



T.C.

**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE STRES,
STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ÖZ-YETERLİLİK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Minel GÜDÜCÜ

2215119012

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yıldı Arzu ABA

Bandırma, 2025

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE STRES,
STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ÖZ-YETERLİLİK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Minel GÜDÜCÜ
2215119012

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yıldı Arzu ABA

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 21.12.2025

Tezin Savunulduğu Tarih: 19.12.2025

Bandırma, 202

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı'nda Yüksek Lisans öğrencisi Minel GÜDÜCÜ tarafından, Prof. Dr. Yıldı Arzu ABA danışmanlığında hazırlanan “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri Ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tez, jüri üyeleri tarafından 19/12/2025 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında oybirliği ile başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



ETİK BEYAN SAYFASI

T.C.

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu tez çalışmasının özgün olduğunu, hazırlanması sürecinde bilimsel etik kurallara uygun davrandığımı, bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları kaynak göstererek kullandığımı ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Tezin Adı: İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri Ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi

Adı Soyadı: Minel GÜDÜCÜ

Savunma Tarihi: 19/12/2025

ÖZET

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE STRES, STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ÖZ-YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Minel GÜDÜCÜ

Aralık, 2025

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören çiftlerde infertiliteye bağlı stres, stresle başa çıkma stratejileri ve infertilite öz-yeterliliği düzeylerini incelemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve ilişkisel tasarımdaki araştırmanın örneklemini, Aralık 2024–Nisan 2025 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezine başvuran ve basit rastgele örnekleme ile seçilen 224 kadın ve 125 erkek olmak üzere toplam 349 hasta oluşturmuştur. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ), İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) ve İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $32,27 \pm 4,73$ 'tür. Çiftlerin infertilite stresi genel olarak ortalamanın altında bulunmuş, kadınların stres düzeyi erkeklerden daha yüksek olup en yüksek stresin kişisel alanda yaşandığı saptanmıştır (kişisel stres: kadın $8,83 \pm 5,13$; erkek $6,33 \pm 4,57$). Öz-yeterlilik puanları kadın ve erkeklerde ortalamanın üzerinde iken, erkeklerin öz-yeterliliği daha yüksek bulunmuştur (kadın $21,89 \pm 5,75$; erkek $23,62 \pm 5,68$). Başa çıkma düzeylerinde aktif yok sayma ve aktif mücadele puan ortalamaları her iki cinsiyette ortalamanın altında, kadınların aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma puanları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek ve anlam bulma açısından cinsiyetler arasında fark olmadığı belirlenmiştir. İSÖ alt boyutları (kişisel, evlilik, sosyal) birbirleriyle pozitif ve orta düzeyde ilişkilidir. Aktif yok sayma ile tüm stres alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişki saptanmış, öz-yeterlilik ile stresin tüm alt boyutları arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. İnfertilite tedavisi gören çiftlerde stres düzeyi genel olarak düşük olmakla birlikte kadınlar özellikle kişisel alanda daha fazla stres yaşamaktadır. İnfertil çiftlerde öz-yeterlilik puanları kadın ve erkeklerde ortalamanın üzerinde olup, erkeklerin puanları daha yüksektir. Stresle başa çıkmada aktif yok sayma ve aktif mücadele puanları her iki cinsiyette ortalamanın altında bulunmuştur. Kadınların aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma puanları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksekken, anlam bulmada cinsiyet farkı saptanmamıştır. İnfertilite stresinin kişisel, evlilik ve sosyal alt boyutları birbiriyle pozitif ve orta düzeyde ilişkilidir. Aktif yok sayma tüm stres alt boyutlarıyla pozitif; anlam bulma ise tüm başa çıkma alt boyutlarıyla pozitif ilişkili bulunmuştur. Öz-yeterlilik ile infertilite stresinin tüm alt boyutları arasında negatif ve anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite; stres; baş etme stratejileri; özyeterlilik; hemşirelik.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF STRESS, STRESS COPING STRATEGIES, AND SELF-EFFICACY LEVELS IN COUPLES UNDERGOING INFERTILITY TREATMENT

Minel GÜDÜCÜ

December, 2025

This study was conducted to examine stress related to infertility, stress coping strategies, and levels of infertility self-efficacy in couples undergoing infertility treatment, and to determine the relationships between these variables. The sample for this descriptive and correlational study consisted of a total of 349 patients, including 224 women and 125 men, who applied to the Assisted Reproductive Treatment Centre at Başakşehir Çam and Sakura City Hospital between December 2024 and April 2025 and were selected by simple random sampling. Data were collected through face-to-face interviews using the Demographic Information Form, Infertility Stress Scale (ISS), Coping with Infertility Stress Scale (CISS), and Infertility Self-Efficacy Scale Short Form. The mean age of participants was 32.27 ± 4.73 . The couples' infertility stress was generally found to be below average, with women's stress levels higher than men's and the highest stress experienced in the personal domain (personal stress: women 8.83 ± 5.13 ; men 6.33 ± 4.57). Self-efficacy scores were above average for both women and men, with men's self-efficacy found to be higher (women 21.89 ± 5.75 ; men 23.62 ± 5.68). In terms of coping levels, the mean scores for active avoidance and active coping were below average in both genders. Women's scores for active avoidance, active coping, and passive avoidance were significantly higher than men's, and no difference was found between genders in terms of finding meaning. The ISS subdimensions (personal, marital, social) were positively and moderately correlated with each other. A positive and significant relationship was found between active avoidance and all stress subdimensions, while a negative and significant relationship was found between self-efficacy and all stress sub-dimensions. Although the stress level in couples undergoing infertility treatment is generally low, women experience more stress, particularly in the personal domain. Self-efficacy scores in infertile couples are above average for both women and men, with men scoring higher. Active avoidance and active coping scores in coping with stress were below average for both genders. Women's active avoidance, active coping, and passive avoidance scores were significantly higher than men's, while no gender difference was found in meaning-making. The personal, marital, and social subdimensions of infertility stress are positively and moderately related to each other. Active avoidance was positively related to all stress subdimensions, while finding meaning was positively related to all coping subdimensions. A negative and significant relationship was found between self-efficacy and all subdimensions of infertility stress.

Key Words: Infertility; stress; coping strategies; self-sufficiency; nursing.

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın başlangıcından itibaren bilgi ve birikimlerini benimle cömertçe paylaşan, her zaman yapıcı bir rehberlik sunarak yolumu aydınlatan, sadece akademik desteğiyle değil, aynı zamanda ilham verici yaklaşımı ve anlayışıyla yanımda olan, bana düşünmek için alan, hata yapmak için cesaret, ilerlemek için motivasyon veren ve hep güvende hissettiren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Yıldı Arzu ABA'ya,

Veri toplama sürecime katkı sağlayan ve araştırmamın yürütülmesine destek olan tüm katılımcılara,

Bu yolculuktaki en büyük destekçim ve güç kaynağım olan, zorluklar karşısında yanımda durup, sabırlı ve koşulsuz inancını her daim hissettiren, bana her zaman cesaret verip tüm yorgunluklarımı göğsünde yumuşatan sevgili eşim Anıl GÜDÜCÜ'ye,

Varlığıyla stresli anlarımda yüzümde bir tebessüm oluşturan, bakışlarıyla huzur kaynağı olan, klavyemin üstünden hiç eksik olmayan evimin neşesi, sessiz yoldaşım, biricik kedim Frodo'ya,

Hayatımın her anında, en büyük dayanağım olan sevgi ve özverisiyle, bu zorlu sürecin en karanlık günlerinde bana ışık tutan canım annem Yeşim HAMAT'a

Son olarak bu süreç boyunca bana inanan, moralimi yüksek tutarak motivasyon kaynağı olan aileme ve yakın çevreme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Minel GÜDÜCÜ

Bandırma, Aralık 2025

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

ETİK BEYAN SAYFASI	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GRAFİKLERLİSTESİ	xiii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnfertilite.....	4
2.2. İnfertilite Prevelansı	4
2.3. İnfertilite Risk Faktörleri.....	5
2.4. Kadınlarda ve Erkeklerde Fertilite Koşulları	6
2.5. İnfertilite Nedenleri	7
2.5.1. Kadına ait nedenler	7
2.5.2. Erkeğe ait nedenler.....	8
2.5.3. Açıklanamayan infertilite.....	8
2.6. İnfertil Bireylerin Değerlendirilmesi.....	10
2.6.1. Kadın faktörünün değerlendirilmesi	10
2.6.2. Erkek faktörünün değerlendirilmesi.....	11
2.7. İnfertilite Tedavi Yöntemleri	13
2.8. Stres.....	14
2.8.1. İnfertilite Stresi ve Etkileyen Faktörler.....	14
2.8.2. İnfertilite Stresi ile Baş Etme	16
2.8.3. İnfertilite Stresi ile Baş Etmede Hemşirelik Yaklaşımları	17

2.9.	İnfertilite Bağlamında Öz-Yeterlilik	20
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Türü	22
3.2.	Araştırma Soruları	22
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5.	Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	23
3.6.	Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7.	Veri Toplama Araçları	24
3.7.1.	İnfertil Çiftlere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu	24
3.7.2.	İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)	24
3.7.3.	İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)	25
3.7.4.	İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (İÖYÖ)	27
3.8.	Veri Toplama Yöntemi	28
3.9.	Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.10.	Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.11.	Araştırmanın Etik Yönü	30
3.12.	Araştırma Planı ve Takvimi	31
4.	BULGULAR	32
4.1.	İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı ve Tedavi Süreci Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.2.	İnfertil Çiftlerin Stres Düzeylerine İlişkin Bulgular	35
4.3.	İnfertil Çiftlerin Stresle Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular	39
4.4.	İnfertil Çiftlerin Öz-Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular	46
4.5.	İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki	49
5.	TARTIŞMA	52
5.1.	İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	52
5.2.	İnfertil Çiftlerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	57
5.3.	İnfertil Çiftlerin Öz-Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	63
5.4.	İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	66

6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68
6.1.	Sonuçlar.....	68
6.2.	Öneriler	70
7.	KAYNAKLAR	72
8.	EKLER.....	85
9.	ÖZGEÇMİŞ	96



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 İnfertilite Tanımı	4
Tablo 2.2. İnfertilite Risk Faktörleri	5
Tablo 2.3. Kadın ve Erkek İnfertilite Nedenleri	9
Tablo 2.4. Semen Parametreleri Kriterleri	12
Tablo 3.1. Ölçüm Araçlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	29
Tablo 3.2. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	31
Tablo 4.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=349).....	32
Tablo 4.2. İnfertil Kadınların Tedavi Sürecine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=224)	33
Tablo 4.3. Katılımcıların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	35
Tablo 4.4. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349)	36
Tablo 4.5. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224)	38
Tablo 4.6. Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	39
Tablo 4.7. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349).....	41
Tablo 4.8. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi ile Baş Etme Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224)	43
Tablo 4.9. Katılımcıların İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	46
Tablo 4.10. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İnfertilite Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349).....	46
Tablo 4.11. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224).....	48
Tablo 4.12 İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	4.1.	Değişkenler	Arasındaki	Korelasyon	Katsayıları
.....					50



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.1. İnfertilite Stresi Alt Boyutlarının Puan Ortalaması ve Standart Sapma Dağılımı.....	35
Grafik 4.2. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Puan Ortalaması ve Standart Sapmalarının Dağılımı.....	40
Grafik 4.3. İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Standart Sapma Dağılımı.....	46



KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

AB	:	Anlam Bulma
ACOG	:	American College of Obstetricians and Gynecologists
AM	:	Aktif Mücadele
AMH	:	Antimüllerian hormon
ART	:	Assisted Reproductive Technology
AYS	:	Aktif Yok Sayma
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
BM	:	Birleşmiş Milletler
CETAD	:	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EAS	:	Evlilik Alanı Stresi
ET	:	Embriyo Transferi
FSH	:	Folikül Uyarıcı Hormon
GA	:	Güven Aralığı
GIFT	:	Gamet İntrafallopian Transfer
GnRH	:	Gonadotropin Releasing Hormon
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
HSG	:	Histerosalpingografi
ICSI	:	İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	:	İntrauterin İnseminasyon
İÖYÖ	:	İnfertilite Öz Yeterlilik Ölçeği
İSBÇÖ	:	İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği
İSÖ	:	İnfertilite Stresi Ölçeği
IVF	:	İn Vitro Fertilizasyon
KAS	:	Kişisel Alan Stresi
KOH	:	Kontrollü Over Hiperstimülasyonu
LH	:	Lüteinleştirici Hormon
NICE	:	National Institute for Health and Care Excellence
OPU	:	Oosit Pick-Up/Yumurta Toplama
PID	:	Pelvik İnflamatuar Hastalık
PYS	:	Pasif Yok Sayma
PKOS	:	Polikistik Over Sendromu

SAS	:	Sosyal Alan Stresi
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SUZI	:	Subzonal Sperm İnseriyonu
TSH	:	Tiroid Stimulan Hormon
USG	:	Ultrasonografi
WHO	:	World Health Organization
ZIFT	:	Zigot İntrafallopian Transfer
η^2	:	Eta kare
d	:	Etki büyüklüğü
$\bar{X}$	:	Aritmetik ortalama
f^2	:	Standartize etki büyüklüğü
α	:	Alfa
ω	:	Omega
F	:	ANOVA Testi
p	:	Olasılık değeri
t	:	Student T testi
n	:	Örneklem büyüklüğü
r	:	Korelasyon katsayısı
R²	:	Determinasyon katsayısı
β	:	Regresyon katsayısı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi

Üreme, insan yaşamının biyolojik ve psikososyal işlevlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ebeveyn olma arzusu, yalnızca içgüdüsel bir dürtü olmamakla birlikte aynı zamanda bireyin toplumsal rollerini yerine getirmesi ve kişisel kimliğini inşa etmesi açısından da önemli bir unsurdur. Ancak bazı bireyler için bu süreç beklenildiği şekilde ilerlememekte ve infertilite sorunu ile karşı karşıya kalılabilmektedir (WHO, 2020).

İnfertilite, yalnızca fizyolojik bir sağlık sorunu değil, bireyin kimlik algısı, ilişkisel doyumu ve yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler yaratan karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre infertilite, düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen 12 ay boyunca gebelik oluşmaması olarak tanımlanan kadın ve erkek üreme sisteminin bir hastalığıdır (DSÖ, 2023). 35 yaşın altındaki kadınlarda en az 12 ay, 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda en az altı ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen gebelik elde edilememesi durumunda infertilite tanısı konulmaktadır (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021).

İnfertilite, yaşamı tehdit etmeyen bir durum olmasına rağmen toplumun çocuk sahibi olmayı bir norm ya da başarı ölçütü olarak görmesi nedeniyle stres yaratan bir yaşam olayı olarak değerlendirilmektedir (Nouman ve Benyamini, 2018). Aynı zamanda çiftlerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını derinlemesine etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreçte çiftlerin karşılaştığı belirsizlik, başarısızlık hissi ve toplumsal baskılar çiftlerde yoğun stres, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Greil, 2011). Dolayısıyla infertilite yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda ciddi bir psikososyal uyum sorunu olup, bireylerin yaşam doyumu, evlilik ilişkileri ve tedavi motivasyonları üzerinde belirleyici rol oynamaktadır.

İn Vitro fertilizasyon (IVF) ve İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) gibi yardımcı üreme teknikleri, çiftler açısından oldukça stresli süreçler olabilir ve genellikle birkaç ay sürebilmektedir. Bu tedavi süreci özellikle kadınlarda artan düzeyde kaygıya neden olabilir; oluşan bu kaygı ise tedaviye uyumu zorlaştırarak, tedavi sürecinin başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İlgili literatür

incelendiğinde infertilite sorunu yaşayan bireylerin gün geçtikçe arttığı, infertilitenin önemli bir stres kaynağı olduğu ve bu durumun infertil bireylerin ruh sağlığını tehdit edebildiği ortaya konmaktadır. Ayrıca kadınların bu süreçte erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde stres, depresyon ve anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (Peterson, 2000; Peterson ve ark., 2006; Eren, 2008; Ramazanzadeh ve ark., 2009; Hermann ve ark., 2011; Karaca ve Ünsal, 2012; Civan ve Beydağ, 2023; Khorasani ve ark., 2025; Duraskova ve ark., 2025). Bu bulgular, infertilite tedavisinde psikososyal desteğin en az tıbbi müdahale kadar önemli olduğunu ve tedavi başarısını doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir.

Stresin birey üzerindeki etkisinin düzeyi ise büyük ölçüde bireyin bilişsel değerlendirme biçimine ve başa çıkma becerilerine bağlıdır. Bu bağlamda, uygun başa çıkma stratejilerinin kullanımı, infertilite sürecinde ve tedavi sırasında ortaya çıkan stresin yönetilmesine olumlu katkılar sağlamaktadır. Başa çıkma stratejileri, stresli yaşam olaylarını kontrol etmeye ve yönetmeye yönelik bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Tefek, 2025). Bazı başa çıkma stratejileri koruyucu etkilere sahip olabilirken, bazıları ise infertil kadınların duygusal uyumsuzluğunu arttırabilmektedir. Bu durum ise daha yüksek anksiyete ve depresyon riskiyle pozitif ilişkilidir ve bu doğrultuda IVF/ICSI tedavisi gören kadınlarda doğurganlık oranlarını azaltmakta ve gebelik sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Kamışlı ve ark., 2020). Bu nedenle infertilite sorunu yaşayan çiftlere yaklaşımların daha fazla dikkat ve anlayış içermesi gerektiği ön görülmektedir. Bireylere uygun olan, kendilerini rahat hissettikleri baş etme yöntemlerinin belirlenmesi, öz-yeterliliklerinin tespit edilmesi ve eksiklerinin giderilmesi süreci daha kolay ve rahat geçirmelerine katkı sağlayacaktır. Bu tür çalışmalar, hem klinik hemşirelik hem de psikolojik danışmanlık uygulamalarına yön verebilecek kanıta dayalı veriler sunması açısından büyük önem taşımaktadır.

İnfertilite tedavisi gören bireylerin yaşadığı stresin, kanser hastalarının yaşadığı stresle benzer düzeylerde olduğunu gösteren çeşitli akademik çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulgular, infertilitenin psikolojik etkilerinin ciddi ve uzun süreli olabileceğini ortaya koymaktadır. Rooney'nin çalışmasında, infertil kadınların depresyon düzeyleri, kanser hastalarıyla karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, her iki grup arasında depresyon düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir (Rooney, 2018). Domar ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise, infertil kadınların psikolojik semptomları,

kanser, kalp hastalığı ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) gibi ciddi tıbbi durumları olan hastalarla karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, infertil kadınların psikolojik belirtilerinin, kanser hastalarıyla benzer düzeyde olduğunu göstermektedir (Domar ve ark., 1993).

Yapılan literatür taraması sonucunda, infertilite tedavisi gören çiftlerde stres, stresle baş etme stratejileri ve öz-yeterlilik düzeylerinin birlikte ele alındığı sınırlı sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. Bu kapsamda tedavi sürecindeki çiftlerin üzerinde hissettikleri stresi ve bu stresle nasıl başa çıkabildiklerini anlayabilmek, öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirebilmek tedavi sürecine katkı sağlayabileceği için daha kapsayıcı ve destekleyici yaklaşımların geliştirilmesi gereklidir (Mirzaasgari ve ark., 2022; Yaşar Erol, 2022; Reisi ve ark., 2023).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, infertilite tedavisi gören çiftlerde stres düzeyleri, stresle baş etme stratejileri ve öz-yeterlilik düzeylerini incelemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre infertilite; 12 ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen gebelik oluşmaması şeklinde ifade edilen, kadın ya da erkek üreme sistemine ait bir hastalıktır (DSÖ, 2023). İnfertilite tanısı; 35 yaşın altındaki kadınlarda en az 12 ay, 35 yaş ve üzeri kadınlarda en az altı ay süreyle düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen gebeliğin elde edilemediği durumlarda konulmaktadır (Vefikuluçay Yılmaz & Güner Emül, 2021). İnfertilite primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primer infertilite, çiftlerin, haftada 2-3 kez ve korunmasız olacak şekilde 12 ay boyunca cinsel birliktelik yaşamasına rağmen gebelik elde edilememesidir. Sekonder infertilite ise çiftin daha önce canlı doğum ile sonuçlanmış gebeliklerinin olmasına rağmen devamındaki süreçte 12 ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen gebeliğin elde edilememesi olarak tanımlanmaktadır (CETAD, 2024).

Tablo 2.1 İnfertilite Tanımı

Primer İnfertilite	Sekonder İnfertilite
12 ay boyunca düzenli (haftada 2-3 kez) ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin elde edilememesidir.	Canlı doğum ile sonuçlanmış bir gebeliğin varlığını takip eden süreçte 12 ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel birlikteliğe rağmen gebeliğin elde edilememesidir.

2.2. İnfertilite Prevelansı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023'te yayınladığı rapora göre dünya genelinde her altı çiftten birinin infertilite sorunu yaşadığı bildirilmektedir. Bu raporda yaşam boyu infertilite prevelansı yani yaşamı boyunca infertilite sorunu yaşayan bir nüfusun oranı %17.5, infertilitenin tahmini dönem prevelansı yani zaman içinde belirli bir noktada ya da aralıkta, şu anda ya da geçmişte olabilecek infertiliteye sahip bir popülasyonun oranı %12.6 olarak belirlenmiştir (DSÖ, 2023). Küresel tahminlere göre ise 48,5 ila 72,4 milyon çiftin infertiliteye sahip olduğu bildirilmektedir (Njagi

ve ark., 2023). Türkiye'de ise infertilite prevalansı geçmiş yıllarda yaklaşık %10 ile %15 seviyelerindeyken günümüzde %30'a kadar yükselmiştir (Şahin ve Er, 2024).

İnfertilitenin tahmini yaşam boyu yaygınlığı bölgesel olarak farklı oranlara sahiptir. Avrupa'da %16.5, Amerika'da %20.0, Afrika'da %13.1, Doğu Akdeniz'de %10.7, Batı Pasifik'te ise %23.2 oranında belirlenmiştir. Mevcut veriler, infertilitenin tahmini yaşam boyu yaygınlığının en yüksek Batı Pasifik'te %23,2 oranında ve en düşük Doğu Akdeniz'de %10,7 oranında olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2023).

İnfertilite yaygınlığına ilişkin tahminler, farklı gelir düzeylerine sahip ülkeler arasında benzerlik göstermektedir. Yaşam boyu infertilite prevalansı yüksek gelire sahip ülkelerde %17,8, düşük ve orta gelire sahip ülkelerde ise %16,5 oranında belirlenmiştir. İnfertilitenin dönem prevalansı ise yüksek geliri olan ülkelerde %12,6, düşük ve orta geliri olan ülkelerde %12,6 oranında belirlenmiştir. (DSÖ, 2023). Türkiye'de ise üreme çağında olan çiftlerde infertilite görülme sıklığının %15 olduğu bilinmektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018; Heredia ve ark., 2020).

2.3. İnfertilite Risk Faktörleri

İnfertilite üzerinde etkili olan faktörler hem bilinin hem de bilinmeyen faktörleri içermektedir. Bilinen faktörler ile başa çıkmak daha kolaydır çünkü bir kısmı değiştirilerek gebelik şansları artırılabilir. İnfertilite üzerinde etkileri olduğu bilinen risk faktörleri; yaş, sigara, beden kitle endeksi (BKİ), kafein, madde bağımlılığı, alkol tüketimi, çevresel zararlı maddeler/toksiklere maruz kalma, ilaçlar, çalışma yaşamı, stres, beslenme şekli ve kanser tedavileridir (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021).

Tablo 2.2. İnfertilite Risk Faktörleri

Yaş	Alkol tüketimi	İlaçlar	Beslenme
Sigara	BKİ	Kafein tüketimi	Madde bağımlılığı

Toksiklere maruziyet	Stres	Çalışma yaşamı	Kanser tedavileri
----------------------	-------	----------------	-------------------

2.4. Kadınlarda ve Erkeklerde Fertilite Koşulları

Kadın ve erkek yaşı, koitus sıklığı ve zamanlaması fertiliteyi etkileyen temel faktörlerin başında gelmektedir. 24-25 yaşları kadın ve erkeklerde fertilite oranlarının en yüksek olduğu dönem olarak kabul edilmektedir. Fertilite hızı, kadınlarda 30 yaşından itibaren erkeklerde ise 40 yaşından itibaren azalmaya başlamaktadır. Gebelik düşünen çiftlere haftada dört kez olacak şekilde cinsel ilişki önerilmektedir. Çiftlerin yeteri kadar sık cinsel ilişkide bulunmaması infertilitenin çok rastlanan nedenleri arasında yerini almaktadır. Bu ilişkinin ovulasyon sürecine denk gelmesi gebelik şansını arttırmaktadır (Taşkın, 2016).

1. Erkeklerde Fertilite Koşulları

- Yeterli miktarda üreme hormonu salgılanmalıdır.
- Testislerden minimum biri ovumu dölleyebilecek düzeyde sağlıklı sperm üretmelidir.
- Uygun ejakülasyon sağlanmalıdır (Yılmaz ve Oskay, 2012; Tezkereci, 2010).
- Erkek genital sisteminde herhangi bir tıkanıklık olmamalıdır.
- Erkek genital sistemin sekresyon salgısı normal olmalıdır (Taşkın, 2016).

2. Kadında Fertilite Koşulları

- Yeterli miktarda üreme hormonu salgılanmalıdır
- Overlerden minimum bir tanesi sağlıklı ve kaliteli ovum üretecek düzeyde olmalıdır.
- Serviks ve tuba uterinalar arasındaki geçiş açık olmalıdır.
- Döllenmiş ovumun gelişip olgunlaşması için uterus dayanıklı olmalıdır.
- Tuba uterinaların en az biri açık olmalıdır.
- Kadının uygun biçimde cinsel istek ve davranışı olmalıdır.
- Gebeliğin devamlılığı için progesteron salınımı devam etmelidir ve endometriyum gebeliği sürdürmeye elverişli olmalıdır (Taşkın, 2016; Yılmaz ve Oskay, 2012).

2.5. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite, çoğunlukla kadın ve erkek üreme sistemlerine ait çeşitli yapısal ya da işlevsel anormalliklerden kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, infertilite vakalarının yaklaşık %40-50'sinin kadın kaynaklı faktörlerden, %30-40'ının erkek kaynaklı faktörlerden, %20-25'inin hem erkek hem kadın kaynaklı faktörlerden oluştuğunu göstermektedir. İnfertil çiftlerin %15'inde uygulanan kapsamlı değerlendirmelere karşın infertiliteye neden olan etken belirlenememektedir (Agarwal ve ark., 2015; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019; Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021). İnfertilite; kadına ait nedenler, erkeğe ait nedenler ve açıklanamayan nedenler olarak üç başlık altında toplanmaktadır.

