilmek istenmektedir. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları önce durumluk sonra da sürekli kaygı için aşağıda sunulmuştur (Tablo 16).

Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma, kurum hizmetleri, doktor hizmetleri memnuniyeti ve hemşire hizmetleri memnuniyeti durumluk kaygı ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(7, 292) = 12.401, p < 0.01, R^2 = .22$. Yani önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %22'sini açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile cinsiyet ve çaresizlik odaklı başa çıkma anlamlı olarak ilişkilidir ($p < 0.01$). Yani kadın olmak ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak durumluk kaygı için önemli yordayıcılardır. Kurum, doktor ve hemşire hizmetlerinden memnuniyet, psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkma ise durumluk kaygı için anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma, kurum hizmetleri, doktor hizmetleri ve hemşire hizmetleri memnuniyeti sürekli kaygı ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(7, 292) = 41.993, p < 0.01, R^2 = .50$. Yani önerilen model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %50'sini açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi ile cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, çaresizlik odaklı başa çıkma ve kaderci başa çıkma anlamlı olarak ilişkilidir ($p < 0.01$). Yani kadın olmak, psikolojik dayanıklılığın düşük olması, kaderci başa çıkma ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak sürekli kaygı için önemli yordayıcılardır. Aralarından sadece kaderci başa çıkma sürekli kaygı ile pozitif ilişkili beklenirken negatif ilişkili bulunmuştur. Bu modelde kurum, doktor ve hemşire hizmetlerinden memnuniyet durumluk ve sürekli kaygı için anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Tablo 16. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, KBÇ, ÇOBÇ, PD ve Kurum/Hemşire/Doktor Hizmetleri Memnuniyeti ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Std hata	β
Sabit	37.6	6.43		31.6	4.18	
Cinsiyet	4.56	1.10	0.28**	2.36	0.71	0.13**
KBÇ	0.25	0.16	-0.08	0.28	0.10	-0.12**
ÇOBÇ	0.88	0.16	0.33**	1.26	0.10	0.58**
PD	0.05	0.35	-0.08	0.11	0.02	-0.23**
Kurum hizmet	1.52	0.90	-0.12	0.51	0.58	-0.05
Hemşire hizmet	0.84	1.14	0.06	0.63	0.74	-0.05
Doktor hizmet	1.84	1.06	-0.13	0.73	0.69	0.06
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$,	$R^2 = .22; F(7, 292) = 12.401, p < 0.01$			$R^2 = .50; F(7, 292) = 41.993, p < 0.01$,		

Cinsiyet, duygu odaklı başa çıkma stratejileri (kaderci ve çaresizlik odaklı), aktif başa çıkma stratejileri (problem odaklı ve destek arayıcı başa çıkma), psikolojik dayanıklılık, sosyal güvence, çalışma, gelir, tedavi için devlet desteğinden faydalanmanın durumluk ve sürekli kaygıyı nasıl etkilediği (H20) regresyon analizinde değerlendirilmiştir.

Durumluk kaygı, cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma, gelir, çalışma durumu ve tedavi için devlet desteğinden faydalanma durumu ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(9, 300)$

= 10.494, $p < 0.01$, $R^2 = 0.23$. Yani önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %23'ünü açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma ve çalışma durumu anlamlı olarak ilişkilidir ($p < 0.01$). Yani kadın olmak, çalışmak ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak durumluk kaygı için önemli yordayıcılardır. Modeldeki diğer değişkenler durumluk kaygı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Sürekli kaygı, cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma, gelir, çalışma durumu ve tedavi için devlet desteğinden faydalanma durumu ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(9, 300) = 39.954$, $p < 0.01$, $R^2 = .54$. Önerilen model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %54'ünü açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi üzerinde cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, çaresizlik odaklı başa çıkma, kaderci başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma, gelir durumu anlamlı etkiye sahiptir ($p < 0.05$), tedavi için devlet desteği alıp almama ve çalışma durumu anlamlı etkiye sahip değildir. Yani beklendiği gibi kadın olmak, gelir seviyesinin düşük olması, psikolojik dayanıklılığın düşük olması ve çaresizlik odaklı başa çıkmanın çok, aktif başa çıkma ve kaderci başa çıkmaların az tercih ediliyor olması sürekli kaygıyı artırmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, PD, KBC, ÇOBÇ, POBÇ, DABŞ, Devlet Desteği Alma, Gelir ve Çalışma ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Std hata	β
Sabit	36.8	7.31		43.35	4.62	
Cinsiyet	6.27	1.20	0.30**	2.95	0.76	0.17**
PD	0.03	0.04	-0.05	0.05	0.02	-0.10*
KBC	0.25	0.16	-0.08	0.23	0.10	-0.09*
ÇOBÇ	0.82	0.16	0.31**	1.17	0.10	0.54**
POBÇ	0.31	0.20	-0.10	0.34	0.12	-0.14**
DABÇ	0.14	0.27	-0.03	0.39	0.17	-0.11*
Devlet desteği	1.35	1.07	-0.06	0.27	0.67	-0.01
Gelir	0.57	0.56	-0.05	0.83	0.35	-0.09*
Çalışma	4.30	1.27	0.19**	1.39	0.80	0.07
* $p < 0.05$, $R^2 = 0.23$; $F(9, 300) = 10.494$, $p < 0.01$, $R^2 = .54$; $F(9, 300) = 39.954$, $p < 0.01$, ** $p < 0.01$,						

Hipotez 21 (H21), “Kadın olmak, psikolojik destek almak istemek ve duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmak durumluk ve sürekli kaygı ile pozitif ilişkili, psikolojik dayanıklılık ve aktif başa çıkma yöntemleri negatif ilişkilidir.” şeklinde ifade edilmiştir ve bu model için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Regresyon analizi sonucuna göre, durumluk kaygı ile cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma ve psikolojik destek almak isteme ile anlamlı olarak $F(7, 306) = 13.192$, $p < 0.01$, $R^2 = 0.23$ ilişkilidir. Önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %23'ünü açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma ve psikolojik destek almak isteme ile pozitif olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.01$). Yani kadın olmak, psikolojik destek almak istemek ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak durumluk kaygının artmasına sebep olan önemli yordayıcılardır. Modeldeki diğer değişkenler durumluk kaygı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Sürekli kaygı, cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, destek arayıcı başa çıkma ve psikolojik destek almak isteme ile anlamlı olarak ilişkilidir $F(7, 306) = 51.808, p < 0.01, R^2 = 0.54$. Yani önerilen model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %54'ünü açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi ile kaderci başa çıkma arasındaki ilişki anlamsız olup, sürekli kaygı cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma, psikolojik destek almak isteme ile pozitif olarak anlamlı, psikolojik dayanıklılık, problem odaklı başa çıkma ve destek arayıcı başa çıkma ile negatif olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0.05$). Yani kadın olmak, psikolojik destek almak istemek ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak, düşük psikolojik dayanıklılık ve aktif başa çıkma yöntemlerini az kullanmak sürekli kaygıyı artırmaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, Psikolojik Destek Almak İsteme, PD, POBÇ, KBÇ, ÇOBÇ ve DABÇ ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Std hata	β
Sabit	36.35	7.07		40.95	4.45	
Cinsiyet	3.65	1.08	0.17**	2.09	0.67	0.12**
Psikolojik destek isteme	3.49	1.06	0.17**	1.52	0.67	0.09*
PD	0.01	0.04	-0.01	0.05	0.02	-0.10*
POBÇ	0.28	0.19	-0.09	0.34	0.12	-0.14*
Kaderci BÇ	0.23	0.16	-0.08	0.18	0.10	-0.07
Çaresizlik OBÇ	0.75	0.27	0.28**	1.15	0.10	0.54**
DABÇ	0.15	0.27	-0.03	0.39	0.17	-0.11*
* $p < 0.05$, $R^2 = 0.23$; $F(7, 306) = 13.192, p < 0.01$, $R^2 = 0.54$; $F(7, 306) = 51.808, p < 0.01$						
** $p < 0.01$,						

“Cinsiyet, duygu odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak, tedaviye tekrar etme kararı, gelir durumu, psikolojik dayanıklılık ile durumluk/sürekli kaygı arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezi (H22) için uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları aşağıdadır.

Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, gelir, tedavinin tekrar edilmek istenmesi ile durumluk kaygı arasında anlamlı bir ilişki vardır $F(6, 303) = 12.809, p < 0.01, R^2 = 0.20$. Yani önerilen model durumluk kaygıya ilişkin varyansın %20'sini açıklamaktadır. Bireylerin durumluk kaygı seviyesi ile sadece cinsiyet, çaresizlik odaklı başa çıkma anlamlı olarak ilişkilidir ($p < 0.01$). Diğer değişkenlerin, tedaviye tekrar etmek isteme, psikolojik dayanıklılık ve kaderci başa çıkmalarının durumluk kaygı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Sonuç olarak kadın olmak ve çaresizlik odaklı başa çıkma stratejileri kullanmak durumluk kaygıyı artırmada önemli yordayıcılardır.

Cinsiyet, psikolojik dayanıklılık, kaderci başa çıkma, çaresizlik odaklı başa çıkma, gelir, tedavinin tekrar edilmek istenmesi ile sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki vardır $F(6, 303) = 52.506, p < 0.01, R^2 = .51$. Yani önerilen model sürekli kaygıya ilişkin varyansın %51'ini açıklamaktadır. Bireylerin sürekli kaygı seviyesi tedaviye tekrar etme kararı dışında modeldeki tüm değişkenlerle anlamlı olarak ilişkilidir. Model özetlenecek olursa, kadın olmak, psikolojik dayanıklılığın düşük olması, çaresizlik odaklı başa çıkmanın tercih edilmesi ve gelir durumunun düşük olması sürekli kaygıyı artırmaktadır, aktif başa çıkma yöntemleri ve kaderci başa çıkmanın daha çok tercih edilmesi ise sürekli kaygıyı azaltmaktadır (Tablo 19).

Tablo 19. Durumluk/Sürekli Kaygının Cinsiyet, Tedaviye Tekrar Kararı, Gelir, KBÇ, PD ve ÇOBÇ ile İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	B	Std hata	β	B	Std hata	β
Sabit	29.56	6.05		32.04	3.88	
Cinsiyet	4.14	1.08	0.20**	2.25	0.69	0.13**
Tedaviye tekrar kararı	1.48	1.23	0.06	0.15	0.79	-0.00
Gelir	0.32	0.56	-0.03	0.76	0.36	-0.08*
KBÇ	0.31	0.16	-0.11	0.33	0.10	-0.14**
PD	0.06	0.03	-0.10	0.10	0.02	-0.21**
ÇOBÇ	0.89	0.16	0.34**	1.26	0.10	0.59**
*p<0.05, ** p<0.01,	R ² = 0.20; F(6, 303) = 12.809, p<0.01,			R ² = .51; F(6, 303) = 52.506, p<0.01,		

Cinsiyet, tedavi türü, görülen toplam tedavi sayısı, psikolojik dayanıklılık ve destek arayıcı başa çıkma stratejisi ile problem odaklı başa çıkma stratejisi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre anlamlı bir ilişki $F(5, 286) = 42.458, p<0.01, R^2 = .42$ bulunmuştur. Önerilen model problem odaklı başa çıkmaya ilişkin varyansın %42'sini açıklamaktadır (Tablo 20). Problem odaklı başa çıkma stratejisini pozitif yordayan anlamlı değişkenler psikolojik dayanıklılık ve destek arayıcı başa çıkma stratejisi iken tedavi sayısı, cinsiyet ve tedavi türü problem odaklı başa çıkma ile anlamlı ilişki içinde değildir (H23).

Tablo 20. POBÇ ile Cinsiyet, Tedavi Türü, Toplam Tedavi Sayısı, DABÇ ve PD İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Problem Odaklı Başa Çıkma		
	B	Std hata	β
Sabit	10.43	1.42	
Cinsiyet	0.16	0.31	0.02
Tedavi türü	0.01	0.38	0.00
Toplam tedavi sayısı	0.04	0.09	0.02
DABÇ	0.57	0.07	0.38**
PD	0.08	0.01	0.38**
*p<0.05, ** p<0.01,	R ² = .42; F(5, 286) = 42.458, p<0.01,		

Cinsiyet, görülen toplam tedavi sayısı, kaderci başa çıkma, görülen tedavi türü ve psikolojik dayanıklılık ile çaresizlik odaklı başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki vardır (H24). $F(5, 286) = 20.629, p<0.01, R^2 = .26$. Yani önerilen model çaresizlik odaklı başa çıkmaya ilişkin varyansın %26'sını açıklamaktadır. Çaresizlik odaklı başa çıkma stratejisini kaderci başa çıkma ve cinsiyeti pozitif, psikolojik dayanıklılığı negatif etkilemektedir (Tablo 21). Toplam tedavi sayısı ve tedavi türü ÇOBÇ için anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Tablo 21. ÇOBÇ ile Cinsiyet, Tedavi Türü, Toplam Tedavi Sayısı, KBÇ ve PD İlişkisinin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Çaresizlik Odaklı Başa Çıkma		
	B	Std hata	β
Sabit	18.59	1.81	
Cinsiyet	0.94	0.39	0.12*
Tedavi türü	0.82	0.48	-0.08
Toplam tedavi sayısı	0.01	0.11	0.00
KBÇ	0.40	0.05	0.37**
PD	0.06	0.01	-0.29**
*p<0.05, ** p<0.01,	R ² = .26; F(5, 286) = 20.629, p<0.01,		

4.5. Derinlemesine Görüşmelerin Analiz Süreci ve Sonuçları

Derinlemesine görüşmelere daha önce de ifade edildiği gibi 27 infertil kadın görüşmeye katılmayı kabul etmiş ve katılımcıların infertilite ve tedavi sürecindeki deneyimlerine dair yapılan görüşmeler ses kaydıyla kayıt altına alınmıştır. Derinlemesine görüşmelere ait ses kayıtlarının transkripsiyonu ile analize başlanmıştır. Araştırmacı ve görüşmecinin sözleri arasındaki yakınlığı kurması ve araştırmanın temalarının sağlıklı şekilde oluşturulması için görüşmelerin transkripsiyonlarının hepsi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Dedoose⁶ yazılım programı kullanılarak kodlanmıştır. İnfertilite tedavisi gören kadınların infertilite ve tedavi deneyimlerini araştırmak amacıyla Manisa ve İzmir’de gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin transkripsiyonları yazılım programına girilip araştırmanın amacı ve içeriğine uygun olarak kodlamalar yapılmış ve kategoriler oluşturularak genel temalar çıkartılmıştır (Castro, Kellison, Boyd ve Kopak, 2010: 347-350). “Tanı ve tedavi sürecinin psikolojik ve duygusal boyutu”, “Tanı ve tedavi sürecinin eşler arası ilişki boyutu”, “Tanı ve tedavi sürecinin sosyal ilişki boyutu” ve “Tanı ve tedavi sürecinin ekonomik ve toplumsal boyutu” olmak üzere dört ana tema altında görüşmelerden oluşturulan kategoriler analiz edilmeye çalışılmıştır. Derinlemesine görüşmelerin süresi 17-54 dakika arasında değişmiştir. Dedoose programında toplamda on sekiz ana kategori, sekiz alt kategori oluşturulmuştur. Derinlemesine görüşmeler sonucunda yirmi yedi görüşme için 21-48 arasında değişen kodlama yapılmış ve toplamda 837 tane kodlanmış alıntı ortaya çıkmıştır.

Verilerin analize hazırlanması, kodlama süreci ve kodlama bilgilerinin ardından, kodlama sonrası ortaya çıkan kategoriler ve araştırmacının belirlediği temalar doğrultusunda sırayla araştırma bulgularına bu bölümde yer verilecektir.

4.5.1. Tanı ve tedavi sürecinin psikolojik ve duygusal boyutu

Tanı ve tedavi süreci yapılan görüşmelerin temel konularından birini oluşturmaktadır. Derinlemesine görüşmeler için sorulmuş ilk dört araştırma sorusuna (AS1-AS4) verilen cevaplar ve detayları bu bölümde yer alacaktır. Katılımcıların tanı ve tedavi geçmişi, infertilite ve tedavi sonuçlarına verdikleri tepkiler, bu süreç içerisinde yaşadıkları fiziksel sorunlar, tıbbi olmayan yöntem denemeleri, tedavi aşamalarının duygusal ve psikolojik etkileri, kurumlardan aldıkları hizmet ve sağlık personeliyle olan ilişkilerine dair görüşleri, bireyler için çocuk sahibi olmanın anlamı, profesyonel psikolojik destek alma durumu ve buna ilişkin görüşleri ile tanı ve tedavi sürecinde kullandıkları başa çıkma stratejileri bu tema altında sunulacaktır.

4.5.1.1. Tanı ve tedavi geçmişi

İnfertilite ve tedavisinin katılımcılar üzerindeki etkisini anlamak için tanı ve tedavi geçmişlerini incelemek gerekmektedir. “İlk ne zaman tanı aldılar?”, “Tanı sonrası ve tedavi başarısızlıklarında neler hissettiler?”, “Şu ana kadar kaç tedavi gördüler?”, “Şu anda tedavinin hangi aşamasındalar?” gibi sorular tedavinin bireyler üzerindeki etkisinin hem doğrudan hem de karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca bu

⁶ Kaliforniya Üniversitesi’nde nitel ve nicel araştırmaların analiz edilmesi amacıyla geliştirilen yazılım programıdır. Ayrıntılı bilgi için: www.dedoose.com

dönemde yaşanan olumlu/olumsuz deneyimler ve bunların katılımcılara hissettirdikleri, güçlenme pratikleri ile ilgili anlamlı bulgular içermektedir.

Katılımcıların anlatılarından infertilite tanı ve tedavi sürecinin bireyler için farklı bağlamlarda gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Bazı katılımcılar yaş, geç yaşta evlilik ya da genetik sorunlarının farkında olarak kendiliğinden hastanelere başvurup tedaviye başlamıştır. İnfertilite tanısıyla başa çıkma anlamında sorunun farkında olanlar avantajlı görünmektedir. 6 yıllık evli olan 26 yaşındaki Anne, ablasının tüp bebek tedavisi ile bebek sahibi olması nedeniyle kendisinin de genetik faktörlerden dolayı tedavi olması gerektiğinin farkında olarak tedaviye başlamıştır.

“Ben zaten ilk bir yıl olmayınca çocuğum, ablamın da bu durumu (uterus septum) olunca doktora gittik. Ablamın doktoru da ‘Senin muhtemelen bir kız kardeşin varsa onda da bu sorun vardır.’ demiş. O da genetikten geçiyormuş aynı. Zaten ablamın söylemesiyle hemen bir özel doktora gittik ve o da anında söyledi: ‘Rahimde perdeniz, yani uterus septumunuz var ve bu şekilde hamile kalamazsınız.’ dedi. Sonra zaten bizim için süreç başladı; ameliyatlarım oldu beş kere ameliyat geçirdim. Üç kere aşılama, bu ikinci tüp bebeğim. Çok uzun, zor bir süreçti.”
(Anne)

Diğer taraftan bazı katılımcılar ise spontan oluşan bir gebelik (bazen gebe kaldığından haberdar bile olmadan) ve/veya gebelikte yaşanan bir komplikasyon sonucu bir sorun olduğu için tedaviye başlaması gerektiğini öğrenmiştir. Örneğin 13 yıllık evli olan Miraç, 2009’da dış gebelik geçirdikten sonra tek tüpünün alındığını ve iki yıldır tedavi sürecinde olduğunu söyleyerek tedavi geçmişini anlatmaya başlamış ve dış gebelikten nasıl etkilendiğini şöyle ifade etmiştir:

“Bunun etkisi bana aslında hani insan ister istemez duygulanıyor, bir şey kaybettiğini anlıyorsun ama ben tamamen habersiz geçirdim o dönemi. Yani birden doktoruma gittim dış gebelik geçirdiğimi öğrendim. Eğer gebelik oluşmuş olup da daha sonra bu şekilde öğrenmiş olsam beni çok etkilerdi. Ama o kadar çok etkilemedi o yüzden her şey birden gelişti yani beni fazla etkilemedi diyebilirim.” (Miraç)

Miraç’ın anlatımından habersiz geçirdiği gebelikten ve sonrasındaki kaybindan psikolojik olarak çok kötü etkilenmediği anlaşılmaktadır. Bu da bireylerin bakış açısını ve infertiliteye verdikleri tepkiyi veya infertilite ile başa çıkma sürecini etkilediğini göstermektedir.

Uzun ve çok sayıda tedavi sürecinden geçen 34 yaşındaki Müberra, tedavi geçmişini anlatırken 9 yıl önce çocuk sahibi olmak istediğini, muayenelerde bir sorun çıkmadığı ama yine de hamile kalamadığını belirtmiş, bir süre sonra da “Yorgunum, midem bulanıyor, böyle bir sıkıntım var yani vücudumda istenmeyen bir şey var. Bir gün en son ayakkabılarımı bağlıyorum. Sert böyle bir eğilip kaldım zaten o vaziyette bir şey girdi kasıklarım.” şikâyetiyle yeniden doktora gittiğini ve 3 aylık gebe olduğunu öğrendiğini aktarmıştır. Müberra bunu duyunca eşiyle “şok geçirdik”lerini çünkü o süre zarfında adetlerinin devam ettiğini belirtip, bebeğin yapışık olarak tüpe takılı kalıp orada büyürken öldüğünü ve şikâyetlerinin de bundan kaynaklandığını aktarmıştır. Dış gebeliğin etkisiyle zor bir fiziksel sürecin sonunda tüpünden parça almasının ardından, ilk tüp bebek tedavisi sonucu hamile kaldıktan sonraki süreci şöyle anlatmıştır:

“ (...) Kalp atışına gittik. Tekrar kalp atışı olmadı. Tüp bebek de dış gebelik oldu. Sonra orayı bıraktım ve burayı duydum. Ege Üniversitesi çok iyi, araştırılıyor çünkü. Genel anlamda bir sıkıntı yok. Ama eşimde de hareket azlığı var. Yani buradaki doktorlar ‘Bununla çocuk olur az mı az da değil, ama oranı azaltabilir ama tedavilik bir durumu yok.’ demişlerdi o zaman bize. Burada da genel anlamda tüpün hasar gördüğü ortaya çıktı ve burada ameliyat oldum. Tüp

alındı. Aslında zaten o tüple tüp bebeğin doğru olmadığı ortaya çıktı. Yani onu (ilk tüp bebek tedavisini) gereksiz yere yaptırmış oldum.” (Müberra)

İnfertil bireyler, Müberra’da olduğu gibi üreme ile alakalı beklemedikleri onlara “şok yaşıtan” durumlarla da karşılaşabilmektedirler. Pek çok kişi için temel bir hayati kriz olan infertiliteye verilen psikolojik tepkilerden ilki şaşkınlıktır. Şaşkınlığı, sırasıyla inkâr, izolasyon, kızgınlık, suçluluk, özgüvenini kaybetme, depresyon, çaresizlik, yas, teslim olma, çözüm ve kabullenme izlemektedir (Kemeter vd., 1985). Müberra’nın muayenelerde karşısına çıkmayan ve hiç hazırlıklı olmadığı bu dış gebelik deneyimi şaşkınlıkla karşılaşması infertilite tanısı bağlamında normal ve doğal bir tepkidir.

Yaş, infertilite tedavisinde tıbbi anlamda özellikle kadınlar için önemli bir etkidir. Tanı sürecine dair anlatılarında yaşla ilgili paylaşımlar katılımcılar açısından da yaşın önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşın ilerlemesi infertil bireyler için tedavinin başarıya ulaşamamasında önemli bir risk faktörüdür, bu nedenle yaş infertil erkeklerde stres ve kaygıyı artıran bir faktördür (Morrow vd., 1995). Normal yollarla gebe kalma ihtimali olduğunu belirten 38 yaşındaki Aysun ve Nergis ile 34 yaşındaki Nur süreci hızlandırmak için tedavi olduklarını ifade etmişlerdir:

“Beşinci yılıma girdim (evlilikte), 38 yaşındayım(...).Üç aşılama tedavisi oldum bu da dördüncü tüp bebek tedavisi... Dediğim gibi yaş unsuru çok önemli çocukta biliyorsunuz ki.”(Nergis)

“Yeni evliyim, yedi ay oluyor galiba. İlk tedaviye de işte evlendikten bir ay sonra başladık. (...) Eşim Tip 1 diyabet hastası onun için hücre sayısı çok az olduğu için tüp bebeğe yöneldik. (...) Eşimin doğal yollardan kalma şeyi var ama biz biraz acele ettiğimiz için benim çünkü yaşıam 38, o risk de var artık risk grubuna giriyorum. Bakarsın doğal yollardan bir yıl sonra olur, iki yıl sonra olur, bakarsın bir ay sonra olur ama hani biz bunu hızlandıralım diye böyle düşündük. İyi yaptığımızı düşünüyorum.” (Aysun)

“Normal yollarla anne olabilirim fakat 34 yaşında olduğum için biraz da yaş faktörünü devreye koyarak bu süreçte hani çok kaybedecek vaktim yok, önce aşılama daha sonra gerekirse tüp bebek ama doktor hanım ‘Normal yollardan da hamile kalabilirsin ama kaybedecek çok vaktin yok.’ dedi.” (Nur)

Bir yıl önce açıklanamayan infertilite tanısı alan iki buçuk yıllık evli, 37 yaşındaki Gül, tanı aldıktan sonra bir süre daha bekleyip “Biraz da sosyal çevrenin etkisiyle, baskısıyla acaba çocuğumuz olmaz mı biraz da yaşın da etkisi ile.” tedaviye başladıklarını anlatmıştır. Evlendikten 6 ay sonra devlet hastanelerine tedavi için başvurup prosedürle alakalı sorunlar yaşadktan sonra özel bir klinikte kayıvalidesinin maddi desteği ile yeni bir tüp bebek tedavisine başlamakta olduğunu söyleyen 38 yaşındaki Gülbahar ise gittiği doktorun yaşla ilgili olarak “Yumurtaların az, yaşın da bayağı ilerlemiş dedi yani bu yaştan sonra zor olur, hemen özele git başla.” dediğini aktarmıştır.

Spontan olarak gebe kaldıktan sonra düşük yapan katılımcılar da normal yollardan gebe kalabilecekken yaş faktöründen dolayı doktorların yönlendirmeleri ya da kendi tercihleri ile tedaviye yöneldiklerini belirtmişlerdir. 38 yaşında ve dört yıllık evli olan Ayşe, daha önce spontan gebelikler sonrası iki düşük yaşadığını, bir tüpünün alındığını ve doktorların yaştan dolayı “Bu süreçte normal yoldan da hamile kalabilirsin ama hiç zaman kaybetmeden biz seni tüp bebeğe başlayalım.” dediklerini aktarmıştır. Yukarıdaki anlatılarda görüldüğü gibi yaş sadece bireyler için değil tedaviyi yürütecek doktorlar için de başarı ihtimalini artırmak adına önemli bir faktördür.

Sekiz yıllık evli olan ve spontan gebelik sonrası iki düşük yapan bir diğer katılımcı 36 yaşındaki Zeynep de düşüklerinin ardından çocuk sahibi olmak için ilaç tedavisi görmüştür. Sonrasında “*Aşılamaya geçtim, zorla eşimi ikna ettim artık. O, 'Bekle hani.'* diyordu, *iki kere olduğu için normal yoldan olabilir bekleyelim diye düşündü, ama bu süreçte yaş geçiyor, yaş geçtikçe her şeyin gerileme şeyi de var.*” diyerek yaşın tedavi sürecinde kendileri için önemli olduğunu aktarmıştır. Leyla ekonomik sorunlarının onu sessiz bıraktığını eşine özel tedavi görmek konusunda teklif bile götüremediğini ve yaşının ilerlediğini ifade etmiştir. “*Bebekle alakalı çok sessiz kalıyorum bir kere hani diyemiyorum orda da illa yaptıralım gidelim özele hani zamanımız geçiyor benim de yaşım küçük değil bu yaştan sonra yumurtalık rezervleri düşüyormuş insan biraz üzülüyor tabi ki de.*” Leyla gibi Zeynep’in eşi de normal yollardan gebeliğin oluşmasını bekleme taraftarıdır. Buradan yaşın kadınlar için tedaviye başlamaya teşvik edici bir etkisi varken bazı erkekler için olmadığı anlaşılmaktadır.

İnfertilite tedavisi tamamen kadın bedeninde gerçekleştiği için tedavinin yük ve sorumluluğunun fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda daha çok kadına bırakılması (Topdemir Koçyiğit, 2012) ve kadınların da bu yükü üstlenip infertiliteden kendilerini sorumlu tutmaları karşılaşılan bir durumdur. McEwan ve diğerlerinin (1987) çalışmasında kadınların yarıya yakınının henüz tanı bile almadan var olan infertilite durumundan kendilerini sorumlu tuttukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca benzer bir durumu araştırma katılımcılarından 38 yaşındaki Elif de yaşıyla ilişkilendirerek “*Ben şimdiye kadar bilmiyordum eşimden olduğunu, ben kendimden biliyorum ben eşimden de biraz büyüğüm sorunu hep kendimden bulurdum. İlk gittiğimiz Bozyaka doktoru bana; 'Senin çocuğunun olmaması mümkün değil, eşine baktırsana.'* dedi, *eşime baktırdık varikosel çıktı sol tarafında.*” ifadesiyle dile getirmiştir.

Bireylerin tedavi deneyimleri ile ilgili bir başka faktör aşılama ve tüp bebek tedavisi ayrımı ile ilgilidir. Aşılama tedavisi bazı bireyler için daha az teknolojik olarak algılandığından vakit kaybı olarak değerlendirilmektedir. Boncuk spontan gebelik sonrası yaşadığı bir düşük ve ardından iki aşılama tedavisinden sonra kendi kararlarıyla tüp bebeğe geçmek istediklerini, “*Aşılamayı açıkçası normal bir ilişkiden farklı bulmadım. Daha sonra işte tüp bebek tedavisine başlamaya karar verdik.*” sözleriyle açıklamıştır. Benzer şekilde eşindeki sperm azlığından ve kendi yaşından dolayı vakit kaybetmek istemedikleri için bir aşılama tedavisinden sonra tüp bebek tedavisine geçme kararı alan Aysun ve rahmindeki perdeden dolayı zaten aşılama tedavisinden umutlu olmadığını hatta o dönemi hiç umursamadığını belirten Anne de aşılama tedavisini tüp bebek tedavisinden daha önemsiz görmektedir. Aşılama ve tüp bebek tedavileri arasındaki ekonomik farklılıkla beraber bireylerin aşılama tedavisini daha az başarılı bulmaları ile doğrudan tüp bebek tedavisine yönelmeleri daha önce de araştırmalarda ortaya konmuştur (Li vd., 2013).

Tedavi kadın bedeninde gerçekleştiği için tedavinin katılımcılar üzerindeki fizyolojik etkisi araştırılmak istenmiştir. Ancak katılımcıların çoğu tedavi sürecinin fizyolojik bir etkisi olmadığını ifade ederken bir kısmı da tedavi sürecinde özellikle ilaçların etkisiyle kendi ifadeleriyle “*şiştiklerini*” yani kilo aldıklarını ve tüylenme yaşadıklarını vurgulamışlardır. Örneğin Bahar, “*Ben bir de takıntılı bir insanım. Mesela, benim yüzümde evlendiğim*

hiçbir leke, iz yoktu, ben bu tedavilere başladığımda yüzümde işte sivilceler, lekeler falan, kilo aldım, çok böyle psikolojimi bozuyor, hani çok yıprandım.” sözleriyle bu durumdan duyduğu rahatsızlığı da ifade etmiştir.

Bunların dışında tedaviden farklı şekilde etkilenenlerden Gülbahar, uyku problemine çözüm olduğunu söyleyerek tedavideki iğnelerin fizyolojik olarak olumlu bir etkisine işaret etmiştir.

“Ben böyle uykusuz bir insandım, bence bunlar sanki beni rahatlattı, Sanki böyle gözüme uyku bayağı girdi yani. Çünkü normalde ben böyle çok uyuyan bir insan değilim, o iğneler bana uyku veriyordu yani.” (Gülbahar),

Tedavi için Balıkesir’den gelen Serra, tedavi ile doğrudan ilgili olmasa da uzun yoldan gelmenin onu etkilediğini söylemiştir:

“Ya öyle stres, yorgunluk bu boyunlarımda ağrılar falan oluyor, gelip gitmek de sizi yoruyor, yol da yoruyor. Sadece tedavi olarak değil de, bir de şehir dışından gelmek de, Balıkesir’de tüp bebek merkezi yok o da ayrı bir sıkıntı.” (Serra),

Beyaz Papatya ise ilaçların etkisiyle agresifleştğini düşünmektedir.

“Tedaviden değil belki de ilaçlardan dolayı olmuş olabilir. İlaç da kullandık sonuçta. Bazen sinirli oluyordum. Hiç beklemediğim bir anda bir laf söyleyip geçiyorum yani.” (Beyaz Papatya).

İnfertilite tedavisi sürecinde on bir katılımcı başka bir sağlık sorunu yaşamadığını ifade etmiştir. Bunun dışında Zeynep, doğumdan sonra idrar yolu enfeksiyonu yaşadığını, Ayşe ise kürtaj sonrası yaşadığı enfeksiyonla uzun süre mücadele ettiğini, Aysun sedef hastalığı olduğunu, Dilek guatr olduğunu ve Şinok tiroit sorunu olduğunu söylemiş ve bunların tedavi sürecini etkilemediğini belirtmişlerdir. Beyaz Papatya ise geçirdiği kulak ameliyatı nedeniyle toparlanana kadar tedaviye başlamayı ertelediğini ifade etmiştir.

İnfertiliteye çözüm bulmak için tıbbi tedaviler haricinde bireylerin ya da çiftlerin denediği bazı yöntemler olduğu hem Türkiye’de hem de dünyada yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Topdemir Koçyiğit, 2012; Sundby, 1999). Bu araştırmada 10 katılımcı tedavi geçmişini anlatırken tıbbi olmayan yollara inanmadığı için denemediğini ya da tıbbi uygulama dışında hiçbir yöntemin çocuk sahibi olmasında fayda sağlayamayacağını belirtmiştir.

“Başka yöntem kullanmama gerek yoktu. Bende problem yoktu. Bende problem olsa yumurtalarımı çoğaltmak için kürler denerdim.” diyen Nehir Naz tıbbi yöntemin faydalı olmayacağı katılımcılardan birisidir. İlk evliliğinden sonra tüplerini bağlattığını söyleyen ve ikinci evliliğinde yeniden çocuk sahibi olmak isteyen Yasemin için de tek çözüm tüp bebek tedavisidir.

Serpil tıbbi olmayan yöntemlerle ilgili düşüncelerini kaderci bir yaklaşımla açıklamıştır: *“Hiçbir şey denemedim kulaktan kulağa şeylere inanmıyorum yani çok söyleyen var yok kimi diyor göbeğini çektir, kimi diyor rahmini çektir. Allah aşkına öyle olduktan sonra her şey olur. Allah bilir diyorum.”.*

Kaderci bir başka açıklama da Müberra’dan gelmiştir:

“...Bir de bende şöyle bir şey var. Ben inançlı bir insanım, Allah'a inanıyorum. Bazı şeylerin de çok üstüne gidilmemesi taraftarıyım. Ben elimden geleni yapıyorum, yapacağım. Bir yere

kadar yapacağım. Allah görüyor bizi yani sonuç olarak duamı da ediyorum. Yapmam gerekeni yapıyorum. Olmuyorsa bir bildiği vardır da yönündeyim, kafasındayım.” (Müberra)

Serra ise muska, hoca vb. şeylere inanmazken kısmen kürlerin faydasını gördüğünü şöyle aktarmıştır.

“Ben muskadır vs. öyle şeylere inanmıyorum, ilahiyat mezunuyum ben hani dua ediyorum o Allah’la benim aramda olan bir şey. Kürler kullandım, incir kürü yaptım, soğan kürü yaptım. Kist var demişti bana doktor (...) mesela bana ilaç verdi ben ilacı kullanıyorum ama kist gitmiyor. Ben ilacı bıraktım o 21 gün süreli olan soğan kürünü kullandım ve ben tekrar muayeneye gittiğimde kist kalmamıştı yani çünkü ilaç kullanmıyordum o süreçte bir ay kullandım devam et dedi, gitmemişti dedi, kaybolmamış dedi, hani onun faydasını gördüm.” (Serra)

Elif de bazı kür tavsiyeleri aldığı halde gerek duymadığı için uygulamayan katılımcılardandır. *“Sadece ben mesela yumurta rezervlerim iyiydi diyorlardı hani soğan kaynat, sabah tok ya da aç karnına, incir kürü falan yapmıştım bir ara o vardı. Ben yumurtaları çok iyi görünce yapmadım mesela adet düzensizliği yok, gerek duymadığımdan yapmadım yani.”*

Tıbbi olmayan uygulamalar denediğini söyleyen on yedi katılımcının, medyadan gördükleri ya da çevrelerinden duyarak uyguladıkları kürlerden kadınlar için havuç, incir ve soğan kürleri, erkekler için bal ve keçiyoynuzu kürlerinin yaygın olduğu bireylerin anlatılarından görülmektedir. Katılımcılar içinde kürlerin faydasını gördüğüne inananlar olduğu gibi, kür uygulamalarının zahmetli olduğunu ve devamını getiremediklerini ifade edenler de bulunmaktadır.

Kürlerin nelere iyi geldiğini de söylemek gerekirse; havucun faydasını, Gönül *“Sadece havuç suyu sıkıp içmiştik seviyorum zaten onu onun da internetten baktığımda hani spermin kalitesini de yükseltiyormuş, hızını falan.”* şeklinde aktarmıştır. Leyla da eşinin sperm sayısını artırmak için bal ve keçiyoynuzu kürlerini yaptıklarını ama fayda göremediklerini paylaşmıştır. Müberra soğan kürüyle hamile kalan bir arkadaşından duyduğu soğan kürünün yumurtaları çoğalttığını, kendinin yumurtalarının fazla olmasından dolayı tedavide sorun yaşadığı için bu kürü denemediğini belirtmiştir.

Kürleri uygulayanlardan yedi kişiye göre kürlerin hiçbir faydası yoktur. Tedavide aldıkları başarısız sonuçlar katılımcıların bu inançlarını kuvvetlendirmiştir. Soğan kürünün hazırlanış ve uygulamasını anlatan Gönül faydasını görmediğine inananlardandır.

“Bu adetle alakalı konuda işte soğan kürünü denedim ama bir bardak suya işte bir soğana kaynatarak sabah akşam yirmi bir gün içiyorsunuz. Bir faydasını gördüğümü düşünmüyorum.” (Gönül)

Denediği incir kürünün hazırlanış ve uygulamasını anlatan Zeynep ise yumurtalıklarındaki iyileşmenin kaynağı konusunda kararsızdır.

“Evet, incir kürü denedim. Hani yumurtalıkları daha sağlıklı bir hale getirdikleri söylenmişti. Yedi sekiz tane inciri güzelce yıkayıp, elinle bölüyorsun, bıçakla bölmeyi de önermediler. Yarım litre suya on beş dakika kaynattım ılık bir şekilde geldiği zamanda aç karnına içtim. Bu yirmi bir gün boyunca devam etti. Kendime başka denemedim. Eşime denedim işte keçiyoynuzu kürü yapıyor. Ona da altı, yedi taneydi galiba onu da belirli bir süre kaynatıyorsun beş dakika kadar herhalde onu denedim, sperm kalitesini arttırmak için o yani. Şu an yumurtalıklarım gayet iyi ama ondan mıdır hani şeyden midir bilmiyorum.” (Zeynep)

Bunlar dışında yumurtlamaya faydalı olduğu söylenen açlık otu, rahim kalınlaşması için nar suyu, süt hormonu bozukluğuna iyi gelen aslanpençesi denediğini söyleyenlerle, çevrelerinden hocaya gitmelerini, belini, göbeğini sardırma yöntemlerini, göbeğini, rahmini çektirmelerini duyanlar da olmuştur. Beş aylık gebe iken bebeğinin kalp atışları duran ve doğum yapmak zorunda kalan Zeynep; o gebeliği öncesi yaşadığı bir deneyimi şu şekilde aktarmıştır: *“Mahalle arasında kadınlar diyordu hani, göbeğini sardır, belini sardır, çok korkuyordum hani göbeğimi, belimi şey yaparken bir şey yapacaklarmış gibi geliyordu. Tamam dedim teyzeye yaptırayım, ondan sonra zaten hamile kaldım. O ayda da kendim korunmadım.”*

Zeynep’in korktuğu halde belini sardırması, ya da Gül’ün “yumurta ile ilgili, o da gene sosyal çevreden duyduğum abimin eşi de hani karın bölgesine uyguluyor acılı bir şeyde inanmadığım halde yine de yaptım.” ifadesi çocuk sahibi olmak için bireylerin şansını artırmanın yollarını zorlamaları, çaresizce başvurup sağlıklarını tehlikeye attıkları yöntemler hakkında fikir vermektedir.

Katılımcılar arasında sadece Şinok hocaya gittiğini belirtmiştir ve *“Sadece bir hocaya gittik. Dua falan okudu, bize söyledi. Uyguladık. Bize dedi ki beş ay sonra yanıma gelin. Hoca öldü. Beş ay dolmadan hoca öldü.”* diyerek bu yöntemden bir sonuca ulaşamadığını da eklemiştir.

Ayrıca, dördüncü tüp bebek denemesinin iğne aşamasında olan Fatma tıbbi yöntemler harici uyguladığı bir yöntemden sonra yaşadıklarını anlatırken duyduğu rahatsızlıktan dolayı pişman olup tıbbi müdahale dışı şeyler denemeyeceğini ifade etmiştir.

“Tabi ki denedim, ya bu hani koca karılar falan ilaç falan yapıyorlar koyuyorlar rahme bir şeyler falan yapıyorlar. Böyle balla bir şeyler sarıyor, işte bal bilmem ne o gibi şeyler uyguluyor. İşte en son yaptım böyle rahmim sanki düştü gibi oldu, ondan sonra bir daha dedim ki ben bunu kullanmayacağım. Zaten o kadınlara inanmıyorum gitmiyorum ben. Doktora geliyoruz işte.” (Fatma)

Çocuğu hayati bir mesele olarak gören ve kendi ifadesiyle zorlu bir infertilite süreci yaşayan Bahar’ın tıbbi olmayan çeşitli yöntemlerle ilgili deneyimi de katılımcılar arasında en ilginç olanıdır. Bitkilerle şifa dağıttığını söyleyen biri tarafından dolandırılmak, türbe/yatır ziyaretleri, kasık çektirme, buhara oturma soğan kürü başvurduğu yöntemler iken duyup da uygulamadığı “doğmuş köpek eniği yemek” duyduğunda çok şaşırdığı bir uygulamadır.

“Öncelikle türbelere, ne bileyim böyle yatırlara falan çok gittim. Bir tane ebe dediler, bitkilerle doğal yollarla ilgili şeylerin sertifikasını almış. Şimdi denize düşen yılanı sarılır diye bir şey vardır ya, denize düştük, yılanı sarıldık. Para almıyor, zaten ben paradan geçtim artık benim döktüğüm paranın haddi hesabı yok, ben çok özele gitmiştim. İlk gittim, gerçekten para almadı, sonra işte arı sütü verdi. Aktarda sekiz milyon olan arı sütünü bana 250 milyona satmıştı çok iyi hatırlıyorum. Ben bunları hep sonradan öğrendim. Ne bileyim buhar, süt buharına otur dediler, oturdum. Maydanoz buharına otur dediler, kaynat oturdum, ondan sonra hemen ilişkiye gir dediler, kasık çektir dediler, kasık çektirdim, belimi sakatladım o yüzden, çok zordu. Soğan dediler, ya çok şey denedim, hangi birini anlatayım bilmiyorum. İncir kürü, soğan kürü, vicks oluyor ya biliyor musunuz, vicksi sıcak suya at onun buharına otur dediler, onun buharına oturdum, çok şey denedim ya. En sonunda bana şey dediler, taş falan sarılması gerekiyormuş okunmuş taş, gitmedim. Başka birisi dedi ki bunu eşime de söylediler, yeni doğmuş köpek eniği yersen oluyormuş, çok saçma şeyler duydum dedim eşim bunu bana söyledi ilk. Yok dedim artık, bunu da denemiycem bu da dedim eksik kalsın, ben köpek eti falan yiyemem. Birisi denemiş onu da annesi zorla yedirtmiş işte daha doğrusu farkında olmadan

yedirtmiş (...). Çok şaşırmıştım mesela ama o köpek şeyi hariç her şeyi denedim yani tam olarak da hatırlamıyorum ama. Dün ben buradaydım gene hastanede, aşağı bahçeye indim sigara içmeye, orda bir bayan, 'Bizim orada kuyu var dedi eski İzmir'de. Bak işte gel, seni okutturalım.' dedi, ben mesela hemen inandım, numarasını aldım, ilk fırsatta gideceğim. Bilmiyorum faydası yok ama denize düşen yılanı sarılır diye deneyeyim diyorum, olsun yani.'
(Bahar)

Tıbbi olmayan yöntemler araştırmaya katılanların üçte ikisi tarafından denenmiştir. Ancak Örnek'in tabir ettiği dinsel-büyüsel nitelikte olan, yatır, türbe veya hoca ziyaretleri sadece iki kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı tanımlamada yer alan halk hekimliği ile tıbbi sağaltma alanına giren geleneksel uygulamaları sadece Bahar'ın denediği, kadının yumuşayıp gebe kalmasını sağlayacağına inanılan buğulara oturma, Zeynep'in uyguladığı bel çektirme, bele yaka vurma ve Fatma'nın denediği rahme çeşitli halk ilaçları uygulamalarıdır (Örnek'ten aktaran Topdemir Koçyiğit, 2012). Bunların dışında paylaşımlardan görüldüğü kadarıyla katılımcılar arasında yaygın şekilde bitkilerle hazırlanan çeşitli kürlere yönelme durumu söz konusudur.

Araştırmaya katılan infertil bireylerin büyük bölümü çocuk sahibi olmak için tıbbi olmayan yolları denemekte kimi zaman faydası olduğuna inanmakta kimi zaman da bunları gereksiz görmektedir. Ancak evde doğal bitkilerle denenen kürlerin dışında, kadınların bazıları dışarıdan sağlıklarına zarar verebilecek rahim içi ilaç uygulamaları ya da bel, rahim çektirme işlemlerini yaptırarak sağlıklarını riske atmaktadırlar. Bahar'ın deneyimlediği gibi infertil bireylerin çocuk sahibi olmak için gösterdikleri hassasiyeti kötüye kullanan insanlara ciddi miktarlarda para ödemesi yapanlar da olabilmektedir. Yani infertil bireyler bu tarz tıbbi olmayan denemelerden hem fiziki hem de maddi olarak etkilenmekte ve üstelik çoğu zaman bundan fayda göremediklerini ifade etmektedirler.

4.5.1.2. Tanı ve tedavi sonuçlarına verilen tepkiler

Başlı başına infertilite tanısı ve olumsuz tedavi denemelerinin bireyler üzerinde bıraktığı etki ve bireylerin bu yaşamsal krize verdikleri tepkileri anlamak bu çalışmanın temel amaçlarındandır. Bu nedenle katılımcılara ilk tanı aldıklarında, başarısız deneme, düşük ya da dış gebelik yaşantıları sonrasında nasıl hissettikleri, olumsuz duygularıyla nasıl başa çıktıkları sorulmuştur.

Bireylerin infertiliteyi tanımlarken yarısından fazlasının “Zor bir durum.”, “Hayal kırıklığı yaşadım.”, “Bir tane olsa rahatlayacağım.” ve “Çok üzüldüm.” ifadelerini kullandıkları görülmektedir. Bu infertilitenin katılımcıların çoğu için olumsuz bir durumu ifade ettiği anlamına gelir. Literatürde infertil bireylerin pek çoğu infertilite deneyimini “kızgın, depresif, umutsuz, bunalmış, hayal kırıklığına uğramış, endişeli, kandırılmış, aşırı hüsrana içinde” kelimelerini kullanarak anlattığını belirten bir çalışmada az sayıda kişi için infertilitenin hayatlarında bir değişiklik yaratmadığı da ifade edilmiştir (Burns, 1990: 181). Bu çalışmadaki sonuçlar da Burns'un çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. İnfertiliteden etkilenmediğini söyleyen az sayıda katılımcı bulunmaktadır.

Yakın çevresinde başka infertilite tanısı almış birilerinin olması bireyi “yalnız”lık hissinden uzaklaştırıp tanıyı normal karşılamasını kolaylaştırmaktadır. Örneğin, Serpil'in infertil yakınlarıyla deneyimlerini paylaşması, onların yaşadıklarına tanıklık etmesi bu duyguya kısmen de olsa aşına olması tanıyı karşılamada ona yardımcı olmuştur.

“Hiçbir şey hissetmedim açıkçası, çünkü günümüzde olan bir şey olduğu için kulaktan kulağa çok şey geldiği için o konuda ilk etapta tüp bebek deyince, dedim bir ben değilim yani çevremde bir sürü insan var dedim. Arkadaşlarımın da var onların da çocukları olmuyor çünkü. Hani öbür türlü olsa insan düşünür, aa ben de mi sorun falan.” (Serpil)

Çocuk sahibi olmakla ilgili bir sorunu olduğunu bilmek de (genetik sebepler gibi) infertil bireyleri infertiliteyi normal karşılama ve tedavi sürecine hazırlamada güçlendirici bir faktördür. Kendileri için sürpriz olmayan bir durumla başa çıkmak için bireyler Gülbahar’da olduğu gibi tedaviye bir an önce başlama yönünde karar almaktadırlar.

Ablası tüp bebekle hamile kalan ve çocuk sahibi olmak isteyip olamadığında vakit kaybetmeden doktora giden Anne, ablasındaki problemin kendinde olduğunu öğrenince bunu daha rahat karşıladığını belirtmiş ve tedaviye başlamıştır. Anne’nin *“Hani kendimi daha çok tüp bebeğe hazırlamıştım, aşılamların olacağını hissetmiyordum açıkçası. Hani üzüldüm ama pek bir yıkıntı yaşamamıştım.”* sözlerinden tanıyı ve tedavi başarısızlığını daha normal karşıladığı anlaşılmaktadır.

Yaşın küçük oluşunun da infertilite tanısını karşılamada pozitif bir etkisi olduğu söylenebilir. Adet düzensizliği olduğu için doktora giden ve polikistikover tanısı alan Gülüm Su, normal yollarla bir sene gebe kalmayı bekledikten sonra olmayınca tedaviye başlama kararı alınmasını *“Aslında bir şey hissetmedim o zaman daha yeniydi, bir de 20-21 yaşında falandım, çocukluk şeyi tam bilemedim”* sözleriyle aktarmıştır. Yaşın küçük oluşu “daha zamanım var” fikrini vermesinden dolayı da infertil bireyler açısından bir avantaj gibi görünmekte ve bireyi güçlendirmektedir.

“İlkinde zaten çok fazla anlamamıştım ve çok gençtim. 25 falandım herhalde, hani o kadar da fazla düşünmemiştim. Eşim daha çok çocuk odaklıydı. Ben o sırada çalışıyordum, çocuk bir şekilde olur nasılsa diye düşünüyordum pek anlamamıştım zaten tedaviyi o yüzden hiç stres olmamıştım aslında. Stres önemli bir faktör olarak görülüyor ama ben hiç stres olmamıştım. Çünkü aklımda çocuk odaklı bir şey değildi olur mu olmaz mı diyerekten ama negatif aldım orada çok üzülmüştüm.” (Sevim)

Sevim ilk tedavisinde genç oluşunun ona *“nasılsa bir gün çocuk olur”* diye düşündürmesinden ve çocuk odaklı olmadığından başarısız sonucun kendisinde bir stres yaratmadığını ifade etmiştir. Ancak yine de sonucun olumsuz oluşundan sadece üzüldüğünü belirtmesi infertil bireylerin tanı ve tedaviye ilişkin algılarının ve demografik özelliklerinin olumsuz sonuçlarla başa çıkmada onlar açısından farklı derecelerde güçlendirici ya da güçsüzleştirici etkisi olduğunu göstermektedir.

Nehir Naz, evlendikten sonra arkadaşlarının ikinci çocuklarını doğurmaya başlamasıyla *“Biraz tabii ki kendimde eksiklik hissediyordum, üzüliyordum ama tabii ki karşı tarafa hiçbir zaman belli etmedim bu durumu.”* diyerek infertilite deneyimini eksiklik olarak adlandırmış ama bu duygusunu arkadaşlarına yansıtmadan kendi başına yaşamıştır. İnfertiliteyi eksiklik olarak gören ve infertilite tedavilerinin olumsuz olmasından sonra çevre baskısıyla (eltisinin ona karşı tutumları) defalarca intihar ettiğini belirten Bahar kendisi için infertilite deneyimini *“(…) Yani neden olmuyor, bu bayandan ne eksikim var, sürekli kendinde bir eksiklik hissediyorsun. Bu da seni eksiye düşürüyor. Yaşam ne kelime yani bilmiyorum doğduğuna pişman olmak gibi bir şey bu yani. Gerçekten çok şeyim ya*

bilmiyorum hala üzüliyorum.” sözleriyle tanımlamaktadır.⁷ Bahar gibi infertilitenin olumsuz etkileriyle sağlıklı şekilde baş edemeyen, üzüntünün tahmin edilenden daha yoğun deneyimlendiği bireyler de bulunmaktadır. Bahar’ı intihara sürükleyen ve daha sonra detaylı olarak anlatılacak olan olay sosyal çevre baskısının da doğrudan etkisi ile meydana gelmiştir. Bu nedenle Bahar’ın infertilite deneyiminde çevresel etkenlere karşı hassas oluşu intihar girişiminde bulunmasıyla daha iyi görülmektedir. Bahar’ın intihar ederek çevresine bir mesaj vermek istediği anlaşılmaktadır. Bahar ve Nehir Naz’ın bu anlatımlarında hamile kalan ve doğum yapan kadınların ayrıcalıklı oldukları ve infertilitenin onlar için bir eksiklik olduğu yorumu psikolojik (içsel) bir tepki olmasının yanında sosyal (çevresel) bir tepkidir. Bu eksiklik duygusu onları güçsüzleştiren bir durumdur. Boncuk ise Bahar’ın tam tersi infertilitenin kendisi için bir eksiklik olmadığını ancak aldığı tepkilerle insanların ona çocuğu olmadığı için acıyarak yaklaşmasının onu daha çok üzdüğünü belirtmiştir.

İnfertiliteyle ya da tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasıyla kaderci başa çıkma stratejisini benimseyen bireyler de olmuştur. Daha önce spontan gebe kalan ve sonrasında her şey normal seyrinde giderken beş aylık gebeliği sırasında bir anda bebeğini kaybeden Zeynep süreci *“Artık Allah’tan gelen bir şey. O hani yaşamasını istiyorsa bir şekilde yaşıyor, istemiyorsa bir şeyler yine bahane oluyor ona.”* sözleriyle karşılaşmıştır.

Aysun ise *“Hani ben evet çok istiyorum ama olmayınca da benim dünyam yerle bir olmaz yani, evet o ilk andaki şeyi (ağlama, üzüme) kast etmiyorum. Çünkü imtihan dünyası olduğuna inanıyorum, belki benim de evlat sahibi olmamak gibi bir imtihanım vardır.”* diyerek hem sürecin elinde olmayan bir yanı olduğunu hem çocuksuzluk fikrinin de farkında olduğunu anlatmaktadır. Elif’in de başka bir evlatlık edinmek istemediğini belirtirken *“kendi çocuğum olursa olur, olmazsa olmaz yapacak bir şey yok”* sözleri katılımcıların pek azının “çocuksuz bir hayat fikri”nin “farkında” olup üzerine düşünüyor olmaları Freire’nin (2005) güçlendirmenin belirleyici ögesi olarak gördüğü “bilinçlenme” ile paraleldir. Ayrıca bu farkındalık, bireyleri psikolojik olarak rahatlatarak, tedaviye ilişkin umutlarını korusalar da tedavinin başarısız olması ihtimaline kendilerini hazırlamalarını ve dolayısıyla başarısız sonuçlarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır. Yani tedavideki tüm ihtimallerin “bilincinde” olmak sorunlarla başa çıkma sürecine yardımcı olacaktır. Ayrıca bu konuyla ilgili literatürde de Su ve diğerlerinin (2011) infertilite tedavisine devam kararı alanların anksiyete puanlarının almayanlara göre daha fazla çıktığı sonucun ulaşmaları bireylerin hem yeni tedavinin belirsizlikleriyle karşılaşmalarından hem de infertilite durumunun devamında başka bir hayata psikolojik olarak hazır olmamalarıyla açıklanabilir.

Tedavi sonrası kaderci başa çıkmaya ait bir davranış olarak “dua ve ibadet etmek” bazı katılımcılar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. Gül *“Dua ediyorum daha çok ibadet ediyorum ya da ilgimi başka yöne çevirebiliyorum. Bu konuda olumsuz düşünme halim oluştuğunda ilgimi başka şeylere kaydırmaya çalışıyorum odağımı. Onun dışında bol bol dua ediyorum, hayırlısıyla istiyorum.”* şeklinde atlattığını belirtmiştir. Gül’ün aynı zamanda olumsuz düşünceler aklına geldiğinde dikkatini başka yöne vermesi ve tedaviye

⁷ Bu paylaşımın detaylarına bağlam olarak daha uygun olduğu için “Algılanan Sosyal Baskı” bölümünde yer verilecektir.

yoğunlaşmamaya çalışması duygusal odaklı bir başa çıkmayı da tercih ettiğini göstermektedir (Tuncay, 2009). Papatya da benzer bir süreçten bahsetmiştir. *“Namazlarımda dua ediyorum tüm çocuğu olmayanlar için. Çıkıyorum geziyorum, komşularıyla vakit geçiriyorum. Eşimle vakit geçiriyorum. O genel de moral verendir ben morali bozuk olan. Hep konuşarak beni telkin ediyor.”* şeklinde sıralamıştır.

Tedavi sonrası açıklamaların genelde kaderle ilişkilendirilmesi tedavideki başarısızlık karşısında ortak bir yönelim olarak değerlendirilebilir. Bunda en önemli etken gebelik olayının ya da yaratılışın doğrudan tinsel bir varlık, yaratıcı ile ilişkilendirilmesine, ne kadar mücadele edilse de, müdahale yapılsa da bebek sahibi olmak için bireyin gücünü aşan, başarısızlık durumunda *“yapacak bir şeyi olmadığını”* düşündüren bir gücün olduğu inancının olmasıdır.

“Daha çok maneviyata yöneldim, duaya yöneldim ve biliyorum ki her şey Allah'ın izniyle oluyor. O ol derse olur biz dua ederiz ki bu tedavi de zaten fîli dua ben elimden geleni yapıyorum, sonrasını Allah'a bırakıyorum, böyle bir inancım var ve insanı rahatlatan bir şey, sonuçta imtihan dünyasındayız. Allah çok isterse verir ama çok da duyuyorum 'Seni doğuracağıma taş doğursaydım.' da deniliyor. Dediğim gibi maneviyata yöneliyorum, beni çok da rahatlatıyor. İyi geliyor.” (Aysun)

Aysun *“fîli dua”* olarak tanımladığı tedaviyle kendi payına düşeni yaptığını ve sonrasının kendi elinde olmadığını ifade etmektedir. Maneviyata yönelmek onu güçlendirmektedir. Bu kaderci açıklamalar ve dini ritüellerin bu süreçte güçlendirici etkiye sahip olduğuna dair bir göstergedir.

İlk tedavisi olumsuz olan ve ablalarının da çocuğu olmadığı için ümitsizliğe düşen Gülbahar, o süreci özellikle ablasının, eşinin ve eşinin ailesinin desteğiyle bile çok zor atlattığını daha çok kadere atfedilen açıklamalarla ifade etmiştir.

“Valla üç gün ağladım, yemek yemedim, üzüldüm, artık olmuyor ablamınki olmadı benimki de olmaz. Eşim işte bana destek çok destek oldu, kaynanam aradı dedi 'Allah'tan kork dedi, n'oldu?', işte öyle ablalarım aradı, yapma dedi, olursa Allah verirse hayırlısı olsun, sana verirse hayırsızsa sen ne yapacaksın dedi. Böyle lafla işte edince her birinden bir laf bir şey olunca insan biraz kendini toparlıyor işte (...) 'Hayırsız olursa ne yapacaksın, Allah hayırlısı versin.' gibi tesellileriyle öyle öyle kendimi toparladım artık üç günden sonra kalktım yemek yedim, günlük hayatıma devam ettim, temizliğime de kalktım başladım. Yemek yapmaya da başladım, öyle yani.” (Gülbahar)

Bebeğini altı aylık hamile iken kaybeden Anne, daha duygu odaklı bir başa çıkma sergilemektedir. Örneğin bebeğini kaybettikten sonraki süreçten çok etkilendiğini korkularının bu gebeliğinde de devam ettiğini söyledikten sonra bebeğinin ölümünün ardından süreci atlatırken *“Bir tek ağladım, dua ettim, hiçbir şey gelmedi elimden (ağlama). (...) Düşündüm bunu kendim yapabilirim diyorum ama yapamıyorum. Bazen yapıyorum.”* sözleriyle çaresiz kaldığını anlatmıştır. Kendi sorunlarıyla başa çıkabileceğini düşünse de bunu her zaman yapamadığını, boğulduğu, bunaldığı zamanlarda yeğenlerine giderek, dışarı çıkıp hava alarak, kendini rahatlatmış olduğunu da eklemiştir. Bebeğine dair yaşadığı kaybın daha çok ezan vakitleri aklına geldiğini ve o zamanlar elinden sadece dua etmek geldiğini belirtirken kendini rahatlatmak için dini araçlara başvurduğu görülmektedir. Dua etmek ruhen bireylere bir rahatlama sağladığı gibi problem odaklı başa çıkmadakinin aksine sorunun çözümüne yönelik birey için ekstra bir çaba da gerektirmemektedir.

“Allah’ım diyorum bebeğimi alma elimden, hani bir bebek anne reklamı çıkıyor ya o zaman, hani gün içinde beş on kere geliyordur aklıma (...) Duamı okuyorum hani ben ne kadar üzülsem de yapacak hiçbir şey yok, duamı okuduktan sonra rahatlıyorum. Daha çok hani dinen şeyler yapmaya çalışıyorum ki hem vicdanımı hem gönlümü rahatlatmak için, ama bu da bana iyi geliyor yani. Sabah tekrar kalkıyorum, elimden yine dua etmek geliyor. Başka da hiçbir şey gelmiyor açıkçası, bu kadar.” (Anne)

Ayrıca ilk bebeğin kaybından sonra zaman zaman kendini toparladığını, kafasını dağıtmak için *“Allah’ım hayırlısını ver, olursa olur.”* gibi dualar ettiğini söylemiştir. Sonra el işi yapmak, kitap okumak gibi faaliyetler yaptığını bir süre rahatladığını ama ilk hamileliğindeki olumsuzlar aklına gelip kaygı hissetmeye başlayınca gerildiğini ve o fikirden uzaklaşmaya çalıştığını belirtmiştir. Bu ifadeyle hamileliğe yüklediği anlamla onu kaybettiğindeki hisleri birbiriyle ilişkili görünmektedir. İnfertilite durumundan çok bebeğini kaybetmenin üzüntüsüyle başa çıkmaya çalışan Anne’nin anlatılarından tam olarak bu süreci tamamlayamadığı, yas ve ardından gelen onarım sürecinin gerçekleşmediği anlaşılmaktadır.

Serra’nın aşağıdaki paylaşımı kaderci yaklaşım açısının bireyi nasıl rahatlattığını görmek ve güçlendirme dinamiği açısından anlamlı bir paylaşımdır. Serra kendisinin sorunlar karşısında gücünün belli bir sınırının olduğunun farkındadır (Hardy ve Leiba-Q’Sullivan, 1998). Bu sınırı zorlayan bir sorunla karşılaştığında dışarıdan bir destek ihtiyacı doğmasını normal karşılayıp sorunun kendini aşan bölümünü dini bir varlığa ya da merciye havale ederek üstesinden geldiğini aktarmıştır. Serra’ya göre İslamiyet’teki tevekkül inancı, onun infertilitedeki bir sorunun çözümünde doğrudan devreye girerek güçlenme dinamiğine katkı sağlamıştır.

“Yani ben tevekkül ederek, yani Allah’a inanma dayanma, elinden geleni yaptıktan sonra gerisini Allah’a havale etme, çünkü insanın psikolojisi bir yere kadar, her şeyi yüklediğinde düşünün yani elli ton yükü kaldıramazsınız, altında ezilirsiniz. Hani tevekkül sayesinde, imanım sayesinde bundan kurtuldum, üstesinden gelebildim. Kendimi farklı alanlara verdim, daha çok kitap okudum, beni anlayan kişilerle beraber olmaya gayret ettim.” (Serra)

İnfertil bireylerin tedavideki başarısız sonuçlarla duygusal yollarla başa çıkmada sıkça başvurdukları diğer bir başa çıkma stratejisi başka işlerle uğraşmak, dikkatini başka işlere yöneltmektir. Birey özellikle başarısız tedavi sonrasında yaptığı bu etkinliklerle sürecin onu rahatsız eden düşüncelerinden uzaklaşmak istemektedir. Daha pasif bir çözümün tercih edildiği örnekler de yaygındır.

İlk tedavisinin başarısız olduğu haberini iş yerinde alan Müberra, *“Çok üzüldüm, çok ağladım. Buraya geldim ağladım. Bir. İkinci gün makyaj yaptım, işe gittim. Kendimi yine eski moduma hemen soktum. Hemen adapte oluyorum.”* sözleriyle anlatmıştır.

Sevim karşılaştığı olumsuzluklarla kafasını dağıtarak, alışveriş yaparak ve hayatına bir yenilik getirerek başa çıkmaya çalışmıştır. Aynı zamanda tedavisinin başarısız oluşundan sonra birkaç günün ardından hayatına yeniden adapte olduğunu ifade etmiştir.

“Alışveriş yaparım, direk kendime bir şeyler alırım, kuaföre gitmem ama direk alışveriş yaparım, bir şeyler almam lazım, yazlığım kalmamıştır, kışlığım kalmamıştır, ayakkabı onlar beni çok rahatlatıyor ya da dolabımdan bir şeyler eksiltirim yenilerini alır eskileri atarım. Benim de kafam öyle rahatlıyordur. Öyle yani oraya gelirken buraya giderken değişiyor yani gidiyor insanın aklı, çünkü ümidim var bir daha denerim.” (Sevim)

Ayşe tedaviyle ilgili morali bozulduğu, canı sıkıldığı zaman rahatlamak için kendini temizliğe verdiğini, ev temizlendiği zaman kendini daha rahat ve mutlu hissettiğini, böyle motive olduğunu belirtmiştir. Serpil de en stresli hissettiği gebelik testi sonucu başarısız olan tedaviyi kendini işe vererek atlattığını söylemiştir. Anne ve Ayşe de iş yaşamıyla meşgul olarak kafalarını dağıttığını söylemişlerdir. Anlatılardan iş yaşamı ya da bir işle meşgul olmak tedavide karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada önemli bir rahatlama alanı olarak görülmektedir.

Tedavi başarısızlıklarından sonra problem odaklı başa çıkmayı seçen bireyler de bulunmaktadır. Örneğin Nehir Naz tedavinin başarısız sonuçlanmasından sonra yeni bir tedaviye karar verme sürecini *“Bu dedim nasip, kısmet işi. Allah verirse olur. Denemezsem nasıl bileceğim? Normal yolla kalma şansım yok çünkü o yüzden hep denedim. Yani denemem lazım, denemeden anlayamam dedim. Yaş el verdikçe, yumurtalar el verdikçe denedik.”* şeklinde paylaşmıştır. Bu açıklama infertilite sorununu çözmek için problemin çözümüne odaklı aktif bir başa çıkma çabasıdır. Sorunun çözümüne yönelik bir planlama, harekete geçme ve eylemi gerçekleştirme durumu söz konusudur. Başarısız sonuçta ise yapacak bir şey vardır: yeniden denemek. İnfertiliteye getirdiği açıklama aynı zamanda *“nasip, kısmet, Allah verirse olur”* şeklinde olduğu için kaderci bir yönü de vardır. Kaderci başa çıkma, (dini ritüeller, tinsel açıklamalar vb.) bazı kaynaklarda duygu odaklı (Gül, 2014; Tuncay, 2009), başa çıkma içinde yer alırken Achour vd., (2016) sorunun kaderci başa çıkma sürecinde her ikisinin unsurlarından beslendiğini aktarmıştır.