2.5.1. Kadına ait nedenler

İnfertiliteye sebep olan kadın kaynaklı faktörler çoğunlukla üreme organlarına zarar vererek ovulasyonu engelleyebilecek ya da hormonal sekresyonlarda bozulmaya sebep olabilecek durumlardan kaynaklanmaktadır. Kadın kaynaklı infertilitenin nedenleri; overler, tubalar/periton, uterus, serviks ve vajen ile ilişkili faktörleri içermektedir (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021). Bu faktörler, luteal faz yetmezliği, polikistik over sendromu (PKOS), ovulasyon bozukluğu, hipogonadotropik hipogonadizm, hipergonadotropik hipogonadizm, pelvik travmalar ya da geçirilmiş cerrahi, pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik adhezyonlar, endometriozis, tubal polipler, genital tüberküloz, hidrosalpenks, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve genital sistem enfeksiyonları, enfeksiyonların yol açtığı tubal tıkanıklık ve adhezyonlar, miyomlar, uterus içi adezyonlar, endometrial polipler, müler kanal anomalileri ve endometritler, servikal mukusta oluşabilecek enfeksiyon ve immünolojik sorunlar spermin kalitesini ve hareketliliğini olumsuz yönde etkileyerek infertiliteye neden olmaktadır (Doğaner Karakuş ve Yeşiltepe Oskay, 2019; Sağol, 2015; Sezgin ve Hocaoglu, 2014; Yılmaz ve Oskay, 2012; Yılmaz, 2012). Kadın kaynaklı diğer faktörler ise ileri yaş, cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması, sigara ve alkol tüketimi, kilo değişimleri ve ağır egzersiz, aşırı stres, yetersiz beslenme, hipertansiyon, diyabet, astım, çevresel veya meslek kaynaklı kurşun, arsenik, civa, radyasyon gibi maddelere maruziyet, antihipertansif ve antidepresan gibi ilaçların kullanımı infertilite sebepleri arasında yer almaktadır

(Özdemir ve Kaplan, 2021). Yapılan çalışmalarda ise kadın kaynaklı infertilite nedenlerinin görülme oranları ovulasyon disfonksiyonu %30-40, azalmış over rezervi %10, tubal faktör %25-35, uterin faktör %15 olarak belirlenmiştir (Berek ve Berek, 2021).

2.5.2. Erkeğe ait nedenler

İnfertilite sorunu ile karşı karşıya kalan erkeklerin %30 ila %40'ında infertiliteye sebep olan etken bilinmemektedir. Avrupa Üroloji Birliği, infertiliteye neden olan erkek faktör ile semen parametreleri arasında bir ilişki olduğunu bildirmektedir (Vefikuluçay Yılmaz ve Güner Emül, 2021). Erkek kaynaklı infertilite sorunları; spermilerin üretim bozuklukları, spermin fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemde oluşabilecek bozukluklardır (Doğaner Karakuş ve Yeşiltepe Oskay, 2019). İnfertiliteye sebep olan yapısal ve hormonal bozukluklar; varikosel, hipospadias, orşit, kriptorşidizm ve düşük testosteron seviyesi, spermin yapısında oluşan değişiklikler; sperm sayısında ve libidoda azalma gibi durumlar ile ereksiyon bozukluklarıdır. Stres, iş ortamında radyasyon, civa, kurşun ve x-ray gibi maddelere maruziyet, skrotumun yüksek ısı ile maruziyeti ise diğer faktörler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda ise erkek faktörlü infertilitenin nedenleri arasında varikosel %12.6 iken açıklanamayan infertilite %75.1 ve üriner enfeksiyonlar %66.6 olarak belirlenmiştir (Özdemir ve Kaplan, 2021).

2.5.3. Açıklanamayan infertilite

Kadın ve erkek üzerinde yapılan tüm test sonuçlarına göre menstrual siklus, tubalar ve sperm analizinde anormal bulguya rastlanmamasına rağmen gebelik elde edilememesi ve bu durumun nedeninin saptanamadığı durumlar açıklanamayan infertilite olarak tanımlanmaktadır (Sağol, 2015; Kan ve ark., 2014; ACOG, 2019). Bu kapsamda; ovulatuvar fonksiyon, fallop tüplerinin açıklığı, over rezervi, uterin kavitenin yapısı ve semen analizi gibi temel parametrelerin normal olması beklenmektedir. Ancak açıklanamayan infertilite tanısı, çoğunlukla altta yatan nedenlerin mevcut tanı yöntemleriyle saptanamamasından kaynaklanmaktadır. Günümüz koşullarında ise servikal faktörler, luteal faz yetersizliği, hafif endometriozis ve pelvik adezyonlar gibi durumlar da açıklanamayan infertilite olguları arasında yer almaktadır (Ak, 2024). Dünya genelinde açıklanamayan

infertilite tanısı alan kişiler %30 oranında bir grubu oluşturmaktadır (ACOG, 2019).

Tablo 2.3. Kadın ve Erkek İnfertilite Nedenleri

KADIN	NEDENLER
<i>Vulva ve Vajene Ait Faktörler</i>	Anatomik bozukluklar, imperfore himen, vajinal septum, vajen yokluğu, disparüni, vajinismus, vajinal pH değişiklikleri
<i>Overe Ait Faktörler</i>	Ovulasyon bozuklukları, hormonal dengesizlik, tümörler, erken menopoz, amenore, oral kontraseptif sonrası disfonksiyon, radyasyon maruziyeti
<i>Tubal Faktörler</i>	Tüplerin tıkanıklığı veya hasarı, yapışıklıklar, fimbrial yokluk, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), endometriozis, travma, enfeksiyon, gelişimsel anomaliler
<i>Servikal Faktörler</i>	Anormal servikal mukus, servikal kanal darlığı, polipler
<i>Sistemik ve Diğer Faktörler</i>	Kronik hastalıklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aşırı kilo veya zayıflık, sigara/alkol/madde tüketimi, stres, ileri yaş
ERKEK	NEDENLER
<i>Genital Anomaliler</i>	Kriptorşidizm, hipoplazik testis, hipospadias, testiküler atrofi, varikosel, vaz deferens yokluğu, tıkanıklık
<i>Sperm Bozuklukları</i>	Azospermi, oligospermi, teratospermi, motilite bozukluğu, retrograd ejakülasyon, seminal sıvı anomalileri
<i>Hormonal ve Sistemik Faktörler</i>	Hipotalamo-hipofizer eksen bozuklukları, hormonal yetersizlik, diyabet, tiroid hastalıkları, kronik hastalıklar
<i>Çevresel ve Yaşam Tarzı Etkenleri</i>	Sigara, alkol, madde kullanımı, toksinler (kurşun, civa vb.), sıcaklık artışı (sık sıcak banyo, sauna), radyasyon, obezite
<i>Psikolojik ve Nörolojik Faktörler</i>	Stres, anksiyete, depresyon, spinal yaralanmalar, psikiyatrik ilaçlar (antipsikotikler, antihipertansifler), cinsel işlev bozuklukları
<i>Genetik ve İdiopatik Nedenler</i>	Genetik anomaliler, açıklanamayan infertilite

(ACOG, 2019)

2.6. İnfertil Bireylerin Değerlendirilmesi

İnfertiliteye yönelik değerlendirmenin ilk basamağını detaylı anamnez alınması ve kapsamlı fizik muayene oluşturmaktadır (Kızılkaya Beji, 2009). Bu süreçte çiftlere yaşı, evlilik süreleri, kaç yıldır infertilite tedavisi gördükleri, ne zamandır çocuk sahibi olmak istedikleri, cinsel ilişki sıklıkları, menstrual siklus ve gebelik öyküsü sorularak tıbbi özgeçmiş bilgileri detaylı olarak alınmaktadır ardından jinekolojik ve fizik muayene yapılmaktadır (Eren, 2008). İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde temel amaç; infertiliteye yol açan faktörlerin belirlenmesi, tanı ve tedavi süreci hakkında doğru ve kapsamlı bilgi paylaşımının sağlanması, ayrıca çiftlere eğitim, danışmanlık ve psikososyal destek sunulmasıdır. Bu süreçte, çiftlerin doğru ve ayrıntılı biçimde bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle infertilite nedeninin araştırılması ve tedavi sürecinin ilk aşamalarında her iki eşin birlikte değerlendirmeye katılması, sorunun ortak bir mesele olduğunu vurgulamak açısından oldukça değerlidir (Yaşar Erol, 2022).

2.6.1. Kadın faktörünün değerlendirilmesi

Kadına ait faktörlerin değerlendirilmesi, infertilite etiyolojisinin aydınlatılmasında temel adımlardan birini oluşturmaktadır. Bu kapsamda over rezervinin, ovulasyon fonksiyonlarının, tubal ve uterin faktörlerin değerlendirilmesi bu faktörlerin belirlenmesinde hem üreme potansiyelinin ortaya konulması hem uygun tedavi stratejilerinin seçilmesi açısından önem taşımaktadır.

Over Rezervinin Değerlendirilmesi: Over rezervi, bir kadının belirli bir zamanda döllenme potansiyeli taşıyan oosit sayısını ifade eder (ACOG, 2019). İnfertilite tanısı ve tedavisinde over rezervinin değerlendirilmesi, doğru tedavi yaklaşımının belirlenmesi, tedavi planlaması ve olası komplikasyonların önceden tahmin edilmesi açısından kritik bir role sahiptir (Küçükgöz Güleç, 2025). Bu rezerv biyokimyasal testler ve ultrasonografi (USG) ile değerlendirilmektedir. Sonuçların değerlendirilmesi hastanın yaşı da göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Antimüllerian hormon (AMH) seviyesinin 1ng/ml'nin altında olması, 5-7'den düşük antral folikül sayısı, Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) değerinin 10 IU/L'nin üzerinde olması, Oosit Pick-Up (OPU) sürecine hazırlıkta zayıf yanıt öyküsünün bulunması (dörtten az oosit elde edilmesi) over rezervinin azaldığını gösteren bulgulardır (ACOG, 2019).

Ovulasyon Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi: İnfertilite etiolojisinde tanı koyulabilmesi ve tedavi edilebilmesi en kolay nedenler arasında yer alan ovulasyon bozuklukları kadın infertilitesine yol açan faktörlerin %30 ile %40'ını oluşturmaktadır (Berek ve Berek, 2021). Ovulasyon disfonksiyonu, oligomenore veya amenore öyküsü ile birlikte luteal fazda progesteron seviyelerinin sıkça 3 ng/ml'nin altında olmasıyla tanımlanmaktadır. Ovulasyon, orta luteal dönemde progesteronun 3 ng/ml'nin üzerine çıkması, pozitif lüteinleştirici hormon (LH) testi, bazal vücut ısısı değişiklikleri ve servikal mukus özellikleri ile doğrulanabilmektedir. Progesteron seviyeleri luteal fazda dalgalanabildiği için tek bir ölçümde 3 ng/ml'nin üstünde olması ovulasyonun gerçekleştiğini göstermektedir. Progesteron, luteal faz kalitesinden çok ovulasyonun varlığını tespit etmek için kullanılmaktadır (ACOG, 2019). Anovulasyon veya oligoovulasyonu olan kadınlarda FSH, prolaktin ve tiroid stimulan hormon (TSH) testleri mutlaka yapılmalıdır (Berek ve Berek, 2021).

Tubal Faktörlerin Değerlendirilmesi: İnfertilite vakalarının %25 ile %35'ini oluşturmaktadır. Enfeksiyona bağlı olmayan tubal faktör nedenleri arasında tubal endometriozis, salpinjitis isthmika nodoza, tubal polipler, tubal spazm ve tüp içinde biriken mukus birikintileri yer almaktadır. Tanı sürecinde altın standart olarak kabul edilen laparoskopi, hem doğrudan gözlem hem eş zamanlı müdahale imkanı sunduğu için önemli yere sahiptir. Histerosalpingografi (HSG), sonohisterografi de tanılama yöntemleri arasında yer almaktadır (Berek ve Berek, 2021).

Uterin Faktörlerin Değerlendirilmesi: Uterin faktörler infertilite vakalarının yaklaşık olarak %15'ini oluşturmaktadır (Berek ve Berek, 2021). İntrauterin yapışıklıklar, miyomlar, endometrial polipler ve müllerian anomaliler uterin faktörler olarak kabul edilmektedir. Tanı koyabilmek için ise transvajinal USG, HSG, sonohisterografi ve histereskopi yöntemleri kullanılmaktadır (ACOG, 2019).

2.6.2. Erkek faktörünün değerlendirilmesi

Erkek faktörünün değerlendirilmesi infertilite olgularının yaklaşık yarısında ortaya çıkması nedeniyle tanısal sürecin vazgeçilmez bir aşamasıdır. Bu aşama ayrıntılı anamnez alınması, fizik muayene, semen analizi, hormonal değişiklikler, gerektiğinde ileri görüntüleme yöntemlerini kapsamaktadır.

Anamnez: Erkek infertilite değerlendirmesinde ilk basamak ayrıntılı anamnezdır. Çiftin çocuk sahibi olma süresi, daha önceki gebelik öyküleri, eşlik eden

kadın faktörleri, ilişki sıklığı, ereksiyon/ejekülasyon sorunları, kullanılan ilaçlar, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, geçirilmiş kabakulak orşiti, testis travması, inmemiş testis, varikosel veya retroperitoneal cerrahi varlığı, sigara, alkol kullanımı, obezite, mesleki toksinlere maruz kalma ve stres gibi faktörler değerlendirilmektedir (Kolettis, 2003; Çelik ve ark., 2022).

Fizik Muayene: İnfertilite nedeninin ortaya konmasında kritik bir aşamadır. Muayenede öncelikle boy, kilo ve beden kitle indeksi değerlendirilir; ikincil seks karakterleri (kılınma, kas yapısı, jinekomasti) gözlenir. Genital muayenede testislerin hacmi ve kıvamı incelenir, epididim ile vaz deferensin varlığı kontrol edilir. Varikosel değerlendirmesi ayakta valsalva manevrası ile yapılır. Ayrıca, düşük ejakülat hacmi veya azospermi saptanan olgularda prostat ve seminal veziküllerin değerlendirilmesi amacıyla rektal tuşe uygulanabilmektedir (Pelit ve Çiftçi, 2019; Pozzi ve ark., 2023).

Semen Analizi: Erkek üreme potansiyelinin belirlenmesinde semen analizi en temel başvuru yöntemidir. DSÖ'nün yayınladığı değerlere bakılarak semen analizi sonuçları değerlendirilmektedir. Bu değerlere göre;

Tablo 2.4. Semen Parametreleri Kriterleri

Parametre	Değer
Semen hacmi	$\geq 1,4$ ml
pH değeri	$\geq 7,2$
Sperm yoğunluğu	≥ 15 milyon/ml
Toplam sperm sayısı	≥ 39 milyon/ejakülat
Toplam motilite	$\geq \%42$
Progresif motilite	$\geq \%30$
Sperm canlılığı	$\geq \%54$
Normal morfoloji	$\geq \%4$

(DSÖ, 2021).

İlk yapılan semen analizi anormal sonuç verirse hemen ikinci bir doğrulayıcı

test yapılması önerilmemektedir. Sperm üretim döngüsünün tamamlanması için ideal olarak tekrar test, ilk analizden yaklaşık üç ay sonra yapılmalıdır. Ancak azospermi veya şiddetli oligozoospermi saptanmışsa ikinci test mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013).

Hormonal Değerlendirme: Hormonal analiz, spermatogenez hakkında bilgi sağlar ve hipotalamo-hipofizer-gonadal aksın değerlendirilmesine de olanak tanımaktadır. Temel incelemede serum testosteron, FSH, LH ve prolaktin düzeyleri ölçülmektedir. Gerekli görülen durumlarda bu testlere estradiol ve TSH testleri de eklenebilmektedir (Orhan ve ark., 2004; Sokol, 2009).

2.7. İnfertilite Tedavi Yöntemleri

Ovulasyonu indükleyen ilaçlar, intrauterin inseminasyon (IUI) ve yardımcı üreme teknolojisinin (ART); İn Vitro Fertilizasyon (IVF) ve İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) gibi tedavi yöntemleri mevcuttur (Chu ve ark., 2019). Ayrıca Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT) Subzonal Sperm İnsersiyonu (SUZI) gibi tedaviler de uygulanmaktadır (Atasayar, 2021).

Intrauterin İnseminasyon (IUI): İnfertilite tedavisinde tercih edilen ilk aşamadır. Kadının ovulasyon zamanında ya da kontrollü ovarian hipersitümilasyonu uygulamasından sonra erkekten swim-up tekniği ile toplanan en kaliteli spermelerin uterin kavitede döllemenin oluşabileceği en yakın yere enjekte edilmesi işlemidir (Çetin ve Özcan, 2022; Lai ve ark., 2023).

In Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET): İnfertilite tedavisinde en yaygın kullanılan işlemdir. IVF, kadından alınan oosit ve erkekten toplanan spermin, laboratuvar ortamında petre kabı içerisine bırakılarak fertilizasyonun oluşmasının beklenmesi olarak tanımlanmaktadır. Fertilizasyon sonrası oluşan embriyonun üçüncü ya da beşinci gününde transfer edilmesi işlemine ise embriyo transferi denilmektedir (Çetin ve Özcan, 2022; Lai ve ark., 2023).

Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): Genellikle erkek kaynaklı infertilite tedavisinde ya da açıklanamayan infertilite olgularında tercih edilmektedir. Erkekten toplanan spermin kadından alınan oositin içerisine, laboratuvar ortamında enjekte edilmesi işlemi olarak bilinmektedir (Çetin ve Özcan, 2022; Lai ve ark.,

2023).

2.8. Stres

Latince ‘‘estricia’’dan gelen stres sözcüğü, 17. Yüzyılda felaket, müsibet, bela, dert, elem, keder gibi anlamlarda kullanılmaktadır. 18-19. Yüzyıllarda ise stres kavramının anlamında değişiklik olmuş ve güç, zor, baskı gibi anlamlar ile objelere, organlara, kişiye ve ruhsal yapıya yönelik olacak şekilde kullanılmıştır. Selye’ye göre stresör, bireyde belirli bir tepkiyi tetikleyen çevresel uyaranlar olarak tanımlanırken, bireyin bu uyaranlara verdiği yanıt stres kavramı ile ifade edilmektedir (Güçlü, 2001). Stres, bireyin dışsal tehditlere karşı geliştirdiği koruyucu ve uyum sağlayıcı bir savunma mekanizmasıdır ve yaşam boyu varlığını sürdüren normal bir süreç olarak kabul edilmektedir (Türkçapar ve Varderele, 2018).

2.8.1. İnfertilite Stresi ve Etkileyen Faktörler

Stres, üreme potansiyelini hormon sistemi, santral sinir sistemi ve bağışıklık sistemi aracılığıyla olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik stres üreme işlevlerini genel olarak baskılarken, akut stres özellikle ovulasyon döneminde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Stres, hipotalamik gonodotropin relasing hormon (GnRH) salgısını azaltarak LH, FSH ve cinsiyet hormonlarının üretimini düşürmektedir. Ayrıca glikokortikoidler, gonadotropinlerin ve cinsiyet hormonlarının sentezini inhibe ederek hedef organların bu hormonlara olan duyarlılığını azaltmakta bu da fertilitiyi olumsuz yönde etkilemektedir. 1950’li yıllarda araştırılmaya başlanmış olup, 1970’li yıllardan itibaren ise çeşitli modellerle açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan bir araştırmada infertil kadınların yaklaşık %40–50’sinde psikolojik sorunlara rastlanılmış ve bu sorunlarla infertilite arasında belirgin bir bağlantı olduğu ortaya konulmuştur (Kaplan, 2018).

İnfertilite, yaşamı tehdit etmeyen bir durum olmasına rağmen toplumun çocuk sahibi olmayı bir norm ya da başarı ölçütü olarak görmesi nedeniyle stres yaratan bir yaşam olayı olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi, psikolojik ve sosyal problemleri olan, kültürel ve dini yönden ele alınan, bireyleri beklemedikleri stresörler ile karşı karşıya bırakan, toplum tarafından etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlıklar ve yetersizlik hissedilmesine neden olan yaşamı derinden etkileyen ve değiştiren bir durum olarak kabul edilmektedir (Yılmaz ve

Şahin, 2020; Eroğlu ve Temiz, 2020). Çocuksuz bir yaşam tarzı olan pronatalist toplumlarda da stres kaynağı oluşturmaktadır (Nouman ve Benyamini, 2018). Depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon ve damgalanma hastalar üzerinde etkiler oluşturarak fertilité kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir (Li ve ark., 2019).

Franco vd., (2002)'ye göre yüksek maliyetler ve nispeten düşük başarı şansı düşünüldüğünde tedavi stresli bir atmosfer yaratır (Altıntop ve Kesgin, 2018). 352 infertil kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %56.5'inin depresyon, %75.9'unun ise anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Uzun süreli gebelik elde edememe, tedavi maliyetleri ve başarısızlıklar, stres düzeylerini artıran başlıca faktörler arasında sayılmaktadır (Popescu ve ark., 2024). Farklı bir çalışmada ise sonuç yine değişmemiş, mali yükün tedaviye devam etme kararlarını ve stres düzeylerini doğrudan etkilediği bulunmuştur. Katılımcıların tamamı, tedavi maliyetlerinin artmasının streslerini artırdığını ve önlerinde büyük bir engel olarak gördüklerini belirtmiştir (Öztürk ve ark., 2021).

İnfertilite tedavisi gören çiftler için bu durum genellikle stresli olsa da buna verilen duygusal tepkide bireysel farklılıklar vardır (Rockliff ve ark., 2014). İnfertilite sorunu yaşayan kadın ve erkek birçok yönden etkilenmektedir (Yılmaz ve Şahin, 2020). Erkekler genellikle duygularını bastırma eğilimindeyken, kadınlar süreci daha yoğun duygusal tepkilerle deneyimlemektedirler. Bu strese verilen yanıtta farklılıklar, psikiyatrik sorunların gelişmesinin yanı sıra doğurganlık tedavisinin sonuçlarıyla da ilişkili olabilmektedir. Literatürde, infertil kadınlarda artmış stres ve anksiyetenin; annelik rolüne ilişkin beklentilerin karşılanamaması, üreme yetisinin kaybı, belirsizlik, özsaygı azalması ve neslin devamının sağlanamamasına bağlı olduğu bildirilmektedir (Podolska ve Bidzan, 2011; Altay ve ark., 2018; Turan ve Beydağ, 2023).

Uygulanması planlanan tedavi çiftler üzerinde stres oluşturabileceği gibi yaşanan strese tedaviyi olumsuz etkileyebilmektedir. İn vitro fertilizasyon (IVF) ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), katılımcılar açısından stres oluşturan süreçlerdir ve genellikle birkaç ay sürmektedir. Bu tedaviler özellikle kadınlarda artan kaygıya yol açmaktadır. Artan kaygı düzeyi ise tedavi sürecini daha da zorlaştırmakta ve tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. (Tuncay ve ark., 2020; Rooney ve Domar, 2016). Stres yaratan durumların oluşturduğu olumsuz etkileri minimuma indirebilmek veya tamamen ortadan kaldırmak için baş etme

yöntemlerine başvurulması kabul görmektedir (Yılmaz ve Şahin, 2020).

2.8.2. İnfertilite Stresi ile Baş Etme

Baş etme kavramı, 2012 yılında Weiten tarafından, stresin yol açtığı gereksinimlerin üstesinden gelmek, bu gereksinimleri azaltmak veya kabul etmek amacıyla bireylerin gösterdiği çaba olarak tanımlanmaktadır. Folkman ve Lazarus (1984) ise baş etmeyi, birey için stres oluşturabilecek iç veya dış kaynaklı sorunların çözümünde gösterdiği davranışsal, bilişsel ve duygusal çaba olarak tanımlamaktadır. Baş etme, genel anlamda stresin kontrol altına alınması ve yönetilmesi için uygulanan yöntemler bütünüdür. (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Birey için stres oluşturabilecek olay veya etkenlere karşı direnç göstermesi ve bu durumlar karşısında dayanması amacıyla göstermiş olduğu davranışsal, duygusal ve bilişsel tepkiler olarak açıklanmaktadır. Bu olaylar karşısında bireylerin baş etme yöntemleri kullanmaları bireye özeldir ve yaş, cinsiyet, hastalık ve kültür gibi etkenler ile farklılık gösterebilmektedir (Benyamini ve ark., 2017; Peterson ve ark, 2006; Folkman, 1984).

İnfertilite krizi bireylerin yaşamlarındaki alanların tamamı üzerinde etkiler oluşturmaktadır ve kendileri için geliştirmiş oldukları başa etme mekanizmalarını bozabilmektedir. Victor Frankl yaşanan bu durum için “anormal duruma anormal tepkiler vermek normaldir” şeklinde açıklama yapmıştır. (Lohrmann, 1995). Başa çıkma stratejileri, stresli yaşam olaylarını kontrol etmeye ve yönetmeye yönelik bilişsel ve davranışsal çabalardır. Bazı baş etme stratejileri koruyucu etkilere sahip olabilirken, diğerleri infertil kadınların duygusal uyumsuzluğunu arttırabilir; bu da daha yüksek anksiyete ve depresyon riskiyle pozitif ilişkilidir ve bu da IVF/ICSI tedavisi gören kadınlarda doğurganlık oranını azaltabilmektedir (Yazdani ve ark., 2016). İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerin hangi başa etme yöntemlerini kullandıklarının bilinmesi önemlidir. Çünkü etkili olan baş etme yöntemlerinin sürdürülmesine ve bilinmesine, etkisiz olan başa çıkma yöntemlerinin ise bırakılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasına olanak sağlamaktadır. İnfertilite stresi yaşayan kadınlar ve erkekler baş etme yöntemi olarak birbirlerinden farklı yöntemler kullanmaktadırlar. Kadınlar çoğunlukla umut, dilek ve kaçış, çevresinde yakın gördüğü kişiler ile iletişim kurma, problemlerini paylaşılabilecekleri gruplara katılım sağlama, konuşma, okuma, destek arama ve

eğitilmeye katılım sağlama, sorumlulukları üzerine alma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmayı tercih etmektedirler (Heredia vd., 2020; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015). Erkekler ise, duruma odaklanmaktan kaçma, konuya dikkatli yaklaşmama, kaçınma, duygularını yansıtmama ve kontrol etme, başarılı olacağını hissettiği işlere yönelme, problem çözme, yaşamdan keyif alacak farklı yaşam hedefleri bulma gibi baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar (Heredia vd., 2020; Karaca ve Ünsal 2012).