Nur, başarısız tedavisinin ardından, bir yıl önce kaybettiği babasının ölüm yıldönümünde Çorum’a gittiğini ailesinin orada olduğunu ve yakınlarının kendisine *“...Nasıl ölümler gerçekse doğumların da Allah tarafından geldiğini, işte her şeyde bir hayır olduğunu”* söylediklerini ve bulunduğu ortam kalabalık olduğu için başarısız tedavi sonucunu kolay atlattığını ifade etmiştir.

Kendini çabuk yenileyen biri olduğunu düşünen Nergis, umutla tedaviye sarılıp başarısız tedavileri sonrası üzüntülerini kısa tutarak kendini telkin edebildiğini söylemiştir.

“Olacak diyorum. Devam edeceksin diyorum. Umutla devam edeceksin diyorum. Olmadığı zaman da dünyanın sonu değil diyorum ve hatta çocuğumun olmaması ihtimali üzerinde düşündüğüm zaman da kendi kendime planlar yapılabiliyorum gelecek ile ilgili. (...) Mesela kendime çok iyi bir araba alacağım. Ev almayı düşünüyorum şu anda, ev almayacağım. Çünkü öyle bir şey ki insan hayatta bir şeyler niçin edinir? Çocuklarına bırakmak için. Geride kalanlara bırakmak için ama öyle bir kaygım olmayacak ondan sonra. ‘Kendim için yaşayacağım.’ diyorum.” (Nergis)

“Çocuksuz bir hayat” için planlar kurmak daha önce de bahsedildiği gibi infertiliteyi kabullenme dolayısıyla Nergis’in sorununa problem odaklı başa çıkmayı kullandığını göstermektedir. *“Kendim için yaşayacağım.”* ifadesi ise belki tedavi sürecinde geri plana attığı isteklerine önem vereceğine, böylece çocukla ilgili bir gelecek kaygısının kalmayıp rahatlayacağına inandığı görülmektedir. Yani Su ve diğerlerinin (2011) tedaviye devam etmeme yönündeki kararın stresi azaltıp rahatlama sağlayacağı Nergis’in anlatısında görülmektedir.

İnfertil kadınlardan bazıları başarısız tedavi denemeleri sonrası süreci kısa sürede atlattıklarını ifade etmişlerdir. Ancak Fatma ve Gonca gibi bazıları için bu süreç farklı

faktörlerinde devreye girmesiyle uzayabilmektedir. Eşinin isteği nedeniyle tedavilerini ailesi dâhil hiç kimseye anlatmayan ve bundan dolayı üzüldüğünü dile getiren Gonca ilk tedavisi başarısız olduğunda yaklaşık iki ay düzelemediğini, hiç kimseye konuşmadığını, hiçbir yere gidemediğini, yemek yiyemediğini, su içemediğini söylemiştir. Sonraki süreçte ortaya çıkan olumsuzluklarla hem destek arayışına girerek aktif başa çıkmaya hem de duygusal odaklı yönelimle başa çıkmaya çalışmıştır.

“Önce anneme her şeyi anlatmaya karar verdim, belki biriyle konuşursam iyi gelir diye düşündüm. Bir gün kalktım sabah erkenden anneme gittim. Anneme her şeyi en başından sonuna kadar anlattım, söyledim. Konuştuktan sonra biraz rahatladım tabi, işte annemin de birazcık desteği oldu, elinden geldiği kadar bir şeyler yapmaya çalıştı. Bugün buraya gidelim, şuraya gidelim, gezdik dolaştık kafamı dağıtmaya falan çalıştım ya evet ben her şeyi yapıyordum ama unutamıyordum o anı hiç unutamadım. (...) Evet, alıştım ama çok zor alıştım, zor geçtim alıştım bir şekilde. İkincisinde daha rahattım.” (Gonca)

Gönül de Gonca gibi olumsuz denemelerinden sonraki süreci yakınlarıyla konuşarak, konuşma rahatlamasına yeterli gelmediğinde ağlayarak, eşiyile dışarı çıkarak atlattığını söylemiştir. Gönül hem sosyal destekten faydalanmaya hem de dikkatini başka yöne vermeye çalışarak her iki başa çıkma stratejisini de kullanmıştır. İnfertil bireylerde psikolojik iyiliğin ve güçlenmenin önemli kanallarından birisi sosyal destek arayışı ve bu arayışın sosyal çevreden karşılık bulmasıdır.

Tedavisinin başarısız olduğunu öğrendikten sonra bu durumu bir ay atlatamadığını söyleyen Fatma, sorularla karşılaşmamak ve insanların üzüntülü tepkiler verip psikolojisinin bozulmasına sebep olmamaları için tedaviden kimseyi haberdar etmediğini ve hep evde olduğunu aktarmıştır. Tedavi başarısızlığını daha çok sosyal çevresinden geri çekilerek karşılayan Fatma da duygu odaklı başa çıkmayı tercih eden bireylerdendir.

Zeynep, bebeğinin düşmesinde sonra yaşadığı süreci manevi inancının ve yukarıda Nehir Naz’ın anlatımında bahsedildiği gibi tedaviyi yeniden deneme düşüncesinin verdiği ümit yardımıyla atlattığını ifade etmiştir.

“Üzücüydü yani, unutturuyor bir şekilde Allah veriyor hani şeyi ama sana bir şekilde unutturuyor da. O zamanlar çok üzüldüm, hani ilk bebeğim bir de hiç konduramayacağım bir şey ama yaşıyorsun. Ama unutturuyor bir şekilde yine şeyi var ama yapacak bir şey yok, hani kendimi ne kadar üzsem de boş yani. Yapacak bir şeyin yok, en azından yapacak bir şeyim tedavilere devam etmek elimden geleni yapmak sonuna kadar, olmazsa da yapacak bir şeyim yok deyip. Kader. Elimden geleni yapıyorum.” (Zeynep)

Başarısız tedaviler sonrası intihar teşebbüslerinde bulunan ve bunu yineleyeceğini belirten Bahar, tedavideki sorunlarıyla başa çıkma açısından zor bir dönemden geçmiştir. Sorunlarıyla başa çıkmada bir tür kaçma davranışı sergileyip intihar girişiminde bulunması sağlıksız bir başa çıkma stratejisi seçtiğini göstermektedir. *“Çünkü görüyorum o potansiyel var yani. Hani sürekli bir şeyleri çözmeye değil de, tamam ben mağlup oldum, bitsin artık burada demeye daha çok meyilliyim.”*

Bebeğine hamile olan Beyaz Papatya onu kaybetmekle ilgili düşüncelerini aktarmıştır. *“Kötü... O yönünü düşünemiyorum işte. Bu şekle gelmem çok zor oldu. Bu şekilden sonrası toparlamam da çok zor olur. O yüzden onu düşünmek istemiyorum. Hep iyi yönlerine gitmek istiyorum.”*

Katılımcıların bir kısmının Zeynep gibi düşük ya da dış gebelik geçmişleri vardır. Eğer düşük yapan kadınlar gebe olduklarından habersiz bir kayıp yaşıyorlarsa bu kayıptan pek etkilenmediklerini belirtmektedirler. Örneğin ilk düşüğünün ardından Miraç duygularını *“Bir şey kaybettiğini anlıyorsun ama ben tamamen habersiz geçirdim o dönemi. Yani birden doktoruma gittim dış gebelik geçirdiğimi öğrendim, eğer gebelik oluşmuş olup da daha sonra bu şekilde öğrenmiş olsam beni çok etkilerdi. Ama o kadar çok etkilemedi.”* şeklinde ifade etmektedir. Yani anne adayı olduğunun bilincinde olup onu hissettikten sonraki kayıpla başa çıkılması infertil bireyler için daha zor bir deneyimdir. Ayşe ilk bebeğini düşürdüğünde *“Ya ilk kaybımda daha yirmili yaşlarımdaydım, neyin ne olduğunu bilmiyordum.”* diyerek o dönem küçük yaşta oluşundan dolayı daha az farkında olduğundan düşük onu etkilememiş görünmektedir.

Gebe olduğunun farkında olduktan sonra yaşanan düşüklerde üzüntünün daha derinleşmesi ve psikolojik olarak kötü hissetmekten dolayı kadınlar için bu süreç başa çıkmanın zorlaştığı bir dönemdir. Bu, kadınların anlatımlarında açıkça görülmektedir. Örneğin Nehir Naz tedavi sonrası ikiz bebeklere gebe kaldıktan sonra kalp atışlarının durmasıyla kürtaj olmak zorunda kaldığını ve kürtaj sonrası psikolojik olarak kötü olduğunu, çöktüğünü ve 15-20 gün boyunca geceleri uyuyamadığını anlatmıştır. Bunun yanında hamileliğin süresi uzadığında düşüğe verilen tepkinin şiddetinin arttığı da aşağıdaki anlatılarda görülmektedir. İlk düşüğünde farkında olmadığı için etkilenmediğini söyleyen ve ilk tüp bebek tedavisi sonrası yaşadığı gebeliğin üçüncü haftasında bebeğini kaybeden Gülüm Su, düşük sonrasını *“Ama sonrasında (tedavi sonucu gebelik) düşük olduğunda bayağı bir kötü hissettim kendimi, yani çok zorlandım bayağı bir.”* sözleriyle anlatmıştır.

Üç aşılama ve sonrasında bir tüp bebek tedavisiyle hamile kalıp altıncı ayında bebeğini kaybeden ve sonrasında denediği ikinci tüp bebek sonucu şu an on yedi haftalık gebe olan Anne, o dönemde yaşadıklarını ağlayarak anlatmıştır. Daha önceki dua etmek, inancına sarılmak gibi kaderci başa çıkmanın rahatlatıcı yönlerinin aksine aşağıda başvurduğu kaderci söylemin dayandığı anlatısında *“Niye yani ben n’aptım Allah’ım sana”* ifadesinin adaletsizlik ve öfke (Gül, 2014) içerdiği görülmektedir.

“Çok zordu. (ağlama) O korku kaldı içimde her şey yolunda giderken çok zor. Her şeye küstüm, kendi anneme bile düşman oldum. Çünkü ben de anne olmak istiyordum. Niye böyle diye niye olamadım o kadar anne olmak isterken bir başkaları doğurup sokağa atıyor. Niye yani ben n’aptım dedim Allah’ım sana. (...) o korku çöküyor insana, seviniyorum ama bir taraftan. Nefret ediyorum anneler gününden, çok zor ya ben bunu anlatamıyorum, kimse de anlamıyor zaten, hiç ummazdım yani, ama o kadarmış onun ömrü de Rabbim o kadar vermiş. Yapacak hiçbir şey yok.” (Anne)

İlk evliliğinde de yaşı küçükken düşük yapan Ayşe, ikinci evliliğindeki düşüktan daha fazla etkilendiğini şöyle ifade etmiştir: *“Bu evliliğimdeki kaybımda çok yıprandığımı söyleyebilirim. Bayağı psikolojik olarak yıprandım. Bir süre çocuk düşünmedim, aynı şeyleri yaşayacağım diye. Şu anda aynı duygular içindeyim, ‘acaba acaba’lardayım hala. Acaba yine aynı şeyleri yaşayacak mıyım diye, o psikoloji içindeyim açıkçası”*

Düşük deneyimi yaşayan kadınların anlatılarına dikkatli bakıldığında önemli bir detay ortaya çıktığı görülecektir. Katılımcılardan tedavi sonucu ya da spontan şekilde gebe kaldıktan sonra düşük yapanlardan üçü (Gülüm Su, Ayşe, Anne) o döneme dair yaşananları

anlatırken tedavinin başarısızlığından sonraki süreçte ortaya çıkan tepkilerde ve yaşantılarda bahsedilmeyen farklı bir duygudan bahsetmişlerdir: *korku*. Ayşe, Gülüm Su ve Anne, kayıplarından sonra tekrar aynı şeyi yaşamaktan korktuklarını ve düşük yaşamlarından dolayı psikolojik ve fiziksel olarak kendilerini toparlamak için tedaviyi ertelediklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla korku düşük deneyimi yaşayan kadınlarda yeni bir tedavi denemesinin ertelenmesine sebep olan belirleyici bir duygudur. Düşüğün kadınlar üzerinde tedavideki başarısız sonuçlardan daha farklı bir etkisi olmasının nedeni anne ve bebek arasında bir bağ oluşmaya başlaması ve annenin bu kayıpla bebeğini ve anne olma ihtimalini de kaybetmesi ile açıklanabilir. Gülüm Su'nun üç haftalık gebeliğindeki düşük deneyimiyle ilgili "*Çünkü o duyguyu tattım, anneliği tattım, gece uykusu rahatsızlık verdi yani o üç haftalık süreçte bile bayağı bir zorluk çekti bana.*" sözleri buna bir örnektir. Yani anne ile bebek arasındaki o bağın kurulmuş olması ve sonrasında yaşanan kayıp, "hiç olmamış bir şeyin yasını tutmaktan" (Kains, 1980) daha güçsüzleştirici bir deneyimdir.

Düşükten sonraki süreçte yaşadıkları fiziki ve psikolojik zorlukları başka katılımcılar da farklı bağlamlarda dile getirmişlerdir. Mesela Boncuk psikolojik tedaviyi özellikle düşük yaptıktan sonraki süreçte almak istediğini belirtmiştir. Özellikle düşükle birlikte bir kaybın yaşanmasından kaynaklı olarak düşük sonrası dönemin vurgulanması bireylerin başa çıkmada yetersiz kaldığı ve psikolojik destek almaya ihtiyaç duydukları tedavi deneyimi açısından güçsüz hissettikleri önemli bir süreçtir.

Görüşülen kadınların üçte birinin ilk denemede özellikle umutlu olduklarını, o nedenle ilk deneme başarısız olduğunda çok üzüldüklerini ifade etmeleri dikkat çekmektedir. Bahar, başarısızlıkla sonuçlanan ilk aşılama tedavisi sonrası yaşadıklarını şu sözlerle anlatmaktadır: "*İlkinde çok umutluydum ben aşılama. Kesin tutacak gözüyle bakıyordum, tutmadığı için psikolojik olarak çok çöktüm ve intihar ettim.*" Serpil, ikinci tedavisinde adet dönemi geciktiği için hamile olduğunu düşünüp umutlandığını ancak doktordan hamile olmadığını öğrendiğinde *şoka girdiğini*, eşine tepki veremediğini ifade etmiştir. Boncuk daha iyi teknolojiyle yapıldığı için tüp bebek tedavisinde daha umutlu olduklarını, hatta gebelik testinin de pozitif çıkmasının bunda etkisi olduğunu ama kan testinde negatif olduğunu öğrendiklerinde *yıkıldığını* ifade etmiştir. Nehir Naz ise "*Hep hamile kaldığımı düşünerek başladım sonra hep hayal kırıklığı oldu.*" demiştir.

Yukarıda ilk tedavilerinin başında tedaviyle ilgili çok umutlu olan infertil bireylerin tedavinin başarısız olduğu haberini aldıktan sonra hissettiklerini anlatırken "*yıkıldım*", "*şoka girdim*", "*çöktüm, intihar ettim*", "*hayal kırıklığı oldu*" ifadelerini kullanmaları tedaviye karşı en baştan çok umutlu olmanın (Su ve Chen 2006; Franco vd., 2002) tedavi başarısızlığına karşı kendini hazırlamayı önlediğini göstermektedir. İnfertilite bazen uzun bir sürece yayılsa da kronik bir hastalık değildir, örneğin kanser gibi bir kronik hastalıkta umut iyileşmenin en önemli güçlendiricisidir (Tuncay, 2009). Yukarıdaki anlatılarda görüldüğü gibi umutlu olmak konusunda infertilitenin diğer kronik hastalıklardan farkı, tedavi sonuca yönelik aşırı umutlu olmanın bireyleri güçlendirmek yerine güçsüzleştirebildiğidir. Umut, bir taraftan infertil bireylerin psikolojik esenliklerini yüksek tutmalarını sağlarken diğer taraftan sonu belli olmayan bir durumun olumsuz

alternatiflerine kendilerini hazırlamaktan ve başa çıkma stratejileri belirlemekten alıkoyabilmektedir.

Tedavi aşamalarında bireylerin verdiği tepkilerle ilgili Kainz'ın (2001) yer verdiği, çaresizlik ve yetersizlik duyguları, başarısız tedavilerden sonra spontan gebelik sonrası ilk çocuğuna sahip olan Serra'nın anlatımında karşılık bulmuştur. *“O zaman bir anda karamsarlığa kapılmıştım. Hani sanki hiç olmayacakmış gibi düşünmüştüm (...) Ama işte sonra bir oğlum oldu ya bir tane, bu süreçte (şimdi) ben çok rahattım yani, önceki gibi değil, önceki çok ağır bir travma yani.”* (Serra). Başarısız tedavi denemeleri sonrası üzüntü ve hayal kırıklığına dair yaşantılar paylaşılrken tedaviden beklentisi olmadan tedaviye başlayanlarda etkilenme düzeyinin daha az olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Sekiz yıl önce ilk denemesini gerçekleştiren Şinok da ilk tedavi zamanlarında şimdiye göre daha umutlu olduğunu belirtmiştir. Bireylerin tedavinin ilk başlarında verdikleri bu tepkileri Darwiche ve diğerleri (2013), infertil bireylerin şanslarını abartmaya ve infertilite tanısının olumsuzluklarını görmezden gelmeye meyilli oldukları şeklinde yorumlamıştır. Şinok, duygularını *“Şu anda biraz daha hani bir ihtimal. Çünkü hep başarısızlık olduğu için şimdi yine olabilir olduğu için biraz daha duygularımı geride tutuyorum yani”* şeklinde dile getirmiştir.

Bu bölümde, son olarak tedavinin uzun yıllar sürmesinden dolayı bireylerde psikolojik ve fiziksel yorgunluğa rastlandığı ve bunun tedaviye ilişkin önemli kararlara yansıdığı da görülmektedir.

“Dondurulmuş çok büyük bir artı benim için. Çünkü ben de yumurta toplama olayında zaten sıkıntı yaşıyorum. Burayı ilk aradım, altı tane (embriyo) var. Üç tane ilk etapta çözdürüyorlar. Şey dedim: üç tane çözdürelim dedim. Kalan üç taneyi (embriyo) atın dedim telefonda. Hemşire mi artık bilmiyorum. Bana şey dedi: ‘İkinci çocuğunuz mu?’ dedi. Ben ‘Hayır, ilk.’ dedim. ‘Aa nasıl yani?’ dedi. ‘Bu çok önemli bir şey hiç atılır mı? Hani bu sizin şansınız.’ dedi. Ama ben ‘Atın!’ dedim. Sonra telefonu kapattım. ‘Aa, ah nasıl böyle bir şey yapıyorum? Atın diyorum’ dedim kendime. O kadar emek harcadım dedim. Yoruldum bence ben. (...)” (Müberra)

4.5.1.3. Tedavideki mutlu/stresli anlar ve olumlu/olumsuz duygular

İnfertilite tedavisi aşamalarının bireyler üzerindeki etkisini araştıran çalışma sonuçlarında bireylerin en kötü hissettikleri ana dair ortak bir görüş bulunmamıştır. Yong vd., (2000) kadınların hamilelik testi yaparken en yüksek stresi yaşadıklarını, Franco vd., (2002) ise araştırmalarındaki kadınların %60'ının aşılana ve laboratuvarında bekletilen yumurta ve hücrelerin azlığı ve sağlık durumları hakkında endişe duyduklarını ve katılımcıların %46'sı için en stresli anın hücre transferi olduğunu bulgularına eklemişlerdir. Bu çalışma da ise sadece iki katılımcı transfer anını “stresli an” olarak tanımlamıştır.

İnfertil bireylerin güçlenme süreçlerinin araştırıldığı bu çalışmada bireylerden sadece olumsuz ve stresli hissettikleri anlar değil aynı zamanda tedavi deneyiminin onları iyi hissettirdiği, mutlu oldukları aşamalardan bahsetmeleri de istenmiştir. Böylece tedavi aşamalarının güçlenme sürecindeki etkisini anlamak amaçlanmıştır. Bu bağlamda transfer bazıları için olumsuz bir aşama iken (Franco vd., 2002), bazıları için de daha mutlu hissettiren dolayısıyla güçlendiren bir an *“bebeğiyle kavuşma anı”* olarak tanımlanmıştır. Gülüm Su, transfer anını *“En çok sevindiğim, mutlu olduğum an oydu yani, bebeğin bana gelişi, transfer anıydı.”* şeklinde, Gonca ise *“Transfer anı, daha güzeli ne olabilir ki zaten*

bütün sıkıntıyı o süreç için çekiyorsun, ben o anı iple çektim hayatımdaki belki en güzel şey, en güzel an” diyerek tanımlamıştır.

Tedavinin diğer aşamalarıyla ilgili olarak katılımcılardan Yong ve diğerlerinin (2000) çalışmasına benzer şekilde en stresli anın transferden sonra gebelik testine kadar olan 10-15 günlük bekleme süresi (Hammarberg, Astbury ve Baker, 2001: 374) ve gebelik testinin sonuçlarını bekledikleri an olarak ifade edenler on kişidir.

“Sonuç öğrenmede o gün (regl) olmadan öğrenince insan on gün boyunca hiç şey yapmıyorsun, yatıyorsun, oturuyorsun, bekliyorsun, umutla geliyorsun ve sonuç olumsuz çıkınca kötü oluyorsun. Orda bayağı bir etkileniyorsun, bir iki gün sürüyor toparlanmam. Ondan sonra hayat devam ediyor, üzülse boş, her şey boş oluyor o zaman. O iki günü evde geçiriyorum hani, bir yere gidecek şeyim yok, çünkü gitsen de kafan zaten şeyle dolu, başkalarının şeyini de istemediğim için evde atlatmaya çalışıyorum kendi kendime.” (Zeynep)

Tedavi sonucu gebe kalan Anne, gebelik testi aşamasına ilişkin duygularını *“En stresli hissettiren o test günü (gebelik testi), en kötü bence. En güzel ve en kötü gün yani.”* diyerek gebelik durumunun gerçekleşmesinden dolayı “en stresli anı”nı, “en güzel gün” olarak da tanımlayan tek katılımcıdır. Özellikle katılımcılardan beş kişi geçmiş tedavilerinde bekleme döneminde sanki hamile olmuş gibi hisler ya da belirtiler yaşadıklarını, adetleri geciktiğinde hamile olduklarını sanıp umutlandıklarını ancak sonuç negatif çıkınca çok üzüldüklerini belirtmişlerdir. Anlatılarında bahsettikleri gibi bu durum onlar için bir yıkım olmuştur. Bunu yaşayan katılımcılardan biri olan Gonca yaşadığı üzüntüyü şöyle aktarmıştır:

“Doktor baktı baktı kâğıtlarıma en son bana dedi ki; sonuç negatif. İnanır mısın o an hiç yaşamak bile istemedim. Dünyam başıma yıkıldı. Ağlamaktan hiçbir şey duyamadım, krize girdim resmen. Ben oldu diye kendi karnımı severken olmadığı haberini duydum. Çok üzüldüm eşim de çok üzüldü, gidemedim, eve gidemedim. Burada dondum kaldım, saatlerce oturdum ağladım, ağladım, neye faydası var. Olmayınca olmuyor işte, yani o anki durumu hiç unutmuyacağım hayatımın en büyük tecrübesi oldu benim için, hiç unutmam da inanıyorum hiç unutmayacağım.” (Gonca)

Gonca, ilk denemesinde yaşadığı bu hayal kırıklığı ve üzüntünün sebebini, hastanede tedavi gören kadınların tedavi sonrası ona *“Yat, dinlen.”* dediklerini ve doktor yerine onları dinlemesine ve adetinde gecikme olduğu için ona kesin hamile olduğunu söyleyerek onlara inanmasına bağlamaktadır. Bu olayı anlatırken yaşadıklarından çok etkilendiği için artık hastanedeki kalabalığa katılmadığını da belirtmiştir. İnfertil bireyler arasındaki etkileşim ve bilgi paylaşımı bir başka bireyin -özellikle tedavinin sonuçlarına yönelik umudun yüksek olduğu ilk zamanlarda- tedavi sonucuna yönelik duygu ve düşüncesini etkilemiştir. Gonca için tedavi sonucuna yönelik umut ve heyecan duygusu bilişsel sürecin önüne geçmiş ve sonucun olumsuzluğu hayal kırıklığına sebep olduğu gibi şok etkisi de yaratmıştır. Gonca’nın aynı zamanda *“kendisini düşüştüğü durumdan sorumlu tutan insanlardan”* geri çekmesi de daha duygu odaklı bir başa çıkmayı seçtiğini göstermektedir. İnsanların hamile olduğuna dair yaptıkları imalardan etkilenen bir diğer katılımcı Papatya’dır.

“İlk gün öğrendiğimde tutmadığını çok üzülmüştüm. Bir tarafta bir umut var sonuna kadar gideceksin düşüncesi var. Kendimi öyle odakladım. İkisine hazırladım kendimi. ‘Tutabilir de tutmayabilir de. Çok umutlu olma ama umudunu da kaybetme.’ dedim kendime. İlk denemede reglimin gecikmesi beni umutlandırmıştı, hiç gecikmezken gecikti, komşular da bir şeyler var

mı acaba diye çok umutlandım o zaman. 'Otur bir şey yapma dinlen sen.' dediler eşim, komşularım." (Papatya)

Tedavi sonucuna yönelik hem olumlu hem olumsuz alternatifleri düşündüğünü belirten Papatya'nın tedavi başarısızlığına üzülse de sosyal çevresinden kendini geri çekme gibi yoğun bir tepki vermediği görülmektedir. Nur ise ilk denemesinde çevresinden hamile olduğu yönünde imalar duyduğunu ama bunların onu mutlu hissettirdiğini söylemiştir.

İnfertil bireylerin tedavi aşamalarında yaşadıkları olumsuzluklar ya da kötü hissettikleri diğer zamanlar ise Leyla'nın *"İşte olmayışını düşünüşüm yani, olmayacak diye düşündüğüm zaman çok kötü oluyordum..."* şeklinde ifade ettiği gibi üst üste olumsuz sonuçlar almalarından dolayı olmama ihtimali üzerine düşünmeleri ve tedavinin başarısız olduğunun habercisi olan regl döneminin gelmesidir. Gülbahar bu durumu *"Her adet gördüğünde işte insan üzülüyor."* sözleriyle ve Dilek *"(Tedavinin) olumsuz olarak etkilediği şey adetim geldiği zaman çok sıkıydı, sıkıldım.(...) Hayal kırıklığı yaşadım."* diyerek ifade etmiştir.

Ayrıca yapılan tahlillerin sonucu olumsuz olduğunda ve tedaviye ilk kez geldiklerinde kötü hissettiklerini belirten katılımcılar da olmuştur. Benzer şekilde Kee ve diğerlerinin (2000) çalışmasındaki bireylerde de en başta ve olumsuz sonuç aldıktan sonra yoğun stres görüldüğü belirtilmiştir.

Boivin ve Takefman (1996) ise fiziksel olarak bireylerin kendilerini en kötü hissettikleri anın yumurta toplama aşaması olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ancak bu çalışmada sadece iki kişi yumurta toplama aşamasını stresli ya da olumsuz deneyim olarak tanımlamıştır.

En stresli anı rahim filmi olarak tanımlayan Papatya ve iğnelere başlamasıyla *"hormonların tavan yaptığını ve kendinden gittiğini"* ifade eden Gonca da tedavi aşamalarının bedensel etkisini anlatmaktadırlar. Nur iğne yaparken duygusal olarak etkilendiğini paylaşmıştır: *"İğne yaparken sanki canımın acıdığına değil ama ağlama hissi geliyor bana kontrol edemiyorum, duygusallaşıyorum."* Dilek de iğne aşamasındaki duygu değişimini hormonlarla ilişkilendirmiştir.

"İğnelerden dolayı arada bir öfkeleniyorum. Olmayacak şeye kızasım geliyor (...) hormonlar oynandı herhalde üstüme gelin diye bağırasım geliyor. Mesela çocuk evde çok seviyor top oynamasını top hastası resmen anne hani sıkıldım top oynuyorum ona arada bir bağırasım geliyor çocuk yani ne olacak oynayacak hiç olmayan şeylere oluyor." (Dilek)

Rahminde perde olduğu için bir ameliyat geçirip ardından üç aşılama ve bir tüp bebek tedavisi olan Anne, ilk tüp bebek tedavisi sonucu hamile kalmış ancak bebeği altı aylıkken kalp atışı durduğu için ölü bebeğini doğurmak zorunda kalmıştır. Bu dönemdeki üzüntüsünü şöyle anlatmaktadır: *"Hep aklımda o doğum anı, o çok acı çektiğim zaman geliyor, yeni tedaviye başlarken bile."* İnfertilite tedavi aşamalarında bir aşama (sulu ultrason) dışında bireylerin acı deneyimine pek rastlanmadığı bu çalışmada, Anne'nin yaşadığı tedavi sürecinden bağımsız bu "fiziksel acı" deneyimi ve korku hissi, yeni tedavisine başlama konusunda kararsızlık yaşamasına ve sonuç olarak bir süre yeni bir tedaviye başlamasını ertelemesine sebep olmuştur.

Kadınlar en mutlu anlarını söylerken de en stresli anlarında olduğu gibi belirli bir aşamada yoğunlaşmamıştır. En mutlu anları tanımlarken kadınlar; yumurta toplama aşamasından,

ilk gebelik haberini aldığı andan, tahlil sonuçlarının tedaviye başlamak için uygun olduğunu öğrendiği andan, dondurulmuş yumurtaları olup iki tane embriyo transferi yapılacak olmasından bahsetmişlerdir. Özellikle ilk aşılama yapıldığı ya da tedaviye başladıkları zamanda mutlu hissettiğini ifade eden beş katılımcı umut ve heyecan duyduklarını da söylemişlerdir. Nur bu zamanı şöyle tanımlamıştır: *“Aşılamayı ilk yaptırdığımda sanki karnımda bir bebek var ve ben bir anneyim. İşte çevremdeki insanların da sanki sen biraz süzölmüşsün acaba hamile misin biraz solgunsun gibi şeyler bunlar bana kendimi iyi hissettirdi.”*

Papatya da eşinin hormonal problemleri nedeniyle Adana’da ikamet ettikleri dönemde bir yıl normal yollarla gebe kalmayı beklediklerini ardından dört yıl eşinin tedavi için hazırlandığını, (ön bir tedavi süreci yaşadığını), bir kez yumurta toplandığını ama hücreler canlı olmadığı için transferin gerçekleşmediğini anlatmıştır. Sonrasında İzmir’e tayinleri çıkmıştır. Şehre adaptasyon sürecinde bekleyen ve tedaviyle ilgili kurum/doktor araştırması yapan çift, yedi yıllık evliliklerinde ilk kez başarısız da olsa bir tedaviyi gerçekleştirmiştir. Bu nedenle Papatya *“Adana’da hiç deneyememiş olmaktansa burada başarısız da olsa deneme yapmış olmak beni mutlu etti. Belirginleşti biraz daha bir deneme yapmak benim için önemliydi tecrübe de kazanmış oldum.”* demiştir. Papatya’nın tedaviye başlamayı olumlu olarak karşılayan bu ifadesi, tedaviye başlamak için belli bir zaman geçirmesi (tedavi için ön hazırlık, ameliyatlar, ilaç tedavileri vs.) gerekenler ya da tedaviye gelmek için geç karar verenler açısından düşünüldüğünde daha anlamlı görünmektedir. Dolayısıyla tedavinin eylemsel olarak gerçekleşmesi güçlendirici bir faktör ve aktif bir başa çıkma stratejisidir. Çünkü tedavinin gerçekleşmesi bireyleri, umutlandıracak duruma getirmektedir. Görüşmeye katıldığında yedinci denemesini gerçekleştiren Nergis, ilk aşılama kararı alındığındaki duygularını *“Tabii ki umut ve heyecan hissettim. Hayattaki en büyük isteğim çocuktı. Buna adım adım yaklaşacağımı düşündüğüm için tabii ki umut ve heyecan yaşadım diyebilirim.”* sözleriyle aktarmıştır.

Olumlu duygularla ilgili soruya Bahar’ın verdiği cevap yukarıdaki olumlu paylaşımlardan farklıdır ve *“mutlu olacak, olumlu düşünecek hiçbir şey bulamaması, aklına olumlu hiçbir şey gelmemesi”* tedavi deneyimi açısından hissettiği olumsuzluğun boyutu hakkında fikir vermektedir.

“Yani şöyle bakıyorum, olumlu, ne bileyim aşağıdan bakıyorum yukarıdan bakıyorum, aklıma olumlu hiçbir şeye veremiyorum. İnanın olumlu hiçbir şey yaşamadım. Sadece gördüğüm rüyalar. Gördüğüm rüyalar haricinde yaşadığım olumlu hiçbir şey yok, her şey olumsuz gidiyor. (Rüyalarımda) Bebeği emzirirken görüyorum, doğduğunu görüyorum.” (Bahar)

Tedavi aşamalarının bireyler üzerindeki tesirinden dolayı güçlendirmenin süreç olarak ele alınabileceği örneklerden birisidir. Çünkü katılımcıların aktarımlarında görüldüğü gibi tedavi aşamalarında bireyler aşamalara dair beklentileriyle uyumlu olarak güçlenme ya da güçsüzleşmeyi doğrudan deneyimleyebilmektedirler. Tedavi sonucuna dair çok fazla umutlanmak onları başarısız sonuçla birlikte üzüntüye, hayal kırıklığına ve olumsuz düşüncelere daha savunmasız hale getirmiştir. Hatta zaman zaman hayal kırıklıklarından dolayı hayal kurmaktan korktuklarını ifade edenler olmuştur (Bir başka bölümde detaylı yer verilecektir.). Dolayısıyla umudun bireyi güçlendirmesi gerekirken transfer sonrası

sürece ve gebeliğe dair bedensel tepkilerden yola çıkarak fazla olumlu anlam yükleme bireylere hayal kırıklığı ve üzüntü yaşatarak onları dolaylı olarak güçsüzleştirmiştir.

4.5.1.4. İnfertil bireyler için “çocuk sahibi olma”nın anlamı

Literatürde, katılımcılar için çocuk sahibi olmanın ne anlama geldiği ile ilgili Çinli infertil kadınlarla yapılmış nitel bir çalışma sonucuna rastlanmıştır. Kadınlar için çocuk sahibi olmanın anlamı iki temaya ayrılmıştır: doğanın kanunu olarak doğum ve ilişkisel uyum için doğum (Yao, Chan ve Chan, 2017: 1). Doğanın bir kanunu olarak çocuk sahibi olma isteği, annelik ve kadınlığı elde etmek ve doğum yaparak gelişimsel bir deneyim elde etmek olarak karşılık bulmuştur. İlişkisel uyumu sağlamak için çocuk sahibi olma isteği evlilik kalitesini korumaya çalışma, aileye karşı saygıyı yerine getirme ve aile ve sosyal ağlar arasında normallik hissi oluşturmaya ilişkinleştirilmiştir.

Katılımcılara “Sizin için çocuk sahibi olmak ne anlam ifade ediyor?” sorusu yöneltilmiştir. İnfertilite tedavisinin uzun ve zorlu bir süreç olduğu düşünüldüğünde bireylerin bu zorluklara katlanmasını sağlayan gayenin, çocuk sahibi olmanın, onlar için ne anlama geldiğini (zaman zaman gözyaşları eşliğinde) doğrudan onların anlatımlarından okumak, infertilitenin kendisiyle ve tedavi sürecinde yaşadıklarıyla başa çıkma stratejileri hakkında da bilgi verecektir. Bu nedenle her bir katılımcı için çocuk sahibi olmanın ne anlama geldiği onların anlatımlarıyla doğrudan sunulacaktır.

İnfertilite tedavisi gören kadınlar için çocuğun ne anlama geldiğine dair paylaşımlara bakılarak öne çıkan bazı ifadelerle göre bir sınıflandırma yapılmıştır. Buna göre çocuk sahibi olmaya dair paylaşımlardan Anne ve kadın olmakla ilişkilendirilen, hayatın anlamıyla ilişkilendiren, evlilik ilişkisindeki karşılığı ve sosyal/toplumsal bağlamdaki karşılığı ile ilişkilendirilen olmak üzere dört farklı grup oluşmuştur.

Anne ve kadın olmakla ilişkili anlatılarda genel olarak anne olma arzusu, bir çocuğa hayat vermek, çocuğun bakımıyla ilgilenmek, onunla keyifli, mutlu vakit geçirme isteği, doğum yapmak gibi ifadeler yer almıştır. İnfertil kadınlar arasında bu isteklerini mutlu olmakla ilişkilendirenler de olmuştur.

“Ben bu hayatta bir tek anne olmak istedim, çocukları çok seviyorum. (ağlama) O da olmadı, her şeyim olur yani onun sevgisini düşününce daha bir içim rahatlıyor. Ona bakmak, büyümek, çok güzel bir şey herhalde, bilmiyorum ama çok isterim.” (Anne, 24)

“Annemin bir sözü vardır, anne olmadan anlayamazsın diye. Anne olmak istiyorum, kendi evladına sarılmak, kucağına almak, oynamak, koşmak. Arkadaşlarla bir araya geldiğin zaman herkes çocuğuyla ilgileniyor sen bir köşede oturuyorsun. Mesela parka giderken sesleniyorlar, biz çocukları parka götürüyoruz sen de gel, diye ben de isterdim biz de hazırlanıp geliyoruz demeyi.(...)” (Papatya)

“(…) Bugüne kadar yaptığım hiçbir şeyi önemsemiyorum bir tek anne olduğuma sevindim (İlk eşinden olan ve görmediği iki çocuğu var) ben bu hayatta. Gerisini başkasını bilmiyorum, hatırlıyorum hatırlamak da istemiyorum. Şu an bir bebeğim olmasını her şeyden çok istiyorum herkes gibi. Olursa da çok iyi olacak her şeye yeniden başlayabilirim bence onunla tutunabilirim bazı şeylere belki de benim için yaşadıklarımın bir mükâfatı diye düşünüyorum.”(Gonca)

“Valla çok şey ifade ediyor, bir sürü güzel duyguyu yaşayacağız. Eğer çocuk olursa, mesela doğum edeceğiz güzel bir duygu, işte anne olacağız bir çocuk büyüteceğiz, okula götüreceğiz, sünnet yaptıracağız yeri gelecek, yani böyle bir sürü duygu yaşayacağız, şu an hiçbirisini yaşayamıyoruz.” (Fatma)

“Hayatta biraz daha fazla mutlu olmak herhalde, yani aslında ben geleceğe taşıyabileceğim bir şey yok çünkü bir hayat veriyorsun. Bir hayat hani dünyaya getirmek ve onu baştan aşağı yaşamak aslında kendinde yaşamadığını ona vermek, yani mutlu olmak aslında başka bir şey değil sanırım.” (Şinok)

“Çocuk sahibi olmak ne bileyim dünyanın en en güzel şeyi ya anneliği tadacağım. Zaten işte o düşük şeyinde o şeyde tattım onun ne kadar güzel bir şey olduğunu anladım. Yani evde cıvı cıvı çocuklar olacak, koşturacaklar yapma evladım etme evladım diyeceğim ben onlara o yüzden mutluluk yani çok şey(...) çocuk ne bileyim mutluluk yani.” (Gülüm Su)

“Çok güzel bir şey. Onunla oyunlar oynarsın, onu hani güzel beslersin, güzel onunla birlikte gezmelere gidersin, aynı kıyafetleri giyersin anne kız ya da oğlan. Güzel bir duygu ben mesela kardeşimde onu yaşıyorum kız kardeşimde (bebeği) uyandığı zaman sana gülerek uyanıyor ya öyle bir şey yok dünyada en güzel şey herhalde bu. Güler yüzle uyanıyor, sana baktığı zaman gülüyor. Ne istiyorsun dediği zaman sana tarif etmeye çalışıyor, dili yok ama sana anlatmaya çalışıyor. Güzel şeyler onunla birlikte eğlenmek keyifli vakit geçirmek, evin neşesi yani, güzel bir duygu” (Zeynep)

“Şu an olmasını daha çok istiyorum mesela artık, yaşımla ilerliyor. Çünkü ilk zamanlarda anlamıyordum nasıl olsa olur, olur olur derken ben bir on yılını geride bıraktım. Şu an olsaydı diyordum on yaşında bir çocuğum olabilirdi. Ama bu da kısmet, kader, nasip.” (Sevim)

Bazı katılımcılar, çocuk sahibi olmanın anlamını, hayatın anlamıyla eş değer tutmaktadırlar. Bu bağlamda çocuk sahibi olmayı hayatında büyük bir değişime veya hayatın anlamına denk sayarak, hayatındaki her şey olarak, yaşama sebebi olarak ve değerli bir varlık olarak açıklama eğilimi göstermişlerdir.

“Çocuk sahibi olmak, sanki çocuğum olunca dünyam değişecek gibi geliyor bana. Bilmiyorum belki abartı ama ne bileyim sanki bu yediğim yemeğin tadı bile farklı olacak gibi hissediyorum. Öyle çok heyecanlı... (ağlama) Özür dilerim” (Aysun)

“Her şey. Yani bana şu anda ev verseler. Evi almam çocuğumu isterim. Daha geçen hafta doktor dedi kalp atışı biraz yavaş. Ben bir hafta öldüm öldüm dirildim. Yani o derece. Bugün, (...) ilk defa ultrasondan gördüm. Yani benim için her şey. Servetten daha değerli.” (Beyaz Papatya)

“Hayatın anlamı diyebilirim en büyük. Özeti diyebilirim daha doğrusu.” (Nergis)

“Hayatı yaşama sebebi, mücadele etmek için. Bazen çok yorulduğunda iş yerinde vs. maddi sıkıntılardan, bazen diyorum sorumlu olduğum hiçbir şey yok neden uğraşıyorum. Hani mesela çok yorulduğunda bir şeylere bunaldığımda mesela tüp bebek aklıma geliyor çocuğumun olacağı aklıma geliyor içim böyle kıpır kıpır kıpır ediyor. Sanki içimde bir şeyler oluyor. Hani bazen çok yorulduğunda onu da gazlıyorum yine kendimi, gaz veriyorum moral oluyor. Fikri bile güzel(...) Eşimden memnunum ama çocuğum olmazsa olmaz gibime geliyor, evliliği tamamlayan unsur o diye düşünüyorum. Bir de ötekilerin (ilk eşinden olan çocuklar) yokluğunu da bastırarak eşimin hiç çocuğu yok ama inan ben ondan daha fazla istiyorum.” (Yasemin)

“Dünyada bence en değerli şey yani en kıymetli hazine diyebilirim. Yani hayata bağlanıyorsun, ne bileyim benim için daha öncesinde değerli olan şeyler, altın mobilyadır böyle kıyafet giyinmek bunların hepsi bir yana diyorsun, dünya bir yana o bir yana yani o kadar güzel bir duygu, yani anlatılamaz bir şey.” (Serra)

Çocuk sahibi olmanın evlilik ilişkisindeki karşılığı, evlilik kalitesini artırmak, bir aile olmak, eşinin baba olmasını istemek (Ferber, 1995), evlilikteki “eksiği” tamamlamak, gibi ifadelerle dile getirilmiştir. Çocuksuzluğun aile olmada bir eksiklik oluşu, bir süre sonra olmasının gerekli olduğu düşüncesi aynı zamanda toplumun aile kavramına ilişkin yaklaşımıyla ilişkili olarak kabul görmüştür.

“Bana evliliğimize neşe katacak gibi geliyor. O monotonluktan kurtulacağız gibi geliyor. Bilmiyorum insan istiyor. Olmayan şey isteniyor.” (Boncuk)

“Bir aile olmak bir arkadaşlarına gittiğinde hani o duyguyu yaşamak istiyorsun. Eşinin baba olmasını istiyorsun. Doğmuş bebeklere hastanelere gidemiyorum mesela çünkü kendimin de onu yaşamış olmasını istiyorum. Kendimden çok eşim, onu yaşamasını onun(...). Çünkü o bana hiçbir şey belli etmediği için ben onun ne yaşadığını bilmiyorum aslında.” (Müberra)

“Benim için şimdi beş yıllık evliyim gezebileceğimiz yerleri geziyoruz gidebileceğimiz yerlere gidiyoruz. Ama artık hayat ne oluyor veya belirli bir noktadan sonra eşler birbirlerini de sevse biz ikimiz çalışan insanlarız, belirli bir noktadan sonra diyorsun ki biri daha gelmeli, bu eve biri daha gelmeli. Bakıyorsun, diyorsun ben bir çocuğa bakabilecek gücüm var ona sevgimi verebilecek gücüm var, benim hayatımda olmalı. Belirli bir noktadan sonra çocuk olmayınca iki kişi yan yana sen ona bakıyorsun o sana bakıyor, ister istemez tartışma bile çıkıyor artık bir çocuk istiyorsun yani. Ben daha ziyade ikimizin ortak meyvesini istiyorum artık bunun zamanı geldiğini düşünüyorum.” (Nur)

“Hayatın bir rengi gibi geliyor bana hayatta birçok renk olduğunu düşünüyorum onun da özellikle evlilik boyutuna geçildikten sonra farklı bir renk katacağını düşünüyorum. Öyle ama hayırlısıyla istiyorum tabii ki bunları.” (Gül)

“Bir aile, yani bir eve geldiğin zaman bir ses, şu an ben gidiyorum evde tek başına mesela sessizlik ama çocuk olunca daha farklı daha bir canlı. Eve can katıyor desem doğrudur.” (Ayşe)

“Nasıl anlatayım? Çok güzel bir şey, anlatılmaz bir şey. Oğlumun isteğiyle (bebek görünce) gülerek bakıyor. Ondan çoğunlukla zaten Allah biliyor niyetimizi, onun bir kardeşi olsun. Yalnız kalmasin. Arkadaşı olsun şey olsun düşüncemiz.” (Dilek)

“Çocuk, çocuk, insanın çocuğu olsa insan sevinir, bence en güzel mutluluk odur yani. Aile çocukla aile olur bence. Tabi insan eşini sevse şey yapsa tamam da yani aile çocukla güzeldir bence.” (Gülbahar)

İnfertil bireyler için sosyal ilişkiler bağlamında çocuk sahibi olma isteği, sosyalleşme isteği, üzerindeki sosyal baskının kalkması ve toplumsal bağlamda çocuk sahibi olma isteği, toplumsal ve dini anlamda “iyi bir çocuk” yetiştirmek, gelecek ve geleceğe dair planların bir parçası olarak çocuk isteği şeklinde karşılık bulmuştur.

“Çok bilmiyorum. Benim ailem İzmir’de oturuyor ben uzağım biraz onlara bilmiyorum yani (ağlama) bana sabır olacak herhalde sabır olur. Akşama kadar evin içinde yalnızsın yani dışarıya da çıkmak istemiyorsun çünkü herkesin artık çoluğu çocuğu yani benden sonra evlenenlerin hepsinin şimdi ikinciye hamile kimisi doğum etti bile ikincisini yani insan onları görmek bile istemiyor. Hani seviniyorum onlar için şey yapmıyorum ama ne bileyim insan yine de görmek istemiyorum yani.” (Leyla)

“İnşallah olur. Çok şey değişir diye umut ediyorum. Bir kere insanların bana bakış açısı değişir kısır demezler, şöyle bir şey olarak bakmazlar. (...) Bir de hani çocuk çok başka bir şey benim için illa olmak zorunda, olması gerekiyor, çocuk yoksa ben de yokum, düşüncesindeyim. Bu mesela şimdi ben ileriye düşünüyorum ben mesela yaşlanınca bana kim bakacak, çocuğumun bana bakmasına ihtiyacım yok onca ailesine bakmayan çocuk var o insanlar ölüyor mu hayır bir şekilde hayatlarına devam ediyorlar. Ne bileyim zamanı geldiği zaman zaten ölüyorlar, çocukları baksa da bakmasa da ama herhalde bunu ben kendim böyle nitelendirmişim, duruyorum duruyorum bana ilerde kim bakacak diyorum. Aslında bunu çözmek çok istiyorum, inanılmaz derecede istiyorum ama bilmiyorum olmuyor. Nasıl desem bilmiyorum. Çok da üzülüyorum, gerçekten çok üzülüyorum. Hani mesela şu an konuşuyorum ama ağlamamak için kendimi zor tutuyorum.” (Bahar)

“Hayallerim, geleceğim, umudum(...) O tür yani ona verebileceğim sevgi saygı, vatana millete hayırlı bir evlat yetiştirmek. Ne biliyim o tür şeyler(...)” (Nehir Naz).

“Düzgün bir çocuk yetiştirebilmek için etrafımızda görüyoruz ben olsam şöyle yapardım der ya insan, en iyi şekilde yetiştirmek istiyorum gerçekten her yönden. Hem bu dünya hem öbür dünya için.” (Gönül)

“İnsan merak ediyor kendi çocuğu nasıl olacak, nasıl yetiştireceğim güzel yetiştirebilecek miyim, ben hani istiyorum güzel bir çocuk yetiştireyim, arkamdan bir neslim olsun, güzel bir

neslim olsun. Vatan için güzel bir insan olsun düşüncelerim bu böyle istiyorum yani. Hayal kuruyoruz kendi çocuğum nasıl olacak onu çok merak ediyorsun, onun gibi şeyler.” (Elif)

Sonuç olarak infertil kadınlar için çocuğun anlamını bireysel tatmin ve sosyal/ilişkisel tatmin olarak iki temada toplamak uygun görünmektedir. Anne ve kadın olmaya dair anlatılarla, hayatın anlamıyla ilişkilendiren varoluşsal anlatımları *bireysel tatmin* temasında, çocuğun eş ve evlilik ilişkisindeki yerine ait anlatıları ve sosyal/toplumsal bağlamdaki karşılığı da *sosyal/ilişkisel tatmin* temasında yer almaya uygundur. Literatürde ayrıca Oğuz (2004) ailede çocuk isteme sebeplerinin sevgi, mutluluk, analık duygusunu tatmak gibi başlıca sebeplerinden sonra evliliği sürdürme amacının ikincil olduğunu belirtmektedir.

Bireysel tatmin bağlamında çocuk için kullanılan “hayatın anlamı” ifadesi varoluşsal bir çağrışım yapmaktadır. Bir bebeği karnında taşımak ve onu dünyaya getirmek kadınlar için varoluşsal bir süreci temsil etmektedir. Çocuk sahibi olmayı nitelemek için katılımcıların kullandıkları ifadelerin başına “en” kelimesini koymaları çocuk sahibi olmanın anlamını daha da yücelttiklerini göstermekte ve kendileri için önemli olduğu vurgusunu pekiştirmektedir. Sosyal bağlamda infertilitenin çocuklu ailelerle sosyalleşmenin önünde bir engel olmasından dolayı ve bu konuda yalnızlığın giderilmesi için çocuk sahibi olmak istenmesi sosyal ilişkiler açısından anlamlı bir bulgudur.

İki katılımcının çocuk sahibi olmayı yaşamadıkları bir duygu olarak ifade edip açık bir tanım yapamadıkları için anlatılarını burada ayrıca vermenin uygun olacağı düşünülmüştür.

“Çok güzel bir duygudur herhalde. Yaşamadığım için şu an bilemiyorum ama güzel bir duygudur.” (Serpil)

“Çok şey, yani merkezim onun üstünde olur yani her şey orada. Yani ben bunu yaşamadım ama yaşıyor gibi hissediyorum her gün yani illa bir insanın çocuğu olması gerektiği için onu hissetmeniz gerekmiyor yani ben onu hissediyorum. Yeğenlerimden yani çok farklı bir şey, çok farklı olur yani benim için, dünyanın merkezi olur o benim için.” (Miraç)

Çocuk sahibi olmanın anlamıyla bağlantılı olarak hayal kurmanın güçlenme süreçlerine katkı sağlayan bir zihinsel aktivite olduğu düşüncesiyle kadınlara tedavi sürecinde hayal kurup kurmadıkları sorulmuş ve kurdukları bir/birkaç hayali anlatımları istenmiştir. Hayal kurmak, insanların geleceğe, ulaşmak istedikleri hedef ya da amaca dair daha çok kendilerinin olmasını istediği şekilde, yönde zihninde kurguladığı düşüncelerdir. Bireyi iyi hissettirir, heyecanlandırır ve motive eder. Bu nedenle güçlenme sürecinde hayal kurmanın geleceğe umutla bakmakla yakından ilgisi olduğundan hem psikolojik dayanıklılık süreci hem de başa çıkma açısından hayal kurmaya dikkat çekilmiştir.

Görüşme sırasında olumsuz sonuçla biten her tedavinin bir hayal kırıklığı olmasının yanında infertil bireylerin süreçteki olumlu bir deneyim olarak kurdukları hayal/hayallere dair söylemler aracılığıyla bilişsel ve duygusal güçlenme süreçleri hakkında fikir sahibi olmak amaçlanmıştır. Görüşmeler sırasında araştırmacı, “Hayal kurduğunuz oluyor mu?” sorusunu yönelttiğinde kadınların yarıdan fazlasının yüzlerinde gülümsemeyle birlikte hayalini anlattığını fark edip not etmiştir. Hayal kurmak katılımcıları güçlendirmektedir. Ayrıca bazı katılımcılar hayallerinden bahsederken “*hep, sık, çok kuruyorum*” gibi ifadeler kullanmışlar ve zaman zaman hayal anlatımlarının ardından, “*İnşallah, Allah nasip edecek, Allah hayırlısını versin.*” gibi temenniler de eklemişlerdir. Bu temennilerle bireyler

tedavinin sonucunun kendi ellerinde olmadığına inanarak infertilite ve tedavisine daha teslimiyetçi ve kaderci yaklaşmış ve böylece rahatlamaya çalışmışlardır.

Katılımcıların bazılarının anlattıkları hayaller içeriklerine göre sınıflandırılarak sırayla verilmeye çalışılacaktır.

Doğacak bebekleriyle birlikte geçirecekleri vakitler ve katılacakları sosyal aktivitelerden bahseden, çocuklarının büyümesini ve geniş aileyi hayaline dâhil eden katılımcıların ailelerinin onlar için önemli oluşunu ve sosyal ilişkileri önemsediklerini de göstermesinin yanında bu kadınların bu süreçte ailelerinden destek gördüğünü ifade edenlerden olması da dikkat çekmektedir.

“Çok kalabalık bir aile seviyorum, kalabalık olsun istiyorum. (ağlama) ben sadece kalabalık bir aile hayal ediyorum...” (Fatma),

“Hayalim, ona çeşit çeşit kıyafetler alıp giydirmek, gezdirmek, hayatı onunla dolu dolu yaşamak isterim. Yalnızlığımı paylaşmak isterim...” (Papatya),

“Mesela işe giderken araba kullanıyorum, hep arkada araba koltuğu hayal ediyorum. Gidiyorum anneme bırakıyorum falan... Çünkü görüyorum öyle insanları etrafımda onun hayalini çok kuruyorum.” (Müberra),

“Mesela bir çocuğum olsun anneme gitmek isterim, hani annemlere gitmek isterim. Atıyorum bir parka gitmek isterim. O tür şeyleri çok hayal ederim. İnşallah Allah'ım da nasip edecek, inanıyorum.” (Ayşe),

“Ben çocuğumla çocuğumla eşimle onları luna parka götürmeyi çok istediğim en çok kurduğum hayallerden biri, öyle.” (Miraç),

“Mesela hamile kaldığımı öğrensem ilk, olsa inşallah olur, hamile kaldığımı öğrensem ilk önce n'aparım. (...) ona güzel bir oda hazırlamak ne bileyim hayallerimi gerçekleştirmek istiyorum onunla belki bir evlat sevgisini gözündeki o ışığı görmek istiyorum...” (Gonca)

Daha tedavi odaklı olan katılımcıların ise hayalleri daha yakın bir gelecek zamana dair ve daha çok tedavi süreci ve sonucuna odaklıdır.

“...Sürekli gebelik testi yapıyorum yani, tamam diyorum acaba nasıl yaparım hani ne bileyim bağırır mıyım bilmiyorum yani herkesi hemen arar mıyım, eşime mi koşarım hemen...” (Leyla),

“Hamile kalmışım, doğum yapmışım işte hastanede kendimi hayal ediyorum. Eve geldiğimde ediyorum.” (Boncuk),

“Tabii, mesela günüm geçse tahlillerim yüksek çıktı kalp atışlarımı duyar mıyım acaba?” (Dilek),

“Hayalim ilk onu kucağıma aldığım anı hayal ediyorum. İlk anne dediği anı hayal ediyorum, yürüdüğü, okula gittiği, ilk inatlaştığı, ne bileyim her şeyi hayal ediyorum.” (Aysun),

“Ben böyle tedavi bittiğinde de olsaydı da şöyle olurdu da böyle olurdu da diyorum. (...) bak şu an 10 yaşında olurdu diyorum.” (Sevim),

Hamile olan Beyaz Papatya bebeğiyle konuştuğunu belirtmiştir.

“Çok, konuşuyorum mesela, bebeğimle konuşuyorum. Oturuyorum konuşuyorum. Hani ne bileyim ya her şeyim onunla. Tek isteğim sağ selamet kucağıma almak, sağlıklı.” (Beyaz Papatya),

Bebeğinin taşıyacağı özelliklerle ilgili kurulan hayaller de bir başka grupta yer almaktadır. Özellikle kız çocuğu olduğu hayalini kuranlar ya da kız çocuğu olacakmış gibi hissettiğini söyleyenler de bulunmaktadır;

“Ben isterim kız çocuğum olsun, onlarla öyle gezip tozmak, ay istiyorum tabi istemesem başlar mıyım?(..).”(Gülbahar),

“Son zamanlarda bir kızım olmuş hissi var. Böyle güzel bir his veriyor bana kız çocuğum olacakmış gibi bir şeyle uyandım, hiç olmadık bir şey bugüne kadar hep böyle erkek çocuğum olur herhalde falan gibi bir his vardı anlam veremediğim ama son bir aydır da böyle kızım olacakmış gibi bir his var.” (Gül)

İlk evliliğinden dört çocuğu (üç kız, bir erkek) olan Yasemin’in de hayali kız çocuktan yanadır.

“Özellikle kızım olmasını istiyorum. Bilmiyorum ben oğlumu da seviyorum ama kızlara daha çok düşkün oluyorum. Aşırı bir kız sevgisi var.” (Yasemin),

Nergis de bebeğin fiziksel özelliklerine dair hayal kurmaktadır. “Çok sık kuruyorum. Sürekli bebeğin yüzünü hayal ediyorum, kendi kendime. Özellikle geceleri bunu çok yapıyorum. Bunun için inanır mısınız özel bir zaman ayırıyorum kendime, uyumadan önce, hayal kurmak için.” (Nergis),

“Şimdi düşünüyorum kız mı erkek mi? Sağlıklı olacak mı? Eli yüzü düzgün mü olacak? Hayırlı bir evlat mı olacak?” (Nehir Naz)

Şinok da bebeğin fiziksel özellikleriyle ilgili hayallerini sadece eşiyle paylaştığını çünkü dışarı yansıttığında üzüldüğünü ifade etmiştir. *“Nasıl olacak bizim çocuğun sarışın mı olacak, esmer mi olacak, anneye mi çekecek babaya mı?, Nasıl bakarız ne yaparız? Hep hayal ediyoruz tabii ki eşimle, ama hani biraz daha dediğim gibi sadece eşimle aramızda ben bunu dışarıya yansıtmıyorum çünkü yansıttığım zaman etkilenebiliyorum (ağlama).”*

Kurdıkları hayalleri anlatan katılımcıların yanında ilk bebeğini altı aylık gebe iken kaybeden Anne, hayal kurmakla ilgili *“Kurmam mı çok oldu, hayallerimde bile artık korkuyorum, hiçbir şey kuramıyorum.”* sözleriyle yaşadığı korkuyu dile getirmiştir.

Zeynep de hayal kurmaktan korktuğunu ifade eden bir diğer infertil bireydir.

“Kurmak istiyorum ama korkudan kuramıyorum açıkçası, korkuyorum, hayal kurunca sonu bir anda düşmek olur ya o yüzden korkuyorum. Artık hani olduktan sonrasına bunları erteliyorum. Evet, kendimi koruma altına almışım bir şekilde korkuyorum o yüzden. Hiç kurmuyorum evet bazen aklıma getiriyorum da kendime kızıyorum 'getirme şunu' Çünkü çok hayal kırıklığı yaşadığım için mesela aşılama da yaşadım, tüp bebekte yaşadım, birinci hamile kaldığımda bir sürü yani 8-10 tane olunca önünde bundan sonra senin haddine değil deyip oturuyorum anlayacağınız.” (Zeynep)

Serpil ise tedaviyle ilgili hayale kapılmadığını ifade etmiştir. *“Yok, öyle hayal kurma şeyim yoktur. Kapılmıyorum yani(…)”* (Serpil)

Hayal kurmaktan kaçınma da duygusal odaklı bir başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilebilir. Hayal kurmaktan korktuğunu ya da kaçındığını ifade eden infertil bireyler hayal kurmaktan uzak kalarak muhtemel hayal kırıklıklarından kendilerini koruduklarına inanmaktadırlar. Diğer taraftan şunu da belirtmek gerekir; hayal kurmaktan kaçınmak bireyler tarafından her ne kadar koruyucu bir faktör olarak tercih edilse de infertilite deneyiminde hayal kırıklığı yaşamının bireyler üzerindeki etkisi ve sebep olduğu üzüntü hakkında da fikir vermektedir.

4.5.1.5. Tedaviye tekrar kararı ve diğer çocuk sahibi olma alternatifleri

Çocuk sahibi olmak ve süreçte kurulan hayallerin infertil bireyler üzerindeki olumlu yansımalarının ardından tedavi başarısızlıkları ve ardından gelen yeni tedavi kararı çiftler

için yeni bir belirsizlik ve aynı zamanda da umut anlamına gelmektedir. Araştırma yapıldığı sırada katılımcıların (gebeler hariç) gördükleri tedavinin başarısız olması durumunda tedaviyi tekrar etmeyi düşünüp düşünmedikleri ya da ne yapacakları sorusuna verdikleri cevaplar, tedavi sürecinden zihinsel ve fiziksel olarak nasıl hissettiklerine, yaş faktörüne, tedavi yılına, başarısız olan tedavi sayısına ve ekonomik imkânlarına göre farklılaşmaktadır.

Katılımcıların geçirdikleri tedavi sayısı, evlilik yılları, maddi imkânları ya da devlet desteğinden faydalanma durumları tedaviye devam etmelerinde önemli belirleyicilerdir. Araştırmadaki on beş kadının hâlihazırda gördükleri tedavinin olumsuz olması durumunda yeni bir tedaviye devam edeceğine dair görüş bildirdiği görülmektedir. Devam etme durumuna dair görüş bildirmeyen Sevim, sonuç ile ilgili olumsuzluğu hiç düşünmediğini, Yasemin ise sonucun kesin olumlu olacağına inandığını ifade etmiştir.

Su vd., (2011), ikinci tedavidekilerin, tedaviye devam etmeyenlere göre daha fazla kaygı yaşadıklarını ve TBT sıklığı konusunda tedaviye devam eden gruptakilerin tamamına yakınının bir yıl aradan sonra tedaviyi tekrarladığını söylemektedir. Bu çalışma sonuçları hakkında öyle bir genelleme yapmak doğru olmasa da katılımcıların geçmiş tedavi deneyimlerine bakıldığında da bu konuda genel bir eğilim sergilediklerini söylemek zordur. Bu araştırmada çok az sayıda kadın bir yıla yakın bir aradan sonra belki tedaviyi tekrar deneyebileceğini belirtmiştir. Tedavi geçmişlerine bakıldığında bir yıl içinde birden fazla tedavi deneyenler olduğu gibi, tedavilerin arasını bir ya da iki yıl açanlar da olmuştur.

Özellikle yeni bir tedaviye başlama konusunda tereddütleri olan Gönül hem fiziksel hem de sosyal nedenlerden dolayı ikinci tedaviye (denemekte olduğu) başlamak istemediğini, yine de eşinin ısrarıyla başladığını ve eğer olumsuz olursa ancak bir yıl aradan sonra yeni bir tedaviyi düşüneceğini belirtmiştir. 38 yaşında olan ve bir oğlu olan Serra'da beş, altı ay dinlenip tekrar bir deneme yapacağını, ilerde 40 yaşından sonra çocuk bakmanın da zor olacağından böyle bir tedaviye zaten girişmeyeceğini de eklemiştir.

Ayrıca tedavi süreci onlar için her ne kadar zorlu ve stresli olsa ve tedaviye devam edenlerin kaygı seviyesinin etmeyenlere göre yüksek olduğu söylene de katılımcılar için yeni bir tedavi çocuk sahibi olmak için yeni bir umudu da beraberinde getirmektedir. Tıpkı Franco ve diğerlerinin (2002) infertilite tedavisini kumara benzetmesi gibi, bireyler infertilite tedavisinde her tedavi denemesiyle, bir daha şansını denemek istemektedir.

Üç aşılama tedavisi ve üç tüp bebek tedavisinin ardından dördüncü tüp bebek tedavisi ile toplamda yedinci tedavisini deneyen 38 yaşındaki Nergis bu konudaki duygularını şöyle dile getirmiştir. *“Mutlaka düşünüyorum ama olmazsa bu benim için dünyanın sonu demiyorum. Tekrar yeni baştan tedaviyi deneyeceğim. Sonuçta her yeni tedavi yeni bir umut demek bizim için.”*

İnfertilite tedavisini bir çizginin ortasında durmak olarak tasvir eden beşinci tedavi denemesindeki Zeynep, *“Tabi ki olumlu kadar olumsuz şeyi de var. İkisinde de bir şey yapamazsın, olunca sevinirsin, çok mutlu olursun, ama yine bir süreç başlıyor o zaman. Bunun hani risk olduğunu biliyoruz ya hani düşük tehlikesi var. Bir sürü şeyi var yani.”* sözleriyle tedaviden hem olumlu beklentileri olduğunu hem de kaygıları olduğunu

belirtmiştir. Tedavi başarılı olsa da onlar için riskin bitmediğini hamilelikte de kaygının devam edeceğini ifade etmiştir. Zeynep daha önce iki tane dış gebelik yaşayıp bebeğini kaybettiğinden hamilelikteki riskin farkında olması ve “temkinli” yaklaşması açısından değerlendirildiğinde bu kaygısı daha anlamlı görünmektedir. Daha önce belirtildiği gibi dış gebelik ya da düşük yaşamış olan infertil kadınların bu korkuyu, kaygıyı görüşmeler sırasında farklı bağlamlarda dile getirdiklerini yeniden ifade etmekte fayda vardır.

36 yaşında üçüncü tüp bebek tedavisini olan Papatya da “Allah bana, eşime sağlık verdiği sürece her gün bir umut deneyeceğim” demiştir.

Toplamda beşinci tedavisini denemekte olan 39 yaşındaki Serpil ve 36 yaşındaki Zeynep ise bir tedavi daha mikroçip (tüp bebek tedavisinin teknolojik anlamda daha gelişmiş versiyonu) yöntemiyle deneyip, sonrasında düşünmediğini ifade etmiştir.

Tedaviye devam etmeme kararı olarak araştırma grubu içinde istisna olan infertil kadınlar da bulunmaktadır.

Örneğin Gonca tedavi aşamasında hastanedeki resmi işlemlerin çok uzun sürdüğünü ama “Onu (eşini) kıramadım aslında ama hiç gönlüm yoktu gelmeye, nasıl olsa olmayacak en iyisi gideyim de ne olacaksa olsun bitsin bir an evvel, ben de kurtulayım bu psikolojiden.” diye düşündüğünü aktarmıştır. Bu düşüncesi tedaviye çok gönüllü olmadığını göstermektedir. Eşinin isteği ile başladığını ve o tedavide daha çok yumurtalarının çıkıp bir kısmını dondurduğunu ve şimdi onları kullanacağını aktarmıştır. “Stres yapmayınca oluyormuş ama kafana takınca olmuyormuş bunu anladım.” diyen Gonca dondurulmuş embriyoları ile TEAH’de özel olarak transfer yaptırma aşamasındadır ve son bir devlet desteği hakkı olduğu halde kendisi tedaviyi tekrar etmek istemediğini söylemiştir.

“(...)Ben kendime koydum son hakkı, manevi olarak artık bu stresi kaldıramıyorum olmayacaksa da olmasın ne yapayım. Yapabileceğim hiçbir şey yok(...). Eşim ister niye istemesin, sonuçta ilk evliliği bebeği olsun ister o da o duyguları yaşasın ister iyi veya kötü Allah herkese nasip etsin. Yani o şekilde o yüzden ister illaki ister ama olmadığında da olmuyor n’apayım.” (Gonca)

Tedaviyi tekrar etmeyeceklerini belirten infertil kadınlar bu kararlarını ekonomik sorunlarına atıf yaparak da açıklamaktadır.