Literatürde yapılmış bir araştırmada infertil kadınların dua etme, ağlama ve tanrıya güven gibi duyguların odak alındığı baş etme yöntemlerini kullanmayı tercih ettikleri yer almaktadır (Farzadi ve ark., 2007). Farklı bir çalışmada ise yaşadıkları stres dolu deneyimlerini konuşmak için başka infertil çiftler ve arkadaşlar aramaktadırlar. Aynı durumu yaşayan kişiler ile konuşmak kadınlar için stresi azaltmada etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Watkins ve Baldo, 2004). Atwood ve Dobkin, infertiliteyle baş etme sürecini dört döneme ayırmaktadır. Bunlar; inkar ve inanmama, anksiyete ve kontrol kaybı, izolasyon ve suçluluk, yeniden yapılanma dönemleridir (Watkins ve Baldo 2004). İnfertilite sorunu yaşayan bazı çiftler bu süreçte yeniden başlama dönemini yaşayamadıklarını ve psikolojik danışmanlık ihtiyacı duyduklarını ifade etmektedir. Daha sonra ise bu yöntemlere spiritüel baş etme (manevi inanç ve uygulamalar). olumlu yeniden değerlendirme eklenmiştir (Schmidt ve ark., 2005). İnfertilite tedavisinde evrensel olarak genellikle geleneksel yöntemlere başvurulmaktadır. Çoğunlukla tercih edilen yöntemler geleneksel ilaçlar, adak adama ve kurban kesme, akupunktur gibi uygulamalar olmaktadır. Türkiye'deki geleneksel davranışlar ise dini liderlerden görüş alma, türbe ziyaretlerinde bulunma, dua etmek, muska kullanma, geleneksel ilaçlara başvurmak ve geleneksel ebelerden destek almak gibi davranışlardır (Doğaner Karakuş ve Yeşiltepe Oskay, 2019).

2.8.3. İnfertilite Stresi ile Baş Etmede Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler infertil çiftler ile en çok vakit geçiren ve onlarla bir arada bulunan sağlık personelleridir. Hemşirenin klinik, araştırmacı, eğitici ve danışmanlık, koordinatör ve yönetici rolleri bulunmaktadır. Bu rollerin etkin kullanılması infertilite tedavisinde başarı sağlanabilmesi için önemlidir. Bu süreçte anamnez alma, infertil çiftlerin değerlendirilmesi, uygun hemşirelik tanılarının konulması ve bu

tanılara yönelik uygun hemşirelik bakımının sağlanabilmesi önem arz etmektedir. İnfertil bireylere hem fiziksel hem de psikolojik açıdan destek verilmelidir. Bu desteğin sağlanabilmesi için hemşirelerin empati, ileriye dönük rehberlik ve güçlendirme sağlaması gerekmektedir (Doğaner Karakuş ve Yeşiltepe Oskay, 2019). İnfertilite hemşiresi, çiftlerin tedaviye başladığı süreden itibaren uygulanacak tedavinin bütün aşamalarında çiftlere ve ailelerine yönelik bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile yaklaşmalı ve girişimlerini uygulamalıdır. İnfertilite alanında yapılan çalışmalarda “infertil çiftlere gördükleri tedaviler boyunca destek ve danışmanlık vermek adına psikososyal yaklaşımların sürekli uygulanması gereken bir uygulama olduğu” belirtilmektedir (Civan ve Beydağ, 2023).

Hemşirelik tanıları arasında yerini alan “baş etmede güçlenmeye hazır oluş” tanısı, infertil çiftlerin infertilite stresörleriyle baş etmesini güçlendirecek veya yeni baş etme stratejileri geliştirecek girişimler uygulamasını sağlamaktadır. Hemşireler bireyleri değerlendirmeleri sonucunda infertilite stresini yüksek gördükleri bireylerin streslerini en aza indirmeyi hedeflemektedirler. Bu açıdan infertil çiftin duygularını nasıl ifade ettiklerine, kayıplarına ve kayıpları sonucunda vermiş oldukları tepkilere bakılmalıdır. Bunun sonucunda, bireylerin duygularını doğru ifade etmeleri desteklenmeli ve kendilerine uygun başa çıkma stratejileri ile etkili problem çözme yöntemlerini seçmeleri sağlanmalıdır (Şahin ve Yılmaz, 2015).

Hemşireler, infertil birey veya çiftlere, infertilite tedavisindeki bütün seçenekleri anlayabilecekleri bir şekilde açıklamalı ve kendilerine uygun bir karar vermelerine yardımcı olmalıdır. Her seçeneğin olumlu ve olumsuz yönlerini bilmelerini sağlamalı, bu konuda bilinçli kararlar almalarına destek olmalıdır. Yaşadıkları kaygıyı en aza indirmek amacıyla onlara rehberlik etmeli, pozitif bir perspektif sunmalı ve sağlıklı alışkanlıklar kazanmalarına destek olmalıdır. Bu kapsamda düzenli olacak şekilde beslenme alışkanlıkları edinmelerine yardımcı olmalı, stres ile baş etmeye yönelik diyet ve spor konusunda rehberlik yapmalıdır (Doğaner Karakuş ve Yeşiltepe Oskay, 2019). Hemşireler, bireylerin hissettikleri olumsuz süreci tersine çevirebilmeleri için motivasyon sağlamalı ve onlara destek olmalıdır. Bu süreçte duygusal olarak güçlenmelerine yardımcı olacak kaynakları paylaşmalı ve yaşadıkları zorluklarla başa çıkma yöntemlerini kolaylaştırmalıdır.

İnfertilite sorunu yaşayan kadınlarda, olumsuz duyguları hafifletmek ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için kapsamlı eğitim programları, danışmanlık ve

eğitim müdahaleleri gibi çeşitli psikolojik müdahaleler kullanılmaktadır. Bu müdahaleler, zihin, beyin, beden ve davranış arasındaki etkileşimler yoluyla gevşemeyi teşvik ederek, infertilite sorunu yaşayan kadınların psikolojik, bilissel ve fizyolojik yönlerini olumlu yönde etkilemektedir (Hajy ve Ban, 2021). İmgeleme, bir bireyin dış uyananlar olmadığında işsel bir gerçekliği hayal ettiği ve deneyimlediği psikolojik bir süreç olarak tanımlanır. Bu süreç hasta tarafından başlatılabilmektedir (Doan ve ark., 2025). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda imgeleme gevşemesinin stres üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, tedavi gören 60 kadın haftada iki kez sesli podcast aracılığıyla sunulan, 45 dakika süren altı rehberli gevşeme seansına katılmıştır. Bu seanslar sonrasında infertilite sorunu yaşayan kadınlarda stresin azaldığı gözlemlenmiştir. Bu teknik infertilite tedavisine faydalı bir tamamlayıcı yaklaşım olarak kullanılmaktadır (Damghanian ve ark., 2025).

Farkındalık uzun yıllardır var olmasına rağmen sağlık üzerindeki etkileri son yıllarda araştırılmaya başlanmıştır (Fanning ve ark., 2018; Zeidan ve ark., 2019). Literatürde farkındalık temelli bakımın infertilite sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi, stres ve evlilik uyumu gibi psikolojik sağlığı iyileştirmede etkili bir yöntem olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Abedi Sharg ve ark., 2015; Hosseini ve ark., 2020). Farkındalık çalışmalarının infertilitede yaşanan psikososyal sorunlar üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir (Fard ve ark., 2018; Patel ve ark., 2020). İşstanbul’da yapılan bir çalışmada, IVF tedavisi gören 34 kadın üzerinde mindfulness etkisi incelenmiştir. Katılımcılar rastgele iki gruba ayrılmıştır: biri mobil bir mindfulness uygulaması ile desteklenen deney grubu, diğeri ise standart bakım alan kontrol grubudur. Sekiz hafta süren mindfulness egzersizlerinin, kadınlarda depresyon, kaygı ve stres düzeylerini azalttığı; farkındalık, öz-etkinlik ve infertiliteye uyum becerilerini artırdığı grlmştır (İnam ve Satılmış, 2025). Farkındalık temelli müdahalelerin uygulandığı başka bir çalışmada ise, infertilite sorunu yaşayan kadınlarda IVF tedavisi sırasında farkındalık düzeylerinde, öz şefkatte ve başa çıkma stratejilerinde artışlar gözlemlenmiş ve bu da doğurganlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve gebelik oranlarında iyileşmelere yol açmıştır (Li ve ark., 2016). Yapılan bu çalışmalar hemşirelerin de yer aldığı psikososyal destek programlarının bireylerin öz yeterliliklerini, uyum düzeylerini ve psikososyal iyilik hallerini artırabileceğini göstermektedir (Yanık ve ark., 2024; Zarif Golbar ve ark., 2020).

İnfertiliteyle başa çıkmanın tıbbi yanı önemli olmakla birlikte, etkili bir başa

çıkma süreci için bu perspektif genişletilmelidir. Bireyin sosyo-kültürel bağlamı, hem başa çıkma planının oluşturulmasında ve uygulanmasında hem de değerlendirilmesinde duygusal uyum gerektirmektedir. Pronatalist bir kültürde doğum oranını artırmayı amaçlayan sosyal politikaların etkisiyle, infertilite önemli bir sorun kaynağı olmaktadır. Sağlık profesyonelleri, kadınların sosyal kimlikleri ile ilgili farkındalık geliştirmeli ve kültürel açıdan tehlike faktörlerini yorumlamalıdır. Bu, tanı ve tedavinin kültürel bağlamda daha etkili olmasına yardımcı olacak ve kadınların duygusal uyumunu iyileştirmek için kültüre özgü başa çıkma stratejilerini belirlemelerine olanak tanıyacaktır. Bu yöntemler, sadece tıbbi süreçlere değil, aynı zamanda duygusal refahı artırmaya yönelik bütünsel bir yaklaşım sunarak infertiliteyle başa çıkma sürecini iyileştirecektir (Nouman ve Benyamini, 2018).

2.9. İnfertilite Bağlamında Öz-Yeterlilik

Öz-bakım, bireyin kendi sağlığına yönelik sorumluluk alması ve kendi ihtiyaçlarını karşılaması olarak tanımlanmaktadır. Orem'e göre öz-bakım, bireylerin kendi sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek amacıyla bilinçli olarak yaptıkları eylemler bütünüdür. Bu eylemler, günlük yaşam aktivitelerini, beslenme, hijyen, uyku, stres yönetimi ve hastalık önleyici davranışları kapsamaktadır. Orem'in Hemşirelik Teorisi, öz-bakım, öz-bakım açığı ve hemşirelik sistemi olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır. Öz bakım teorisi, bireylerin kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yaptıkları bilinçli eylemleri açıklamaktadır. Burada temel fikir, bireylerin sağlıklarını sürdürmek için öz-bakım yapma kapasitesine sahip olmaları gerektiğidir. Öz-bakım açığı teorisi, bireylerin kendi sağlıklarını korumak için gerekli öz-bakım eylemlerini yerine getiremediklerinde ortaya çıkmaktadır ve bu durum hemşirelik müdahalesini gerektirmektedir. Hemşirelik sistemi teorisi, hemşirelerin, bireylerin öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl organize olacaklarını ve hangi düzeyde müdahale edeceğini açıklamaktadır (Zaiodouni ve ark., 2019; Hartweg ve Metcalfe, 2022; Tanaka, 2022; Kim ve Dee, 2024). Orem, bir bireyin öz bakım gücüne sahip olması gerektiğine inanmaktadır. Bireyin kişisel bakım faaliyetlerine katılmasının kendini daha rahat hissettireceğine ve sağlığı iyi anlamda etkileyeceğini düşünmektedir (Arslan Özkan ve ark., 2014).

Albert Bandura'nın Öz-Yeterlilik Kuramı, bireylerin belirli bir görevi başarma konusundaki inançlarının, davranışlarını, çabalarını ve dirençlerini doğrudan

etkilediğini savunmaktadır. Kuram, bireyin kendi yeteneklerine güvenini artırmanın, öğrenme süreçleri, motivasyon ve stresle başa çıkma üzerinde olumlu etkiler sağladığını öne sürmektedir Bandura'ya göre yüksek öz-yeterliliğe sahip bireyler, zorluklar karşısında daha kararlı olup, başarısızlıkla daha iyi başa çıkmaktadırlar (Bandura, 1977; Hawkins, 1992). Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı ise, bireylerin davranışlarını, çevreleri ve kişisel faktörleri karşılıklı etkileşim içinde şekillendirdiğini savunmaktadır. Bu kuram çerçevesinde öz-yeterlilik, bireyin belirli bir görevi başarıyla yerine getirebilme inancı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum davranışın yönünü, motivasyonunu ve zorluklar karşısındaki direncini doğrudan etkilemektedir. Yani, bir kişi kendi yeteneklerine ne kadar güvenirse, öğrenme, problem çözme ve stresle başa çıkma konularında o kadar başarılı olmaktadır (Bandura, 1977).

İnfertilite tedavisine uyumda etkili faktörlerden biri de öz-yeterliliktir (Topsakal, 2024). Öz-yeterlilik infertilite ile baş etmede çok önemli bir özellik olarak kabul edilmektedir. Bireylerin infertilite tedavisine başlayabilmeleri için tedavi programlarını yönetebilmeleri ve buna inanmaları gerekmektedir (Arslan Özkan, Okumuş, Aytekin ve Fırat, 2014). İnfertil kişilerde öz-yeterlilik, infertilite ile ilişkili duyguları kontrol etmek için psikolojik becerileri kullanma becerisine ilişkin algıya dönüşmektedir (Jamshidimanesh ve ark., 2015). Bireyin infertiliteyle başa çıkma konusundaki yeterlilik ve özgüven düzeyi, yaşanan olumsuz deneyimlerle azalabilmektedir (Chu, 2021). Öz-yeterliliği yüksek olan infertil kişi daha fazla duygusal istikrara sahip olacak ve tedavi konusunda daha fazla ısrarcı olacaktır (Jamshidimanesh ve ark., 2015). Literatürde, yüksek öz-yeterliliğe sahip bireylerin tedavi sürecine daha dirençli yaklaştıkları ve bu durumun tedaviye uyumu artırarak psikolojik iyilik hali ile gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmektedir (Durgun ve Duman, 2018). Kadınlarda öz-yeterlilik düzeyi ile infertiliteye uyum arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Öz-yeterliliğin artması, tedaviye uyumu ve psikolojik iyi oluşu destekleyerek gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (Vazimia, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, infertilite tedavisi gören çiftlerde stres, stresle baş etme stratejileri ve öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

Araştırma çerçevesinde aşağıdaki sorular incelenmiştir.

- İnfertilite tedavisi gören çiftlerin stres düzeyleri nasıldır?
- İnfertilite tedavisi gören çiftler stresle baş etme stratejileri açısından hangi eğilimleri göstermektedir?
- İnfertilite tedavisi gören çiftlerin öz-yeterlilik düzeyleri nasıldır?
- Tanımlayıcı ve infertiliteye ilişkin özellikler, stres, stresle baş etme ve öz-yeterlilik düzeylerinde farklılık yaratmakta mıdır?
- İnfertilite tedavisi gören çiftlerde stres düzeyi ile stresle baş etme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İnfertilite tedavisi gören çiftlerde öz-yeterlilik düzeyi ile stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İnfertilite tedavisi gören çiftlerde öz-yeterlilik düzeyi ile stresle baş etme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 30 Aralık 2024 – 30 Nisan 2025 tarihleri arasında İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Yardımcı Üreme Teknikleri Ünitesi'nde tedavi gören infertil çiftler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise IUI ve ICSI tedavisi gören, araştırmaya gönüllü olan çiftler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup belirtilen tarihlerde infertilite tedavisine alınan ve araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterlerini taşıyan 224 kadın, 125 erkek hasta örneklem grubuna dahil edilmiştir. Bu

tez çalışmasında örneklem büyüklüğü G*Power yazılımı (sürüm 3.1.9.7) kullanılarak değerlendirilmiştir (Faul ve ark., 2007). Çalışmanın başlangıcında minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla “a priori” güç analizi, çalışmanın tamamlanmasının ardından elde edilen sonuçların gücünü test etmek amacıyla “post hoc” güç analizi gerçekleştirilmiştir. G*Power analizinde, araştırmada kullanılacak istatistiksel yöntemeye uygun olarak “Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero” komutu seçilmiştir. A priori güç analizi, Hair ve arkadaşları’nın (2019) önerilerine uygun olarak etki büyüklüğü $f^2 = 0,15$ (orta düzey etki), anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$ ve istatistiksel güç $1-\beta = 0,95$ olarak belirlenerek gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, %95 güven aralığında ($\alpha = 0,05$) ve %95 istatistiksel güçle çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli en küçük örneklem büyüklüğü $N = 107$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın tamamlanmasından sonraki güç analizi (post hoc) mevcut çalışmada gözlenen $1-\beta$ ve etki etki büyüklüğünü belirlemek için kullanılmaktadır. Post-hoc güç analizi sonuçlarına göre, infertiliteye bağlı kişisel alan stresini yordayan iki bağımsız değişkenin yer aldığı regresyon modelinde belirlenen açıklanan varyans oranı %31,8 ($R^2 = 0,318$) temel alınarak hesaplanan etki büyüklüğü $f^2 = 0,466$ olarak bulunmuştur. Bu değer, Cohen’in (1988) sınıflamasına göre büyük etki büyüklüğüne karşılık gelmektedir. Yapılan analiz sonucunda modelin istatistiksel gücü %99,9 ($1-\beta = 0,999$) olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

İnfertilite tedavi aşamalarından; Kontrollü Over Hiperstimülasyonu (KOH), İnseminasyon, OPU veya Embriyo Transferi (ET) sürecinde olan 18 yaş ve üzerinde konuşmaya engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan çiftler çalışmaya dahil edilmiştir.

İnfertilite tedavisine henüz başlamamış olan, 18 yaşın altında olan, Psikiyatrik tanısı nedeniyle tedavi gören ve stres düzeyini etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluğu bulunan, çalışmaya katılmayı reddeden bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

İnfertilite tedavisi gören çiftlerin stres, stresle baş etme stratejileri ve öz yeterlilikleri çalışmanın bağımlı değişkenidir.

İnfertilite tedavisi gören çiftlerin tanımlayıcı özellikleri çalışmanın bağımsız

değişkenidir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, “İnfertil Çiftlere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)”, “İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) (Ek 2)”, “İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (Ek 3)” ve “İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği” (Ek 4) kullanılmıştır.

3.7.1. İnfertil Çiftlere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve infertiliteye ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen “İnfertil Çiftlere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu”, ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Şahin Yılmaz & Yeşiltepe Oskay, 2012; Aslan, 2022; Reisi, Kazemi, Abedi, & Nazerian, 2023). Bu form kadın ve erkek için ayrı olarak hazırlanmış ve infertil çiftlerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, evlilik süresi, çocuk sayısı, sigara kullanımı, kaç yıldır infertilite tedavisi gördüğü, infertilite nedeni, tedavinin hangi aşamasında oldukları, tedaviyi destekleyici bir yöntem kullanılıp kullanılmadığını sorgulayan sorulardan (Erkek için 6, kadın için 15) oluşmaktadır.

3.7.2. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)

İnfertil bireylerin yaşadıkları stres düzeylerini belirlemek amacıyla Schmidt (2006) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Yılmaz (2012) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan “İnfertilite Stresi Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, dörtlü Likert formatında yapılandırılmış olup (1: çok fazla, 4: hiç), toplam 14 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar; kişisel, evlilik ve sosyal yaşama ilişkin stresin yüksekliğine işaret etmektedir.

Bu ölçeğin alt boyutları:

Kişisel Alanda Stres: Bu alt boyuttaki stres düzeyi, 1., 2., 11., 12., 13. ve 14. maddelere verilen yanıtların toplamının 26 sayısından çıkarılmasıyla hesaplanmaktadır. Kullanılan formül: $[26 - (\text{Madde 1} + \text{Madde 2} + \text{Madde 11} + \text{Madde 12} + \text{Madde 13} + \text{Madde 14})]$ şeklindedir. Bu alt boyuttan elde edilebilecek puan aralığı 0 ile 20 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kişisel alanda yaşanan stresin fazla olduğunu, düşük olması ise stresin daha az düzeyde hissedildiğini göstermektedir. Yılmaz’ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach’s Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,83$ olarak

bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.820$ olarak belirlenmiştir. Mcdonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,785$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu desteklemektedir.

Evlilik Alanında Stres: Bu alt boyuttan elde edilen puan, 3., 4., 5. ve 6. maddelere verilen yanıtların toplamının 18 sayısından çıkarılmasıyla belirlenmektedir. Hesaplama şu formül üzerinden yapılmaktadır: $[18 - (\text{Madde 3} + \text{Madde 4} + \text{Madde 5} + \text{Madde 6})]$. Bu alt boyutta alınabilecek puanlar 0 ile 14 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar evlilik alanında stresin arttığını, düşük puanlar ise bu alandaki stres düzeyinin daha az olduğunu ifade etmektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,72$ olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.811$ olarak belirlenmiştir. Mcdonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,817$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu desteklemektedir.

Sosyal Alanda Stres: Bu alt boyuttaki stres düzeyi, 7., 8., 9. ve 10. maddelere verilen yanıtların toplamının 16 sayısından çıkarılmasıyla hesaplanmaktadır. Kullanılan formül şu şekildedir: $[16 - (\text{Madde 7} + \text{Madde 8} + \text{Madde 9} + \text{Madde 10})]$. Bu alt boyuttan elde edilebilecek puanlar 0 ile 12 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar sosyal alanda stres düzeyinin arttığını, düşük puanlar ise bu alandaki stresin daha az olduğunu göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,81$ olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.884$ olarak belirlenmiştir. Mcdonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,875$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu desteklemektedir.

3.7.3. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)

İnfertil bireylerin yaşadıkları stresle başetme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla, Schmidt (2006) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Yılmaz (2012) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, dörtlü Likert tipinde yapılandırılmıştır (1:

kullanmadım, 4: çok sık kullandım) ve toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçek aktif yok sayma, aktif başa çıkma, pasif yok sayma ve anlam bulma temelli olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puan, bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini sıklıkla kullandıklarını göstermektedir.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği alt boyutları şunlardır:

Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi: Bu alt boyuttan elde edilen puan, 1., 2., 3. ve 4. maddelere verilen yanıtların toplamı üzerinden hesaplanmaktadır. Formül: [Madde 1 + Madde 2 + Madde 3 + Madde 4] şeklindedir. Alt boyutta alınabilecek puanlar 4 ile 16 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, bireyin stresle başa çıkarken aktif yok sayma stratejisini daha sık kullandığını; düşük puanlar ise bu yöntemin daha az tercih edildiğini göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,66$ olarak bulunmuş ve yeterli güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.702$ olarak belirlenmiştir. McDonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,667$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Aktif-Mücadele Başa Çıkma Yöntemi: Bu alt boyuttaki puan, 5., 6., 7., 8., 9., 18. ve 19. maddelere verilen yanıtların toplamı alınarak hesaplanmaktadır. Hesaplama formülü: [Madde 5 + Madde 6 + Madde 18 + Madde 19 + Madde 7 + Madde 8 + Madde 9] şeklindedir. Bu alt boyuttan elde edilebilecek puan aralığı 7 ile 26 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, bireyin stresle başa çıkarken aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemini daha sık kullandığını; düşük puanlar ise bu yöntemin daha az tercih edildiğini ifade etmektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,50$ olarak bulunmuş ve düşük güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.744$ olarak belirlenmiştir. McDonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,764$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Pasif- Yoksayma Başa Çıkma Yöntemi: Bu alt boyuttaki puan, 10., 11. ve 12. maddelere verilen yanıtların toplamı üzerinden hesaplanmaktadır. Kullanılan formül: [Madde 10 + Madde 11 + Madde 12] şeklindedir. Bu alt boyutta alınabilecek puanlar 3 ile 12 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, bireyin stresle başa

çıkarken pasif yok sayma stratejisini daha sık kullandığını; düşük puanlar ise bu yöntemin daha az tercih edildiğini göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,61$ olarak bulunmuş ve yeterli güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0.713$ olarak belirlenmiştir. McDonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,724$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi: Bu alt boyuttaki puan, 13., 14., 15., 16. ve 17. maddelere verilen yanıtların toplamı üzerinden hesaplanmaktadır. Formül = [Madde 13 + Madde 14 + Madde 15 + Madde 16 + Madde 17]. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 5 en yüksek puan ise 20'dir. Puanın yüksek olması, anlam bulma temelli başa çıkma yöntemlerinin daha sık kullanıldığını; düşük olması ise bu yöntemlerin daha az kullanıldığını göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) yaptığı çalışmada Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri bu alt boyutta kadın ve erkekler için $\alpha = 0,69$ olarak bulunmuş ve yeterli güvenilir olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = 0,747$ olarak belirlenmiştir. McDonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0.752$ olarak hesaplanmıştır ve bu sonuçlar ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu desteklemektedir.

3.7.4. İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (İÖYÖ)

İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği, bireylerin infertilite süreciyle ilgili olarak sahip oldukları bilişsel, davranışsal ve duygusal yeterliliklerine dair öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek amacıyla Cousineau ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Cousineau ve 78 arkadaşı aynı yıl ölçeğin 10 maddeden oluşan kısa formunu oluşturmuşlardır ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha = 0,94$ olarak belirlenmiştir. Türkçe uyarlama çalışmasında Arslan Özkan ve arkadaşları tarafından bu kısa form tercih edilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bilgiler araştırmanın birinci bölümünde sunulmuştur. Dört dereceli likert tipi yanıt formatına sahip olan ölçekte (1: Bana hiç uymuyor, 4: Bana tamamen uyuyor) yer alan tüm ifadeler olumlu yönde düzenlenmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 8 ile 32 arasında değişmektedir. Ölçek, tek boyutlu bir yapıya sahip olup herhangi bir alt ölçek içermemektedir. Değerlendirmede belirli bir kesme puanı bulunmamakla birlikte, elde edilen puan yükseldikçe bireyin infertiliteye yönelik öz-yeterlilik algısının da arttığı kabul edilmektedir. İlkey Özkan'ın (2014) çalışmasında Cronbach

Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha = 0,78$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha = 0,852$ olarak belirlenmiştir. McDonald's Omega katsayısı ise $\omega = 0,853$ olarak hesaplanmış ve bu sonuçlar ölçeğin yapısal güvenirliğinin yüksek olduğunu desteklemektedir.