Hemşirelerden temin ettiği ilaçlar⁸ ve borçla tedavi olduğunu söyleyen 44 yaşındaki Elif, tedaviyi bir daha denemeyeceklerini ifade etmiştir. Elif evlendikten sonra eşinin çok büyük miktarda borcu olduğunu öğrenmiş ve daha sonra farklı ailevi sorunlar nedeniyle eşinden boşanıp bir yıl sonra tekrar bir araya gelmişlerdir. Elif ve eşi bu anlamda sadece tedaviden kaynaklı ekonomik sorunların dışında büyük miktardaki borcu ödemekle de mücadele etmektedir. Tedaviye tekrar etmeme kararında bu durumun da etkisi olduğu görülmektedir.

Kredi çekerek tedavi olduğunu söyleyen 25 yaşındaki Gülüm Su devam etmek isteyip maddi sebeplerden dolayı devam edemeyeceklerini ancak maddi sorunlar hallolduktan sonra 2-3 yıl içinde yeniden deneyeceğini de belirtmiştir.

⁸ Araştırmanın yapıldığı bir hastanede diğer infertil bireylerden artan ve atıl duruma düşen ilaçlar ekonomik durumu iyi olmayan veya devletten faydalanamayan bireylere verilmektedir.

Devlette üçüncü hakkı olduğunu söyleyen 32 yaşındaki Şinok, eşine para biriktirip tekrar denemek istediğini söylediğini, eşinin de “*Oluruna bırakalım.*” dediğini, belki yurtdışında da deneyebileceklerini eklemiştir.

Tedaviye yeniden karar verme infertil bireylerin daha çok her olumsuz tedavi sonrası dönemsel düşündükleri bir konu iken tedavi harici çocuk sahibi olmaya dair alternatifler (koruyucu aile, evlat edinme) farklı zaman dilimlerinde, üzerinde düşündükleri hayatlarını şekillendiren önemli bir konudur. Bu konuyla ilgili bir çalışmada tıbbi tedavi süresince evlatlık konusunun çiftler arasında pek görüşülmediği ve ancak tıbbi yolların bittiğini düşündükleri zaman evlat edinmeyi düşündükleri sonucuna yer verilmiştir (Sundby, 1999). Bu çalışmada katılımcıların tıbbi tedavi haricinde çocuk sahibi olma alternatifleriyle ilgili Sundby’nin bahsettiği gibi tedavi anlamında yapılacak bir şey kalmadığı zamanları bekleyip, “*Şu an erken belki ileride düşünebileceğini*” belirtenler sekiz kadındır. Bu konuyla ilgili 34 yaşındaki Müberra düşüncesini açıkça şöyle dile getirmiştir:

“Yok, şuan değil. Eğer bana doktorlar şöyle bir şey söylese senin asla çocuğun olmaz o zaman ona göre bir hayat (...). Nasıl yapacağım. Yani hemen değil tabi bir sene, iki sene, üç sene neyse ondan sonrasında araştırabilirim nasıl bir çizgi çizeceğim hayatıma diye ama şu an aksine olumlu bir şeyler söyledikleri için o şeyi yapmıyorum.” (Müberra)

Beyaz Papatya ve bir başka katılımcının eşlerinin istediğini ama kendilerinin kendi çocuğunun olma ihtimali üzerinde durdukları için evlatlık/koruyucu aile kararını geri plana attıkları görülmektedir.

“Hatta eşim evlatlık alalım dedi. Ben dedim istemiyorum. Hani tamam ben evlatlığı isterim bakarım, annelik yaparım. Çünkü çocuklara karşı zaafım çok yani. Hiç pismiş, kirliymiş, temizmiş benim için önemli değil. Çocuk mu, çocuk yani. Çocuk için canımı veririm o derece ama ilk önce dedim kendim için koşturacağım. Bana doktorlar desin ki senin bebeğin olmayacak kesin. Ondan sonra alırım niye almayayım. Sonuçta bir sürü anne özlemi çeken çocuk var yani yetimhanede. Alırdım. Öyle ya.” (Beyaz Papatya)

Öncelikle kendi bebeği olması için “Allah’a dua eden”, Zeynep eşiyle konuşup ilerde küçük bir bebek evlatlık alabileceğini aktarmıştır. Söylemlerinde tinsel vurguları olan Zeynep’in yetim ya da öksüz bir çocuğun bakımını üstlenmeyi kendi çocuğuna bakmaktan daha üstün gördüğü ve bu durumun dinde karşılık geldiği değerlerle de ilgili olduğu görülmektedir.

“Ben elimden geleni yaptım. Allah bana nasip etmediyse onun da bir bildiği vardır diye, ilerde evimi alıp şey ne derler ona evlatlık almayı düşünüyorum, onu düşünüyorum ama tabi eşimle birlikte oturup karar vermemiz gerekiyor. Yani küçük bebek almayı düşünüyorum. O daha hani sevaptır, kimsesiz bir çocuğa bakmanın tabi inşallah iyi bakabilirim, kendi evladına bakmaktan daha üstün olması lazım, daha farklı çünkü o bir yetim ya da öksüz. O yüzden bilmiyorum hayırlısıyla, öyle düşünüyorum ama inşallah kendime verir Allah’ım hayırlı bir şekilde.” (Zeynep)

Diğer katılımcıların tedavi harici alternatifler dışında çocuk sahibi olmakla ilgili başka düşünceler etrafında gruplandıkları dikkat çekmektedir. Örneğin, somut anlamda başvuru yapan, Bahar yaştan dolayı onay alamadığını ve Nehir Naz başvuru yaptıktan sonra prosedürün uzun olmasından dolayı demoralize olup başvurusunu geri çektiğini belirtmiştir. Bahar şu an tedaviye devam etmektedir, Nehir Naz ise on altı haftalık gebedir.

Bir başka grupta, Gonca, Nur, Gönül, Serra, Anne kendisinin düşünüp, istediğini ancak eşinin mesafeli yaklaştığını belirtmiştir. Kadınların paylaşımlarına göre eşlerinin evlatlık/koruyucu aile konusuna dört sebepten itiraz ettikleri görülmektedir.

1) Çevrenin ne düşüneceği: İkinci evliliği olan ve ilk evliliğinden olan iki çocuğuyla uzun zamandır görüşmeyen Gonca eşinin “Bir ara konusu geçti, evlat edinelim gibisinden eşim istemedi. ‘Bize göre böyle şeyler ters biz yapamayız, anneme ne diyeceğiz, senin çocukların sanırsa millet n’olacak, kime neyin hesabını yapacağız, biz böyle şeyleri kabul edemeyiz.’” dediğini aktarmıştır. Kendisinin de bir daha bu konuyu hiç umursamadığını, tedaviden yorulduğu için bundan sonra devam etmeyeceğinden tedaviden sonra kendi ile ilgili planlar yapmakta olduğunu paylaşmıştır. Gonca’nın eşinin sözleri evlatlık edinme konusunda sosyal baskılardan çekindiğini göstermektedir.

2) Önce kendi çocuğunun sevgisini tatmak isteme: Nur ilk evlendiklerinde tedaviden önce eşine evlatlık almak konusunda teklif götürdüğünü ancak eşinin ona “Hani sonuçta senin genlerinden olmayan, sana ait olmayan bir parça. Tabii ki bir tane çocuğun olur bir tane daha almak istersin ama ben önce kendi çocuğumu sevgisini tatmak istiyorum.” dediğini aktarmıştır.

3) Dini kaygılar (helal/haram): Gönül’ün eşi “Erkek alacaksak bayan için helal olması için benim tarafımdan olması gerekiyormuş, kız çocuğu alacaksan da oğlan tarafından alınması gerekiyormuş helal olsun diye. ‘Ama koruyucu aile olunabilir’ dedi.” diyerek evlatlık konusuna itiraz edip, koruyucu aileye sıcak baktığını ifade etmiştir.

4) Evlatlık alınan çocuğa haksızlık yapma kaygısı: Yeteri kadar ilgilenememe ya da çocuğa kızma darılma durumlardan kaynaklı duydukları kaygıyı ifade eden eşler olmuştur. Anne’nin eşi bu durumu, “Ya hamile kalırsan, tekrardan çocuğun olursa hani, o çocukla ilgilenemezsin, o çocuğa da yazık değil mi?” sözleriyle ifade etmiştir. On yedi haftalık gebe olan Anne ise bu konuda eşine hak verdiğini söyleyip ileri de koşullar uygun olduğunda (bebeği doğduktan sonra) yeniden evlatlık edinme/koruyucu aile konusunu düşünebileceğini belirtmiştir. Serra da bu konuyla ilgili çalıştığı kendi çocuklarıyla da bakıcı ilgilendiği için eşinin itirazı olduğunu ve ev hanımı olsaydı daha rahat bir başka çocuğun sorumluluğunu alabileceğini belirtmiştir.

Hiç düşünmediğini belirtenler katılımcıların yarısıdır. Bunlar arasında düşünmek istemediğini, kafasından hemen attığını söyleyen Miraç’ın çekincesi şundan kaynaklanmaktadır:

“Benim etkilendiğim çok derin konular var. Atıyorum komşumun, beş yaşına kadar büyüüttüğü sonra ailesi gelip sahip çıktı onlar beni çok etkiledi. Kesinlikle düşünmüyorum. Yani hiç evlatlık konusunda kesinlikle istemiyorum. Koruyucu aileyi de düşünmüyorum, yani onlardan hep bir pürüz çıkarsa çünkü ben çok fazla duygusalım, en ufak pürüz beni yıkar. Yani orada ben etkilenirim o yüzden göze alamıyorum.” (Miraç)

Miraç bir gün çocuğun elinden alınma ihtimalinden çekinmektedir. Aralarında bir bağ oluştuktan sonra böyle bir ihtimalin olmasının onu kaygılandırması ve bu durumdan etkileneceğini düşünmesi normaldir.

Gülüm Su eşinin ailesinin tedavi başarısız olursa “Üzülme şey yapma evlatlık alırız.” dediğini ama kendisi bunu “çocuğun kendi kanını taşımasının zorunlu olmasından dolayı” asla kabul etmeyeceğini belirtmiştir. Bu açıklaması ile çocuk sahibi olmanın anlamı için anne olmaya yaptığı vurgu da kendi içinde tutarlıdır.

“Ben de onu kaldıramam yani evlatlığı asla kabul etmiyorum. Çünkü benim baktığımda yarısı benden yarısı eşimden olacak baktığımda onu göreceğim yani benim kanımı taşıyacak yani. O yüzden evlatlık şeyini de kabul etmiyorum öyle yani. İstemiyorum, eşim de istemiyor benden olsun benden bir can bir parça olsun işte yarısı eşimden yarısı benden olsun çeksın bize gibisinden istemiyorum.” (Gülüm Su)

Elif sadece kendi çocuğu olursa çocuk sahibi olacaktır, aksi durumda çocuksuz bir hayata kendini hazırlamaktadır. *“Onu hiç düşünmedim ben, istemiyorum, kendi çocuğum olursa olur, olmazsa yapacak bir şey yok hayata devam aynen devam.”*

Sevim ve Fatma ise hayatına bir başka çocuğu dâhil etmenin zor olduğunu düşündüğü için evlatlık ya da koruyucu aile alternatifini istemediğini belirtmiştir.

“Düşünmüyorum çünkü ben benim olmasını isterim de ondan yani bilmiyorum büyük konuşmuyorum ama o çocuğu her gördüğümde bileceğim o benim değil, yani benim olmayan 2-3 yaşındaki çocuğu kendi hayatıma dâhil etmem benim için çok zor olur. O konuda kendime güvenim sıfır. Bir şekilde nasıl kabullenirim? Ya kabullenemezsem kimsenin hayatını mahvetmek istemem. Kendimin olsa döktüğünde kırıdığında bir şey yaptığında ‘Ya ne yapıyorsun sen bak o kadar uğraştın diyebilirim.’ kendime, ama o bana paket halinde hazır geldiğinde ve büyük geldiğinde kızarım herhalde. Çünkü ben kendi başına bir yaşantıya alışkınım.” (Sevim)

“Ben büyük konuşmuyorum da ben hani başkasının çocuğunu sevemiyorum zaten, kendi yeğenlerim hariç hiçbir çocuğu tutup hani böyle candan öpmemiştir, sevmiyorum. Hani ben başkasını çocuğuna ısınacağını da sanmıyorum, düşünmüyorum. Allah bizi konuştuğumuzla sinamasın ama düşünmüyorum.” (Fatma)

Gülbahar ise kayınvalidesinin *“Üzülme kızım nasıl olursa, parayla olsa sana satın alırsın diyor, yeter ki üzülme diyor.”* sözüne karşılık evlatlık istemediğini belirtmiş ve hiçbir katılımcının dillendirmedeği bir başka alternatifte sıcak baktığını şu sözleriyle anlatmıştır:

“Kayınvalideme, eğer ki hani olmazsa bana yumurta satın alsan isterim, dedim. Çünkü ablam gitti yumurta aldı (Kıbrıs’tan), herkes dedi, günahdır haramdır ama hani sen bir evlatlık almışsın ha gitmişsin o yumurtayı almışsın bence fark yok yani değil mi? Hatta o yumurtayı karnında büyütüyorsun. Hatta o eşinin spermiyle buluşuyor senin çocuğun yani, kanınla yaşamış bence evlatlıktan daha iyi dedim bana göre öyle. Yani mesela bizim aile dedi aileler dedi haramdır falan kaynanası tamam dedi, eşi tamam dedi, biz de tamam dedik, kendisi de dedi, niye olmasın evlatlık alacağına kendi karnında yumurtayı al eşinin spermiyle daha yani güzel daha ailece, evlatlıktan daha şey oluyor. Ben yumurta almayı tercih ederim bilmiyorum evlatlığı tercih etmiyorum kendime göre olsa da öyle isterim yani, inşallah burada olur. Allah beni oraya kadar şey yaptırmazın yani.” (Gülbahar)

Gülbahar, farklı genleri de taşımasına rağmen bir bebeğin karnında büyümesi fikrinin daha “kendine ait” olduğunu ve kendisi için evlatlıktan daha kabul edilebilir olduğunu anlatmak istemekte ve bu alternatifini dile getirmesi açısından diğer katılımcılardan farklılaşmaktadır.

Görüldüğü gibi evlatlık düşünmediğini belirtenler bunun nedenlerini başkasının çocuğunu sevemeyeceklerine, kendini hazır hissetmemelerine, duygusal olarak yapamayacakları, çocuğu kabullenemeyecekleri ya da kabullenememekten ve onu incitmekten korkmalarına bağlamaktadırlar. Bazılarının anlatılarına bakıldığında inanç sistemlerinden kaynaklı olarak yetim/öksüz çocuklara kötü davranmak, onlara karşı adil olmamak gibi davranışlar kabul edilmediğinden ve mahrem/namahrem konularının önemli olmasından kaynaklı olarak katılımcıların çekinceleri oluştuğunu söylemek mümkündür. Ayrıca duygusal ve psikolojik olarak kendilerini hazır hissetmemeleri de infertil bireylerin evlatlık edinmelerinin önünde önemli bir engel olarak ifade edilebilir.

4.5.1.6. Tedavinin duygusal etkileri

İnfertilitenin psikolojik etkilerini araştıran Anderheim ve diğerleri (2005) çalışmalarında psikolojik esenliği ölçmeye yardımcı bir yöntem geliştirmişlerdir. On dört duygu içeren maddeyi sıralayarak bireylerin “Son zamanlarda bu duyguları ne yoğunlukta yaşıyorsunuz?” sorusuna 1-5 arası değerlendirme yapmalarını istemişlerdir. Bu on dört duygunun özelliği infertil bireyler tarafından sıklıkla dile getirilen duygular olması olarak açıklanmıştır. Bu duygular araştırmanın nicel yöntem kısmında değil ancak derinlemesine görüşmeler kısmında görüşmede konuşulmayan bir konuyu duygular üzerinden konuşarak hem duygulara açıklık getirmek hem de görüşmeyi derinleştirmek amacıyla tercih edilmiştir. Bu nedenle bu duygulara ait bölüm kimi bireylerin yaptığı sayısal değerlendirmelerden daha ziyade bireylerin tedaviyle ilgili duygusal durumlarını detaylandırdıkları önemli bir bölümdür. Aşağıda detaylandırılan duygular ayrı ayrı ele alınacaktır. Ancak detaylı açıklama yapmayıp sayısal değerler üzerinden cevaplayan katılımcıların sonuçları da Tablo 23’te sunulmuştur. Her katılımcı cevaplamadığı ve sayısal bir analiz yapma amacı olmadığı için cevaplar tabloda sadece sayısal olarak verilmiştir.

Giriş bölümünde yer alan araştırmalarda (Kemeter vd., 1985; Kee vd., 2000 ve Kainz, 2001) bahsi geçen ve görüşmelerin farklı bölümlerinde de ele alınan *suçluluk* duygusu bu bölümde bireyler tarafından kendini infertiliteden sorumlu tutmak ve geç yaptığı evlilikle ilgili suçlu hissetmek olarak karşılık bulmuştur. Suçluluk negatif bir duygudur, sosyal çevrenin ya da toplumun beklentilerinin karşılanamadığı ve bireyi psikolojik olarak huzursuz eder, bazı zamanlarda kendini cezalandırma, depresyon, kızgınlık gibi başka olumsuz duyguları da beraberinde getirebilir. İnfertil kadınlarında “suçlanmaktan” korkma yaygın olarak dile getirilmekte ve bu duygu kayda değer bir stres faktörü olarak görülmektedir (Matthews ve Matthews, 1986: 483).

“Suçluluk sadece acaba geç evlendim ondan mı diyorum kaderi değiştiremezsin ya demek ki bu evlilik böyle olacakmış yapacak bir şey yok. Geç evlendik ondan mı falan filan.” (Elif)

Elif, burada suçluluktan daha ziyade pişmanlığını dile getirmiştir. Geç evlendiği için yaş faktörünün devreye girdiğini ve bundan dolayı çocuk sahibi olamadığını düşünmekte ve geç verdiği karardan dolayı kendini sorumlu tutmaktadır. Oysaki doktorların ona yaşına rağmen yumurta rezervlerinin çok iyi olduğunu da görüşme sırasında birkaç kere belirtmesi ve sorunun kendisinden değil eşinden kaynaklanması da görüşmede konuşulmuştur. Yine de Elif’in anlatılarında çevresinden geç evlenmiş olmasıyla ilişkili gördüğü baskıyı suçluluk duygusu ile karşıladığı görülmektedir.

“Suçluluk hissediyorum, eşime karşı hissediyorum niye ben böyleyim, niye olmadı, suçluluk hissediyorum kendimde. Hele bazen hani şey, kimde sorun diye soran oluyor tabi, o zaman daha bir kötü oluyorum. Suçlu hissediyorum kendimi.” (Anne)

Rahminde perde olduğu için tedavi gören ve sonrasında bebeğini kaybeden Anne çevresindeki insanların sorunun kaynağını sordukları zaman daha kötü hissettiğini belirterek elinde olmayan bir sebepten dolayı problemin kaynağı olmanın sebep olduğu psikolojik yükü suçluluk duygusu ile birleştirmiştir. Kendi kontrolü altında olmayan infertilite ve düşük deneyimi onu güçsüzleştirmiş ve negatif duygular hissetmesine sebep olmuştur.

Tedavisinin başarısızlıkla sonuçlanmasının ardından gelen süreci zor geçiren Fatma, gebeliğin olmamasından kendini sorumlu tuttuğunu, suçladığını “*Acaba ben (transfer sonrası) yatmadım da mı olmadı hep bu acabalarla yaşadım.*” sözleriyle anlatmıştır. Hatta çevresinde kendini kızdıran insanları suçladığını çünkü “*Doktorlar diyor ki profesörleri de dinledim diyor ki eğer %30-40 bir şans varsa strese girdiğin zaman o şans da ölüyor zaten. Diyor kesinlikle sinir stres sıkıntı onların olmaması gerekiyormuş. Yani hep böyle bir bahane aradım, yok yatmadım, yok kalktım, (...) bir ayımı öyle geçirdim, unutana kadar.*” diyerek hem tedavideki başarısızlığa bir sorumlu aramakta, hem (Boncuk ve Gonca gibi) stresin sonuçları etkilediğini düşünmektedir. Oysa stresin tedavi sonuçlarını etkilemediği bazı araştırma sonuçlarına yansımıştır (Anderheim vd., 2005; Boivin ve Takefman, 1996).

İnfertil bireyler tarafından dile getirilen bir diğer negatif duygu da *öfkedir* (Kemeter vd., 1985). Kadınlardan kimi öfkeyi eşlerine karşı, kimi tedaviye karşı, kimi de belirli bir sebep olmaksızın hissettiği bir duygu olarak dile getirmiştir.

Eşinin asabi olduğunu belirten Şinok eşiyle yaptıkları tartışmalara ilişkin öfkelenildiğini ve tartışmaların azalmasının ve onu mutlu edebilmenin yolunu çocuk sahibi olmasıyla ilişkilendirmiştir. Görüşme sırasında eşinin asabi olduğunu söyleyen Boncuk da eşiyle iletişimde paylaşılmayan şeylerin öfke duymasına sebep olduğunu belirterek ilişkilerdeki paylaşımların önemini göstermiştir. İnfertil çiftler farklı sorunlarla başa çıkmaya çalışırken hassaslaşmakta dolayısıyla bu da ilişkiye yansımaktadır.

“Öfke yüksek, aslında dediğim gibi eşime karşı oluyor. Belki içimde biriktirdiğim ona söyleyemediğim şeylerim öfkesi, bazen aileme karşı da olabiliyor; anneme, babama, kardeşime. Aslında o öfke hep var yani içimde” (Boncuk)

Fatma da öfkesinin genel olarak her şeye dair olduğunu söylemiştir. “*Öfke çok, her şeye karşı, üzüldüğüm sıkıldığım her şeye karşı öfkeleniyorum.*” Gönül’ün ve Anne’nin öfke duygusuna dair paylaşımı ise kendine yöneliktir. Daha çok kaderle ilişkili olarak isyan duygusuyla birlikte hissedilmektedir. Suçluluk da olduğu gibi yine kontrol edilemeyen bir durum sonucu öfke duygusu ortaya çıkmıştır.

“Nasıl diyeyim bazen böyle nefsimi yenik düşünüyorum, herhalde kızıyorum eşime hani Allah’ım bütün insanlara veriyor, eşim diyor işte ne biliyorsun belki hayırsız olacak diyor. O açıdan biraz kendime öfke var.” (Gönül)

“Öfke çok var. O öfke kendime karşı, öfkem niye böyle diye? Aslında bu da çok saçma geliyor ama sonuçta benim elimde değil ama öfkeleniyorum. Üzüliyorum.” (Anne)

Ayşe ise normalde sinirli öfkeli biri olarak kendini tanımlarken tedaviyle birlikte duygusallaştığını sinirlendiğinde bağırarak ya da öfkelenmek yerine ağlamayı tercih ettiğini aktarmıştır. Gülbahar ise “*Tedavi olumsuz olunca öfkeleniyorum da sinirleniyorum da üzüliyorum da.*” sözleriyle tedavinin olumsuz olduğu duruma ait duygularını ifade etmiştir.

Bir diğer olumsuz duygu *hayal kırıklığıdır*. Hayal kırıklığı en çok olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Özellikle hamile kaldıktan sonra bebeğini kaybedenlerde daha yoğun bir duygu olarak yaşandığı anlaşılmaktadır:

“Çok var bebekle alakalı.” (Leyla)

“Evet, mesela hani çocuk olup da kalbi durduğu zaman çok hayal kırıklığına uğradım. Çünkü hiç beklemediğim bir süreçti. Bebekte de çok kendimi hazırlamıştım, hiç hayal kırıklığı yaşamadım olmayınca ama hamile kaldığım süreçte çok yaşadım.” (Ayşe)

“Hayal kırıklığı, mesela tedavim iptal oldu bu defa hayal kırıklığına uğradım” (Sevim)

“Tedavi konusunda var olumsuzluk olduğunda” (Gönül)

“Tüp bebeklerden sonra çok, hastane doktordan sonra çok.” (Fatma)

“(…) Olumsuz sonucu aldığımda tüp bebek o zaman hayal kırıklı oluyor bir günlük yani. Sürece yayılmış değil, ertesi gün de soruyorlar tabi, telefon eden oluyor arkadaşın soruyor falan onu anlatırken de bir hüznün yaşıyorsun en fazla bir hafta yaşıyorsun geçiyor sonra.” (Serra)

Ayrıca Aysun ve Boncuk tedaviyle ilgili olmasa da eşiyle ilgili hayal kırıklığı yaşadığını belirtmiştir.

Kaygı, infertil bireylerde genel olarak tedavi aşamalarında, tedavi sonucuna ilişkin, çocuk sahibi olmaya ilişkin olarak duyulan bir duygudur. Örneğin Leyla *“Kaygı olmayacak diye çok var bebek olmayacak diye.”* sözleriyle beeksiz olmaya ilişkin kaygısını paylaşmıştır. Tedavi sürecinde başarısız tedaviler dışında da bebek kayıpları yaşayan katılımcılarda kaygının boyutu daha büyüktür ve bireyi daha fazla etkilemektedir.

“Bebeğimi kaybetmekten. Kötü hissedirim(...). O yönünü düşünemiyorum işte. Bu şekilde gelmem çok zor oldu. Bu şekilde sonrasını toparlamam da çok zor olur. O yüzden onu düşünmek istemiyorum. Hep iyi yönlerine gitmek istiyorum (...). Belki de bazen çok şey yapıyorum da eşim o yönden yanımda çok oluyor. O iyi düşünüyor. Mesela geçen hafta öyle dedi doktor. O bana hep dedi ki üzülme bak bir dahaki haftaya geleceğiz doktor bize güzel haber verecek. Biz güle güle gideceğiz. Ben hep ağlayarak geldim yani. Ondan yana çok destek alıyorum.” (Beyaz Papatya)

Kaygı, günde 24 saat var sürekli var.” (Anne)

Görüşülen kadınların anlatılarında da bu konuların yanında maddi konulara dair kaygılar da yer almıştır. Eşinin yüksek miktarlarda (tedavi harici) borcu olduğunu ifade eden Elif tedaviye harcanan masrafların boşa gitmesinden endişe etmektedir.

“Kaygı var mesela ekonomik olarak para yok borç yapacaksın onu alıp çöpe atmak var yani diyorum ki e şimdi bir araba alırdım diye düşünüyorsun falan öyle kaygılar da oluyor.” (Elif)

Diğer yandan Gülüm Su’da görüldüğü gibi sonucun kesin olacağına inanmak kaygı duygusunu azaltmıştır. Gülbahar ise umutlu olmaya ve dua ederek olumlu sonuca ulaşmaya çalıştığını belirtmiştir.

“Kaygı yok o da yok şu anda kesin olacak gözüyle baktığım için hiç endişem yok yani birinci de oldu ikinci de olacak diye hiç endişem yok rahatım.” (Gülüm Su)

“Kaygım yok. İnşallah olur diyorum öyle bir umutla geldim, sadece bir umutla geliyorum yani inşallah olur da yani ilk başta olmayınca insan biraz umutsuz kalıyor ya acaba yine böyle olur mu kendime sinir şey yapmıyorum sadece inşallah olur inşallah olur. Kendi kendimi avutuyorum umutlandırıyorum yani hayırlısı olsun diye.” (Gülbahar)

Kaygı dışında depresif belirtiler hisseden bir katılımcı da olmuştur.

“Bir şeye odaklanamıyorum, konsantre olamıyorum. Mesela benim evlenmeden önce normal standart bir planım vardı, kalkış saatim aşağı yukarı aynıydı yatış saatim aşağı yukarı aynıydı ama şeyden sonra allak bullak oldum, sabah yatıyorum akşam kalkıyorum gibi böyle karma karışık oldu. Düzenim bozuldu, sonra çok bazen kontrolsüz yiyorum, yani tat almıyorum aç da değilim, kontrolsüz yiyorum acaba dedim ben depresyonda mıyım diye baktım araştırdım, evet bendeki bulgular onu gösteriyor. Uzun süreli değil yalnız bu dönemlik. Yani zaman zaman depresif hissettiğiniz anlar olmuş demek ki.” (Aysun)

İnfertil bireylerin güçlenme deneyimlerinin araştırıldığı bu çalışmada *güçlülük/güçsüzlük* duygusuna dair paylaşımlar ayrıca bir öneme sahiptir. Kadınlar da güç kavramının genelde tedavi süreçlerinin algılanışından etkilendiği görülmüş ya da tedavinin onlar için hayatın merkezinde oluşuyla alakalı olmasından başarısızlıklar ve çevrenin infertilite hakkında konuşmaları güçsüzlük olarak ifade edilmiştir. Güçsüzlük duygusunun tedavinin başarısız olmasıyla ilişkilendirildiği görülmektedir.

“Evet, var. Tedaviyle alakalı diğer türlü ben kendi evimdeyim yememiz içmemiz bir ama hani onlarla (eşinin ailesiyle) alakalı da bir sıkıntım yok. Bir tek bebekle alakalı yani.” (Leyla)

“Bu süreçte çok güçsüz hissettim bazen çok üzıldüm psikolojim çok bozuldu onlara bağlıyorum.” (Nehir Naz)

“Bazen bu tedavi sürecinde güçsüz hissedebiliyorum kendimi sonrasında olumsuz yanıt aldığımdaki hissettiğim güçsüzlük. Çevrede bazen olan dedikodular seni buluyor falan, küçük bir çevrede yaşıyoruz çünkü orada. Aslında olumsuz şeylerin üzerine olan bir güçsüzlük mesela tedavinin olumsuz olmasından sonra kendimi çok güçsüz hissettiğim oluyor. Bazen kendimi eksik hissedebiliyorum, zaman zaman oluyor bunlar, her zaman değil. Daha çok tedavilerin olumsuz olduğunda kendimi güçsüz hissedebiliyorum sonra hayatıma devam edebiliyorum ama bu hep hayatımın merkezinde. Çocuk tedavisi... Onu çok istiyorum aslında o yüzden çevremden dolayı değil. Çok istediğim için hep hayatımın merkezinde.” (Boncuk)

Fatma, kontrol edemediği bir sebepten ve sonucu değiştirmek için daha fazla bir şey yapamıyor olmaktan dolayı güçsüz hissettiğini belirtmiştir.

“Güçsüz hissediyorum bazen kendimi, mesela sadece hani diyorum ki ben güçlüyüm aslında hani her şeyin üstesinden gelirim bu çocuk insanın elinde olmadığı için hani Allah’ın yarattığı bir şey olduğu için bu konuda kendimi çok güçsüz hissediyorum. Hani diyorum ki bir şey olsa tutup koparırısın hani dersin ki ben bunu yaparım, ama bu konuda kendimi güçsüz hissediyorum. Çünkü her şey Allah’ın elinde olduğu için kendimi güçsüz hissediyorum.” (Fatma)

Aysun, güçsüzlük duygusu hakkında kararsız olduğunu, duygularını insanlardan saklayabilmenin onun için gücü ifade ettiğini belirtmiştir.

“Güçsüzlük? Güçlüyüm sanırım bu konuda net bir şey diyemeyeceğim aslında çok emin değilim çünkü. Mesela duygularımı ben gizleyemiyorum, sevincimi, öfkemi, hüznümü gizleyemiyorum. Bu güçsüzlük demek değil belki ama onu gizleyemiyorum mesela. Bazı insanlar ya en acı anlarını bile fark ettirmiyorlar yani bu bence güç.” (Aysun)

Güçsüzlüğü düşük derecede hissedenler ya da hiç hissetmeyenler de bulunmaktadır. *“Hiçbir zaman güçsüz hissetmedim”* (Ayşe). Bu, bireylerin infertilite durumunu nasıl anlamlandırdıkları ve açıkladıklarıyla doğrudan ilişkilidir. Freire’nin (2005) bahsettiği gibi bilişsel süreçler ve farkındalık her zaman güçlenmenin önemli bir aracı olmuştur.

Nur’un infertiliteyi kabullenmesi çoğu katılımcının aksine onun yaşadığı olumsuzluklarda güçlenmesine ve süreçle ruhen ve zihnen daha sağlıklı şekilde başa çıkmasına sebep olduğu diğer paylaşımlarında da görülmüştür. Burada da güçle ilgili paylaşımı bunu bir kere daha göstermektedir.

“Güçlü olduğumu hissediyorum güçlü bir bayan olduğumu düşünüyorum.” (Nur)

Gül, güçsüzlük duygusunun az olmasının sebebini kontrolü kendi elinde olmayan durumlar yaşamasına bağlamıştır. Kontrol duygusunun az oluşu yukarıda Fatma’nın ifade ettiği gibi bireyi ümitsizliğe ya da çaresizliğe itebildiği gibi burada tam tersi psikolojik bir rahatlamaya sevk etmiştir. İnsanın kontrolünün sınırlı olduğuna dair inancı ve algısı onun için destekleyici bir unsur olmuştur (Hardy ve Leiba-Q’Sullivan, 1998).

“Güçsüzlük, benim elimde olmayan sebeplerin de gerçekleştiğini düşünüyorum da o yüzden az diyebiliriz ona” (Gül)

Anne de yaşadığı tüm olumsuzluklara rağmen güçlü olduğunu dile getirenlerdendir. *“Güçlüyüm ya ne kadar hani ağlasam üzülssem de Allah’a şükür hiçbir zaman yılmamayı hani gerçekten ben yılmadım demeyi biliyorum. Devam demeyi biliyorum.” (Anne)*

Gülbahar, güçsüzlük duygusu hissetmediğini ama *“Hani diyorlar ya çalışan demir paslanmaz. Ben çalışsam çok sağlıklı olurum. Evde otur otur insan tabii ki tembelleşir, ben çalıştığım zaman daha iyiyim.”* sözleriyle evlenmeden önce çalıştığını ama âdetleri gereği kadının evlendikten sonra çalışması uygun olmadığını ve kendisinin de evlendikten sonra çalışmak istemediğini ve dolayısıyla çalışmadığını ifade etmiştir. Ancak çalışmak onu güçlü hissettiren, sağlıklı hissettiren bir olgudur.

Yakınlardan alınan desteğin de güçsüzlük hissini azalttığı Gönül’ün anlatısından anlaşılmaktadır.

“Güçlü biri olduğumu düşünüyorum yine eşim, ailem bu zorlukların birlikte aşıyoruz. Çok gerekli hani darmadağın olmuyorum, çevremdeki insanlar diyor yani ‘Sen çok güçlüsün her yönden.’. Hem tedavi konusunda mesela o kadar acı çekiliyor rahim filminde falan arkadaşım kendini bayıltarak yaptırdı, ben mesela uyanıkken yaptırdım. Dayanıyorsun diyorlar, acıya dayanıklılığım var.” (Gönül)

Hoşnutluk ve mutluluk bu bölümde kadınlar tarafından detaylandırılan pozitif duygulardır. Anne ve Serra hoşnutluk duygusunun zaman zaman tedavide olumlu gelişmeler yaşandığında ortaya çıktığını aktarmışlardır. Serra tedavi başlangıcında hoşnutluk duygusunun yüksek olduğunu ama transfer aşamasında bekletmelerden, su içilmesi gerektiğinden hastane ortamındaki aksaklık ya da işleyişten dolayı zaman zaman panik olabildiğini belirtmiştir.

“Şu an hoşnudum evet, ama işte o diyorum ya ara ara gelen bir şey. En ufak bir şey görsem hüzünleniyorum benim için çok karışık, sonra dağıtmaya çalışıyorum. Sürekli böyle geçiyor. Sanırım bu da doğana kadar, inşallah böyle geçecek gibime geliyor. Şu an hani hocamız iyi dedi ya çok şükür, bin şükür. O bir yüreğime su serpiyor. Diyorum ki bak evet geçen sefer kendi kendimi telkin etmeye çalışıyorum, bak kanamaların vardı bu sefer evinin işini yapabiliyorsun, daha bir rahatsın şu an hani hoşnut oldum açıkçası.” (Anne)

Gülbahar eşiyle ilişkilerinde eşinin karakteristik özelliklerinden dolayı yeterli ilgiyi göremediğini düşündüğü için mutsuz olduğunu belirtmiştir.

“Eşim hani böyle eşimin bitirim, hani böyle açıkgozlu olmadığı için bir mutsuzluğum var. (...) hani kendi halinde bir insan içi çok temi o yüzden mutsuzluğum var yoksa isterim eşim görsün bilsin, böyle yapsın şöyle yapsın. (...)” (Gülbahar)

Anne, mutluluk duygusuna ilişkin düşüncelerini ve hislerini anlatırken tedavi sürecinde hissettiği pek çok farklı duygudan da bahsetmiştir. Hamileliğinin ortalarında bebeğini kaybetmesi ile iniş çıkışlı bir duygusal süreçten geçtiğini ve duygularının da bundan etkilendiğini anlamak mümkündür.

“Hayal kırıklığı şu an, kendimi telkin etmeye çalışıyorum. Arada bir geliyor onu içimden atamamak, öncekini aslında daha çözemedim ben ondaki duygular buna yansınca hem mutluluk hem hüzün hepsi birlikte oluyor karışık. Suçluluk mesela hamile kalmadan önce suçluluk, öfkem daha bir fazlaydı hani, şimdi daha böyle sakinleşiyorum çünkü bebeğim içinde sakinleşmek zorundayım ama kaygılar, kuşku ben peşimi bırakmıyor. Bunu çok düşündüm açıkçası bir yerden destek almayı bu benim aklımdaydı ama bu benim işte. Bir şeye de başlıyorum bir taraftan ortada bir yerdeyim. Ne mutlu ne mutsuz öyle gidiyorum.” (Anne)

4.5.1.7. Alınan tedavi hizmetine dair görüşler

Araştırmaya katılan infertil bireyler görüşme boyunca farklı bağlamlarda aldıkları hizmetin ve sağlık personeli ile kurdukları ilişkinin onları etkilediğini dile getirmişlerdir. Araştırmanın farklı kurumlarda tedavi olan bireylerle yürütülmesinin yanında bazı katılımcıların farklı hastane deneyimine sahip olmaları alınan hizmete dair zengin bir veri imkânı sağlamıştır. Çünkü böylelikle araştırmacının bireylerin hem kendi deneyimine dayanarak anlattığı kurumlar arası karşılaştırmalarını içeren anlatımlarını hem de araştırmanın yapıldığı farklı kurumlarda aldıkları hizmete dair anlatımlarını yorumlaması mümkün olmuştur.

Türkiye’de infertilite tedavisi yasal olarak tıp fakültelerinde, kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı uygulama ve araştırma merkezlerinde, yasal zorunlulukları sağlayan özel hastane ya da özel kliniklerde gerçekleştirilmektedir. Özel kurumlar da, tedavinin yürütüldüğü kamu kurumlarına başvurarak, katılımcılara göre “uzun sürede elde edilen” bir rapor aldıktan sonra rapor getiren infertil bireylere tedavi maliyetini devlet desteğine uygun olacak şekilde ayarlamaktadırlar. İnfertil bireyler ekonomik durumlarına göre özel ya da devlet kurumlarını seçmekte ya da her ikisinde de tedaviyi denemektedirler. Her iki kurumdan aldıkları tedavi hizmetine ilişkin görüşleri de çeşitli açılardan farklılaşabilmektedir.

Özel ya da devlet ayırt etmeksizin genel anlamda kurum ve ayrıca personelin sunduğu hizmetten memnun kaldıklarını ve gösterilen güler yüzün onları olumlu etkilediğini ya da umutlandırdığını ifade eden on altı katılımcı bu anlamda araştırmada çoğunluğu oluşturmaktadır. Farklı hastanelerde tedavi gören bazı bireylerin bu konudaki paylaşımları hem memnuniyetlerini hem infertil bireylerin hassas oluşlarını hem de onlarla çalışmanın hassas yanlarını göstermektedir:

Örneğin farklı hastanelerde tedavi gören Gönül ve Gülüm Su hizmet veren personelin güler yüzlü olmasını kendisini güçlendiren bir faktör olarak vurgulamıştır.

“Memnunum, hepsi güler yüzlü sağ olsunlar, bu insanı rahatlatıyor mesela güler yüzlü olmaları, çünkü gelen insanlar (hastalar) zaten stresli, üzgün yani dokunsan ağlayacak aslında hepsi. Güler yüzlü olmaları çok güzel gerçekten.” (Gönül),

“Evet, konuşmalarıyla cana yakınlığıyla bayağı bir rahat ettiriyorlar yani.” (Gülüm Su)

Benzer şekilde Nur da infertil bireylerin hassasiyetleri üzerinde durarak değerli hissetme ihtiyacına dikkat çekmiştir.

“Sana özel olduğunu ve değerli bir hasta olduğunu çünkü çocuk sahibi olmak isteyen anneler zaten psikolojileri biraz da olsa yıpranmış olarak geliyorlar buraya.” (Nur)

Aidiyet ve rahat hissetme de infertil bireylerin önemsedığı bir nokta olarak Miraç’ın anlatımında ortaya çıkmaktadır.

“Gerçekten özellikle Tepecik hastanesinin tüp bebek merkezine girdiğim zaman evime girmiş gibi hissediyorum. O kadar memnunum.” (Miraç)

Tedavi hizmeti aldığı sağlık personeline duyduğu güvenden dolayı rahat hisseden Nergis de memnuniyetini ifade etmiştir.

“Olumsuz hiçbir şey yaşamadım. İlk geldiğimde de bunu hissetmişim hala daha aynı şeyi hissediyorum bir kere çok profesyoneller. Kendimi emin ellerde hissediyorum burada rahatım o açıdan.” (Nergis)

Tedavi hizmeti alırken olumsuzluk yaşayan ya da beklemediği, istemediği durumlarla karşılaşan katılımcılar da bunu açıkça dile getirmişlerdir. Bireylerin hizmetleri yorumlayışlarına ilişkin anlatılar aşağıda detaylandırılmıştır.

Aysun kamu kurumlarındaki prosedürün uzunluğundan yakınsa da, detaylı incelemenin sonrasında doğacak sorunları önlediğini düşündüğü için hem psikolojik olarak rahatlamış, hem de tedaviyle ilgili daha çok güven hissetmiştir.

“...Mesela Manisa'dan da buraya çok gelen var tüp bebek tedavisi için ve ben memnunum en ufak ayrıntıya kadar şey yaptılar. Mesela özellere de biz hani araştırmıştık, hiç yani ne bileyim ne bir gen testi yaptılar, ne bir şey. Burada gen testi yapıldı, eşimin benim iki kez üstelik farklı şeylere bakıldı, bilmiyorum çok en ufak ayrıntıya falan dikkat ediyorlar. Benim hoşuma gitti. Hani bu biraz süreci uzatıyor ama belki ileride doğabilecek sorunlara engel olduğunu düşünüyorum. Özellerde yok mesela. Ben, bana soran olursa kesinlikle burayı tavsiye ederim, özel tavsiye etmem. (...) muhakkak çok iyi yerler vardır ama ben devletin daha güçlü olduğunu düşünüyorum.” (Aysun)

İkinci tedavisine yeni başlayan ve devlet hastanesindeki uzun tahlil prosedüründen yakınan 38 yaşındaki Gülbahar ise bununla kaybettiği zamanın psikolojisini nasıl olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

“Daha hızlı oluyor burası (Özel klinik). Bir ayda yapılan o kan testleri hormon testleri, yumurta testi bilmem ne testi, o testi, bu testi hepsini yapıyorlar aynı bir haftada. Orada bir ay gidiyorum hormon testi, bir ay gidiyorum yumurta testi, bir ay bilmem ne testi, her ay her ay kan veriyorum çeşit çeşit her şey için kan, hani hormon falan filan bir senem gitti, bir de yaşım da var. Bak bir senem boşa gitti şimdi. Ben bir seneme çok üzülüyorum yani. Bir senem boşa gitti,” (Gülbahar)

Bir infertilite tedavisi ortalama bir buçuk ay içinde tamamlanmaktadır. Ancak özellikle devlet hastanelerinde tedavi öncesi tahlil ve rapor alma süreçlerinin uzunluğu ya da tedavinin başarısız sonuçlanmasının ardından muhtemel yeni bir tedavi için hastane ziyaretlerinin yenilenmesiyle, hastanede geçirilen zamanın artmasına paralel olarak kurum hizmetleri ve sağlık çalışanlarının tutumu infertil bireyleri tedavi sürecinde olumlu ya da olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu araştırmaya katılan on üç kadının dört ve üstü tedavi denemesi yaptığı düşünüldüğünde uzun zamandır tedavi için hastanelerde bulundukları ve hizmet aldıkları görülmektedir. Bahar da tedavide onuncu yılına girdiğini ve “hastanelerden bıktığını” anlatırken bununla başa çıkmada zaman zaman “çocuk onun için hayatı öneme sahip olsa” da tedavi sürecinde bazı aşamalarda erteleme davranışı gösterdiğini şöyle aktarmıştır:

“Onuncu seneye yeni girdim, dokuz senedir tedavi görüyorum, psikolojik destek şunlar bunlar bebek işte o kadar çok yoruldum ve bıktım ki hastaneden, gitmek istemiyorum yani. Aslında mesela ben buraya geldiğimde dün muayene olmam gerekiyordu, ben çıktım gittim mesela. Buradaki bir bayana dedim ki hani, yarın gelsem olur mu, o kadar çok bıkmışım ki aslında dün muayene olsaydım, bitmişti bugün gelmeyecektim, ama artık o kadar psikolojim kaldırmıyor ki hastane, doktor, hemşire hani, mesela yarın hastaneye gideceğim ya ben gece uyuyamıyorum sabaha kadar onun düşüncesi işte gitmek istemiyorum.” (Bahar)

Tahlil sürecinde olan Fatma'nın tedavi hizmeti ile ilgili talebi bireylerin hastanede geçirdikleri süreye ve bununla ilgili yaşadıkları soruna ilişkin bir fikir vermektedir.

“Ben buradaki hizmeti beğeniyorum ama sadece ben burada ayrı bir kan bölümü yapılması gerektiğini düşünüyorum. Mesela biz sabah yedi buçuk sekizde buraya geliyoruz. Öğlen bir buçuk ikide, üçte buradan gidiyoruz. Sadece kanı bekliyoruz. Hani burada sadece bize özel kan alınma yeri ve hemen kanın çıkacağı bir imkân olsa. Biz bütün günümüzü burada harcıyoruz

hastanede. Psikolojimiz zaten bizim tam değil, bitkin bir halde gidiyoruz. Oturuyoruz ama hastane ortamı zaten yoruyor insanı, ben burada kan bölümü olmasını istiyorum. Hem de öğleden önce çıkmasını istiyorum.” (Fatma)

Türkiye’nin her şehrinde tüp bebek tedavi uygulaması olmadığı için bireyler tedavi merkezlerinin bulunduğu şehirlere ya da şehir merkezlerine gitmek zorunda kalmaktadırlar.⁹ Tedavisi için Balıkesir’den İzmir’e gelen Serra özellikle tedavinin kadın bedeni üzerinde gerçekleştiğini ve erkeğin kadının yaşadıklarını yaşamadığını belirttikten sonra tedavi sürecinde yol ve zaman konusuyla ilgili yaşadığı bir olayı şu şekilde aktarmıştır:

“Dondurulmuş embriolarım vardı, hatta onları dondurduğuma da pişman oldum çünkü eşimi ikna edene kadar göbeğim çatladı yani. ‘Dondurulmuş şeyden ne hayır gelir.’ falan dedi, hani aç bir oku diyorum yani, aslında üniversite mezunu okumayan eğitimsiz bir insan da değil ama ben ısrar edince, hemşireler de anlatınca çok fazla bir şey diyemedi. Dondurduk yani tutmazsa diye, çünkü bu süreçte erkek kadının yaşadıklarını yaşamıyor, fiziksel olarak da. Çünkü erkek bir kere iki kere geliyorsa kadın sürekli geliyor, gün aşırı geliyor. Mesela ben o aşılama döneminde de Balıkesir’in Dursunbey ilçesinde çalışıyordum. Öğretmenim, hani bir gün içinde oradan kalkıp buraya geliyordum. Sabah dörtte, beşte otobüse biniyorum ve buraya geliyorum. Akşama kadar işleri hallediyordum, tekrar oraya dönüyordum.” (Serra)

İnfertil bireylerin kurumdan aldıkları hizmet ve bakımla ilgili görüşlerine yer veren bir çalışmanın (Olivious vd., 2004) bulgularına benzer yorumlara bu çalışmada da rastlanmıştır. Örneğin söz konusu araştırmaya katılanların “farklı kişilerle muhatap olma” ve “doktor/hemşireler nazik davranmıyor”, konularındaki şikâyetlerine benzer olarak bu çalışmada Boncuk, Gülbahar, Nehir Naz ve Beyaz Papatya yaşadıklarını şu şekilde ifade etmiştir:

Boncuk ilk tedavisine özel bir merkezde başladığını ve hep farklı doktorların muayene etmesinden rahatsız olduğunu ifade etmiştir.

“Ben ilk aşılama özel bir hastanede yaptırdım. Orda da şöyle memnun kalmadım. 3 tane doktor vardı ve 3’ünde hep ayrı ayrı muayene oldum, her gittiğimde bu beni rahatsız etti. Açıkçası oradaki aşılama da moralim çok düzgün olarak girmedim. Hep olmayacak ya olmadı falan diye düşündüm. Oradan öyle çok memnun kalamadım. Yani açıkçası biraz ters tepkiler bile aldım doktordan. Doktorla iletişimin ben çok önemli olduğunu düşünüyorum. Doktorla, hemşireyle, hastane personelinin hepsiyle aslında, bu benim çok moralimi bozan bir şey oluyor. Bu durumlardan çok etkileniyorum.” (Boncuk)

Boncuk’un bahsettiği hep farklı doktorlarla muhatap olmak infertil bireyler için fazladan bir stres faktörüdür. Çünkü infertilite süreci tanı ve tedavi aşamalarıyla birlikte uzun ve takip isteyen bir süreçtir, bireylerin her defasında yaşadıklarını farklı bir doktora anlatmaları onlar için sıkıcı, sıkıntı verici ve kurum ve tedavi adına güvensizlik yaratan bir deneyimdir. Kamu kurumlarında kaybettiği zamandan sonra tedavi için özel bir kliniğe gelen ve ilk tedavisini burada gerçekleştiren Gülbahar ise özel kurumların insanlara daha “özel” davrandığını ifade etmiştir.

“Yani hizmet olarak tabi canım özeli şeysi başka oluyor, doktorlar sana iyi davranıyor, özel özeldir, devlet gibi değil. Devlette gidiyorduk bir kan sonucunu alana kadar sabahtan gidiyorum akşama eve geliyorum, bayağı bayağı orda şey oluyorum. Vakit alıyor, bir kere sordun mu kızıyorlar. ‘Sen niye soruyorsun, bilmem n’oldu, vakti gelince veririz.’, yok öyle tabi özel daha şey.” (Gülbahar)

⁹ Türkiye’de infertilite tedavisi hizmeti veren kuruluşların illere göre listesi <http://www.tsrm.org.tr/pro/konu/harita/index.htm>. Erişim tarihi: 14 Şubat 2018.

Nehir Naz da özel tedavi hizmeti sağlayan kurumların kendilerini “para kaynağı” olarak görmelerinden şikâyet etmektedir. İnfertilite ekonomik boyutun etkili olduğu bir sağlık sorunu olduğu için böyle bir algının infertil bireylerde oluşması tedavi deneyimi açısından güveni zedeleyici ve bireyler için stres verici bir durumdur.

“Valla, bazı özel hastaneler, seni hasta olarak değil de para kaynağı olarak görüyor. Bunu fark ettim. Bir yerde çok şey oldum onda. Oradan memnun kalmamıştım zaten. Seni hamile kalmak isteyen değil de para kaynağı olarak görüyorlar. Gelsin gitsin, gelsin gitsin. O tarz düşünüyorlar.” (Nehir Naz)

Kadınların özel merkezlerle ilgili anlatımlarından yola çıkarak tedavi hizmeti sunan özel merkezlerin de kendi aralarında bir uygulama ve kalite farklılığından bu tarz yorumların yapıldığı söylenebilir.

Beyaz Papatya muayene olmak için ilk gittiği doktorun kendisine sarf ettiği sözlerden sonra çok kötü olduğunu defalarca yinelemiş ve söylediklerinden çok etkilenmiştir.

“Tüplerimin kapalı olduğunu bana söylediler. Çok üzuldüm ama sonra kendim araştırdım aşılama imkânı varmış. (O zaman)Doktor açmadı, uğraşmadı. Kapalı dedi gönderdi. Hatta dalga geçti yani. ‘Mutfak tüpüyle mi karıştırdın sen.’ dedi. (...). O zaman kötü, baya bir kötü hissettim. Sinir bozucuydu. Kötüydüm yani. İlk zamanlar çok kötüydüm.” (Beyaz Papatya)

Beyaz Papatya’nın doktorundan duyduğu bu ifade onu yeni karşılaştığı infertilite tanısıyla başa çıkma sürecinde olumsuz olarak etkilemiştir. Beyaz Papatya’nın doktorundan duyduğu bu sözü “bireyi aşağılayıcı” bir ifade olarak tanımlamak abartı olmayacaktır. Çünkü bu konuda eğitim almış bir doktorun tanıyla yeni karşılaştığı birine böyle bir ifade kullanması ve çözümü olan bir duruma müdahale etmemesi mesleki yeterliliği ve bireye karşı etik sorumluluklarını yerine getirmemesi adına düşündürücüdür. Beyaz Papatya gibi, Nehir Naz’ın da tedavi sırasında doktorla arasında geçen ve onu çok etkileyen diyalog sağlık personelinin infertil bireylerin psikolojik iyilikleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. İnfertilite tanısı ve tedavisinde özellikle doktorların yaklaşımları, bireylerin doktora ve tedaviye olan güven ve inancının inşasında ve hastalık deneyiminde güçlenmelerinde çok önemlidir.

“(...) Bir doktor(özel bir kurumda) beni resmen baş aşağı indirdi. Psikolojimle çok oynadı, hatta o süre uykularımı uyuyamadım. ‘Bana yaşın çok geç, bu kiloyla mı hamile kalacaksın, ben sana yapmam.’ dedi. Zaten gençler daha çabuk, kolay hamile kalır. Önemli olan yaşı büyük ve problemi büyük olan insanları hamile bırakabilmektir, bunu başarabilmek bence çok önemli. O zaman çok psikolojim bozuldu hatta ilaç kullanayım mı kullanmayayım mı, kendi kendimi telkin ettim. Hatta uyuyamıyordum geceleri sürekli kafamda onun söylediği laflar dolaşıyordu. Kimse istemez yani ben kilolu olmak ister miyim? İstemem ama benim vücudum çok yatkın.” (Nehir Naz)

Kendisine daha önce yaşına göre yumurta rezervlerinin yüksek olduğu söylenen 38 yaşındaki Elif, yeni başladığı tedavideki doktorun muayene etmeden tedavi sonucuyla ilgili olumsuz konuşmasına çok öfkelenmiştir.

“Geçenlerde geldiğimde doktora öfkelenmişim ‘%1 gene de bana kalsa yapma falan.’ deyince. Çünkü bana Ebru Hanım sonucu verirken ‘Sonuç olumsuz ama yumurta rezervlerine bakınca olumlu sana gelme diyemem yaşına göre gerçekten yumurta kötü olsa yaşın var gelme derdim.’ derken öbürü de (şimdiki) şey olunca çelişki olunca tabi bir de muayene etmeden neden karar veriyorsun? Ben biraz ona öfkelenim” (Elif)

Elif’in bunun üzerine doktora “Ben, n’olursa olsun ben yaptıracağım. (...) Kesin olacak değil ki deneyeceğiz olursa olur olmazsa yapacak bir şey yok yani. (...) Olacak diye kesin

garanti gelmiyorum ki zaten. (...) Yani bunun yüzdeliği bence yok ki ben ona inanıyorum Rabbim ol dedi mi oluyor, hani iyi beslenmeyle olsaydı o zaman Afrika'da yaşayan insanların hiç olmazdı.” demesi her bir denemenin başarılı olmasa bile onlar için önemli olduğunu ve kaderciliğin tedavideki olumsuz bir durumla başa çıkma stratejilerinden biri olduğunu göstermektedir. “(...)Ama şey lazım yaşın var diye göndermemek lazım bence çok görüyoruz hani dün televizyonda da duydum 50-60 yaşındaki kadınlara yapıyorlar” şeklindeki ifadesi ise infertil bireylerin yaşları kaç olursa olsun “umut”un var olduğuna inanmak istediklerini göstermektedir (Su ve Chen, 2006). Umutlu olmak ise infertil bireylerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarında onlara yardımcı olan önemli bir inançtır.

Olivious ve diğerlerinin (2004) çalışmasında belirtilen “tedavi ve alternatif yöntemlerle ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma” ile ilgili olarak Gonca'nın hastane ortamı ve psikolojik durumundan dolayı hemşirenin tedavi uygulaması için anlattıklarını kaçırdığı şu sözlerinden anlaşılmaktadır.

“Maddi imkânlar kısıtlı e bir de telaşla konuşuluyor anlaşılamıyorsun. Muayenehaneye giriyorsun 5-6 kişi birden giriyorsun, çekiniyorsun. Ee tamam ben demiyorum hani her şey benim etrafımda dönsün (...) Bizim hormonlarımız tavan yapıyor mesela vücudumuzdan iki tane yumurta topluyorlar bir hafta sonra o yumurtaların hepsini topluyorlar ve biz dibe vuruyoruz. Vücudumuzun bir yılda yapması gereken şeyi biz bir ayda yapıyoruz. Bu bizim için çok kötü bir durum toparlanamıyoruz sonrasında. Ee, sonuç olumsuz, maddi manevi bitiyorsun bir ilgi bekliyorsun ister istemez.” (Gonca)

Burada bir parantez açarak Gonca'nın anlatımındaki tedaviye ilişkin bir detaydan da bahsetmek önemlidir. Gonca, “Vücudumuzun bir yılda yapması gereken şeyi bir ayda yapıyoruz.” sözleriyle hem tedaviyi özetlemiş hem de tedavinin özellikle yumurta toplama aşamasının fiziksel olarak kendinde neye karşılık geldiğini anlatmıştır. Bu etki ve olumsuz sonuçla baş edebilmek ve daha iyi hissetmek için tedavi sonrasında sağlık çalışanlarından bir ilgi beklemektedir.

Dilek genel olarak gördüğü hizmetten çok memnun olduğunu belirtip ardından ilk gelişinde bir hemşire ile yaşadığı olumsuz olayı “Tersleme gibi bir şey, artık psikolojimiz de düşük herhalde artık bizim küçücük bir şeyi büyüttüm herhalde. Gerçi bir şey demedim. Kesinlikle karşılık vermem ama nasıl desem yüksek ses tonuyla mı cevap verdi artık ters miydi o üzdü biraz. Hatta neden başladım falan dedim.” sözleriyle kendisinin sonradan “küçük” olduğunu düşündüğü bir tutumu, o ilk anda “büyük” görüp, tedaviye başlamasını sorgulamasına neden olduğunu söylemesi infertil bireylerin süreçteki hassasiyetini bir kere daha göstermektedir. İlk tedavilerini olduğu zamanlara dair sağlık personelinin tıbbi hizmetler için memnun olduğunu ama psikolojik destek anlamında bir şey görmediğini söyleyen Serra'nın beklentisi şöyle olmuştur.

“Ama yani o süreçte sanki böyle yıllarca hiç çocuğun olmayacak hayaliyle yaşıyorsun, bayağı bir geriliyorsun (...) Ama o zaman ben hani tek şu kelimeyi beklerdim, hani sizin durumunuzda olanlar da hep çocuk sahibi oldular, bu problem edilecek bir şey değil deselerdi, belki ikinci aşımaya da gerek kalmayabilirdi. Daha çok psikolojik olduğuna inanıyorum.” (Serra)

İnfertilite tedavi uygulamalarıyla ilgili temel aşamalar; bireylerin tedaviyle ilgili bilgilendirildiği, kendilerinin kullanacağı ilaçların uygulaması konusunda eğitildiği ve onamlarının alındığı eğitim aşaması, yumurtaların baskılanması aşaması, yumurtalıkların

uyarılması ve yumurta gelişiminin takibi, yumurtaların toplanması, laboratuvar işlemleri ve embriyo transferidir. Katılımcılar, iğne uygulamasını çoğunlukla kendileri uyguladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların anlatımlarına göre iğnelerin nasıl yapılacağı kendilerine hemşireler tarafından uygulama öncesi detaylı olarak anlatılmaktadır. Özellikle kamu kurumlarında tedavi gören bireylerin takip etmeleri gereken işlemler fazla olduğundan ve kalabalık bir ortamda bulunmalarından dolayı yaşadıkları olumsuzluklar tedavinin uzamasına da sebep olabildiği için bireylere psikolojik olarak sıkıntı vermektedir.

“Ben davranışlardan dolayı mesela şikâyetçiyim buradaki en büyük problem o şu ana kadar. Mesela sormak istiyorum ben bilmiyorum, bir şey sormak istiyorum bana anlatmasını istiyorum. Evet, anlatıyor ama hızlı ve sırada bir sürü kişiler olduğu için anlayamıyorum. İlgili bekliyorsun bir şeyleri anlamaya çalışıyorsun, ilk denemen daha önceden tüp bebek nedir bilmiyordum ben. Ee bu süreçleri zor atlattık tabi, hala bak mesela şu anda bu üçüncü denemem ne olacağını da bilmiyorum, mesela geçen ay yanlış anlaşılardan dolayı bu aya kaldı yani bana da yazık ben zaten buraya çok zor şartlar altında geliyorum ...” (Gonca)

Bir tedavi için fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorluklarla mücadele eden infertil bireyler için tedaviye ilişkin yanlış anlaşılardan dolayı aksaklıklar ya da olumsuzluklar yaşanması stresi artıran bir durumdur. Diğer katılımcılar tarafından alınan hizmetlere ilişkin tüm yorumlar, hemşire, doktor, hastane personeli ya da işleyişe yönelik olarak yapılmıştır. Serra ise ayrıca hastanede yaşadığı iğne kullanımıyla ilgili olumsuz deneyimini ve sonraki süreçle bağlantılı olarak tedavinin en önemli ayağı olan ilaç temin edicilerle, yani eczanelerle ilgili başka hiçbir katılımcının dile getirmediği bir olumsuzluktan bahsetmiş ve bu bağlamda güven problemine vurgu yapmıştır.

“Eczanelerle ilaç kullanımlarında ne bileyim güvensizlik oluşuyor. Fiyatı farklı söyleyebiliyor, o konularda sıkıntı yaşadım. Bundan öncede buraya gelmeyeyim diye Balıkesir’de bir aşılama deneyeyim dedim o sırada da orada üniversite hastanesi yeni açıldığı için o hastanede de bir takım olumsuzluklar yaşadım. İğnenin kullanımını anlatmıyor sana hemşire. Yazıyor e ben yani eczaneden alıyorum ama nasıl kullanacağımı bilmiyorum. Doktoru arıyorum uzun süre konuşmak istemiyor, sorularıma cevap vermiyor. Bu sefer ben iğneyi fazla doz almışım yani, tedavi iptal edildi. Orada moralim bozulunca tekrar buraya (İzmir’e) gelme kararı aldım.” (Serra).

4.5.1.8. Tanı ve tedavi sürecinde psikolojik destek alma eğilimi

Psikolojik destek alma tedavi sürecinde infertil bireylerin başvurduğu yöntemlerden birisi değildir. Destek alanlar olmuştur ancak bunlar (Bahar’ın tedavisi hariç) doğrudan tedaviye yönelik değildir ve tedavi dönemine rastlamamaktadır. Bu açıdan bakıldığında psikolojik destek alma ya da almak isteme eğilimi Poehl ve diğerlerinin (1999) çalışmasındaki bulgularla uyuşmamaktadır. Bunun sebebi de infertilite tedavisi görenler açısından psikolojik destek almanın Türkiye’de yaygın olmaması ile ilişkili olarak açıklanabilir. Bu bölümde bu konuyla ilgili detaylı bilgi bireylerin anlatılarından anlaşılmaya çalışılacaktır.

Katılımcılar arasından farklı nedenlerden dolayı profesyonel psikolojik destek aldıklarını aktaranlar olmuştur. İlk eşinin çocuklarını kendinden kaçırdığını ve ailesinin de kendini yalnız bıraktığını ifade eden Yasemin, çocuklarını almak için gittiğinde çocukların onu istememesi üzerine *“Çok ağlıyordum saçlarım aşırı dökülmeye başladı yüzümde aşırı sivilceler, anlamsız korkular, takıntı (...). Acaba çocuklarıma ihanet mi ediyorum onlar yurttan ben burada rahattım gibisine bir suçluluk da oldu bende”* şikâyetleriyle psikiyatriste

gittiğini, ilaç kullandığını ve doktorunun da tavsiyesiyle altı ay önce ilacı bırakıp “Çocuk sahibi olabilir.” raporu aldığını aktarmıştır.

Daha önceki evliliğinden olan çocuklarıyla görüşmediğini belirten Gonca bundan bir-iki yıl önce yaşadıklarını atlatmak için psikiyatriste gittiğini ve buraya başlayınca ilaçları bırakmak zorunda kaldığını anlatmıştır.

Fatma ise ilk evlendikleri zaman eşiyle yaşadığı kültürel farklılıkların ve eşinin baskısının beş yıl önce panik atak tanısı almasına sebep olduğunu anlatmıştır. Psikiyatristle başladığı tedavide bir buçuk yıl ilaç kullanıp sonrasında psikolojik destekle üç yıl tedaviye devam ettiğini ve psikologla tedaviyle ilgili de görüşüklerini şu ifadelerle anlatmıştır:

“Zaten panik atak bir şeyi kaybedersen, kayıp durumunda oluyormuş galiba uzak kalırsan e ben beş yıl önce uzak kalmak zorunda kaldım annemi kaybetme korkusu oldu, üstüne bu tüp bebekler psikolojim bayağı bir bozuldu tabi bunları anlatırken de hep ağlaya ağlaya psikoloğa anlatıyordum böyle. Ondan sonra bir ilaç verdi bana zaten o da uzun süre kullandın mı bağımlılık yapıyormuş ilacı içmediğim gün acillik oluyorum ilacı içmediğim gün acillik oluyorum bırakmadım bir türlü bir yıl kullandım, sonra psikoloğa gidince artık bıraktım. Psikolog bana çok iyi geldi, iki üç seansta ilacı bıraktım.” (Fatma)

10 yaşında bir oğlu olan Dilek de eskiden takıntılarından dolayı psikolojik destek alan katılımcılar arasındadır. *“Çok önce almıştım. Benim takıntım vardı. Abdest alamama gibi, olmuyor gibi. Çok şükür ilaç tedavisiyle atlattım. Aslında doktor demeden bırakmamam gerekiyordu ama kendimi gayet iyi hissediyordum. Daha öncekinden çok çok fark vardı. Ondan kendiliğimden bıraktım”* diyerek o süreci anlatmış ve infertiliteden dolayı tedaviye ihtiyaç duymadığını söylemiştir.

İlk tedavisi olumsuz olan ve eltisinin baskısıyla intihar ettiğini anlatan Bahar, ikinci intihar denemesini ilkinden üç gün sonra yaptığını, eşinin onun hareketlerinden şüphelenip *“psikoloğa”* (psikiyatr) götürdüğünü söylemiştir. O dönemde ağır ilaçlar da kullanmıştır.

“O zamanlar bilinç kaybım olmuştu. Ben ilacı kullanıyorum kafam rahat, hiçbir şey düşünmüyorum, kafaya takmıyorum. Mesela hani bir arkadaşımı hatırlamıyorum, hatırladığım bir dönem olmuş ben o dönemleri de hatırlamıyorum. Eşim ve arkadaşlarım anlatıyor. Yaklaşık üç buçuk ay kullandım o hapları, kendimi bilmeden yattım, hani çok zordu ya.” (Bahar)

Karşılaştıkları zorluklarla kendilerinin baş edebileceğini düşünerek psikolojik destek almadıklarını, bazen destek almayı düşünseler de desteğe başvurmadıkları belirten kadınlar çoğunluktadır. Bu kadınlar aynı zamanda infertilite tedavi merkezlerinde psikolojik destek sağlayıcıların olması gerektiğini düşünmektedir. Psikolojik destek hakkında olumlu düşündüğü halde almamak ve desteğin merkezlerde olması gerektiğine inanmak konunun bir anlamda ekonomik olmasıyla açıklanabilir. Pek çok kadının tedaviden dolayı ekonomik olarak zorlandıkları ekonomik bağlamda açıklanacaktır. Ancak bu zorlukların ekstra bir masraf olarak değerlendirilmesi, kadınları profesyonel psikolojik destekten uzaklaştırmış ve kendi sorunlarına kendi çözümlerini aramak durumunda bırakmıştır (Kikendall, 1994; Morrow vd., 1995).

Daha önce panik atak için psikolojik tedavi aldığını belirten Fatma, infertilite tedavisi sırasında psikolojik destekle ilgili düşüncelerini şöyle aktarmıştır.

“Ben çok isterim. En çok isteyenlerden biri olabilir. Ben mesela tüp bebeğe başladığım andan itibaren bitiş anına kadar isterim. Eğer hamilelik olursa gene isterim. (...) Dışarıda bu konuyla

ilgili gitmedim. Zaten geliyoruz gidiyoruz buraya çok vakit harcıyoruz. Bir de ne bileyim gerek duymadım. Tabi ki maddi anlamda da dışarda olunca devlet karşılamıyor, dışarda da 15günde bir 150 lira 200 lira alıyorlar, fazlasını alıyorlar, e şimdi tabi ki etkiliyor. E şimdi ben ilacı buldum bırakmak için mecburi gitmek zorunda kaldım şimdi keyfi olacak tedavi için biraz sarsar gidemem.” (Fatma)

Altı aylıkken bebeğinin karnında ölmesi sonrası süreci çok üzüntülü geçiren ve şu an ikinci gebeliğinde olan Anne psikolojik destek almayı düşündüğünü ama sonra bununla kendisinin baş edebileceğine inandığını, zaman zaman da başardığını aktarmıştır. İnfertilite tedavisi yapılan yerlerde psikolojik desteğin olması gerektiğine inandığını şu sözlerle aktarmıştır:

“Çünkü insan oraya belirli bir psikolojiyle geliyor, yani çocuğu olan bir insan zaten buraya bu kadar sıkıntılara acılara niye çeksin ki? Çünkü insanın umutları da yıkılıyor, hayalleri de yıkılıyor, neleri var yani. Ben kaç kişi gördüm, yok ‘Kendimi trenin altına atıcam.’, ‘Kendimi öldürücüm.’ diyen de var, eğer ki tedavi tutmazsa, tamam çok şükür bizim tuttu ama insanlar kaçınıcıyı deniyorlar kaçınıcı yaşatlar?” (Anne)

Görüşme sırasında zor zamanlar atlattığını sık sık dile getiren Gonca da tedavi almak istediğini *“İsterdim mesela şu anda sizi hiç tanımadığım için sana her şeyimi rahatlıkla anlatabiliyorum mesela. Seni hiç tanımadım ama seninle konuşmak beni rahatlattı, belki dile getiremediğim şeyleri sana getirdim. Aslında stresten uzak kalın diyorlar bize normalde şu an bak ben stresli değilim. Hatta üstüne üstlük rahatladım.”* diyerek araştırma için yapılan görüşmeden dolayı rahatladığını ve hastanede psikolojik bir destek birimi olması gerektiğini belirtmiştir.

“... Valla bazen düşündüm ama ne bileyim insanın biraz kendinde bitiyor galiba hani adı üstünde destek muhakkak faydası var ama ne bileyim biraz da kendi duyguları yön veriyor insana. Ben onun faydası olmadığını söylemek istemiyorum asla. (...) Belki de çok üstüne düşünmedim hani, alsak mı almasak mı diye düşünmedim de yani aslında evet üzerinde düşünmedim.” (Aysun)

Görüşülen on kadın psikolojik destek almadığını ve almak istemediğini birbirine benzer ya da farklı sebeplere dayandırarak açıklamışlardır.

Sevim, İstanbul’da denediği bir tedavisinde psikologla görüştüğünü ama düşük geçirip iki gün hastanede yatmasına ve o dönemin çok yıpratıcı üzücü geçtiğini belirtmesine rağmen dibe vurmadığını bir şekilde çıktığını, çok ağrı çektiğini ama *“Allah benim için bir yol karalamıştır.”* sözleriyle kadere bağlayıp atlattığını ifade etmiştir. Sevim duygusal iniş çıkışlarına kaderci başa çıkmayla karşılık vermiş ve bu şekilde rahatlamaya çalışmıştır.

“Ben kendi kendimin psikoloğuyum. Hep kendimi telkin ettim. Telkin ettikçe belli bir süreç var. O süreci atlattın mı normal hayatına devam ediyorsun.” diyen Nehir Naz psikolojik desteğe ihtiyaç hissetmediğini belirtmiştir. *“Kendimi çabuk toparladım ablalarım etrafın desteği ile.”* diyen Gülbahar psikolojik desteğin faydası olmayacağını düşünenlerdendir.

“Bilmiyorum bana göre böyle çünkü insanın biraz yaşı gitti mi insan kendine şey yapabiliyor, kendisinin psikoloğu olabiliyor. Mesela ben yani hani sen bana ne kadar desen de ben kendim bildiğim gibi yapacağım, sen ne kadar desen, ha mesela benim yakınım ablalarım dese ben hemen dönerim ama şimdi sen ne kadar desen de ben kendi aklımdakini yapacağım biliyor musun öyle. Mesleğine saygısızlık olmasın ben kendimi çabuk yetiştiriyorum hemen böyle.” (Gülbahar)

Komşularından ve ailesinden aldığı desteğin yeterli olduğunu düşünen Beyaz Papatya da psikolojik destek almak istemediğini belirtmiştir. Ağır travmalar yaşamadığı için ihtiyacı

olmadığını ama merkezde olsa mutlaka ziyaret edeceğini belirtmiştir. Gülüm Su da düşükten sonra üzüntü halini bir-iki ayda atlattığını ve kendini tavuklarına adadığını, onlarla oyalandığı için psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığını belirtmiştir.

Leyla psikolojik destek almadığını ve almak da istemediğini çünkü bu konuyu konuştuğça daha kötü olduğunu ifade etmiştir. Leyla sorunlarından kaçarak duygusal odaklı bir başa çıkma benimsemiştir. Müberra ise desteğe ihtiyacı olup olmadığı konusunda kararsız kaldığını belirtmiştir. Gül de ihtiyacı olmadığını ama merkezde olsa katılacağını bu görüşmenin de ona iyi geldiğini, Miraç ihtiyaç duymadığını ve gerekirse gidebileceğini ve Şinok da eşiyle birbirlerine destek olduklarını bundan dolayı ihtiyacı olmadığını belirtmiştir.

Eşinin başka bir sebepten psikolojik destek aldığını söyleyen beşinci tedavisini deneyen Zeynep kendisi düşünmediğini ama eşi gördüğü için ona önerdiğini ve onu kırmamak için şu anki tedavi bitince gideceğini *“Özellikle şu süreçte heyecan, kaygı artmadan isterim.”* diyerek, bunun ona iyi geleceğini ifade etmiştir. Ayrıca görüşmeden de memnun kaldığını *“Sizinle görüşmek bile iyi geldi.”* sözleriyle ifade etmiştir. Psikolojik desteğin merkezlerde olmasıyla ilgili *“Hele böyle bir hastanede tüp bebek merkezinde bir psikolog çok iyi olur. Gerçekten isterdim ben şahsen. Tabi bazılarının durumu iyi bazılarının ki kötü bazen ilaçları bile alamıyorlar buradan alıyorlar bizden kalanlar veriyoruz onları, yani çok isterdim olmasını, devletin hani böyle psikolog vermesini. Güzel bir şey olurdu.”* demiştir.

Dördüncü tüp bebek tedavisini deneyen Nergis de Zeynep gibi şu anda olduğu tedaviden sonra psikolojik destek almak istemektedir.

“Her seferinde umutla başlıyorsunuz belli bir yere kadar insan kendini telkin edebiliyor. Kendi kendinize destek verebiliyorsunuz. Yani ek bir destekle bunu daha başarılı devam ettirebileceğimi düşünüyorum. Başarısız olduğumu düşünmüyorum bu konuda ama kendi açımdan daha -nasıl diyeyim size- yaşam kalitemi daha çok yükseltebilirim diye düşünüyorum.” (Nergis)

Nergis kendisi de başa çıkabildiğini düşünmektedir ancak sürdürülebilir bir destekle daha da başarılı ilerleyeceğine inanmakta ve desteğin önemine dikkat çekmiştir. Tedavinin başlarında olan Nur, aşılama tedavilerinde daha iyi hissettiğini çünkü çocuğa dair normal yollarla çocuk sahibi olamayacağını bildiği için tedaviyle birlikte umudu olduğunu, tedavi sürecinin güzel geçtiğini ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Merkezde bir psikolojik destek biriminin olması ile ilgili çok isteyeceğini ve hoşuna gideceğini belirtmiştir. Ama tıbbi anlamda daha fazla danışmanlık duyduğu ihtiyacını da belirtmiştir.

Doktorların psikolojik destek için yönlendirmeleri de olmaktadır. *“Kafasını boşaltmaya”* ihtiyaç duymak infertil bireyler için tedavi öncesi sorunlarını halletmek istemekle ilgilidir. Ancak Serpil henüz herhangi bir girişimde bulunmamıştır.

“Yok, hiç almadım. Gitmeyi düşündüm bir ara hatta dedim şu tedavi sırasında falan gideyim. Zaten ilk doktorum Umur Bey bile dedi: ‘Kızım dedi senin hiçbir şeyin yok, sen kafana mı takıyorsun ne yapıyorsun, ben anlamıyorum her şey yolunda giderken dedi sonu hüsrana oluyordu. Senin en güzeli bir psikiyatriye gidip kafanı bir tamamen boşalt ondan sonra tedavine başla.’ dedi. Dedim yok gerek duymuyorum. Şimdi en son tedavide dedim psikiyatriye tedaviye mi gitsem acaba dedim. Arkadaşlar arasında konuşuyorum kafamı bir boşaltıp ondan sonra mı transfer yaptırsam öyle bir mevzular yapıyoruz ama gitmeyi düşünmedim bilmiyorum yani.” (Serpil)

Serpil, infertilite tedavisinin başından sonuna alınacak bir psikolojik desteğin rahatlamasında daha etkili olacağını da düşünmektedir. Ayrıca eşinin de konuyu “delilikle” açıkladığını aktarmıştır.

“Ya zaten başlarken olması daha iyi olur çünkü kendini rahatlatmak açısından başlamak sonuna kadar giderdik diye düşünüyorum. Tabi, sonuna kadar gitmesi gerekiyor aslında hani insanlara diyorlar ya psikiyatriye git bir şey yap. İnsanın kafasında soru işareti bırakıyorlar. Mesela diyorum ben eşime sen bir psikiyatriye gitsene diyorum ya da arkadaşlar arasında bir konuşma oluyor, ben deli miyim hemen o izlenimi bırakıyorlar. Aslında her insanın gidip bir deşarj olması gerekiyor diye düşünüyorum bilmiyorum ama.” (Serpil)

Serra eşinin psikolojik desteğe sıcak bakmadığını ama “Ya aslında olsaydı iyi olurdu, yani şu anda ihtiyaç duymuyorum da ilk geldiğim zamanlar olsaydı iyi olurdu, güzel olurdu.” diyerek psikolojik desteğe inandığını ve gitmek istediğini belirtmiştir. Ayrıca infertilite kliniklerinde psikolojik destek verilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

“En azından bir yarım saatlik tedavi öncesi, tedavi sürecinde, sonrasında da mesela bir seans böyle yarımşar saatlik olsa çok güzel olur yani. Bir de toplum sürekli hep kadın gidiyor ya hep ben gidiyorum sanki sorun sende algısı da oluşabiliyor, olumsuz düşüncesi olan insanlar böyle düşünüyor. Gerçi ben eşim olmadığında kendimi daha özgür hissediyorum yani müdahale edecek diye böyle tek gelmek daha çok hoşuma gidiyor ama toplum açısından erkeklerin de dâhil olması iyi. O senin o dönemde yorgunluğunu anlamayabiliyor, buradaki yaşadıklarını bilmiyor hani dâhil olsa daha güzel olur.” (Serra)

Serra, bu sözleriyle toplumun tedavinin sorumluluğunu kadına yüklediğini (Topdemir Koçyiğit, 2012) ve erkeklerin de bu sürece dâhil olup kadınların yükünü alması gerektiğini ifade etmiş olmaktadır.

4.5.2. Tanı ve tedavi sürecinin eşler arası ilişki boyutu

Bu araştırmada derinlemesine görüşme sadece infertilite tedavisi gören kadınlarla yapılmıştır. Ancak infertilite ve tedavi süreci her iki eşin duygusal ve psikolojik anlamda etkileşiminin ve ortak paylaşımların yaşandığı bir süreçtir. Bu anlamda katılımcıların anlatımlarında da görüldüğü ve detaylandırılacağı üzere eşler arası ilişkiler ve tedavi sürecini tek bir tema olarak sunmak uygun görülmüştür. Beş numaralı araştırma sorusu (AS5) bu bölümü ilgilendirmektedir. Tedavinin çiftlerin cinsel yaşamına etkilerine ve kadınların eşleriyle yaşadıkları sorunlarla nasıl başa çıktıklarına dair anlatılarına da bu bölümde yer verilecektir.

İnfertilite tedavi sürecinde erkekler kendilerini eşlerine bir destekçi olarak konumlandırmaktadırlar (Burns, 1990). Bu görüşü destekleyen sonuçlar bu araştırma için de geçerlidir. Kadın üreme sağlığı karmaşıktır ve kadınlar tedavi sürecine daha fazla dâhil olmaktadır (Kraft vd., 1980). Bu çalışmada da görüldüğü üzere erkeklerin hastane ziyaretleri kadınlarınkine oranla daha seyrek olmaktadır. Tedavinin kadın bedeni üzerinden yürütülmesi bunda en önemli sebep olarak açıklanabilir.

Tedavi sürecinde eşleriyle ilişkilerinde neler yaşadıkları, duygusal anlamda neler yaşadıkları ve tedavinin cinsel hayata yansımaları hakkında kadınlarla görüşülmüş ve katılımcıların istisnasız hepsinin bu süreçte en büyük destekçilerinin eşleri olduğu, eşlerinin her zaman yanlarında olduğu yönündeki beyanı, Burns (1990) tarafından dile getirilen erkeklerin sürecin en önemli destekçisi olduğu savını doğrulamaktadır. Hatta bazı katılımcılar ailelerinden destek görseler de eşlerinin desteğinin daha önemli olduğunu

“Eşim bir yana ailem bir yana.”, “Ailem de destek oluyor ama eşimden aldığım güç başka.” gibi sözlerle vurgulayarak infertilite ile çiftlerin arasındaki uyum, birliktelik ve anlaşmanın birbirlerini karşılıklı etkileyen güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Aşağıda da detaylandırılacak infertil bireylerin anlatılarında görüldüğü gibi ilişkideki uyum infertilite ve tedavi sürecinde kadınlar için önemli bir güçlendiricidir. Aynı zamanda kadınlara göre infertilite durumu da ilişkide yakınlaşmayı ve daha iyi anlaşmayı beraberinde getirmiştir.

Gülüm Su’nun düşük yaptığını öğrendikten sonra annesinin evi hastaneye yakın, kendi evi uzak olmasına rağmen “Sizin yanınızda bu şeyi atlatabileceğim eşimin yanına gitmem lazım. Eşimin yanına gittim onunla kalınca en büyük destekçim eşim yani, ailemden yana yani onlar da destekçim ama eşimin desteği bir sözü çok şey bana...” sözleri tedavi başarısızlıklarının ardından eşler arası desteğin özellikle kadınlar için önemine dikkat çekmektedir. Eşlerinden gördükleri destek, tedavi için en önemli güçlendiricidir ve sorunlarla başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır.

İnfertilite tedavisi gören kadınların eşlerinin en büyük destekçisi olduğunu belirtmeleri ve erkeklerin tedavi süreçleri açısından geri planda kalsalar da psikolojik ve bazen fiziksel anlamda (Gonca’nın eşinin ev işlerine yardım ettiğini söylemesi gibi) eşlerine bu süreçte yardımcı olup güç vermeleri önemlidir. Eşlerinden tedavi olmak konusunda baskı görmemek ve kötü bir söz duymamak kadınları daha iyi hissettirmiştir.

“İlişkimiz güzel, o şeyden yana beklemekten. Çünkü iki kere olduğu için normal yolla bekleyelim hani normal yoldan olur diyor. O, o konuda hiç şey yapmıyor, sıkıyor hani ‘İlla çocuğumuz olsun, git gör tedavi, şunu yap, bunu yap.’ diye asla söylemedi, o baskı olmadığı için üzerimde daha rahattım. (...) O, bana bağırarsa şey yapsa ben yıpranırım. Zaten yıpranıyorum, ikinci kez kadın yıpranınca daha da şey olur, zor olur.” (Zeynep)

Sağlıklı çiftlerin infertilite sorununu empati yoluyla paylaşarak problemin kimde olduğuna aldırış etmeden infertiliteyi genel bir sorun olarak gördükleri (Kraft vd., 1980), evliliklerinde doyum sağlayan çiftlerinde de birbirlerine destek oldukları (Abbey vd., 1995) erkek kaynaklı sebepten dolayı uzun süren infertilite tedavisi sonrası gebe kalan Nehir Naz tarafından da dile getirilmiştir:

“Ya biz normal karşıladık, sende de olabilir problem bende de olabilir. Birbirimizin yüzüne vurmamaya çalıştık. Normal yolla kalma şansımın olmadığını biliyorduk zaten. Normal karşıladık, birbirimize saygı duyduk. (...) Psikolojik açıdan yardım etti bana. Destek oldu. Zaten birbirimizi çok seven bir çiftiz. Daha çok seviyoruz birbirimizi.” (Nehir Naz)

Katılımcıların büyük çoğunluğu eşlerinin çocuk konusunda baskı kurmadığı ya da onları kırıncı bir şey söylemedikleri konusunda hemfikirken erkek kaynaklı nedenlerden dolayı ikinci bebeği için tedavi gören Dilek eşine karşı bu konuda bir keresinde kırıncı davrandığını anlatmıştır.

“Şimdi sorun eşimde ya. Çok üstüne gittim hatta yakın biri ailemden sakın bir daha eşine böyle bir şey deme. Küstürürsün de morali bozulur da o bozulur bu sefer de(...) ‘Sorun bende değilmiş bak gördün mü sendeymiş.’ demiştim. Öyle yani dil atışması ama tabii o hiç seslenmiyor, sessiz kalıyordu. Onu biliyordum ama içimi dökmek istiyordum. Yani birisini azarlayacağım, kızacağım.” (Dilek)

Leyla ise hastanede geçen süreç ve eşinin tahlillerinin olumsuz çıkmasının onu olumsuz etkilemesinden kaynaklı eşine yüklendiğini ifade etmiştir.

“Anlaşabiliyoruz, çok anlayışlı evliliğimiz güzel ama bebek yüzünden tabi ki bu hastaneler yüzünden bir de tabi eşimin sperm testi kötü çıkıyor ya hani ben ister istemez kırıncı olabiliyorum bazen suratım düşünce o anlıyor hani o da diyor benim yüzümden olmuyor falan diyor (ağlama), çok zor bir durum yani.” (Leyla)

Bazı zamanlarda tedavi ile ilgili kayınvalide, görümce veya eltiden gelen olumsuz tutumlar, imalar eşler arası ilişkiye yansımaktadır. Kayınvalidesinin kendisine bir gün *“Doğru yerden mi yapıyorsun?”* demesi karşısında çok kırıldığını, rahatsız olduğunu bu lafı çok saçma bulduğunu ifade eden Gönül, kayınvalidesinin infertiliteden dolayı kendini suçladığını düşünmüş ve bu konuyla ilgili eşini suçlayan ifadeler kullanmıştır.

“...Biraz tartıştık eşimle o sinirle eşime dedim: ‘Duysaydı annen (o zamanda hayatta değil) senden olduğunu.’ (ağlama). ‘İçimde o kadar çok şey var ki çıkıp avaz avaz bağırırım geliyor senden diye.’ Bir kere dedim, o kadar tuttum tuttum dedim kalbi kırılmasın. Bir şey demedi, ‘Ben de zaten bir şey demiyorum.’ dedi” (Gönül)

Kayınvalidesinin tavrı ve eşler arasındaki özel bir durumla ilgili sarf ettiği o söz, Gönül için sadece “kırıncı” değil aynı zamanda yaralayıcı olmuştur ki eşini infertilitenin sebebi olmasından dolayı yaralamak istemiştir. Kayınvalidesi ile çözüme kavuşturmadığı sorunlarıyla duygusal bir aktarım yoluyla başa çıkmaya çalışmış ve bunun için eşinin durumunu aracı olarak kullanmış görünmektedir.

Eltisinin tavrı yüzünden ilk başarısız tedavisi sonrası intihar ettiğini söyleyen Bahar da tedavi dışında eltisi ve kayınbiraderi ile aralarında yaşanan bir tartışmada eşiyile ayrılma noktasına geldiklerini, eşinin ona destek olmadığını, güç vermediğini belirtmiştir. Bu olayla ilgili yaşadıklarını da çocuksuz oluşuna bağlamıştır. Bahar’ın sorunu kadın kaynaklıdır ve bu durum onun bu konuda psikolojik anlamda kendisine yüklenmesine sebep olmuş ve onu güçsüzleştirmiş, yaşadığı olumsuzlukları kendine ve infertilite durumuna atfederek kendisini suçlama eğilimi göstermiştir.

“Hani insan arkasında güçlü bir eş istiyor. Güçlü bir eş derken hani hep bana destek olsun beni şöyle sahiplensin, korusun, kollasın, hani tamam ben cevap verebiliyorum senin yengene veyahut abine ama neden bunu bana bırakıyorsun. Yanımda koca olarak sen cevap versene. Ama bunların hepsinin ana sebebi çocuğumun olmaması. Aslında olsa bir nebze böyle pozitif bakarsın hayata, olmadığı için negatif bakıyorum ve negatif oluyor her şey.” (Bahar)

Elif ise infertiliteden dolayı kendisini suçlayan ve evliliğin başından beri sorunlar yaşadığı kayınvalidesine “sorunun oğlundan kaynaklandığını” özellikle söylemiştir.

“Onu bana söyledi en sonunda eşimin varikosel olduğunu öğrendim ya dedim ki ‘Bazı şeyleri de oğluna sor bana sorma.’ dedim ben de. Kayınvalidemin kendi yeğenin işte çocuğu olmuyordu, işte adamda hep kusur buluyordu bak dedim Allah n’aptı oğluna verdi kusuru dedim kendine...” (Elif)

Çevreden gelen baskılar, yargılayıcı, kırıncı ve olumsuz tüm tutumlar kadınları sadece tedavi süreciyle ilgili olarak değil, görüldüğü gibi eşleriyle kurdukları ilişki açısından da olumsuz etkilemektedir. İnfertilitenin çiftleri ilgilendiren bir konu olduğu düşünüldüğünde kadınların çevreden gelen baskıyı eşlerine yönelttiğinde ilişki zarar görmekte ve yıpranmaktadır. Sorunlarla başa çıkmada yardımcı konumdaki ilişki desteği, şu durumda başa çıkılacak bir soruna dönüşmektedir. Yani sağlıklı bir şekilde başa çıkılamayan sorunlar farklı bir alana aktarıldığında olumsuzluklar dönüp yine kadının kendini bulmaktadır.

Süreç olarak güçlendirme, infertil bireylerin karşılaştığı sorunları nasıl algıladığı ve bu algının başa çıkmada güçlenme ya da güçsüzleşmeye nasıl hizmet ettiğinin belirlenmesidir. İnfertilite deneyimi eşler arasında gerilim ve anlaşmazlıklar doğurması beklenen bir süreçtir (Kraft vd., 1980; Ferber, 1995). Ancak kadınların paylaşımlarından infertilitenin sadece gerilim ve anlaşmazlıklara yol açmadığı, aynı zamanda birliktelik, yakınlaşma ve anlayışın gelişmesine de yardımcı olduğu görülmektedir. Yani infertilite, eşleri birbirine yakınlaştırmış ve eşler arası ilişkiyi kuvvetlendirmiştir. Katılımcıların üçte biri eşlerinin tedavi sürecinde eskiye oranla kendileriyle daha çok ilgilendiğini, dolayısıyla tedavinin bu anlamda ilişkilerini daha olumlu etkilediğini de vurgulamıştır. Bu durum kadınların mutlu hissetmesini ve kendilerine önem verildiğini düşünmelerini yani güçlenmelerini sağlamıştır.

“Bana daha kibar ve daha hassas davranmaya başladı, bu hoşuma gitti. Çünkü o da canımın içnelerden yandığını görüyor ikimiz için bir şeyler yaptığını görüyor ve o da mutlu oluyor yani sonuçta o ikimizin bir ortak parçası olacak olursa eğer.” (Nur)

Güçlendirmenin hem süreç hem de sonuç oluşu (Carr, 2003) bireylerin anlatılarında tedavi sürecinin eşleri birbirine daha çok yakınlaştırdığı, ilişkiyi ve anlayışı olumlu yönde etkilediği ve bu acının onları kuvvetlendirdiği paylaşımlarda görülmektedir.

Sevim, tedaviden sonra eşiyile birbirlerini alttan almaya başlamalarını tedaviye olumlu bir yansıma olarak değerlendirmiştir.

“Herhalde tedavi süreci daha bir olumlu yansımıştır, negatif oluncaya kadar daha bir insan alttan alıyor çünkü benim moralim çabuk da bozulabilir, eşim ona dikkat etmiş olabilir.” (Sevim)

Yaşadıkları acılar Anne ve eşi arasındaki ilişkiyi daha da kuvvetlendirmiştir. Aşağıda yer verilen anlatı psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilemesi açısından da önemli bir paylaşımdır.

“Şimdi birbirimizi bakışımızdan bile anlayabiliyoruz, her şeyi. Şimdi tabi o kadar bizi acılar birbirine yaklaştırır ya insanları kuvvetlendirir, bizim kuvvetlendiğimize inanıyorum.” (Anne)

İkinci bebeği için tedavi sürecinde olan Serra da eşiyile arasındaki anlayışın iyileştiğine vurgu yapmıştır.

“Daha olumlu etkisi oldu yani çok olumsuz diyemem. Birbirimizi daha iyi anladık, tedavinin de bizim ilişkimizin de tedaviye tabi olumlu anlamda etkisi oldu.” (Serra)

İnfertilite ilişki içindeki iki insanın bu durumla farklı derecelerde karşı karşıya kalmasıdır (Kemeter vd., 1985). Kadın ve erkeklerin duygularını yaşayış ve ifade ediş şekli açısından farklılaşması infertilite sürecinde de ortaya çıkmaktadır. Kadınların gözünden eşlerinin infertilite konusuna “daha kaderci” yaklaştıklarını, başarısız tedavilerin sonucunda “daha rahat” oldukları, “oluruna bırakmak gerektiğini” düşündükleri, duygularını göstermekte “daha ketum” oldukları görülmektedir.

Ayşe, kendisini eşinden telaşlı ve evhamlı bulurken eşinin daha temkinli olduğunu söylemiştir. Bu durumun ilişkide denge sağlayıcı bir unsur olduğu düşünülebilir.

“Eşim de ‘Çok kafana takma hani neden bu kadar çok kafana takıyorsun neden böyle yapıyorsun, biraz zamana bırak.’ Der (...) Ben biraz daha evhamlıyım, biraz daha her şey olsun bitsin biraz daha telaşlıyım, her konuda öyle. O konuda eşim bana biraz şeydi temkinliydi (...)” (Ayşe)

Eşini kendinden “daha oto-kontrollü” olduğunu düşünen Aysun’un bu konudaki yorumu olumludur.

“O benden de heyecanlı, o daha çok kontrol edebiliyor ama heyecanını, mesela kendisiyle bu konuda aynıyız tıpa tıp. Sadece o daha oto-kontrolü sağlam biri en azından benim gibi böyle duygu patlamaları yaşamıyor ama en az benim kadar istekli.” (Aysun)

Eşi tedavi sonuçlarına temkinli olan bir diğer katılımcı Müberra’dır. Doktorun yanında yaşadıkları diyaloga doktorun “Hamile öyle yapma.” dediğini ama sonrasında o bebeği de kaybettiklerini belirtmiştir. Müberra, eşinin “onu bastırması”nın nedeninin daha önce de dış gebelik yaşadığından kendisinin üzülmelerini istemediğinden kaynaklandığından da bahsetmiştir. Müberra’nın eşi umutlu olmanın yanında yaşanan önceki kayıptan dolayı tedaviye daha temkinli yaklaşmıştır.

“Yaptık tüp bebeği ve o da oldu, olumlu oldu ama mesela eşim hiç sevinmedi. Bana ‘Müberra, telaş yapma, umutlu olmayalım bekleyelim. Hemen bunun sevincini yaşama.’ dedi. Hep beni bastırdı, mesela o an. Hiç şey yapma(...). Bunu böyle, hayal kırıklığına uğrayabiliriz sonradan. Her şey hani bitsin gitsin ondan sonra(...). Hatta doktor şey dedi, ‘Hamile dedi öyle yapma.’ falan dedi.” (Müberra)

Eşleri kaderci bir yaklaşımda bulunanlar kendileriyle eşlerinin tepkilerini karşılaştıran paylaşımlarda bulunmuşlardır.

“O, ‘Olursa oldu sen niye şey yapıyorsun ki Allah bilir, verirse verdi, niye bu kadar üstüne düşünüyorsun.’ diyor. Ama insan ister istemez etkileniyor yani bir umudun var ya bekliyorsun ha diyorsun oldu diyorsun o yüzden yani hani şey maratona devam.” (Serpil)

“Hep ben isyankârdım o olumluydu, şeyimiz olmadı yani hep normal hayatımız devam etti.” (Gülüm Su)

“Eşim benden daha çok kaderci aslında bunu o da çok gerek görmüyordu, çocuğun da büyük bir sorumluluk olduğunu düşünüyordu. Ama benim de hani gün geçtikçe bu konuya ilgi alaka duymam onu da biraz etkiledi. Ben kadar olmasa da öyle diyeyim.” (Gül)

“Eşim diyor ki üzülmeye belki senin için böylesi daha hayırlıdır, Rabbim verirse verir, vermezse de bu da bizim imtihanımız diyor.” (Gonca)

Anne, bebeğini kaybettikten sonra yaşadığı durgunluklardan eşinin hoşlanmadığını ve her şeye pozitif bakması için onu telkin ettiğini belirtmiştir. Görüldüğü kadarıyla ona kaderci bir yaklaşımla destek olmuştur.

“Eşim her zaman şu gözle bakar, Rabbim hayırlısını verirse zaten verir, biz ne yapsak da verecek, hani o fazla takmamaya hani, dünyanın sonu değil yani her zaman için öyle der (...) bu durgunluklar çıktığı için onun pek hoşuna bu durum gitmiyor. Biraz daha her şeye pozitif yaklaşman lazım diyor.” (Anne)

Erkeklerin infertilite karşısında kaderci başa çıkma stratejisini tercih ettikleri görülmektedir. Daha önce normal yollarla gebe kalmış ama gebeliği doğumla sonuçlanamamış Zeynep’in eşinin tedaviden değil, beklemekten yana olması ve kaderci yaklaşımı, eşine çocuk konusunda baskı yapmamasında da görülebilir.

Katılımcıların paylaşımlarından, eşlerinin onlara, mutlaka çocuklarının olması gerektiği gibi bir baskı uygulamadığı; erkeklerin çocuksuz bir yaşam konusunda daha olumlu düşündükleri ve erkeklerin, önemli olanın ilişkileri ve eşleri olduğu, vurgusu yapmalarının kadınları güçlendirdiği sonucu çıkmaktadır.

Öyle ki Ayşe eğer eşi “Her şey budur(çocuktur).” deyip ona tedavi konusunda baskı uygulaysaydı psikolojik olarak çok kötü olacağını ifade etmiştir.

“Eşim bana, ‘Ben seni çocuğun olsun diye almadım, benim için huzur önemli ve ben sende huzuru buldum.’ diyor. Bana olan sevgisini söylüyor. Her şey budur (çocuk, tedavi) demiyor, hiçbir şekilde baskı uygulamadı. Eğer belki baskı uygulasaydı benim psikolojik daha farklı olabilirdi. Tabi eşimden destek olmasaydı, olabilirdi.” (Ayşe)

Müberra, eşinin önce onun iyiliğini düşünmesinden ve çocuk konusunda ısrar etmemesinden eşinin çocuk isteme durumunu sorgulamış ama eşinin kendini düşündüğünü anlamıştır. Eşinin hislerini kendisiyle paylaşmamasından dolayı kendini çok yalnız hisseden Müberra, daha sonra eşinin onun üzerinde baskı oluşturmamak için duygularını sakladığını anladığında ona da hak vermiştir.

“Eşim ‘Ben çocuk istiyorum. İllaki olsun, hayır, ‘Önce sen iyi ol, sen mutlu ol, sen huzurlu ol.’ der. İstemiyor musun falan diye soruyorum, bana şey diyor: ‘Yok, hayır istiyorum ama çok yıprandığın için bir taraftan istemiyorum, tekrar aynı hüsrancıları yaşamamak adına.’ hep öyle diyor. O yüzden aslına bakarsanız hep bunu tek başıma yaşıyor gibi bir şeyim bir yerde. Tabii çok ağlıyorum hani tek başıma kaldığım. (...) İşte ben sadece eşimin bana duygularını tam açıklayamaması anlatamaması beni rahatsız eden şey. (...) Ama ben daha çok üzülürüm, baskıcı bir şekilde bana ‘Ben çocuk istiyorum bir şekilde yapalım falan. Olsun bir kere olmadı bir daha olsun bir daha olmadı bir daha olsun.’ dese.” (Müberra)

Müberra’nın eşinin problem odaklı bir yaklaşımla “çocuksuz bir hayat”ın var olduğunu karısına hatırlatarak “Herkesin çocuğu olacak diye bir kural yok dünyada. Belki biz hep iki kişi yaşayacağız. Böyle olacak, belki olursa daha kötü (sağlık açısından) şeyler olabilir hani onlarla uğraşmayalım.” ifadesi ve yukarıdaki anlatı, ikisi arasındaki ilişkinin kadın üzerinde güçlendirici etkisini görmek adına önemlidir. Müberra’nın eşinin sorunlarıyla başa çıkarken infertiliteyi kabullenici bir tavırla problem odaklı bir yaklaşımı benimsemesi süreç içinde güçlenmeyi de aktif hale getirmiştir. Bu düşüncelerle tedavideki olumsuzluklar karşısında güçlenip eşini de rahatlatmaya çalışmaktadır. Eş ilişkisindeki bu aktarım Müberra adına dolaylı bir güçlenme sürecinin yaşandığının göstergesidir.

Bir erkeğin evlilik hayatını çocuk sahibi olmaya indirgemeyip eşiyle mutluluklarını ön planda tutmasının bir başka örneği Fatma’nın eşidir. Eşi Fatma’yı bu konuda rahatlatacak açıklamalar yapmıştır.

“Tedaviyle ilgili bir şey olmaz. Olursa da olmazsa da olur. Biz çocuk için mi evlendik? Ben seni seviyorum. Olmazsa olmasın, sen de takma kafaya Allah bir şeyi nasip ederse eder, sen bunu daha iyi biliyorsun. Hep böyle şeyler bana söylüyor. O biraz daha rahat, tabi içinde fırtına kopuyordur o ayrı bir şey, beni çok rahatlatıyor.” (Fatma)

Henüz ikinci denemesini gerçekleştiren Nur ise ilerde tedavi başarısızlıkları devam ettiğinde hayatlarının değişebileceği hakkında eşiyle yaptıkları bir diyalog sırasında eşine çocuksuzluğun evliliğe engel olup olmadığını sorup, yeterli cevap alamamasından duyduğu üzüntüyü dile getirmiştir.

“Eşime şöyle bir soru sordum: İşte çocuğumuzun olmayışı evliliğime bir engel mi? ‘Hayır.’ dedi ama sadece ‘Hayır.’ dedi. Ben o, hayır dediğinde biraz açıklama yapmasını beklerdim: ‘Hayır işte senin varlığın yeter, çocuk olmasa da biz çok mutluyuz.’ gibi bir açıklama yapmasını beklerdim. O sadece ‘Hayır.’ dedi. Mesela orada birazcık üzıldüm sadece ‘Hayır.’ dedi. Ha evliliğimiz bitecek mi onu Allah bilir ama çocuk da evliliğin bitmesi için etken değil tabi ki.” (Nur)

Sonuçlardan görülen o ki eşler arası ilişkide kadınlar eşlerinden infertilite ile ilgili konularda duygularını daha açık ifade etmelerini beklemektedirler. Eşlerinin duyguları

konusundaki belirsizlik ve anlaşılmaazlık onları duygusal ve psikolojik anlamda olumsuz etkilemektedir.

Görüşülen kadınların büyük bölümü eşleriyle ilişkilerinin iyi olduğuna, onlardan destek gördüklerine, eşleriyle uyumlu, mutlu olduklarına dair paylaşımlarını aktarsalar da kavgalar yaşadıklarını, ilişkileriyle ilgili kaygılarının olduğunu ifade edenler de olmuştur.

Boncuk çocuk sahibi olmakla ilgili kavga ettiklerini düşündüğünü, eşinin agresif bir insan oluşuyla birlikte küçük şeylerden de tartıştıklarını ifade etmiştir.

“Yani hep şey düşündüm, çocuk olmadığı için birbirimize giriyoruz. İşte kavgalar(...). En ufak bir şeyden tartışmalar(...) Çocuk olsa böyle olmazdı falan filan diye. Duygusal anlamda inişlerimiz çıkışlarımız oldu. Hala daha oluyor arada tartışma çünkü eşim çok sinirli bir insan. Agresif. Onun suyuna gittiğinde çok iyisin ama tersine geldin mi çok ters bir insan. Bu şekilde inişlerimiz çıkışlarımız oldu.” (Boncuk)

Eşleriyle yaşadığı sorunlarla başa çıkmada eşlerinin anlayışlı olduğunu, birlikte konuşarak, sakin kalarak, birbirlerini dinleyerek aştıklarını söyleyen üç katılımcı bulunmaktadır. Aysun örneğın eşinin özelliklerini *“Genelde sorunlara çözüm odaklı yaklaşır. Hani kendisinin de desteğı var bu süreçte problemlı biri değil aslında. Diyaloğa açık biridir, Hani ben dedim oldu ya getirmiyor.”* sözleriyle anlatmıştır. Boncuk ise eşiyile tartışmalarında alttan aldığını, eşinin sinirli bir insan olduğu için sakinleşmesini bekleyip konuşmanın daha uygun olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“Ya aslında hep alttan alarak. Yani ben yükseliyorum o yükseliyor. Zaten karşısındaki kadın konuşunca daha fazla sinirlenen bir insan. Ben daha çok susarak, alttan alarak(...). Benim de çıkışlarım, çok birbirimize girdiğimiz dönemler de oldu ama daha çok suyuna gitmeye çalışıyorum. Sorun yaşamamak için(...). Yoruyor. Ben de çok sinirli bir insanım normalde. Ben sinirli o sinirli olunca zaten olmayacak yani. Evlilik yürümeyecek. O yüzden idare etmeye çalışıyorum.” (Boncuk)

Çocuk sahibi olamamanın eşiyile arasındaki sevgiyeye zarar vermesinden endişelenen Gönül, evlenme sürecinde flört aşaması yaşamadıkları için eşinin sevgisinden bazen emin olamamaktadır. Bu durum Gönül’ün eşiyile ilişkisinin sağlam olmasında duygusal paylaşımların önemli olduğunu ve ilişkilerinin güven içinde sürmesi için çocuk sahibi olmanın payını da ona düşündürmüştür.

“Güven duygusu var evet ama bazen bir şey olacak diye korkuyorum. Eşim açısından mesela, sevgisi biter falan diye, yani çok anlayışlı bir de biz arkadaş olup evlenmedik, eşim beni gidip gelirken görmüş ama tabi yine soruldu direk gördük konuştuk ondan sonra evet denilince isteme gerçekleşti ama yine bir sevgililik dönemi geçmedi ya, içimde şey oluyor hani gerçekten seviyor mu sevmiyor mu?” (Gönül)

Kadınlar için tıbbi tedavinin en önemli motivasyonu eşlerine verecekleri bir çocuğa duydukları istektir, bunun nedeni eşleriyle aralarındaki bağıın kadınların hayatında merkezde ve hayati olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Ferber, 1995: 438). Bu istek, kadın kaynaklı sebeplerle tedavi olan kadınlarda eşlerinden bir olumsuz tavır görmemelerine rağmen sorunu yüklenici bir tavır sergilemelerine sebep olmaktadır. Örneğın, Nur eşinin çocukları çok sevdiğini, kuzeninin çocuğunu her akşam görüntülü arayıp konuştuğunu ve bu duygudan (babalık) onu mahrum ettiğı için kendini suçlamaktadır. Müberra da *“Eşinin baba olmasını istiyorsun. Kendimden çok eşim, onu yaşamasını onun(...)”. Çünkü o bana hiçbir şey belli etmediğı için ben onun ne yaşadığını bilmiyorum aslında. Öyle bir sıkıntı var.”* sözleriyle tedavideki motivasyonunu açıkça ifade etmiştir.

Bahar da eşinin baba olması için boşanmayı ona teklif etmiş ancak eşi bunu reddetmiştir. Bu Bahar'ı olumlu etkilemiş ve tedavi sürecinde yaşadığı tüm olumsuzluklara karşı onun için güçlendirici bir deneyim olmuştur.

“Eşimin bana hep söylediği, ben mesela hani çok söyledim, boşanalım dedim. Neden dedi, Baba olmak senin de hakkın hani çocuğumuz olmuyor ve ben bunu senin elinden almak istemiyorum, benimle beraber senin de çürümeni istemiyorum dedim. Saçmalama dedi. Biz bu yola beraber çıktık, beraber başladık, olmuyorsa da olmuyor diye ben seni bırakacak değilim’ dedi. Mesela bu çok hoşuma gitmişti.” (Bahar)

İnfertilite ve tedavi sürecinde eşler arasındaki ilişkinin güçlenme sürecine duygusal ve psikolojik yansımalarından sonra infertilite için önemli olan bir başka konu çiftler arasındaki cinsel ilişkinin tedaviden nasıl etkilendiğidir. Evlilikteki çatışmaların kökeni kadınlara göre cinsel ilişkide bozulma, iletişim problemleri, tedavi ve evlatlık edinmeyle ilgili anlaşmazlıklar, eşlerinin empati kuramaması, son olarak da çiftlerden birinin sürece önemli yatırım yapmasıyla ilişkilendirilmiştir (Burns, 1990: 183).

Katılımcıların yarısı infertilitenin cinsel hayatlarını etkilemediğini “*Etkisi olmadı.*” şeklinde kısaca cevaplamışlardır. Eşler arası mahremiyet içeren bir konu olduğundan bireyleri rahatsız etmemek için konuyu açacak detay sorular sorulmamıştır. Cinsel hayatlarının tedaviden etkilendiğini belirtenler ise en sık “*cinsel ilişkiye bir görev gözüyle bakılmasından*” şikâyetçi olmuşlardır (Kainz, 2001). Sürekli bir derste gibi hissetmek Nergis'i kötü hissettirmiştir.

“(...) Sizin için birliktelik güzel bir şey olmaktan öte bir görev haline geliyor. Sürekli beyninizde çocuk olduğu için. Mutlaka tabii kötü hissettiriyor. Şöyle anlatayım. Sanki bir derstesiniz ve sınava gireceksiniz (...).” (Nergis)

Leyla'nın itirazı ise yumurtlama döneminde istese de istemese de gebelik ihtimalini artırmak için cinsel ilişkinin yapılması gerekliliği ile alakalıdır.

“Şimdi de hani yumurtalama döneminde sadece daha sıklıkla yapıyorsun hani ilişkiye girmek zorundasın hani söylüyor zaten doktorlar bu defa o insanı şey yapıyor yani. Hani istesen de istemesen de yapacaksın. Bir görev gibi yani, aslında isteyince de tabi insan daha çok rahatlıyor bilmiyorum şimdi böyle geçiyor yani.” (Leyla)

Cinsel ilişkinin bireyler tarafından “görev” olarak değerlendirilmesiyle bağlantılı olarak Gülbahar yumurtlama döneminde tavsiye edilen sık cinsel ilişkinin eşinin üstünde stres yarattığını dile getirmiştir: “*(...) İki haftaya gelince eşim endişeleniyor, hiç boşalamıyordu, öyle olunca da çocuk olmaz. O iki hafta geçince o şey üstünden gidince normal haline dönüyor. O stres oluyor hani boşalacak mıyım boşalmayacak mıyım öyle bir stresle o korkuyla olamıyordu. Ona yaptı ama bana yapmadı.*”

Ayrıca cinsel birlikteliğin korunmasız olmaması gerektiği zamanları beş kadın “yasak” olarak yorumlamıştır. Bu da tedavinin zarar görmesinden çekinmeleriyle ilgili kendilerini yasak olarak koşulladıklarını göstermektedir.

“Görev” olmasından şikâyetçi olmanın dışında ikinci olarak kadınlar cinsel ilişkiye dair isteksizlik yaşadıklarını ya da kendilerini geri çekmek istediklerini belirtmişlerdir. Örneğin Ayşe tedavi sürecinde, “*Bebek var mı?, varsa iyice tutunsun, bebek varsa ona bir şey olur mu?*” endişesiyle kendini geri çektiğini söylemiştir. Çünkü çeşitli zorluklarla gerçekleşen tedavinin kendince böyle bir nedenle zarar görmesinin bireyde suçluluk duygusunu

yaratacağı hissi kendini geri çekmesine sebep olarak görülebilir. Anne'nin ise “Bu kadar acı çektiikten sonra soğudum, pek istemedim, aklıma bile gelmedi.” sözüyle tedavi sürecinde yaşadığı acıların cinsel hayatında soğumaya sebep olduğu anlaşılmaktadır.

İsteksizlik konusundaki en ilginç deneyim Bahar tarafından yapılmıştır. Tedavi süreçlerini psikolojik ve duygusal anlamda yoğun ve şiddetli deneyimlerle geçiren Bahar'ın cinsel yaşantıya dair yorumu da benzer yoğunluktadır. Bahar, tedavide belirli zamanlarda gebelik ihtimalini artırmak için önerilen cinsel ilişkinin “zorunlu olarak cinsel ilişki olduğu zaman kendini tecavüze uğruyor gibi” hissetmesine sebep olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tedavinin yapılma saatine kadar belirten bir doktorla karşılaştığını ve buna çok şaşırdığını da aktarmıştır.

“İsteksizlik oluyor, oluyor yani bu neden kaynaklandı.(...) Şu günden şu güne kadar ilişkiye gir diyor mesela. ee şimdi hani sekste nasıl desem, şey bir şey yani bir heyecan bir şey olması lazım ki hani tetiklesin. Ee şimdi doktor yap dedi diye olmuyor, mesela benim doktorun isteğiyle çok zorunlu yaptığım oldu mesela, artık hani tiksime aşamasına geldim. (...) Kendimi tecavüze uğruyormuş gibi hissettim. Her defasında öyle oldu. Ondan sonra mesela ben eşimle üç dört ay ilişkiye girmediğimi biliyorum. O kadar çok zorunlu yaptık ki mesela eşim de bana söylüyordu, bu ne ya, zorunlu ilişki mi olur diyordu. Mesela ben doktorun bana söylediğini hatırlıyorum. Özel hastaneydi, sabah dörtte ilişkiye gir dedi bana sabaha karşı. Dörtte ne alaka ya, hani vardır bir şeyi de bir alakası belki vardır ama ilk kez duydum, sabah dörtte ilişkiye gir dedi bana. İğneyi yaptım hesaplardım, 36 saat sonra herhalde hesapladı sabaha karşı dörtte ilişkiye gir dedi. Çok şaşırmıştım mesela sabahın dördünde kalkıp uykunun en tatlı yerinde ilişkiye girmek. Bizim ilişkimiz gerçekten hani cinsel olarak çok sendeledi. Bu tedavilerden sonra bir isteksizlik var. Ben mesela eşime dedim ki hani bir doktora git. Doktora gitsem ne olacak dedi, hani her gün her gün zorunlu ilişkiye giriyorsunuz dedi, bundan kaynaklanıyor dedi, eşimde de bir isteksizlik başlamıştı bende de. Ben de mesela o günlerden sonra o günlerden kalan bir isteksizlik var yani.” (Bahar)

Son olarak cinsel hayatın etkilendiği bir başka durum tedavi aşamalarıdır. Zeynep eşinin iğne kullandığı dönemde kendisinin zarar görmemesi için başka bir odada uyuduğunu, cinsel hayatlarının sadece bundan etkilendiğini söylemiştir.

Nur ise diğer katılımcılardan farklı olarak tedavinin cinsel hayatlarına etkisinin olumlu olduğunu, eğer tedavi için gereklyse bunu yapmalarını gerektiğine inandığını aktarmıştır. Onun diğer katılımcıların görev olarak gördüğü sürece tedavi için olumlu anlam yüklemesi bu konuda onu güçlendiren bir unsurdur. “Tedavi sürecinde zaten cinsel bir yaşantımız olmadı, tedaviden sonra da mesela olumsuz sonuçlandı daha ağırlıkta cinsel hayatımız oldu. (...) ama şu var, evliliğe ne kadar cinsellik yüklediğine de bağlı. Hani bu benim tedavim için gerekiyorsa bunu yapmayabiliriz. O herhangi bir sıkıntı yaşatmadı bana diyebilirim.”

Cinsel ilişki infertil çiftler için önemli bir konudur. Tedavi sürecinin cinsel hayatı zaman zaman değiştirdiği ya da hiç etkilemediği bireylerin anlatılarında görülmektedir. Bu değişim bireyleri rahatsız hissettirse de Bahar dışında bu rahatsızlığın güçsüzleşmeye sebep olduğunu söylemek zordur. Görev gibi görseler de bireyler çocuk sahibi olmak için bu duruma uyum sağlamış gibi görünmektedirler. Bu durumdan çok rahatsızlık duyan Bahar ise rahatsızlığın boyutunu açıkça ifade etmiştir. Bu çalışmanın temel odağı tedavinin cinsel ilişkiye etkisi olmadığı için bireyleri rahatsız edecek detay sorulardan özellikle kaçınılmış ve anlatmak istedikleri kadarını paylaşımları yeterli olmuştur. Bu bağlamda tedavinin cinsel hayata yansımaları belirli bir çerçevede öğrenilmeye çalışılmıştır.

4.5.3. Tanı ve tedavi sürecinin sosyal ilişki boyutu

İnfertilite tedavisi deneyiminin, infertil bireyler için aile ve sosyal çevre bağlamında da değerlendirilmesi gerekmektedir (AS6). Çünkü çiftler infertilite ve tedavi deneyimini yakın aile çevreleri ve sosyal çevreleriyle paylaşmak konusunda farklı tutumlar sergilemektedir. Bunların nedenlerini görüşme sırasında kadınlar araştırmacıyla paylaşmış ve bu paylaşımlar tedavi deneyiminin yakın sosyal çevre ile kurulan ilişkilere yansımalarını ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla bu temanın içinde; tedavi sürecinden kimlerin haberdar olduğu, bireylerin kimlerden destek gördüğü, tanı ve tedavi sürecinde hangi olumlu/olumsuz tepkilerle karşılaştıkları, sosyal hayatları ve rutinlerinin tedavi yaşamından nasıl etkilendiği, bu sorunlarla nasıl başa çıktıkları sorularına verilen cevaplar ve bu konuların bireylerin güçlenme sürecine etkileri yer alacaktır.

4.5.3.1. Aile ve sosyal çevre ile ilişkiler

Literatürdeki bir çalışmada kadınların infertilite tanısı aldıklarını çok yakınları ile paylaştıkları ancak eşlerinin ailelerinden sakladıkları belirtilmiştir. Bu duruma, mahremiyetlerini başkalarıyla paylaşmak istememe (Finamore vd., 2007), ayıplanmaktan korkma ve çocuk sahibi olma konusunda çevrelerinden dışlanmama ya da baskı görmek istememe gibi gerekçeler göstermişlerdir (Sundby, 1999; Topdemir Koçyiğit, 2012). Ayrıca infertiliteyi açıklama ya da açıklamama çiftlerin stres seviyeleriyle ilişkili olmaktan çok kendi değerleri ve kararlarıyla ilişkilendirilmiştir (Finamore vd., 2007: 817-820).

Bu araştırmada katılımcıların yarısı aile ve/veya çok yakın arkadaşlarının süreçten haberdar olduğunu belirtmiştir. İnfertilite tedavisinin doğal, utanılacak bir durum olmadığını savunan birkaç kadın tedavi sürecini çevresindeki insanlarla paylaşmaktan kaçınmadığını da eklemiştir. Kadınların tedavinin başında oldukları düşünüldüğünde bu durumu tedavi sürecinin bireyler üzerindeki etkisinin yoğunlaşmamasına bağlamak mümkündür. İkinci aşılama tedavisini yaptırmakta olan Nur, tedavi sürecini kimseden saklamadığını, kendi ve eşinin ailesi, arkadaşlarının bildiğini çünkü bunun utanacak bir durum olmadığını düşündüğünü, ama eşinin iş arkadaşlarının bilmediğini belirtip eklemiştir.

“Erkekler bu konuda biraz daha gizli tutarlar ama bayanlar çok da çekinmezler. Bu çekindiğim bir konu değil, sonuçta buraya ben arkadaşlarımın tavsiyesiyle bu tedaviyi gördüm. Okulda iki tane öğretmen bunların ikisi de erkek öğretmenler, onların eşleri bu tedaviyi görmüşler, tedavi süreçlerini anlattılar ve ben onların vasıtasıyla da bu tedaviyi görmeye karar verdim. Aslında bu tedaviyi almamı hızlandıran arkadaşlarım oldu. Onlardan destek alıyorum, bilmediğim şeyleri sorabiliyorum çünkü bunda çekinecek utanacak herhangi bir durum olduğunu hissetmiyorum.” (Nur)

Diğer yandan araştırmaya katılan bireylerden tedavi sürecini kimseyle paylaşmayanlar bunun nedenlerini mahremiyetlerini başkalarıyla paylaşmak istememe, ayıplanmaktan korkma ve çocuk sahibi olma konusunda çevrelerinden baskı görmek istememe (daha çok tedaviyle ilgili soruların sorulması), çevresindekilerin üzülmelerini istememe gibi gerekçelerle açıklamışlardır. Beşinci tedavisinden sonra gebe kalan Anne, eşinin ve kendisinin ailelerine ve yakın arkadaşlarına söylediğini, onların dışında kalanlara derdini anlatmak istemediğini ifade etmiştir.

Ayrıca özellikle tedavi geçmişleri uzun olan kadınların en başlarda infertilite ve tedavi durumunu yakınlarıyla paylaştıkları, ancak başarısız denemelerden sonra yeni tedavileri

söylememe kararı aldıkları görülmüştür. Kadınlar bunu genel olarak iki sebebe dayandırmaktadır: Birincisi onlara tedaviyle ilgili sürekli soru sorulmasından rahatsızlık duymaya başlamaları ve insanlara sürekli açıklama yapmak istememeleri, ikincisi yakınlarının başarısız tedavi sonuçlarından duygusal olarak etkilenmesinden dolayı onlar adına üzülmek istememeleridir.

“Vardı ama son biri ya da ikiyi söylememeye başladık. Çünkü onlar da hayal kırıklığına uğruyorlardı. Biz normal karşılıyorduk ama onlar duygusal boyutlarda yaşıyorlardı bunu o yüzden onlara söylemedik. Hamile kaldığımda söyledik sadece.” (Nehir Naz)

Nehir Naz, ailesinin üzülmemesi için söylemediğini belirtirken Zeynep’in ailesinde tedavi sürecinden sadece kendini yönlendiren ve cesaretlendiren kardeşi haberdardır. Tedaviye ilişkin sorular duymamak ve bu sorulardan psikolojisinin bozulmaması için söylemeyi tercih etmemiştir. Sorunlarını kendi içinde yaşayarak kendini dış baskılardan korumayı amaçlamıştır.

“Hiç söylemeyi düşünmüyorum, hani şöyle psikolojimi kimsenin bozmasına izin vermek istemiyorum. Sadece kardeşim biliyor o da hani iyi yönde etkilediği için, ona bile aslında söylemek istemiyorum. Olursa da olmazsa da hayırlısı deyip geçiyorum kendim ama o öbürü diyor ki mesela bilen insan, 'Neden olmadı, şunu niye denemedin, bunu neden yapmadın?', çok kişinin bilmesi benim çok kafamı karıştırmak demektir. (...) O yüzden kimseye söylemeyi düşünmüyorum. Daha öncekileri de kimseye söylemedim, içimde yaşıyorum yani bir şeyleri, artı hani yaralısın ya insan senin yarana bastığı zaman canın acıyor, onlar bilemedikleri için. Onlar da normal aslında kendilerine göre ama ben çok hassas durumda olduğum için onlar benim canımı acıtır diye ben kendimi koruma altına aldım.” (Zeynep)

Müberra, ailesine ve ailesinin de ona çok düşkün olduğunu ve onlar açısından çok şanslı olduğunu, onlardan hep destek gördüğünü ifade etmiştir. Transferden sonra yalnız kalmak istediğini ancak fiziksel olarak desteğe ihtiyaç duyduğu için ailesinin yanında olduğunu belirtmiştir. Ancak Müberra tedavi sürecinden fiziksel ve psikolojik anlamda yorulmuş, sevdikleri ile ilgili endişelenecek gücü kendinde bulamadığından sonraki tedaviyi söylememe kararı almıştır.

“...Çünkü artık başkalarını telkin etmek benim için üzülmemeleri gerektiğini söylemekten yoruldum. Çünkü kendim zaten üzüliyorum. Kendimle savaş içindeyim. Ama bir de bir başkasına "üzülme, her şey olacak bak ben üzülmüyorum, ben iyiyim" demekten yorulduğum için mesela bu en son olanı söylemedim. (...) olmazsa artık onlar üzülmeyecek ben tek başıma üzüleceğim. Kimsenin bana üzüldüğü için üzülmeyeceğim.” (Müberra)

Müberra ve Zeynep farklı sebeplerden tedavilerini saklama ihtiyacı hissetse de açık olan bir şey vardır. Fiziksel zorluğun beraberinde psikolojik olarak sorulardan, başarısız sonuçlardan yorulan infertil kadınlar, ne tedaviyle ilgili sorularla karşılaşmak ne de kendi üzüntülerinin yanında çevrelerinin de artık bu tedaviyle ilgili üzülmelerini istemektedir. Katılımcılar süreçten çevresindekileri haberdar etmemeyi tedavi sürecinde karşılaştıkları sorunlardan biriyle başa çıkma stratejisi olarak görmektedirler.

Katılımcılar başarısız sonuçlarla ya da başka sorunlarla başa çıkmaya çalışırken çevreden gelen bir soru ile psikolojik anlamda başa dönmek istememektedirler. Uzun bir tedavi geçmişi olan ve başarısız sonuçlarda intihar ettiğini söyleyen Bahar tedavi, sürecini başlarda insanlarla paylaştığını ama sonra insanların sürekli hatırlatmalarından dolayı aynı acıları yeniden yaşadığını, tam kendisini toparlayıp sorunlarla baş ederken soruların sorulmasıyla yeniden üzüldüğünü aktarmıştır.

“Son üçüncü aşılama çok böyle herkese söylediğim için herkesten mesela ben unutmaya çalışıyorum, tutmadı ya şimdi, ‘Ee canım n’oldu bebek işi?’ Tutmadı. Ee tam dönüyorum köşeyi o soruyor ordan eve gidiyorum o soruyor. Psikolojim bozuldu (...) artık eşim hariç hiç söylemiyorum yani, söylemek de istemiyorum açıkçası. Bir şey yaşanılıyor, ağlıyorsun ne bileyim hani yıkılıyorsun, üzülüyorsun, bir gün sürüyor, iki gün sürüyor, üç gün sürüyor tamam bitiyor. Ama hani diğer insanlar seni he gördüğünde bu süreci soruyorlar. Ee işte neden olmadı, yaa olmadı, bunun nedeni mi var, nedenini bilsek zaten oldururduk yani. O yüzden anlatmıyorum.” (Bahar)

Bahar’ın paylaşımı göstermiştir ki çevreden gelen sorular infertil kadınların sorunlarıyla başa çıkma süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bir şekilde atlatmaya çalıştıkları süreci yeniden yaşamaları, aynı olumsuz duygularla yeniden karşılaşmaları onları güçsüzleştirmektedir.

Bunların yanında on yıllık evli olan ve giyim dükkânı işleten Şinok, herkesin haberi olduğunu ve bu süreci yakından takip ettiklerini ifade etmiştir.

“Benim çok sevenim, çok tanıdığım var, herkes soruyor. Bir de on yıllık evli olduğum için herkes benle sürekli bu konu hakkında iletişim halinde yani. Herkes soruyor ne zaman görse ‘Ne yaptın, tedaviye gidiyor musun? Bir sonuç aldın mı?’ Öyle sorularla çok fazla karşılaşıyorum. (...) Bazı insanlarda, bazı insanların soruş tarzı beni rahatsız ediyor ama. ‘Sen niye yatmıyorsun? Kendine bakmıyorsun?’ Ben tedavideyim aslında ama detayı bilmedikleri için ‘Neden kendine bakmıyorsun çalışarak zaman harcıyorsun.’ diyorlar ve ben buna sinirleniyorum. Çünkü çalışarak da hamile kalabilen çok bayan var. Ya da benim işimin zorluğu yok aslında (...). Ben olmadıgımda çalışan bir arkadaşım da var ama bunu insanlara anlatmak çok zor oluyor. O yüzden de bu son denemem de çok fazla insanlara anlatmayı düşünmüyorum, sadece tedaviye gidip geliyorum, diyeceğim. Biraz daha az yıpranmak için aslında. Çok az soru almak için almak için aslında.” (Şinok)

Şinok da çok açık şekilde tedavi sürecini bilmeyen insanlara tedavi ile ilgili açıklama yapmak zorunda kalışının onu yorduğunu ve zorladığını, gelecek soruları azaltmak ve bu baskı nedeniyle daha az yıpranmak için son tedaviyi kimseye söylemeyerek bu sorunla başa çıkmak istediğini anlatmıştır.

Bir oğlu olan ve onun kardeş isteği üzerine tedaviye başlayan Dilek ise az kişinin bildiğini ama haberi olmayanlara da duyurmak istediğini ve bunun nedenini *“Hiç vakit kaybetmeyin burada sonuç alınıyor ki alınıyormuş da, ama tüp olsun ama aşılama olsun. Böyle duyuru yapıyorum. Sevindiğim mutlu olduğum için.”* sözleriyle dile getirmiştir. En az bir çocuğu olan ya da hiç çocuğu olmayan infertil kadınlar açısından çevresini haberdar etme davranışının farklılaştığı bu örnekte görülmektedir. Şinok tedavisinden kimseye bahsetmeyerek daha çok kendini baskıdan uzak tutmak, koruma altına almak isterken Dilek, herkesin bu yöntemden haberdar olmasını istediği için tedavi deneyimini paylaşmayı tercih etmiştir.

İnfertilite deneyiminin yakınlarıyla paylaşmanın ardından gelen süreçte infertil kadınların çevrelerinden destek görme durumları, nasıl tepkiler aldıkları ve bunların onları nasıl etkilediği sorularına da cevap aranmıştır. Eşlerinden aldıkları desteğe bir önceki bölümde detaylıca değinildiğinden bu bölümde sadece aile ve sosyal çevreden gelen desteklere ilişkin paylaşımlar yer alacaktır.

Katılımcıların yarısı aile ya da sosyal çevrelerinden destek gördüğünü belirtmiştir. Bu desteklerin kimi komşulardan, yakın arkadaşlardan ya da iş arkadaşlarından, kimi aynı

süreci yaşadığı veya iyi anlaştığını düşündüğü bir arkadaşından, kimi yakın aile bireylerinden (çoğunlukla abla ve anneden) alınmaktadır.

Mesela kardeşinin yönlendirmesi ve teşvikiyle tedavilere başlayan Zeynep, kardeşinden güç aldığını ifade etmiştir: *“O, (kardeşi) zaten beni bu yola iten hani 'Abla şunu yapalım bunu yapalım, yaşın geçmesin, git araştır hani parayı bulursun ama onu bir daha yaşın geçince yapamayacağın zaman gelecek.’ dediği için işimi bile bıraktım bundan dolayı, çalışamıyorum.”*

Ailesinden destek görüp eşinin ailesinden göremediğini, eltisiyle arasında hep bir çekişme olduğunu hatta eltisi yüzünden ilk tedavisinin başarısız olmasının ardından intihar ettiğini söyleyen Bahar, başkalarından destek görse de birinden kötü bir şey duyunca onun etkisinde kaldığını aktarmıştır. Gördüğü yoğun sosyal baskı Bahar’ı çevresel etkilere karşı iyice hassaslaştırmış, olumsuzluklarla başa çıkması zorlaşmıştır. Ailesinden destek görse de bu yaşadığı sorunlara çözüm bulmada yeterli olmamıştır.

“On kişi destek olsun bir kişi şöyle ters bir şey söylesin, on kişinin desteği gidiyor, bir kişinin negatif söyledikleri aklınızda kalıyor ve sizin içinize yer ediyor. Gerçekten çok var böyle beni anlayan, dertleşen derdimi paylaştığım çok insan var. Öncelikle annem babam bana çok mesela şey yaptı anlayışlı davrandılar kendi annem babam destek oldular. Ama işte insan kendi kayınvalidesinden, kayınpederinden, eltisinden de görmek istiyor.” (Bahar)

Bahar’ın eltisiyle yaşadıklarının tam tersini yani eşinin ailesinden (özellikle kayınvalide ve/veya eltisinden) destek gördüğünü belirtenler olmuştur. Örneğin Aysun, kendi ve eşinin ailesinden destek gördüğünü kayınvalidesinin ve eltisinin ona değer verdiğini görmenin onu mutlu ettiğini belirtmiştir.

“Mesela kendi ailem olsun eşimin ailesi olsun, kayınvalidem, elim hepsi şey yapıyorlar destek oluyorlar, dua ediyorlar ne bileyim benim psikolojim düzelsin diye ne bileyim pervane dönüyorlar. Hani onların şeyini gördükçe ben daha çok mutlu oluyorum. Bir de diyorum hani olmazsa sadece ben yıkılmış olmayacağım bir aile de yıkılmış olacak.” (Aysun)

Aysun, ayrıca ilk aşılama tedavisi başarısız olduktan sonra uğradığı hayal kırıklığı ve üzüntüsüyle başa çıkmasında eltisinden destek aldığını belirtmiştir.

“Üzüldüm, hatta çok ağladım, ne bileyim çok umutlanmışım demek ki (...) O dönem, elim var benim aslında elim demek istemiyorum, çok can dostum o bana psikolog gibi geliyor, hani her şeyde en büyük desteği ondan alıyorum yani. Gece gündüz saatsiz yani 24 saat kapısı gönlü açık bana, öyle. Çok şükür öyle bir dosta sahip oldum.” (Aysun)

Bahar örneğinde güçsüzleştirici, başa çıkılması gereken bir sorunken Aysun örneğinde de güçlendirici, başa çıkmaya yardımcı bir etkisi olduğu görülen eşin ailesiyle, özellikle kayınvalide/elti ile kurulan ilişkilerin infertil bireylerin güçlenme/güçsüzleşme sürecini doğrudan etkilediği görülmektedir.

Boncuk, annesinden çok destek gördüğünü ve onun desteğinin yeterli olduğunu ve başka kimsenin desteğini istemediğini belirtmiştir. İnfertil kadınların annelerinin yaşadıklarıyla başa çıkmalarında güçlendirici etkisi olduğunu gösteren bir örnektir. Görüşmelerde buna benzer beyanlarda bulunan başka kadınlar da olmuştur.

“Tabii annem her zaman yanımda ‘Kızım hayırlısı olsun. Olmuyorsa rabbimin vardır bir bildiği. Vakti zamanı gelince olacaktır veya hiç olmayacaktır. Allah bilir bunu.’ bu şekilde annemin daha çok desteğini görüyorum. Aslında annemin dışında kimsenin de desteğini de istemiyorum.” (Boncuk)

Üçüncü tedavisine başlayacak olan Leyla ise kimsenin desteğini görmediklerini, etrafındaki insanların onun yaşadıklarını anlamadığını ve insanların onunla empati kuramadığını ifade etmiştir. Anlaşılamamak, destek görememek diğer sorunlar gibi infertilite açısından da güçsüzleştirici bir unsurdur.