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, infertilite tedavisi gören çiftlerden yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama süreci, ilgili kurumdan gerekli izinlerin alınmasından sonra gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların tedavi için başvurduğu Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nin gözlem odasında, sessiz, rahat ve mahremiyeti sağlanmış bir ortamda yapılmıştır. Bireysel olarak yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından yürütülmüş, katılımcılara araştırmanın amacı, gizlilik ilkeleri ve gönüllü katılım esasları hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş onamları alınan katılımcılara, Tanıtıcı Bilgi Formu ile birlikte ölçek formları yüz yüze uygulanmıştır. Her görüşme ortalama 15–20 dakika sürmüş, katılımcıların uygunluk durumuna göre görüşme sürelerinde küçük farklılıklar olmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizine başlamadan önce çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri incelenmiştir. İlk olarak ölçme araçlarının puanlama yönergelerine uygun olarak toplam puanlar hesaplanarak aykırı değer analizi yapılmıştır. Bu amaçla her bir değişken için standart Z puanları hesaplanmıştır. Z puanı, her bir katılımcının tüm katılımcıların ortalama puanından ne kadar standart sapma uzakta olduğunu gösteren bir standart puandır. Z puanlarının herhangi bir ölçekte $[-3,29, 3,29]$ aralığının dışında olmadığı görülmüştür. Daha sonra, değişkenlerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını belirlemek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin, tüm değişkenlerde ± 1.5 sınırları içerisinde olduğu tespit edilmiştir (Kline, 2015). Normallik varsayımının değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi de uygulanmış ve tüm değişkenler için anlamlılık düzeyinin $p < 0.001$ olduğu tespit edilmiştir. Ancak, büyük örneklem (örneğin $n > 300$) söz konusu olduğunda bu testin aşırı duyarlı olabileceği ve küçük sapmaları da anlamlı olarak gösterebileceği bilinmektedir (Field, 2013). Bu nedenle, normallik varsayımının yalnızca istatistiksel test sonuçlarına değil, grafiksel gözlemlerle

birlikte çarpıklık ve basıklık değerlerinin yorumlanması tercih edilmiştir. Tüm değişkenler için elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri, parametrik analizlerin yürütülmesine olanak sağlayacak düzeyde kabul edilebilir sınırlar içerisinde (±1.5). Bu nedenle istatistiksel analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Çalışmada, tanımlayıcı ve klinik özelliklere ilişkin değişkenler ile İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ), İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) ve İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Formu puanları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla parametrik testlerden bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü ANOVA testinde anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile post-hoc analizlerde Scheffe testi kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson'nın momentler-çarpım korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları, Cronbach's alfa (α) ve McDonald's omega (ω) katsayısı ile değerlendirilmiştir. Cronbach's α katsayısı, geleneksel olarak ölçek maddeleri arasındaki tutarlılığı ölçerken, McDonald's ω katsayısı ise özellikle ölçeklerin faktör yapısı göz önünde bulundurulduğunda daha hassas ve kapsamlı bir iç tutarlılık göstergesi olarak kabul edilmektedir (Dunn ve ark., 2014; Hayes ve Coutts, 2020). Bu bağlamda, her iki katsayının birlikte raporlanması, ölçme aracının güvenilirliğinin daha güçlü biçimde değerlendirilmesini sağlamıştır.

Verilerin analizi, IBM SPSS Statistics 28.0 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) ve Hayes (2013) tarafından geliştirilen PROCESS Macro 4.0 eklentisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve verilerin görselleştirilmesinde R (sürüm 4.4.1) ve RStudio (sürüm 2024.12.0+467) (Posit Yazılım, Boston, MA, ABD) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi R'deki "lavaan" (Rosseel, 2012) ve "corrplot" paketleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Grafik ve görselleştirmeler için R'deki "gplot" paketi kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Ölçüm Araçlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık	Basıklık
İSÖ-Kişisel	Kadın	224	8,83	5,13	0,26	-0,70
Alanda Stres	Erkek	125	6,33	4,57	0,63	-0,39

İSÖ-Evlilik Alanında Stres	Kadın	224	3,83	3,72	0,94	0,13
	Erkek	125	3,76	3,7	0,69	-0,86
İSÖ-Sosyal Alanda Stres	Kadın	224	2,74	3,32	1,13	0,40
	Erkek	125	2,42	3,09	1,19	0,61
İSBÇÖ-Aktif Yok Sayma	Kadın	224	8,14	2,74	0,47	-0,37
	Erkek	125	7,41	2,62	0,70	-0,03
İSBÇÖ-Aktif Mücadele	Kadın	224	14,95	3,79	0,47	-0,18
	Erkek	125	13,07	3,89	0,45	-0,39
İSBÇÖ-Pasif Yok Sayma	Kadın	224	8,16	2,47	-0,12	-0,85
	Erkek	125	6,67	2,52	0,43	-0,70
İSBÇÖ-Anlam Bulma	Kadın	224	13,85	3,76	-0,25	-0,63
	Erkek	125	13,42	3,70	-0,33	-0,39
İÖYÖ Toplam	Kadın	224	21,89	5,75	-0,10	-0,66
	Erkek	124	23,62	5,68	-0,49	-0,11

n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, İSÖ: İnfertilite Stresi Ölçeği, İSBÇÖ: İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği, İÖYÖ: İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma kapsamında veriler yalnızca belirli bir hastanenin Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde infertilite tedavisi gören çiftlerden toplanmıştır. Bu durum, araştırmanın örneklemini coğrafi ve kurumsal açıdan sınırlı hale getirmektedir. Dolayısıyla elde edilen bulgular, sadece bu kurumda tedavi gören bireylerin özelliklerini yansıtmakta olup, farklı hastane, şehir ya da sosyokültürel özelliklere sahip infertil bireyler için genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. İnfertilite tedavisi sürecinin doğası gereği katılımcıların yoğun stres, kaygı ve duygusal yük yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu psikolojik durum, özellikle erkek hastaların araştırmaya katılmak istememelerine neden olmuştur. Erkek katılımcıların çalışmaya katılım oranının düşük olması erkeklerin stres, başa çıkma ve öz-yeterlilik düzeylerine ilişkin bulguların genellenebilirliğini azaltmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada veri toplama araçları olarak kullanılan İnfertilite Stresi Ölçeği (Ek-5), İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (Ek-5), İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (Ek-6) kullanım izinleri, yazarlarından e-mail yolu ile alınmıştır. Çalışma başlamadan önce, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.11.2024 tarihli, E-96317027-514.10-258155852

sayılı etik onayı alınmıştır (Ek-7). Etik kurul onayının ardından, araştırmanın uygulanacağı kurumda veri toplama işlemlerinin yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden 23.12.2024 tarihli, E-15916306-604.01-263168291 sayılı resmi izin yazısı alınmıştır (Ek-8). Bireylere anketin ilk sayfasında, araştırmanın amacı, verilerin nasıl kullanılacağı, gizlilik ve anonimlik ilkelerine uyulacağı açıkça belirtilmiştir. Ayrıca, bireylerin bilgilendirilmiş onamlarını almak amacıyla "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Onam Formu (Ek-9)" eklenmiş ve yalnızca bu onam formunu imzalayan bireylerin araştırmaya katılımı sağlanmıştır. Araştırmanın her aşaması Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.12. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 3.2. Araştırmanın Planı ve Takvimi

Araştırma Süreci	Zaman
Literatür Tarama ve Araştırma Konusunun Belirlenmesi	Ekim 2022-Aralık 2022
Tez Önerisinin Onaylanması	Nisan 2024
Etik Kurul İzninin Alınması	Aralık 2024
Verilerin Toplanması	Aralık 2024-Nisan 2025
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	Haziran 2025-Ağustos 2025
Tez Yazımı	Ağustos 2025-Ekim 2025
Tezin Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne Teslimi	Kasım 2025

Araştırmanın planı ve takvimi tablo 3.2'de gösterilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular, Çiftlerin Tanımlayıcı ve Tedavi Süreci Özelliklerine İlişkin Bulgular, İnfertil Çiftlerin Stres Düzeylerine İlişkin Bulgular, İnfertil Çiftlerin Stresle Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular, İnfertil Çiftlerin Öz-yeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular, İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki olmak üzere beş başlık altında toplanmıştır.

4.1. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı ve Tedavi Süreci Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=349)

Tanımlayıcı Özellikler	Toplam		Kadın		Erkek	
	n	%	n	%	n	%
Yaş* (32,27±4,73; Min-Max:20-52)						
20-34 yaş arası	239	68,48	164	73,21	75	60,00
35 yaş ve üzeri	110	31,52	60	26,79	50	40,00
Eğitim Durumu						
Okur-yazar-İlköğretim	50	14,33	36	16,07	14	11,20
Ortaöğretim	95	27,22	60	26,79	35	28,00
Lisans ve üzeri	204	58,45	128	57,14	76	60,80
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	236	67,60	111	49,55	125	100
Çalışmıyor	113	32,40	113	50,45	0	0,00
Ekonomik Durum						
Gelir giderden düşük	82	23,50	56	25,00	26	20,80
Gelirim giderime eşit	210	60,17	139	62,05	71	56,80
Gelirim giderimden fazla	57	16,33	29	12,95	28	22,40
Sigara Kullanımı						
Evet	127	36,39	64	28,57	63	50,40
Hayır	222	63,61	160	71,43	62	49,60

*Ortalama±Standart sapma, n: sayı, , Min: Minimum; Maks: Maximum, % yüzde

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur. Çalışmaya toplam 349 infertil çift (kadın = 224, erkek = 125)

katılmıştır. İnfertil çiftlerin yaş ortalaması 32.27 ± 4.73 olup yaş aralığı 20 ile 52 arasında değişmektedir. Kadınların %73,21'i ve erkeklerin %60,00'ı 20-34 yaş aralığında yer almaktadır. İnfertil çiftlerin %58,45'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (Kadın= %57,14, Erkek= %60,80). Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, infertil çiftlerin %67,7'si bir işte çalışırken, %32,40'ı çalışmadığını bildirmiştir. Cinsiyet gruplarına göre incelendiğinde kadınların %49,55'i bir işte çalışırken, erkeklerin ise %100'ü çalışmaktadır. İnfertil çiftlerin %60,17'si gelir düzeylerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir (Kadın= %62,05, Erkek= %56,80). Sigara kullanımı açısından, çiftlerin %36,39'u sigara kullandığını bildirmiştir (Kadın= %28,57, Erkek= %50,40).

Tablo 4.2. İnfertil Kadınların Tedavi Sürecine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=224)

Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler	n	%
Yaş* ($31,33 \pm 4,33$; Min-Max:20-45)		
20-34 yaş arası	164	73,21
35 yaş ve üzeri	60	26,79
Eğitim Durumu		
Okur-yazar-İlköğretim	36	16,07
Ortaöğretim	60	26,79
Lisans ve üzeri	128	57,14
Evlilik Süresi* ($5,40 \pm 3,15$ yıl; Min-Max: 1-17)		
1-4 yıl arası	104	46,43
5 yıl ve üzeri	120	53,57
Gebelik Öyküsü		
Var	78	34,82
Yok	146	65,18
Kürtaj Öyküsü		
Var	32	14,29
Yok	192	85,71
İnfertilite Tedavi Süresi* ($5,40 \pm 3,15$; Min-Max: 1 ay-12 yıl)		
0-1 yıl	106	47,32
2-3 yıl	80	35,72
4 yıl ve üzeri	38	16,96
İnfertilite Nedeni		
Kadın Faktör	90	40,18

Erkek Faktör	27	12,05
Kadın ve Erkek Faktör	32	14,29
Açıklanamayan	75	33,48
Tedavi Aşaması		
Over Stimülasyonu	101	45,09
OPU (Oosit Pick-up)	35	15,63
İnseminasyon İşlemi	30	13,39
Embriyo Transferi (ET)	58	25,89
Cerrahi Tedavi Öyküsü		
Var	75	33,48
Yok	149	66,52
Destekleyici Tedavi Alma Durumu		
Evet	12	5,36
Hayır	212	94,64

*Ortalama±Standart sapma, n: sayı, Min: Minimum; Maks: Maximum, , % yüzde

Katılımcıların infertilite tedavi özelliklerinin dağılımlarına ilişkin bulgular aşağıda Tablo 4.2’de sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $31,33 \pm 4,33$ olup yaş aralığı 20 ile 45 arasında değişmektedir. Kadınların %73,21’i 20-34 yaş aralığında, %26,79’u ise 35 yaş ve üzerindedir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, %57,14’ü lisans ve üzeri, %26,79’u ortaöğretim, %16,07’si ise okur-yazar ve ilköğretim mezunudur.

Kadınların evlilik süresi ortalaması $5,40 \pm 3,15$ yıl olup %53,57’si 5 yıl ve üzeri, %46,43’ü ise 1-4 yıl arası evlidir. Daha önce gebelik yaşamadığını bildiren kadınların oranı %65,18 iken, %34,82’si daha önce en az bir gebelik deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca, kadınların %14,29’u daha önce kürtaj geçirdiğini, %85,71’i ise geçirmediğini bildirmiştir. Tedavi süresi ortalama $5,40 \pm 3,15$ yıl olarak tespit edilmiştir.

İnfertil kadınların %47,32’si 0-1 yıl, %35,72’si 2-3 yıl, %16,96’sı ise 4 yıldan uzun süredir tedavi görmektedir. İnfertilite nedenine ilişkin olarak, %40,18’i kadın faktör, %12,05’i erkek faktör, %14,29’u her iki eşe bağlı ve %33,48’i ise açıklanamayan infertilite tanısı nedeniyle tedavi almıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların %45,09’u over hiperstimülasyonu, %25,89’u embriyo transferi, %15,63’ü OPU, %13,39’u ise inseminasyon aşamasında oldukları belirlenmiştir. Kadınların %33,48’i daha önce cerrahi tedavi öyküsü olduğu, %5,36’sının şu an ki tedavi sürecinde destekleyici tedavi aldığı bildirilmiştir.

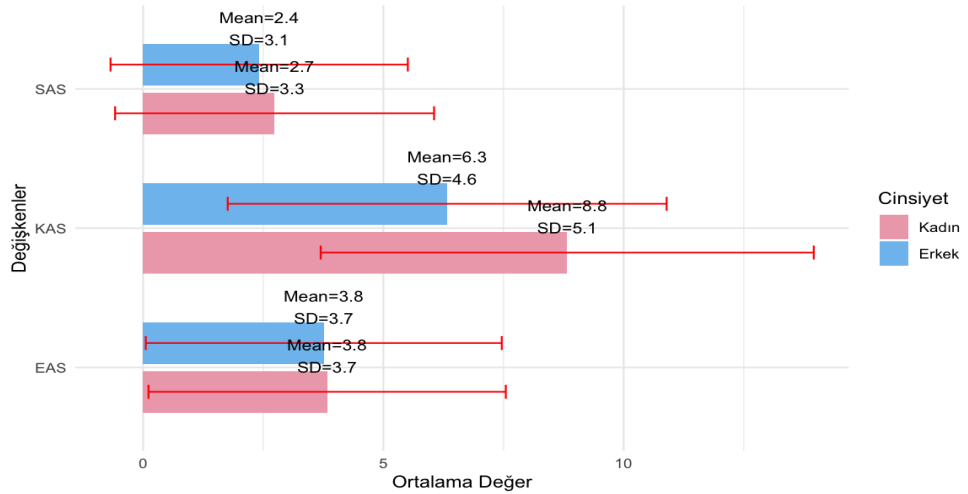
4.2. İnfertil Çiftlerin Stres Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Katılımcıların İnfertilite Stresi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

İnfertilite Stresi Alt Boyutları		n	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maximum
İSÖ-Kişisel Alanda Stres	Kadın	224	8,83	5,13	0	20
	Erkek	125	6,33	4,57	0	19
İSÖ-Evlilik Alanında Stres	Kadın	224	3,83	3,72	0	14
	Erkek	125	3,76	3,7	0	12
İSÖ-Sosyal Alanda Stres	Kadın	224	2,74	3,32	0	12
	Erkek	125	2,42	3,09	0	12

İSÖ: İnfertilite Stresi Ölçeği, n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma

İnfertil çiftlerin İSÖ alt boyutlarından kişisel alandaki infertilite stresine ilişkin puan ortalaması kadınlarda $8,83 \pm 5,13$, erkeklerde $6,33 \pm 4,57$ olarak bulunmuştur. Evlilik alanı stres düzeyi kadınlarda $3,83 \pm 3,72$, erkeklerde $3,76 \pm 3,70$; sosyal alan stres düzeyi ise sırasıyla $2,74 \pm 3,32$ ve $2,42 \pm 3,09$ olarak bulunmuştur.



Grafik 4.1. İnfertilite Stresi Alt Boyutlarının Puan Ortalaması ve Standart Sapma Dağılımı

Grafik 4.1’de, İSÖ alt boyutlarına (kişisel alan stresi, evlilik alanı stresi ve sosyal alan stresi) ilişkin çiftlerin ortalama puanları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri görselleştirilmiştir. Kadınların, kişisel alanda stres düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu; evlilik ve sosyal alanlarda ise gruplar arasında belirgin

bir fark gözlenmediği görülmektedir. Her bir değişken için ortalama ve standart sapma değerleri grafik üzerine eklenmiştir. Hata çubukları standart sapmaları göstermektedir.

Tablo 4.4. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349)

Tanımlayıcı Özellikler		n	KAS	EAS	SAS
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	224	8,85±5,13	3,83±3,72	2,74±3,39	
Erkek	125	6,33±4,57	3,76±3,70	2,42±3,09	
t		4,533	0,170	0,886	
p		< 0,001	0,865	0,376	
d		0,114	-	-	
Yaş					
20-34 yaş arası	239	8,26±5,13	3,92±3,81	2,78±3,25	
35 yaş ve üzeri	110	7,22±4,90	3,56±3,49	2,44±3,22	
t		1,787	0,825	0,725	
p		0,075	0,410	0,436	
d		-	-	-	
Eğitim Durumu					
Okuryazar-İlköğretim	50	8,4±5,88	4,22±4,59	2,98±3,99	
Ortaöğretim	95	7,58±5,07	3,1±3,46	2,43±2,97	
Lisans ve Üzeri	204	7,99±4,82	4,03±3,55	2,62±3,16	
F		0,467	2,668	0,468	
p		0,627	0,086	0,626	
η²		-	-	-	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	236	7,91±5,08	4,30±3,78	2,88±3,28	
Çalışmıyor	113	7,97±5,07	2,78±3,34	2,08±3,08	
t		-0,085	3,642	32,175	
p		0,932	< 0,001	0,030*	
d		-	0,417	0,249	
Algılanan Aylık Gelir					
^a Gelir giderden düşük	82	8,96±5,09	4,17±4,19	3,02±3,32	
^b Gelirim giderime eşit	210	7,91±4,88	3,77±3,50	2,60±3,26	
^c Gelirim giderimden fazla	57	6,51±5,48	3,40±3,74	2,12±3,00	
F		4,008	0,741	1,317	
p		0,019*	0,477	0,269	
η²		0,023	-	-	
Fark		a>c			
Evlilik Süresi					
1-4 yıl arası	104	8,11±4,82	3,51±3,55	2,21±3,04	
5 yıl ve üzeri	120	9,45±5,33	4,11±3,85	3,19±3,49	
t		-1,969	-1,203	-2,246	
p		0,050	0,230	0,026*	
d		-	-	0,14	
Sigara Kullanımı					
Evet	127	7,95±5,13	4,27±3,92	2,69±3,22	

Hayır	222	7,92±5,05	3,54±3,56	3,58±3,26
t		0,060	1,768	0,310
p		0,952	0,078	0,757
d		-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, KAS: Kişisel Alanda Stres, EAS: Evlilik Alanında Stres, SAS: Sosyal Alanda Stres, t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η^2 : eta kare

İnfertil çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine göre İSÖ'nün tüm alt boyutlarındaki infertilite stres düzeyleri karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.4'te sunulmuştur.

İnfertil çiftlerde cinsiyet değişkenine göre infertilite stres ölçeği alt boyutları incelendiğinde, kişisel alandaki stres düzeylerinin kadınlarda (8,85±5,13) erkeklerde (6,33±4,57) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$, $d = 0,114$). Buna karşılık, evlilik alanı ($p = 0,865$) ve sosyal alan ($p = 0,376$) alt boyutlarında cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil çiftlerde eğitim ve yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yaş gruplarına bakıldığında ise 20–34 yaş grubundaki infertil çiftlerin kişisel alandaki stres düzeyleri ($\bar{X} = 8,26$), 35 yaş ve üzeri gruba ($\bar{X} = 7,22$) kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

İnfertil çiftlerde çalışma durumuna göre yapılan incelemelerde ise çalışan infertil çiftlerin evlilik alanı ($p < 0,001$, $d = 0,417$) ve sosyal alan ($p < 0,001$, $d = 0,249$) stres düzeylerinin çalışmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiş buna karşılık kişisel alan stres düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

İnfertil çiftlerde algılanan aylık gelir düzeyi incelendiğinde, kişisel alandaki stres düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuş ve post-hoc analiz sonuçlarına göre geliri giderinden düşük olan çiftlerin ($\bar{X} = 8,96$), geliri giderinden yüksek olan çiftlere ($\bar{X} = 6,51$) kıyasla daha yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür ($p = 0,019$, $\eta^2 = 0,023$).

İnfertil çiftlerde evlilik süresine göre yapılan karşılaştırmalarda, sosyal alandaki stres düzeylerinin 5 yıl ve üzeri evli olan çiftlerde ($\bar{X} = 3,19$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,026$, $d = 0,14$). Buna karşın, kişisel ve evlilik alanı stres düzeyleri açısından evlilik süresine göre anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224)

Tedavi Süreci Özellikleri		KAS	EAS	SAS
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik Öyküsü				
Yok	146	8,38±5,08	3,71±3,82	2,40±3,15
Var	78	9,65±5,16	4,05±3,53	3,37±3,55
t		-1,174	-0,649	-2,110
p		0,077	0,517	0,036*
d		-	-	-0,290
Kürtaj Öyküsü				
Yok	192	8,68±5,07	3,88±3,84	2,64±3,32
Var	32	9,69±5,46	3,53±2,93	3,28±3,31
t		-1,026	0,491	-1,003
p		0,306	0,624	0,317
d		-	-	-
İnfertilite Tedavi Süresi* (5,40±3,15; Min-Max: 1 ay-12 yıl)				
0-1 yıl	106	7,92±5,09	3,71±3,77	2,65±3,50
2-3 yıl	80	9,58±5,15	3,88±3,71	2,48±2,88
4 yıl ve üzeri	38	9,80±4,91	4,05±3,68	3,53±3,60
F		3,259	0,122	1,365
p		0,040*	0,885	0,258
η^2		0,029	-	-
İnfertilite Nedeni				
Kadın Faktör	90	8,88±5,19	4,00±3,74	2,62±3,25
Erkek Faktör	27	7,78±5,55	3,67±3,80	3,19±4,16
Kadın ve Erkek Faktör	32	10,09±5,08	4,72±4,18	3,50±3,50
Açıklanamayan	75	8,60±4,91	3,31±3,43	2,39±2,97
F		1,080	1,188	1,043
p		0,358	0,315	0,374
η^2		-	-	-
Tedavi Aşaması				
Over Stimülasyonu	101	8,76±5,12	3,90±3,54	2,91±3,49
OPU (Oosit Pick-up)	35	9,29±6,02	4,43±4,49	3,00±3,46
İnseminasyon İşlemi	30	10,03±4,47	4,07±3,52	3,03±3,30
Embriyo Transferi (ET)	58	8,03±4,87	3,22±3,69	2,12±2,93
F		1,115	1,188	0,911
p		0,344	0,315	0,436
η^2		-	-	-
Cerrahi Tedavi Öyküsü				
Var	75	9,75±5,49	4,60±4,01	3,41±3,84
Yok	149	8,36±4,89	3,44±3,51	2,40±2,98
t		1,917	2,218	2,184
p		0,056	0,028*	0,030*
d		-	0,271	0,309

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, , n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, , Min: Minimum; Maks: Maximum, KAS: Kişisel Alanda Stres, EAS: Evlilik Alanında Stres, SAS: Sosyal Alanda Stres, t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η^2 : eta kare

İnfertil kadınların tedavi süreci özelliklerine göre İSÖ alt boyutları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.5'te sunulmuştur.

İnfertil kadınlarda önceki gebelik durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, daha önce gebelik yaşamış kadınların sosyal alandaki infertilite stres düzeyleri ($3,37 \pm 3,55$), gebelik yaşamamış kadınlara ($2,40 \pm 3,15$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,036$, $d = 0,290$). Kişisel ve evlilik alanı stres düzeyleri açısından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil kadınlarda tedavi süresine göre yapılan incelemelerde, evlilik ve sosyal alan stres düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p > 0,05$). Buna karşın tedavi süresine göre kişisel alan stres düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kadınların tedavi süresi arttıkça kişisel alan stres düzeylerinin de arttığı görülmekle birlikte yapılan karşılaştırmalarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı tespit edilememiştir. Bu durum gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olsa da küçük etki büyüklüğünün ya da örneklem büyüklüğünün ayırt edici gücü sınırlamış olabileceği düşünülmektedir.

İnfertil kadınlarda tedavi aşamasına ve infertilite nedenine göre yapılan incelemelerde, kişisel, evlilik ve sosyal alan stres düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil kadınlarda cerrahi tedavi öyküsüne sahip olan kadınların, olmayanlara kıyasla evlilik alanı stres düzeyleri ($4,60 \pm 4,01$) daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(222)} = 2,218$, $p = 0,028$, $d = 0,271$). Kadınların sosyal alan stres düzeyleri ($3,41 \pm 3,84$) daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(222)} = 2,184$, $p = 0,030$, $d = 0,309$). Kişisel alan stres düzeyindeki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.3. İnfertil Çiftlerin Stresle Baş Etme Düzeylerine İlişkin Bulgular

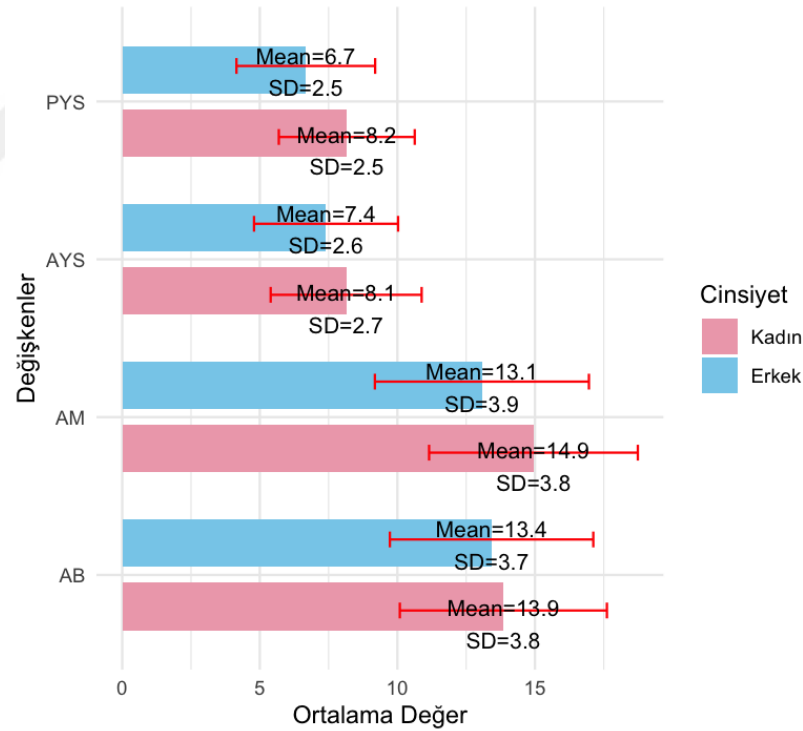
Tablo 4.6. Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutları	n	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maximum
--	---	-----------	----	---------	---------

İSBÇÖ-Aktif Yok Sayma	Kadın	224	8,14	2,74	4	16
	Erkek	125	7,41	2,62	4	15
İSBÇÖ-Aktif Mücadele	Kadın	224	14,95	3,79	7	26
	Erkek	125	13,07	3,89	7	23
İSBÇÖ-Pasif Yok Sayma	Kadın	224	8,16	2,47	3	12
	Erkek	125	6,67	2,52	3	12
İSBÇÖ-Anlam Bulma	Kadın	224	13,85	3,76	5	20
	Erkek	125	13,42	3,70	5	20

n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, İSBÇÖ: İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği alt boyutları, aktif yok sayma puan ortalaması kadınlarda $8,14 \pm 2,74$, erkeklerde $7,41 \pm 2,62$, aktif mücadele puan ortalaması kadınlarda $14,95 \pm 3,79$, erkeklerde $13,07 \pm 3,89$, pasif yok sayma puan ortalaması kadınlarda $8,16 \pm 2,47$ ve erkeklerde $6,67 \pm 2,52$, anlam bulma puan ortalaması ise kadınlarda $13,85 \pm 3,76$, erkeklerde $13,42 \pm 3,70$ olarak bulunmuştur.