“Hiç kimsenin desteğini görmedik yani. Ama öyle sadece konuşulduğu zaman ben konuştum mu, işte hayırlısı olsun falan filan yani. Onların benim içimde olmadıkları için benim yaşadığım şeyleri bilemezler ki onlar kendi hayatlarını yaşıyorlar sonuçta. Onlara da bir şey demiyorum. Herkesin kendi hayatı var yani, o yüzden fazla şey yapmıyorum. Onları takmıyorum.” (Leyla)

Son olarak eşinin kimsenin bilmesini istemediğini çünkü tüp bebek tedavisiyle ilgili çevresindeki insanların yanlış inanışları olduğunu *“Halk arasında o senin çocuğun değil başka şeyler koyuyorlar gibi, buna benzer bir takım söylentiler olur. Onlar (eşinin ailesi) eski kafalı insanlar böyle bir yolla çocuk sahibi olduğumuzu duyarlarsa asla kabul etmezler.”* sözleriyle anlatan Gonca eşinin isteği üzerine kendi ailesi dâhil hiç kimseyle tedavi sürecini paylaşmadığını anlatmıştır. Bu durumun kendisini psikolojik olarak çok üzdüğünü, kendini yalnız hissettiğini, bu konuda hayatta eşinden başka kimsesi olmadığını söylemiştir.

“Yani annemin babamın kardeşlerimi yanımda isterdim, zaten eşim benim en büyük destekçim, onunla ilgili bir problem yok, annemi çok isterdim yanımda ya onlarla bakıyorum ben burada arkadaşların hepsinin anneleri geliyor onlarla kardeşleri geliyor, ben de isterdim. Ben buradan her seferinde çıktığım zaman tek başıma gelip tek başıma çıkıyorum. Yani düşün bak herkesin yanında birileri var ama ben hep tek gidip geliyorum eşimde benle gidip gelemiyor işe gideceği için. Her şeyde her anlamda yalnızım. Hayatta hep tek başına devam etmek zorunda kalıyorum.” (Gonca)

Görüldüğü gibi sosyal ilişkilerde insanların ne düşündüğünün önemli olduğu bir problem de infertilitedir. Çocuk sahibi olmaya toplumda yüklenen anlamlar infertil bireyleri doğrudan etkilemektedir ve genellikle başa çıkmalarında olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Bundan sonraki konu toplumun infertiliteye yüklediği anlamla bağlantılı olarak infertil kadınların deneyimlediği sosyal baskılar ve bu baskıların güçlenme süreçlerine etkileridir.

4.5.3.2. Algılanan sosyal baskı

İnfertil bireylerin çevrelerinden gördükleri baskılar ve bu baskıların onlara nasıl hissettirdiği kadınların yaşadığı stres, başa çıkma yolları ve güçlenmeleri açısından önemli bir konudur. Çünkü infertilite deneyimini bireyler için zorlaştıran faktörlerden birisi sosyal çevrelerinden gördükleri olumsuz, yaralayıcı, yıpratıcı yaklaşımlardır. Katılımcıların yarısından fazlasının en çok şikâyet ettiği konu tedavi ile ilgili sürekli yöneltilen sorulardır. Kadınlar bu sorularla sık karşılaştıkları için bu durumu “baskı” olarak algılamaktadırlar. Haberdar olma ve görülen destek kısmında da kısaca değinilen sosyal çevreden tedaviyle ilgili gelen sorular şimdi daha çok sosyal baskı çerçevesinde ele alınacaktır.

Eşinin ailesinin “Doğulu” olduğunu belirten ve tedavi ile ilgili sorulara sürekli maruz kalan Gonca’nın, *“Ee çevre baskısı çok yoğun, gittiğin her yerde sürekli soruyorlar hamile misin, hamile misin? Değilim, yani insan her hafta hamile kalmıyor ayda bir kere hamile kalıyor, o da normal insanlarda hani bizim için birazcık daha zor, benim tüplerimin tıkalı ikisi de.”* sözleriyle çevreden gelen sorulardan dolayı baskı hissettiği anlaşılmaktadır. Fizyolojik olarak kendisi için zor bir süreçten geçen, tüplerinin ikisinin de kapalı olmasından dolayı

tedavi konusunda umutsuz olan Gonca sıklıkla sorulan sorular karşısında rahatsız olmuştur. Ayrıca tedavi gördüğünü eşinin isteğiyle herkesten sakladığı için eşinin ailesinin kendinin ilk evliliğinden çocukları olduğundan şimdi bebek sahibi olmak istemediğini zannettiklerini ve bu nedenle baskı kurduklarını ifade etmiştir. Ama çocuğu eşinden daha fazla kendisinin istediğini *“Ben zaten (ilk evliliğinden) çocuklarıma doyamadım, çok küçük yaşıyordum ufak yaşta anne olduğum için onları kabullenemedim, on dört yaşında birinciği on yedi yaşında ikinciği doğum yaptım, evde doğum yaptım. Hiçbir şey bilmeden çok canım acıdı onları kabullenemedim ilk başlarda, herkesin kendine göre haklı sebepleri var.”* sözleriyle ifade etmiştir. Gonca hem ilk eşinden olan çocuklarını görememekte hem tedavi sürecini kimseyle paylaşmadığı için çocukla ilgili sorulara cevap verememektedir. Eşinin ailesinin çocuk sahibi olamamalarından kendisini suçlamasından ve bu konuda baskı kurmasından rahatsız olmaktadır. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak aynı anda birden fazla sorunla başa çıkması gereken Gonca’nın güçlenmesi için daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu görülmektedir.

İkinci evliliğini yapan ve ilk evliliğinden dört çocuğu olan Yasemin, eşinin ailesi ile iyi olduklarını ve onlardan destek gördüğünü ancak kendi ailesiyle konuşmadığını şöyle aktarmıştır:

“Çocuklarımdan ayrıldıktan sonra ben çok almak istedim, aldırmadılar bana o süreçte. Polislerle gidelim dedim erkek kardeşime, alalım, bulalım, hiçbirisi yanaşmadı. Babam, ‘Ben seni tek verdim tek alırım.’ dedi o esnada. Ben de sekiz ay ailemle oturdum, baktım aldırıyorlar ben de evden kaçtım. Ben iş buldum, ev buldum, eş dost yardım etti, çocukları almak içinde bir buçuk yılda evimi düzdüm. Ama çocukları almaya gittiğimde artık çocuklar benden nefret etmişti. İstemiyorlardı, bir buçuk yıldır neredeydin?’ dediler. O yüzden ben de ailemi suçuyorum onlar aldırmaş olsaydı ben şu anda bu durumda olmazdım ki varlıkları da var bakabilecek güçleri olduğu halde benim çocukları almaya aldırmadılar. O acıyı yaşattılar bana aşağı yukarı altı yıldır aramıyorum, sormuyorum ve görüşmüyorum. Buraya (İzmir’e) evlenirken de haber vermedim ben Tekirdağlıyım. Evlendim geldim buraya, onları hayatımdan sildim artık.” (Yasemin)

İkinci evliliklerini yapan ve eşleriyle iyi anlaştıklarını, hiç sorunları olmadığını belirten Gonca ve Yasemin’in paylaşımlarına bakılırsa eski ve yeni aile çevrelerinde yaşadıkları zorlayıcı, üzücü olaylar tedavi sürecinde Gonca ve Yasemin için zorlayıcı olmuştur. Çocukları olduğu halde onlarla görüşmemek ya da eskisi kadar yakın olamamanın üzerine yeniden çocuk sahibi olmaya çalışmak araştırmadaki diğer infertil bireylerden daha farklı bir süreçten geçtiklerini göstermektedir. Yasemin yaşadıklarından sonra tedavi öncesi psikolojik destek almış ve bu şekilde sorunlarıyla başa çıkmaya çalışmıştır. Gonca ise psikolojik olarak çok yalnız hissettiğini, çok yorulduğunu ve bunun son tedavisi olduğunu belirterek sorunlarıyla başa çıkmaya ve fiziksel anlamda da dinlenmeye çalışmaktadır.

En başta tedavi görüp sonrasında spontan gebe kalan ve on yaşında oğlu olan Serra ilk bebeği için tedavi gördüğü zamanlarda tedavi ile ilgili bu soruların özellikle eğitim almamış çevreden, köy ortamında yaşayan aile bireylerinden *“Sorun kimde? Sende mi, onda mı, suç kimin?”* şeklinde geldiğini ifade etmiştir. Serra bu sorulardan rahatsız olduğunu, soruları saçma bulduğu için *“Çoğu zaman hani biz evliyiz bende olsa n’olcak onda olsa n’olacak. Hani bendeyse beni boşayacak mısınız falan böyle kızıyordum. Ee biz öğrenmek istiyoruz gene de merak ediyoruz falan böyle geçiştiriyorlardı.”* şeklinde cevap verdiğini ama kendisini çok yıprattığını da eklemiştir. Serra’nın anlatımı insanların özellikle ailelerin

sorunun kimden kaynaklandığını ısrarla öğrenmek istemesinin, çocuksuzluktan dolayı sorun yaşayan çiftlere sorumluluk ve suç yüklemeye dönük bir tavır olduğu görülmektedir.

Boncuk da tedaviyle ilgili özellikle iş yerinde onu tanıyanların sorduğu çok çeşitli soruları sıralayarak baskı hissettiğini belirtmiştir.

“Aslında daha çok çevre baskısı, ‘Daha olmadı mı?’ evlendikten bir sene sonrasında aslında, hani ‘Daha yok mu?’, ‘Düşünmüyor musunuz?’ işte ‘Neden olmuyor?’ falan diye (...) Aslında ben kendi çevremizde bir eczanede çalışıyordum. Hepsi tanıdık olunca, her gelen sana aynı soruyu yöneltince insan ister istemez sıkılıyor o sorulardan. O şekilde bir baskı hissettim çevremden sadece.” (Boncuk)

Boncuk’un doğrudan tedavi ile ilgili olmasa da kayınvalidesi ile yaşadığı bir olaydan dolayı baskı hissettiği de olmuştur. Evlendikleri zaman kayınvalidesiyle bir süre aynı evde oturmak zorunda kaldıklarını ve bunun cinsel hayatlarını etkilediğini *“Sadece cinsel anlamda annesinin öbür odada olması hani sürekli bir ‘Ya aman işte duymasın da şey olmasında falan’ o şekilde.”* sözleriyle ve kayınvalidesiyle iletişim kopukluğu yaşadıklarını *“Kayınvalidem yaşlı. Biraz tabii cahil o yüzden aramızda bir uçurum oldu yani bir anlaşmazlık.”* sözleriyle anlatmıştır. Sonuç olarak da *“Biraz stres etkiliyor, çocuk olmamasını. Kayınvalidemle aramızdaki iletişim kopukluğu. Anlaşmamamız. Bunlar etkiliyordu bizi çok fazla. Ben yapamayacağımı söyledim daha fazla ve evden ayrıldık”* diyerek cinsel hayatında stres yaşadığı, sosyal ve psikolojik olarak etkilendiği görülen Boncuk evden ayrılma kararı ile tedavisini de etkilediğini düşündüğü bu sorunlarıyla başa çıkmaya çalışmış ve güçlenme sürecine katkı sağlamıştır. Devam eden anlatılarında kendi ailesinin apartmanında oturmaya başladıktan sonra daha iyi hissettiği anlaşılmaktadır.

Daha önce aktarıldığı üzere Şinok da Boncuk gibi çalıştığı için iş çevresinden insanların sorularının yoğun olduğunu aktarmıştır. İş yaşamındaki sosyal çevreden gelen sorular da diğerleri gibi infertil bireyleri rahatsız etmektedir. Daha önceki bölümlerde yer verilen başka anlatılar da görüleceği gibi infertil kadınların yakınında olan insanların tedavi konusundaki merakları dolayısıyla sordukları sorular kadınları rahatlatmaktan çok onlar üzerinde baskı oluşturmıştır.

Miraç artık tedavi sürecini değil olumlu ya da olumsuz sadece sonucu haber vereceğini, çünkü insanlarla paylaştıktan sonra, çok detay soru sorulmasının onu çok bunalıttığını ifade etmiştir. Bu konuyla ilgili anlayış görememek ve bunalıp olumsuz etkilenmek Miraç gibi diğer katılımcıların anlatımlarında da görülmüştür. Tedavilerin başarısız oluşunun kadın üzerindeki yüküne sürekli bu tedavilerle ilgili yöneltilen sorulara cevap vermek zorunda kalışın eklenmesi kadını güçsüzleştirmekte ve psikolojik olarak zorlamaktadır.

Bazı katılımcılar da bu soruların onları rahatsız etmediğini belirtmiştir. Serra, evlendikten sonra bir süre düşünmediklerini sonrasında da soranlara çocuklarının olmadığını söyledikleri için çevreden bu anlamda bir baskı görmediğini belirtmiştir. Öğretmen olan ve çevresinde de infertilite tanısı almış arkadaşları olduğunu söyleyen Nur ise infertilite ile ilgili konuşmaları rahat bir şekilde karşılamış hatta kendisini mutlu ettiğini, sakinleştirdiğini aktarmıştır. Çevresindekilerle şakalaşarak mizah yoluyla tanıyı kabullenici, pozitif bir başa çıkma (Carver, 1997: 97) sergilemektedir. Nur’un infertiliteye ve tedaviye bakışı katılımcıların geneline göre daha pozitif görünmektedir ve çevrede yaşananlar onun üzerinde bu anlamda baskı oluşturmamaktadır.

“Espriler bulunduğum ortam gereği çok dönüyor, ben işte yumurtalık değerlerimin düşük olduğunu söylediğimde yine aynı problemde olan arkadaşım işte sana bir engelli kartı çıkaralım, ESHOT’a ücretsiz bin (gülerek anlatma) gibi espriler yaptı bunlar beni aksine biraz daha mutlu etti, hiç üzmedi yani, sadece işte gır gır işte çocuğu olan arkadaşlarım ‘Olsa bir dert olmasa bir dert çocuk başa bela bilmem ne.’ tarzı şeylerle sakinleştirdiler, esprili bir ortamda olmamdan dolayı söylenenler tamamen geyik üzerine döndüğü için hiç bir olumsuz etkisi olmadı belki..” (Nur)

Sosyal baskı ve birey üzerindeki etkisini en iyi gösteren örnek eltisinin ona yaklaşımından sonra intihar eden ve sosyal çevre baskısından dolayı intiharı defalarca denediğini, çok yıprandığını söyleyen Bahar’ın yaşadıklarıdır.

“Ben mesela ilk evlendim, bir sene geçti aradan, benim tabi çocuğum yok, elimle kayınbabam, kaynanam hep beraber oturuyoruz. ‘Baba, bunun doğuracağı yok, ben size bir oğlan doğurayım da soyumuz yürüsün, bundan bir şey olmayacak.’ dedi. Ben bir senelik evliyim ve 19 yaşındayım, tecrübeli değilim, dondum kaldım, ama taktım tabi kafaya, zaten küçük yaştan gelen psikolojik rahatsız olduğum için ondan sonra bir baktım iki ay sonra gerçekten hamile kaldı. Yani ondan sonrasını hatırlamak dahi istemiyorum, çok kötüydü, mesela şunu hiç unutmuyorum. Ben işte aşılamanı yaptırdım, sonuç negatif çıktı, intihar ettiğim gün eve girdim eltimin karnı burnunda karşılıklı da oturuyoruz, ben geldim işte içeriye girer girmez o çıktı geldi. Karşıma oturdu mesela ‘Ay oğlum tekme attı.’ dedi. O laftan sonra zaten içeriye gittim, hiçbir şey düşünmedim yani, direk hapları attım. Gene hani şöyle bir gün oldu. Çocuk doğdu onun çocuğu topuktan kan aldırma gideceğiz, çocuğu bana vermek istemedi ki ben de diyorum ki benim çocuğum yok ya hani beraber büyütürüz gözüyle, ay işte ‘Taşıyamazsın sen çocuğu, işte ben seninle gitmek istemiyorum.’ dedi. Çok dışlandım böyle o bebeği hiç benim kucağıma mesela vermedi. Böyle sürekli bir işte ‘Senin çocuğun olmaz, sen işte kısırırsın, senin işte bu kafayla zaten çocuk sahibi olamazsın, böyle yaşlanıp gideceksin, böyle çürüyeceksin.’ Sürekli elimle bizim hep böyle şeylerimiz vardı.” (Bahar)

Bahar’a karşı söylenen sözler doğrudan Bahar’ın çocuksuzluğunu hedef almıştır. Önceden de gelen psikolojik sorunların infertiliteyle buluşup, çevrenin de baskıyla Bahar’ı zorladığı, infertiliteyle başa çıkamaz hale soktuğu ve defalarca intihara sürüklediği anlaşılmaktadır. Bahar eltisinin onun çocuksuz oluşuyla empati kurup bebeği büyürken yanında olacağını düşünürken bebeği ona hiç vermemesiyle dışlanmış hissetmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar içinde gördüğü sosyal baskıdan bahsederken “Dışlandım.” diyen tek katılımcı Bahar’dır. Bu paylaşım infertil bireyin güçlenme sürecinin değerlendirilmesinde çok yönlü ele alışı önemi göstermektedir. İnfertilite, sosyal baskılar, ekonomik sorunlar, uzun yıllar süren tedavi, arka arkaya gelen başarısız sonuçlar hepsi birleşerek Bahar’ın sağlıklı başa çıkma yollarını tıkamış ve çaresiz kaldığından çözümünü intiharda bulmuştur. Bahar sonrasında psikolojik tedavi alsa da hala sorunlarıyla başa çıkmayı başarabilmiş değildir, çünkü bu tedavisi de başarılı sonuçlanmazsa tekrar intihar edeceğini belirtmiştir. Araştırmacı bu durumu etik kurallar çerçevesinde hastanedeki sorumlu hemşire ile paylaşmış ve tedavi süresince ve sonrası için Bahar’la ilgili gerekli takibin yapılmasını sağlamıştır.

Bahar’ın sosyal çevresinde yaşadıklarıyla ilgili tüm paylaşımları infertilite sürecinde yaşanan sosyal baskı açısından oldukça anlamlıdır. Bahar tedavi sürecinde ayrıca intihar etmesinin kendince haklı sebepleri olduğunu, yaşadıkları karşısında intihardan başka ne yapabileceğini ona söyletecek kadar onu çaresiz bırakan başka durumlar da yaşamıştır.

“Çok baskı var yani bir ortama giriyorsun, ‘Ne kadarlık evlisin, aa çocuğun var mı?’ hemen bu anlatabiliyor muyum? Bilmiyorum yani konuşacak bir konun olmuyor hayatında bir ortama giriyorsun herkes çoluğuyla çocuğuyla ilgileniyor ya da hani onlarla ilgili konuşuyor, sen böyle köşede sus pus oturuyorsun, hani intihar etmeyip de ne yapsaydım diye düşünüyorum,

şimdiki aklım olsa gene yapardım, gene intihar ederdim. Çünkü o anki psikoloji çok zordu yani gerçekten çok zor.” (Bahar)

Bahar’ın herkesin çocuğundan bahsettiği bir ortamda, konuşacak bir şeyi olmadığından sessiz kaldığını söylemesi, infertil bireylerin yanında çocuklar hakkında konuşmanın infertil bireyler üzerinde bir başka baskı unsuru olduğunu göstermiştir. Benzer bir durumu ilk bebeği için tedavi gördüğü zamanlarda Serra da öğretmenlik yaptığı okuldaki arkadaşlarıyla deneyimlemiştir. Serra, öğretmenlerin tek konuştuğu şeyin çocukları olduğu, her dönem öğretmenler arasında hamileler olduğundan özellikle tedavi olduğu ilk zamanlarda bundan rahatsız olduğundan bahsetmiştir. Öğretmen arkadaşlarının onun durumunu bilmediğini çünkü kendisi için “*ortamın muhabbetini bozmak istemediğini*” belirtmiştir. Ek olarak Serra tedaviler sonrası spontan olarak ilk bebeği dünyaya geldikten sonra böyle bir sorunu kalmadığını söylemiştir. Papatya’da aynı duyguları hissettiğini “*Arkadaşlarla bir araya geldiğin zaman herkes çocuğuyla ilgileniyor sen bir köşede oturuyorsun.*” sözleriyle aktarmıştır. Herkesin çocuklardan bahsettiği ortamlarda sessiz kalmak, kenara çekilmek infertil kadınların verdiği tepkiler arasındadır. Bu davranışta amaç Serra’nın söylediği “*O ortamın muhabbetini bozamazsın ki kendin için.*” sözünde olduğu gibi kendi sorunuyla diğer insanları rahatsız etmemektir. Ancak her üç kadın da infertiliteri dolayısıyla sosyal ortamlarda yalnız hissetmiş ve kendini bir kenara çekme, ya da konuşmalara dâhil olmama gereği duymuştur.

Altı aylık gebe iken bebeğini kaybeden Anne, “*Bildikleri halde ne kadar çocuk istediğimi, ‘İyi ki doğurmuşum ben, iyi ki yapmışım.’ bu sözler canımı çok yakıyordu (...)*” sözleri çevresindeki insanların ona karşı empatiyle yaklaşmadığını düşündüğünü göstermektedir. Anne’nin çocuk konusuna çok odaklı oluşu görüşmeler için belirlediği rumuzdan da anlaşılmaktadır. Onun için çok önemli olan “anne” olmasına az bir zaman kala beklenmedik bir şekilde gebeliğin sonlanmasıyla bebeğini kaybetmesi psikolojik olarak yıkıcı olmuştur. Bebek için bir yas dönemine girmiştir. Kendi bebeğini kaybettiği zaman “*...Niye böyle diye niye (anne) olamadım o kadar anne olmak isterken bir başkaları doğurup sokağa atıyor. Niye yani ben n’aptım dedim Allah’ım sana.*” sözleriyle verdiği isyan tepkisi, hem “*çocuğun kıymetini bilemeyenlere*” hem de bebeğini ondan aldığını düşünen tinsel varlıktır. Dolayısıyla bir başkasının çocuğuna dair “*İyi ki doğurmuşum.*” şeklindeki olumlu ifadelerini duymak da onda isyan duygusunu yeniden uyandırmış görünmektedir.

Ablasıyla aynı rahatsızlığı yaşayan Anne, tedaviler sonrası annesi ve ablasının onu teselli ediş şeklinden şikâyetçi olmuş ve kendisini anlamadıklarını düşünmüştür.

“Herkesin böyle olmayınca boş ver demesi çok sinirime dokunuyordu. En başta bunu kendi ablam yaşamıştı, O bile olmazsa üzülmeye demesi, çünkü onun çocuğu oldu rahattı, hani annem bile olmazsa olmaz diyor. Olmazsa olmaz deyince onları böyle boğasım geliyordu, öldüresim geliyordu hani (...) ikisinin de öyle demesi beni çok üzüyordu, ‘Olmazsa olmaz biraz rahat bırak!’ bu benim elimde olan bir şey değil. ‘İşte bak başkasının üçüncü de oldu, ikinci de oldu.’ onu demesi benim sinirime dokunuyordu a ben acımla baş başa kalmak istiyordum, olmadıysa olmadı ya (ağlama).” (Anne)

Çocuk, Anne için daha önce de belirttiğimiz gibi olmazsa olmazdır. Bu nedenle Anne’nin ablası ve annesi için “*Onları boğasım geldi.*” sözleri ile kendine kabul ettiremediği çocuğun olmaması fikrinden kaynaklanan öfkesinin boyutunu göstermektedir. İnfertil

kadınlar, umut etmek ve hayal kurmak gibi duygusal güçlendiricilerini aktif tutmanın yanında hiç çocuk sahibi olamayacakları ihtimalini hiç düşünmedikleri sürece her başarısız tedavi onlar için hayal kırıklığı olacak ve güçlendirmesi beklenen umut ve hayal kurmak da daha çok güçsüzleşmeye sebep olacaktır. Çocuğun olmaması fikri üzerinde düşünmek, kendini buna alıştırmak yani bir anlamda tanıyı kabullenmek infertil kadınların her alanda yaşadığı sorunlarla önemli bir başa çıkma stratejisi ve güçlü bir kaynak olacaktır.

Toplumda yer etmiş bir takım olumsuz inanışlar toplumun çocuk sahibi olmaya yüklediği anlamla da paralel olarak infertil bireyleri de etkileyebilmektedir. Gülbahar ve kendisi gibi infertilite sorunu yaşayan iki ablası hakkında köyündeki (Şanlıurfa) bazı kişilerin sözlerini duyduğunda üzülmüş ve bunları büyük bir şaşkınlıkla karşılamıştır. Gülbahar'ın paylaşımından görülmektedir ki çocuk sahibi olmak toplumdaki bazı insanlar için o kadar önemlidir ki çocuk sahibi olamamayı “lanetlenmek” olarak adlandırmışlardır. Bu söz onu da düşündürmüş ve “lanetlenmeyi” hak edecek bir şey yapıp yapmadığını sorgulama gereği duymuştur. Ayrıca “*çocuğu olmayan insan lanetlenmiş mi oluyor diye sorarak kendime kırıldım*” demesi olumsuzluğu kendisine yönelttiğini göstermektedir.

“(...) Niye insanlar böyle diyor, ‘Bir değil, iki değil, üç tane bunlarda çocuk olmuyor, insanlar bunları lanetlenmiş mi?’ bilmem ne ben böyle bir lafı ilk defa duyuyorum. ‘İnsan çocuğu olmayınca lanetlenmiş mi oluyor acaba?’ dedim. Öyle olunca ben kendime kırıldım. Allah’ım dedim yani ilk defa duydum öyle bir lafı, ama bayağı üzüldüm yani. Hani zamanında birisini kızdırmışsındır, hani lanetlenmişsindir, bilmiyorum dedim yani insanoğludur illa insan birbirini kırar da şey yapar da, öyle insanı çok şey yapacak seviyeye getirmedi dedim. Niye öyle dediler ben şaşırdım üzüldüm de yani.” (Gülbahar)

Nergis ve Sevim çevrelerinde olumsuz bir tutum ya da sözle karşılaşmalarının sebebinin kendilerinin buna izin vermemesi olarak açıklamışlardır. Nergis “*Ne kadar sağlam dik durursanız, insanların yanıtları da ona göre değişiyor tabii.*” diyerek Serpil ise “*Karşımdaki anladığım an sorunun geleceğini, ben sınırimi çizirim, çizgilerim vardır.*” sözleriyle ikili ilişkilerdeki sınırlarını belirleyerek ve bunu karşılarındaki insanlara hissettirerek muhtemel sorunların oluşmasını baştan önlemeye çalışmışlardır.

Zeynep de Sevim ve Nergis gibi olumsuz bir tepkiyle karşılaşmadığını ama bir tartışma anında insanların ona “*Allah sana niye vermedi?*” gibi sözler söylemesinden korktuğunu, bunun elinde olmadığını, bunları yaşamak istemediği için de kendini çektiğini ve insanlarla arasına mesafe koyduğunu söylemiştir. Zeynep'in infertilitenin elinde olmamasının farkında olması ama bunun yine de ortada bile olmayan bir olumsuzluğa karşı rahatlatıp güçlendirmedeği görülmektedir. Bunun yerine sosyal ilişkilerinde geri çekilmeyi tercih etmekte söz konusu korkusuna duygusal odaklı bir başa çıkmayla çözüm üretmektedir.

Tedaviyle ilgili istemediği konuşmalar yapan insanlardan uzaklaştığını onlarla görüşmediğini belirten Müberra iş yerinde bir arkadaşından uzaklaşmadığını çünkü “*Çok dikkatliydi aksine ben onun çocuğuna sevgi duydum bir şeyler aldım falan (...). Bu biraz aslında kişilerin anlayışıyla, görgüyle, kişilikleriyle alakalı bir şey karşı tarafın. Onlar dikkatli olsa. Empati kurmakla alakalı aslında.*” diyerek anlatmıştır.

Serpil de çevresindeki insanların onun için meraklandığını düşünerek tedavi sonrası iş yerine gittiğinde arkadaşlarının meraklı bakışlarını fark edip onları rahatlatmaya çalışmıştır. Soru sorulmasından rahatsızlık duyan diğer katılımcıların tersine arkadaşlarıyla

arasındaki bu paylaşım Serpil'in infertilite deneyimini normalleştirmesiyle ve çevresindeki insanların onu merak ettiği için soru sorduklarını düşünmesiyle alakalıdır. Bu inanç ve tanıya ilişkin bilinci ve kabullenışı (Freire, 2005; Tuncay, 2009) onun çevreden gelen meraklı soruların ve bakışların baskısına karşı güçlendirmiştir. *“Ben onları rahatlatıyorum onlar beni. Soracağız diyorlar soramıyoruz diyorlar, arayacağız arayamıyoruz diyorlar yani böyle olursa olur yani tek bir şey olmayan da ben değilim yani rahat olun yani diyorum onlarla karşılıklı idare ediyoruz.”*

Serpil ve Müberra'nın sosyal çevreden gördükleri tepkileriyle ilgili paylaşımları bize sosyal çevrelerindeki kişilerin tutumları ve onların bu tutumları nasıl algıladığı, karşılıklı kurulan ilişkiye nasıl anlam yüklediklerini de göstermektedir. Şinok da soruş tarzının onun psikolojisi üzerinde belirleyici faktör olduğunu söyleyen katılımcılardandır. Bu tedaviyi ve sonrasını kimseyle paylaşmama kararı alarak soruların ve onlardan doğan olumsuz duygularının önüne geçmeye çalışmaktadır.

“(...) Ben tedavideyim aslında ama detayı bilmedikleri için neden kendine bakmıyorsun çalışarak zaman harcıyorsun diyorlar ve ben buna sinirleniyorum. Çünkü çalışarak da hamile kalabilen çok bayan var. Ya da benim işimin zorluğu yok. O yüzden de bu son denemem sadece tedaviye gidip geliyorum, diyeceğim. Biraz daha az yıpranmak için aslında. Çok soru almamak için aslında.” (Şinok)

Zeynep ise daha çok kendini anlayan, acılarına karşı hassas olan insanlarla infertilite ve tedavi deneyimini paylaşma eğilimindedir.

“Hastane şeyleri ile ilgili şeyleri sormalarını istemediğim için kendimi biraz temkinli uzak duruyorum. Arkadaşlarımı da pek açıklamıyorum. İnsanlara soru sorup da hani, yanlış bir yere değinip canımı acıtmalarını istemediğim için kendimi geri çekiyorum. Bu konularda da burada konuşuyorum insanlarla, çünkü ne kadar tecrübe o kadar iyidir, benim bilmediğim şey olabilir diye arkadaşlarıma soruyorum buradaki, onların telefon numarasını alıyorum, görüşüyoruz, ediyoruz. Burada konuşurum, bunlar çünkü benim halimi anlıyorlar. Nerede canımın acıdığını nerede acımadığını biliyorlar. Ondan oralara dokunmuyorlar. Ama dışardakiler bilmediği için onlara göre normal olduğu için canımı acıtabiliyorlar. O yüzden ben onlara karşı kapatmışım kendimi benim halimden anlayana değil tabi ki.” (Zeynep)

Çevredeki insanlardan yaşından dolayı infertilite sebebini kendisi olarak görenlere Elif *“(...) Biz evlenirken bile otuz yaşından sonra evlenirsen çocuk olmaz muhabbetleri vardı insanlarda geçiyordu falan böyle bir muhabbetler de oluyordu yani. Onlara cevap ben mesela elli yaşındaki kadınların bile çocuğu olduğunu biliyoruz duyuyoruz yani, Rabbimin bileceği bir şey dedim yapacak bir şey yok.”* diye cevaplamış ve infertilitenin elinde olmadığını kaderci bir yaklaşımla onlara anlatmaya çalışmıştır. Elif'in daha önceki anlatılarında da infertilite konusundaki bilinci ve farkındalığı ile bu süreçte özellikle sosyal ilişkilerinde güçlendirici kaynaklarını aktif şekilde kullandığını söylemek mümkündür.

İnfertil kadınlar için sosyal ilişkilerinde önemli bir başka konu aynı zamanda bir çeşit duygusal başa çıkma stratejisi olarak da değerlendirilen (Folkman ve Lazarus, 1985) “sosyal izolasyon”dur. Çünkü diğerlerinin (çocuk sahibi olanlar ya da anne adayları) dünyası bazı infertil kadınlar için acımasızdır. İnfertil kadınların sıklıkla başka birinin hamileliğinden ya da “baby shower” partilerine katılmaktan geri durmakta olduğunu belirten Ferber (1995), bu araştırma sonuçları açısından da haklı çıkmıştır. Bu durum sosyal çevrenin infertil kadınlara yönlendirdiği bir izolasyondan çok kadının kendine uyguladığı bir izolasyondur. Çünkü bazı istisnalar hariç kadınların çoğunun paylaşımında olumsuz bir

tavır ya da tutumla karşılaşmamış olsalar dahi infertilite deneyimleriyle başa çıkmak adına bu izolasyonun gerçekleştiği görülmektedir. Gebe olan Beyaz Papatya ise kendini geri çekmesinin sebebinin çocuğa bir şey olmasından endişe etmesiyle ilişkilendirmiştir. *“Ben kendim uzaklaştım bebeğe bir şey olmasın diye eve hapsediyorum kendimi.”* Görüldüğü gibi infertil bireyler gebe kalsalar da kaygıları boyut değiştirerek devam etmektedir.

Araştırmada gebelerin ya da çocukların bulunduğu ortamlara girmek konusuyla ilgili kadınların çoğu özellikle bu ortamlardan kaçındığını belirtmiştir. Örneğin altı aylık gebeyken bebeğini kaybeden Anne, özellikle hamile ortamlarına girmek istemediğini ve bunun onları kışkırttığından değil yaşadıklarını hatırlattığından olduğunu söylemiştir. Dolayısıyla hamile olan birini görmek ona yaşadığı acıları ve kaybını hatırlatmaktadır, bununla karşı karşıya kalmak onu güçsüzleştirmektedir. O nedenle uzaklaşmayı, kaçmayı seçmiştir.

Gül, iş yerindeki oda arkadaşının ikinci çocuğuna *“sözde korundukları halde”* hamile kaldığında bir süre içten içe o arkadaşına *“gıcık”* olduğunu ve hamile fotoğraflarını görmek istemediğini belirtip bu duyguyu *“bir yakını kaybedip o kayıp hakkında konuşmak istememeye”* benzetmiş ve sahip olamadığı bir şeyin muhabbetinin onun mutlu etmediğini eklemiştir. Bu paylaşımda infertilite de psikolojik olarak stres veren, kadınları mutsuzlaştıran durumun arzuya beklenen, çok çeşitli anlamlar yüklenen çocuğa *“sahip olamamak”* olduğu görülmektedir. Bu nedenle infertilite tedavisini diğer hastalıklardan farklı olarak sağlıklı bir bedene ya da ruha sahip olmak için gerçekleştirilen bir onarım ve iyileşmeden çok kendi bedeni haricinde arzulanan bir şeye, çocuğuna kavuşmak, onu elde etmek için verilen bir mücadele ve bunun ötesinde varoluşçu bir düşünceyle kendi çocuğuna hayat verme aracı olarak değerlendirmek mümkündür.

Uzun süredir tedavi gören Müberra, çocuklu/hamile ortamlarına girmek istemediğini belirtmiştir. Bir gün kuzeninin *“Ay çocuğumuz çok yaramaz, bunu, camiye bırakayım da oradan alın!”* dediğini ve bunun ona çok ağır geldiğini, onlarla iletişimi kestiği, iki-üç sene o sözün etkisinde kaldığını belirtmiştir. Kuzeninin kötü niyetten söylemediğini ama bu konuda çok hassas olduğunu, yakın olan insanların dikkat etmesi gerektiğini ifade etmiştir. Herkesin sevincini yaşaması konusunda özgür olduğunu ama onun yanında dikkat etmeleri gerektiğini özellikle belirtmiştir. Böylece insanların infertil bireylerle empati kurarak onların duygularına ve düşüncelerine dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamıştır.

“Yani benim yanımda çocuğuma onu yapıcım bunu yapıcım yok fotoğraf çekimi yapıcım bunlar beni rahatsız ediyor. Kesinlikle dinlemek, duymak istemiyorum. O ortamda olmak istemiyorum. Eşimin kardeşi var en yakınımızda olan. Hamile değil ama hamile olmadan bunları konuşuyor. İşte fotoğraf çekimi yaptırıcım falan ama o an şey diyorum bu dünyada kimin ne yaşayacağı belli olmaz ama asla yaşamasını istemem. Düşmanım yok düşmanıma bile istemem. Ama istediğim tek şey benim yanımda sadece, normal hayatlarında tabii ki onlar da herkes sevincini yaşamalı ama yanımda dikkat etmeleri.” (Müberra)

Şinok da eşinin ailesinin destek verdiğini ancak kayınvalidesi ile yaşadığı bir diyalogu onu üzdüğünü ve bunun tüm tedavileri boyunca devam ettiğini anlatmıştır.

“(…)Ben transfer yaptırdıktan sonra yatıyorum evde yanıma geliyor ve ilk söylediği söz ‘Olsun da kız olsun.’ Ben çok rahatsız oluyordum mesela bunu eşime aktardım kaç defa bizim sanki kızımız oldu da biz mi istemedik ki ‘Olsun, kız olsun.’ diyor”. Bunlar beni etkiliyordu.

Sonrasında bunları da atlattım. Dört seferde de (tedavide) hep aynı şeyi yaşadım. O beni çok rahatsız ediyordu.” (Şinok)

Görüşülen infertil kadınlardan çoğunun durumlarını sadece yakın çevresinin bildiği düşünüldüğünde onları mutlu eden ya da üzen olayların da yakın çevrelerinden gelmesi normaldir. Ancak yakın çevrelerinden bu tarz sözler duymak onları daha çok üzmektedir, çünkü yakınlarından anlayış ve empati beklemektedirler. Müberra’nın örneğindeki gibi “küçümseyici” bir ifadenin söylenmesi ve Şinok’un yaşadığı gibi her tedavi sonrasında olmayan bir bebeğin cinsiyetini ayırt etme veya tercih etme konusundaki konuşmaların infertil kadınlar için kırıcı olacağını tahmin etmek zor değildir. Müberra bunu duyduğu kişilerle görüşmemeyi yani geri durmayı tercih ederek başa çıkmaya çalışmış, Şinok ise bu üzüntüyü zamanla atlattığını belirtmiştir.

Bahar hamile olan birisi olduğunda çevresinde onunla iletişimi direk kopardığını ve psikolojik olarak bunu aşamadığını psikiyatrik ilaç kullanmaktansa uzak kalarak kendini tedavi etmek istediğini belirtmiştir. Nehir Naz ve Leyla da yaşatlarının “*ikinciye bile hamile kaldığını*” öğrendiklerinde onlarla aynı ortamda bulunmak istemediklerini belirtmişlerdir. Leyla onlar için sevindiğini ama yine de onları görmek bile istemediğini, mevlitlere, doğum günlerine çağırdıkları zaman gitmediğini söylemiştir. Ayrıca çocukları sevmek istediğini ama korkularının olduğunu, insanların “(...)Bir şey olsa çocuğa belki diyecekler ki bak bunun işte nazarı değdi.” demelerinden korktuğunu, gitse bile kendi durumunu çok düşünmemeye çalıştığını ifade etmiştir. Leyla’nın çocuk sahibi olanlar için sevindiğini belirtmesi infertilite deneyimini olumsuz algıladığını göstermektedir. Sorunu kendisine yönelmiş ve kimse ona bir şey demediği ve ortada gerçekleşmiş bir kaza ya da olumsuzluk olmadığı halde çocuklarına bir şey olursa bunu kendisine yüklemelerinden çekinmiştir. Çünkü o, çocuğunun olmayışını diğer insanların kendi çocukları için bir tehdit olarak algılayıp üstelik bunu ispat edemeyeceği bir yolla “nazar”la açıklayacaklarını düşünmektedir. Yani, çok çaresiz kalacağı, gerçekte olmayan bir durum üzerine düşünüp bunun gerçekleşme ihtimalinden korkmaktadır. Bu düşüncesinin oturduğu zemin Leyla’nın yanlış inançları ve otomatik düşünceleridir. Bunlar da bireyin güçlenme sürecini olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Kadınların üçte biri tedavinin ilk zamanlarında kendilerini hamile ve çocukların olduğu ortamlardan geri çektiklerini ama zamanla bunu aştıklarını söylemişlerdir. Örneğin Gülüm Su, evlendikten sonra ilk zamanlarda kendisinin hiç çocuğu olamayacağını düşündüğü için bu ortamlarına girmediğini, “*İlk evlendiğimizde ablam, yengelerim gebe kalmıştı, ben onları görmek dahi istemiyordum. Yani psikolojim bozulur gibisine hani ‘Onların oluyor da benim niye olmuyor.’ gibisinden(...)*” sözleriyle ifade etmiştir. Bebeği olanlarla kendi durumunu karşılaştırıp kendine yönelik olumsuz duygular hissetmiş ve çok üzülmüştür. Ancak tedaviye başladıktan özellikle ilk tüp bebek denemesi tuttuktan sonra bu duygunun kalmadığını bunu aştığını belirtmiştir. İlk çocuğu için tedavi görüp sonrasında spontan gebelikle doğum yapan ve şimdi yeniden ikinci çocuğu için tedavi olan Serra da “*Ama yani o süreçte sanki böyle yıllarca hiç çocuğun olmayacak düşüncesiyle yaşıyorsun, bayağı bir geriliyorsun (...)*” dedikten sonra şimdi bunları yaşamadığını da belirtmiştir. Tedavi başarısızlıkları Serra ve Gülüm Su’yu umutsuzluğa düşürmüş ve onları “*hiç çocuğu olmayacağı*” şeklinde bir düşünceye sevk etmiştir. Tanıyı kabullenmeye yardımcı olması

beklenen bu düşünce onları rahatlatacakken psikolojik olarak germiştir. Başarılı bir tedavi olana kadar bu düşünce onları güçsüzleştirmiş ve sosyal ortamlardan geri çekilme şeklinde hayatlarına yansımıştır.

İnfertil bireylere karşı hassas olan bir sosyal çevre sosyal izolasyondan bireyleri korumaktadır. Boncuk kendisinde geri çekilme gibi bir duygu olmadığını, hatta kuzenleri ve arkadaşlarının çocuklarını çok sevdiğini ama diğer katılımcılardan farklı olarak onların kendisinin yanında konuşmalarının onu üzdüğünü belirtmiştir. *“Bana aslında yanımda bazen konuşmak istememeleri, onu anlayabiliyorum. İşte hani gözüme sokmak istememelerini aslında beni üzüyor. Çünkü ben durumdan gerçekten üzülmiyorum. Seviniyorum aslında onlar adına yani.”*

Zeynep de sosyal izolasyonu sorular sorup canını acıtacağını düşündüğü insanların olduğu ortamlardan uzak durarak yaşarken hastanede edindiği arkadaşlarının onu anladığını düşündüğü, duygularına karşı hassas oldukları için onlara ve sosyal çevresinde onun hassasiyetlerine dikkat eden insanlara karşı yaşamadığını belirtmiştir.

“... Burada konuşurum, bunlar çünkü benim halimi anlıyorlar. Nerede canımın acıdığını nerede acımadığını biliyorlar. Ondan oralara dokunmuyorlar. Ama dışardakiler bilmediği için onlara göre normal olduğu için canımı acıtabiliyorlar. O yüzden ben onlara karşı kapatmışım kendimi benim halimden anlayana değil tabi ki.” (Zeynep)

Diğer katılımcılar ise kendilerini çekmek gibi bir tercihleri olmadığını veya tam tersi çocuklarla olmanın onlara iyi geldiğini ifade etmişlerdir. Böylece çocuklarla birlikte olmanın da başa çıkma süreçlerinde kadınlara yardımcı olabildiği durumlar da bulunmaktadır.

“Yok, hiç olmadı. Tam tersi transfer yaptığımda benim bir arkadaşım doğurmak üzereydi. Bir eltimin ikizleri var. Bir arkadaşımın yine bebeği var. Bunlar da çok sık gördüğüm insanlar olduğu için yine bir araya geldik yine konuştuk yine muhabbetimiz oldu. Hiç olmadı yani öyle bir şey girmedi araya.” (Şinok)

Daha önce infertilite ile ilgili konuşmaları da rahat ve espri ile karşıladığını belirten Nur düşüncelerini *“Hamile kadınları gördüğümde karnını sevmek istedim, yani ya da ne bileyim işte çocuklarla diyalogum daha güzel oldu, çocukları zaten çok seviyorum.”* şeklinde aktarmıştır.

Nur’un da Elif gibi infertilite sürecinin gerçeklerinin ve tüm ihtimallerin farkında oluşu ayrıca bir de arkadaş çevresinde infertil bireyler bulunuşu onun güçlenme deneyimini kolaylaştırmaktadır. Zeynep de çocuklu ve hamile ortamlarından kaçmadığını hatta onlarla eğlenmenin vakit geçirmenin hoşuna gittiğini, onların yanındayken bütün dertlerini unuttuğunu belirtmiştir.

Elif de eşiyle çocukları çok sevdiklerini, çocuklarla aralarında iyi ve sıcak bir ilişki olduğunu söylemiştir. Elif’in daha önceki paylaşımlarında tedaviyi bir daha denemeyeceğini söylediğini ve çocuksuz bir hayata kendini hazırladığını da hatırlatarak konuya bakışını bununla ilişkilendirmek bu tutumu açısından anlamlıdır.

“... Olmayacaksa niye kendimi çekeyim, yapacak bir şey yok. Biz bu dünyaya imtihana geldik, biz bu düşünceyle bakıyoruz ve herkesin imtihanı ayrı yani böylesi daha hayırlı olduğu için. Şu an imtihan ediliyoruz yani. Allah isyan ettirmesin, aynen öyle düşünüyoruz. Bebekleri olana hediyesini alıp gidiyoruz, hiç de şey alırsız kucagımıza...” (Elif)

Nergis kendini geri çekmesi durumunda daha çok üzüleceğini “*Hani nasıl diyeyim... Mesela köpekten korkarsınız, korkunun üzerine gitmedikten sonra korkunu yenemezsin. Bu da onun gibi bir şey. Çocuklardan kendimi geri çekmenin ya da çocuğu olan insanlardan kendimi geri çekmenin bana bir fayda sağlayacağını düşünmüyorum.*” sözleriyle açıklamıştır. Nergis korkusunu yenmenin en iyi yolunun korkusunun üzerine gitmek olduğunu ve bunu gerçekleştirdiğini söyleyerek infertilite sürecinde muhtemel tepkilerden biri olan sosyal izolasyonla problem odaklı bir yolla başa çıkmaya çalışmıştır. Nergis, sorunlarının üstüne gitmeyi onlardan kaçmamayı bir yöntem olarak belirlediğini bir başka paylaşımında da aktarmıştır. İnfertiliteden dolayı sosyal çevrede karşılaştığı olumsuz durumlarla ilgili paylaşımında bahsettiği kendini eğiterek olumsuzluklardan kendini koruması da buna örnektir.

“Çok zayıf kaldığınız anlarda çok etkiliyor. Ben çok etkilenmiyorum. Etkilenmemeye çalışıyorum, bu benim için en faydalı olacak şey aslında ben güçlü yoluma devam etmek istiyorsam, bunlara kulak asmamam gerektiğini çok iyi biliyorum. Tabii zamanla kendi kendimi eğiterek yaptım diyebilirim.” (Nergis)

4.5.4. Tanı ve tedavi sürecinin ekonomik ve toplumsal boyutu

İnfertilitenin bireyin yaşadığı toplumda nasıl algılandığı, bireyin infertilite ve tedavi sürecindeki deneyimini anlamlandırmasında önemli bir faktör olabilmektedir. Bu anlamda infertilitenin toplumda ifade ediliş şekline, bireye göre tanı ve tedavinin toplumda nasıl algılandığına, tedavinin kadınların iş yaşamını nasıl etkilediğine, tedavinin maliyeti ve devlet desteğini içeren ekonomik boyutuna, infertil bireylerin ekonomik ve toplumsal olarak karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma stratejileri bu bölümde yer alacaktır. Yedi ve sekizinci araştırma sorularına (AS7-AS8) bu temada cevap aranmıştır.

4.5.4.1. Tedavi maliyeti ve devlet desteği

İnfertilite için, ekonomik konular tedavi süreci için oldukça önemlidir. Literatürde infertilitenin ekonomik boyutu ile ilgili Franco ve diğerlerine göre (2002) yüksek maliyetler ve nispeten düşük başarı şansı düşünüldüğünde tedavi stresli bir atmosfer yaratır. Tedaviyi tekrarlamak için yeterli parayı bulamama ya da bulmakta zorlanmak stresi artırmaktadır. Bu nedenle tedavide maddi sorunların kontrol edilmesi bireylerdeki stres seviyesinin düşmesi için önemlidir.

Topdemir Koçyiğit’in (2012) çalışmasında Türkiye’deki çiftlerin tedavi için ayırdığı ortalama giderin ortalama hane bütçesinin yaklaşık üç katına eriştiğinin ifade edilmesi ekonomik sorunların tedavi açısından ortadan kaldırılmasının gerekliliğini de göstermektedir. Bireylerin ekonomik anlamda desteklenmeleri güçlenme sürecinde bireyler için önemli bir kaynak olacaktır. Bunun gerçekleşmesinin somut adımı tedavi maliyetine yapılan devlet desteğidir. Bu nedenle bu bölümde hem tedavi maliyeti hem de devletin sağladığı destek hakkında infertil bireylerin deneyim ve düşüncelerine yer verilecektir.

Bu araştırmada görüşülen kadınlara bugüne kadar oldukları tedavilerin toplam maliyeti yaklaşık olarak sorulmuş ve uzun yıllardır tedavi gören, devlet desteği koşullarını sağlamadığı için destekten faydalanamayan ya da devlet desteği hakkını doldurduktan sonra da yine tedavilere kendi imkânlarıyla devam eden kadınların tedaviye harcadığı

ortalama miktar hane bütçesinin ortalama iki katına erişmektedir. Ancak bunun dışında, diğer katılımcılara oranla tedavi için çok daha fazla ödeme yaptığını ya da kredi çekerek tedavi masraflarını karşıladığını söyleyenler de olmuştur.

Resmi olarak beş yıldır evli olan ancak eşiyle ondan önceki on yıllık nikâhsız birlikteliklerinde “devlete gidemediği için” hep özellerde tedavi olduğunu anlatan Fatma’nın söylediği rakam ortalama aile bütçelerinin yirmi katıdır.

“Toplam maliyet 50000 olmuştur. Fazlası vardır eksiği yoktur. Yani sadece tüp bebekle kalmadık ki biz, tüp bebeği beş yıldır yapmışız, ondan önceki on yıllık evliliğimiz süresince nikâh olmadığı için devlet hastanelerine gidemiyordum, kız görünüyordum, hep özellere gittim, 7. senemde öğrendim ki hani sorun varmış eşimde. O yüzden ondan sonra nikâh yaptıktan sonra devlet hastanesine geldik, bu hep özeller yedi-sekiz ay biri olmadı yok öbürü gidelim dışarda aşılama şu bu derken fazlası gitmiştir.” (Fatma)

Tedavide onuncu yılına yeni giren Bahar tedaviye harcadığı tutarı tam hatırlamasa da “hacıya hocaya” kaptırdığı parayla birlikte “iki tane daire alabilecek para” olarak ifade etmiştir.

Her iki tedavilerinde de imkânları olmadığı için bankadan kredi çekerek özel bir klinikte tedavi olan Gülüm Su maddi anlamda yıprandıklarını ifade etmiştir.

“İmkânımız yok, bankadan kredi çekerek yaptık çünkü yok bunu karşılayacak şeyimiz yok. Bankadan kredi çektik birincisini öyle yaptık, sonra ikincisini de aynı şekilde çektik bunu da öyle yapacağız şimdi.(...) Gerçi biraz maddi durumdan dolayı biraz şey oluyor insan yıpranıyor ama yine de sonunda bir güzellik var.” (Gülüm Su)

Ekonomik sorunlar tedavi boyunca bireyleri güçsüzleştiren önemli bir faktördür. Günlük masrafların dışında bir gider kalemi olan tedavi, zaman açısından sorun yaşayan bireyler için durumu daha da zorlaştırmaktadır.

Maddi konuların bir diğer boyutu ise devletin infertil bireyler için sağladığı maddi destektir. Devlet desteği bağlamında kaç uygulamaya imkân sağlandığı, katılımcıların devlet desteği hakkındaki görüşleri tedavi sürecindeki deneyimlerini ve kararlarını kısmen etkilemiş görülmektedir. Örneğin literatürde sosyal güvenceleri üç denemeye izin veren ülkelerde yaşayan çiftlerde tedavi tekrarlama kararına ilişkin stres görülmediği belirtilmiştir (Franco vd., 2002).

İnfertil kadınlardan devlet desteğini yeterli bulanlar da vardır. Fatma ilaçların fiyatlarıyla ilgili detaylı açıklama yaparak devlet desteğini yeterli bulduğunu belirtenlerdendir.

“Bence yeterli yani hastane zaten 350 lira bir para alıyor. Zaten ilaçlar da çok pahalı, dışardan alırsan kutusu 500 TL. Zaten sen on kutu ondan on kutu ondan alıyorsun hepsinden 800 lira bence çok iyi. Bir kutuya 500 lira veriyorsun, ama bir koli ilaç veriyor sana, 500 liralık ilaçtan 10 kutu alıyorsun, bir de ayrı ilaçlar alıyorsun 800, bence yeterli.” (Fatma)

Ancak kadınların önemli bölümü desteğin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yedinci tedavisini olan ve devlet desteğinden faydalanan 38 yaşındaki Nergis transfer edilen embriyo sayısı ile ilgili görüşlerini ve taleplerini şöyle aktarmıştır.

“Embriyoyu sınırladılar biliyorsunuz. 35 yaşa kadar bir embriyo, 35 yaş sonrası iki embriyo gibi. Bu konuda çok sıkıntı çeken vardır diye düşünüyorum. Kişilerin istediği kadar embriyo konulabilmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Doktorlar da başarı ihtimalini arttırmak için bunu isteyeceklerdir ama maalesef yasalar buna izin vermiyor.” (Nergis)

Devlet desteği ile ilgili yetersizliklerden bahsederken araştırma yapıldığı dönemde mevcut AKP hükümetinin toplumdaki bireylerin üç çocuk sahibi olmasıyla ilgili politikaları olarak bilinen “üç çocuk” söylemine değinen bireyler de olmuştur.

34 yaşında ve yedinci tedavi denemesini gerçekleştiren Sevim’in üç çocuk söylemiyle ilgili eleştirisi transfer edilen embriyo sayısındaki sınıradır.

“(Devlet desteği) iyileştirilmeli. Eğer 3-4 çocuk yapın diyorlarsa sınırı kaldırmaları gerekiyor hem sonuçta iki tane konuyor, üç tane konuyor yumurta daha çok çocuk bir sefer de olur yani, o kadar 3 çocuk yapın diyorlarsa bunda niye sınırlama var” (Sevim)

Elif ise evlendikleri zaman eşi çalışmadığı için sigortaları olmadığından beklemek zorunda kaldıklarını belirtip desteğin iyileştirilmesi ile ilgili dönemin Cumhurbaşkanı’na yazdığını aktarmıştır.

“... Cumhurbaşkanımıza da yazdım ben üç tane, dört tane diyorsun ama önlerini de biraz aç bak tüp bebek yaptırmak istiyoruz belki zamanında sigortamız olsaydı belki evlendiğimiz zaman geldik olurdu bu konularda biraz daha destek olmamız lazım Türkiye’nin nüfusu da çünkü gittikçe düşüyor artık. Benim izlenimlerime göre yani (...)” (Elif)

Papatya ise devletin çocuk konusundaki isteğine göre imkânları yetersiz bulunduğunu ifade etmiştir.

“Devlet en iyi şekilde imkânları düzenlemeli ailelere göre madem herkesin çocuğu olsun istiyorlar.” (Papatya)

Miraç “Özel ilaçlarımız var, yumurtalıklarımız zayıf olduğu için özel ilaçlar kullanıyoruz. Biz bunları dışardan ücretli alıyoruz ki yüksek rakamlar, keşke devlet onları da belli bir bütçe karşılığında karşılayabilseydi.” diyerek reçete harici aldıkları ilaçların da devlet desteğine dâhil edilmesini talep etmektedir.

Devlet desteğinin tedavideki sınırlamaları ile ilgili Anne ise “Üç tane aşılama zaman kaybı olarak görüyorum ben. Hem vücudun yoruluyor, hem yumurtalıkların, direk tüp bebek hakkı olmalı, üçten de beşe çıkmasını daha çok isterim.” diyerek çocuk sahibi olmak için devlet desteği alan bireylerin öncelikle üç aşılama tedavisini tamamlama zorunluluğunun hem vücudu yordugunu hem de zaman kaybı olduğunu ifade etmiştir. Bununla ilgili daha önce özelde bir aşılama tedavisi görüp maddi imkânsızlıklardan dolayı yeni denemesi için devlete başvuran Leyla sonraki süreci şöyle anlatmaktadır: “Buraya da başvuralı işte sekiz ay oldu. İlk önce dosya falan açıldı. Aşılama yapılacak falan denildi. Şey olmuyormuş, devlet karşılamıyormuş ilk aşılama devlette olmadığı için. Altı bin liraymış yani. Şimdi de kabul ettik aşılama, şimdi daha yeni başladık.” Leyla için tedavi süreci maddi sorunlarından dolayı en başa sarmıştır ve eğer özel bir şekilde yaptırmak için maddi durumu iyileşmezse tüp bebek denemesi için üç tane daha aşılama tedavisi görmesi gerekmektedir. Sunulan hizmetlerle ilgili görüşlere ilişkin bölümde bazı infertil kadınların devlet desteğinden faydalanmak için tamamlanması gereken prosedürün çok uzun olduğuna ilişkin şikâyetlerine geniş yer verildiğinden burada ayrıca detay verilmeyecektir.

İkinci tedavisini devlet desteği ile gerçekleştiren 34 yaşındaki Nur, devlet desteğinin çok daha iyileştirilip, tamamen ücretsiz olması yönünde düzenleme gerektiğini düşünmektedir.

“Tüp bebek ve aşılama yöntemlerinde herkesin bütçesi olmayabilir. Bazı insanlar bu tedavi sürecini yapmadan çocuk sahibi olamayabilirler. Yaşayan her bireyin anne ya da baba adaylarının anne baba olmak hakkı diye düşünüyorum. Ve bu tedavilerin devlet desteği ile

ücretsiz bir şekilde hani hiçbir ücret talep edilmeden yapılmasını talep edebilirim. (...) Bütçesi olmadığı için hiçbir insan bu sevgiden mahrum bırakılmamalı diye düşünüyorum.” (Nur)

Devletin aynı evlilikten daha önce çocukları olan çiftlere yardım yapmıyor oluşu bir oğlu olan Serra için düzenleme gerektiren bir uygulamadır. İmkânı olduğunu belirtse de maddiyatın infertilite için önemli bir sorun olduğunu düşünmektedir. Ayrıca devletteki yaş sınırlamasının toplumsal yapıda meydana gelen evlilik yaşıyla ilgili değişime adapte edilmesi gerektiğini de ifade etmiştir.

“Üç çocuk söyleminin çok havada kaldığını, çok saçma olduğunu düşünüyorum. Çünkü zemini düşünmeden, ha belki farklı amaçlar için söylenmiş olabilir, Türkiye’deki nüfus dengesiyle alakalı olarak, o anlamda kendilerine göre haklılık payları olabilir de ama yani şu tüp bebek tedavisindeki masraf düşündürüyor, yıpratıyor insanı (...) Yani tamam şimdi hani benim bir çocuğum var da imkânım olmayabilir ikinci yapılmaya yani, çalışmıyor olabilirdim, eşimin de işi olmayabilirdi. Nitekim bir sürü insan var Türkiye’de. (...) Yaş sınırıyla ilgili bence evlilik sınırı değişti artık, 30’larda 35’lerde evleniliyor normalde, yaşam standartları da eskiye göre daha yükseldi, yani kadınlar 50 yaşında da doğurabiliyor, buna göre yaş sınırı daha yukarılara çekilebilir.” (Serra)

Beyaz Papatya transfer edilen embriyo sayısına ilişkin birden fazla hücre transferi için yaşın aşağı çekilmesi yönünde görüş bildirmiştir.

“Yeterli ama hani şey, yaşı küçük olanlara da ikişer tane konsa daha iyi olur. Yaşım küçük olduğu için benim bir embriyo kondu. Hani teki çifti için değil ama şansını arttırmak için.” (Beyaz Papatya)

Tedavi maliyeti, devlet desteğine ilişkin prosedür ve devlet desteğindeki kısıtlar, ailelerin bütçesi infertil bireylerin hem maddi hem psikolojik olarak başa çıkmalarını gerektiren bir süreçtir. Maddi sorunların halledilemediği ve tedavinin ertelendiği çiftlerde çocuk sahibi olmakla ilgili umutlar azalacak ve zaman faktörünün de baskısıyla bireyler psikolojik anlamda daha da zorlanacaklardır. Bu nedenle devlet desteği özellikle düşük ekonomik gelir grubunda olan infertil kadınların tedaviye devam edebilmeleri yani çocuk sahibi olmaya yönelik umutlarının devam edebilmesi için çok önemlidir. Devlet desteğinin iyileştirilmesi bireylerin güçlenmeleri ve stres veren bir durumun azalması ya da ortadan kalkması için önemli bir gelişme olacaktır.

4.5.4.2. Tedavi sürecinin iş yaşamına etkileri

Bir tüp bebek tedavisi, transfer sonrası gebelik testine kadar olan bekleme süresini çıkardığımızda bir ay civarında sürmektedir. Kadınlar yumurta gelişimi aşamasında gün aşırı ziyaret edip kan tahlili ve ultrason görüntülemesi için hastaneye gitmektedir. Aradaki belirli muayeneler ve işlemler sonunda transfer gerçekleşirse, en son gebelik testinde hastane ziyareti yapmaktadırlar.

Görüşmeye katılan infertil kadınlardan on biri ev hanımıdır. Diğerleri ise çeşitli işlerde çalıştığını belirtmiş, çalışan bireylerden üçü tedavinin iş yaşamını etkilemediğini ifade etmiştir. Tedavinin diğer katılımcıların iş yaşamına nasıl etki ettiğine ve onları nasıl etkilediğine bu bölümde değinilecektir.

Kendine ait bir işletmesi olan ve izin konusunda problem yaşamayan Şinok, iş yerindeki yardımcısıyla tedavi sürecini yönetmektedir ve bu durum onun için iş hayatında ve tedavi sürecinde bir avantaj sağlamıştır. Şinok, çalışarak maddi anlamda eşine destek olduğunu ifade etmiştir. Eşiyle tedavi için bir kenarda paralarının durmasını istediklerini, bunun için

ayrı bir bütçe ayırdıklarını belirtmiştir. Burada görülüyor ki infertilite çiftlerin ekstra bir bütçe ayırması gereken ekonomik yükü beraberinde getirmektedir.

Nehir Naz gebelikten dolayı bebeğin kasıklarına baskı yaptığını ve rahat edemediği için çalışmadığını belirtmiştir. Görüşülen diğer gebe Anne, aile şirketlerinde muhabeseye baktığını ama hem havanın sıcak oluşundan ve stres olmak istemediğinden hem de yedinci haftada kanaması olduğundan dolayı rapor alarak idare ettiğini iş hayatını tamamen bitirmediğini belirtmiştir. Bebek olduktan sonra kafa dağıtmak için çalışması gerektiği yönündeki anlatımlarından iş hayatının onun için sorunlarından uzaklaşmanın bir aracı olduğu anlaşılmaktadır.

Boncuk, aşılama tedavileri gördüğü sırada çalışırken tüp bebek tedavisine başladığında izin almakta sorun yaşadığı ve iş stresinden kurtulmak istediği için işini bıraktığını aktarmıştır. Tedaviden dolayı işi bıraktığını söyleyen Boncuk'un iş yaşamının tedavide sürecinden etkilendiği görülmektedir.

Tanınmış bir tekstil firmasında yöneticilik yapan Nergis de on iki yıldır çalıştığı firmanın devredilmesinden dolayı haklarının sıfırlandığını ve tedaviye devam etmek istediği için bu sıfırdan başlama durumunun onu zorlayacağını düşündüğünden işini bırakmıştır ancak bu ayrılığı olumsuz yorumlamamıştır. *“Tabii ki başlarda biraz etkilendim. On iki yıllık bir işinizi bırakıyorsunuz tabii. Yirmi yıllık bir çalışma hayatınız var ama bir amacım olduğu için kötü etkilemedi diyebilirim, bu da bir amaç. Nasıl para kazanmak amacıyla çalışıyoruz, çocuk sahibi olmak için de ayrıca çalıştım.”*

Çalışma konusunda en çok problem yaşayacakları durumun yumurta gelişimi aşamasındaki sık hastane ziyaretlerinde olması beklenirken bu zamanlarda izin almakta sorun yaşamayan kadınlar birlikte çalıştıkları arkadaşlarının ya da üstlerinin onlara yardımcı olmaya çalıştıklarını söylemişlerdir. Bu kişilerin iş yaşamı tedaviden olumsuz anlamda etkilenmemiştir. Ayrıca görüşmelerde belirtildiği gibi hastane onlara bir rapor düzenlemektedir; bu da izin sürecindeki sorunları azaltmaktadır. Aşağıda Serpil, Ayşe ve Zeynep'in örnekleri tedavinin iş yaşamına farklı yansımaları ve iş yaşamının tedavi sürecine etkisi hakkında fikir vermektedir.

Bir tekstil firmasında 16-17 yıldır çalıştığını belirten Serpil iş verenlerinin evladı gibi olduğunu ve izin konularında zorluk çekmediğini söylemiştir. Ayşe iş yerindeki arkadaşlarının ve idarecisinin yardımcı ve destek olması hem stres yaşamamasını hem de anlaşıldığı için iyi hissetmesini sağlamıştır.

“Yani şey evet, bazı firmalar olsa evet derim ama bu firmadaki çalışan usta çok anlayışlı bu konuda, benim psikolojimi çok iyi anladı. Ben her şeyi anlattım ona, iğne süreçlerinde bile bana yardımcı oldu, doktor odamız var bizim oraya bir arkadaş iğne vurmaya bildiği için, onu iş saatinde kaldırıp bana yardımcı oldular. O konuda da çok anlayışlılar.” (Ayşe)

Daha önceki düzenli işini, *“Bir gün izne bile tahammülü yok adamın (işveren)”* diyerek izin alamadığı için bırakmak zorunda kalan Zeynep, harçlığını ve tedavi masraflarını çıkarmak amaçlı, eleman ihtiyacı olan küçük bir tekstil işletmesinde çalıştığını söylemiştir.

“Yalan yalanı doğuruyor, kafana takıyorsun, bir dahaki gideceğimde muayeneye ben ne yalanı söyleyeceğim ona. Erkekti oradakiler, bayana tamam ama erkeğe ne anlatabilirsin. Geç gidiyorsun buranın hali belli bak, sabah geldim akşamüstü gidicem, o yüzden ona anlatamazsın

ki. Adam diyor hemen yap gel. Gidemeyeceğim ne diyeceğim, o yüzden burası daha rahat. Ne kadar çalıştıysan o kadar sigortanı ödüyor, paranı o kadar alıyorsun. Katlanıyorum hani hiç yoktan iyidir, deyip evde oturmaktansa, kafamı dağıtıyorum, akşama kadar gidiyorum, yiyorum içiyorum, güliyorum, hem işimi yapıyorum hem kafam dağılmış oluyor. Bir iş yapıyorsun, bir şeyler üretiyorsun, beyin gidiyor ona. İyi geliyor şükürler olsun.” (Zeynep)

Zeynep bu işinin kendisi içi daha iyi olduğunu hastaneye gelişlerde yalan söylemek zorunda kalmadığı, patronlarının kadın olduğu için sorununu daha rahat anlatabildiğini söylemiştir. İş yaşamında kurulan yakın ilişkiler, sorununu anlatabileceğini düşündüğü ve empati gördüğü insanlarla birlikte çalışmak ve küçük müesseselerde çalışmak infertil kadınlar için süreci kolaylaştırıcı ve psikolojik olarak rahatlatıcı etkenlerdir. Aynı zamanda Zeynep’in belirttiği gibi bir işte çalışıyor olmak ve üretiyor olmak ekonomik bir gelirin ötesinde psikolojik olarak iyi hissettirmiş, öz-yeterliliğin artmasına sebep olmuştur. Ayrıca dikkatini tedaviden başka yöne vererek olumsuz düşüncelere yoğunlaşmamasına yardımcı olmuştur. Orada güzel vakit geçirmesi de psikolojik anlamda destek olup güçlenme sürecine destek vermiştir.

Bahar da bir kozmetik firmasında çalışırken geliş gidişlerin zor olmasından sonra işinden ayrılmıştır. Sonrasında ise iki yıldır iki aylıkken tanıştığı bir çocuğa bakmaya başladığını ve bu deneyimle birlikte psikolojik olarak iyi hissettiğini söylemiştir. Ona “*Çocuğum olursa ben çok iyi bir anne olurum.*” dedirten bu iş deneyimi onun daha önce sosyal çevre tarafından yaralanan öz-saygı ve benlik algısını (Yanikkerem vd., 2008; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013) yeniden inşa etmesine yönelik olumlu bir basamak olmuştur. Ancak yorucu olduğundan bırakmayı düşündüğünü de eklemiştir.

“Çok güzel, çok tatlı, hani söyle bir düşünüyorum da eğer çocuğum olursa ben çok iyi bir anne olacağıma inanıyorum. İki aylıkken aldım, Zaten o bayan da 45 yaşında doğum yaptı, onun da çocuğu olmuyordu. (...) iki yaşında şu an hala bakıyorum. Çok güzel yani hani her şeyle ben ilgileniyorum. Çok yorucu ama çok güzel.(...)Biraz etkiliyor, yani bırakacağım zaten, hani sonuçta kucak istiyor ve ağır kaldırmak istemiyorum, yorulmak istemiyorum, beynim rahat olsun.” (Bahar)

Lise öğretmeni olan Serra öğrencileri ve okul idaresi açısından düzenin bozulmaması ve dönem içi derslerin aksamamasını istediği için tedaviden dolayı uzun süreli raporlar almadığını belirtmiştir. Ayrıca tedavi ve sonrası sürecin yaz dönemine denk gelmesi için uğraşmış ancak hastanenin tadilatı olduğunu ve tedavinin ertelenmesi gerektiğini duyunca hayal kırıklığı yaşamıştır.

4.5.4.3. “Kısır ve kısırlık” kavramı

İnfertilite kelimesinin Türkçe anlamı kısırlıktır. Bu araştırma boyunca kısırlık yerine infertilite kelimesi kullanılmasının sebebi özellikle kısırlık kelimesinin bireylerde olumsuz çağrışım yapmasıdır. Bu kelimenin toplumda kullanımına ve infertil kadınlara çağrıştırdıklarına dair görüşleri sorulmuştur. Böyle bir kelimenin kendisine doğrudan yöneltilenler de kendisine yöneltilmeyenler de kelimedden genel olarak rahatsızlık duyduğunu ifade etmiştir.

Aysun kısır kelimesinin onu rahatsız etmediğini söyleyen az sayıdaki kadından biridir. Bir arkadaşının çevresinden “kısır” kelimesini duymamak için tedavi sürecini sakladığını duyunca ona, “*Bu hani öyle de olabilir insan kısır da olabilir sonuçta hani Allah isterse verecek niye, kendini sen strese soktun. Ha öyle düşünen kendi cehaletinden yani.*” dediğini

anlatmıştır. Bu açıklamasıyla Aysun da infertilite deneyimini normalleştirmiş görünmektedir. Bunu hem kaderci bir açıklamayla hem de insanların infertil olmalarının normal olduğu bunu onlara karşı kullananların cahil olduklarını belirterek akılcı bir açıklamayla ifade etmiştir.

Müberra kısırlık kelimesinden rahatsız olmamama nedenini “*Çünkü kendimi öyle hissetmiyorum.*” diyerek açıklamıştır. Bu duygu tedaviye ilişkin umutlarının yüksek olmasından kaynaklanmış gibi görünmektedir.

Kısırlık kelimesinden rahatsız olmayan Nur, infertilite durumunu normalleştiren ve kabullenen bir bireydir. Bu, onu infertiliteyle ilgili muhtemel olumsuzluklar karşısında daha özgüvenli ve güçlenmiş kılmaktadır. Kısırlıkla ilgili görüşünü hem akılcı hem de kaderci bir yaklaşımla açıklamıştır.

“(Kısırlık kelimesi) Rahatsız etmiyor yani bu hani söylem olarak biraz argo, abes yani bir insanı aşağılayabilir ama şu süreçte beni rahatsız etmez. Neden, çünkü ben bir gün çocuğumun olabileceğini umut ediyorum, olmayacaksa da onda bir hayır olabileceğini umut ediyorum. Sonuçta Allah istiyorsa olur, istemiyorsa da ne olursa olsun olmayacaksa olmaz yani. Bunun iki yolu var ya olacak ya olmayacak bunu Allah’ım isterse olur istemezse de yapacak bir şey yok” (Nur).

Nergis de kısırlık kelimesinden rahatsızlığını belirtmesine rağmen, paylaşımı kendini nasıl telkin ettiği, başa çıkma ve güçlenme deneyimi açısından anlamlıdır.

“Mutlaka rahatsız ediyor tabii ki. Fiziksel hiçbir probleminiz yok ve çocuğunuz olmuyor bu tabii ki sizi çok büyük etkiliyor ama sürekli kendime nasıl diyeyim, terapi yapıyorum diyebilirim. Bu benim suçum değil, en başta. Suçumun olmadığını kabul ettikten sonra da gayet güzel kendimi telkin edebiliyorum bu konuda.” (Nergis)

İnfertil kadınların infertiliteyi bir “suç” olarak değerlendirmemeleri, infertiliteyi kabullenmeleri, kendilerini infertiliteden dolayı eksik hissetmek yerine özgüvenli ve yeterli bulmaları karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmaları ve infertilite deneyimi karşısında güçlenmelerinin en önemli, en etkin adımıdır. Ayrıca kısırlık kelimesinden rahatsız olduğunu belirtip infertilite deneyimi ile ilgili “*infertilitenin kendisinin elinde olmadığını*” söyleyen biri ile Nur arasında ince bir ayrım vardır. İnfertilite ile alakalı “*Bana olumsuz bir söz söylenmedi ama bazen hani diyorlar, bir sorun olduğu zaman bir kavga ettiğimiz zaman ‘Allah sana niye vermedi?’ , böyle ağır kelimeler demelerinden korkuyorum. Benim elimde olan bir şey değil bu süreç, kimse istemez. Allah herkesi bir şeyle deniyor. Beni de bununla sınıyor.*” diyen Zeynep de Nur gibi kaderci bir açıklama yapmış ancak bunun kendi elinde olmadığını, kendini bununla suçlamadığını belirtirken infertiliteye olumsuz bir anlam yüklemektedir. Oysa Nur’un açıklamasında infertil olma, olmama kadar normal bir durumdur. Bu ayrım infertilitede güçlenme sürecinin sürdürülebilirliği açısından önemlidir ve Nur, Zeynep’e göre güçlenme açısından daha avantajlı görünmektedir.

Kısırlığın kime söylenirse söylensin rahatsız edici bir kelime olduğunu düşünen Şinok kısır kelimesinin toplumda “eksiklik, noksanlık” gibi algılanmasından dolayı kısır/kısırlıkla ilgili kendi algısının da bu şekilde olduğunu belirtmiş ve bunlar yerine “*Çocuğu yok.*”, “*Çocukları olmamış.*” gibi yumuşatılmış ifadelerin tercih edilmesini doğru bulduğunu ifade etmiştir.

Öğretmen olan Gül ise hastaneden izin için verilen kâğıdın üzerinde “Kısırlık (İnfertilite)” diye bir yazı olduğunu bunu müdürüne verdiğinde onun da dikkatini çektiğini anlatmıştır. Bu durumu paylaşmak istemediğini söylediğinde müdürün raporu dosyasına koyarken üstünü kapatarak fotokopi çekip öyle koyduğunu, buna dikkat ettiğini söylemiştir. Orada yazan kısırlığı zor kabullendiğini ağlayarak şöyle anlatmıştır: *“Herhalde yine sosyal çevrenin verdiği bir şeydi hani, kısırlık kötü bir hastalıkmiş gibi bir yer edinmiş galiba bende garip bir his uyandırdı. O şekilde yazıyor olması etkiledi...”* (Gül)

Kısır/kısırlık kelimesine karşı kaderci bir şekilde yaklaşımların yoğun olduğunu kadınların paylaşımlarında görülmektedir.

“Çevremden, kısırlıkla alakalı hiç duymadım. Çok çocuk olmayan insan var yediklerimizden GDO’lu besinlerden kaynaklı olduğunu söyleyen çok fazla var. ‘Bir tek sen yoksun herkes böyle.’ diyorlar. Allah ne emrettiyse, diyor ya ‘Kiminize kız, kiminize erkek çocuk vereceğim, kiminize vermeyeceğim.’ İnsan bilemiyor, herkes ister tabi ki çocuğu olsun. Allah yazdıysa ne yapabiliriz ki kısmet, nasip bu iş. Çevremde en çok bunları duyuyorum, onun olmuyor bunun da olmuyor diye. Geldiğimizde görüyoruz işte herkes tüp bebek yaptırıyor. Büyük olsun genç olsun herkes uğraşılıyor. Sadece biz değiliz. Buraya geldiğimizde arkadaşlıklar edindik onlarla da konuşuyoruz hep.” (Papatya)

İnfertiliteyi sadece kendi yaşamadığı için yalnızlık hissetmeme ve bundan güç bulma, tedavi olan bireylerle yakınlaşma, arkadaşlık edinme ve kaderci açıklamalar Papatya’nın başa çıkma yolları arasındadır.

“(Kısır/kısırlık)Beni rahatsız ediyor, çok yanlış olduğunu düşünüyorum, yani bir de mesela hemen doktorlar şey ‘Sen hayat boyu çocuk sahibi olamayacaksın.’ yani bu kelimenin çok yanlış olduğunu düşünüyorum. Çünkü sonuçta bu vücudu veren yaratıcı, yumurta üretemiyorsa bir gün üretir de yani, hiç belli olmaz nitekim böyle olaylar da çok oldu, çevremde gördüğüm insanlar (...) Bir tane hafız ablam vardı, o hep derdi yani bende de eşimde de olmayan sorun yok diyordu yani tüm sorunlar var diyordu, yok yok diyordu yani yirmi seneden sonra iki çocuk sahibiydi olduysa hani benim de olur diye ümitleniyordum.” (Serra)

Serra, doktorların ümitsiz ve kesin konuşmalarını yanlış bulmuştur. Çünkü Serra, eğer Yaratıcı isterse imkânsız bir şey olmayacağına inanmaktadır. Bununla ilgili çevresinde yaşadığı, gördüğü örnekler onu ilk çocuğu olmadığı zaman umutlandırmıştır. Kaderci açıklamalar infertilite tedavisindeki güçlenme sürecine en çok umutlu olma, mücadele etmeye devam, elinden geleni yapma sonrasını tinsel bir varlığa bırakma ve bu yolla kendini rahatlatma yoluyla devreye girmektedir. Görüldüğü gibi inanç sistemleri umudu besleyen veya yönlendiren önemli kaynaklardır.

Yasemin ve Gonca’nın ilk eşlerinden çocukları olduğu için daha çok hiç çocuğu olmayanlar adına üzüldüklerini belirtmişlerdir. Yasemin kısırlık kelimesinin kendisini rahatsız etmediğini ama hiç çocuk sahibi olmamış infertil bireylerle karşılaştığında çocuk konusunu açmadığını çünkü *“Türk toplumunda zaten kısırlık sanki suçmuş gibi bir algı var. (...) Aslında hatası yok ki kadının Allah vermeyince ne yapabilir ki anlamıyorlar işte.”* diyerek bunun ayıp olmadığını, Allah’tan geldiğini söyleyerek o da kaderci bir açıklama yapmıştır.

Anne, kısırlık kelimesini aynı zamanda küfür gibi aşağılayıcı bir ifade olarak algıladığını kaderci açıklamada içeren *“Rabbim verirse olur. Tüp bebek falan onlar da tabi bir vesile ama diyorum ya çok zor hani böyle kavramlar çok kötü bence, bir küfür gibi geliyor bana kısırsın, kısırlık. Ay çocuğu olmamış, ayıplayıcı şekilde konuşmak, kınamak gibi geliyor bana. Rahatsız edici.”* sözleriyle dile getirmiştir.

Leyla'nın “Çok kötü oluyor insan hemen kendisi aklına geliyor yani. İçinden diyorsun ‘Aa bak işte nasıl şey yapıyorlar.’ Bazen içten içe konuşuyorlar ama duyuyorsun yani, sana söylemeseler n’olacak.” sözlerinden yüzüne söylenmese de insanların infertil bireyler hakkında böyle düşüncelerinin olduğunu bilmenin onu rahatsız ettiği anlaşılmaktadır.

Doğrudan yüzüne söylenenlerin deneyimlerine de ayrıca değinmek gerekmektedir. Miraç, kısır ifadesinin kendisine söylendiğini, ama umursamadığını, lafın gittiği yeri anlayıp konuyu değiştirdiğini, Carver’ın (1997) çalışmasında yer verdiği gibi mizah yoluyla açıklayarak şakaya vurduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Miraç, “Pozitif bir insan olduğum için baş ediyorum.” diyerek dikkate almama ve pozitif bakış açısının güçlenme açısından önemini de göstermektedir.

Fatma kendisine de kısır kelimesinin kullanan “dengesizler” olduğunu ve bunu ona söyleyenlere “Ben bunlara kimsenin kadındır diye, erkektir diye çocuğu olmuyor, Allah bilir” dediğini söylemiştir. Düşüncelerini aktarırken bir benzetme daha yapmıştır: “Hani bugün affedersiniz hani kedi köpek bile 4-5 tane bir anda doğurabiliyor, hani o kadın mı ki doğuruyor değil hayır, Ben diyorum ki Allah bir şeyi nasip ediyor ki oluyor hani kimse kadındır erkektir bununla alakası yok diyorum. Eğer Allah bir şeyi nasip edecekse ediyor.” Fatma’nın bu açıklaması hem kaderci bir açıklama hem de infertilitenin sorumluluğunu kadına ya da erkeğe yükleyen söylemlere bir serzeniş olarak yorumlanabilir. Çünkü meselenin kadın ya da erkek olmak olmadığını iki kere vurgulamış ve infertilitenin cinsiyetle alakalı olmadığını ifade etmiştir.

Eltisiyle sorunlu bir ilişkisi olan Bahar kendisine ilk kısır diyen kişinin eltisi olduğunu, doğrudan yüzüne söylendiği için o an donup kaldığını çok kötü etkilendiğini paylaşmıştır.

“Çok yıkıldım, çok üzüldüm, orada zaten hiçbir şey hissedemiyorsunuz donup kalıyorsunuz, kendimden geçtim böyle bir şok desem, bir saat hiç konuşamadım o konuştu konuştu ben sadece yüzüne donuk donuk baktım. Ondan sonra bir arkadaşım daha söylemişti, kavga ettikten sonra, işte sen kısırsın, senin çocuğun olmaz diye, onda da aynı şeyi yaşamıştım (...). Dünya başınıza yıkılıyor, dönmüyor yani dünya zaman ilerlemiyor bir türlü, çok kötü oluyor, çok kötü bir şey yüzünüze söylenmesi. Kalkıp ne bileyim daha aşağılayıcı bir hareket etse küfretse küfür diyorum küfür etse, anneme babama küfretse ne bileyim bu kadar koymazdı. Kısır kelimesi çok ağır bir kelime” (Bahar)

Toplumda insanların tartışma anında infertil kadınlara kendilerince onların “hatalarını yüzüne vurmaya” çalışmaları bazen amacına ulaşır Bahar da olduğu gibi dünyasının başına yıkılmasına sebep olabilmekte ve güçlenme sürecine olumsuz etkilemektedir. Bu kadınların infertiliteye yönelik algıları ile doğru orantılıdır. İnfertiliteyi bir “hata” ya da “suç” olarak değerlendiren birisi, infertil bireye zarar vermek, onu incitmek istediğinde, ancak infertil bireyin de infertiliteyi “suç” ya da “hata” olarak değerlendirdiği zaman başarılı olmaktadır. Çünkü tartışma her ne ile ilgili olursa olsun bu “ezme” çabası güçlü olan tarafı ispat etmeye yönelik görünmektedir. Bu nedenle infertil bireylerin infertiliteyi yorumlayışları, içselleştirip normalleştirmeleri ve öncelikle kendi sosyal çevrelerinin sonrasında daha geniş kitlelerin infertiliteye bakışını da normalleştirecektir. Güçlenme bireyden başladığında sürecin toplumsal güçlenmeye yansımaları da peşinden gelecektir.

4.5.4.4. İnfertil bireyin gözünden toplumun infertilite ve tedavi algısı

Kadınlarla yapılan görüşmenin bir bölümü toplumun infertilite ve tedaviye bakışı hakkında ne düşündükleriyle ilgili cevapları kapsamaktadır. Bu bölüm daha çok toplumsal hayatta karşılaştıkları ya da duydukları sözler üzerinden yaptıkları yorumları ve bunların analizlerini içermektedir. Kadınların yarısından fazlası toplumda tedaviyle ilgili “*tedavinin başka bir erkeğin sperminden yapıldığına*” dair bir inanç olduğunu düşünmektedirler. Kimisi bunun önceden olduğunu artık pek olmadığını, kimisi bazı kesimlerde hala olduğunu kimisi de toplumda yaygın olduğunu belirtmiştir. Beyaz Papatya bu yöndeki düşüncesini şöyle aktarmıştır.

“Normalde iyi algılanıyor ama bazısı da şey düşünüyor: Başka bir erkeğin sperminden yapılıyor sanılıyor. Hoca gibi olan insanlar ay diyorlar işte yanlış bir şey yapmayın sakın. Ya diyorum ki ben de biliyorum az çok neyin ne olduğunu. Cahil insanlar, o tarzda anlar ama kendini bilen insanlar doğru şekilde anlar.” (Beyaz Papatya)

Serra da benzer şekilde toplumdaki bilinçsizliğe değinerek insanların “*Sanki başkasına ait bir şey sana konuluyormuş, işte nerden biliyorsunuz, orda sizin yumurta karışır, şey karışır falan.*” gibi yorumlar yaptıklarını ve bunu söyleyenleri şu sözlerle aydınlatıldığını ifade etmiştir. “*Ben de anlatıyorum, Türkiye’de etiğe önem verildiğini, zaten hemen alınırken sende de bilekliğinde var üzerine hemen yapıştırılıyor ismin, TC numaran, eşininkinde de aynı. Ama toplum tarafından bir güvensizlik var yani ben öyle düşünmüyorum var mıdır bilmiyorum yaşanan vakıalar?*” (Serra)

Toplumdaki tedaviye yönelik yanlış inancın kaynağını güvensizliğe dayandıran Serra, bu yanlış inanışlarla toplumun sağlık sistemine dair güven duygusuyla ilgili noktaya dikkat çekmiştir. Bu güvensizlik sadece infertilite tedavisine yönelikse bu durumun nedenlerinin daha detaylı araştırılması, tedavinin toplumdaki karşılığının yanlış inanışlardan kurtarılması için önemlidir. İnsanların tedaviden uzak durmalarını önlemek için bu yanlış düşüncenin yetkili kamu ve özel kuruluşlarca dikkate alınması gerekmektedir. Toplumda tedavi hizmeti sunan kurumlar açısından önemli bir sorumluluk alanında etik ihlallerin yaşandığına dair bir inanışın olması infertilite algısı açısından da önemli bir problemdir.

Yasemin de insanların önyargılı yaklaştığını ve “*Başkasının spermini koyarlar mı başkasının işte bu dölü olur mu, bilmem ne?*” gibi düşündüğünü bu nedenle tedavisini saklayan çok insan olduğunu ama “*Kanunlarda öyle bir şey yok ki olamaz yani, ben zannetmiyorum öyle bir karışıklık olacağını o konudan hiç saklamıyorum ben millet de ne düşünürse düşünsün.*” diyerek tedaviye olan güvenini ve insanların bu konuda ne düşündüğünü önemsemediğini belirtmiştir. Bu güven duygusunun Serra ve Yasemin tarafından net bir şekilde ifade edilişi onların sürece dâhil olup yapılan işlemlere tanık olmalarıyla alakalıdır.

İnsanları bir konu hakkında yanlış inanışlara iten sebepler, bilgi eksikliği ya da konuya yabancılıktır. Fatma ve Müberra eskiden böyle bir inanışın olduğunu ancak artık olmadığını insanların bilinçlendiğini belirtmiştir. Fatma bunun nedenini on evden birinde tedavi görenlerin olmasına bağlarken Müberra da artık çok doğal olduğunu artık toplumun kabullendiğini ve tedavi görenlerin fazlaştığını söylemektedir. Yani infertilite tedavisinin toplumda yaygınlaşmaya başlamasıyla insanların yanlış inanışları terk ettiğini

düşünmektedirler. Bilinçlenmenin (Freire, 2005) beraberinde doğru bir adım atmayı, korkmamayı ve güveni getirdiği ve bunu toplumsal anlamda da yaygınlaştırdığını bu anlatılarda görmek mümkündür.

Dilek, etrafından tedaviyle ilgili kötü hastalık olma ihtimali yüksek diye söylentiler duyduğunu ve çok üzüldüğünü bunun üzerine araştırdığını ve doktorlarla konuştuğunu ve öyle bir şeyin olmayacağını öğrenip rahatladığını belirtmiştir.

Gonca infertilite ile ilgili toplumun farklı bakış açıları olduğunu farklı yerlerde değişik düşüncelerin olduğunu ve bazı insanların çocuksuzluğu normal karşıladığını ama bazılarının karşılamadığını “*Bunun çocuğu olmuyor onun yanına gitmeyin ya da çocuklarınızı göndermeyin.*” sözleriyle aktarmıştır. İnsanların bu düşüncesinin altında “İnfertilite kötü bir şeydir dolayısıyla infertil insanlar da kötüdür. Çocuklarınızı onlardan koruyun” gibi bir anlam yattığını düşünmek abartı olmayacaktır. Çünkü infertilite ve tedavisine yüklenen anlamların hepsi bilgi eksikliği ve olumsuz algıdan kaynaklanmaktadır. Bu algıyla mücadele etmek bireyin de infertiliteyi normal karşılaması açısından önemlidir.

Nehir Naz da toplumun infertilite ile ilgili “*Kısır diyorlar, olmuyor çocukları diyorlar. Bir de geç evlenmişler olur mu bu yaştan sonra çocukları diyorlar. O tarz düşünüyorlar*” diyerek toplumun infertilite hakkında olumsuz düşüncelerini, çocuk sahibi olmak için risk faktörü olan yaş, geç evlenme ve çocuksuzlukla açıklamıştır.

Nergis ise toplumdaki insanların tedavinin normal olduğunu söylemelerine rağmen gerçekte öyle düşünmediklerini ifade etmiştir: “*Her ne kadar dile dökülse de insanlar tarafından çok normal olduğu, çok doğal olduğu; insanların düşüncesi bu yönde değil aslında. Hala o baskıcı topluma sahibiz, çok bir şeyin değiştiğini düşünmüyorum.*” Nergis’e göre toplumda bu konuda düşünce ile ifade ediş birbiri ile uyumlu değildir. Sorunlar da o nedenle değişmemektedir.

Nur, toplumun infertil bireylere acıdığını, “*Aa yazık çocukları olmuyor bunların.*” denebildiğini ve bunu saçma bulduğunu söylerken TV programında gördüğü bir olayı paylaşarak farklı bir bakış açısı getirmiştir:

“En basitinden ekranlarda geçen gün bir programda işte ‘İki gün sonra bunların çocuğu olur, ona da tüp dersiniz.’ dediler. Sanki tüp bebek farklı bir bebek mi? Sonuçta anneye babanın ortak ürünü. Bunu ekran başındaki insanlar bile yapıyor, sadece toplumun, Türkiye toplumunu ben şöyle değerlendiriyorum cahil kesim daha fazla çünkü bir insanların yaşayışlarına bakarak nasıl bir toplumda olduğumuzu zaten biz anlayabiliriz” (Nur)

Toplumda geniş kesimlere ulaşan kitle iletişim aracında tüp bebek tedavisinin olumsuz bir şey olarak sunulması yanlış inanışların daha çok yer etmesine sebep olmaktadır. Hatta bunu izleyen tüp bebek tedavisiyle dünyaya gelmiş çocukların da sosyal çevrelerinde bu durumu bilenlerce dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olma ihtimali vardır. Oysaki tüp bebek tedavisiyle dünyaya gelen bebeklerin spontan olarak dünyaya gelen bebeklerden hiçbir farkı olmadığı gayet açıktır.

Türkiye’de toplumun ülkenin doğusu ve batısı arasındaki anlayış farklılıklarına bu çalışmada kadınlar infertilite ile ilgili dikkat çekmiştir. Boncuk infertilite ve tedavisini artık genel olarak yaygınlaşan bir olgu olarak yorumlarken toplumda temel bir ayrım olduğunu

da “Doğulu ailelerde” ya da “Doğuda” ifadelerini kullanarak bu konudaki bölgesel anlayış farkına işaret etmiştir. Boncuk’a göre cahillik olan “tedavinin başkasının spermi ile yapılması” düşüncesini taşıyan bir ailenin çocuklarının tüp bebek yapmasına izin vermediğini belirtmesi tek bir örnekte bile olsa bu konudaki durumun ciddiyetini, önemini ve çiftler üzerindeki sosyal baskının boyutunu göstermeye yetmektedir.

“Çevremde de duydum hani çocuğu olmayıp da, daha çok doğulu ailelerde öyle diyeyim, işte hiç denemeyen mesela tüp bebeği. (...) Bir tanıdığım var kayınvalidesi falan istemiyorlarmış kesinlikle, tüp bebek yaptırmasını mesela deneyebilirdi sonuçta. 20 senelik evli, istemiyorlar. Başkasının yok işte spermini getiriyorlarmış işte sana enjekte ediyorlarmış, cahillik yani.”
(Boncuk)

Kendini Türkiye içinde “Doğulu” olarak tanımlayan Şinok insanların bakış açılarından dolayı kendisinin de başlarken bazı kaygıları taşıdığını paylaşmıştır.

“Etkileyen ne oldu bizim hani Doğu insanında biraz bir şey, tüp bebek, farklı açıdan bakılıyor. Bu açıdan biraz kaygılarım oldu hani. Tüp bebek, işte, başkasından alınıyormuş size transfer yapılyormuş gibi aktarılıyor. Anlatamıyoruz bunu da(...). Yani böyle algıları biraz daha zayıf olduğu için anlattığımız zaman anlamıyorlar o açıdan biraz böyle kaygılarım oldu hani ‘Yanlış düşünürler mi yanlış bir teşhis koyarlar mı bize, insanların hani farklı düşünebilirler mi?’ gibi kaygılarım oldu ama onları da zaman içinde anlattım, atlattım yani. Şu anda öyle bir kaygım yok.” (Şinok)

Ayrıca infertilite konusuyla ilgili olarak ülkenin doğu ve batı bölgeleri arasında anlayış farkı olduğunu “Doğuda” kadınların infertiliteden dolayı ezildiğini ifade etmiştir.

“Batı bölgelerde biraz daha fazla ama kırsal kesimlerde biraz daha geri planda kalıyor çünkü farklı algılanıyor insanlar. Dediğim gibi “başkasından mı alıp size transfer yapılıyor” gibi düşünceler olduğu için biraz daha o düşüncüyü kabullenmemiş insanlar hâlâ var hayatımızda. Beni kendi açımdan rahatsız etmiyor ama hani mesela ben şu an batıdayım (İzmir). Ben her türlü tedaviyi görüp yapabiliyorum ama Doğuda bir kadın bebeği olmuyorsa bazen erkek, sorun kendindedir diye tedavi görmüyor ve kadını hep eziyor. Kadına eziyet ediyor ondan sonra kadının üstüne kuma getirmeye çalışıyor. Ben bu düşüncelere çok üzülüyorum yani istemiyorum aslında böyle olmasını ama insanlara anlatmak da zor oluyor. Çok duyduğum da var o açıdan. Çocuğu olmuyor diye üstüne kuma getirmeleri. O kültür kalkmalı artık bir şekilde duyurabilmeli insanlara düşünce.” (Şinok)

Toplumsal infertilite algısı, tedaviye olan bakışı, güvensizliği, infertil bireyler tarafından dile getirilmeye çalışılmıştır. Toplumsal anlamda en yaygın yanlış inanışın “bir başka erkeğin sperminin tedavi de kullanılması”dır. Tedavi hakkında kolektif bir bilincin doğru şekilde oluşmamasından kaynaklı tedaviye karşı bir güvensizlik ortamı oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle kaygı yaşayan, çevresine bunu anlatamayan ve bununla başa çıkamayan infertil kadınlar için tedavi ve güçlenme süreci daha zorlaşmaktadır. Ancak özellikle infertil bireyler çevresindeki insanlara tedaviyle ilgili doğruları anlatarak yanlış inanışların tamir edilmesi yönünde önemli bir rol üstlenmiş olacaklardır. Çünkü infertil bireyler özellikle kadınlar bu olumsuz algılarla birebir karşılaşmaktadır. Son olarak Türkiye’deki sosyolojik anlamda var olan “doğu-batı” farkı, toplumsal olayların yorumlanışında ortaya çıkmakta katılımcılara göre farklı yaşam tarzları tedavi hakkındaki inanışlara da yansımaktadır. Doğu’da kadınların infertil oldukları için ezildikleri, erkeklerin sorunun kendilerinden kaynaklanmasından çekindikleri için tedaviden kaçmaları ve çocuğu olmayan kadının üzerine kuma getirilmesi, Şinok’un şahit olduğu ve üzülüp değişmesini istediği olaylar olarak bu çalışmada bir anlatıda yerini almıştır.

Tablo 22. Derinlemesine Görüşme Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tedaviye İlişkin Bilgileri

Rumuz	Yaş	Eş yaş	Evlilik yılı	Maliyet	Gelir	Kurum	Devlet desteği	İnfertilite türü	İnfertilite nedeni	Önceki tedaviler	Tedavi aşaması
Müberra	34	35	10		3001-5000	EÜ	Var	İkincil	Kadın	4 aşılama, 3 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Şinok	32	35	10	2500	1301-3000	EÜ	Var	Birincil	Açıklanamayan	1 aşılama, 2 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Dilek	36		12		1301-3000	EÜ	Yok	İkincil (ç)	Erkek	1 aşılama	İğne
Boncuk	31	30	6	5000	1301-3000	EÜ	Var	İkincil	Açıklanamayan	2 aşılama, 1 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Nehir Naz	41	41	7		5001-8000	ÖGM	Yok	İkincil	Erkek	1 aşılama, 5 TBT	17 haftalık gebe
Nergis	38	35	5	1500	5001-8000	EÜ	Var	Birincil	Açıklanamayan	3 aşılama, 3 TBT	Yeni TBT başlangıcı
Beyaz Papatya	32	38	7		1301-3000	EÜ	Var	Birincil	Kadın	1 tüp bebek	5 haftalık gebe
Leyla	30	31	4	6000	1301-3000	EÜ	Var	Birincil	Erkek	2 aşılama	Yeni İUİ başlangıcı
Elif	44	39	4	6000	1301-3000	TEAH	Var	Birincil	Erkek	2 aşılama, 2 TBT	Tahlil
Serra	38	38	10	9000	5001-8000	EÜ	Yok	İkincil (ç)	Açıklanamayan	2 aşılama, 1 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Serpil	39	41	13	10000	5001-8000	TEAH	Var	Birincil	Açıklanamayan	2 aşılama, 2 TBT	Yumurta kontrolü
Aysun	38	43	7 ay		3001-5000	TEAH	Yok	Birincil	Erkek	-	İğne
Zeynep	36	37	8		1301-3000	TEAH	Var	İkincil	Açıklanamayan	3 aşılama, 1 TBT	İğne
Ayşe	38	40	4	2000	1301-3000	TEAH	Var	İkincil	Kadın	1 TBT	Gebelik testi sonucu
Fatma	33	41	5	50000	1301-3000	TEAH	Var	Birincil	Erkek	3 TBT	İğne
Gönül	34	36	10		1301-3000	TEAH	Var	Birincil	Kadın/Erkek	2 aşılama	Yeni aşılama başlangıcı
Bahar	38	37	10		3001-5000	TEAH	Var	Birincil	Kadın	4 aşılama, 1 TBT	İğne
Gonca	27	30	4	5000	1301-3000	TEAH	Var	İkincil (ç)	Kadın	2 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Yasemin	33	36	5		1301-3000	TEAH	Var	İkincil (ç)	Kadın	-	Yumurtalıkların hazırlanması
Miraç	38	52	13	2000	1301-3000	TEAH	Var	İkincil	Kadın	1 TBT	Yeni TBT başlangıcı
Gül	37	41	2,5		5001-8000	EÜ	Yok	Birincil	Açıklanamayan	-	Yumurtalıkların hazırlanması
Nur	34	34	5	2000	8001 üstü	EÜ	Var	Birincil	Kadın	1 aşılama	Tahlil
Gülüm Su	25	30	6		1301-3000	ÖETBK	Yok	İkincil	Kadın/Erkek	1 aşılama, 1 TBT	İğneler
Gülbahar	38	34	1	8000	0-1300	ÖETBK	Yok	Birincil	Kadın	1 TBT	Yeni TBT başlangıcı
Sevim	34	39	14	9000	1301-3000	ÖETBK	Yok	Birincil	Erkek	6 TBT	Tahlil (transfer öncesi)
Anne	26	28	6	1200	3001-5000	ÖETBK	Yok	İkincil	Kadın	3 aşılama, 2 TBT	16 haftalık gebe
Papatya	36	42	2	20000	3001-5000	ÖETBK	Yok	Birincil	Erkek	2 TBT	Tahlil (transfer öncesi)

*Tablodaki ikincil infertilitede “(ç)” ifadesi en az bir çocuğu olan kadınları temsil etmektedir. Diğer ikincil infertil bireyler gebe kalmış ancak doğumun tamamlanmadığı bireylerdir.

Tablo 23. İnfertil Kadınların İnfertiliteye İlişkin Duygusal Tepkileri

	Suçluluk	Başarı	Öfke	Hoşnutluk	Hayal kırıklığı	Mutluluk	Soyutlanma	Güven	Endişe	Memnuniyet	Depresyon	Güçsüzlük	Yeterlik	Kontrol
Leyla	1	-	1	5	5	5	5	5	5	4	1	5	4	4
Nergis	1	5	3	5	5	5	1	5	3	5	3	1	5	5
Nehir Naz	3	3	1	5	5	5	1	5	5	5	3	5	5	5
Nur	1	3	5	4	1	4	1	4	1	5	1	5	5	4
Ayşe	1	4	2	3	4	4	1	-	5		1	1	1	-
Sevim	2	4	1	5	3	5	1	4	2	4	1	1	3	5
Gül	1	2	1	3	1	3	1	3	2	3	2	2	2	2
Şinok	1	5	3	4	3	5	3	5	1	4	1	1	4	5
Fatma	4	2	5	-	5	3	4	4	-	-	-	4	2	2
Dilek	1	5	4	5	3	5	1	5	3	5	1	1	3	5
Boncuk	1	3	5	-	5	3	1	5	5	5	3	4	5	5
B.Papatya	1	5	1	3	3	5	1	5	5	5	1	1	5	5
Aysun	1	4	3	4	2	5	1	4	3	-	2	4	5	-
Anne	4	-	5	4	3	-	-	5	5	-	-	4	-	-
Zeynep	1	4	1	4	1	4	4	-	3	-	1	1	4	4
Serra	1	4	1	5	1	5	1	3	3	5	1	3	-	4

4.6. Genel Değerlendirme

İnfertil bireylerin kaygı, stres, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma yollarını sosyal hizmet literatür ve uygulamasında önemli bir yeri olan güçlendirme yaklaşımı bağlamında araştırmayı amaçlayan bu çalışma Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe bu konuda detaylı bir araştırma bulunmadığından hem nitel hem nicel yöntemin birlikte uygulandığı karma araştırma yöntemi ile yürütülmüştür.

Karma araştırmaları yaparken nitel ve nicel çalışmalara verilen ağırlıklar araştırmacıya ve araştırmamanın amacına göre değişebilir. Araştırmacı her iki yönteme eşit ağırlık verilebilir ya da birini diğerinden daha baskın olarak tasarlayabilir (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004: 20). Karma araştırma tasarımına göre tasarlanmış bu araştırmada derinlemesine görüşmelerden elde edilen bilgiler “baskın” veri olarak kabul edilmiş, nicel yöntemle elde edilen veriler ise derinlemesine görüşmeleri desteklemek amacıyla kullanılmıştır.

Derinlemesine görüşmeler infertil bireylerin güçlenme süreçlerini anlamak açısından nicel veriden daha ayrıntılı bilgiler sunmaktadır. Bu açıdan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla elde edilen anlatılar ve nicel veriden gelen sayısal analizlerin bütünleştirileceği bu bölümde infertilite deneyiminin güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirilmesi de görüşmelerin analizinde ortaya çıkan temalar üzerinden gerçekleştirilecektir.

Derinlemesine görüşmelerden elde edilen kategoriler bir önceki bölümde görüldüğü gibi dört ana tema altında sıralanmıştır: 1) Tanı ve tedavi sürecinin psikolojik ve duygusal boyutu, 2) Tanı ve tedavi sürecinin eşler arası ilişki boyutu, 3) Tanı ve tedavi sürecinin sosyal ilişki boyutu ve son olarak 4) Tanı ve tedavi sürecinin ekonomik ve toplumsal boyutudur. Başa çıkma bu başlıklar altındaki her temada ayrıca yer almıştır, çünkü bireyin sorunlarıyla başa çıkma stratejileri farklılaşmakta ve bireyin başa çıkmada kullandığı kaynakları, inanışları, düşünce yapısı, bilinç düzeyi ve kontrolü taşıma hissi ve kapasitesi güçlenme süreci hakkında önemli çıkarım sağlama aracı olarak görülmektedir. Bu dört tema Zastrow ve Kirst-Ashman’ın (2007), danışan değerlendirmelerinde ele alınan, zaman zaman iç içe geçmiş ve bireyin duygu ve davranışlarını anlamada birlikte değerlendirilmeyi gerektiren birey, aile, grup ve toplum boyutları ile örtüşmektedir. Aşağıda bu temaların ya da boyutların içerdiği kategorilerde yer alan anlatılarla nicel veriden gelen ve görüşmelerle ilişkili bulgular bütünleştirilecek, karşılaştırılacak ve güçlendirme yaklaşımı temelinde yorumlanacaktır.

İnfertilite tedavisinde gebe kalmak önemli bir başarıdır. Ancak bireyler için bu durum tedavideki kaygıların bittiğini anlatan bir son değil tam tersi yeni bir başlangıçtır. Gebelik süreci de en az tedavi kadar stres barındırmakta ve bireyleri kaygılandırmaktadır. Çünkü infertilitedeki bazı sorunlar ve kaygılar gebelik dönemine de taşınmaktadır (Johnston vd., 1985). Bu nedenle infertil bireyler tarafından tedavinin tam başarıya ulaşması gebeliğin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması ile ilişkilendirilmektedir. Tedavi deneyiminin güçlenme açısından süreç bağlamında beslendiği farklı kaynaklar aşağıdaki bölümlerde detaylandırılacaktır ancak sonuç olarak güçlenmenin en önemli kaynağı, bireylerin sıklıkla dile getirdiği “bebeğini kucağına hayırlısıyla alabilmek” yani sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesidir. Tedavinin başarısız olması ya da gebeliğin yarıda kalması, bebeğin

kaybedilmesi yeni bir krize sebep olan ve süreci çiftler için en başa alacak ve bireyi psikolojik anlamda güçsüzleştirecek olumsuz bir gelişmedir.

İnfertil bireylerin deneyimleri her ne kadar psikolojik güçlendirme açısından değerlendirilse de infertilite ve tedavi deneyiminin sosyal ve toplumsal yansımalarına da araştırmada yer verilmiştir. Bu sayede infertil bireylerin sosyal ve toplumsal ilişkilerinde neler yaşadıkları, stres veren ya da destekleyici deneyimleri hakkında bilgi edinilmiştir. Bu sonuçlar infertil bireyler için sosyal çevre ve toplumsal algının önemli bir güçlenme ve güçsüzleşme aracı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Bu anlamda infertil bireylerin güçlenme sürecinde sadece birey ya da çift olarak desteklenmesi ya da değişmesi yetmeyecektir. İnfertilite ve tedavisine karşı sosyal ve toplumsal algı ve infertil bireye yaklaşım konusunda bütüncül bir güçlendirme müdahalesine ihtiyaç duyulduğu araştırma bulgularında görülmüştür.

Giriş bölümünde de bahsedildiği üzere Türkiye’deki sosyal hizmet literatüründe infertilite ile ilgili bir çalışmanın yer almamasının önemli bir eksiklik olduğu araştırma verilerinden elde edilen bulgularda da kendini göstermiştir. Özellikle infertil bireylerin infertilite ve tedavi deneyimlerinin güçlendirme yaklaşımı bağlamında ele alınması literatürdeki boşluğun dolması adına önemli bir katkı olarak görülmektedir. Bu araştırmadan çıkan sonuçlar sosyal hizmet kuramları ve araştırma yöntemleri, uygulama alanı ve eğitimi açısından özgün olduğu kadar Türkiye’de sosyal hizmetin eğitim, kuram ve uygulamada eksik kaldığı infertilite deneyimi açısından da tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır.

Tez çalışmasında kanser deneyimini güçlendirme yaklaşımı açısından ve nitel yöntemlerle ele alan Tuncay (2009), Türkiye’de sağlık alanında güçlendirme yaklaşımının ve uygulamasının detaylı modelini sunmuştur. Tuncay’ın çalışmasının sonucunda ortaya çıkan model her ne kadar kanserli bireylerin güçlendirilmesi için önerilmiş olsa da temel hatları itibarıyla ve örneklem grubunun aynı toplumdan oluşması nedeniyle infertil bireyler için de kullanılabilecek iyi bir model önerisi olarak değerlendirilebilir.

Tuncay’ın önerdiği güçlendirme modelinin beş özelliği; *düşünsel değişim süreci, inancı artırma ve koruma süreci, etkileşim süreci, bilgi ve beceri kazanma* ve son olarak *kontrol sürecidir* (Tuncay, 2009: 130-134). *Düşünsel değişim sürecinde* bireylerin hastalığı kabullenme, güven ve hastalığa atfettikleri anlamlar ele alınmıştır. İnfertiliteye verilen tepkiler zinciri Kemeter vd., (1985) tarafından şaşkınlık, inkâr, izolasyon, kızgınlık, suçluluk, özgüvenini kaybetme, depresyon, çaresizlik, yas, teslim olma, çözüm ve kabullenme olarak sıralanmıştır. İnfertil bireylerin zaman içerisinde “çocuksuz bir hayat” için plan yapmaları yani bir başka deyişle infertiliteyi kabullenmeleri infertilite deneyimi karşısında güçlenmelerinin, özgüvenlerinin, benlik ve öz saygılarının yeniden sağlanmasının en önemli ve en etkin adımıdır. Ayrıca tanıyı kabullenmenin bireylerin farklı alanlardan gelen sorunlar karşısında sağlıklı başa çıkma yöntemlerini kullanmalarını sağladığı görüşmelerden elde edilen bulgularda da açıkça görülmüştür.

İnfertilite deneyiminde Tuncay’ın (2009) modelindeki *inancı artırma* sürecinin göstergeleri infertilitenin bireyler tarafından çoğunlukla kendi elinde olmayan bir durum olarak tanımlanması ve başarısız tedavi sonuçlarıyla kaderci açıklamalarla başa çıkmaya çalışmalarında görülmektedir. Örneğin infertilite ile ilgili olarak Zeynep, “Benim elimde

olan bir şey değil bu süreç, kimse istemez. Allah herkesi bir şeyle deniyor. Beni de bununla sınıyor.” sözleriyle ilahi bir güce atıfta bulunmuştur. Tedavilerin başarısızlıkla sonuçlanmasına da benzer şekilde kaderci yaklaşımlar da olmuştur.

“Daha çok maneviyata yöneldim, duaya yöneldim ve biliyorum ki her şey Allah’ın izniyle oluyor. O ol derse olur biz dua ederiz ki bu tedavi de zaten fiili dua ben elimden geleni yapıyorum, sonrasını Allah’a bırakıyorum, böyle bir inancım var ve insanı rahatlatan bir şey, sonuçta imtihan dünyasındayız. Allah çok isterse verir.” (Aysun)

Tuncay’ın önerdiği modelin üçüncü özelliği olan *etkileşim süreci*, infertil bireylerin sosyal çevrelerinden, sağlık personellerinden gördükleri destek ya da olumsuzlukların yanında ve bireyler üzerinde bunlardan daha etkili olan eşleriyle kurdukları ilişkilerde ortaya çıkmaktadır. Çiftler arasındaki ilişki infertilitede diğer ilişkilerden ayrı bir öneme sahiptir. Çiftler arasındaki ilişkinin, sağlıklı ve sağlam olması infertilite deneyiminde güçlendirme için çok önemli bir kaynaktır (Kraft vd., 1980; Abbey vd., 1995).

“Sizin yanınızda bu şeyi atlatamam eşimin yanına gitmem lazım. Eşimin yanına gittim onunla kalınca en büyük destekçim eşim yani, ailemden yana yani onlar da destekçim ama eşimin desteği bir sözü çok şey bana...” (Gülüm Su)

Bilgi ve beceri kazanma süreci açısından infertil bireylerin önceden bu deneyimi yaşayan yakınlarının olması ya da ilerleyen tedavilerde kazandıkları tecrübe ve tedavi sürecine aşina olmaları ve sorunlarla başa çıkma mekanizması geliştirmeleri (Ismail vd., 2004) güçlenmeye yardımcı olmaktadır.

“Tüplerimin kapalı olduğunu bana söylediler. Çok üzüldüm ama sonra kendim araştırdım aşılamayı imkânı varmış. Doktor açmadı, uğraşmadı. Kapalı dedi gönderdi. Hatta dalga geçti yani. ‘Mutfak tüpüyle mi karıştırdın sen?’ diye. Sonra Allah’tan ümidi hiç kesmedim. Mutlaka Allah’ın bir mucizesi vardır. Mutlaka bir yol vardır.” (Beyaz Papatya)

Son olarak *kontrol süreci* Bandura’nın (1977, 1995) kuramındaki kontrol odağı ve öz-yeterlikle ilişkilendirildiğinde infertil kadınların başa çıkma yöntemleriyle de paralel olan içsel ve dışsal kontrol odağına sahip olduklarını, olumsuzluklar karşısında kontrolü sağladıklarını (Rotter, 1966; Sadan, 2004) ve öz-yeterlik duygularına kısmen sahip olduklarını söylemek mümkündür. Ancak *kontrol süreci* bireylerin karar verme davranışları üzerinden değerlendirildiğinde infertil bireyler açısından Tuncay’ın (2009) tezinde konu edildiği kanserli bireylerdeki gibi işlememektedir. Çünkü infertilite tedavi süreci eşlerin her ikisinin ortak kararını gerektirmektedir. Bu anlamda eşler arasında infertilite ve tedaviye yaklaşım konusundaki uyum bireyler için önemli bir güç kaynağıdır. Ancak karar sürecinde yaşanan uyumsuzluklar da bireyleri olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin; evlatlık edinme konusunda eşile ortak karar alamayan Gonca kendi isteğini geri plana atmak durumunda kaldığını aktarmıştır.

“Evlatlık eşim istemez benim, bir ara konusu geçti, evlat edinelim gibisinden eşim istemedi. Bize göre böyle şeyler ters biz yapamayız dedi, anneme ne diyeceğiz dedi, senin çocukların sanırsa millet ne olacak dedi, kime neyin hesabını yapacağız, biz böyle şeyleri kabul edemeyiz dedi, ben de bir daha hiç umursamadım, artık olursa olur olmazsa da olmaz ne yapalım, yapacağımı yaptım elimden geleni uğraştım (...)” (Gonca)

Tuncay’ın güçlenme modelinin ardından güçlenmenin davranışsal boyutunun önemli bir aracı olan (Zimmerman, 1995) başa çıkmaya dair araştırmada ortaya çıkan detaylara ve önemli noktalara araştırma verilerinin birleştirilmesinden önce değinmek gerekmektedir. Stres ve başa çıkma konularında önemli çalışmaları olan Lazarus ve Folkman (1984) başa

çıkma ile ilgili yaptıkları çalışmanın sonunda iki temel ayrıma varmıştır: Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma. Problem odaklı başa çıkma bireyin sorunun ortadan kaldırılmasına yönelik eylemlerken duygu odaklı başa çıkma bireyin değiştiremeyeceğini düşündüğü zorlayıcı olaylar karşısında tercih ettiği kaçma, geri çekilme gibi pasif yöntemlerdir.

Başa çıkma yöntemleri hakkında ölçek yapısı açıklanırken belirtildiği üzere Gül'ün (2014) çalışmasındaki faktör yapısı temel alınmıştır. Bu sınıflandırmada Gül (2014), problem odaklı ve destek arayıcı başa çıkmayı “aktif başa çıkma” olarak gruplandırmış, kaderci ve çaresizlik odaklı başa çıkmayı ise “duygu odaklı başa çıkma” olarak gruplandırmıştır. Buradan hareketle araştırmanın başında infertil bireylerin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının duygu odaklı başa çıkma yöntemleriyle pozitif yönde ilişkili olması beklenmiştir. Ancak korelasyon analizi sonuçları durumluk ve sürekli kaygının kaderci başa çıkma ile tıpkı problem odaklı ve destek arayıcı başa çıkmada olduğu gibi negatif ilişkili çıkması kaderci başa çıkmanın aktif başa çıkma yöntemlerine daha yakın olduğunu ortaya koymuştur. Kaygı puanlarının yordayıcı değişkenlerini analiz ederken kurulan regresyon analizlerinin hepsinde de durumluk ve sürekli kaygı puanlarını tahmin ederken kaderci başa çıkma, psikolojik dayanıklılık ve aktif başa çıkma yöntemleriyle (problem odaklı ve destek arayıcı başa çıkma) aynı yönlü olarak yer almıştır. Yani infertilite deneyimi açısından nicel veriye ait hipotezlerde beklenenin aksine bireylerde kaderci başa çıkma stratejisini kullanmak aktif başa çıkma stratejilerine daha yakındır ve bunların psikolojik dayanıklılığın düşük oluşu ve kadın olmakla birlikte durumluk/sürekli kaygı puanlarının düşmesinde etkili olduğu da görülmüştür. Ayrıca kurulan regresyon modellerinde durumluk kaygı sadece çaresizlik odaklı başa çıkma ile anlamlı ilişki göstermiştir, oysa sürekli kaygı bir tanesi hariç tüm regresyon modellerinde tüm başa çıkma yöntemleriyle anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

Literatürde kaderci başa çıkmanın duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkmanın her ikisinden de beslendiğini ortaya koyan çalışma sonuçları bulunmaktadır (Achour vd., 2016). Bununla uyumlu olarak infertil bireylerin dâhil olduğu bu çalışma için kaderci başa çıkmanın hem aktif hem duygu odaklı başa çıkmayla ilişkili olduğu görülmektedir.

Kaderci başa çıkma ile ilgili önemli olan bir diğer konu doğal afet, hayatı tehdit eden hastalıklar, işkence, beklenmedik kazalar gibi travmatik olaylar sonrası, Müslüman bir toplulukla gerçekleştirilen araştırma sonucuna göre bireylerin başvurduğu kaderci başa çıkma değerlendirmeleri adaletsizlik düşüncesi ve yaratıcıya öfke duyma hissini içerebilmesidir (Gül ve Karancı, 2017: 60). Anne'nin altı aylık gebeyken bebeğini kaybettiğinde “(...)Niye böyle diye niye (anne) olamadım o kadar anne olmak isterken bir başkaları doğurup sokağa atıyor. Niye yani ben n'aptım dedim Allah'ım sana.” sözleriyle verdiği isyan tepkisi, hem “çocuğun kıymetini bilemeyenlere” hem de bebeğini ondan aldığını düşünen tinsel varlığadır. Ancak paylaşımlardan anlaşıldığına göre ağırlıklı olarak İslam inancına göre yaşayan kadınların sorunlar karşısındaki kaderci yaklaşımları öfke ve adaletsizlik düşüncesinden daha ziyade bir teslim oluşu temsil etmekte ve rahatlamanın aracı olarak tercih edilmektedir.

“Yani ben tevekkül ederek, yani Allah’a inanma dayanma elinden geleni yaptıktan sonra gerisini Allah’a havale etme, çünkü insanın psikolojisi bir yere kadar, her şeyi yüklediğinde düşünün yani elli ton yükü kaldıramazsınız, altında ezilirsiniz. Hani tevekkül sayesinde, imanım sayesinde bundan kurtuldum, üstesinden gelebildim. Kendimi farklı alanlara verdim, daha çok kitap okudum, beni anlayan kişilerle beraber olmaya gayret ettim.” (Serra)

“...Bir de bende şöyle bir şey var. Ben inançlı bir insanım, Allah'a inanıyorum. Bazı şeylerin de çok üstüne gidilmemesi taraftarıyım. Ben elimden geleni yapıyorum, yapacağım. Bir yere kadar yapacağım. Allah görüyor bizi yani sonuç olarak duamı da ediyorum. Yapmam gerekeni yapıyorum. Olmuyorsa bir bildiği vardır da yönündeyim, kafasındayım.” (Müberra)

Diğer yandan aktif başa çıkma yöntemlerinin bireyler tarafından kullanımının güçlenmeyi sağladığı ve tanıya uyumu kolaylaştırdığı ayrıca düşünce olarak yorulan bireyin duygusal odaklı başa çıkma yöntemleriyle tanı ve tedavi sürecinde duygusal yollar aracılığıyla rahatlatmaya çalıştığı ifade edilmiştir (Tuncay, 2009). Farklı başa çıkma yollarının birbirinin yerine ya da birbirini destekleyici şekilde kullanılmasının ya da kaderci başa çıkmada olduğu gibi duygusal odaklı başa çıkmada yer alması beklenirken aktif başa çıkmaya yakınlaşması infertilite deneyimi açısından önemli bir bulgudur. Sonuçlardan görüldüğü kadarıyla kaderci başa çıkmayı tercih etmek çoğu zaman infertil bireylerin güçlenmelerinin bir unsuru olmuştur.

Derinlemesine görüşmelerde de başa çıkmanın kadınlar tarafından tanı ve tedavideki olumsuz sonuçlar sonrası farklı derecelerde kullanıldığı açıkça görülmektedir. Tanıyı ve tedavideki olumsuzlukları karşılamada en yaygın yöntem kaderci açıklamalardır. İkincisi duygusal başa çıkma aracı olarak değerlendirilen dikkatini başka yere verme, başka işlerle uğraşma, çalışma hayatına odaklanma, hobilere yönelme gibi faaliyetlerdir. Güçlenme deneyimi açısından önemli olan bu bulgu Peters ve diğerlerinin (2011: 130) çocuksuzluğu patolojize etmeye çalışan kuramların aksine bireylerin enerjilerini olumlu deneyimler yaşayacakları aktivitelere aktardıkları bulgusuyla uyumaktadır. Problem çözme odaklı ve destek arayıcı başa çıkma da bireylerin olumsuz sonuçlar sonrası başvurdukları başa çıkma yöntemleridir. Çaresizlik odaklı başa çıkma daha az karşılaşılan bir yöntemdir. Sosyal ortamlardan kendini geri çekme (Nagy ve Nagy, 2016) zaman zaman kullanılan bir başa çıkma aracıdır.

Başa çıkmayla ilgili sonuçlar bütünleştirilecek olursa iki farklı yöntem aracılığıyla elde edilen veriler başa çıkma yolları açısından birbiriyle uyumludur. Nicel veri açısından bakıldığında katılımcıların başa çıkma ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında problem odaklı başa çıkma birinci, kaderci başa çıkma ikinci, çaresizlik odaklı başa çıkma üçüncü ve destek arayıcı başa çıkma dördüncü sırada gelmektedir. Bununla birlikte kadınlarla erkekler arasında çaresizlik odaklı başa çıkma stratejisine ait sonuç anlamlı çıkmış, çaresizlik odaklı başa çıkmanın kadınlar tarafından daha fazla tercih edildiği görülmüştür. Diğer başa çıkma puanları cinsiyet açısından anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

Bu araştırmada Berghuis ve Stanton’ın (2002) ortaya koyduğu sonuçlarla uyumlu olarak infertilite deneyiminde sorunlarla başa çıkarken salt kadının başa çıkma yöntemleri değil aynı zamanda erkeğin de başa çıkma yöntemlerinin sürecin stres verici unsurlarına karşı birlikte işlev gösterdiği görülmüştür. Erkeklerin tanı ve tedavi sürecinde kaderci ya da problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının kadınların tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasıyla başa çıkmalarını genelde olumlu olarak etkilediği ve onları rahatlattığı

görülmüştür. Ancak eşlerinin bu yaklaşımı bazı kadınları, eşlerinin kendileri kadar çocuk sahibi olmak istemediğini düşünmelerine sebep olmuş ve rahatsız etmiştir. Berghuis ve Stanton (2002) tarafından ortaya atılan iki başa çıkma modeli, *bireysel model* ve *partner modeli*, çiftlerin her ikisini de etkileyen infertilite deneyiminde karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada -özellikle partner modeli- infertil bireylerin güçlenme sürecinde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken bir yaklaşımdır. İnfertil bireylerle güçlendirme modeli ile çalışırken başa çıkmada partner modeline özel olarak eğilmek daha iyi sonuçlar alınmasını kolaylaştıracaktır.

İnfertilite deneyiminde sadece nicel veri açısından analiz edilen ve yorumlanan cinsiyet farklılıkları göstermiştir ki; kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanları erkeklerden yüksek, psikolojik dayanıklılıkları düşüktür. Yani infertilite deneyiminde kadın olmak psikolojik açıdan dezavantajlı olmayı beraberinde getirmektedir (Holter vd., 2006: 3298). Başa çıkma sürecine katılımı artıran psikolojik dayanıklılık (Sexton vd., 2010) kurulan tüm regresyon modellerinde sürekli kaygı ile anlamlı sonuçlar vermiştir. Bu açıdan bu araştırma için psikolojik dayanıklılığın durumluk kaygıdan çok sürekli kaygıyı yordayan bir etken olduğu ortaya çıkmıştır.

Devam eden bölümlerde okuyucu açısından kolay takip edilmesi adına araştırmanın temel verisi olan derinlemesine görüşmelere ait bulgulardaki temalarla aynı sırayla nicel veriden gelen ve temalarla ilişkili bulgular birleştirilecek, yorumlanacak ve güçlenme süreci açısından değerlendirilecektir.

4.6.1. İnfertilite ve tedavisinde psikolojik bağlam ve güçlendirme yaklaşımı

Bireyler için infertil olma ihtimaller dâhilinde ise (yaş faktörü ve genetik sorunların varlığından haberdar olma) bireyler tanıyı ve tedavi sürecini daha iyi yönetebilmektedirler. Oysa infertilite birey için beklenmedik bir durum olarak ortaya çıktığında bireyin tanıya verdiği ilk tepki Kemeter ve diğerlerinin (1985) bahsettiği gibi şaşkınlıktır. İnfertilite ile başa çıkma ve güçlenme açısından ilk grup daha avantajlıdır, çünkü hem tedaviye erken başvurma eğilimindedirler hem de infertilite ve tedaviyi kabullenmeleri daha hızlı olmaktadır. Derinlemesine görüşmeler sonucu kadınların infertilite tedavisinde zamanla yarıştığı çünkü yaşın tedavi açısından önemli bir değişken olduğu görülmüştür. Stres doğası itibarıyla her zaman sadece olumsuz sonuçlara sebep olmaz (Weiten vd., 2012) bu açıdan yaş tedaviye başvurma konusunda da tetikleyici olumlu bir stres faktörü olmuştur.

“Normal yollarla anne olabilirim fakat 34 yaşında olduğum için biraz da yaş faktörünü devreye koyarak bu süreçte hani çok kaybedecek vaktim yok, önce aşılama daha sonra gerekirse tüp bebek ama doktor hanım ‘Normal yollardan da hamile kalabilirsin ama kaybedecek çok vaktin yok dedi.’” (Nur)

Nicel veride katılımcıların yaşlarına (onar yıllık grupta) göre kaygı, psikolojik dayanıklılık ve başa çıkmalarının nasıl değiştiği araştırıldığında analiz sonuçları anlamlı çıkmasa da ortalamalarla yaşı ilerledikçe özellikle kadınlarda psikolojik dayanıklılığın arttığı, problem odaklı, kadercil ve çaresizlik odaklı başa çıkmanın daha çok tercih edildiği görülmüştür. Nicel veri açısından ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan nispeten bu olumlu tablo hem tedavide deneyim kazanma, hem de infertiliteyi kabullenme ile açıklanabilir (İsmail

vd., 2004). Durumluk kaygıdaki artışın yanında sürekli kaygıda 20-29 yaş grubuyla 40 yaş üstü grubun aynı puanı alması da dikkat çekicidir.

Burns'un (1990) çalışmasıyla uyumlu olarak bu çalışmadaki katılımcıların infertilite durumlarını tanımlarken kullandıkları ifadeler daha çok olumsuz bir deneyimi anlatmaktadır. Az sayıda birey infertiliteden etkilenmediğini ifade etmiştir. Çevrelerinde infertilite tanısı almış ya da infertilite tedavisi gören birilerinin olması, bireyleri yalnızlık hissinden kurtarmış ve duygusal olarak tanıyı daha rahat karşılamalarını sağlamıştır. Ayrıca infertil olma riskini taşıdığını bilmek ya da infertilite hakkında bilgi sahip olmak da tanıyı normal karşılamalarına ve çözüm yolları aramalarında bireylerin eyleme geçerek güçlenmelerine yardımcı olmuştur (Gutiérrez, 1994; Freire, 2005; Lee, 2001). İnfertil bireylerin tanıyı karşılamalarını etkileyen diğer faktörler, yaş ve sosyal çevredir. Bu iki faktörün infertil bireyler için olumlu ya da olumsuz algılanışı tanıyı kabullenmelerini ve tedavi sürecini ve duygularını yönetebilmelerini de etkilemiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre infertilite nedeninin kimden kaynaklandığı suçluluk duygusunu tetikleyebilmektedir. Bazı infertil bireylerin, özellikle tedavi kadın bedeninde yürütüldüğü için kadınların sürecin sorumluluğu ve yükünü üstlenmede ve suçluluk duymada erkeklere göre dezavantajlı oldukları (Topdemir Koçyiğit, 2012; McEwan vd., 1985) derinlemesine görüşmelerde ve (analiz sonuçları anlamlı olmasa da) ortalama karşılaştırmalarında görüldüğü üzere nicel veride de ortaya çıkmıştır. Bununla bağlantılı olarak problemin kaynağı ve tercih edilen başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki de incelenmiş ancak Jafarzadeh ve diğerlerinin (2015) bulgularının aksine anlamlı sonuca ulaşamamıştır. Tedavinin ve gebeliğin kadının bedeninde gerçekleşmesi, onları tedaviyi hatta tanıyı sahiplenmelerine, varoluşsal bir güdüyle anne olmanın sorumluluğunu yüklenmelerine ve bazılarının kendilerini bu konuda suçlamaya meyilli olmalarına sebep olduğu görülmektedir. Yukarıda regresyon analizleri ile ilgili değerlendirmede de belirtildiği gibi nicel veri açısından da doğrulanan bu durum, yani kadın olmak, infertilite deneyiminde önemli bir faktördür ve kadınların erkeklerle kıyaslandığında temel değişkenler açısından dezavantajlı durumda oldukları sonuçlara yansımıştır.

İnfertil bireyler çocuk sahibi olma açısından tedavi türlerinin ayrıştığını düşünmektedir (Li vd., 2013). Boncuk, *"Aşılamaı açıkçası normal bir ilişkiden farklı bulmadım. Daha sonra işte tüp bebek tedavisine başlamaya karar verdik."* sözleriyle tüp bebek tedavisinin aşılama tedavisine göre sonuca ulaşmada daha etkili olduğunu ifade ederken zamanın çok önemli olduğu infertilite tedavi sürecinde Anne, tüp bebeğe geçilmeden önce (doktorun belirteceği özel durumlar hariç) üç aşılama tedavisinin gerçekleşmesi zorunluluğunu gereksiz görmektedir. Ayrıca tüp bebek tedavi denemesinin nicel araştırma katılımcılarında da sayıca üstün olması görüşmeleri destekleyen bir bulgu olarak ele alınabilir.

Derinlemesine görüşmede kadınların yarıdan fazlası tıbbi olmayan yöntemleri denediklerini bildirmişlerdir. Ağırıklı olarak doğadaki bitkilerle ve gıdalarla yapılan kürler (yaygın olarak kadınlar için havuç, incir ve soğan kürleri, erkekler için bal ve keçiyoynuzu kürleri) ve bu çalışmada pek karşılaşılmasa da tıbbi olmayan fiziki müdahaleler ve hoca/türbe ziyaretleri gibi dinsel/büyüsel nitelikteki girişimler kültürel olarak deneneyen yöntemlerdir (Örnek'ten aktaran Topdemir Koçyiğit, 2012). Kadınlardan kimisi özellikle

kürlerden fayda sağladığını kimisi de hiç faydası olmadığını düşünmektedir. Tıbbi olmayan yöntemlerin bireylerin üçte iki gibi bir çoğunluk tarafından kullanılması en azından denenmesi ya da çevrelerince denenmeye teşvik edilmesi onlar üzerinde sosyal bir baskı unsuru olarak değerlendirilebilir. Denenen bazı yöntemler itibariyle bireyler “çocuk sahibi olma uğrunda her yolun denenmesinin mubah olduğu” gibi bir düşünceyle “bir umut” başvurdıkları bu denemelerden de başarısız sonuçlar alarak fiziksel olarak rahatsızlık yaşayabilmekte ve bunun yanı sıra psikolojik bir rahatlama da sağlayamamaktadırlar. Nicel veride ise %11.8 gibi düşük bir oranla katılımcıların tıbbi olmayan yöntemleri denedikleri görülmektedir.

İnfertilite tedavi aşamalarının bireyler üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda (Yong vd., 2000; Franco vd., 2002; Hammarberg vd., 2001; Kee vd., 2000) ortak bir sonuca ulaşılamasa da aşamaların bireyleri farklı şekillerde etkilemesi güçlenme sürecine dair bireylerin psikolojik ve duygusal değerlendirmesi açısından önemli bir faktördür. Çünkü hem nicel veride hem de görüşmelerde tedavinin farklı aşamalarındaki tecrübelerin katılımcıları psikolojik ve duygusal olarak etkilediği açıkça görülmektedir. Görüşmelerde infertil kadınlar en üzgün hissettikleri zamanı olumsuz tedavi sonucunu aldıkları zaman ve en stresli zamanı da gebelik testi aşaması olarak tanımlamışlardır. Nicel analizlerde ise tedavi aşamalarının bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamasa da sonuçlara göre kadınlar ve erkekler için en kaygı verici aşamanın gebelik testi olduğu bulunmuştur. Sürekli kaygı ise en yüksek dondurulmuş embriyoları olup transfere gelen infertil bireylerde görülmüştür. Erkeklerde kaygının yüksek olduğu ikinci aşama tahlil/tetkik aşaması ve üçüncüsü de yeni tedaviye başlama aşamasıdır. Çocuk sahibi olmak için başvurup ilk kez tahlil yaptıran erkekler açısından tahlil aşamasında kaygının yüksek oluşunu hem üreme ve cinsel performansın değerlendirilmesi (Sundby, 1999) ile ilişkili olarak hem de toplumun ataerkil yapısıyla ve toplumsal cinsiyet rollerinin infertiliteye yansımalarıyla açıklamak mümkündür. Ancak araştırmada bahsi geçen tahlil aşamalarının tedavinin herhangi bir aşamasında olduğunu da unutmamak gerekmektedir.