Grafik 4.2. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Puan Ortalaması ve Standart Sapmalarının Dağılımı

Grafik 4.2’de, İSBÇÖ alt boyutlarına (pasif yok sayma, aktif yok sayma, aktif mücadele, anlam bulma) ilişkin infertil çiftlerin puan ortalama puanları ve bu puanlara ait standart sapma değerleri görselleştirilmiştir. Kadınların infertilite stresi

ile başa çıkma alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmüştür. Özellikle kadınların aktif mücadele alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}_{\text{(aktif mücadele)}} = 14,9$) erkeklere göre ($\bar{X}_{\text{(aktif mücadele)}}=13,1$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, aktif ve pasif yok sayma alt boyutlarının puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 4.7. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349)

Tanımlayıcı Özellikler	n	AYS $\bar{X} \pm SS$	AM $\bar{X} \pm SS$	PYS $\bar{X} \pm SS$	AB $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	224	8,14±2,74	14,95±3,79	8,16±2,47	13,85±3,76
Erkek	125	7,41±2,62	13,07±3,89	6,67±2,52	13,42±3,70
t		2,423	4,386	5,360	1,027
p		0,016*	< 0,001	< 0,001	0,305
d		0,271	0,490	0,598	-
Yaş					
20-34 yaş arası	239	8,03±2,69	14,32±3,83	7,74±2,60	13,75±3,75
35 yaş ve üzeri	110	7,56±2,77	14,17±4,15	7,39±2,55	13,58±3,74
t		1,505	0,330	1,161	0,397
p		0,133	0,742	0,247	0,692
d		-	-	-	-
Eğitim Durumu					
^a Okuryazar-İlköğretim	50	7,56±2,81	14,36±3,99	8,34±2,78	12,66±4,11
^b Ortaöğretim	95	7,82±2,56	13,73±4,16	7,75±2,48	13,36±3,83
^c Lisans ve Üzeri	204	7,98±2,77	14,51±3,79	7,40±2,57	14,11±3,55
F		0,506	1,306	2,842	3,627
p		0,603	0,272	0,660	0,028*
η^2		-	-	-	0,021
Fark					c>a
Algılanan Aylık Gelir					
^a Gelir giderden düşük	82	8,54±3,03	14,57±3,79	8,67±2,53	14,01±3,83
^b Gelirim giderime eşit	210	7,71±2,57	14,14±3,80	7,32±2,44	13,46±3,69
^c Gelirim giderimden fazla	57	7,51±2,66	14,35±4,57	7,26±2,81	14,12±3,80
F		3,451	0,373	9,147	1,076
p		0,033*	0,689	< 0,001	0,342
η^2		0,020	-	0,050	-
Fark		a>b		a>b; a>c	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	236	7,83±2,74	14,16±4,04	7,31±2,56	13,56±3,71
Çalışmıyor	113	7,98±2,69	14,52±3,69	8,28±2,53	13,98±3,80
t		-0,501	-0,813	-3,326	-0,979
p		0,617	0,417	< 0,001	0,328
d		-	-	-0,380	-
Evlilik Süresi					
1-4 yıl arası	143	8,10±2,78	15,12±3,69	8,45±2,66	14,35±3,74
5 yıl ve üzeri	206	8,17±2,73	14,80±3,89	7,91±2,27	13,43±3,74
t		1,671	2,419	0,221	1,827

p		0,096	0,016*	0,825	0,068
d		-	0,263	-	-
Sigara Kullanımı					
Evet	127	7,89±2,67	13,97±4,05	7,29±2,51	13,45±3,68
Hayır	222	7,87±2,75	14,45±3,86	7,82±2,62	13,84±3,78
t		0,067	-1,103	-1,844	-0,946
p		0,096	0,271	0,066	0,345

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, AYS: Aktif Yok Sayma, AM: Aktif Mücadele, PYS: Pasif Yok Sayma, AB: Anlam Bulma t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η^2 : eta kare

İnfertil çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine göre infertilite stresi ile başa çıkma (aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma) düzeylerinde anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.7’de sunulmuştur.

İnfertil çiftlerde cinsiyet değişkenine göre infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği alt boyutları incelendiğinde, kadınların aktif yok sayma düzeyi (8,14±2,74) erkeklerden (7,41±2,62) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(347)} = 2,423$, $p = 0,016$, $d = 0,271$). Benzer şekilde, kadınların aktif mücadele (14,95±3,79) puan ortalamaları da erkeklere (13,07±3,89) kıyasla daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(347)} = 4,386$, $p < 0,001$, $d = 0,490$). Kadınların pasif yok sayma (8,16±2,47) puan ortalamaları da erkeklere (6,67±2,52) kıyasla daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($t_{(347)} = 5,360$, $p < 0,001$, $d = 0,598$). İnfertilite stresi ile baş etmede anlam bulma puanı ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil çiftlerde yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda, tüm infertilite stresi ile baş etme biçimleri tüm alt boyutlarda 20-34 yaş grubu ile 35 yaş ve üzeri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil çiftlerde eğitim durumuna göre yapılan incelemelere göre, infertilite stresi ile başa çıkma alt boyutlarından aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p > 0,05$). Buna karşın eğitim düzeyine göre infertilite stresi ile baş etme alt boyutu anlam bulma ($F_{(2, 346)} = 3,627$, $p = 0,028$, $\eta^2 = 0,021$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmıştır. Yapılan karşılaştırmalara göre infertil çiftlerin eğitim düzeyi lisans ve üzeri olanların anlam bulma puan ortalamaları (14,11±3,55) okuryazar-ilköğretim (12,66±4,11) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İnfertil çiftlerde çalışma durumuna göre yapılan incelemelerde, bir işte

çalışmayan ($8,28 \pm 2,53$) infertil çiftlerin pasif mücadele puan ortalamaları bir işte çalışanlara ($7,31 \pm 2,56$) göre daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(347)} = -3,326$, $p = < 0,001$, $d = -0,230$). Aktif yok sayma, aktif mücadele ve anlam bulma düzeyleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil çiftlerde algılanan aylık gelir düzeyine göre infertilite stresi ile baş etme alt boyutu aktif yok sayma ($F_{(2, 346)} = 3,451$, $p = 0,033$, $\eta^2 = 0,020$) ve pasif yok sayma boyutu ($F_{(2, 346)} = 9,147$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,050$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmıştır. Geliri giderinden az olan infertil çiftlerin pasif yok sayma puan ortalamaları ($8,67 \pm 2,53$) geliri giderinden fazla ($7,26 \pm 2,81$) ve geliri giderine denk olanlara göre ($7,26 \pm 2,81$) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Geliri giderinden az olan infertil çiftlerin aktif yok sayma puan ortalamaları ($8,54 \pm 3,03$) geliri giderine denk olanlara göre ($7,71 \pm 2,57$) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aktif mücadele ve anlam bulma düzeyinde ise gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil çiftlerde evlilik süresine göre yapılan karşılaştırmalarda, aktif mücadele düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunmuştur ($t_{(347)} = 2,419$, $p = 0,016$, $d = 0,263$). 1-4 yıl evli olanların puan ortalaması ($15,12 \pm 3,69$) 5 yıl ve üzeri evlilere ($14,80 \pm 3,89$) göre daha yüksektir. Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$). İnfertil çiftlerde sigara içme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, infertilite stresi ile başa çıkma tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre İnfertilite Stresi ile Baş Etme Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224)

Tedavi Süreci Özellikleri	n	AYS	AM	PYS	AB
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik Öyküsü					
Yok	146	$7,92 \pm 2,76$	$14,94 \pm 3,64$	$8,29 \pm 2,55$	$13,95 \pm 3,84$
Var	78	$8,55 \pm 2,69$	$14,96 \pm 4,09$	$7,92 \pm 2,31$	$13,68 \pm 3,64$
t		-1,653	-0,043	-1,086	0,414
p		0,100	0,965	0,294	0,520
d		-	-	-	-
Kürtaj Öyküsü					
Yok	192	$8,07 \pm 2,70$	$14,79 \pm 3,64$	$8,11 \pm 2,46$	$13,83 \pm 3,77$
Var	32	$8,56 \pm 2,99$	$15,88 \pm 4,59$	$8,50 \pm 2,54$	$13,97 \pm 3,75$
t		-0,944	-1,500	-0,761	-0,188

p		0,346	0,135	0,447	0,851
d		-	-	-	-
İnfertilite Tedavi Süresi					
0-1 yıl	106	7,90±2,77	14,96±3,64	8,08±2,71	13,94±3,94
2-3 yıl	80	8,53±2,62	14,66±3,77	8,10±2,21	13,99±3,66
4 yıl ve üzeri	38	8,00±2,90	15,50±4,29	8,53±2,31	13,31±3,53
F		1,258	0,627	0,501	0,467
p		0,286	0,535	0,606	0,628
İnfertilite Nedeni					
^a Kadın Faktör	90	8,37±2,79	15,42±3,94	8,17±2,67	13,19±3,66
^b Erkek Faktör	27	7,48±2,50	14,37±3,28	7,96±2,08	13,33±4,11
^c Kadın ve Erkek Faktör	32	8,19±2,74	14,97±3,83	8,34±2,12	13,47±3,13
^d Açıklanamayan	75	8,08±2,78	14,57±3,78	8,15±2,52	15,00±3,81
F		0,736	0,921	0,116	3,666
p		0,532	0,432	0,951	0,013*
η ²		-	-	-	0,048
Fark					d>a
Tedavi Aşaması					
^a Over Stimülasyonu	101	7,86±2,74	14,50±3,78	7,71±2,47	13,13±3,79
^b OPU (Oosit Pick-up)	35	8,57±2,58	15,71±4,18	8,94±2,43	14,20±3,63
^c İnseminasyon İşlemi	30	8,73±2,68	15,23±3,98	8,47±2,29	15,40±3,49
^d Embriyo Transferi (ET)	58	8,05±2,89	15,12±3,46	8,31±2,49	14,10±3,71
F		1,125	1,053	2,554	3,215
p		0,340	0,370	0,056	0,024*
η ²		-	-	-	0,042
Fark					c>a
Cerrahi Tedavi Öyküsü					
Var	75	8,28±2,83	14,71±3,96	8,12±2,66	13,19±3,77
Yok	149	8,07±2,08	15,07±3,72	8,18±2,38	14,19±3,65
t		0,547	-0,670	-0,175	-0,890
p		0,585	0,503	0,862	0,060
d		-	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, AYS: Aktif Yok Sayma, AM: Aktif Mücadele, PYS: Pasif Yok Sayma, AB: Anlam Bulma t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η²: eta kare

Kadınların tedavi süreci özelliklerine göre infertilite stresi ile başa çıkma (aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma) toplam puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.8'de sunulmuştur.

İnfertil kadınlarda önceki gebelik durumuna göre yapılan incelemelere göre, daha önce gebelik yaşamış kadınların aktif yok sayma düzeyleri (8,55±2,69), gebelik yaşamamış kadınlara (7,92±2,76) göre daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma alt boyutları açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır ($p > 0,05$).

İnfertil kadınlarda kürtaj öyküsüne göre, kürtaj geçirmiş kadınlara aktif mücadele puan ortalamaları (15,88±4,59) yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0,135). Aktif yok sayma, pasif yok sayma ve anlam bulma düzeyleri açısından da kürtaj durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır (p > 0,05).

İnfertil kadınlarda tedavi süresine göre kadınlara aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (p > 0,05).

İnfertil kadınlarda infertilite nedenine göre yapılan karşılaştırmalara göre, infertilite stresi ile başı çıkma  l eği alt boyutlarından aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (p > 0,05). Buna karşın infertilite nedenine göre infertilite stresi ile başı çıkma alt boyutu anlam bulma ($F_{(2, 346)} = 3,666$, p = 0,013, $\eta^2 = 0,048$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmıştır. Yapılan karşılaştırmalara göre, kadınlara infertilite nedeni açıklanamayan olanların anlam bulma puan ortalamaları (15,00±3,81) kadın faktör (13,19±3,66) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İnfertil kadınlarda tedavi aşamasına göre yapılan incelemelerde, infertilite stresi ile başı çıkma  l eği alt boyutlarından aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (p > 0,05). Yapılan karşılaştırmalara göre, kadınlara infertilite tedavi aşaması inseminasyon olanların anlam bulma puan ortalamaları (15,40±3,49) over stimülasyonu aşamasında (13,13±3,79) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İnfertil kadınlarda cerrahi tedavi öyküsü olan kadınlara aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma puanları ile cerrahi tedavi öyküsü olmayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır (p > 0,05).

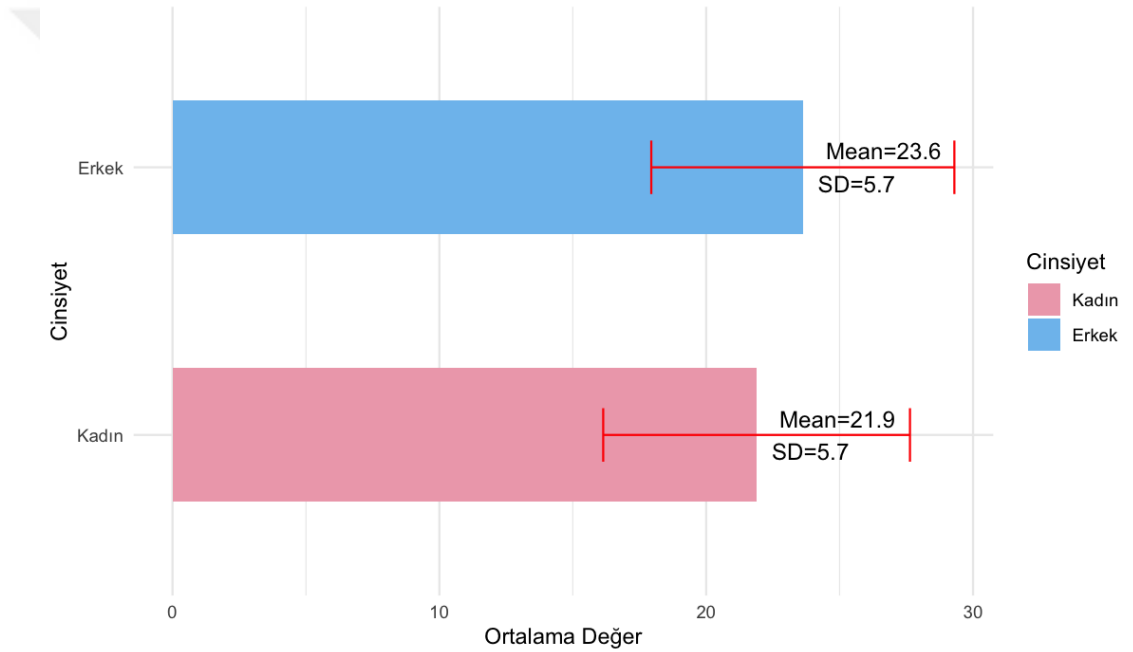
4.4. İnfertil Çiftlerin Öz-Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. Katılımcıların İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Öz-Yeterlilik Ölçeği		n	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maximum
İÖYÖ Toplam	Kadın	224	21,89	5,75	8	32
	Erkek	124	23,62	5,68	8	32

n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, İÖYÖ: İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği

Tablo 4.9’da İnfertilite öz yeterlilik toplam puan ortalamasını kadınlarda $21,89 \pm 5,75$, erkeklerde $23,62 \pm 5,68$ olduğu görülmektedir.



Grafik 4.3. İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Standart Sapma Dağılımı

İnfertil çiftlerin infertilite öz yeterlilik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Grafik 4.3’te görselleştirilmiştir. Erkeklerin öz yeterlilik puan ortalaması $23,6 \pm 5,7$, kadınların puan ortalaması $21,9 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. İnfertil Çiftlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İnfertilite Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 349)

Tanımlayıcı Özellikler	İnfertilite Öz Yeterlilik
------------------------	---------------------------

	n	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet		
Kadın	224	21,89±5,75
Erkek	125	23,62±5,68
t		-2,704
p		0,007**
d		-0,303
Yaş		
20-34 yaş arası	239	22,10±5,75
35 yaş ve üzeri	110	23,36±5,77
t		-1,891
p		0,059
d		-
Eğitim Durumu		
Okuryazar-İlköğretim	50	23,18±6,50
Ortaöğretim	95	22,25±6,10
Lisans ve Üzeri	204	22,46±5,44
F		0,437
p		0,646
η^2		-
Algılanan Aylık Gelir		
Gelir giderden düşük	82	22,54±5,74
Gelirim giderime eşit	210	22,28±5,82
Gelirim giderimden fazla	57	23,30±5,70
F		0,700
p		0,497
η^2		-
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	236	21,61±5,66
Çalışmıyor	113	23,28±6,02
t		0,498
p		0,619
Evlilik Süresi		
1-4 yıl arası	143	21,86±5,58
5 yıl ve üzeri	206	21,97±5,91
t		-0,079
p		0,937
d		-0,335
Sigara Kullanımı		
Evet	127	22,06±5,58
Hayır	222	22,76±5,89
t		-1,084
p		0,279

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η^2 : eta kare

İnfertil çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine göre infertilite öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.10'da sunulmuştur.

İnfertil çiftlerde cinsiyet değişkenine göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri

incelendiğinde erkeklerin öz yeterlilik düzeyi puan ortalamaları ($23,62 \pm 5,68$) kadınlara kıyasla ($21,89 \pm 5,75$) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,007$).

İnfertil çiftlerde yaş grupları, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan aylık gelir, evlilik süresi ve sigara içme ile öz yeterlilik düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.11. İnfertil Kadınların Tedavi Süreci Özelliklerine Göre Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=224)

Tedavi Süreci Özellikleri		İnfertilite Öz Yeterlilik	
		n	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik Öyküsü			
	Yok	146	$22,44 \pm 5,72$
	Var	78	$20,86 \pm 5,69$
	t		1,972
	p		0,050
	d		-
Kürtaj Öyküsü			
	Yok	192	$22,03 \pm 5,64$
	Var	32	$21,03 \pm 6,41$
	t		0,911
	p		0,363
	d		-
İnfertilite Tedavi Süresi			
	0-1 yıl	106	$22,14 \pm 5,90$
	2-3 yıl	80	$21,93 \pm 5,37$
	4 yıl ve üzeri	38	$21,11 \pm 6,15$
	F		0,455
	p		0,635
İnfertilite Nedeni			
	Kadın Faktör	90	$21,12 \pm 6,12$
	Erkek Faktör	27	$21,93 \pm 5,90$
	Kadın ve Erkek Faktör	32	$21,50 \pm 4,68$
	Açıklanamayan	75	$22,96 \pm 5,58$
	F		1,460
	p		0,226
	η^2		-
Tedavi Aşaması			
	Over Stimülasyonu	101	$21,60 \pm 5,45$
	OPU (Oosit Pick-up)	35	$22,37 \pm 5,89$
	İnseminasyon İşlemi	30	$20,87 \pm 5,92$
	Embriyo Transferi	58	$22,62 \pm 6,11$
	F		0,792

	p		0,499
	η^2		-
Cerrahi Tedavi			
Öyküsü	Var	75	21,69±5,49
	Yok	149	21,97±8,89
	t		-0,360
	p		0,719
	d		-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, n: sayı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Student t testi, F= One Way-Analysis of variance (ANOVA), d: etki büyüklüğü, η^2 : eta kare

Kadınların tedavi süreci özelliklerine göre infertilite öz yeterlilik puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.11’de sunulmuştur.

İnfertil kadınlarda gebelik, kürtaj ve cerrahi tedavi öyküsüne, tedavi süresine, infertilite nedenine ve tedavi aşamasına göre yapılan karşılaştırmalarda öz yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.5. İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.12 İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki

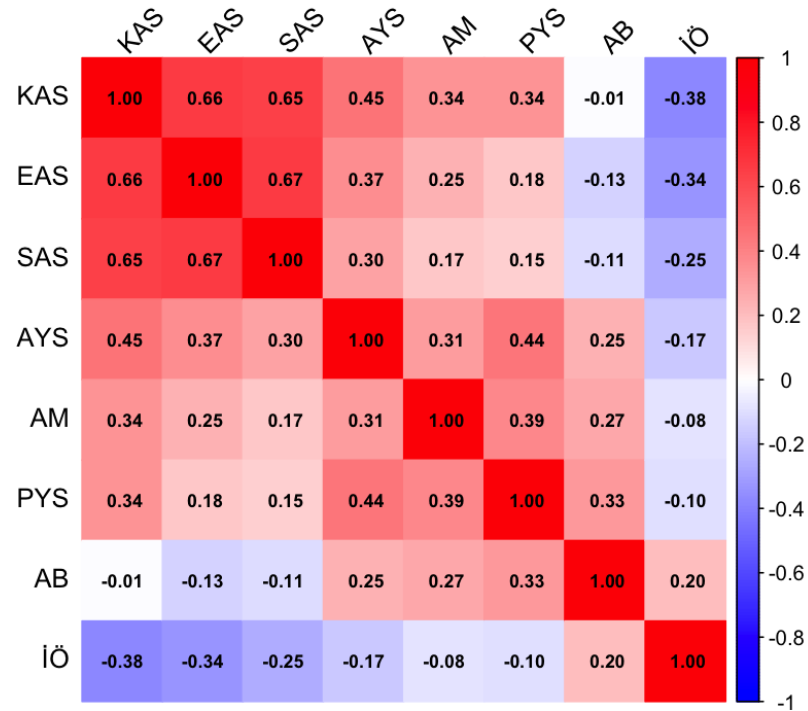
Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
¹ Kişisel Alanda Stres	—						
² Evlilik Alanında Stres	0,66***	—					
³ Sosyal Alanda Stres	0,65***	0,67***	—				
⁴ Aktif-Yok Sayma	0,45***	0,37***	0,30***	—			
⁵ Aktif-Mücadele	0,34***	0,25***	0,17**	0,31***	—		
⁶ Pasif-Yok sayma	0,34***	0,18***	0,15**	0,44***	0,39***	—	
⁷ Anlam Bulma	-0,01	-0,03	-0,11	0,25***	0,27***	0,33***	—
⁸ İnfertilite Özyeterlilik	-0,38***	-0,34***	-0,25***	-0,17**	-0,08	-0,10	0,20***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (2 kuyruklu), r: Pearson Korelasyon Katsayısı

İSÖ, İSBÇÖ alt boyutları ve infertilite öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla ve sonuçlar Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, kişisel alanda stres ile evlilik alanında stres ($r = 0,66$, $p < 0,001$) ve sosyal alanda stres ($r = 0,65$, $p < 0,001$) arasında pozitif

ve orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Benzer şekilde, evlilik alanı stresi ile sosyal alan stresi arasında da pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,67, p < 0,001$). Aktif yok sayma alt boyutu, kişisel alanda stres ($r = 0,45, p < 0,001$), evlilik alanında stres ($r = 0,37, p < 0,001$) ve sosyal alanda stres ($r = 0,30, p < 0,001$) ile anlamlı düzeyde pozitif ilişkiler göstermiştir. Aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutları da stres boyutlarıyla anlamlı ancak düşük düzeyde ilişkili bulunmuştur (aktif mücadele ile kişisel alan stresi $r = 0,34, p < 0,001$; pasif yok sayma ile kişisel alan stresi $r = 0,34, p < 0,001$). İnfertilite öz yeterlilik düzeyi ise infertilite stresinin tüm alt boyutlarıyla negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermektedir (kişisel alan stresi $r = -0,38, p < 0,001$; evlilik alanı stresi $r = -0,34, p < 0,001$; sosyal alan stresi $r = -0,25, p < 0,001$). Ayrıca öz yeterlilik ile infertilite stresi ile baş etme biçimlerinden aktif yok sayma ($r = -0,17, p < 0,01$) arasında da düşük düzeyde negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer baş etme boyutları ile (pasif yok sayma ve aktif mücadele) öz yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Anlam bulma, aktif yok sayma ($r = 0,25, p < .001$), aktif mücadele ($r = 0,27, p < .001$), pasif yok sayma ($r = 0,33, p < .001$) ve infertilite özyeterlilik ($r = -0,20, p < .001$) ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer infertilite stresleriyle ilgili alanlarla anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p > .05$).



Şekil 4.1. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler arasındaki korelasyon katsayıların görselleştirilmesi Şekil 4.1’de sunulmuştur.



5. TARTIŞMA

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören çiftlerde stres, stresle baş etme stratejileri ve öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla 224 kadın, 125 erkek olmak üzere toplam 349 hasta üzerinde yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulgular, infertil çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine ve sürekli değişkenlere göre stres, stresle baş etme ve öz-yeterliliklerinin karşılaştırılması üzerine tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan çiftlerin yaş aralığı 20-52 arasında olup, yaş ortalaması $32,27 \pm 4,73$ 'tür. Çiftlerin çoğu üniversite mezunu, çalışan, algılanan gelir düzeyleri giderlerine eşit, sigara kullanmıyor, tedavi süresi 0-1 yıl aralığında ve over stimülasyonu sürecindedir.

5.1. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, İnfertilite Stres Ölçeği (İSÖ) kullanılarak infertilite tedavi sürecinde yaşanan stres düzeyi kişisel, evlilik ve sosyal alan boyutlarında değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, infertiliteye bağlı stres düzeyleri genel olarak ortalamanın altında bulunmuştur. Ancak kadınların stres düzeyi erkeklere kıyasla daha yüksek olup, özellikle kişisel alanda yaşanan stresin, evlilik ve sosyal alanlarda yaşanan strese göre daha belirgin olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, infertilitenin her iki cins için stresli bir yaşam olayı olmakla birlikte, kadınlarda daha yoğun duygusal bir deneyim yarattığını göstermektedir. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ersen ve ark. (2023) ile Topsakal ve ark. (2025) çalışmalarında, infertilite stresi puan ortalamalarının ortalamanın altında olduğu, ancak kadınların stres düzeylerinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir. Civan ve Beydağ (2023) tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde kadınların infertilite kaynaklı stres düzeyleri erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuş; ayrıca İSÖ alt boyut puan ortalamalarının tamamının ortalamanın üzerinde olduğu belirtilmiştir. Aksu ve Şayan (2023), araştırmamızla paralel biçimde, kadınların infertilite sürecinde daha yüksek düzeyde psikolojik yük yaşadıklarını ve özellikle kişisel ile evlilik alanlarındaki stres düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu, sosyal alan stres düzeylerinin ise ortalamanın altında kaldığını rapor etmiştir. Karpat ve Erensoy'un (2020) çalışması da bu bulguları

desteklemekte olup, tüp bebek tedavisi gören infertil kadınlarda stres düzeylerinin artış eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Rados ve ark. (2022) ile Khorasani ve ark. (2025) tarafından yürütülen meta-analiz çalışmaları da, infertiliteye bağlı stresin kadınlarda daha yoğun yaşandığını göstermektedir. Bu bulgular, infertilite sürecinde kadınların yaşadığı psikolojik yükün erkeklere oranla daha fazla olabileceğini ve bu durumun bireysel düzeydeki stres algısını etkileyebileceğini düşündürmüştür. Kadınlarda infertiliteye bağlı stresin daha yüksek olmasının altında hem biyolojik hem de toplumsal etkenler olabilir. Toplumda annelik rolüne atfedilen değer, çocuk sahibi olamamanın kadınlar açısından bir “başarısızlık” ya da “yetersizlik” göstergesi olarak algılanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, psikolojik ve duygusal tükenmişlikleri erkeklere kıyasla daha yoğun olan kadınlarda, stresin evlilik ve sosyal alanlara yansımalarının sınırlı kalması, bireysel düzeyde yoğun psikososyal yük altında olduklarını göstermektedir. Bu durum, infertilite sürecinde kadınların yaşadığı psikososyal stresin hem bireysel hem de toplumsal boyutlarını vurgulamakta ve önceki literatürdeki bulgularla tutarlı bir şekilde, kadınların infertilite deneyiminde erkeklerden daha yüksek düzeyde kişisel stres yaşadığını desteklemektedir.

Bu çalışmada katılımcı çiftlerin yaş aralığı 20–52 olup, yaş ortalaması $32,27 \pm 4,73$ olarak belirlenmiştir. Bulgular, 20–34 yaş aralığındaki çiftlerin kişisel, evlilik ve sosyal alanda stres düzeylerinin 35 yaş ve üzerinelere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir; ancak yaş ile stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Topsakal ve ark. (2025) ile Civan ve Beydağ’ın (2023) çalışmalarında da yaş grupları ile infertilite stresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın Aksu ve Şayan (2023), 30–39 yaş grubundaki kadınlarda stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu; Karpat ve Erensoy (2020) ise yine 30–39 yaş grubunda stresin en belirgin düzeye ulaştığını bildirmiştir. Khorasani ve ark. (2025) tarafından yürütülen meta-analizde ise 35 yaş ve üzeri kadınlarda infertiliteye bağlı stres düzeylerinin yükseldiği rapor edilmiştir. Araştırmalarda farklı sonuçların görülmesi, örneklem yapısı ve tedavi sürecinin aşaması gibi etmenlerle açıklanabilir. Bu çalışmada katılımcıların önemli bir kısmı tedaviye yeni başlayan ve daha genç yaş grubunda yer alan bireylerden oluştuğundan, yaş grupları arasında anlamlı fark elde edilmemesi olasıdır. Bununla birlikte, literatür genel olarak infertiliteye bağlı stresin yaşla birlikte artış gösterebildiğini, ancak bu ilişkinin

yalnızca biyolojik yaşla sınırlı olmadığını, psikososyal faktörler ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerle birlikte şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırma eğitim düzeyinin infertiliteye bağlı stresin kişisel, evlilik ve sosyal boyutlarında anlamlı bir değişikliğe yol açmadığını göstermektedir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik gösterirken bazılarıyla farklılık göstermektedir. Casu ve Gremigni'nin (2021) İtalya'da yaptığı İSÖ geçerlik çalışmasında ve Güleşçi'nin (2020) yüksek lisans tezinde, eğitim düzeyinin infertilite stresi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Eren'in (2008) çalışmasında da eğitim düzeyi ile stres arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Buna karşın bazı araştırmalar, düşük eğitim düzeyinin infertilite stresini artırabileceğini göstermektedir. Eroğlu ve Temiz (2020) ile Sis Çelik ve Kırca (2018), düşük eğitim düzeyine sahip kadınların kişisel stres puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ünal ve ark. (2010) ile Karaca ve Ünsal (2015) çalışmalarında da ilkokul mezunu ve ev hanımı olan kadınların daha yoğun stres yaşadığı, eğitim düzeyi yükseldikçe psikolojik etkilenmenin azaldığı rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Ying ve ark. (2021) ile Geng ve ark. (2021) Çin örneğinde, eğitim düzeyinin infertilite stresiyle negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar; örneklem büyüklüğü, kültürel özellikler, sosyoekonomik koşullar ve infertiliteye yüklenen anlamla ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada eğitim düzeyine göre anlamlı fark bulunmamasının, katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olması ve infertilite tedavisinin kendine özgü yüksek psikolojik yükünün, bireylerin eğitim düzeyinden bağımsız benzer stres düzeyleri yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma bulguları, çalışma durumunun infertil çiftlerde evlilik ve sosyal alanlarda yaşanan stres düzeylerini etkilediğini, ancak kişisel alan stres düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Benzer biçimde, Topsakal ve ark. (2025), Civan ve Beydağ (2023) ile Karpat ve Erensoy (2020) çalışmalarında da çalışan infertil bireylerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışmaların çoğunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular genel olarak, çalışma hayatının getirdiği iş yükü, zaman kısıtı ve tedavi sürecine uyum güçlüğü, evlilik içi

iletişimi ve sosyal ilişkileri olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Araştırma bulguları, infertil çiftlerin algılanan gelir durumuna göre kişisel alan stres düzeylerinde anlamlı bir fark bulunduğunu göstermektedir. Geliri giderinden düşük olan katılımcıların kişisel alan stres düzeyleri, geliri giderinden yüksek olanlara göre daha yüksektir. Araştırmamıza benzer şekilde Yılmaz'ın (2017) infertil çiftlerle yürüttüğü çalışmada, katılımcıların büyük kısmı gelirini “yeterli” olarak belirtmesine rağmen, gelir düzeyi ile infertilite stresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, ekonomik koşulların infertiliteye bağlı psikolojik yük üzerinde doğrudan etkili olabileceğini desteklemektedir. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin tedavi masraflarını karşılamada güçlük yaşamaları ve uzun süreli tedavi süreçlerinde finansal baskıyı daha yoğun hissetmeleri, kişisel stres algılarını artıran başlıca unsurlardandır. Buna karşılık, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin tedaviye erişim olanaklarının daha geniş olması ve ekonomik kaygıların görece daha düşük seyretmesi, stres düzeylerini azaltıcı bir unsur olarak değerlendirilebilir. Bazı çalışmalarda gelir düzeyinin stres üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (Topsakal ve ark., 2025; Civan ve Beydağ, 2023). Bu durum, infertilite stresinin yalnızca ekonomik yeterlilikle değil, aynı zamanda bireylerin algıladıkları sosyal destek, kullandıkları baş etme stratejileri, kültürel normlar ve tedavi sürecine ilişkin deneyimleriyle de şekillendiğini göstermektedir.

Araştırmamızda, beş yıl ve üzeri süredir evli olan infertil çiftlerin sosyal alan stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, kişisel ve evlilik alanı stres düzeyleri ile evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bose (2021) tarafından infertil erkeklerle yürütülen çalışmada, evlilik süresi uzadıkça infertiliteye bağlı sosyal stresin arttığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Yeşilınar (2025) tarafından yapılan çalışma da, hem evlilik süresi hem de tedavi süresinin infertiliteye bağlı stres düzeyleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, uzun süreli evliliklerin toplumsal beklentiler, çevresel baskılar ve çocuk sahibi olma yönündeki artan toplumsal vurgularla birlikte sosyal stres algısını arttırabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma bulgularımız, daha önce gebelik yaşamış kadınların sosyal alan infertilite stres düzeylerinin anlamlı biçimde farklılaştığını göstermektedir. Buna karşın, kişisel ve evlilik alanı stres düzeyleriyle gebelik öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür, bu bulguyu destekler niteliktedir. Newton ve ark.

(1999), İnfertilite Stres Ölçeği (İSÖ) ile yürüttükleri çalışmada üreme geçmişinin sosyal ve kişilerarası boyutlardaki stres düzeylerini artırabileceğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Casu ve ark. (2022) ile Teklemicheal ve ark. (2022), infertiliteye bağlı stresin özellikle sosyal etkileşimler ve ilişkisel alanlarda daha belirgin olduğunu, buna karşın kişisel ve evlilik boyutlarında farklılıkların sınırlı kaldığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, çalışmamızda gözlenen sosyal alan stresinin önceki gebelik deneyimine bağlı olarak yükselmesiyle uyumludur. Ancak infertilite stresinin çok boyutlu doğasını ve üreme geçmişi gibi klinik değişkenlerin belirli alt boyutlar üzerinde daha etkili olabileceğini göstermektedir. Sosyal alandaki stresin yükselmesi, önceki gebelik deneyimi olan kadınların çevresel destek, arkadaş ilişkileri ve sosyal etkileşimlerinde daha hassas bir algıya sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, sigara kullanımı, tedavi aşaması ve infertilite nedenine göre kişisel, evlilik ve sosyal alan stres düzeyleri açısından gruplar arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, literatürde yer alan bazı çalışmalarla çelişmektedir. Fata (2021) tarafından yapılan çalışmada, kadınların en yüksek stres düzeylerini tedavi sürecinde, özellikle tedaviye başlama, oosit toplama (OPU) ve embriyo transferi aşamalarında yaşadıkları belirtilmiştir. Benzer şekilde Zanettoullis ve ark. (2024) de IVF sürecinde OPU aşamasının kadınlarda en yüksek düzeyde stres yarattığını bildirmiştir. Khalesi ve ark. (2024), kadın faktöründen kaynaklanan infertilite durumunda kadınların psikolojik stres düzeylerinin belirgin şekilde arttığını bildirmiştir. Kim ve ark. (2020) ise erkek kaynaklı infertiliteye bağlı kadın deneyimlerini incelemiş ve kadınların bu durum karşısında stres, kaygı ve duygusal yük yaşadıklarını raporlamıştır. Fata'nın (2021) çalışmasında, kadınların %31,2'sinin kadın faktöründen kaynaklanan infertilite yaşadığı ve bu durumun stres düzeylerini artırabileceği ifade edilmiştir. Her iki partnerin de üreme sağlığı sorunları yaşadığı durumlarda ise kadınların psikolojik yükü daha fazla olabilmektedir. Bu durumun hem tedavi sürecinin karmaşıklığı hem de çiftler arasındaki duygusal etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Açıklanamayan infertilite ise belirsizlik ve kontrol eksikliği hissi yaratarak kadınlarda psikolojik stres düzeylerini artırabilir (Simionescu ve ark., 2021). Elde edilen bu farklı sonuçlar, infertilite stresinin yalnızca klinik değişkenlerle değil, bireysel algı, psikososyal destek, kültürel değerler ve başa çıkma becerileri gibi çok boyutlu faktörlerle şekillendiğini göstermektedir.

Araştırma bulgularımız, cerrahi tedavi öyküsünün özellikle evlilik ve sosyal alanlarda infertiliteye bağlı stresi artırabileceğini, ancak kişisel alan stresini anlamlı biçimde etkilemediğini göstermektedir. Literatürde infertiliteye bağlı stresin çok boyutlu yapısı ve cerrahi tedavi öykülerinin bu stres üzerindeki etkisi çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır. Newton ve ark. (1999) yaptıkları çalışmada, üreme geçmiş ve cerrahi tedavi deneyimlerinin özellikle sosyal ve kişilerarası stres boyutlarını etkileyebileceğini rapor etmişlerdir. Benzer şekilde, Lazzeri ve ark. (2015) cerrahi müdahale geçiren kadınların stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu müdahalelerin sosyal ve evlilik bağlamında psikolojik yükü artırabileceğini bildirmişlerdir. Moura-Ramos ve ark. (2012) da yaptıkları çalışmada, cerrahi tedavi öyküsü olan kadınların sosyal ve evlilik alanlarında stres düzeylerinin anlamlı biçimde yükseldiğini göstermiştir. Benzer şekilde, Donarelli ve ark. (2016) infertilite tedavisi gören çiftlerde, tedavi öncesi psikolojik özelliklerin stres düzeyleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışma, tedavi sürecinde yaşanan stresin, bireylerin psikolojik durumlarıyla ilişkili olduğunu ve cerrahi müdahalelerin bu ilişkileri etkileyebileceğini göstermiştir. Öte yandan Swift ve ark. (2021), Teklemicheal ve ark. (2022) çalışmalarında cerrahi tedavi öyküsünün doğrudan etkisi üzerine spesifik bir bilgi sunmamıştır. Bu bulgular, cerrahi müdahale öyküsünün etkilerinin bireysel ve bağlamsal faktörlere bağlı olarak değişebileceğini düşündürmektedir. Evlilik ve sosyal ilişkilerde gözlenen stres düzeyindeki artış, cerrahinin doğrudan etkisiyle ilişkilendirilebilirken, kişisel stres düzeylerinde gözlenen değişiklikler farklı etkenlere bağlı olabilir. Bu nedenle, psikolojik etkilerin değerlendirilmesinde bireysel farklılıkların ve klinik bağlamın dikkate alınması büyük önem taşımaktadır.

5.2. İnfertil Çiftlerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada infertilite tedavisi sürecinde bireylerin stresle başa çıkma biçimleri incelenmiş, özellikle kadın ve erkeklerin kullandıkları başa çıkma stratejileri arasındaki farklılıklar tartışılmıştır. Bulgulara göre, aktif yok sayma ve aktif mücadele alt boyutlarının puan ortalamaları hem kadınlarda hem erkeklerde ortalamanın altında, pasif yok sayma alt boyutu kadınlarda ortalamanın üstünde, anlam bulma alt boyutu ise her iki cinsiyette ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Kadınların aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma puan ortalamaları

erkeklerle göre anlamlı düzeyde yüksek iken, anlam bulma alt boyutunda cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde infertilite ile başa çıkma stratejilerinde cinsiyet farklılıklarına ilişkin benzer bulgular mevcuttur. Yılmaz'ın 2012 yılında yaptığı çalışmada, stresle başa çıkma düzeyi alt boyutlarında aktif yok sayma, aktif mücadele puan ortalaması kadınlarda ve erkeklerde ortalamanın altında, pasif yok sayma puan ortalaması kadınlarda, anlam bulma puan ortalaması ise kadın ve erkeklerde ortalamanın üstünde bulunmuştur. Schimdt (2006) ve Peterson ve ark. (2006), tarafından yapılan çalışmada, sadece pasif yok sayma alt boyutu ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Peterson ve ark. infertilite tedavisine başvuran çiftlerde kadınların erkeklerle kıyasla daha fazla sosyal destek arama, problem çözme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerine yöneldiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Karpat ve Erensoy (2020) da kadınların İSBÇÖ alt boyutlarında erkeklerden daha yüksek puanlar aldığını ve özellikle aktif mücadele ile yok sayma stratejilerinde anlamlı farklılıklar bulunduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, Bulut Kamalı ve Şen'in (2022) çalışmasında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamış, ancak tüm alt boyut puan ortalamalarının kadın grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Jordan'ın (1999) meta-analizinde ise, kadınların duygusal ifade ve sosyal destek temelli stratejileri daha sık kullandıkları; erkeklerin ise kaçınma ve dikkati başka yöne çevirme eğiliminde oldukları ortaya konmuştur. Bu durum infertilite sürecinde kadınların stresle başa çıkma biçimlerinin daha duygusal, ilişkisel ve anlam odaklı, erkeklerin ise daha bilişsel, rasyonel ve kaçınmacı eğilimler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu farklılıklar, kadınların infertilite sürecinde yaşadığı psikolojik yükün daha yoğun olmasıyla birlikte, toplumsal rollerin kadınlar üzerinde yarattığı annelik beklentisi, sosyal baskı ve duygusal sorumluluk gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda, yaş grupları arasında infertilite stresıyla başa çıkma düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Literatürde çalışmamıza benzer olarak Karpat ve Erensoy (2020) ile Bulut Kamalı ve Şen (2022) tarafından yapılan araştırmalarda yaş ile İSBÇÖ alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşın, Yılmaz (2012) ile Eroğlu ve Temiz (2020) çalışmalarında ileri yaş grubundaki kadınların pasif başa çıkma ve yok sayma stratejilerini daha sık kullandıkları gözlenmiş, ancak bu fark genellikle istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar, infertiliteye bağlı stresle başa çıkma biçimlerinin bireysel psikolojik özellikler, sosyo-kültürel bağlam ve destek

sistemlerinden etkilendiğini, dolayısıyla yaşın tek başına belirleyici bir değişken olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, anlam bulma temelli başa çıkma stratejisinde yaşa bağlı farklılık gözlemlenmemesi, bu stratejinin bireylerin değerleri, inançları ve yaşam felsefesiyle daha çok ilişkili olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulgularımız eğitim durumunun infertiliteyle başa çıkma biçimlerinde özellikle anlam bulma boyutunda belirleyici olduğunu, ancak diğer başa çıkma stratejilerinde (aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma) anlamlı bir fark yaratmadığını ortaya koymaktadır. Lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin anlam bulma puan ortalamaları, daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylere göre anlamlı biçimde yüksektir. Bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin stresli durumlara alternatif anlamlar yükleyerek daha işlevsel biçimde başa çıkma eğilimi geliştirdiklerini göstermektedir. Literatürdeki bulgular çalışmamızla kısmen farklılık göstermektedir. Yılmaz (2012) ve Karpat ve Erensoy'un (2020) çalışmalarında, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan bireylerde aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma temelli başa çıkma stratejilerinin daha sık kullanıldığı bildirilmiştir. Buna karşılık, Eroğlu ve Temiz (2020) çalışmalarında, infertil kadınların eğitim durumuna göre başa çıkma ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Bu farklılıklar, örneklem yapısı ve sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Araştırmamızda katılımcıların büyük bir kısmının üniversite mezunu olması, eğitim düzeyinin başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini güçlendirmiş olabilir.

Araştırma bulguları, çalışma durumuna göre yalnızca pasif yok sayma alt boyutunda anlamlı bir fark bulunduğunu, ancak aktif yok sayma, aktif mücadele ve anlam bulma alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmadığını göstermektedir. Benzer şekilde Karpat ve Erensoy'un (2020) araştırmasında da, çalışmayan kadınların pasif yok sayma puanlarının daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay'ın (2017) araştırmasında da kadınların çalışma durumlarının stresle başa çıkma düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bildirilmiştir. İnfertilite stresi ile başa çıkma stratejilerinin bireylerin çalışma durumundan bağımsız olarak gelişebileceği ve bu stratejilerin kişisel özellikler, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık gibi faktörlere bağlı olarak şekillendiği söylenebilir. Bu nedenle, infertilite tedavisi gören bireylerin desteklenmesi ve uygun başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir.

Araştırmamızda gelir düzeyi düşük olan infertil çiftler stresle başa çıkmada daha fazla pasif ve kaçınmacı stratejiler kullanmaktadır. Ancak aktif mücadele ve anlam bulma stratejileri açısından gelir grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Literatürde benzer şekilde gelir düzeyinin infertilite stresiyle başa çıkma biçimlerini etkileyebileceğini göstermektedir. Lykeridou ve ark. (2011), düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınların pasif başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıklarını ve daha yüksek stres yaşadıklarını bildirmiştir. Yine Yılmaz ve ark. (2020) Türkiye’de yürüttükleri araştırmada, gelir düzeyi düşük kadınların işlevsel olmayan başa çıkma yollarına yöneldiklerini, gelir düzeyi yüksek kadınların ise daha uyumlu stratejiler benimsediklerini ortaya koymuştur. Bu durum geliri yetersiz olan çiftlerin infertilite ile başa çıkarken daha çok pasif stratejilere yönelmeleri, ekonomik sıkıntıların stres düzeyini artırarak işlevsel olmayan başa çıkma yollarının kullanımını tetiklediği şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda evlilik süresi kısa olan çiftlerin infertiliteyle başa çıkmada daha aktif mücadele stratejileri kullandığı, buna karşılık evlilik süresi arttıkça bu stratejilerin kullanımında azalma olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, evlilik süresi uzadıkça bireylerin daha pasif veya kabullenici başa çıkma eğilimlerine yönelebileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalar da benzer yönde sonuçlar ortaya koymaktadır. Karpat ve Erensoy (2020), evlilik süresinin infertiliteyle başa çıkma biçimleri üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını bildirmiştir. Ancak uluslararası literatürde, evlilik süresi ve infertilite süresi uzadıkça çiftlerin pasif veya kaçınmacı stratejilere yönelme eğiliminde oldukları ve buna bağlı olarak stres düzeylerinin arttığı, ayrıca karşılıklı başa çıkma desteği gereksiniminin yükseldiği vurgulanmaktadır (Schmidt ve ark., 2005; Ramezanzadeh ve ark., 2004). Çalışmalardaki bu farklılıkların, kültürel bağlamdaki toplumsal tutumlar, örneklem büyüklükleri, ölçümlerde evlilik süresi yerine infertilite süresinin dikkate alınması ve katılımcıların tedavi sürecindeki aşama farklılıkları gibi etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız sigara kullanımının infertiliteye özgü stresle başa çıkma biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Türkiye’de İSBÇÖ kullanılarak yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda da (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2017; Eroğlu ve Temiz, 2020; Karpat ve Erensoy, 2020; Bulut Kamalı ve Şen, 2022)

sigara kullanımının başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisi raporlanmamıştır. Uluslararası literatürde psikoloji alanındaki bazı araştırmalarda sigara içmenin stresle kısa süreli başa çıkma yöntemi olarak görülebildiği (Kassel ve ark., 2003) bildirilse de infertiliteye özgü stres bağlamında bu eğilimin başa çıkma ölçeğine yansımadağı anlaşılmaktadır. Çalışmamıza katılan çiftlerin büyük bir kısmının sigara kullanmaması, elde edilen sonuçlar üzerinde etkili olabilecek önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, bulgular sigara kullanımının infertiliteye özgü stresle başa çıkma biçimleri üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını, ancak infertilite tedavisinde sigaranın biyolojik açıdan olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, sağlık profesyonellerinin çiftleri sigarayı bırakma konusunda desteklemeye devam etmelerinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, önceki gebelik veya kürtaj öyküsüne göre yapılan incelemelerde, aktif yok sayma, aktif mücadele, pasif yok sayma ve anlam bulma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde, cerrahi tedavi öyküsü ve tedavi süresine göre yapılan karşılaştırmalarda da başa çıkma stratejileriyle anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür bulguları da bu sonuçları büyük ölçüde desteklemektedir. Karpas ve Erensoy (2020), çocuk sayısına göre başa çıkma tarzlarının farklılık gösterebildiğini, ancak tedavi süresine göre anlamlı farkların sınırlı olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, beş yıl ve üzeri tedavi süresine sahip kadınlarda yalnızca aktif yok sayma puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de yürütölen diğör araştırmalarda da (Eroğlu ve Temiz, 2020), demografik ve tedaviye ilişkin değişkenlerin başa çıkma stratejileri üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Bu durum, hem cerrahi tedavi öyküsünün türü ve zamanına ilişkin ayrıntıların değerlendirilmemesi, hem de katılımcıların çoğunun tedavi süresinin 0–1 yıl aralığında olması gibi örneklem özellikleriyle açıklanabilir. Ayrıca infertiliteye ilişkin psikososyal süreçlerin, sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve kültürel değerlerle güçlü etkileşim içinde olduğu düşünüldüğünde, cerrahi tedavi öyküsü veya gebelik deneyimi gibi klinik değişkenlerin tek başına belirleyici olmadığı söylenebilir.

Aarştırma bulgularımız, infertilite nedeninin sadece anlam bulma temelli başa çıkma biçimlerini etkileyebileceğini göstermektedir. İnfertilite nedeni açıklanamayan kadınların anlam bulma puan ortalamaları, kadın kaynaklı infertilite yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer olarak Karpas ve

Erensoy'un (2020) çalışmasında infertilite nedenine göre yapılan karşılaştırmalarda kadın kaynaklı ve nedeni açıklanamayan gruplarda "aktif mücadele etme" ve "anlam bulma" alt boyutlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Yılmaz'ın (2012) çalışmasında ise, infertilite nedeninin kadına ait olduğu durumlarda aktif yok sayma stratejisinin daha sık kullanıldığı ve bu durumun kadınların yaşadığı suçluluk, öz-yetersizlik ve damgalanma algısıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, infertilite nedeninin özellikle kadınlara atfedildiği durumlarda suçluluk, öz-yetersizlik ve damgalanma algısının artmasına ve bu nedenle baş etme stratejilerini olumsuz yönde etkileyebileceğine işaret etmektedir. Buna karşılık, nedeni açıklanamayan infertilitede belirsizliğin yarattığı stresin, daha çok anlam arayışı, umut ve kabullenme temelli stratejiler yoluyla dengelenmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda, infertilite tedavi aşamasına göre yapılan karşılaştırmalarda aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak, inseminasyon aşamasındaki kadınların anlam bulma puan ortalamaları, over stimülasyonu aşamasında bulunanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer şekilde, Eroğlu ve Temiz (2020) ile Karpas ve Erensoy (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da, infertilite tedavisi gören kadınların başa çıkma stratejilerinin tedavi aşamasına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir. Choi ve ark. (2023) yaptığı çalışmada ise, tedavi sürecinin farklı aşamalarının bireylerin anlam bulma ve başa çıkma düzeylerini etkileyebileceği saptanmıştır. Bu doğrultuda, inseminasyonun infertilite tedavisinde genellikle ilk başvuru ve görece daha az invaziv bir yöntem olması, çalışmamızda anlam bulma düzeyinde gözlenen farkı açıklayabilir. Bu aşamada yer alan kadınların, tedaviye ilişkin umutlarının daha yüksek olması ve süreci olumlu bir çerçevede değerlendirmeye daha yatkın olmaları beklenen bir durumdur. Buna karşılık, over stimülasyonu gibi daha yoğun ve stresli aşamalarda, fiziksel yük, belirsizlik ve tedavi başarısına ilişkin kaygıların artması, anlam bulma düzeylerinin düşmesine neden olabilir. Bu nedenle, infertilite tedavisinde uygulanan psikososyal destek programlarının özellikle over stimülasyonu gibi daha yoğun stres içeren aşamalarda güçlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, tedavi sürecinin dinamik yapısı göz önünde bulundurularak, bireylerin tedavi aşamasına göre farklılaşan psikolojik destek gereksinimlerine yönelik kişiselleştirilmiş danışmanlık yaklaşımlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir.