Katılımcıların başarısız tedavi denemelerinden sonra birkaç gün ya da en fazla birkaç hafta içinde eski düzenlerine döndüklerini belirtmeleri de tanımı itibariyle psikolojik dayanıklılıklarının iyi olduğunu göstermektedir (Tugade vd., 2004). Güçlenme deneyimi ile kavramsal olarak yakından ilgili olan psikolojik dayanıklılığın (ilişkisi anlamlı olmasa da) yüksek olduğu aşamalar bireyi olumlu etkileyen aşama olarak değerlendirilebilir. PD puanlarının kadınlar için yüksek olduğu aşama yumurta toplama ve erkekler için dondurulmuş embriyoların transfer aşamasıdır. Görüşmelerde ayrıca güçlenme açısından aşamaların etkisinin daha iyi anlaşılması için kadınların tedavi aşamalarında olumsuz deneyimlerinin yanında olumlu ve mutlu hissettikleri anlar da araştırılmıştır. Dondurulmuş embriyoların oluşu hastalar tarafından olumlu karşılanmıştır. Çünkü bu onlara yumurta toplama gibi yorucu bir aşamayı yaşamadan transfere geçme kolaylığı sağlamaktadır. Ayrıca transfer aşamasının infertil kadınların zikrettiği mutlu anlarda yaygın olduğu görülmüştür. Böylece aşamaların bireylerdeki olumlu karşılıkları güçlenme sürecinde sağlanacak desteğin de niteliğinde belirleyici olacaktır. Ancak aşamalarla ilgili sonuçlar açısından daha detaylı bilgiye ihtiyaç vardır.

Literatürde çocuk sahibi olmanın bireyler için ne anlama geldiğine yer veren çalışmalarla (Yao vd., 2017) nadiren karşılaşılmıştır. İnfertilite deneyimini psikolojik, sosyal, ilişkisel ve toplumsal olarak anlamanın yolu bireyler için çocuk sahibi olmanın anlamını öğrenmekten geçmektedir. Bu çalışmadaki veri sadece infertil kadınlar için çocuk sahibi olmanın anlamının ne olduğunu ortaya koyarken anlatılardan dört farklı grup oluşmuştur:

(1) Anne ve kadın olmakla ilişkili anlatılar:

“Ben bu hayatta bir tek anne olmak istedim, çocukları çok seviyorum. (ağlama) O da olmadı, her şeyim olur yani onun sevgisini düşününce daha bir içim rahatlıyor. Ona bakmak, büyütmek, çok güzel bir şey herhalde, bilmiyorum ama çok isterim.” (Anne)

(2) Hayatın anlamıyla ilişkilendiren anlatılar:

“Çocuk sahibi olmak, sanki çocuğum olunca dünyam değişecek gibi geliyor bana. Bilmiyorum belki abartı ama ne bileyim sanki bu yediğim yemeğin tadı bile farklı olacak gibi hissediyorum. Öyle çok heyecanlı(ağlama). Özür dilerim.” (Aysun)

(3) Çocuğun evlilik ilişkisindeki karşılığına dayanan anlatılar:

“Bir aile olmak bir arkadaşlarına gittiğinde hani o duyguyu yaşamak istiyorsun. Eşinin baba olmasını istiyorsun. Doğmuş bebeklere hastanelere gidemiyorum mesela çünkü kendimin de onu yaşamış olmasını istiyorum. Kendimden çok eşim, onu yaşamasını onun. Çünkü o bana hiçbir şey belli etmediği için ben onun ne yaşadığını bilmiyorum aslında.” (Müberra)

(4) Sosyal/toplumsal bağlamla ilgili anlatılar:

“İnşallah olur. Çok şey değişir diye umut ediyorum. Bir kere insanların bana bakış açısı değişir kısır demezler, şöyle bir şey olarak bakmazlar. (...) Bir de hani çocuk çok başka bir şey benim için illa olmak zorunda, olması gerekiyor, çocuk yoksa ben de yokum, düşüncesindeyim. Bu mesela şimdi ben ileriye düşünüyorum ben mesela yaşlanınca bana kim bakacak, çocuğumun bana bakmasına ihtiyacım yok onca ailesine bakmayan çocuk var o insanlar ölüyor mu hayır bir şekilde hayatlarına devam ediyorlar. Ne bileyim zamanı geldiği zaman zaten ölüyorlar, çocukları baksa da bakmasa da ama herhalde bunu ben kendim böyle nitelendirmişim, duruyorum duruyorum bana ileride kim bakacak diyor. Aslında bunu çözmek çok istiyorum, inanılmaz derecede istiyorum ama bilmiyorum olmuyor. Nasıl desem bilmiyorum. Çok da üzülüyorum, gerçekten çok üzülüyorum. Hani mesela şu an konuşuyorum ama ağlamamak için kendimi zor tutuyorum.” (Bahar)

Yukarıdaki dört farklı gruptan ilk iki grup bireysel tatmin, son iki grup ise sosyal/ilişkisel tatmin olarak da ifade edilebilir. Çocuk sahibi olma güçlenme dinamiği açısından değerlendirildiğinde “çocuk” fikrinin bile kadınları güçlendirdiği bazılarının ifadelerinden anlaşılmaktadır. Çocuk sahibi olmaya verilen anlamın güçlenme pratiklerinin değerlendirilmesinde ve güçlendirme temelli bir danışmanlık sağlanmasında önemli olduğu ve birey adına hangi açılardan güçlendirme yapılması gerektiği ile ilgili dikkate değer bir bilgi sağlamaktadır. Çocuk sahibi olmakla bağlantılı olarak kurdukları hayallerin sorulmasıyla bireyleri güçlendireceğine inanılan düşünsel bir eylem hakkında fikir sahibi olmak amaçlanmıştır. Çocuk sahibi olmakla bağlantılı olan çocukla ilgili hayal kurma eyleminde ise hayallerini paylaşırken pek çok kadının gülümsemesi ve heyecanlanması hayal kurmanın güçlenmelerine yardımcı olduğunu gösteren bir işarettir. Hayal kurmaktan kaçındığını söyleyen az sayıda bireyin olması da kendilerini olumsuz ihtimallerden korumak istemelerinden kaynaklı bir tutumdur.

Tedaviye tekrar etme kararına ilişkin nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu (%80) tedaviye devam edeceğini belirtmiştir. Geri kalan bireyler devam etmeme kararını daha çok

ekonomik sonra da psikolojik sebeplere bağlamışlardır. Görüşmelerdeki kadınların yarısından fazlası yeni bir tedaviye devam etmek istediğini belirtmiştir. Tedaviye devam kararını etkileyen faktörler, psikolojik ve fiziksel durumlar, yaş, tedavi yılı, başarısız olan tedavi sayısı ve ekonomik imkânlardır. Devam etmeme kararında nicel veriyle uyumlu olarak en önemli etkenler ekonomik sorunlar ve psikolojik yükü başa çıkamayacağına olan inançtır. Bu bulgular tedaviye devam kararını etkileyen faktörleri araştıran çalışmalarla da uyumludur (Su vd., 2011; Finamore vd., 2007; Goldfarb vd., 1997). Psikolojik destek bölümünde her ne kadar tedavi sürecinin içindeki infertil bireylere yönelik uygulamalara değinilse de tedaviye devam etmeme kararı alan bireylere de profesyonel psikolojik destek sağlamanın altını önemle çizmek gerekmektedir (Su vd., 2011)

Tedaviyi tekrarlamayı düşünmeyen bireylerin karar vermesi gereken bir diğer konu çocuksuz yaşama adaptasyon veya evlatlık edinme/koruyucu aile olmakla ilgilidir. Görüşmelerde kadınların evlatlık edinme ve koruyucu aile olma konusu hakkındaki düşünceleri araştırılmıştır. Eşlerin evlatlık edinme konusundaki farklı görüşleri evlilikte çatışma ya da anlaşmazlık yaratan faktörlerdendir (Burns, 1990). Ortak bir karar vermenin zor olduğu böyle bir konuda bireylerin ve çiftlerin karar alma süreçlerini etkileyen faktörler tedaviden tamamen umudun kesilmesi, yaşı iyice ilerlemesi, eşlerinin istememesi, kendi çocuğu haricinde bir çocuğu kabul etmenin algıda mümkün olmadığına inanmaktır. Biyolojik olmayan bir çocuğa sahip olmanın algıda kabul edilmemesi duygusal tepkileri etkileyebilen faktörlerdendir (McEwan vd., 1987).

Kadınlara göre eşlerin istememesinin temel nedenleri sosyal çevre, dini kaygılar, sadece kendi çocuğunu isteme, evlat edinilen ya da koruyucu ailesi olunan çocuğa haksızlık yapma korkusu olarak öne çıkmıştır. Nicel veriden elde edilen bilgi ise bireylerin çoğunun (%70) tedavi dışı alternatifleri düşünmediğini, düşünenlerin ise %17'sinin evlatlık edinme, %5.1'inin de koruyucu aile olmayı düşündüğünü söylemektedir. Bazı bireylere göre tedavinin varlığı çocuk sahibi olmak için büyük bir şans iken bu durum bireylerin karşı karşıya kaldıkları “çocuksuz bir hayat” gerçeğini kabul etmeleri önünde bir engel olabilmektedir. Bu durum uzun vadede olumsuz sonuçların devam etmesi ve psikolojik yükün artmasıyla başa çıkmayı ve dolayısıyla güçlenmeyi de olumsuz etkilemektedir. Çocuksuz bir hayat fikrine kendini hazırlayanlar yani bir yönüyle tanıyı kabullenenler tedaviye devam etseler de duygusal ve psikolojik olarak tedavideki olumsuzluklar ve infertiliteye bağlı diğer sorunlarla başa çıkmada daha avantajlıdır. Evlatlık edinmeye mesafeli olma konusunda kadın ya da erkek infertil bireylerin (bazı kadınların eşlerinin istememe sebeplerini de belirtmelerinden ötürü) genel de kendi kanından, canından bir çocuğu arzulanması ve onu incelemesi varoluşsal amaca ulaşmakla ilgili olduğu kadar, sosyal/kültürel talepleri karşılamakla da ilişkilidir.

Gülüm Su eşinin ailesinin tedavi başarısız olursa “Üzülme şey yapma evlatlık alırsınız.” dediğini ama bunu “çocuğun kendi kanını taşımasının zorunlu olmasından dolayı” asla kabul etmeyeceğini belirtmiştir. Bu açıklaması ile çocuk sahibi olmanın anlamı için anne olmaya yaptığı vurgu da kendi içinde tutarlıdır.

“Ben de onu kaldıramam yani evlatlığı asla kabul etmiyorum. Çünkü benim baktığımda yarısı benden yarısı eşimden olacak baktığımda onu göreceğim yani benim kanımı taşıyacak yani. O yüzden evlatlık şeyini de kabul etmiyorum öyle yani. İstemiyorum, eşim de istemiyor benden

olsun benden bir can bir parça olsun işte yarısı eşimden yarısı benden olsun çeksin bize gibisinden istemiyorum.” (Gülüm Su)

Anderheim ve diğerleri tarafından infertil bireylerin infertiliteye verdiği tepkileri anlamak için yine infertil bireylerin deneyimlerini anlatırken kullandıkları duygulardan derlenen on dört duyguyu derecelendirerek ölçtükleri ve başka araştırmacıların da kullandığı (Holter vd., 2006) ölçek bu çalışmada derinlemesine görüşmelerde bahsedilmeyen ya da detaylandırılmayan duyguları ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmıştır. Sonuçlara göre bu duygulara ilişkin görüşler genel olarak tedavideki olumsuz yaşantılarla ilişkilidir. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulguların farklı alt başlıkları içinde bahsi geçen, kaygı, suçluluk, öfke, güçsüzlük, hayal kırıklığı, depresyon gibi olumsuz duygular olarak ön plana çıkmış ve Holter ve diğerlerinin (2006: 3295) bahsettiği gibi tedavinin başarısız sonuçlanmasıyla ilişkili ya da tedavi sürecinin yüklerine bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Kimi kadınlar eş ilişkilerinin ya da çevresel faktörlerin de etkisi olduğunu ifade etmiştir. Hoşnutluk ve mutluluk ise infertil kadınlar tarafından nispeten daha az detaylandırılan olumlu duygulardır. Güçlenme psikolojik anlamda bilişsel faktörlerin yanında özellikle duygulardan da etkilenmektedir. Güçlenme psikolojik iyi oluşun belirleyicisi olan olumlu duyguların bireyde olumsuz duygulara göre daha fazla hâkim olmasıyla ilişkilidir. Bu nedenle bireylerin bu dönemdeki olumsuz duygularının kaynaklarının araştırılması ve bunlarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarına destek sağlanması onların psikolojik güçlenmelerini de beraberinde getirecektir.

İnfertilite tedavisi doğası itibarıyla aynı ya da farklı kurumlarda çoğunlukla birden fazla kere tekrarlanarak uzun yıllar sürebilmektedir. Bu bağlamda alınan hizmetler ve sağlık personeliyle kurulan ilişki güçlenme sürecinin bir başka boyutunu oluşturmaktadır. Hem görüşmelerden hem de nicel veriden elde edilen bilgiler bireylerin hizmet alımı ve sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinde ağırlıklı olarak olumlu görüşe sahip olduğunu göstermektedir. Hatta kurulan bu ilişkinin güçlenmelerine sebep olduğunu ifade edenler de olmuştur. Görüşmelerin sayıca genelleme yapabilmeye olanak sağlayan nicel veriden en önemli farkı bireylerin deneyimlerini paylaşma ve anlama imkânını sunmasıdır (Johnson ve Onwuegbuzie, 2004; Creswell, 2003). Bu açıdan görüşmelerde olumsuz deneyimler yaşadığını ifade eden kadınların da olması güçlenme açısından sağlık personeliyle kurulan ilişkinin önemine dikkat çekilmesi açısından önemlidir. Bu açıdan her ne kadar olumlu durumlar yaşansa da bizzat bireylerin kendilerinin bahsettiği “*psikolojilerinin eksik oluşu*”, “*psikolojilerinin yıpranmış oluşu*”, “*dokunsan ağlayacak*” durumda oluşları güçlendirme süreci açısından önemlidir. Dolayısıyla infertil bireylere yaklaşımda sağlık personelinin göstereceği hassasiyet, kontrolü bireye teslim etme, etkili iletişim ve anlayış, başarılı yönlerine vurgu yapma güçlenme sürecinin doğrudan etkeni olacaktır (Dowling vd., 2011; Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012). Bununla birlikte özellikle kamu kuruluşlarındaki infertilite kliniklerinde bireylerin en çok iletişim içinde oldukları sağlık personeli olan hemşirelerin, infertil bireylerin psikolojik sağlıklarına destek olacak süreçlerde bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi ve desteklerinin artırılmasına yönelik öneriler de getirilmiştir. Bu önerilerin bir bölümünde medikal modeldeki hasta-profesyonel etkileşiminin aksine bireylerin güçlerine ve olumlu özelliklerine vurgu yapılarak tedavi kararlarında destekleyici rollerin önerildiği de olmuştur (Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy, 2008: 110; Altuntuğ vd., 2012:

75; Ataman ve Arslan, 2010; Aşçı ve Kızılkaya Beji, 2012). Hizmete ilişkin teknik konular stres verici bir unsur olarak bir tarafta dururken hemşire ya da doktorlarla kurdukları ilişkilerde yaşadıkları olumsuzlukların bireyleri psikolojik olarak daha çok etkilediği görülmektedir. Dilek'in hemşire ile yaşadığı bir diyalogda tedaviye başvurma kararını sorgulaması ya da Beyaz Papatya'nın aşağındaki paylaşımı profesyonellerin tutumunun bireyler üzerindeki etkisini anlamaya yardımcı olacaktır.

“Tüplerimin kapalı olduğunu bana söylediler. Çok üzıldüm ama sonra kendim araştırdım aşılama imkânı varmış. (O zaman)Doktor açmadı, uğraşmadı. Kapalı dedi gönderdi. Hatta dalga geçti yani. ‘Mutfak tüpüyle mi karıştırdın sen.’ dedi (...). O zaman kötü, baya bir kötü hissettim. Sinir bozucuydu. Kötüyüdüm yani. İlk zamanlar çok kötüyüdüm.” (Beyaz Papatya)

Ayrıca tıbbi hizmetlerden memnun olsalar da rahatlatıcı bir desteğin eksikliğinden yakınılması sağlık personelinin kısmi de olsa psikolojik ve duygusal desteği de sağlaması gerektiğini düşündürmüştür. Durgun Ozan ve Okumuş'un (2013) makalelerine konu ettiği Watson'un İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımının insanı zihin-ruh-beden bileşeniyle bütüncül olarak ve infertilite deneyimini detaylı bir şekilde anlamaya çalışması ve güven ilişkisi ve bireyin kendini ifade edeceği bir ortam yaratmayı önemsemesi ile güçlendirme yaklaşımıyla örtüşen özellikleri bulunmaktadır. Ancak Türkiye'de ne tedavi aşamalarında ne de başarısız tedavi denemesi yaşayan bireylere üzüntünün yoğunlaştığı bu dönem ve sonrasında sunulan danışmanlık yeterlidir. Bireylerin bu dönemde yalnız kalma ya da kimseyle görüşmeme eğiliminde oldukları da dikkate alınarak sunulacak destek ve bakımın tedavi başından itibaren tasarlanması ve düzenlenmesi gerekmektedir.

Profesyonel psikolojik destek almak nicel araştırmaya katılanlar ve görüşme yapılan infertil bireyler açısından yaygın değildir. Nicel veride %4 gibi çok az bir oranda psikolojik destek alan birey vardır, ağırlıklı olarak da psikolog ve psikiyatrden destek aldıkları görülmektedir. Sosyal çalışmacıdan destek aldığını belirten biri olmamıştır. Ancak katılımcıların yarıya yakınının (%48) destek almak istediğini belirtmesi bireylerin bu konudaki talebine dikkat çekmek için yüksek bir oranı işaret etmektedir. Derinlemesine görüşmelerde de profesyonel psikolojik destek alma konusunda farklı bir tablo yoktur. Psikolojik destek alan bireyler olmasına rağmen bu destek, başarısız tedavi sonrası intihar eden ve arkasından psikolojik destek alan Bahar hariç, doğrudan infertilite ya da tedavi ile ilgili değildir.

Profesyonel psikolojik destek almak isteyip istememe eğilimini belirleyen faktörler; maddi imkânlar, kendi başa çıkabileceğine inanma, (kendini telkin etme, “*kendinin psikoloğu olduğunu düşünme*”), yakın çevrenin desteğini yeterli görme, konuyu paylaştıkça daha kötü olacağına inanmadır. Katılımcılar yine de tedavi merkezlerinde psikolojik destek ekibinin olması gerektiğini, olursa görüşme yapabileceklerini belirtmişlerdir. Araştırmacıyla yapılan görüşmenin kendisini rahatlattığını belirten üç katılımcının olması da süreçte hassaslaşan bireylerin kendilerini anlayacağını düşündükleri biriyle yaşadıklarını paylaşmaları psikolojik desteğe istekli olduklarını göstermektedir. Ancak Türkiye'de hizmet sunan infertilite merkezlerinin çoğunda hatta hemen hepsinde bu destek ortamı bireylere sağlanmamaktadır. Psikolojik destek sağlık alanında uygulanırken hastalıkların özelliklerine ve hastaların yaşadığı deneyime hassas olarak yürütülmektedir. Örneğin kanser, böbrek hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıklara sağlanan profesyonel

psikolojik destek bireylerin ihtiyaçlarına özel olarak tasarlanmaktadır. Kronik hastalık sınıflandırmasına girmese de infertilite uzun süreli tedavi gerektiren bir sağlık sorunudur ve bu soruna özgü olarak tasarlanmış bir psikolojik müdahale gerektirmektedir.

Profesyonel psikolojik destek açısından ilaç tedavisi ile psikolojik yardım alan infertil bireylerin yaşıdığı temel sorun, tedaviye başlandığında ilaç kullanamamalarıdır. İlaç tedavisinin zorunlu olduğu durumlar dışında tedavi süreci içinde infertilite tedavisi gören bireylerle temas halinde kalabilmenin en iyi yolu psikoterapi desteği ve sosyal çalışmacının da dâhil olduğu infertilite danışmanlığı gibi görünmektedir (ESHRE, 2015). Bireylerin profesyonel psikolojik desteğe zamanında ulaşabilmelerini sağlamak hem infertiliteyi kabullenip süreçte karşılaştıkları sorunlarla başa ıkılmalarında önemli bir basamak olacak hem de psikiyatrik ilaç almalarını gerektirecek düzeye gelmeden onların güçlenmesine yardımcı olacaktır.

Genel anlamda güçlendirme yaklaşımı açısından sağlanacak bir danışmanlık modelinde bireye yardım ederken bireyin güçlerinin farkında olmasına ve güçlerini sorunun çözümünde değerlendirmesine, aktif karar verici bir rol üstlenmesine vurgu yapan, buna karşılık danışmanın ise bireye sahip olduklarını fark ettiren ve seçim yapmasına yardımcı olan yani bireyin kendi kaderine tayin hakkına saygılı işbirlikçi bir rol biçilmektedir (Weick vd., 1989: 354). Araştırmanın birinci bölümünde yer verildiği gibi Rogers'ın kurucusu ve öncüsü olduğu kişi merkezli danışmanlık da temelde bireye koşulsuz olumlu bakış, şeffaflık, etkin dinleme, empati kurma ve bunu bireye iletebilme gibi prensipler üzerinden bireylerin sorunlarına destek sağlamaktadır (Rogers, 1980). Bu iki modelin ortak prensipler etrafında birleşmesi hem alandaki pratiği hem de danışmanlığa dair literatürü şüphesiz zenginleştirecektir.

İnfertil bireyler için yürütülecek danışmanlıkta tedavi aşamalarının bireydeki farklı etkilerinden dolayı araştırmanın bulgularından hareketle bazı farklılıklar olması gerektiği düşünülmektedir. Örneğin tedavinin başarısız oluşunun dışında, depresyon, hüzün, yas, psikolojik stres ve üzüntünün yoğun yaşandığı düşük deneyimi sonrasında (Covington ve Burns, 2006: 281) sunulacak danışmanlıkta üzerinde durulması gereken hassas bir süreç olarak bulgulara yansımıştır. Tedavi döneminde alınan psikolojik yardımın hem tedavi sürecindeki olumsuz duygularla başa çıkmaya yardımcı olup bunları azaltacağı hem de bu sorunların gebelik dneimine ve ebeveynlik deneyimine taşınmasının önüne geçeceğine inanılmaktadır (Ponjaert-Kristoffersen ve Baetens, 1999; McDaniel ve Speice, 2001).

4.6.2. İnfertilite ve tedavisinde eşler arası ilişki ve güçlendirme yaklaşımı

İnfertilite kadın ve erkeğin birlikte deneyimlediği, duygusal olarak birbirlerinden etkilendikleri, çiftler arası ilişki ve etkileşiminin sürece doğrudan etki ettiği ya da süreçten etkilendiği bir doğaya sahiptir. Bu nedenle sağlık alanındaki diğer sorunlardan daha karmaşıktır ve infertilitede bireylerin güçlenme pratikleri eşler arası etkileşimden doğrudan etkilanmaktadır. Nicel veride eşler arasındaki ilişki iki soruyla araştırılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğuna (%70.5) göre tedavinin evlilikte asla soruna sebep olmadığı ve tedaviden sonra eşler arası iletişimin olumsuz etkilenmediği (%75.6) sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar görüşmelerde çıkan bulgularla belirli bir açıdan uyumludur.

Görüşmeler ise çok daha detaylı bir şekilde kadınların anlatıları aracılığıyla güçlenme sürecinin eşler arası ilişkiye bakan yönlerini ve bu ilişkinin güçlenme üzerindeki etkisini araştırma imkânı sağlanmıştır. Bu çalışmaya katılan infertil kadınların anlatılarına dayanan bilgiler ışığında elde edilen bulgulara erkeklerin kendilerini eşlerine bir destekçi olarak konumlandıkları açıkça görülmüştür (Burns, 1990, Abbey vd., 1995). Kadınlar da bu desteği görmekte ve birlikte deneyimledikleri infertilitede eşlerini en önemli destekçileri olarak değerlendirmektedir. Çiftler arasında tanıyı karşılama, süreci yönetme, ortak karar alabilme konusundaki uyum ve anlaşma doğal olarak güçlenmeye yardımcı olacaktır. Ancak kadınlarda stresi azaltma konusundaki etkileri tartışılmaktadır (Kee vd., 2000). Başa çıkma konusunda değinildiği gibi kadın ve erkeklerin farklı başa çıkma stratejilerini tercih etmeleri sorunla başa çıkmada genel olarak olumlu sonuçlar vermiştir. Kadınlar eşlerinin tedavilerinin başarısız olduğunda gösterdikleri tutumları ve başa çıkma yollarını (ağırlıklı olarak kaderci ve problem odaklı başa çıkma) güçlendirici bir etken olarak değerlendirmişlerdir. Sürecin doğuracağı muhtemel gerilimlerin (Ferber, 1995; Kraft vd., 1980) yanında bu çalışmada kadınlar eşler arası ilişkide destek, ilginin artması, birliktelik, denge ve anlayışa vurgu yapmışlardır. Bu da güçlenme süreci açısından kadınların eşleriyle kurdukları ilişkiden güç aldıklarını göstermektedir. İlişkide bir tarafın bile sorunu kabullenip süreçteki sorunlarla sağlıklı şekilde başa çıkmayı benimsemesi ve (Görüşmelerden anlaşıldığı üzere istisnalar hariç bunu daha çok erkeklerin yapmaktadır.) erkeklerin çocuk sahibi olmaktan çok eşleriyle aralarındaki sevgi ve ilişkinin önemli olduğunu onlarla paylaşmaları güçlenmenin eşler arası ilişkiden doğan en önemli iki unsurudur. Diğer yandan bazı eşlerin duygularını açıklamada zaman zaman “ketum” davranışları, verdiği belirsizlik duygusundan dolayı kadınları bir anlamda huzursuz etmektedir.

İnfertilitenin etkilediği bir diğer konu eşler arası cinsel ilişkidir. Görüşülen kadınların yarısı cinsel hayatlarının etkilenmediğini belirtirken etkilendiğini düşünenler genelde “bir ödev olarak algılanması”, “zamanlamanın önemli olmasının verdiği kaygı”, “tedaviden dolayı bazı zamanlarda kadınların yasak olarak algılanması”, “isteksizlik” ve “erkeklerde kaygıdan dolayı yaşanan cinsel sorunlar” gibi konulardan yakınmışlardır. İnfertil bireylerin güçlenmelerine yönelik sunulacak destek açısından danışmanların bu konuda da belirli bir düzeyde donanımına sahip olması bireylerin sorunlarını ele alıpta hem bütünlüğe ulaşmayı, hem de daha etkin bir yardım ve desteği mümkün kılacaktır.

4.6.3. İnfertilite ve tedavisinde sosyal bağlam ve güçlendirme yaklaşımı

Nicel veride sosyal ilişki durumunu anlamak için bireylerin gördükleri sosyal destek araştırılmıştır, katılımcılardan yarısından fazlası yeterli sosyal destek aldığını düşünmektedir. Cinsiyet farklılıkları sosyal destek alma ve sağlamada da ortaya çıkmaktadır (Abbey vd., 1995). Kadınlar erkeklere göre sosyal destek almada daha avantajlıdırlar.

Görüşmelerden anlaşıldığı kadarıyla infertil kadınlar için tanıyı ve tedavi sürecini paylaşma kararı sosyal ilişki dinamikleriyle, değer yargılarıyla (Finamore vd., 2007), psikolojik olarak tanıyı kendilerinin ve bulundukları sosyal çevrenin nasıl karşıladığıyla ilgilidir. Tanı ve tedavi sürecini ilk başlarda çevrelerindekiyle söylerken ilerleyen zamanlarda

söylememe eğilimi gösterenler yoğunluktadır. Bu tutumda yakın ilişki içinde oldukları insanların üzülmelerini istememe ya da onlar üzerinde baskı oluşturan tedaviye ait sorularla karşılaşmak istememeleridir. Çoğunun baskı unsuru olarak tanımladığı tedaviye ilişkin sorular yaşadıkları ve bir şekilde unuttuklarını söyledikleri üzüntüyü yeniden yaşamalarına sebep olmaktadır. Görüşülen kadınların en sık karşılaştıkları sorular, “Sorun kimde?”, “Daha olmadı mı?”, “Hamile misin?”, “Düşünmüyor musunuz?” şeklindedir. Burada şu soru akla gelmektedir, olumsuz tedavi sonuçlarıyla başa çıkmada kullandıkları yöntemler onların uzun süreli rahatlmasına gerçekten yardımcı olmuş mudur? Tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasıyla genelde başka işlere yoğunlaşarak, dikkatlerini başka şeylere vererek başa çıktıklarını söyleyen kadınların, tedavi olduklarını söylemek isteme kararları bir yana tedaviyle ilgili sorular karşısında güçlenmelerini sağlayacak daha etkili bir başa çıkma stratejisine de ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Ayrıca görüşmelerde katılımcıların dile getirdiği erkeklerin infertiliteyi çevreleriyle paylaşmada kadınlardan daha ketum bir tutum sergilemesinin nedenleri konusu, infertil erkekler açısından araştırılmaya ve sağlıklı bulgulara ulaşmaya muhtaç bir konudur.

İnfertil kadınların anlatılarından görüldüğü kadarıyla infertil bireylerle empati kurmak, onlara anlayış göstermek, infertilite ile ilgili konularla ilgili konuşurken sınırları iyi belirlemek, incitici tavır ve davranışlardan kaçınmak güçlendirici bir sosyal ilişki kurmanın temel taşlarıdır. Ancak toplumda bunun sağlandığı bir ortamı inşa etmek, infertilite deneyimini ve sosyal baskıları doğrudan yaşayan infertil bireylerin de aktif olduğu uzun vadeli bir sosyal hizmet uygulamasını gerektirmektedir.

Kadınların destek aldıkları yakın çevre unsurları daha çok aile üyeleri (özellikle anne ve abla) ve sonrasında yakın arkadaş veya komşulardır. Elti ve kayınvalide baskısı başka araştırmalarda da (Topdemir Koçyiğit, 2012) ortaya konduğu üzere bireylerin yakındıkları bir konudur. Bunun en dikkat çekici örneği ise Bahar’ın paylaşımıdır.

“Ben mesela ilk evlendim, bir sene geçti aradan, benim tabi çocuğum yok, elimle kayınbabam, kaynanam hep beraber oturuyoruz, 'Baba, bunun doğuracağı yok, ben size bir oğlan doğurayım da soyumuz yürüsün, bundan bir şey olmayacak.' dedi. Ben bir senelik evliyim ve 19 yaşındayım, tecrübeli değilim, dondum kaldım, ama taktım tabi kafaya, zaten küçük yaştan gelen psikolojik rahatsız olduğum için ondan sonra bir baktım iki ay sonra gerçekten hamile kaldı. Yani ondan sonrasını hatırlamak dahi istemiyorum, çok kötüydü, mesela şunu hiç unutmuyorum. Ben işte aşılamanı yaptırdım, sonuç negatif çıktı, intihar ettiğim gün eve girdim eltimin karnı burnunda karşılıklı da oturuyoruz, ben geldim işte içeriye girer girmez o çıktı geldi. Karşıma oturdu mesela 'Ay oğlum tekme attı.' dedi. O laftan sonra zaten içeriye gittim, hiçbir şey düşünmedim yani, direkt hapları attım. Gene hani şöyle bir gün oldu. Çocuk doğdu onun çocuğu topuktan kan aldırma gideceğiz, çocuğu bana vermek istemedi ki ben de diyorum ki benim çocuğum yok ya hani beraber büyütürüz gözüyle, ay işte 'Taşıyamazsın sen çocuğu, işte ben seninle gitmek istemiyorum.' dedi. Çok dışlandım böyle o bebeği hiç benim kucağıma mesela vermedi. Böyle sürekli bir işte 'Senin çocuğun olmaz, sen işte kısırırsın, senin işte bu kafayla zaten çocuk sahibi olamazsın, böyle yaşlanıp gideceksin, böyle çürüyeceksin.'. Sürekli elimle bizim hep böyle şeylerimiz vardı.” (Bahar)

Bireylerin gördükleri baskı ve buna verdiği tepkiler farklı olsa da özellikle kayınvalide ve eltiden gelen olumsuz tepkiler bu araştırmadaki kadınların bazıları tarafından da dile getirilmiştir. Bu örneklerin aksine Aysun, ilk başarısız aşılama denemesi sonrası özellikle eltisinden çok özel bir destek gördüğünü belirtmiştir.

“Üzıldüm, hatta çok ağladım, ne bileyim çok umutlanmışım demek ki (...) O dönem, elim var benim aslında elim demek istemiyorum, çok can dostum o bana psikolog gibi geliyor, hani her şeyde en büyük desteği ondan alıyorum yani. Gece gündüz saatsiz yani yirmi dört saat kapısı gönüllü açık bana, öyle. Çok şükür öyle bir dosta sahip oldum.” (Aysun)

Psikolojik güçlendirmenin içsel boyutunun bir parçası olan sosyal izolasyon (Zimmerman, 1995) infertil bireylerin özellikle hamilelerin ya da çocukların olduğu ortamlardan kaçınma konusunda kendi tercihleri olarak deneyimlediği bir konudur. Bir kaçınma davranışı olarak ortaya çıkan bu izolasyonun tanı ve tedaviyi kabullenme sürecinin tamamlanmasıyla azalması hatta bazı kadınlarda olduğu gibi hiç yaşanmaması da muhtemeldir. İnfertilite deneyimi ile sosyal ilişkilerin etkileşimi güçlenme açısından da özellikle dikkate değer bir konudur. Çünkü tanının kendisi ve tedavinin başarısız olması dışında bireylerin yaşadığı olumsuz deneyimlerin büyük bir bölümü sosyal çevre ile olan etkileşimden gelmektedir. Bu nedenle güçlenme süreci yönetilirken sosyal ilişkilerin bireyler için algısı üzerine çalışılması ve karşılaştıkları tepkilerin onlar için olumsuz birer deneyim olmaktan çıkmasına çalışmak gerekmektedir.

Bu araştırmada kadınların sosyal çevreleriyle etkileşiminden doğan olumsuz deneyimleri, sosyal izolasyon yaşamaları Topdemir Koçyiğit’in (2012: 35) çalışmasında ortaya çıkan infertil bireylerin olumsuz deneyimleriyle büyük oranda örtüşmektedir. Farklı yıllarda ve farklı örneklemelerle yapılan bu iki araştırma Türkiye’de infertil olan bireylerin özellikle kadınların belirli konularda benzer baskıları yaşadığının göstergesidir. Görüldüğü gibi bireysel güçlenme sağlansa da toplumsal bir güçlenme müdahalesinin eksik kalması bireyin de güçlenme sürecini eksik bırakacaktır. İnfertilite ve tedavi bağlamında toplumdaki bu olumsuz döngünün kırılması için geniş bir zamana ve toplumsal alana yayılmış sosyal hizmet müdahalesi elzemdir.

4.6.4. İnfertilite ve tedavisinde toplumsal bağlam ve güçlendirme yaklaşımı

Ekonomik konular infertilitede kaygının en önemli belirleyicilerinden birisi olarak hem literatürde hem de katılımcıların anlatılarında karşımıza çıkmıştır. Uzun yıllar süren tedavi denemeleri, devlet desteğinin sınırlılıkları, şansı artırmak için özel kurumlarda yapılan denemelerin varlığı gibi faktörler bir araya gelerek tedaviye harcanan maliyeti bazı hanelerde hane bütçesinin ortalama iki katına kadar çıkarmıştır. Nicel veriden gelen ekonomik duruma ilişkin veriler de bunu desteklemektedir. Araştırmaya katılanların yarıdan fazlasının (%70) geliri 1300-3000 TL altıdadır (Bunların %22’si 1300 TL altıdadır). Ayrıca tedavi giderlerinin yükünü azaltma maksadıyla devlet tarafından düzenlenen destekten araştırmaya katılan bireylerin yarıdan fazlası (%62.5) tarafından mevcut tedavisi için kullanılamamaktadır. Araştırmadaki bireylerin büyük çoğunluğunun kamu kurumlarında tedavi gördüklerini belirtmek de yerinde olacaktır.

Ekonomik sorunlar açısından sağlanan devlet desteği kriterleri ve miktarı da infertil kadınlar tarafından değerlendirilmiş ve yeterli olduğunu düşünenlerin yanında genel olarak yeterli olmadığını düşünenler de olmuştur. Özellikle mevcut hükümetin “üç çocuk” söylemi ile infertilite tedavisine sağlanan desteğin uyuşmadığı konusunda eleştiriler yapılmıştır.

“(Devlet desteği) iyileştirilmeli. Eğer 3-4 çocuk yapın diyorlarsa sınırı kaldırmaları gerekiyor hem sonuçta iki tane konuyor, üç tane konuyor yumurta daha çok çocuk bir sefer de olur yani, o kadar üç çocuk yapın diyorlarsa bunda niye sınırlama var” (Sevim)

“... Cumhurbaşkanımıza da yazdım ben üç tane dört tane diyorsun ama önlerini de biraz aç bak tüp bebek yaptırmak istiyoruz belki zamanında sigortamız olsaydı belki evlendiğimiz zaman geldik olurdu bu konularda biraz daha destek olmamız lazım Türkiye'nin nüfusu da çünkü gittikçe düşüyor artık. Benim izlenimlerime göre yani...” (Elif)

Embriyo transferi de literatürdeki çalışmalarla ilgili olarak devlet desteğinde eleştirilen konulardan bir tanesidir. Aşılama tedavisinin zorunlu oluşunun kaldırılması, tedaviden hiç ücret alınmayacak şekilde düzenleme yapılması ve değişen toplumsal yapıyla birlikte (geç yaşta evliliklerin yaygınlaşması) yaşa ilişkin kriterlerin yeniden düzenlenme ihtiyacı doğurması da infertil kadınlar tarafından devlet desteği ile ilgili getirilen önerilerdir. Ekonomik sorunların en aza indirilmesi ya da ortadan kaldırılması önemli bir stres faktörünü de tedavi süreci dışında bırakacaktır. Görüldüğü gibi güçlenme açısından infertil bireyler için önemli olan bu stres faktörlerinin kaldırılmasına yönelik girişimler yine sosyal hizmet müdahalesini gerektirmektedir.

İş yaşamına devam eden infertil kadınların çalışma hayatının tedavi sürecinde özellikle hastane ziyaretleri açısından etkilendiği görülmektedir. Kadınların bazıları hastane ziyaretleri için izin alma konusunda anlayışlı kişilerle çalıştığı için şanslı iken kimisi de aynı sebepten dolayı psikolojik olarak zorlanmakta ya da işini bırakmaktadır. Tedavi sürecinde belirli aralıklarla hastane ziyaretleri yapıldığından ve belirli bir bütçesi olan çiftlerin tedavi masrafları için ekstra gelir sağlamaları gerektiğinden bazı kadınlar ne tedavi için tamamen işlerini bırakabilmekte ne de iş arkadaşlarıyla durumlarını paylaşabilmektedir. İş yaşamındaki bu olumsuzluklar stres yaratan bir durum haline gelip kadınların psikolojik sağlıklarını da olumsuz olarak etkilemektedir.

Türkçe’de verimsizlik anlamına gelen kısır/kısırlık kelimeleriyle anılan infertilite (Topdemir Koçyiğit, 2012) bu kullanımı dolayısıyla kadınların bir kısmına kötü hissettirmektedir. Bunun belirleyicisi hem bireyin içinde yaşadığı kültürel yapının, sosyal çevrenin tanıyı nasıl algıladığı hem de bireyin tanıyı ne kadar kabullendiği ile ilgilidir. Bireyler bu durumu açıklarken kontrolün kendilerinde olmadığı yönündeki düşünceleriyle birlikte kaderci yaklaşımlar ortaya koymuşlardır.

“(Kısırlık kelimesi) Rahatsız etmiyor yani bu hani söylem olarak biraz argo, abes yani bir insanı aşağılayabilir ama şu süreçte beni rahatsız etmez. Neden, çünkü ben bir gün çocuğumun olabileceğini umut ediyorum, olmayacaksa da onda bir hayır olabileceğini umut ediyorum. Sonuçta Allah istiyorsa olur, istemiyorsa da ne olursa olsun olmayacaksa olmaz yani. Bunun iki yolu var ya olacak ya olmayacak bunu Allah'ım isterse olur istemezse de yapacak bir şey yok” (Nur).

Bu kelimenin infertilite için kullanılmasından rahatsız olmak bir tarafa doğrudan infertil kadınlara yaralayıcı bir tavır olarak yöneldiğinde bireyin başa çıkması ve kabullenmesi daha zor bir psikolojik huzursuzluk da ortaya çıkarmaktadır.

“Çok yıkıldım, çok üzüldüm, orada zaten hiçbir şey hissedemiyorsunuz donup kalıyorsunuz, kendimden geçtim böyle bir şok desem, bir saat hiç konuşamadım o konuştu konuştu ben sadece yüzüne donuk donuk baktım. Ondan sonra bir arkadaşım daha söylemişti, kavga ettikten sonra, işte sen kısırsın, senin çocuğun olmaz diye, onda da aynı şeyi yaşamıştım (...). Dünya başınıza yıkılıyor, dönmüyor yani dünya zaman ilerlemiyor bir türlü, çok kötü oluyor, çok kötü bir şey yüzünüze söylenmesi. Kalkıp ne bileyim daha aşağılayıcı bir hareket etse küfretse küfür

diyorum küfür etse, anneme babama küfretse ne bileyim bu kadar koymazdı. Kısır kelimesi çok ağır bir kelime” (Bahar)

Görüşülen infertil kadınların çoğu toplumun bazı kesimlerinin infertilite tedavisi ile ilgili “bir başkasının sperminin kadına enjekte edilmesi” şeklinde bir inanışa sahip olduğunu düşünmektedir. Bu ifadeyle kendileri karşılaşmışsa bunu söyleyenlere durumun “öyle olmadığını” kendilerince anlatmaya çalışarak bu konuda toplumsal bilincin artması için mücadele etmektedirler. Güçlenme açısından infertiliteye yönelik olumsuz ve yanlış algının bilgi sağlama boyutuyla ortadan kaldırılmaya çalışılmasında kadınların çabalarının yetersiz kaldığı görülmektedir. Ancak bu çaba infertilite anlamında toplumsal güçlendirmenin sağlanmasında infertil bireylere de aktif rol düştüğünün ve bu süreçte mutlaka dâhil olmaları gerektiğinin göstergesidir.

“Normalde iyi algılanıyor ama bazısı da şey düşünüyor: Başka bir erkeğin sperminden yapılıyor sanılıyor. Hoca gibi olan insanlar ay diyorlar işte yanlış bir şey yapmayın sakın. Ya diyorum ki ben de biliyorum az çok neyin ne olduğunu. Cahil insanlar, o tarzda anlar ama kendini bilen insanlar doğru şekilde anlar.” (Beyaz Papatya)

Tedavi hakkındaki yanlış inanışa sahip kişilerle ilgili “cahil” tanımlaması yapan Beyaz Papatya, Freire’nin (2005) “*bilinçlenme*” kavramının toplumsal boyutta infertilite açısından karşılık bulmadığını da göstermektedir.

“Ben de anlatıyorum, Türkiye’de etiğe önem verildiğini, zaten hemen alınırken sende de bilekliğinde var üzerine hemen yapıştırılıyor ismin, TC numaran, eşininkinde de aynı. Ama toplum tarafından bir güvensizlik var yani ben öyle düşünmüyorum var mıdır bilmiyorum yaşanan vakıalar?”(Serra)

Bu tarz olumsuz inanışların, infertilite ve tedavisinin ülke genelinde böyle yaygın olmadan önce var olduğunu, artık insanların bu konuda daha bilinçli olduğunu, bu tarz güvensizlik içeren düşüncelerin toplumda azaldığını düşünen kadınlar da Freire’nin güçlendirme modelinde var olan sosyal değişimin mümkün olduğuna dair inanışlarını ortaya koymuşlardır (Lee, 2001; Tuncay, 2009).

Tedaviyle ilgili bu inancın sebep olduğu güvensizlik duygusunun diğer sağlık uygulamalarında da var olup olmadığı da dikkate değer bir konudur. Çünkü bu güvensizlik infertiliteye yönelik ise geliştirilecek güçlenme modeli infertiliteye ağırlık verilerek yürütülmelidir. Çocuk sahibi olmanın toplumdaki algısı konusunda güvensizliğin dikkatle incelenmesini de gerektirmektedir, toplumdaki bu inançta olan insanların sağlık hizmetindeki başka konularla ilgili görüşleri de sorulmalıdır. Örneğin kontrol amaçlı bir tetkik için kan örneği verdiklerinde onun karışma olasılığı hakkında ne düşündükleri öğrenilebilir. Böylece sağlık sistemine olan güvensizliğin sadece infertiliteye özgü mü yoksa genel bir güvensizlik mi olduğu daha iyi anlaşılır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

“Genel Değerlendirme” başlığı altında araştırmanın saha çalışmasından farklı yöntemlerle elde edilen bulgular birleştirilmiş ve detaylı bir şekilde literatürle karşılaştırmalı olarak yorumlanmıştır. Bu bölümde ise araştırmanın bir bütün olarak değerlendirilmesine ve sonuçlardan çıkan önemli noktalara yer verilecektir.

İnfertil bireylerin derinlemesine görüşmelerle detaylandırılan fiziksel, psiko-sosyal, duygusal, ilişkisel, ekonomik ve toplumsal alandaki deneyimlerinin, geniş bir örneklemden elde edilen veriyle desteklendiği bu karma araştırmada Türkiye’de yetmiş yıla yakın bir geçmişi olan sosyal hizmet literatüründe neredeyse hiç bahsedilmeyen bir konunun ele alınışı ile önemli bir boşluğun doldurulması ve infertiliteye sosyal hizmet literatürü açısından dikkat çekilmesi sağlanmıştır. İnfertilite konusu ile ilgili yurtiçi ve yurtdışındaki literatüre bakıldığında medikal modelin ağır bastığı bir ele alış kendini göstermektedir. Güçlendirme yaklaşımı her bireyin baskı yaratan durumlarla başa çıkmada kaynaklarının ve güçlerinin olduğu varsayımıyla bireye ve topluma yönelik olumlu bir bakış açısı sunmaktadır. Dolayısıyla güçlendirme, bireyin karşılaştığı baskıyı ve olumsuz duygulanımını araştırıp, somut bir şekilde ortaya koyarak bireylerin başa çıkmada güçlerini ve kaynaklarını aktifleştirmesine destek olduğu bir süreci temsil etmektedir. Bu araştırmada da güçlendirme bakış açısı ve karma araştırma yöntemi ile infertil bireylerin olumlu ve olumsuz deneyimlerini kapsayan daha geniş bir kavrayışa ulaşılmıştır.

Güçlendirme formülasyonunda öne çıkan bilinçlenme, eylem, öz-kontrol gibi kavramlar infertil bireyler tarafından kullanılmaktadır. Bireyler her ne kadar tedaviyi denemeye devam etme, tedaviden çevresini haberdar etme gibi tedaviye ilişkin konularda karar verme ve kontrol gücüne sahip olsalar da başarılı sonuca ulaşmada güçlerini aşan bir durum olduğu görülmektedir. Bireylerin çoğu için infertilite açısından “iyileşmek” çocuk sahibi olmakla eşdeğer olsa da, sonraki zamanlara öteledikleri çocuksuz bir hayata adapte olma, düşünce sistemini değiştirme ve ilişkilerini buna göre düzenleme infertilitenin psikolojik boyutları açısından önemli bir iyileşme ve güçlenme aracıdır.

Çocuksuz bir yaşama adaptasyonun yanında evlatlık edinme ve koruyucu aile gibi tedavi dışı alternatiflerin de güçlendirme sürecine dâhil edilmesi önemlidir. Bu konuda kurumsal işleyiş ve sürece hâkim oldukları için sosyal çalışmacılar diğer profesyonellere göre ayrı bir önem kazanmaktadır (Seibel, 1997; Schneider ve Forthofer, 2005). Ancak Türkiye’deki sosyal hizmet literatüründe evlatlık edinme ve koruyucu aile konularına ilişkin yapılan araştırmalarla kıyaslandığında infertilite ve tedavi deneyiminin eksikliği göze çarpmaktadır. Dolayısıyla hem araştırmacılar hem alanda faaliyet gösteren sosyal çalışmacılar hem de sosyal hizmet eğitimi ve müfredatı açısından infertilite ve tedavi süreciyle ilgili farkındalığın oluşması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Literatürde süreç ve sonuç olarak ele alınan (Zimmerman, 1995) güçlendirmenin, infertilite deneyimi açısından tanı ve tedavi boyunca bireyin karşılaştığı baskıları yönetebilmesi süreç boyutuna işaret etmektedir. Çocuksuz bir yaşama adaptasyonun sağlanması ve tedavi sürecinde psiko-sosyal iyi oluşun sağlanıp korunması ile de sonuç olarak değerlendirilmesi söz konusudur.

“Çevresi içinde birey” kavramsallaştırmasına paralel olarak güçlendirme sürecinde infertilite deneyimi bireyleri etkileyen bir sosyal etkileşim ortaya koymuştur. Güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirildiğinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan baskılar ve stres verici durumların infertil bireyi olumsuz etkilediği, güçsüzleştirdiği ya da aile bireylerinden ve arkadaş çevresinden gelen desteğin psikolojik olarak rahatlatıldığı sonuçlara yansımıştır. Araştırmanın bulgularına göre çiftler arası ilişkinin sağlıklı ve destekleyici oluşu ve tanıyı normal karşılama güçlenmenin en önemli kaynaklarıdır. Sosyal çevreden görülen destek, profesyonellerle kurulan olumlu ilişki, tanının ve tedavinin olumsuzlukları karşısında inanç sisteminin devreye girmesi, tanı ve tedavi hakkındaki bilinç düzeyi infertilite deneyiminde hem bireysel hem de çevresel güç unsurlarını göstermektedir.

Diğer yandan infertilite deneyiminde sosyal baskı, tedaviye ilişkin kararlarda eşler arasındaki anlaşmazlık, fizyolojik ve sosyal anlamda kadın olmanın ve toplumsal cinsiyet rollerinin tanı ve tedavi sürecine olumsuz yansımaları gibi güçsüzleştirici faktörler de bulunmaktadır. Örneğin derinlemesine görüşmelerde katılımcıların eşinden baskı görmemesinden kaynaklı bir rahatlıktan bahsetmesi tartışmaya açık bir konudur. Erkeklerle görüşülmediği için erkeklerin de eşlerinden baskı görüp görmemeleri ve bunun onlara nasıl hissettirdiğine dair bir bilgiye sahip olunamasa da kadınların baskı görmeyişlerinden dolayı rahatladıklarını belirtmiş olmalarının toplumsal cinsiyet rolüyle ilişkili olabileceği aklı gelmektedir. İnfertiliteden dolayı farklı toplumlarda olduğu gibi (Su ve Chen, 2006), Türkiye’de de (Topdemir Koçyiğit, 2012) kadınların belirli baskıyla karşılaştığı ataerkil yapının erkeği korumacı bir tavır aldığı bir coğrafya ve kültürde baskı görmemenin kadınları rahatlatması infertilitenin toplumdaki algılanışıyla ilgili görünmektedir. Baskıyla karşılaşmamasıyla ilişkili rahatlayış toplumsal açıdan kadının tanı ve tedavi sorumluluğunu yüklenmesi ile ilişkilidir.

Güçlendirme psikolojik, örgütsel ve toplumsal olmak üzere farklı boyutlarda gerçekleştirilebilmektedir (Sadan, 2004; Zimmerman ve Warschausky, 1998). Güçlendirme yaklaşımı bireyi, çevresini ve ikisinin arasındaki etkileşimi doğasında barındırdığı için disiplinler arası yaklaşım diğer konularda olduğu gibi özellikle infertilite konusunda da gereklidir. Psikolojik (bireysel) güçlendirmenin toplumsal ve örgütsel güçlendirmeye göre daha merkezde olduğu bu araştırmada infertil bireylerin psikolojik süreçleri daha çok vurgulandığından özellikle psikoloji disiplininin güçlendirme yaklaşımı ile ilişkisi farklı bir açıdan ele alınıp özgün bir yorum çıkarmak istenmiştir. Bunun için literatürde güçlendirme yaklaşımıyla ortak anlayışlar ve özellikler içeren ancak bir arada nadiren anılan pozitif psikoloji alanı ve profesyonel psikolojik destek başlığında da ele alınan Rogers’ın “kişi merkezli terapi”sinin güçlendirme yaklaşımına sağladığı katkılara değinilmiştir.

‘Polyannacılık’ ile karıştırılan pozitif psikoloji bireylerin olumlu duygularına, bireyi ve grupları geliştiren şeylere odaklanmaktadır (Hefferon ve Boniwell, 2011). Bu araştırmada infertilite deneyimini pozitif psikoloji alanındaki temel felsefi düşünceyle açıklamaya çalışmak bireyin tanıyı karşılama süreci ve süreçte karşılaştığı stres verici deneyimlerle nasıl başa çıktığını anlamayı sağlamıştır. Pozitif psikoloji bireyde bulunan cesaret, geleceğe yönelik düşünme, iyimserlik, inanç, umut, dürüstlük, azim gibi güçlü özelliklere vurgu

yapar. Aynı zamanda bireyin bu özellikleri fark edip hayata geçirmesi yönündeki çabaları ile birleşen önleme çalışmaları çerçevesinde farklı yaklaşımlar barındırır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Pozitif psikoloji ile güçlendirme yaklaşımının en temel ortak özelliği bireye, gruba veya topluma yardım ederken ikisinin de felsefi temelini medikal modelin karşısında konumlandırmasıdır. Bu ikilinin güçlenmenin sağlanması için sunduğu araçlar; temel itibariyle güçler, psikolojik, sosyal ve toplumsal kaynaklar, başa çıkma ve psikolojik dayanıklılıktır. Bu açıdan infertil bireylerin zaman zaman kullandıkları zaman zaman da psikolojik olarak ihtiyaç duydukları pozitif psikolojinin konularını oluşturan bu güçlü yanların güçlendirme yaklaşımı ile ortaklığına dair literatürdeki çalışmaların artmasıyla uygulama alanında daha etkin bir müdahale geliştirilmesine destek sağlanacağı açıktır.

Pozitif psikoloji, güçlendirme yaklaşımıyla dayandığı düşünce itibariyle benzerlik gösterirken kişi merkezli danışmanlık ve güçlendirme arasında danışmanlık ilkeleri açısından büyük benzerlikler bulunmaktadır. Bu açıdan infertil bireylere psikolojik müdahale gerçekleştirirken güçlendirme yaklaşımını ve kişi merkezli danışmanlığı birbiriyle harmanlamak bireyin kendi güçleri hakkındaki farkındalığını artırdığı için hayatın başka alanlarına da aktarabileceği becerileri bireye kazandıracak ve uzun süreli bir psikolojik esenliği de bireye sağlayacaktır.

İnfertil bireylerin psikolojik destek ihtiyaçları ve bireylere sunulacak psikolojik destek bu araştırmanın ortaya koyacağı sonuç açısından önemlidir. Türkiye’de yeterli profesyonel psikolojik destek alamadığı açık olan infertil bireylerin güçlenmeleri için psikolojik destek sosyal hizmet uygulamasının bir parçası olmak zorundadır. Bunun için kişi merkezli danışmanlık haricinde aşağıda bahsedildiği üzere literatürde danışmanlık için çeşitli modeller önerilmiştir.

İnfertilitenin de psikolojik sonuçları arasında yer alan stres, kaygı, depresyon tedavisinde etkisi ortaya konmuş bilişsel davranışçı terapilerin infertilite içinde hedefine ulaştığı ve infertil bireylerin olumlu başa çıkma yolları geliştirmesi, iyimserlik ve dayanıklılığın artmasında da etkili olduğu belirtilmiştir. (Göcek Yorulmaz ve Tekinsav Sütçü, 2015: 144; Domar vd., 2000). Bilişsel davranışçı terapiler bireylere yardım konusunda başarılı bir yöntem olsa da infertiliteye özgü olarak geliştirilen danışmanlık ilkeleri bireylere yardım açısından daha etkin görülmektedir (Li vd., 2013; Harata vd., 2012). Bununla birlikte infertil bireylerin/çiftlerin güçlenme süreçlerinde uygulanabilecek ve farklı kültürel yapılar karşı da hassas olan (Chan vd., 2006) ve çeşitli çalışmalarda (Ridenour vd., 2009; Lee, 2001; Domar vd., 2000; Joy ve McCrystal, 2015; Watkins ve Baldo, 2004) ortaya konan psikolojik destek model önerilerinin bir kısmını burada ele almak gerekmektedir.

Birey ve çevre etkileşimin önemini gösteren bu bulgular ışığında Ridenour ve diğerlerinin (2009: 47) önerdiği birey, çift ve çevre etkileşimini hedefleyen “İnfertilite Dayanıklılık Modeli” infertil bireylerin güçlenmesinde sağlanacak psikolojik destek açısından dikkate değerdir. Bu modelde yazarlar destekleyici danışmanlığın, infertilite eğitiminin (Greenfeld, 1997) ve gelecekte çocuksuz bir hayatın mümkün olduğuna dair konuların konuşulduğu bir terapötik ortamın infertil bireylerin deneyimlediği sosyal baskıyı ve etiketlemeyi azaltmayı ve tanıyı kabullenmelerini sağlayacağını düşünmektedirler. İkinci olarak, terapötik ilişkide

yakınların ve sosyal çevrenin desteğinin ele alınması gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Bu bağlamda bireylerin infertilite deneyimini çevreleriyle paylaşma konusunda terapide cesaretlendirilmeleri gerekmektedir. Bireyler tanıyı normalleştirip kabullendikçe çevrelerinden hissettikleri baskının azalacağı düşünülürse bu terapi için önemli bir kaynak olarak değerlendirilebilir. Bireylere destek olunacak bir diğer konu; infertilitenin kimden kaynaklandığı ile ilgili suçluluk duygusunun önüne geçmektir. Özellikle infertilite sebebinin fizyolojik olarak adresinin belli olduğu durumlarda kendi güçlerini aşan sebeplerden suçluluk duymamaları için destek sağlanabileceğini belirtmişlerdir. Yazarların terapide danışmandan çok danışanın isteklerinin, motivasyonlarının öne çıktığı bir yol izlenmesi gerektiğine dair düşüncesi güçlendirme yaklaşımının ilkeleriyle de örtüşmektedirler. Son olarak çift terapisinin infertilite danışmanlığında bireyleri güçlendiren ve infertilitenin sebep olduğu olumsuzluklarla başa çıkmada çiftler arası ilişkinin iyileşmesine yardımcı olduğu (Domar vd., 2000) belirtilmiştir (Ridenour vd., 2009).

Ridenour ve diğerlerinin (2009) önerdiği model bu araştırma sonuçları ve temel itibarıyla güçlendirme yaklaşımı açısından da uygun bir uygulamadır. Ridenour ve diğerlerinin önerdiği modelle benzerlik gösteren terapötik ilişkinin özelliklerini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Joy ve McCrystal, 2015; Lee, 2001). İnfertilite açısından örneğin Lee'nin (2001: 62) önerdiği güçlendirme pratiği prensipleri de infertil bireylere sunulacak destekte uygulamaya elverişli görünmektedir. Çünkü infertilite deneyimi Lee'nin önerdiği modele göre, bireyler için bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gereken psiko-sosyal ve ekonomik anlamda zorlayıcı bir süreçtir. Bu uzun ve zorlu sürece dâhil olan profesyonel, karşılıklı ilişki içinde yardımcı rolünü üstlenir ve kendini ifade etmesi yönünde bireyi cesaretlendirir. İnfertilite deneyimi yaşamak bireyleri birbirine yakınlaştırır ve bu yakınlaşma güçlenmenin bir aracıdır. Sosyal çalışmacının infertilite konusunda toplumsal değişim odaklı olması kuşkusuz bireysel güçlendirmeye destek sağlayacak önemli bir diğer girişim olacaktır.

ÖNERİLER

İnfertilite ve tedavi sürecini derinlemesine ele alan bu çalışmada bireylerin deneyimlerinden ve araştırma bulgularından yola çıkarak bazı önerilere yer verilecektir. Bu araştırma psikolojik güçlendirme ağırlıklı olsa da infertilite deneyimi açısından sosyal ve toplumsal güçlendirmeye dair bulgular da elde edilmiştir. Bu açıdan sunulan öneriler infertil bireylerin hem psikolojik güçlendirme hem de toplumsal güçlendirme sürecine yönelik olacaktır.

Öncelikle tedavi süresince sıklıkla hastane ziyaretleri yapan, tedavi için farklı şehirlerden gelmek zorunda kalan, ziyaretlerinde uzun süre hastanede beklemek zorunda kalan infertil bireyler için hastane ve hizmet koşullarının iyileştirilmesi gerekliliği dikkat çekmektedir. Ayrıca derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgulara yer verilen infertil bireylerin tedavi sürecine ve devlet desteğine ilişkin sunduğu öneriler de güçlenme için sosyal hizmet müdahalesinin gerekliliğini ortaya koyduğu gibi uygulanacak güçlendirme modelinde de dikkate alınmalıdır.

Bu çalışmanın önemli konularından biri olan ve yabancı literatürde de önemli yeri olan infertil bireylere danışmanlık konusunda da bazı öneriler getirmek mümkündür. Bu konuyla ilgili çalışmanın en önemli sonucu infertil bireylerin Türkiye’de yeterli psikolojik destek alamadığıdır. Bunun başlıca nedenleri ekonomik sorunlar ve infertilite kliniklerinde psikolojik destek hizmetinin yaygın olmamasıdır. Bu konuda da yine gerekli adımların sosyal politikalar bağlamında atılması gerekmektedir. İnfertilite uygulama kliniklerinde profesyonel psikolojik destek elemanlarının bulunması zorunluluğu kurumsal açıdan zorluklar barındırsa da bireylerin güçlenme süreçlerine katkısı açısından bu zorluğa değer bir uygulama olacaktır.

Güçlendirme yaklaşımına dayalı bir müdahale benimsendiğinde, birey/çift ve profesyonel arasındaki ilişki güven, eşitlik ve iletişim kanallarının açık olması gerekmektedir. Psikolojik destek sağlayan profesyoneller ile tedavi ekibi birey üzerinde baskı oluşturan ya da olumsuz hissettiren faktörleri belirleyip etkilerini azaltmaya dönük bir müdahale planlanmalıdır. Ayrıca bireye hem infertilite tedavisi hem de psikolojik yardım sürecinde kontrolün kendisinde olduğunu hissettiren, olumlu deneyimlere ve özelliklerine, potansiyel güçlerine vurgu yapan, bireyin inanç sistemini anlayıp bunun olumlu etkilerini danışma sürecine dâhil eden, empati kurabilen ve bunu danışana hissettiren, destekleyici rahatlatıcı ve kolaylaştırıcı bir rol üstlenerek güçlenmelerine destek olunmalıdır.

Bu danışmanlık ilkelerinin infertil bireylerin ihtiyaçlarına göre uyarlanması gerekmektedir. Bireylere sunulacak psikolojik desteğin bu araştırma sonuçlarında öne çıkan konuların dikkate alınarak hazırlanmasının bireyin güçlenmesine katkı sağlayacağı umulmaktadır. Güçlendirme yaklaşımına göre infertil bireyler için hazırlanacak psikolojik danışmanlıkta dikkate alınması gereken konular özetle; bireyin tanıyı kabullenme düzeyi, tedavi aşamalarının ve varsa düşük deneyiminin bireyi nasıl etkilediği, çocuk sahibi olmaya yüklenen anlam, eşler arası ilişkinin sürece yansımaları, bireyin başa çıkma stratejileri açısından infertilite deneyiminde “birey” ve “partner” modellerinin etkileri, tanı ve tedavi sürecinde olumlu ve/veya olumsuz duygu, düşünce ve inançlar, bireyin sosyal çevresi ve bu çevreyle tedavi sürecindeki ilişkileri, tedavi ekibiyle kurulan ilişkiler, sosyal izolasyon

ve baskı deneyimi, tedavide karşılaşılan ekonomik sorunlardır. Danışmanlığın hangi aşamada sunulacağı, çift terapisi ve cinsel terapi becerilerine sahip olunması da danışmanlıkta dikkat edilmesi gereken diğer konulardandır. Bireylerin infertilite deneyimleri açısından bu konulara dikkat edilerek oluşturulacak güçlendirme temelli bir danışmanlığın başarıya ulaşacağına inanılmaktadır.

Yukarıda da belirtildiği üzere infertil bireylerin yeterli psikolojik destek alamamasının yanında profesyonel psikolojik ekibi üyesi olan sosyal çalışmacıların infertil bireylerce tanınırlıklarının olmadığı da açıktır. Özellikle psikolojik destek almak isteyip maddi ve psikolojik sebeplerden alamadığı görülen infertil birey veya çiftlerin istedikleri zaman, tedavinin bir parçası olarak psikolojik destek alması sağlanmalıdır. Bu bağlamda bireylerin kolayca ulaşabildikleri, infertilite konusunda uzmanlaşmış profesyonel psikolojik sağlık uzmanının infertilite kliniklerinde yer alması gerekmektedir. Bunun konuda gerekli sosyal politika düzenlemelerinin yapılması için kamuoyu oluşturma, infertilite derneklerini harekete geçirme gibi örgütsel güçlenmenin de yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca bunun yanında sosyal çalışmacıların infertil bireyler tarafından bilinirlikleri sınırlı olsa da profesyonel sağlık ekibinde aldıkları danışmanlık rolünün yanında güçlendirme süreci açısından toplumsal boyutta önemli bir başka rolleri ortaya çıkmaktadır: infertil bireyler için kendine yardım grupları oluşturma ve savunuculuk.

İnfertil bireylerin hastane ortamında kurdukları ilişkiler ve kendi aralarında oluşturdukları kültür güçlenmeyi sağlamaktadır ve bu ilişkinin onları sosyal çevrelerinde kurdukları diğer ilişkilerden daha olumlu şekilde etkilediği görüşmelerde katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Bu açıdan infertil bireylerin deneyimlerini paylaştığı, empati duygusunun hâkim olduğu, güçlendirici unsurların öne çıkarıldığı kendine yardım grupları toplumsal anlamda uygulanacak güçlendirme süreci için önemli bir adımdır.

Savunuculuk rolüyle toplumdaki infertilite ve tedavisine yönelik birey üzerinde baskı kuran ve bireyi güçsüzleştiren algılarla mücadele etmek için; kamu spotlarının hazırlanıp yayınlanacağı kitle iletişim araçlarıyla, insanların kolayca ulaşabileceği dokümanlarla, infertilite konusunda hali hazırda az sayıdaki sivil toplum örgütlerinin geliştirilip sayıca artırılması ve desteklenmesiyle etkin bir müdahale gerçekleştirilmelidir. Örgütsel ve toplumsal güçlenmeye karşılık gelen bu eylemler (Zimmerman, 1990), toplumdaki infertilite algısına yönelik olsa da uzun vadede bireyin de infertiliteye ve çocuksuz bir yaşama daha kolay adapte olmasını sağlayacaktır. Ancak böylece bireye kaygı veren, bireyi baskılayan, sosyal izolasyona sebep olan çocuksuzluk deneyimiyle başa çıkması ve psikolojik iyilik halinin sürdürülebilir olması daha etkin bir şekilde sağlanabilecektir.

Bu çalışma sonuçları sosyal çalışma disiplini ve mesleki uygulamasının infertilite ve tedavi deneyimi açısından önemli roller üstlenmesi gerektiğini açıkça göstermektedir. Türkiye’de sosyal hizmet alanında kendine yer bulamayan infertilite, tedavi süreci ve çocuksuz bir yaşam konularında öncelikle daha fazla çalışmaya yer verilmesi gerekmektedir. Akademik çalışmalar arttıkça infertilite hakkındaki farkındalık ve uygulamaya dönük çıktılar da artacaktır. Ancak bu akademik çalışmaları yürütürken yöntemsel açıdan giriş bölümünde yer alan araştırmanın sınırlılıklarına paralel olarak gelecek çalışmaların dikkat etmesi gerektiğine inanılan noktalara değinmek gerekmektedir. Psikolojik güçlendirme ölçülmesi

zor, evrensel bir operasyonel kurallar ve tanımlar setine kolayca indirgenemeyen açık uçlu bir yapıdır. Bu nedenle, bu çalışmada farklı yöntemlerle değerlendirme yapılsa da, farklı bağlamlarda ve farklı aşamalarda değerlendirme yapma gerekliliği doğmuştur. Bu eksikliğin giderilmesi için gelecek çalışmalara bazı öneriler verilebilir.

Birinci olarak gelecek çalışmalar tedavi aşamalarıyla ilgili özel bir düzenleme yapmalıdır. Araştırmaya dâhil olan bireylerin tedavi aşamaları açısından daha dengeli dağıldığı bir örneklem oluşturma çalışmada tedavi aşamalarına dair anlamlı sonuçlara ulaşmayı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin baştan sona tüm tedavi aşamalarındaki deneyimlerinin araştırılması da literatür için önemli bir bulgu sağlayacaktır.