5.3. İnfertil Çiftlerin Öz-Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda infertil çiftlerde cinsiyet değişkenine göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri incelendiğinde kadın ve erkeklerde puan ortalamaları ortalamanın üstünde bulunmuştur. Erkeklerin öz-yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının ise kadınlara kıyasla daha yüksektir. Bu bulgu, erkeklerin infertilite süreciyle baş etme konusunda kendilerini daha yeterli algıladıklarını göstermektedir. Benzer şekilde Kuzineau ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada da erkeklerin kadınlara göre öz-yeterlilik düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde infertilite öz-yeterliliğini değerlendiren çalışmaların çoğunlukla kadın katılımcılar üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu durum, infertilite sürecinde kadının tedaviye daha aktif olarak katılması, psikolojik olarak daha fazla etkilenmesi ve dolayısıyla araştırmaların kadın odaklı yürütülmesi ile açıklanabilir. Ancak bu bulgu, erkeklerin de infertilite sürecinde psikolojik olarak önemli bir rol oynadıklarını ve öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesinin çift odaklı yaklaşımlar açısından önem taşıdığını göstermektedir. Bu kapsamda, infertiliteye ilişkin psikososyal müdahalelerde hem kadın hem erkek partnerin öz-yeterlilik düzeyinin güçlendirilmesi, tedaviye uyumu ve psikolojik dayanıklılığı artıracabilecek önemli bir hedef olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, yaş ve eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak 35 yaş ve üzeri kadınların öz-yeterlilik puan ortalamalarının, 20–34 yaş grubundaki kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımıza benzer olarak Kaya ve ark. (2024), Arslan Özkan ve ark. (2014) ile Faramarzi ve ark.'nın (2014) çalışmalarında da yaşa ve eğitime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde yaş ile infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin farklı çalışmalar arasında değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Topsakal ve ark. (2025) çalışmasında 35 yaş üstü kadınların öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir. Bu durum, yaş ve eğitim düzeyinin infertilite sürecinde bireylerin öz-yeterlilik algısını tek başına belirlemediğini, ancak yaşın ilerlemesiyle birlikte artan yaşam deneyiminin ve problem çözme becerilerinin öz-yeterliliği kısmen güçlendirebileceğini göstermektedir. Eğitim düzeyinin ise öz-yeterlilik üzerindeki

etkisinin sınırlı olması, infertiliteye ilişkin öz-yeterliliğin bilişsel faktörlerden ziyade duygusal dayanıklılık, sosyal destek ve kişisel başa çıkma kaynaklarıyla daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda infertil çiftlerde çalışma durumuna göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmayanların puan ortalaması ise çalışanlara göre daha yüksektir. Bu sonuç, çalışma durumunun infertilite sürecinde bireylerin öz-yeterlilik algısı üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir. Literatürde de çalışmamıza benzer olarak Topsakal ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada çalışma durumunun öz-yeterlilik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı rapor edilmiştir. Ancak diğer bazı çalışmalar farklı sonuçlar göstermektedir. Kaya ve ark. (2024) çalışmasında çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir. Faramarzi ve ark. (2014) ise tam tersine, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha yüksek öz-yeterlilik düzeyine sahip olduklarını ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar, çalışma durumunun öz-yeterlilik üzerindeki etkisinin tek başına belirleyici olmadığını, aynı zamanda bireylerin sosyal destek düzeyi, iş yaşamındaki stres, ekonomik durum ve infertilite sürecine bakış açıları gibi faktörlerle etkileşime girebileceğini düşündürmektedir. Bulgular, infertilite sürecinde öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirirken yalnızca çalışma durumuna odaklanmanın yeterli olmayacağını ve çok boyutlu değerlendirme yapılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda infertil çiftlerde algılanan aylık gelir düzeyine göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, bireylerin öz-yeterlilik algısının yalnızca ekonomik durumlarıyla doğrudan ilişkilendirilmediğini göstermektedir. Literatürde çalışmamıza benzer olarak Topsakal ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyinin öz-yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bildirilmiştir. Buna karşın Arslan Özkan ve ark. (2014), Kaya ve ark. (2024) ve Faramarzi ve ark. (2014) tarafından yürütülen araştırmalarda, geliri giderinden yüksek olan bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar, ekonomik durum ile öz-yeterlilik algısı arasındaki ilişkinin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Gelir düzeyi, bireylerin infertilite sürecinde tedaviye erişim, sosyal

destek ve stresle başa çıkma kapasitesi gibi faktörlerle etkileşime girerek öz-yeterlilik algısını dolaylı yoldan etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, infertilite sürecinde öz-yeterlilik değerlendirmeleri yapılırken yalnızca gelir düzeyine odaklanmanın sınırlı olabileceği ve çok boyutlu bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda infertil kadınlarda gebelik öyküsüne göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, geçmişte gebelik deneyimi olmayan kadınların tedavi sürecinde öz-yeterliliklerini daha yüksek algıladıklarını düşündürmektedir. Benzer şekilde, kürtaj öyküsü açısından yapılan incelemede, kürtaj geçirmiş kadınların puan ortalamaları, kürtaj geçirmemiş kadınlara göre daha düşük bulunmuş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Bu sonuç, kürtaj öyküsünün infertilite sürecinde bireylerin öz-yeterlilik algısı üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Literatürde ise çalışmamızla uyumlu sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin, Topsakal ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada hem gebelik hem de kürtaj öyküsüne göre infertilite öz-yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, geçmişte yaşanan gebelik veya kürtaj deneyimlerinin, infertilite sürecinde bireylerin kendine güven algısı ve baş etme kapasitesi üzerinde tek başına belirleyici olmadığını göstermektedir.

Araştırmamızda, tedavi süresi, infertilite nedeni, tedavi aşaması ve cerrahi tedavi öyküsünün infertilite öz-yeterlilik düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Literatürde ise bu değişkenlerle ilgili farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Topsakal ve ark. (2025), Kaya ve ark. (2024) ve Faramarzi ve ark. (2014) tarafından yürütülen çalışmalarda, tedaviye yeni başlayan ya da tedavi süresi kısa olan bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum, tedavi süresi uzadıkça tekrarlayan başarısızlıklar, artan stres ve belirsizliğin bireylerin kendine güven algısını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, Topsakal ve ark. (2025) çalışmasında infertilite nedeni ve tedavi aşamasının öz-yeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı da rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, öz-yeterlilik algısının tedaviyle ilişkili değişkenlerden çok bireylerin psikolojik dayanıklılığı, başa çıkma becerileri, sosyal destek düzeyi ve tedaviye yönelik umut veya motivasyonlarıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, cerrahi tedavi öyküsünün ya da tedavinin hangi aşamasında olunduğunun öz-yeterlilik düzeyini anlamlı biçimde etkilememesi, infertiliteye bağlı psikolojik

sürecin bireysel farklılıklar ve kültürel bağlam içerisinde değerlendirildiğinde daha karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

5.4. İnfertil Çiftlerde Görülen Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmamızda infertilite stresinin alt boyutları ile stresle başa çıkma stratejileri ve öz-yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, aktif yok sayma alt boyutunun kişisel, evlilik ve sosyal alan stresleriyle pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu, aktif yok sayma stratejisinin artmasıyla birlikte bireylerin stres düzeylerinin de yükseldiğini göstermektedir. Ayrıca, aktif mücadele ve pasif yok sayma alt boyutlarının da stres boyutlarıyla düşük düzeyde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır.

İnfertilite öz-yeterlilik düzeyinin, stresin tüm alt boyutlarıyla negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç, öz-yeterlilik düzeyi yükseldikçe bireylerin stres düzeylerinin azaldığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, öz-yeterlilik ile aktif yok sayma stratejisi arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmuş olup, bu durum öz-yeterliliği yüksek bireylerin kaçınmacı başa çıkma eğilimlerini daha az benimsediğini göstermektedir. Bununla birlikte, anlam bulma, aktif mücadele, aktif yok sayma, pasif yok sayma ve öz-yeterlilik arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu durum, bireylerin yaşadıkları duruma anlam verme eğilimi arttıkça başa çıkma becerilerinin ve öz-yeterlilik düzeylerinin de güçlendiğini göstermektedir. Elde edilen bulgular, literatürdeki çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Ersen ve ark. (2023) çalışmasında, infertil kadınların öz-yeterlilik düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve öz-yeterlilik ile infertilite stresi arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Jafari ve ark. (2023) çalışmasında da öz-yeterlilik ile infertiliteye bağlı sıkıntı arasında doğrudan ve negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmalar, öz-yeterliliğin infertilite sürecinde stresin azalmasında koruyucu bir rol üstlendiğini ve psikolojik dayanıklılığın güçlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Volmer ve ark. (2016) ise kadınlarda aktif yok sayma biçimindeki başa çıkmanın depresyon ve anksiyete riskini artırdığını, anlam bulma temelli başa çıkmanın ise özellikle erkeklerde koruyucu bir etki yarattığını bildirmiştir. Mevcut çalışmamızda da aktif yok saymanın stresle pozitif yönde ilişkili bulunması, bu başa çıkma biçiminin bireyler üzerinde olumsuz bir psikolojik etki yaratabileceğini

göstermektedir. Buna karşın, anlam bulma ile öz-yeterlilik arasındaki pozitif ilişki, Volmer ve ark. (2016)'nın bulgularını desteklemekte ve anlam temelli başa çıkmanın öz-yeterliliği güçlendirerek stresi azaltabileceğini göstermektedir. Bu durum, anlam temelli baş etme stratejilerinin infertilite sürecinde öz yeterliliği güçlendirerek stresi azalttığını düşündürmektedir.

Literatürde, infertilite stresinin alt boyutları ile başa çıkma biçimlerinin doğrudan ilişkilendirildiği çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Çoğu araştırma stres yerine anksiyete ya da depresyonla ilişkili psikolojik sonuçları incelemiştir. Zurlo ve ark. (2020), infertiliteye bağlı sosyal ve evlilik streslerinin anksiyeteye pozitif ilişkili olduğunu, kaçınma ve sosyal destek arama biçimindeki başa çıkma stratejilerinin ise anksiyeteyi artırabileceğini belirtmiştir. Elde edilen bulgular, aktif yok sayma stratejisinin stres düzeyini artırdığını, anlam bulma stratejisinin ise stresle daha dengeli ve uyumlu biçimde başa çıkmayı desteklediğini göstermektedir. Bu bağlamda, mevcut çalışmamızın infertilite stresine özgü bir değerlendirme yapması literatüre özgün bir katkı sağlamaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamızın bulguları infertilite sürecinde öz-yeterlilik düzeyinin artmasının stres düzeyini azalttığını, buna karşın aktif kaçınma temelli başa çıkma stratejilerinin stres düzeyini artırdığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, infertiliteye bağlı stresin çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve öz-yeterlilik ile başa çıkma stratejilerinin bu süreçte temel belirleyiciler arasında yer aldığını göstermektedir. Ayrıca, anlam bulma temelli başa çıkma biçimlerinin, bireylerin stresle daha uyumlu ve dengeli bir şekilde baş etmelerini desteklediği görülmektedir. Dolayısıyla, infertil bireylere yönelik psikososyal müdahalelerde öz-yeterliliği güçlendirmeye ve anlam temelli başa çıkma stratejilerini geliştirmeye odaklanan yaklaşımların önem taşıdığı söylenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören çiftlerde stres, stresle baş etme stratejileri ve öz-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışmada İnfertilite Stres Ölçeği (İSÖ), İnfertilite Stresle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) ve İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği (İÖYÖ) kullanılmış, araştırma, 224 kadın ve 125 erkek olmak üzere toplam 349 infertil birey ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler analiz edilerek aşağıdaki temel sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan çiftlerin yaş ortalaması 32,27±4,73 olup çoğunluğu 20-34 yaş grubunda ve üniversite mezunudur. Katılımcılar büyük çoğunluğu çalışıyor, gelir-gider dengesi eşit ve sigara kullanmamaktadır.
- Araştırmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalaması 5,40 ± 3,14 yıl olup, katılımcıların büyük çoğunluğu 5 yıldan uzun süredir evlidir. Katılımcıların çoğunun daha önce gebelik, kürtaj veya cerrahi tedavi öyküsü bulunmamaktadır. Ayrıca, katılımcıların önemli bir kısmı infertilite tedavisine yeni başlamış (0-1 yıl) olup, tedavi sürecinde over stimülasyonu aşamasında yer almakta ve herhangi bir destekleyici tedavi (tamamlayıcı/alternatif yöntem vb.) almamaktadır. İnfertilite nedenleri incelendiğinde ise, katılımcıların çoğunda kadın faktörü ve nedeni açıklanamayan infertilite olduğu belirlenmiştir.
- İnfertil çiftlerin infertiliteye bağlı stres düzeyleri genel olarak ortalamanın altında bulunmuştur. Ancak kadınların stres düzeyi erkeklere kıyasla daha yüksek olup, özellikle kişisel alanda yaşanan stresin, evlilik ve sosyal alanlarda yaşanan strese göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların çalışma durumu, gelir düzeyi ve evlilik süresi, infertiliteye bağlı stres düzeylerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Buna karşın, yaş, eğitim durumu ve sigara kullanımı değişkenlerinin infertilite stres düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların daha önce gebelik öyküsü olanların sosyal alandaki infertilite stres düzeyleri, tedavi süresi 4 yıldan uzun olan kadınların kişisel alan stres düzeyleri ve cerrahi tedavi öyküsüne sahip olan kadınların evlilik alanı stres düzeyleri ile sosyal alan stres düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

daha yüksek bulunmuştur. Kürtaj öyküsü, infertilite nedeni ve tedavi aşamasına göre İSÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

- İnfertil çiftlerin stresle başa çıkma düzeyleri incelendiğinde, aktif yok sayma ve aktif mücadele alt boyutlarında puan ortalamalarının hem kadınlarda hem erkeklerde ortalamanın altında olduğu belirlenmiştir. Kadınların aktif yok sayma, aktif mücadele ve pasif yok sayma puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek iken, anlam bulma alt boyutunda cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır.
- Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre infertiliteyle başa çıkma düzeyleri değerlendirildiğinde, üniversite mezunu olanların anlam bulma düzeyi, çalışmayan infertil çiftlerin pasif yok sayma puan ortalaması, geliri giderinden az olan çiftlerin aktif ve pasif yok sayma puan ortalamaları ile 1–4 yıl arasında evli olanların aktif mücadele puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın, yaş ve sigara kullanımı değişkenlerine göre infertiliteyle başa çıkma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Katılımcı kadınların, infertilite nedeni açıklanamayan ve tedavinin inseminasyon aşamasında olanların anlam bulma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gebelik ve kürtaj öyküsü, infertilite tedavi süresi ve cerrahi tedavi öyküsüne göre İÖYÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- İnfertil çiftlerde infertilite öz-yeterlilik düzeyleri incelendiğinde kadın ve erkeklerde puan ortalamaları ortalamanın üstünde olup, erkeklerin öz-yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Yaş, eğitim durumu, algılanan aylık gelir, çalışma durumu, evlilik süresi ve sigara kullanımına göre İÖYÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- Katılımcı kadınların, gebelik ve kürtaj öyküsü, infertilite tedavi süresi, infertilite nedeni, tedavi aşaması ve cerrahi tedavi öyküsüne göre İÖYÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- İnfertil çiftlerde aktif yok sayma düzeyi arttıkça infertiliteye bağlı stres düzeylerinin de arttığı, aktif mücadele ve pasif yok sayma düzeylerinin ise stresle daha zayıf düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmada infertilite stresiyle başa çıkma ölçeği anlam bulma düzeyi yükseldikçe, bireylerin diğer başa çıkma stratejilerini kullanma eğilimlerinin de arttığı görülmüştür.
- İnfertil çiftlerde öz-yeterlilik düzeyi arttıkça infertiliteye bağlı stres düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, öz-yeterlilik düzeyi yükseldikçe aktif yok sayma eğiliminin azaldığı, buna karşılık anlam bulma düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Diğer başa çıkma alt boyutlarıyla öz-yeterlilik arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

- İnfertilite tedavisi gören çiftlerin biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi,
- Olumlu tedavi deneyimlerinin sağlanması için, infertil bireylerin stres düzeyleri, başa çıkma biçimleri ve öz-yeterlilik algılarının düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Kadınlarda stres düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu göz önünde bulundurularak, kadın odaklı psikoeğitim ve destek programlarının hazırlanması, bu programlarda anlam bulma ve öz-yeterliliği güçlendirmeye yönelik uygulamalara yer verilmesi,
- İnfertilite tedavi sürecinin stres düzeyi yüksek aşamalarında (örneğin over stimülasyonu, OPU ve embriyo transferi dönemleri) bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırmak amacıyla gevşeme egzersizleri, nefes terapisi, farkındalık ve bilişsel yeniden yapılandırma temelli kısa süreli müdahaleler uygulanması,
- Tedavi sürecinde infertil bireylere yönelik çift temelli psikososyal destek protokolleri geliştirilerek, eşlerin birlikte başa çıkma becerileri ve karşılıklı desteğin güçlendirilmesi,
- İnfertilite tedavi birimlerinde görev yapan sağlık profesyonelleri için eğitim ve süpervizyon programları oluşturularak, stres yönetimi ve başa çıkma stratejilerinin klinik uygulamalara entegrasyonunun sağlanması,
- Çiftlerin tedavi sürecine birlikte katılımı teşvik edilerek, duygusal dayanışma ve tedaviye uyumunun artırılması,
- Tedaviye katılım ve uyum düzeyini artırmak amacıyla bilgilendirici ve

motivasyonel destek stratejilerin kullanılması,

- Hemşireler ve psikologların danışmanlık süreçlerinde aktif rol alması gerektiğinde bireylerin psikolojik destek hizmetlerine yönlendirmesi,
- Sağlık çalışanlarının stresle baş etme, duygusal farkındalık, anlam bulma ve öz-yeterliliği güçlendirmeye yönelik eğitim modülleri ve grup çalışmalarının geliştirilmesi,
- Boylamsal çalışmalarla, stres, başa çıkma ve öz-yeterlilik düzeylerinin tedavi sürecinin farklı aşamalarında nasıl değiştiğinin araştırılması,
- Sosyal destek, dini başa çıkma, umut düzeyi, yaşam anlamı ve psikolojik dayanıklılık gibi değişkenleri içeren yapısal model araştırmalarının yapılması,
- Nitel araştırma yöntemleri kullanılarak infertil bireylerin öznel deneyimleri kullanılarak derinlemesine araştırmalarının yapılması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- Abedi Shargh, N., Bakhshani, N. M., Mohebbi, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., & Mokhtari, M., et al. (2015). Kısırlık sorunu yaşayan kadınlarda farkındalık temelli bilişsel grup terapisinin evlilik memnuniyeti ve genel sağlık üzerindeki etkinliği. *Global Journal of Health Sciences*, 8(3), 230.
- Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., & Chyatte, M. R. (2015). A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13, 19. <https://link.springer.com/article/10.1186/S12958-015-0032-1>
- Ak, Ö. F. (2024). *Açıklanamayan infertilite tanısı almış primer infertil çiftler ile spontan gebeliği olan fertil çiftlerin diyet inflamatuvar indeks puanı ile Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği puanının karşılaştırılması* (Tıpta uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi.
- Aksu, S., & Şayan, Ö. (2023). Batı Marmara Bölgesindeki bir üniversite hastanesinde infertilite tedavisi gören kadınların damgalanma, stres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *IGUSABDER*, 19, 178–193. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1073416>
- Altay, B., Baltacı, N., Aydın Avcı, İ., & Aydın, N. (2018). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *KASHED*, 4(1), 69–85.
- Altıntop, İ., & Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11, 756–768. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.20185537247>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Infertility workup for the women's health specialist: ACOG committee opinion No. 781. *Obstetrics & Gynecology*, 133(6), e377–e384. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003271>
- Arslan Özkan, İ., Okumuş, H., Aytekin, A., & Fırat, M. Z. (2014). Cultural validation of the Turkish version of the Infertility Self-Efficacy Scale–Short Form (TISE-SF). *Journal of Transcultural Nursing*, 25(3), 232–240. <https://doi.org/10.1177/1043659613511855>.
- Atasayar, T. (2021). *Erkeklerin infertiliteye ilişkin algıları ve infertilite tedavi sürecindeki deneyimleri: Fenomenolojik bir çalışma* (Yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi.
- Bagade, T., Mersha, A. G., & Majeed, T. (2023). The social determinants of mental health disorders among women with infertility: A systematic review. *BMC Women's Health*, 23(1), 668. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02828-9>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Weissman, A. (2017). Normalization as a strategy for maintaining quality of life while coping with infertility in a pronatalist culture. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 871–879. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9676-8>.
- Berek, J. S., & Berek, D. L. (2021). *Berek & Novak jinekoloji* (Yıldırım, F., & Alpay Türk, V., Eds. & Çev.). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bose, S. (2021). Marital duration, and fertility-related stress as predictors of quality of life in infertile men. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1785871>.
- Bulut Kamalı, M., & Şen, S. (2022). İnfertil çiftlerde depresyon ve infertilite ile başa çıkma düzeylerinin değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 8(2), 118-137.
- Casu, G., & Gremigni, P. (2021). Development of the Fertility Problem Inventory–Short Form. *Frontiers in Psychology*, 12, 784222. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.784222>.
- Casu, G., et al. (2022). The Infertility-Related Stress Scale: Validation and application across fertility treatment stages. *Frontiers in Psychology*, 13, 842315. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842315>.
- CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). (2024). *Resmi web sitesi*. Erişim tarihi: 09 Ocak 2024, <https://www.cetad.org>
- Chavez-MacGregor, M., Elias, S. G., Onland-Moret, N. C., et al. (2005). Postmenopausal breast cancer risk and cumulative number of menstrual cycles. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 14, 799–804. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0790>.
- Choi, Y., & Moon, S. H. (2023). Kore'de kısırlık tedavisi gören kadınlarda stresle başa çıkma türleri ve özellikleri. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2648. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032648>
- Chu, X., Geng, Y., Zhang, R., & Guo, W. (2021). Perceived social support and life satisfaction in infertile women undergoing treatment: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 12, 651612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651612>.
- Chu, K. Y., Patel, P., & Ramasamy, R. (2019). Consideration of gender differences in infertility evaluation. *Current Opinion in Urology*, 29(3), 267–271. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000590>.

- Civan, E., & Beydağ, K. E. (2023). İnfertil kadın ve erkeklerin infertilite stresi ve eş destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Artuklu IJ Health Sci*, 3(1), 58–63. <https://doi.org/10.58252/artukluder.1228443>.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2nd edn. Á/L: Erbaum Press, Hillsdale, NJ, USA.
- Çelik, C., Kazankaya, F., & Demirel Bozkurt, Ö. (2022). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği: Kanıta dayalı uygulamalar. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 366–377.
- Çetin, Ç., & Özcan, P. (2022). Intrauterine insemination, IVF/ICSI. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(S1), 78–81. <https://doi.org/10.18678/dfdf.1188495>.
- Dehkordi, S. M., Khoshakhlagh, A. H., Yazdanirad, S., Mohammadian-Hafshejani, A., & Rajabi-Vardanjani, H. (2025). The effect of job stress on fertility, its intention, and infertility treatment among the workers: A systematic review. *BMC Public Health*, 25, 542. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21790-9>
- Doan, L., Recasens, M., Lake, J., Miller, I., Vierra, E., Richeimer, S., Yao, I., Junghaenel, D. U., & Weinstein, F. (2025). Kronik ağrı için sanal gerçeklik rehberliğinde görüntüleme müdahalesinin uygulanabilirliği, kabul edilebilirliği, hasta deneyimi ve ön etkinliği. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1505861. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1505861>
- Doğaner Karakuş, T. (2019). *İnfertil kadınlarda kişilik özelliklerinin infertilite stresi ile baş etme üzerindeki etkisi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14(Suppl), 45–52.
- Donarelli, Z., et al. (2016). Infertility-related stress, anxiety and ovarian stimulation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(3), 145–152. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1201053>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>.
- Durašková, G., Hampl, R., & Dostál, D. (2025). İn vitro fertilizasyon tedavisi gören kadın ve erkeklerde kısırlık stresi ve başa çıkma stratejileri. *Ceska gynekologie*, 90(1), 14–21. <https://doi.org/10.48095/cccg202514>
- Durgun Ozan, Y., & Duman, M. (2018). İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilite uyumları ile öz-yeterlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2), 43–46.

- Eren, N. (2008). *İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi* (Tıpta uzmanlık tezi). Gazi Üniversitesi.
- Eroğlu, N., & Temiz, G. (2020). İnfertilite tedavisi gören hastalarda eğitimin stres ve stresle başa çıkma durumlarına etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(4), 1309–1317. <https://doi.org/10.17826/cumj.702020>.
- Ersen, G., Tuncer Yılmaz, B., Minsin, T. H., & Sontuna, Ö. (2023). *The effect of stress on self-efficacy and treatment compliance in infertile women*. *Reproductive BioMedicine Online*, 56(2), 103489. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.103489>
- Fard, T. R., Kalantarkousheh, M., & Faramarzi, M. (2018). Farkındalık temelli bilişsel kısırlık stres terapisinin kısırlık sorunu yaşayan kadınların psikolojik refahı üzerindeki etkisi. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 476–481. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.06.001>.
- Fanning, J., Osborn, C. Y., Lagotte, A. E., & Mayberry, L. S. (2018). Tip 2 diyabetli yetişkinlerde ruhsal farkındalık, sağlık davranışları ve hemoglobin A1c arasındaki ilişkiler. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(6), 798–805. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9938-3>.
- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Jorsarai, G., & Aghajani, N. (2014). A survey of correlation infertility self-efficacy with behavioral health scales in infertile women. *Health*, 6(10), 943–949. <https://doi.org/10.4236/health.2014.610119>
- Farzadi, L., Mohammadi-Fosseini, F., Seyyed-Fatemi, N., & Alikhah, H. (2007). Assessment of stressors and coping strategies of infertile women. *Journal of Medical Sciences*, 7(3), 603–608. DOI: [10.3923/jms.2007.603.608](https://doi.org/10.3923/jms.2007.603.608).
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294–300. <https://doi.org/10.1177/0020764004050334>.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). Sage Publications.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.839>.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91–109.
- Güler, S., & Öztürk, H. (2020). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda stres düzeyi ve

başı çıkma stratejileri. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 28(2), 101–110.

Güleşçi, A. (2020). İnfertil çiftlerde toplumsal cinsiyet rolü stresi ile infertilite stresi arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi]. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.

Ha, J. Y., & Ban, S. H. (2021). Zihin-beden programlarının kısırlık sorunu yaşayan kadınlar üzerindeki etkileri: Sistematik randomize kontrollü denemelerin tematik incelemesi ve meta-analizi. *Asian Nursing Research*, 15(2), 77–88. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.04.002>

Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's self-care deficit nursing theory: Relevance and need for refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>

Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>

Hawkins, R. M. (1992). Self-efficacy: A predictor but not a cause of behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(4), 251–256. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(92\)90047-M](https://doi.org/10.1016/0005-7916(92)90047-M)

Heredia, A., Padilla, F., Castilla, J. A., & Garcia-Retamero, R. (2020). Effectiveness of a psychological intervention focused on stress management for women prior to IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 113–126. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1601170>.

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(11), 1111–1117. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2>.

Hosseini, M. S., Mousavi, P., Hikmat, K., Haghighyzadeh, M. H., Johari Fard, R., & Mohammad Jafari, R. (2020). Kısa vadeli farkındalık temelli stres azaltmanın etkileri: Kısırlık sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitesi üzerine bir değerlendirme programı. *Complementary Therapies in Medicine*, 50, 102403.

İlerisoy, M. (2015). İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 14, 143–164.

Jafari, H., Seraj Shirvan, F., & Latifnejad Roudsari, R. (2023). The relationship between self-efficacy and psychological distress among infertile women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(2), 3744–3750. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2023.63739.1848>.

Jamshidimanesh, M., Alimanesh, N., & Behbodi Moghaddam, Z., & Haghani, H.

- (2015). Bir eğitim paketinin kısır kadınların öz yeterliliğine etkisi. *Payesh*, 14, 227–237.
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341–358. <https://doi.org/10.1023/a:1018774019232>
- Jose-Miller, A. B., Boyden, J. W., & Frey, K. A. (2007). Infertility. *American Family Physician*, 75(6), 849–856.
- Kalcı, P., Karaş, H., & Polat, A. (2020). İn vitro fertilizasyon tedavi sonucunun bağlanma, yılmazlık, stres düzeyi, depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 23, 446–455. DOI: 10.5505/kpd.2020.24865.
- Kamışlı, S., Terzioğlu, C., & Bozdağ, G. (2021). İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 43–49. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.48030>
- Kan, Ö., Alkılıç, A., Yüce, T., & Berker, B. (2014). Açıklanamayan infertilitede yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 506–518. <https://doi.org/10.17827/aktd.93154>.
- Kaplan, E. (2018). İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 20, 61–64. <https://www.doi.org/10.24898/tandro.2018.24993>.
- Karaca, A., & Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 80–85. DOI: 10.5505/phd.2012.02486.
- Karaca, A., & Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(12). doi:10.5222/HEAD.2015.126.
- Karpat, C., & Erensoy, H. (2020). Tüp bebek tedavisi gören infertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları üzerine pilot bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 461–467. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.737420>
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129(2), 270–304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
- Kaya, A., & Yılmaz, F. (2019). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde psikososyal destek ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 45–53.
- Khalesi, N., et al. (2024). Psychological stress in women undergoing infertility treatment: A systematic review. *Reproductive Health*, 21(1), 1–12.

- Khorasani, F., Iranifard, E., & Roudsari, R. L. (2025). Kısır çiftlerin psikolojik durumlarındaki cinsiyet farklılıkları: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *BMC Halk Sağlığı*, 25, 2131. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23314-x>
- Kızılkaya Beji, N. (2009). İnfertilite hemşireliği. In N. Kızılkaya Beji (Ed.), *İnfertilite hemşireliği* (s. 72–84). İstanbul.
- Kim, H. J., et al. (2020). Female psychological responses to male infertility: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7809. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217809>
- Kim, J. E., & Dee, V. (2024). Utilization of Orem's self-care deficit nursing theory in self-care among older Korean immigrants with diabetes in the United States. *Research and Theory for Nursing Practice*, 38(1), 91–104. <https://doi.org/10.1891/RTNP-2022-0144>
- Kline RB. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York, Guilford Publications.
- Küçükgöz Güleç, Ü. (2025). Over rezervi testleri ve ovulatuvar fonksiyon değerlendirilmesi. In Ürünsak İ. (Ed.), *Yardımcı üreme teknikleri* (1. Baskı, s. 7–12). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Lai, S., Wang, R., van Wely, M., Costello, M., Farquhar, C., Bensdorp, A. J., Custers, I. M., Goverde, A. J., Elzeiny, H., Mol, B. W., & Li, W. (2024). Açıklanamayan kısırlık için yumurtalık stimülasyonu ile IVF'ye karşı IUI: İşbirlikçi bir bireysel katılımcı veri meta-analizi. *Human Reproduction Update*, 30(2), 174–185. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad033>
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>.
- Lazzeri, L., et al. (2015). Surgical treatment affects perceived stress differently in women with endometriosis and ovarian malignancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 148–153. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1015146>
- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W., & Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour research and therapy*, 77, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.010>.
- Li, Y., Zhang, X., Shi, M., Guo, S., & Wang, L. (2019). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12955-019->

- Lohrmann, J. A. (1995). *A psychological investigation of women's experience of successfully coping with infertility* (Doctoral dissertation, Clinical Psychology).
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13–14), 1971–1980. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x>
- Maeda, E., Saito, S., & Saito, H. (2022). Working conditions contribute to fertility-related quality of life: A cross-sectional study in Japan. *RBM Online*, 45(5), 687–693. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.07.009>.
- Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy outcomes of women undergoing in vitro fertilization: A prospective cohort study. *International journal of reproductive biomedicine*, 20(7), 539–548. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i7.11556>.
- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the Role of Dyadic Coping on the Marital Adjustment of Couples Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Frontiers in psychology*, 10, 415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00415>.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). Measuring perceived infertility-related stress: The development of the Fertility Problem Inventory. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00106-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00106-2)
- Njagi, P., Groot, W., Arsenijevic, J., Dyer, S., Mburu, G., & Kiarie, J. (2023). Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Human Reproduction Open*, 2023(2), hoad007. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
- Nouman, H., & Benyamini, Y. (2019). Religious Women's Coping with Infertility: Do Culturally Adapted Religious Coping Strategies Contribute to Well-Being and Health?. *International journal of behavioral medicine*, 26(2), 154–164. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9757-5>.
- Onat Bayram, G. (2009). *İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi* (Doktora tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Orhan, İ., Onur, R., Semercioz, A., Yüzgeç, V., & Erdinç, A. (2004). Erkek infertilitesi medikal tedavisinde pseudoephedrine'in etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 9(1), 15–17.
- Özcan, H. A. (2019). Farklı koşullarda muhafaza edilen sperm örneklerinde sıcaklık ve seminal plazmanın rolü (Yüksek lisans tezi). Biruni Üniversitesi, İstanbul.

- Özdemir, E., & Kaplan, S. (2021). İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 79–88. <https://doi.org/10.51536/tusbad.836168>.
- Öztürk Serter, G., & Balcı Çelik, S. (2025). İnfertilite tedavisi gören kadınların sıkıntıyı tolere etme düzeyleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 7(2), 132–140. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.25.2.03>.
- Öztürk, R., Herbell, K., Morton, J., & Bloom, T. (2021). "The worst time of my life": Treatment-related stress and unmet needs of women living with infertility. *Journal of Community Psychology*, 49(5), 1121–1133. <https://doi.org/10.1002/jcop.22527>
- Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2020). Application of Mindfulness-Based Psychological Interventions in Infertility. *Journal of human reproductive sciences*, 13(1), 3–21. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_51_19.
- Pelit, E. S., & Çiftçi, H. (2019). Non-obstrüktif azospermik hastalarda mikrocerrahi testiküler sperm ekstraksiyonu ilk sonuçlarımız: Harran Üniversitesi Üroloji kliniği. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1), 134–138.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human reproduction (Oxford, England)*, 21(9), 2443–2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145> .
- Peterson, B. D. (2000). *Examining the congruence between couples perceived infertility-related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile men and women* [Unpublished master's thesis]. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Phelps, C., Butler, C., Cousins, A., & Wallace, L. M. (2009). Stress and coping in women undergoing IVF: Examining the role of self-compassion. *Human Reproduction*, 24(6), 1314–1322. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep031>
- Podolska, M. Z., & Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82, 44–49.
- Popescu, C. D., Sima, R. M., Balalau, D. O., Amza, M., Bogheanu, D., & Ples, L. (2024). Psychoemotional and financial impact on infertile women in a Romanian population. *Maedica*, 19(3), 536–542. <https://doi.org/10.26574/maedica.2024.19.3.536>
- Pozzi, E., Ramasamy, R., & Salonia, A. (2023). Initial Andrological Evaluation of

- the Infertile Male. *European urology focus*, 9(1), 51–54. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2022.09.012>.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>
- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A. A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples: Systematic review. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97–103.
- Reisi, M., Kazemi, A., Abedi, M. R., & Nazarian, N. (2023). Spouse's coping strategies mediate the relationship between women's coping strategies and their psychological health among infertile couples. *Scientific reports*, 13(1), 10675. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37380-x>.
- Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., & Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human reproduction update*, 20(4), 594–613. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu010>.
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47. <https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.1/klrooney>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Sağol, S. (2015). *Ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi planlanan infertil kadınların Beck depresyon ölçeği ile değerlendirilmesi* (Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı). Edirne.
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 20(4), 1044–1052. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh687>.
- Sezgin, H., & Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165–184. <https://doi.org/10.5455/cap.20131001091415>.
- Sigman, M., & Jarow, J. P. (1997). Endocrine evaluation of infertile men. *Urology*, 50(5), 659–664. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00340-3](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00340-3).
- Sis Çelik, A., & Kırca, N. (2018). Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104–114.

- Sokol R. Z. (2009). Endocrinology of male infertility: evaluation and treatment. *Seminars in reproductive medicine*, 27(2), 149–158. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1202303>.
- Stanhiser, J., & Steiner, A. Z. (2018). Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(3), 563–574. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.006>.
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2021). Infertility stress, cortisol, coping, and quality of life in U.S. women who undergo infertility treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(3), 275–288. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.01.005>
- Şahin, M., & Er, M. N. (2024). İnfertilitenin yaşam kalitesine ve cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi: Sistematik bir derleme. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 4(1), 1–12.
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, 57(3), 480–485. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Tefek, A. (2025). Stresle başa çıkma yöntemlerinin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisi: Üniversite çalışanları üzerine bir çalışma. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 10(26), 196–216. <https://doi.org/10.25204/iktisad.1575982>.
- Teklemicheal, A. G., Kassa, E. M., & Weldetensaye, E. K. (2022). Kısırlığı olan kadınlarda kısırlığa bağlı psikolojik stresin yaygınlığı ve bağınıtları: Kesitsel hastane bazlı bir araştırma. *BMC Psychology*, 10(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00804-w>
- Teskereci, G. (2010). *İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Topsakal, Ö., Yanıkkerem, E., & Uyar, Y. (2025). İnfertil çiftlerin stres seviyesi ve yaşam kalitesi ile kadınların öz yeterliği ve fertilitateye hazır oluşluluğunu etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 17(2), 647–659. <https://doi.org/10.5336/nurses.2024-105075>.
- Tuncay, G., Yıldız, S., Karaer, A., Reyhani, I., Özgöcer, T., Uçar, C., et al. (2020). Yardımcı üreme teknolojisi uygulanan çiftlerde stres. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301, 1561–1567.
- Turan, A., & Beydağ, K. D. (2023). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ilişkisi. *Güncel Hemşirelik*

- Türkçapar, F., Varderele, K., & Türkçapar, M. H. (2008). İnfertilite ve psikolojik boyutları. In M. N. Çiçek (Ed.), *Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite* (ss. 339–344). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Vazirnia, F., Karimi, J., Goodarzi, K., & Sadeghi, M. (2021). Effects of integrative behavioral couple therapy on infertility self-efficacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction in infertile couples. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 43–54.
- Vefikukulçay Yılmaz, D., & Güner Emül, T. (2021). *İnfertilite hemşireliğı*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Volmer, L., Rösner, S., Toth, B., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2017). *Infertile partners' coping strategies are interrelated – Implications for targeted psychological counseling*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 77(1), 52–58.
- Watkins, K. J., & Baldo, T. D. (2004). *The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors*, 10, 82–85. DOI:[10.1002/j.1556-6678.2004.tb00326.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00326.x).
- Waylen, A. L., Metwally, M., Jones, G. L., Wilkinson, A. J., & Ledger, W. L. (2009). Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: A meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 15(1), 31–44. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn046>
- World Health Organization. (2023). *Infertility is a disease of the male or female reproduction system* [Cited 2024 Jan 3]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021* [Cited 2024 Jan 3]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072961>
- Yanık, D., & Kavak Budak, F. (2024). Kısırlık tedavisi gören kadınlarda pozitif psikoterapi temelli eğitimin damgalanma ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(2), 384–396. <https://doi.org/10.1177/10783903231234567>
- Yaşar Erol, E. (2022). *İnfertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yazdani, F., Kazemi, A., & Ureizi-Samani, H. R. (2016). Yardımcı üreme tedavisi gören çiftlerde infertiliteye yönelik tutum ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Reproductive Infertility*, 17, 56–60.
- Yılmaz, B., & Şahin, N. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Enstitüsü Dergisi, 7(1), 84–95. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.583933>.

- Yılmaz, T., & Oskay, Ü. (2017). The evaluation of methods used to cope with infertility stress of infertile couples in Turkey. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 1595–1604.
- Yılmaz, T., & Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP*, 2(1), 100–112. <https://doi.org/10.17681/hsp.20993>.
- Yılmaz, T. (2012). *İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2021). Gender differences in experiences with infertility-related stress in Chinese couples: A mixed-method study. *Scientific Reports*, 11, 3715. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82902-2>
- Yu, S. L., & Yap, C. (2003). Investigating the infertile couple. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 32(5), 611–614.
- Zaidouni, A., Ouasmani, F., Benbella, A., Kasouati, J., & Bezad, R. (2019). The effect of nursing consultation based on Orem's theory of self-care and Bandura's concept on infertility stress. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 12(3), 247–254. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_159_18
- Zanettoullis, A. T., Mastorakos, G., Vakas, P., Vlahos, N., & Valsamakis, G. (2024). Effect of stress on each of the stages of the IVF procedure: A systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(2), 726. <https://doi.org/10.3390/ijms25020726>
- Zarif Golbar Yazdi, H., Aghamohammadian Sharbaf, H., Kareshki, H., & Amirian, M. (2020). İran'da kadın kısırlığının psikososyal sonuçları: Bir meta-analiz. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.518961>
- Zeidan, F., Baumgartner, J. N., & Coghill, R. C. (2019). Farkındalık temelli ağrı kesicilerin sinirsel mekanizmaları: Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme tabanlı bir inceleme ve temel çalışma. *Pain Reports*, 4(4), e759.
- Zorlu, S., & Erbaş, N. (2021). İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ile stresle başa çıkma ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Ege Hemşirelik ve Fizyoterapi Dergisi*, 37(2), 95–105.
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Re-examining the role of coping strategies in the associations between infertility-related stress dimensions and state-anxiety: Implications for clinical interventions with infertile couples. *Frontiers in Psychology*, 11, 614887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.614887>.

8. EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu Kadın ve Erkek

TANITICI BİLGİ FORMU (KADIN)	
Anket No:	
1. Yaşınız:	
2. Eğitim Durumunuz: 1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Lisans veya üstü	
3. Çalışma durumunuz: 1) Evet 2) Hayır	
4.Ekonomik durum: 1) Gelir giderden düşük 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla	
5. Evlilik süresi:(yıl)	
6. Yaşayan çocuk sayısı:	7.Kürtaj sayısı:
8.Gebelik sayısı:	9.Düşük sayısı:
10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Tedavi nedeniyle bıraktım	
11. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?(yıl)	
12. İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor? 1) Kadın kaynaklı 2) Erkek kaynaklı 3) Kadın ve erkek kaynaklı 4) Nedeni belli değil	
13. Tedavinin hangi aşamasındasınız? 1) Hormon tedavisi ile yumurta üretimi 2) Yumurta toplama işlemi 3) Aşılama 4) Embriyo Transferi	
14. İnfertilite nedeniyle cerrahi tedavi uygulanma durumunuz: 1) Evet 2) Hayır	
15. İnfertilite tedavisini destekleyici herhangi bir tedavi (psikoterapi,.....)alıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır	

TANITICI BİLGİ FORMU (ERKEK)

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz:(yıl)

- 1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlköğretim 4)Ortaöğretim
5)Yükseköğretim

3. Mesleğiniz:

- 1)Kamu Sektörü 2)Özel Sektör 3)İşçi 4)Diğer

4.Ekonomik durum:

- 1)Gelir giderden düşük 2)Gelirim giderime eşit 3)Gelirim giderimden fazla

5.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Tedavi nedeniyle bıraktım

6. İnfertilite tedavisini destekleyici herhangi bir tedavi (psikoterapi,.....)alıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

EK-2: İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)

Sayın katılımcı

İnfertilite sorunu olan çiftlerin yaşadıkları stresi belirlemek amacıyla bir çalışma yapıyoruz. Aşağıda bireylerin infertiliteyle ilgili streslerini tanımlayan ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeleri samimiyetle yanıtlamanızı rica ederiz. Tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Lütfen aklınıza ilk gelen cevabı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Tamamen katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	1	2	3	4	5
1. İnfertilite sorunu yüzünden hayatım alt üst oldu					
2.İnfertilite sorunuyla uğraşmak benim için çok stresli					
3. Çocuğumuzun olmaması ilişkimizde krize neden oldu					
4. Çocuğumuzun olmaması boşanmayı düşünmemize neden oldu					

İnfertilite sorununuz aşağıdaki durumlar üzerine ne kadar stres yükledi?	Çok Fazla	Biraz	Az	Hiç
	1	2	3	4
5. Evliliğinize/ilişkinize				
6. Cinsel yaşamınıza				
7. Kendi ailenizle ilişkinize				

8. Eşinizin ailesiyle ilişkinize				
9. Arkadaşlarınız ile ilişkinize				
10. İş arkadaşlarınız ile ilişkinize				
11. Çocukları olan insanlar ile ilişkinize				
12. Gebe kadınlar ile ilişkinize				
13. Fiziksel sağlığınıza				
14. Ruh sağlığınıza				

EK-3: İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)

İnsanlar infertilite sorunuyla farklı yollarla başa çıkmaktadır. Siz nasıl başa çıkarsınız? Ben	Kullanmadım	Bazen kullandım	Sık sık kullandım	Çok sık kullandım
	1	2	3	4
1. Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınıyorum				
2. İnsanlar gebelik ve çocuklar ile ilgili konuştuklarında ortamı terk ederim				
3. Duygularımı kendime saklamaya çalışırım				
4. Aklımı bu konulardan uzak tutabilmek için işe sarılırım veya başka iş yaparım				
5. Bir yolunu bulup duygularımı dışa yansıtırım				
6. Başkalarının ilgi ve anlayış göstermelerini beklerim				
7. Çocuğu olmayan başka kişilere danışırım				
8. Bir yakınıma veya arkadaşıma danışırım				
9. İnfertilite ile ilgili (Kitap, broşür v.b) okurum veya televizyon izlerim				
10. Bir mucize olmasını ümit ederim				
11. Yapabileceğim tek şeyin beklemek olduğunu hissederim				
12. İşlerin nasıl değişebileceğiyle ilgili fanteziler ve hayaller kurarım				
13. Bireysel olarak kendimi geliştiririm				
14. İnfertilite sorununun düzeleceğini düşünürüm				
15. Evliliğimin/ilişkimin şu anda daha da değerli olduğunu düşünürüm				
16. Başka yaşam hedefleri bulurum				
17. Bir çocuğa sahip olmak için yaşadığımız zorlukların bir anlamı olduğuna inanırım				

EK-4: İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği Kısa Formu

Bu ölçek, tüp bebek tedavisi alan kişilerin tedavi sırasında yapabilecekleri davranışları içermektedir. Önemli olan, sizin bu davranışları gerçekleştirme konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizdir. Geçmişte yaptığınız veya yapmadığınız davranışlar olsa da cevaplarınızın şu anda ki durumunuzu yansıtıp yansıtmadığından emin olun. Sizin cevaplarınız şimdi veya yakın gelecekte bu davranışları yapabilme konusunda ki öz-yeterliliğinizi yansıtacaktır.

Lütfen her bir maddeyi okuyunuz. Daha sonra bu davranışı yerine getirebilme konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizi değerlendiriniz. Ölçekteki en küçük numarayı işaretlediğinizde bu davranışın size hiç uymadığını, ölçeğin sonunda en yüksek rakamı işaretlersiniz bu davranışın size tamamen uyduğunu gösterecektir. **Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.**

Katılımınız için teşekkür ederiz.

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

Çalışmaya katkılarınız için teşekkürler ☺

EK-5: İnfertilite Stresi Ölçeği ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği Kullanım İzni

Minel Akten
Alıcı: 6 Ara 2023 Çar 17:29 ☆ 🔒 ↩ ⋮

İyi günler Hocam,
Ben Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans öğrencisi Minel Akten. Tez çalışmam olarak infertilite tedavisi gören kadınların stres düzeyi ve infertilite ile yeterliliklerini inceleyeceğimiz bir çalışma yapmak istiyoruz. Bu doğrultuda türkçeye uyarlamış olduğumuz "İnfertilite Stres Ölçeği ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği" ni kullanarak çalışmayı yürütmeyi planlamaktayız. Ölçeği kullanmamız konusunda izniniz olursa ölçeği bizimle paylaşmanız mümkün müdür?
İyi çalışmalar dilerim ve saygılarımla,

Ölçek İzin

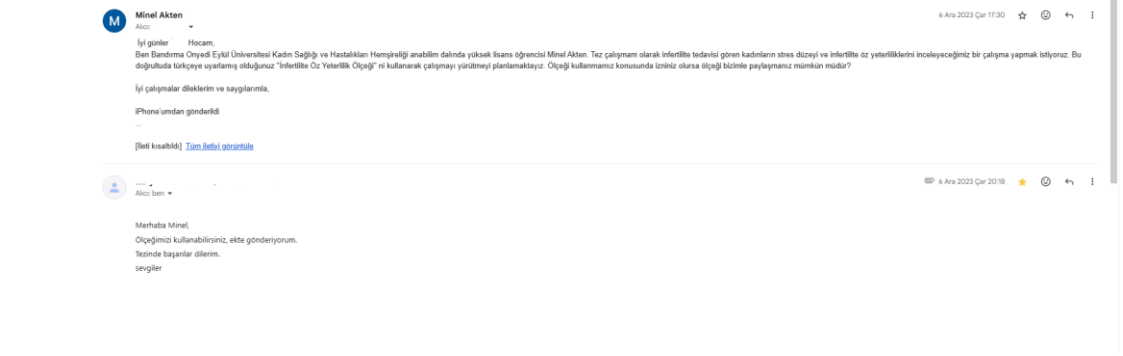
T Alıcı ben 10 Ara 2023 Paz 19:55

Merhaba Minel AKTEN ,
ile Türkiye geçerlik- güvenirliğini yapmış olduğumuz "İnfertilite Stresi Ölçeği" ve "İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği"ni kullanabilirsiniz.
Ekte tezimin PDF formatını gönderiyorum. Gerekli bilgiler içinde yer almaktadır.
Ayrıca konu ile ilgili "Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi"nde yayımlanmış bir derlememiz ve "International Journal of Caring Sciences"ta ölçeklerle ilgili iki makale yer almaktadır onları da gönderiyorum.
Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

4 ek • Gmail tarafından tarandı 📎 📎 Tümünü Drive'a ekle



EK-6: İnfertilite Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Kullanım İzni



EK-7: Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-96317027-514.10-258155852
Konu : KAEK-11/16.10.2024.197

06.11.2024

Sayın

Kurulumuz çoğunluğunun katılımı ile klinik araştırmalar etik kurulu toplantısı yapılmış olup; Yürütücüsü Olduğunuz Hem. Minel GÜDÜCÜ' nün tezi olan 'İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri Ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi' konulu araştırma dosyası klinik araştırmalar etik kurulunca görüşülüp oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 356F4F7B-81A5-4EC1-98CC-0098D8A7B1AF

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için:

Tıbbi Sekreter
Telefon No:



EK-8: Araştırma İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-263168291
Konu : Minel GÜDÜCÜ'nün Çalışması Hk.

23.12.2024

HASTANESİNE

İlgi : 12.11.2024 tarihli ve E-96317027-604.01-259248476 sayılı yazınız.

Hastanenizde hemşire olarak görev yapmakta olan Minel GÜDÜCÜ' nün ilgi sayılı yazıya konu olan **"İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Özyeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi"** başlıklı çalışmasını hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **13.12.2024 tarih ve 2024/18 sayılı kararınca uygun görülmüştür.**

Çalışmanın hastanenizin uygun gördüğü zaman diliminde yapılması, (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: C627FC55-8DEB-4F57-B485-269E9C119F9D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için:

Telefon No:



EK-9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Onam Formu

Sizi Doç. Dr. Yıldı Arzu Aba'nın sorumlu araştırmacısı, Hemşire Minel Gündücü'nün yardımcı araştırmacısı olduğu ve araştırmacılar tarafından yürütülen “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Stres, Stresle Baş Etme Stratejileri ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 365 kişidir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, ekte sunulan anket formunu doldurmanız gerekmektedir. Araştırmada sizden tahminen 10-15 dk. ayırmanız istenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve elde edilen veriler etik ilkeler doğrultusunda bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmamız bir anket formuyla gerçekleştirileceğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katıldığınızda sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararına bir durum oluşmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Sizden istenen, ankette yer alan ifadelerle ne oranda katıldığınız belirtmektir. Lütfen ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve her bir ifade için size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen anketi dikkatli ve eksiksiz doldurunuz. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya *****@gmail.com e-posta adresi ve ****-***-**-** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı ve Soyadı	Minel GÜDÜCÜ
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	Ali Dilmen Anadolu Lisesi (2013-2017)
Lisans	Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü (2017-2021) Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Faköltesi Sağlık Yönetimi (2020-2025)
Yüksek Lisans	Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Yüksek Lisans Programı (2022-Devam ediyor)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
YÖK-DİL:38.5	
MESLEKİ DENEYİM	
*****3. Basamak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire- Nisan 2022-Devam ediyor.	
***** Çocuk Acil-2022	
***** Kardiyoloji Polikliniğı – 2022	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneğı	
YAYINLARI	
Akten, M., & Aba, Y. A. (2024). Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliğı Dergisi, 10(1), 27-42.	