İkinci olarak bu çalışmada nicel yöntemle her iki cinsiyet de katılmasına rağmen çiftler arası karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır. Ayrıca derinlemesine görüşmelerde sadece kadınların olması da erkeklerin infertilite deneyimini anlamada hem nicel hem de nitel verinin yetersiz kalındığını göstermektedir. Erkeklerin infertilite deneyimi ile ilgili çalışmalar artırılmalıdır. İnfertilite konusunda araştırmacı ile katılımcının hemcins oluşunun araştırmaya katılımı artıracağı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalar her iki yöntem açısından çift karşılaştırmalarını araştırmalı ve infertilite deneyimi hakkında Türkiye'deki literatür adına daha kapsamlı ve karşılaştırmaya açık bir veri sağlamalıdır.

Üçüncü olarak araştırma Türkiye'nin batısında infertilite tedavisinin en yoğun olduğu iki şehirde gerçekleştirilmiştir. Bu açıdan ülkedeki diğer bölgelerde infertilite algısı ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgiler sunulamamış ve önemli bir eksiklik ortaya çıkmıştır. Görüşmelerde infertil kadınlar infertilite algısı açısından ülkenin doğusu ve batısı arasındaki farka birkaç kere değinmişlerdir. Bu açıdan gelecek çalışmalar bu konuda da daha homojen bir örneklem seçerek ya da farklı bölgelerdeki infertil bireylerle çalışıp karşılaştırmaya imkân sağlayarak literatürdeki eksikliği kapatabilirler.



KAYNAKÇA

- Aarti, R. and K. Sekar. (2006). Strengths Perspective In Mental Health (evidence based case study). Unpublished article, *Strengths Based Strategies*. (127-131). <http://www.strengthbasedstrategies.com/PAPERS/16RanganFormatted.pdf>. Erişim tarihi: 29 Ekim 2017.
- Abbey, A., F. M. Andrews, and L. J. Halman. (1994). Infertility and Parenthood: Does Becoming a Parent Increase Well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2). (398–403). doi: 10.1037/0022-006X.62.2.398.
- Abbey, A., F. M. Andrews, and L. J. Halman. (1995). Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3). (455–469). doi: 10.1037/0022-3514.68.3.455.
- Abdoli, S., T. Ashktorab, F. Ahmadi, S. Parvizy, and T. Dunning. (2011). Religion, Faith and the Empowerment Process: Stories of Iranian People With Diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3). (289-298). doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01937.x.
- Abolghasemi, A., S. Rajabi, M. Sheikhi, A. Kiamarsi and V. Sadrolmamaleki. (2013). Comparison of Resilience, Positive/Negative Affect, and Psychological Vulnerability Between Iranian Infertile and Fertile Men. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(1). (9-15). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939986/pdf/ijpbs-7-009.pdf>. Erişim tarihi: 16 Kasım 2016.
- Achour, M., B. Bensaid, and M. R. B. M. Nor. (2016). An Islamic Perspective on Coping With Life Stressors. *Applied Research in Quality of Life*, 11(3). (663-685). doi: 10.1007/s11482-015-9389-8.
- Ahmad, M. S. and N. B. Abu Talib. (2015). Empowering Local Communities: Decentralization, Empowerment and Community Driven Development. *Quality & Quantity*, 49(2). (827-838). doi: 10.1007/s11135-014-0025-8.
- Aknin, L. B., M. I. Norton, and E. W. Dunn. (2009). From Wealth to Well-being? Money Matters, but less than People Think. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6). (523-527). doi: 10.1080/17439760903271421.
- Aktürk, F. S. (2006). *Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.
- Akyüz, A. ve N. Sever. (2009) Reasons for Infertile Couples to Discontinue In Vitro Fertilisation (IVF) Treatment, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3). (258-268). doi: 10.1080/02646830802409652.
- Aldwin, C. M. (2004). Culture, Coping and Resilience to Stress. http://crossasia-repository.ub.uni-heidelberg.de/1333/1/Culture_Coping_Resilience_to_Stress.pdf. Erişim tarihi: 16 Kasım 2016.
- Altuntuğ, K., A., Kızılırmak, M. Başer, ve E. Ege. (2012). İnfertil Çiftlerde Kaygı Düzeyi ve Sosyodemografik Özellikler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21). (65-78).
- Anderheim, L., H. Holter, C. Bergh, and A. Möller. (2005). Does Psychological Stress Affect the Outcome of In Vitro Fertilization? *Human Reproduction*, 20(10). (2969–2975). doi: 10.1093/humrep/dei219.

- Anderson, R. M. (1995). Patient Empowerment and the Traditional Medical Model: A Case of Irreconcilable Differences?, *Diabetes Care*, 18(3). (412-415). <https://doi.org/10.2337/diacare.18.3.412>. Erişim tarihi: 24 Ocak 2015.
- Appelbaum, S., D. Hebert, and S. Leroux, (1999). Empowerment: Power, Culture and Leadership - a Strategy or Fad for the Millenium? *Journal of Workplace Learning: Employee Counseling Today*, 11(7). (233-254). doi: 10.1108/13665629910291929.
- Ardenti, R., C. Campari, L. Agazzi, and G. B. La Sala. (1999). Anxiety and Perceptive Functioning of Infertile Women During In-vitro Fertilization: Exploratory Survey of an Italian Sample. *Human Reproduction*, 14(12). (3126–3132). doi: 10.1093/humrep/14.12.3126.
- Askheim, O. P. (2003). Empowerment as Guidance for Professional Social Work: An Act of Balancing on a Slack Rope. *European Journal of Social Work*, 6(3). (229-240). doi: 10.1080/1369145032000164546.
- Aşçı Ö. ve N. Kızılkaya Beji. (2012). İnfertilite Danışmanlığı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2). (154-159).
- Ataman, H. ve H. Arslan. (2010). Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri, *Aile ve Toplum*, 23(6). (75-86).
- Atwood, J. D. and S. Dobkin, (1992). Storm Clouds are Coming: Ways to Help Couples Reconstruct the Crisis of Infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14(5). (385-403). <https://0-link-springer-com.opac.bilgi.edu.tr/content/pdf/10.1007%2F00895055.pdf>. Erişim tarihi: 25 Ocak 2017.
- Azorín, J. M. and R. Cameron, (2010). The Application of Mixed Methods in Organisational Research: A Literature Review. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 8(2). (95-105). doi: 10.4236/jis.2012.33026.
- Bacon, S. F. (2005). Positive Psychology's Two Cultures. *Review of General Psychology*, 9(2). (181-192). doi: 10.1037/1089-2680.9.2.181.
- Baki, A. ve Gökçek, T. (2012). Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42). (1-21).
- Baltaş Z. ve Baltaş, A. (2013). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 30. Baskı. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), (122-147). doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), (1175-1184). doi: 10.1037/0003-066x.44.9.1175.
- Bandura, A. (Ed.). (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. NY: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. NY: W.H. Freeman and Co.
- Bandura, A. and N. E. Adams. (1977). Analysis of Self-efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4). (287-310). doi: 10.1007/BF01663995.
- Bell, H. (2003). Strengths and Secondary Trauma in Family Violence Work. *Social Work*, 48(4), (513-522). doi: 10.1093/sw/48.4.513.

- Berghuis, J. P. and A. L. Stanton. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2). (433–438). doi: 10.1037//0022-006X.70.2.433.
- Bergman, M. M. (2011). The Good, the Bad, and the Ugly in Mixed Methods Research and Design. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(4). (271-275). doi: 10.1177/1558689811433236.
- Biswas-Diener, R. (2008). *Invitation to Positive Psychology: Research and Tools For the Professional a 6-week course*. UK: British Library Catalog.
- Biglan, A. and K. Smolkowski. (2002). The Role of the Community Psychologist in the 21st Century. *Prevention & Treatment*, 5(1). doi: 10.1037/1522-3736.5.1.52a.
- Bodur, N. E., B. Coşar, ve M. Erdem. (2013). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1). (51-62). doi: 10.17826/CUTF.69740.
- Boehm, A. and L. H. Staples. (2002). The Functions of the Social Worker in Empowering: The Voices of Consumers and Professionals. *Social Work*, 47(4). (449-460). doi: 10.1093/sw/47.4.449.
- Boivin, J. and J. E. Takefman. (1996). Impact of the In-vitro Fertilization Process on Emotional, Physical and Relational Variables. *Human Reproduction*, 11(4). (903–907). doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a019276.
- Boivin, J. (1997). Is There Too Much Emphasis on Psychosocial Counseling For Infertile Patients? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4). (184–186). doi: 10.1007/BF02766106.
- Burns, L. H. (1990). An Exploratory Study of Perceptions of Parenting After Infertility, *Family Systems Medicine*, 8(2). (177-189). doi: 10.1037/h0089398.
- Carr, E. S. (2003). Rethinking Empowerment Theory Using a Feminist Lens: The Importance of Process. *Affilia*, 18(1). (8-20). doi: 10.1177/0886109902239092/.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. NY: Brunner-Routledge.
- Carver C., M. Scheier, and J.K. Weintraub. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56(2). (267–283). doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267.
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping but Your Protocol' too Long: Consider the Brief Cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1). (92-100). doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Castro, F. G., J. G. Kellison, S. J. Boyd, and A. Kopak. (2010). A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(4). (342-360). doi: 10.1177/1558689810382916.
- Chan, C. H. Y., C. L. W. Chan, S. M. Ng, E. H. Y. Ng, and P. C. Ho. (2005). Body-Mind-Spirit Intervention for IVF Women. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 22(11-12). (419–427). doi: 10.1007/s10815-005-6418-9.

- Chan, C. H. Y., E. H. Y. Ng, C. L. W. Chan, M.D. Ho, and T. H. Y. Chan. (2006). Effectiveness of Psychosocial Group Intervention for Reducing Anxiety in Women Undergoing In Vitro Fertilization: A Randomized Controlled Study. *Fertility and Sterility*, 85(2). (339–346). doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310.
- Chan, C. S. and J. E. Rhodes. (2013). Religious Coping, Posttraumatic Stress, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth Among Female Survivors Four Years After Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2). (257-265). doi: 10.1002/jts.21801.
- Chasle, L. F. (2008). *Parenting a Child With Cancer: Pozitive Psychology and Coping*. (Doctoral Dissertation). University of Hull.
- Chen, C. (2016). The Role of Resilience and Coping Styles in Subjective Well-being Among Chinese University Students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 25(3). (377-387). doi: 10.1007/s40299-016-0274-5.
- Christens, B. D. and N. A. Peterson. (2012). The Role of Empowerment in Youth Development: A Study of Sociopolitical Control as Mediator of Ecological Systems' Influence on Developmental Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6). (623-635). doi: 10.1007/s10964-011-9724-9.
- Christens, B. D., J. J. Collura, and F. Tahir. (2013). Critical Hopefulness: A Person-Centered Analysis of the Intersection of Cognitive and Emotional Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 52(1-2). (170-184).doi: 10.1007/s10464-013-9586-2.
- Cohrs, J. C., D. J. Christie, M. P. White, and C. Das, (2013). Contributions of Positive Psychology to Peace: Toward Global Well-being and Resilience. *American Psychologist*, 68(7). (590-600). Doi: 10.1037/a0032089.
- Connor, K. M. and J. R. T. Davidson. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18(2). (76-82). doi: 10.1002/da.10113.
- Covington, S. N. and L. H. Burns, (Edi.). (2006). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. 2. Baskı. NY: Cambridge University Press.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 2. Baskı, CA: Sage.
- Creswell, J.W. (2006). *Understanding Mixed Methods Research, (Chapter 1)*. http://www.sagepub.com/upm-data/10981_Chapter_1.pdf. Erişim tarihi: 18 Kasım 2016.
- Creswell, J. W. and W. Zhang. (2009). The Application of Mixed Methods Designs to Trauma Research. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6). (612-621). doi: 10.1002/jts.20479.
- Çelik, G., A. Tahiroğlu, ve A. Avcı. (2010). Yardımcı Üreme Tekniklerinin Nörogelişimsel ve Davranışsal Etkileri. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 48(3). (275–278). doi: 10.4274/npa.y5662.
- Daniels, K. R. (1999). Does Assisted Reproduction Make an Impact on the Identity and Self-image of Infertile Couples? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 16(2). (57-59). doi: <https://doi.org/10.1023/A:1022583820536>.
- Darder, A. (2014). Conscientizaçao: Freire and the Formation of Critical Awareness. *Revista de Estudos AntiUtilitaristas e PosColonais*, 4(2). (6-32). https://www.newcastle.edu.au/_data/assets/pdf_file/0020/153029/Darder-Reading-on-Conscientizacao.pdf. Erişim tarihi: 27 Ekim 2010.

- Darwiche, J., N. Favez, F. Maillard, M. Germond, P. Guex, J.-N. N. Despland, and Y. de Roten. (2013). Couples Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing In Vitro Fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2). (91–102). Doi: 10.1024/1421-0185/a000102.
- Davis, C. G. and E. Asliturk. (2011). Toward a Positive Psychology of Coping With Anticipated Events. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2). (101-110). Doi: 10.1037/a0020177.
- Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. In E. L. Deci ve R. M. Ryan (Ed.), *Handbook of Self-Determination Research* (3-33). NY: University of Rochester Press.
- Deonandan R., M.K., Campbell, T. Østbye, and I. Tummon. (2000). Toward a More Meaningful In Vitro Fertilization Success Rate. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(9). (498–503). doi: <https://doi.org/10.1023/A:1009489624045>.
- Devonport, T. J. and A. M. Lane. (2013). Emotions and Emotion Regulation in a Female Couple Undergoing In Vitro Fertilization Treatment. *Psychology*, 4(06). (25–33). doi: 10.4236/psych.2013.46A1004.
- Dirik, G. (2006). *Predictor Variables of Depression, Anxiety and Posttraumatic Growth Among Rheumatoid Arthritis Patients*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Domar, D. (2007). Infertility and Stress. Coping with Stress of Infertility. *Resolve: Fact sheet 15 The National Infertility Association*. http://www.freechildcompany.co.za/assets/coping_with_the_stress_of_infertility_fact_sheet.pdf. Erişim tarihi: 09 Şubat 2018.
- Domar, A.D., D. Clapp, E. Slawsby, B. Kessel, J. Dusek, J. Orav, and M. Freizinger, (2000). Impact of Group Psychological Interventions on Pregnancy Rates in Infertile Women. *Fertility and Sterility*, 19(6). (568–575). doi: 10.1037//0278-6133.19.6.568.
- Dowling, M., K. Murphy, A. Cooney, and D. Casey. (2011). A Concept Analysis of Empowerment in Chronic Illness from the Perspective of the Nurse and the Client Living With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4). (476-487). doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01123.x.
- Durgun Ozan, Y. ve H. Okumuş, (2013). Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3). (190-198). doi: 10.17049/AHSBD.33960.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları ve Müdahale Yöntemleri*, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği: Ankara.
- Early, T. J. and L. F. GlenMaye. (2000). Valuing Families: Social work Practice with Families from a Strengths Perspective. *Social Work*, 45(2). (118-130). doi: 10.1093/sw/45.2.118.
- Elliott, R. and E. Freire, (2007). Classical Person-Centered and Experiential Perspectives on Rogers (1957). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 44(3). (285–288). doi: 10.1037/0033-3204.44.3.285.

- Ender Yumru, A. ve B. Öndeş, (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine*, 1(2). (57-60). doi: 10.5152/jarem.2011.16
- ESHRE. (2015) Routine Psychosocial Care in Infertility and Medically Assisted Reproduction – A Guide for Fertility Staff. <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline.aspx>. Erişim tarihi: 12 Kasım 2017.
- Eugster, A. and A. J. J. M. Vingerhoets. (1999). Psychological Aspects of In Vitro Fertilization: A Review. *Social Science ve Medicine*, 48(5). (575-589). doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00386-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00386-4).
- Fawcett, S. B., A. Paine-Andrews, V. T. Francisco, J. A. Schultz, K. P. Richter, R. K. Lewis, K. J. Williams, J. Y. Berkley, J. L. Fisher, and C. M. Lopez. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development. *American Journal of Community Psychology*, 23(5). (677-697). doi: 10.1007/BF02506987.
- Ferber, G. M. (1995). Empathy-Supporting Approach To the Treatment of Infertile Women. *Psychotherapy*, 32(3). (437–442). doi: 10.1037/0033-3204.32.3.437.
- Fetterman, D. M. (1994). Empowerment Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 15(1). (1-15). Doi: 10.1016/0886-1633(94)90055-8.
- Finamore, P. S., D. B. Seifer, C. V. Ananth, and S. R Leiblum,. (2007). Social Concerns of Women Undergoing Infertility Treatment. *Fertility and Sterility*, 88(4). (817–821). doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.009.
- Fink, G. (2000). *Encyclopedia of Stress, Three-Volume Set*. London: Academic Press.
- Fletcher, D., and M. Sarkar, (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1). (12–23). doi: 10.1027/1016-9040/a000124.
- Folkman, S. and R. S. Lazarus, (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3). (219-239). doi: 10.2307/2136617.
- Folkman, S. and J. T. Moskowitz, (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55(6). (647-654). Doi: 10.1037//0003-066X.55.6.647.
- Folkman, S. and R.S. Lazarus, (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personal and Social Psychology*, 48(1). (150–170). <http://webs.wofford.edu/steinmetzkr/Teaching/Psy150/Lecture%20PDFs/Coping.pdf>. Erişim tarihi: 28 Kasım 2016.
- Foster-Fishman, P. G., D. A. Salem, S. Chibnall, R. Legler, and C. Yapchai. (1998). Empirical Support for the Critical Assumptions of Empowerment Theory. *American Journal of Community Psychology*, 26(4). (507-536). doi: 10.1023/A:1022188805083.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical inquiry*, 8(4). (777-795).
- Franco, J.G., R. L. Razera Baruffi, A. L. Mauri, C.G. Petersen, V. Felipe, and E. Garbellini. (2002). Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Techniques. *Journal of Assistant Reproductive Genetics*, 19(6). (274-278). Doi: <https://doi.org/10.1023/A:1016566313172>.

- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3). (218-226). doi: 10.1037//0003-066X.56.3.218.
- Freire, P. (1990). A Critical Understanding of Social Work. *Journal of Progressive Human Services*, 1(1). (3-9). doi: https://doi.org/10.1300/J059v01n01_02.
- Freire, P. (1982). *Ezilenlerin Pedagojisi* (Çev: Dilek Hattatoğlu ve E. Özbek). (13. Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yay.
- Freire, P. (2005). *Pedagogy of the Oppressed*. 30th Anniversary Ed. (Çev. Myra Bergman Ramos) NY.: Continuum.
- Gibson, C. H. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6). (1201-1210). doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
- Goldfarb, J., C. Austin, H. Lisbona, R. Loret de Mola, B. Peskin, and S. Stewart. (1997). Factors Influencing Patients' Decision not to Repeat IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(7). (381-384). doi: 10.1007/BF02766144.
- Göcek Yorulmaz, E. ve S. Tekinsav Sütçü. (2015). İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği: Sistemik Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1). (144-156). doi: 10.18863/pgy.24953.
- Gökçek, T., F. B. Babacan, E. Kangal, N. Çakır, ve Y. Kül. (2013). 2003-2012 Yılları Arasında Türkiye'de Karma Araştırma Yöntemiyle Yapılan Eğitim Çalışmalarının Analizi, *International Journal of Social Science*, 6(7). (435-456).
- Grant, B. (1990). Principled and Instrumental Nondirectiveness in Person-Centered and Client-Centered Therapy. *Person-Centered Review*, 5(1). (77-88). <https://www.researchgate.net/publication/232597299>. Erişim tarihi: 30 Ekim 2017.
- Greenfeld, D. A. (1997). Does Psychological Support and Counseling Reduce the Stress Experienced by Couples Involved in Assisted Reproductive Technology? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4). (186-188). doi: 10.1007/BF02766107.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and Psychological Distress: A Critical Review of the Literature. *Social Science & Medicine*, 45(11). (1679-1704). doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0).
- Gutiérrez, L. M. (1994). Beyond Coping: An Empowerment Perspective on Stressful Life Events. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 21(3). (201-219). doi: 10.1525/sp.2007.54.1.23.
- Gül, E. (2014). *Prevalence Rates of Traumatic Events, Probable PTSD and Predictors of Posttraumatic Stress and Growth in a Community Sample From İzmir*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Gül, E., and A. N. Karancı. (2017). What Determines Posttraumatic Stress and Growth Following Various Traumatic Events? A Study in a Turkish Community Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1). (54-62). doi: 10.1002/jts.22161.
- Hammarberg, K., J. Astbury, and H. W. G. Baker. (2001). Women's Experience of IVF: A Follow-up Study. *Human Reproduction*, 16(2). (374-383). doi: 10.1093/humrep/16.2.374.

- Hammond, W. (2010). Principles of Strength-based Practice. Resiliency Initiatives. <http://www.ayscbc.org/Principles%20of%20Strength-2.pdf>. Erişim tarihi: 29 Ekim 2017.
- Harata, T., M. Goto, A. Iwase, S. Kurotsuchi, H. Ando, M. Osawa, ... F. Kikkawa. (2012). Psychological Stress During In Vitro Fertilization and Embryo Transfer is Influenced by the Patients' Background and Gender. *Reproductive Medicine and Biology*, 11(3). (143–148). doi: 10.1007/s12522-012-0124-y.
- Hardy, C. and S. Leiba-O'Sullivan, (1998). The Power Behind Empowerment: Implications for Research and Practice. *Human Relations*, 51(4). (451-483). doi: <https://doi.org/10.1023/A:1016989830806>.
- Haseltine, F. P., C. Mazure, W. L'aune, D. Greenfeld, N. Laufer, B. Tarlatzis, ... A. H. Decherney. (1985). Psychological Interviews in Screening Couples Undergoing in Vitro Fertilization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 442(1). (504–516). doi: 10.1111/j.1749-6632.1985.tb37559.x.
- Hasenfeld, Y. (1987). Power in Social Work Practice. *Social Service Review*, 61(3). (469–483). <http://www.jstor.org/stable/30011910>. Erişim tarihi: 28 Eylül 2017.
- Hawkins, L. K., B. V. Rossi, K. F. Correia, S. T. Lipskind, M. D. Hornstein, and S. A. Missmer. (2014). Perceptions Among Infertile Couples of Lifestyle Behaviors and In Vitro Fertilization (IVF) Success. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 31(3). (255–260). doi: 10.1007/s10815-014-0176-5.
- Hefferon, K. and I. Boniwell. (2011). *Pozitif Psikoloji: Kuram, Araştırma ve Uygulamalar*. (Çev. Ed. Tayfun Doğan), İstanbul: Nobel Akademik Yay.
- Herrmann, D., H. Scherg, R. Verres, C. von Hagens, T. Strowitzki, and T. Wischmann. (2011). Resilience in Infertile Couples Acts as a Protective Factor Against Infertility-Specific Distress and Impaired Quality of Life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(11). (1111–1117). doi: 10.1007/s10815-011-9637-2.
- Hobföll, S. E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44(3). (513-524). <http://0-web.b.ebscohost.com/opac.bilgi.edu.tr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2f121f44-e99f-4407-af6e-d0ce833834b2%40sessionmgr103>. Erişim tarihi: 27 Ekim 2017.
- Holbrook, S. M. (1990). Adoption, infertility, and the new reproductive technologies: problems and prospects for social work and welfare policy. *Social Work*, 35(4). (333–337). <http://www.jstor.org/stable/23715903>. Erişim tarihi: 9 Ağustos 2015.
- Holbrook, S. M. (1996). Social workers' attitudes toward participants' rights in adoption and new reproductive Technologies, *Health & Social Work*, 21(4). (257-266). doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/21.4.257>.
- Holter, H., L. Anderheim, C. Bergh, and A. Möller. (2006). First IVF Treatment—Short-Term Impact on Psychological Well-being and the Marital Relationship. *Human Reproduction*, 21(12). (3295-3302). doi:10.1093/humrep/del288. <http://www.anatoliatupbebek.com.tr/tup-bebek/tup-bebek-asamalari/mikroenjeksiyon-nedir-> Erişim tarihi: 28 Kasım 2017.
- <http://hastane.ege.edu.tr/duyurular/UT/default.aspx> Erişim tarihi: 28 Kasım 2017.

- <https://www.hhs.gov/opa/reproductive-health/infertility/index.html> Erişim tarihi: 27 Mayıs 2017.
- <https://www.ldoceonline.com/dictionary/stress> Erişim tarihi: 27 Ekim 2017.
- <http://www.medicalnewstoday.com/articles/165748.php> Erişim tarihi: 27 Mayıs 2017.
- <https://en.oxforddictionaries.com/resilience> Erişim tarihi: 28 Ekim 2017.
- <http://www.parents.com/> Erişim tarihi: 04 Kasım 2017.
- http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/tup_bebek_tedavisi
Erişim tarihi: 04 Kasım 2017.
- <http://www.tapv.org.tr/> Erişim tarihi: 23 Aralık 2015.
- <http://www.tdk.gov.tr/aile>, Erişim tarihi: 19 Ekim 2017.
- Hur, M. H. (2006). Empowerment in Terms of Theoretical Perspectives: Exploring a Typology of the Process and Components Across Disciplines. *Journal of Community Psychology*, 34(5). (523-540). doi: 10.1002/jcop.20113.
- Ismail, W. A., M. Q. Menezes, C. W. Martin, and K. J. Thong. (2004). A Comparison of Psychological Functioning in Couples Undergoing Frozen-thawed Embryo Replacement in Various Stages of Treatment Using the Mean Affect Adjective Check List (MAACL). *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 21(9). (323-327). doi: 10.1023/B:JARG.0000045471.61107.5b.
- İkizer, G. (2014). *Factors Related to Psychological Resilience Among Survivors of the Earthquakes in Van, Turkey*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Jafarzadeh, F., M. Golzari, F. Jomehri, S. L. Poursamar, and K. Sahraian. (2015). The Comparison of Coping Strategies With Stress and Marital Satisfaction in Women on the Basis of Infertility Factor. *Women's Health Bulletin*, 2(2). (2-4). doi: 10.17795/whb-25227.
- Jebraeili, H., J., Hashemi, and A. Nazemi, (2016). A Comparative Study of Resilience, Meta-Emotional Beliefs, and Psychological Well-being in Fertile and Infertile Women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5). (259-264). <http://eprints.mums.ac.ir/1906/>. Erişim tarihi: 16 Kasım 2016.
- Joy, J. and P. McCrystal. (2015). The Role of Counselling in the Management of Patients with Infertility. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 17(2). (83-89). doi: 10.1111/tog.12174.
- Johnson, R. B. and A. J. Onwuegbuzie, (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7). (14-26). <http://www.jstor.org/stable/3700093>. Erişim tarihi: 19 Kasım 2016.
- Johnson, R. B., A. J. Onwuegbuzie and L. A. Turner. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2). (112-133). doi: 10.1177/1558689806298224.
- Johnson, R. B. (2014). *Mixed Methods Research Design and Analysis With Validity: A Primer*. Department of Professional Studies, University of South Alabama, USA. <http://www.ph-weingarten.de/>. Erişim tarihi: 18 Kasım 2016.
- Johnston, W. I. H., K. Oke, A. Speirs, G. A. Clarke, J. McBain, C. Bayly, J. Hunt, ve G. N. Clarke. (1985). Patient Selection for In Vitro Fertilization: Physical and Psychological Aspects.

- Annals of the New York Academy Of Sciences*, 442(1). (490-503). doi: 10.1111/j.1749-6632.1985.tb37558.x.
- Jordan, C. and T. A. Revenson. (1999). Gender Differences in Coping With Infertility: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4). (341–358). Doi: <https://doi.org/10.1023/A:1018774019232>.
- Joseph, S. and D. Murphy, (2013). Person-Centered Approach, Positive Psychology, and Relational Helping: Building Bridges. *Journal of Humanistic Psychology*, 53(1). (26-51). doi: 10.1177/0022167812436426.
- Kainz, K. (2001). The Role of the Psychologist in the Evaluation and Treatment of Infertility. *Women's Health Issues*, 11(6). (481–485). doi: 10.1016/S1049-3867(01)00129-3.
- Kararımk, Ö. (2010). Establishing the Psychometric Qualities of the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Using Exploratory and Confirmatory Factor Analysis in a Trauma Survivor Sample. *Psychiatry Research*, 179(3). (350-356). Doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.012.
- Karancı, A. N. ve A. Erkam. (2007). Variables Related to Stress-related Growth Among Turkish Breast Cancer Patients. *Stress and Health*, 23(5). (315–322). doi: 10.1002/smi.1154.
- Karlıdere, T., A. Bozkurt, S. Yetkin, A. Doruk, L. Sütçigil, K. M. Özmenler ve A. Özşahin. (2007). Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var mı?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4). (311-322).
- Kaufman, B. (2010). Empowering the Traumatized Child Through the Use of Art and Action, <http://www.arttherapy.org/upload/News&Info/EmpoweringTraumatizedChild.pdf>. Erişim tarihi: 30 Mart 2015.
- Kee, B.S., B.J. Jung, and S.H. Lee (2000) A Study on Psychological Strain in IVF Patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(8). (445–448). doi: 10.1023/A:1009417302758.
- Kemeter, P., A. Eder, and M. Springer-Kremser. (1985). Psychosocial Testing and Pretreatment of Women for in Vitro Fertilization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 442(1). (523–532). doi: 10.1111/j.1749-6632.1985.tb37560.x.
- Keskin, G. ve A. Babacan Gümüş, (2014). Infertility: An Examination Hopelessness Perspective. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1). (9–16). doi: 10.5505/phd.2014.07269.
- Kettles, A. M., J. W. Creswell, and W. Zhang, (2011). Mixed Methods Research in Mental Health Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6). (535–542). Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01701.x.
- Kılıç, M., S. E. Apay ve N. Kızılkaya Beji. (2011). İnfertilite ve Kültür. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2). (109–115). doi: 10.17672/FNHD.21485.
- Kıral, B. ve E. Kıral. (2011). Karma Araştırma Yöntemi, <http://www.iconte.org/FileUpload/ks59689/File/050.pdf>. Erişim tarihi: 19 Kasım 2016.
- Kırca, N. ve T. Pasinlioglu. (2013). Psychosocial Problems in Infertility Treatment. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 5(2). (162-178). doi: 10.5455/cap.20130511.

- Kikendall, K. A. (1994). Self-discrepancy as an Important Factor in Addressing Women's Emotional Reactions to Infertility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3). (214–220). doi: 10.1037/0735-7028.25.3.214.
- Kirschenbaum, H. and A. Jourdan. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1). (37-51). doi: 10.1037/0033-3204.42.1.37.
- Knight, R. G., H. J. Waal-Manning, and G. F. Spears. (1983). Some Norms and Reliability Data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(4). (245-249). doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00610.x>.
- Koyun, A., L. Taşkın, ve F. Terzioğlu, (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1). (67-99). doi: 10.18863/PGY.84452.
- Kraft, A. D., J. Palombo, D. Mitchell, C. Dean, S. Meyers, and A. W. Schmidt. (1980). The Psychological Dimensions of Infertility. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), (618–628). doi: 10.1111/j.1939-0025.1980.tb03324.x.
- Kut, S. (1986). Çocuk Sahibi Olma/Olmama Güdülenmelerini Etkileyen Nedenlerin Sosyal Hizmet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi, *Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, 3(1-2). (67-88).
- Kvamme, R. (2011). Resilience and Fertility Problems. Master's thesis, Pacific University. <http://commons.pacificu.edu/spp/195>. Erişim tarihi: 09 Kasım 2017.
- Lancastle, D. and J. Boivin, (2005). Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: Unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment? *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(2). (171–178). doi: 10.1037/0278-6133.24.2.171.
- Lazarus, R. S. and S. Folkman. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. NY: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1). (1-22). <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>. Erişim tarihi: 30 Ekim 2017.
- Lee, M. and J. Koh. (2001) Is Empowerment Really a New Concept?, *The International Journal of Human Resource Management*, 12(4). (684-695). <http://dx.doi.org/10.1080/713769649>. Erişim tarihi: 24 Ocak 2015.
- Lee, J. A. (2001). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. (2. Ed.). NY: Columbia University Press.
- Leech, N. L. and A. J. Onwuegbuzie. (2009). A Typology of Mixed Methods Research Designs. *Quality & Quantity*. 43(2). (265–275). doi: 10.1007/s11135-007-9105-3.
- Li, L., Y. Zhang, D. Zeng, F. Li, and D. Cui. (2013). Depression in Chinese Men Undergoing Different Assisted Reproductive Technique Treatments: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30(9). (1161–1167). doi: 10.1007/s10815-013-0057-3.
- Linley, P. A., A. Bhaduri, D. S. Sharma, and R. Govindji. (2011). Strengthening Underprivileged Communities: Strengths-Based Approaches as a Force for Positive Social Change in

- Community Development. In *Positive Psychology as Social Change* (Edi. Robert Biswas Diener).(141-156). Dordrecht: Springer.
- Lukes, S. (1974). *Power: A Radical View*. London: Macmillan.
- Lykeridou, K., K. Gourounti, A. Sarantaki, D. Loutradis, G. Vaslamatzis, and A. Deltsidou. (2011). Occupational Social Class, Coping Responses and Infertility-related Stress of Women Undergoing Infertility Treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14). (1971-1980). doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x.
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions*. NY: Academic Press.
- Matthews, A. M. and R. Matthews. (1986). Beyond the Mechanics of Infertility: Perspectives on the Social Psychology of Infertility and Involuntary Childlessness. *Family Relations*, 35(4). (479-487). doi: 10.2307/584507.
- Mazzer Barroso, M. (2002). Reading Freire's Words: Are Freire's Ideas Applicable to SOUTHERN NGOs?. <http://eprints.lse.ac.uk/29193/1/IWP11Barroso.pdf>. Erişim tarihi 26 Ekim 2017.
- McDaniel, S. H. and J. Speice. (2001). What Family Psychology Has to Offer Women's Health: The Examples of Conversion, Somatization, Infertility Treatment, and Genetic Testing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1). (44-51). doi: 10.1037//0735-7028.32.1.44.
- McEwan, K. L., C. G. Costello, and P. J. Taylor. (1987). Adjustment to Infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(2). (108-116). doi: 10.1037/0021-843X.96.2.108.
- Morrow, K., R. W. Thoreson, and L. L. Penney. (1995). Predictors of Psychological Distress Among Infertility Clinic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1). (163-167). doi: 10.1037/0022-006X.63.1.163.
- Muretta, R. J. (2004). Exploring the Four Sources of Self-efficacy. (Doctoral dissertation). <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/EffMuretta.pdf> Erişim tarihi: 25 Ekim 2017.
- Musa, R., R. Ramli, A. W. A. Yazmie, M. B. S. Khadijah, M. Y. Hayati, M. Midin ... A. Ravindran. (2014). A Preliminary Study of the Psychological Differences in Infertile Couples and Their Relation to the Coping Styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55. (65-69). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.01.001>.
- Nagy, E., and B. E. Nagy. (2016). Coping With Infertility: Comparison of Coping Mechanisms and Psychological Immune Competence in Fertile and Infertile Couples. *Journal of Health Psychology*, 21(8). (1799-1808). doi: 10.1177/1359105314567206.
- Oğuz, H. D. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. (Uzmanlık Tezi), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 12. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- Olivious, C., B. Friden, G. Borg, and C. Bergh. (2004). Why do Couples Discontinue In Vitro Fertilization Treatment? A Cohort Study. *Fertility and Sterility*, 81(2). (258-261). doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.029.
- Öçal, P., İ. Çepni, M. İdil, T. İrez, H. Şenol, F. Yaldir, F. Elibol, ve F. Aksu. (1998). İstanbul Üniversitesi Tüp Bebek Araştırma Ve Uygulama Merkezi 1996 In Vitro Fertilizasyon

- (IVF) Sonuçları, <http://www.ctf.edu.tr/dergi/online/1998v29/s3/983a5.htm>. Erişim tarihi: 30 Mart 2015.
- Öner, N. (2008). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*, 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yay.
- Özçelik, B., O. Karamustafalıoğlu, ve A. Özçelik. (2007). İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, (140-148).
- Özkan, Y. (2011). *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşım*. Ankara: Maya Akademi.
- Peters, K., D. Jackson, and T. Rudge. (2011). Surviving the Adversity of Childlessness: Fostering Resilience in Couples. *Contemporary Nurse*, 40(1). (130-140). doi: 10.5172/conu.2011.40.1.130.
- Peterson, B. D., C. R. Newton, and T. Feingold. (2007). Anxiety and Sexual Stress in Men and Women Undergoing Infertility Treatment. *Fertility and Sterility*, 88(4). (911–914). doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.12.023.
- Pigg, K. E. (2002) Three Faces of Empowerment: Expanding the Theory of Empowerment in Community Development, *Journal of the Community Development Society*, 33(1). (107-123). doi: 10.1080/15575330209490145.
- Poehl, M., K. Bichler, V. Wicke, V. Dörner, and W. Feichtinger. (1999). Psychotherapeutic Counseling and Pregnancy Rates in In Vitro Fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 16(6). (302–305). doi: 10.1023/A:1020449831333.
- Ponjaert-Kristoffersen, I. and P. Baetens, (1999). Counselling Patients With Infertility Problems. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 21(3). (249-261). doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005407918369>.
- Quant, H. S., A. Zapantis, M. Nihsen, K. Bevilacqua, S. Jindal, and L. Pal. (2013). Reproductive Implications of Psychological Distress for Couples Undergoing IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30(11). (1451–1458). Doi: 10.1007/s10815-013-0098-7.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2). (121-148). doi: 10.1007/BF00919275.
- Remennick, L. (2000). Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping Among Infertile Israeli Women. *Sex Roles*, 43(11-12). (821-841). doi: 10.1023/A.
- Ridenour, A. F., J. B. Yorgason, and B. Peterson. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31(1). (34-51). doi: 10.1007/s10591-008-9077-z.
- Rogers, C. R. (1980). *Yarının İnsanı*. (Çev. F. Cihan Dansuk). 1. Baskı. İstanbul: Okuyan Us Yay.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1). (1-28). <http://dx.doi.org/10.1037/h0092976>. Erişim tarihi: 5 Şubat 2017.
- Rubenstein, H. and S. K. Lawler. (1990). Toward a Psychological Empowerment of Women. *Affilia*, 5(3). (27–38). doi: 10.1177/088610999000500303.

- Sadan, E. (2004). *Empowerment and Community Planning: Theory and Practice of People-focused Social Solutions*. Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad Publishers.
- Saleebey, D. (2001). *Human Behavior and Social Environments: A Biopsychosocial Approach*. NY: Columbia University Press.
- Sanford, K., L. M. Backer-Fulghum, and C. Carson. (2016). Couple Resilience Inventory: Two Dimensions of Naturally Occurring Relationship Behavior During Stressful Life Events. *Psychological Assessment*, 28(10). (1243-1254). doi: 10.1037/pas0000256.
- Scheel, M. J., C. K. Davis, and J. D. Henderson. (2013). Therapist Use of Client Strengths: A Qualitative Study of Positive Processes. *The Counseling Psychologist*, 41(3). (392-427). doi: 10.1177/0011000012439427.
- Schneider, M.G. and M. S. Forthofer. (2005) Associations of Psychosocial Factors With the Stress of Infertility Treatment, *Health & Social Work*, 30(3). (183–191). Doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/30.3.183>. Erişim tarihi: 2 Mart 2015.
- Seibel, M. (1997). Infertility: The Impact of Stress, the Benefit of Counseling. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4). (181–183). doi: 10.1007/BF02766105.
- Seligman, M. E. and M. Csikszentmihalyi, (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1). (5-14). doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Seligman, M. E. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In *Handbook of Positive Psychology*, (Edi: C. R. Synder and S. J. Lopez). (3-9). NY: Oxford University Press.
- Sen, G. (1997). Empowerment As an Approach to Poverty. India: Human Development Report. <http://hdr.undp.org/en/content/poverty-and-human-development>. Erişim tarihi: 24 Ocak 2015.
- Sexton, M. B., M. R. Byrd, and S. von Kluge. (2010). Measuring Resilience in Women Experiencing Infertility Using the CD-RISC: Examining Infertility-related Stress, General Distress, and Coping Styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4). (236-241). doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.007.
- Sezgin, H. ve Ç. Hocaoglu, (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü, *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 6(2). (165-184). doi:10.5455/cap.20131001091415.
- Shalkouhi, F. H., H. Vatankhah, and M. Zarbakhsh. (2015). The Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) on Resiliency and Life Expectancy in Infertile Women from Rasht. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 4(1). (117-124). <http://www.european-science.com> Erişim tarihi: 16 Kasım 2016.
- Shapiro, C. H. (2009). Therapy with Infertile Heterosexual Couples: It's not About Gender—Or is it?. *Clinical Social Work Journal*, 37(2). (140-149). Doi: 10.1007/s10615-008-0149-1.
- Smith, E. J. (2006). The Strength-Based Counseling Model. *The Counseling Psychologist*, 34(1). (13-79). doi: 10.1177/0011000005277018.
- Strauss, B. and J. Boivin. (2002) Counselling Within Infertility. In *Guidelines for Counselling in Infertility*. (Edi: J. Boivin and H. Kentenich). (4-6). Oxford: Oxford University Press.
- Su, T. J. and Y. C. Chen. (2006). Transforming Hope: The Lived Experience of Infertile Women Who Terminated Treatment After In Vitro Fertilization Failure. *Journal of Nursing*

- Research*, 14(1). (46-54). <http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1GM09MZJQ-S4HWTM-1G52/IVF.pdf>. Erişim tarihi: 10 Şubat 2018.
- Su, T. J., Y.L. Tzeng, and P.C. Kuo. (2011). The Anxiety of Taiwanese Women With or Without Continuity Treatment After Previous In Vitro Fertilisation Failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16). (2217–2223). doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03730.x.
- Sundby, J. (1999). Sad not to Have Children, Happy to be childless: A Personal and Professional Experience of Infertility. *Reproductive Health Matters*, 7(13). (13-19). [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(99\)90107-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(99)90107-6). Erişim tarihi: 2 Mart 2015.
- Şahin, F. (2009). Sosyal Hizmette Kendi Kaderini Tayin Hakkı, *Aile ve Toplum*, 19(5). (87-98).
- Şirin, A. (2001). *Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Tashakkori, A. and C. Teddlie. (2003). (Editör). *Handbook of Mixed Methods in the Social and Behavioral Sciences*. CA: Sage.
- Tashakkori, A. (2007). The New Era of Mixed Methods, *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1). (3-7). Doi: 10.1177/2345678906293042.
- Taşçı, K. D., N. Bolsoy, O. Kavlak, ve F. Yücesoy. (2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *TSK Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2). (105-110).
- Tektaş, N. (2014). Üniversite Mezunlarının Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Dr. Mehmet YILDIZ Özel Sayısı*, (243-253).
- Thomas, K. W. and B. A. Velthouse. (1990). Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of Management Review*, 15(4). (666-681). <http://hdl.handle.net/10945/45984>. Erişim tarihi: 23 Ekim 2017.
- Topdemir Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1). (27–37).
- Tugade, M. M., B. L. Fredrickson, and L. Feldman Barrett. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72(6). (1161-1190). doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x.
- Tugade, M. M. and B. L. Fredrickson. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2). (320-333). doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Tuil, W. S., C. M., Verhaak, D. D. M. Braat, P. F. de Vries Robbé, and J. A. M. Kremer. (2007). Empowering Patients Undergoing In Vitro Fertilization by Providing Internet access to Medical Data. *Fertility and Sterility*, 88(2). (361–368). doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.11.197.
- Tuncay, T. (2009). *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Tuncay T. ve E. Erbay. (2006). Sosyal Hizmetin Temel Hedefi: Sosyal Adalet: Güçlendirmeyle Retorikten Pratiğe. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(1). (53-69).

- Uğur, A. S. (2014). *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Ullman, S. E. and S. M. Townsend. (2008). What is an Empowerment Approach to Working With Sexual Assault Survivors. *Journal of Community Psychology*, 36(3). (299–312). doi: 10.1002/jcop.20198.
- Ülker Tümlü, G. (2012). *Psikolojik dayanıklılık Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Temas Engellerinin İncelenmesi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Wasser, S. K., G. Sewall, and M. R. Soules. (1993). Psychosocial Stress as a Cause of Infertility. *Fertility and Sterility*, 59(3). (685–689). doi: 10.1016/S0015-0282(16)55824-5.
- Watkins, K. J. and T. D. Baldo. (2004). The Infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 82(4). (394-402). doi: 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00326.x.
- Weick, A., C. Rapp, W. P. Sullivan, and W. Kisthardt. (1989). A Strengths Perspective for Social Work Practice. *Social Work*, 34(4). (350-354). <http://www.jstor.org/stable/23715838>. Erişim tarihi: 8 Şubat 2018.
- Weiten, W., E. Y. Hammer, and D. S. Dunn, (2012). *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu*, (Çev. Ed. Ebru İkiz) İstanbul: Nobel Akademik Yay.
- Woodall, J., G. Raine, J. South, and L. Warwick-Booth. (2010). Empowerment and Health and Well-being: Evidence Review. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. (<http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/2172/> Erişim tarihi: 05 Mayıs 2015).
- Yanıkkerem, E., O. Kavlak ve Ü. Sevil. (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(4). (112-121).
- Yao, H., C. H. Y. Chan, and C. L. W. Chan, (2017). Childbearing Importance: A Qualitative Study of Women With Infertility in China. *Research in Nursing & Health*, 41(1). (1-9). doi: 10.1002/nur.21846.
- Yiğit, R., B. Dilmaç, M. E. Deniz ve E. Hamarta. (2011). Sürücülerin Sürekli ve Durumluk Kaygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4). (37-44).
- Yong, P., C. Martin, and J. Thong. (2000). A Comparison of Psychological Functioning in Women at Different Stages of In Vitro Fertilization Treatment Using the Mean Affect Adjective Check List. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(10). (553–556). doi: 10.1023/A:1026429712794.
- Yu, Y., L. Peng, L. Chen, L. Long, W. He, M. Li, and T. Wang. (2014). Resilience and Social Support Promote Posttraumatic Growth of Women With Infertility: The Mediating Role of Positive Coping. *Psychiatry Research*, 215(2). (401-405). doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.032.
- Zastrow, C. and K. Kirst-Ashman. (2007). *Understanding Human Behavior and the Social Environment*. CA: Thompson.

- Zimmerman, M. A. (1990). Taking Aim on Empowerment Research: On the Distinction Between Individual and Psychological Conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1). (169-177). doi: 10.1007/BF00922695.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5). (581-599). doi: 10.1007/BF02506983.
- Zimmerman, M. A., B. A. Israel, A. J. Schultz, and B. Checkoway. (1992). Further Explorations in Empowerment Theory: An Empirical Analysis of Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 20(6). (707-727). doi: 10.1007/BF00942234.
- Zimmerman, M. A. and J. Rappaport. (1988). Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5). (725-750). doi: 10.1007/BF00930023.
- Zimmerman, M. A. and S. Warschausky. (1998). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1). (3-16). <http://psycnet.apa.org/buy/1998-01342-001>. Erişim tarihi: 3 Hazira 2017.
- Zucker, A. N. (1999). The Psychological Impact of Reproductive Difficulties on Women's Lives. *Sex Roles*, 40(9). (767-786). <https://doi.org/10.1023/A:1018812819260>. Erişim tarihi: 25 Ocak 2017.

EKLER

EK. 1: NİCEL YÖNTEM İÇİN DEMOGRAFİK FORM VE ÖLÇEKLER

EK. 1a: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **İmran Altıntop** tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık Ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı **yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen soruları dikkatli okuyup **sırasıyla ve hiçbirini boş bırakmadan** cevaplayınız.

1. **Cinsiyet:** a) Kadın b) Erkek
2. **Yaşınız** ____
3. **Eğitim durumunuz:**
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Yüksekokul
e) Üniversite f) Lisansüstü g) Okur yazar değilim
4. **Çalışıyor musunuz?** a) evet b) hayır
5. **Sosyal güvenceniz:** a) var b) yok
6. **Nerede yaşıyorsunuz?** _____
7. **Aylık gelir durumunuz:**
a) 0-1300 b) 1301-3000 c) 3001-5000 d) 5001-8000 e) 8000+
8. **Eşinizin yaşı:** _____
9. **Eşiniz çalışıyor mu?** a) evet b) hayır
10. **Kaç yıldır evlisiniz?** _____
11. **Varsa başka çocuklarının sayısı:** ____ **yaş(ları):** ____ **cinsiyet(leri):** ____
12. **Evde kimlerle yaşıyorsunuz?**
a) Eşimle birlikte
b) Eşim ve eşimin ailesiyle birlikte
c) Eşim ve kendi ailemle birlikte

13. Çocuk sahibi olmak için tedaviye ilk kez ne zaman başvurduunuz? _____

14. Çocuk sahibi olmak için şu ana kadar hangi yöntemleri denediniz? (şu anki tedaviniz dâhil)

a) Aşılama, ____ kez

b) Tüp bebek, ____ kez

c) Tıbbi olmayan (muska, bitkiler vs.) ____ kez

15. Şu an olduğunuz tedavinin adı nedir?

a) Aşılama

b) Tüp bebek

16. Şu andaki tedavinizin hangi aşamasındasınız? _____

17. Çocuk sahibi olamamanız hangi eşten kaynaklanmaktadır?

a) Kadın kaynaklı üreme sorunları

b) Erkek kaynaklı üreme sorunları

c) Hem kadın hem erkek kaynaklı

d) Belirlenememiş sebepler

18. Tedavinin size toplam maliyeti: _____ TL

19. Tedavi için devlet desteği alıyor musunuz?

a) Evet _____ TL

b) Hayır

20. Daha önce hiç aldınız mı?

1) Evet, ____ kez _____ TL

b) Hayır

21. Tedavinin herhangi bir aşamasında psikolojik destek aldınız mı?

a) Evet, ____ kez

b) Hayır

22. Cevabınız evetse;

a) Kendim

b) Sadece eşim

c) Eşimle birlikte

23. Psikolojik desteği kimden aldınız?

a) Psikolog

c) Psikiyatrist

b) Sosyal Çalışmacı

d) Diğer _____

24. Cevabınız hayırsa almak ister miydiniz? a) Evet

b) Hayır

25. Cevabınız evetse ne zaman almak isterdiniz?

a) Tedavi öncesi

b) Tedavi sırası (_____ aşamasında)

c) Tedavi sonrası

26. Sosyal çevrenizde tedavi sürecinizden haberdar olanlar var mı? a) Evet

b) Hayır

27. Bu sorunun çözümünde aile ve çevredeki insanlardan destek gördünüz mü?

a) Yeterli

b) Yetersiz

c) Görmedim

28. Şu an gördüğünüz tedavi sonucu olumsuz olursa bir daha tedaviyi denemek ister misiniz?

- a) Evet b) Hayır

29. Cevabınız hayırsa, tedaviyi neden yeniden denemek istemezsiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Maddi nedenler
b) Psikolojik nedenler
c) Eşimin istememesi/desteklememesi
d) Aile ve/veya sosyal çevrenin desteklememesi
e) Diğer _____

30. Çocuk sahibi olmak için tedavi olmak dışındaki aşağıdakilerden hangi alternatifleri düşündünüz?

- a) Evlat edinme
b) Koruyucu aile
c) Diğer _____
d) Hiçbiri

31. Tedavi sürecinizin evliliğinizde sorunlara sebep olduğunu hissediyor musunuz?

1 (asla)	2	3	4	5 çok fazla
----------	---	---	---	-------------

32. Tedaviye başladıktan sonra eşinizle iletişim kurmanız önceye göre daha zor mu?

1 (asla)	2	3	4	5 çok fazla
----------	---	---	---	-------------

33. Tedavi gördüğünüz kurumun sunduğu hizmetlerle ilgili bir derecelendirme yapar mısınız?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
----------	------	------	-----	---------

34. Tedavi gördüğünüz kurumdaki hemşirelerin tutumuyla ilgili derecelendirme yapar mısınız?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
----------	------	------	-----	---------

35. Tedavi gördüğünüz kurumdaki doktorların tutumuyla ilgili derecelendirme yapar mısınız?

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
----------	------	------	-----	---------

36. Çocuk sahibi olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?

EK. 1b: DURUMLUK/SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **İmran Altıntop** tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık Ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı **yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

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

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

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

		Hemen hemen Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK.1c: CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ
LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **İmran Altıntop** tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık Ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı **yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.					
3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5. Geçmiş başarılarım yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak beni daha da güçlendirebilir.					
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9. İyi ya da kötü her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.					
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.					
11. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.					
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.					

17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18. Gerekğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.					
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20. Yaşamdaki zorluklarla baş ederken bazen olayların nedenini bilmeden varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir					
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23. Zoru severim.					
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın hedeflerime ulaşmaya çalışırım					
25. Başarılarımla gurur duyarım.					

EK. 1d: BAŞA ÇIKMA YOLLARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **İmran Altıntop** tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık Ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı **yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları hiç kullanmıyorsanız hiçbir zaman, kimi zaman kullanıyorsanız bazen, çok sık kullanıyorsanız her zaman seçeneğini belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
1	Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım			
2	Bir mucize olmasını beklerim			
3	İyimser olmaya çalışırım			
4	Çevremdeki insanlardan sorunları çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim			
5	Bazı şeyleri büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım			
6	Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım			
7	Durumun değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.			
8	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.			
9	Olanları unutmaya çalışırım.			
10	Başa gelen çekilir diye düşünürüm			
11	Durumun ciddiyetini anlamaya çalışırım			
12	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim			
13	Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim			
14	'Her işte bir hayır var' diye düşünürüm			
15	Dua ederek Allah'tan yardım dilerim			
16	Elimde olanlarla yetinmeye çalışırım			
17	Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam			

18	Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim			
19	Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım.			
20	'İş olacağına varır' diye düşünürüm			
21	Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımın fikrini alırım			
22	Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum			
23	Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalışırım			
24	Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm			
25	Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım			
26	'Olanları keşke değiştirebilseydim' diye düşünürüm			
27	Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım			
28	Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım			
29	Her şeyin istediğim gibi olamayacağını düşünürüm			
30	Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm			
31	Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım			
32	Mücadele etmekten vazgeçerim			
33	Sıkıntılarımın kendimden kaynaklandığını düşünürüm			
34	Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim			
35	“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm			
36	“Benim suçum ne” diye düşünürüm			
37	“Allah'ın takdiri buymuş deyip” kendimi teselli etmeye çalışırım			
38	Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım			
39	Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim			
40	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm			
41	Hakkımı savunmaya çalışırım			
42	Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi hissederim			

EK. 2: DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

ARAŞTIRMA ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **İmran Altıntop** tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu çalışma infertilite tedavisi gören çiftlerin tedavi öncesi, sürecinde ve sonrasındaki psikolojik, sosyal ve çift olarak ilişkilerini, deneyimlerini, onları güçlendiren ve güçsüzleştiren kaynakları araştırma amacıyla düzenlemiş bir doktora araştırmasıdır.

Araştırmacı tarafından tedaviniz ve bu süreçte yaşadıklarınıza dair bazı sorular yöneltilecektir. Görüşme **30-35** dk sürecektir. Görüşme ses kaydına alınacaktır.

Burada anlatacağınız her şey **sadece** bu araştırma sonucunda değerlendirilecektir. Bunun dışında bilgileriniz başka hiçbir yerde bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. **Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Rumuzu _____

Telefonu: _____

İmza: _____

I. TEDAVİ ÖNCESİ VE SÜRECİNE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Tüp bebek tedavisine gelmeden önce neler yaşadınız?

- Süreciniz nasıl ve ne zaman başladı? Tedavi kararını nasıl aldınız? (kimden kaynaklı)
- Başka bir yöntem denediniz mi? Tıbbi ya da tıbbi olmayan
- Tedaviye başlamadan önceki tedaviyle ilgili duygu/düşüncelerinizi paylaşır mısınız?
- Tedavi ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?

2. Tedavi öncesi ve süresince yaşadığınız başka sağlık sorunu ve şikâyetiniz oldu mu?

3. Bu süreçten haberdar olan kişiler kimler?

4. Tedavi gördüğünüz kurum ve genel olarak hizmetlere ilişkin görüşleriniz neler?

5. Tedavi süresince daha çok hangi sağlık personeliyle iletişimde bulundunuz? Nasıl bir ilişki kurdunuz? Bu ilişki sizi nasıl etkiledi?

6. Tedaviye başlarken sonuçları hakkında neler düşünüyordunuz? (Olumsuzsa) Bunlarla nasıl baş ettiniz?

II. ÇİFTLERİN TEDAVİ DENEYİMİ VE SÜRECİN ETKİLERİ

7. Tedavinin kadın üzerindeki fizyolojik etkileri nelerdir?

8. Tedavinin psikolojik ve duygusal etkileri

- Çocuk sahibi olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?
- Doğal yollardan çocuk sahibi olamadığınızı öğrendiğiniz anda neler hissettiniz, neler düşündünüz?
- Tedavi kararına kadar olan süreçte sizi olumsuz olarak etkileyen şeyler nelerdi?
- Tedavi sürecinde hiç hayal kurduğunuz mu? Bir hayalinizden bahseder misiniz?
- Tedaviyle ilgili en çok hangi zaman ve konuda kimlerin desteğine ihtiyaç duydunuz? Hangi zamanlarda?
- “Kısır/Kısırlık” gibi kavramlardan rahatsız oluyor musunuz?
- Bu süreçte psikolojik destek aldınız mı? /Almak ister misiniz?/ Neden almadınız?
- Psikolojik olarak yaşadıklarınızla nasıl baş ettiniz?

9. Çocuk sahibi olamamanın ve tedavinin eşler arası ilişkiye yansımaları

- Tedavi öncesinde ve sürecinde eşinizle genel anlamda neler yaşadınız?
- Tedavi öncesinde ve sürecinde eşinizle ilişkinizde duygusal anlamda neler yaşadınız?
- Cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?
- Tedavi sürecinin evliliğinizde sorunlara sebep olduğunu düşünüyor musunuz?
- Tedaviye başladıktan sonra eşinizle iletişiminiz önceye göre daha zor mu?
- Eşinizle yaşadığınız olumsuzluk ya da zorluklarla nasıl baş ettiniz?

10. Çocuk sahibi olamamanın ve tedavisinin sosyal ilişkilere yansımaları

- Yakınlarınız (aile çevresi) size ve tedavi sürecinize yaklaşımları nasıl oldu?
- Yakınlarınızdan bu konuda destek gördüğünüzü düşünüyor musunuz? Detaylandır.
- Bu süreçte daha önce alışık olduğunuz rutinlerinizden vazgeçtiğiniz ya da kaçındığınız şeyler oldu mu?

- d) Yakınlarınızla sorununuzu paylaştığınızda onların söyledikleri ya da tepkileri içinde sizi en çok rahatsız eden, üzen şey ne oldu? Nasıl baş ettiniz?
- e) En iyi hissettiren şey ne oldu?

11. Çocuk sahibi olamamanın ve tedavisinin toplumsal ve kültürel alana yansımaları

- a) Tedavi çalışma hayatınızı nasıl etkiledi?
- b) Arkadaş çevreniz tanı ve tedavi sürecinize nasıl yaklaştı?
- c) Arkadaşlık ilişkileriniz nasıl etkilendi?
- d) Sosyal ilişkileriniz de bir değişiklik oldu mu?
- e) Sizce toplumda “çocuk sahibi olamama ve TBT” nasıl algılanıyor?
- f) Sizin kültürünüzde “çocuk sahibi olamama ve TBT” nasıl algılanıyor?
- g) Bu algı ile ilgili siz ne hissediyorsunuz/düşünüyorsunuz?

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen soruları dikkatli okuyup **sırasıyla ve hiçbirini boş bırakmadan** cevaplayınız.

- 1) **Cinsiyet:** a) Kadın b) Erkek
- 2) **Yaşınız** ____
- 3) **Eğitim durumunuz:**
- a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite
- e) Yüksekokul f) Lisansüstü g) Okuryazar değilim
- 4) **Çalışıyor musunuz?** a) evet b) hayır
5. **Mesleğiniz** _____
- 5) **Sosyal güvenceniz:** a) var b) yok
- 6) **Nerede yaşıyorsunuz?** _____
- 7) **Aylık gelir durumunuz:**
- a) 0-1300 b) 1301-3000 c) 3001-5000 d) 5001-8000 e) 8000+
- 8) **Eşinizin yaşı:** _____
- 9) **Mesleği** _____
- 10) **Eşiniz çalışıyor mu?** a) evet b) hayır
- 11) **Kaç yıldır evlisiniz?** _____
- 12) **Varsa başka çocuklarınızın sayısı:** _____
- yaş(ları): _____ cinsiyet(leri): _____
- 13) **Evde kimlerle yaşıyorsunuz?**
- a) Eşimle birlikte
- b) Eşim ve eşimin ailesiyle birlikte
- c) Eşim ve kendi ailemle birlikte
- 14) **Tedavinin size toplam maliyeti:** _____ TL
- 15) **Tedavi için devlet desteği alıyor musunuz?**
1. Evet _____ TL b) Hayır
- 16) **Daha önce hiç aldınız mı?**
- a) Evet, ____ kez _____ TL b) Hayır

17) Aşağıdaki duyguları bugünlerde hangi yoğunlukta hissediyorsunuz?

	1	2	3	4	5
Suçluluk					
Başarı					
Öfke					
Hoşnutluk					
Hayal kırıklığı					
Mutluluk					
Soyutlanma					
Güven					
Endişe					
Memnuniyet (tatmin)					
Depresyon					
Güçsüzlük					
Yeterlik					
Kontrol					

18) Şu an gördüğünüz tedavi sonucu olumsuz olursa bir daha tedaviyi denemek ister misiniz? Neden?

a) Evet

b) Hayır

19) Çocuk sahibi olmak için tedavi olmak dışındaki alternatifleri düşündünüz? Bu konuda bilgi sahibi olmaya ihtiyaç duyuyor musunuz?

20) Genel olarak süreçte olumlu anlamda neler yaşadınız?

21) Genel olarak sizi olumsuz etkileyen sorunlarla nasıl baş ettiniz?

EK. 3: ETİK KURUL İZİNİ



EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ
(Araştırma Dosyası)

ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI / KURUMU	İmran ALTINTOP / Yalova Üniversitesi	
DANIŞMANIN ADI SOYADI / KURUMU	Doç.Dr. Bedrettin KESGİN / Yalova Üniversitesi	
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☐ Yüksek Lisans Tezi ☐ Araştırma Projesi ☒ Doktora Tezi ☐ Diğer	
ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI	İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi	
BİLİRKİŞİ GÖRÜŞÜ	YOK	
KARARIN ALINDIĞI TOPLANTI TARİHİ	01.02.2017	
TOPLANTI / KARAR SAYISI	01 / 06	PROTOKOL NO: 114-2016
KARAR	Araştırma, OYBİRLİĞİ ile etik açıdan uygun bulunmuştur.	

Prof.Dr. Ekrem Özgür AKTAŞ
Kurul Başkanı

Doç.Dr. Ayşegül BİLGE
Kurul Başkan Yrd.

Prof.Dr. Hüsnüye KAYALAR
Kurul Üyesi

(Toplantıya katılamadı)
Prof.Dr. Fisun ŞENÜZÜN AYKAR
Kurul Üyesi

(Toplantıya katılamadı)
Prof.Dr. Saadet Rana VAROL
Kurul Üyesi

Prof.Dr. Beyser PİŞKİN
Kurul Üyesi

Prof.Dr. Melek Gülsün ÖZENTÜRK
Kurul Üyesi



EK. 4: ÇALIŞMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ HASTANELERDEN ALINAN KURUM İZİNLERİ

EK. 4a: Özel Ege Tüp Bebek Merkezi Kurum İzni



Özel Ege Tüp Bebek Merkezi
1414 Sokak No: 2-12 Kahramanlar - İZMİR
Tel: (0232) 445 31 45 Pbx • Fax: 445 42 52
info@egetupbebek.com.tr • www.egetupbebek.com.tr

...../...../20.....

Sayı : 64

Tarih : 26.05.2017

Konu : İmran Altıntop (araştırma izin)

YALOVA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ'NE

24.05.2017 tarihinde tarafımıza göndermiş olduğunuz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Doktora Programı 127303011 nolu öğrenciniz İmran Altıntop'un "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres , Psikolojik Dayanıklılık ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi " konulu tezi ile ilgili alan çalışmasını merkezimize başvuran hastalarla yapması uygundur. Bilgilerinize...

Op.Dr. Bilgen GEDİZ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
ÜYTE SORUMLUSU

EK. 4b: Özel Grand Medikal Tüp Bebek Merkezi Kurum İzni



Özel
Grandmedical Hospital
Hastanesi

Sayı : 2017 / 187

Tarih 09/03/2017

Konu : Doktora Tezi Hk.

İLGİLİ MAKAMA

Hastanemize İnvertilite Tedavisi Gören Çiftlerin stres, psikolojik dayanıklılık ve baş etmelerinin güçlendirme yaklaşımı temelinde incelenmesi konulu doktora tezi araştırması ile başvuruda bulunan İmren ALTINTOP isimli doktora öğrencisinin Hasatenimizde araştırma yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım

Mesul Müdür
Op.Dr.Mürntaz KAHYA



EK. 4c: Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

İZMİR İLİ KUZAY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZAY
BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ
10/04/2017 12:25 - 93796732 - 663 08 - E.1749
0004306939

Sayı : 93796732/663.08
Konu : İmran ALTINTOP' un Doktora Tezi
Araştırma İzni

**YALOVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü**

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü Doktora Programı Öğrencisi İmran ALTINTOP' un Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Bedrettin KESGİN' in danışmanlığında "**İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Başetmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi**" konulu Doktora Tezi araştırmasını **Nisan 2017 - Ağustos 2017** tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı SBÜ Tepecik EAH Tüp Bebek Merkezinde uygulama talebi Genel Sekreterliğimize uygun görülmüş olup, onay yazımız ekindedir.
Gereğini arz ederim.

**Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter**

Ek: Makam Onayı (1 Syf)

Belgenin Aslı
Elektronik imzalıdır.
SİNEM ÖZSAKALLI
Evrak Kayıt Memuru
40.1.6.../2017.

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr
Tel:4443501-1204 Fax:2469084

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 026599e3-57ac-4242-a873-e5abfaad8f86 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501

EK. 4d: Ege Üniversitesi Kurum İzni

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 30/03/2017-E.27258



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİK
Kurul İşleri Şube Müdürlüğü



ÇOK İVEDİ

Sayı : 92112210-050.05.04
Konu : Araştırma izni - İmran ALTINTOP

YALOVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 14/03/2017 tarihli ve 7389 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü doktora öğrencisi İmran ALTINTOP'un, Doç.Dr. Bedrettin KESGİN danışmanlığında yürüteceği "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Baş Etmelerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi" başlıklı araştırması kapsamındaki anket uygulamasının, Üniversitemiz Aile Planlaması ve Kısırlık (İnfertilite) Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılması uygun bulunmaktadır.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cengiz METİN
Rektör V.

Ek:İzin yazıları (2 sf)

Evrakın Doğrulamak İçin: https://evrak.ege.edu.tr/en/Veri/Validate_Doc.aspx?V=BEKRG2288

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik Gençlik Cad. No:12 35040
Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 388 42 18 Faks No: +90 (232) 339 90 90
E-Posta: gensek@ege.edu.tr İnternet Adresi: <http://www.ege.edu.tr>

Bilgi İçin: Bangi AYAZ NURGÜN

Uzman: Memar
Telefon No: 0(232)3112117



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



ÖZGEÇMİŞ

İmran Altıntop, 1987 yılında Gaziantep’te doğdu. Lise eğitimini Gaziantep Fitnat Nuri Tekerekoğlu Anadolu Lisesi’nde tamamladı. 2005-2010 yılları arasında Fatih Üniversitesi İngilizce Psikoloji Bölümü’nde lisans eğitimi, 2010-2013 yılları arasında Yalova Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü’nde yüksek lisans eğitimi aldı. Yüksek lisansını “Tek Ebeveynli Ailelerde Psikolojik Tepkiler ile Psikolojik Destek Almanın Klinik Sosyal Hizmet Açısından Analizi: Yalova Örneği” başlıklı teze tamamladı. Ayrıca 2013 yılında Ege Üniversitesi’nde başladığı Gelişim Psikolojisi yüksek lisans eğitimi tez aşamasında olup halen devam etmektedir. 2010-2013 yılları arasında Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü’nde, 2013-2015 yılları arasında Gediz Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalıştı. Evli ve bir çocuk annesi olan İmran Altıntop, oğlunun dünyaya geldiği 2015 yılından bu yana akademik çalışmalarına evden devam etmektedir. Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü’nde 2013 yılında başladığı doktora çalışmasını “İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği” başlıklı teze tamamlamıştır.