T. C.

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE BELİRSİZLİĞE KARŞI TAHAMMÜLSÜZLÜK, İNFERTİLİTE STRESİ İLE BAŞA ÇIKMA VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞLUĞUN BELİRLENMESİ

Berfin TAŞDEMİR

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

ANKARA

2025

ONAY

Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında
Berfin TAŞDEMİR tarafından hazırlanan
"İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük, İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma ve Spiritüel İyi Oluşluğun Belirlenmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS olarak OY ÇOKLUĞU ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI
Lokman Hekim Üniversitesi

Üye
Doç. Dr. Neslihan YILMAZ SEZER
Ankara Üniversitesi

Üye(Danışman)
Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Lokman Hekim Üniversitesi

Bu tez Lokman Hekim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

…….

Prof. Dr. Belgin NALÇACI
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikr, mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin ../../…. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin ../../….tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/ Yazarın Seçimi

../../….**İmza**

BERFİN TAŞDEMİR

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (../../….).

Öğrencinin Adı SOYADI
Berfin TAŞDEMİR
../../….
İmza:

ÖZET

İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük, İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma ve Spiritüel İyi Oluşluğun Belirlenmesi

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük, infertiliteye bağlı stresle başa çıkma ve spiritüel iyi oluşun belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki çalışma, Şubat–Mayıs 2024 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan bir tüp bebek merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 152 birey (76 çift) ile yürütülmüştür. Veriler, Demografik Bilgi Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği kullanılarak toplanmış; analizler SPSS 27 paket programı ile yapılmıştır. Cinsiyete göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadın katılımcıların aktif-mücadeleci başa çıkma yöntemi puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile aktif-yok sayma ve pasif-yok sayma başa çıkma yöntemleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ile anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış; spiritüel iyi oluş ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında ise anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Elde edilen bulgular, infertilite sürecinin yalnızca tıbbi yönüyle değil, psikososyal ve spiritüel boyutlarıyla birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Hemşirelik bakımında, çiftlerin birlikte değerlendirilmesinin yanı sıra cinsiyete özgü gereksinimlerin dikkate alınması; belirsizliğe tahammülü artırmaya, uyum sağlayıcı başa çıkma yöntemlerini desteklemeye ve spiritüel iyi oluşu güçlendirmeye yönelik girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük, Hemşirelik, İnfertilite, Spiritüel İyi Oluş, Stres ile Başa Çıkma

ABSTRACT

Determining Intolerance of Uncertainty, Coping with Infertility-Related Stress, and Spiritual Well-Being in Couples Undergoing Infertility Treatment

This study was conducted to determine intolerance of uncertainty, coping with infertility-related stress, and spiritual well-being among individuals undergoing infertility treatment, and to examine the relationships among these variables. This descriptive study was carried out between February and May 2024 with 152 individuals (76 couples) who applied to an in vitro fertilization center in Ankara and agreed to participate in the study. Data were collected using the Demographic Information Form, the Intolerance of Uncertainty Scale, the Infertility Stress Coping Scale, and the Spiritual Well-Being Scale. Statistical analyses were performed using the SPSS 27 package program. No statistically significant differences were found between male and female participants in terms of total scores on the Spiritual Well-Being Scale and the Intolerance of Uncertainty Scale ($p>0.05$). However, female participants had significantly higher scores on the active–confrontive coping method compared to male participants ($p<0.05$). Significant positive relationships were found between intolerance of uncertainty and the active-ignoring and passive-ignoring coping methods. In addition, a significant positive relationship was identified between spiritual well-being and meaning-based coping. No significant relationship was found between spiritual well-being and intolerance of uncertainty. These findings indicate that the infertility process should be addressed not only from a medical perspective but also with consideration of its psychosocial and spiritual aspects. In nursing care, it is recommended that couples be evaluated together while also considering gender-specific needs, and that interventions aimed at enhancing tolerance of uncertainty, supporting adaptive coping strategies, and strengthening spiritual well-being be planned.

Keywords: Intolerance of Uncertainty, Nursing, Infertility, Spiritual Well-Being, Coping with Stress

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bilgi, deneyim ve desteğiyle bana rehberlik eden, değerli katkılarıyla çalışmama yön veren kıymetli danışman hocam Doç Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE'ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Akademik birikimi, sabrı ve yol göstericiliğiyle bu süreci verimli ve anlamlı kıldığı için kendisine minnettarım.

Tez savunma sınavımda yer alan ve akademik gelişimime katkı sağlayan değerli Sayın Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI ve Sayın Doç. Dr. Neslihan YILMAZ SEZER'e, öğrenim hayatım boyunca bugünlere gelmemde emeği olan bütün hocalarıma, bu sürecin her aşamasında yanımda olan, sevgileri ve anlayışlarıyla bana güç veren başta kardeşim Beren TAŞDEMİR olmak üzere tüm aileme, sevgilim Erdem GÖKOĞLU'na ve arkadaşlarım Aslıhan BÜYÜKKÖMÜRCÜ, Sadife Beyza ÖRNEK, Tansu GÜL, Büşra Nur GÖNCEKLİ, Hasret UÇAR olmak üzere sevdiklerime gönülden teşekkür ederim.

Ayrıca, araştırmam boyunca bana destek olan Özel Ankara Tüp Bebek Merkezine ve katılımcılara katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Berfin TAŞDEMİR

İÇİNDEKİLER

ONAY ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI iii
ETİK BEYAN iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER viii
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR LİSTESİ xii
1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. İnfertilite 4
2.1.1. İnfertilitenin Etiyolojisi 5
2.1.2. Dünya ve Türkiye'de İnsidansı 9
2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi 10
2.1.3.1. Fiziksel değerlendirme 10
2.1.3.2. Psikososyal değerlendirme 20
2.1.4. İnfertilite Tedavisinde Kullanılan Protokoller ve Yaklaşımlar 20
2.2. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük 22
2.3. İnfertilte Stresi ile Başa Çıkma 23
2.4. Spiritüel İyi Oluşluk 26
2.5. İnfertilite Tedavi Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı 26

3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. Araştırma Türü ve Amacı 29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 29
3.4. Veri Toplanma Araçları 30
3.4.1. Demografik Bilgi Formu (EK-1) 30
3.4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (EK-3) 31
3.4.3. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (EK-2) 31
3.4.4. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (EK-4) 32
3.5. Verilerin Toplanması 33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 33
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 34
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 35
4. BULGULAR 36
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇ 55
7. ÖNERİLER 57
8. KAYNAKÇA 59
9. EKLER 67
Ek-1: Demografik Bilgi Formu 67
Ek-2: İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği 71
Ek-3: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 72
Ek-4: Üç Faktörlü Spiritüe İyi Oluş Ölçeği 73
Ek-5: Etik Kurul 74
Ek-6: Kurum İzni 75
Ek-7: Spiritüel İyi Oluş Ölçek izini 76

Ek-8: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçek İzni 77
Ek-9: İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İzini 78
Ek-10: İntihal Raporu 79
Ek-11: Özgeçmiş 85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı 36

Tablo 2. Cinsiyetlere Göre Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 37

Tablo 3. Erkek Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=76) 39

Tablo 4. Erkek Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İlişkisi (N=76) 41

Tablo 5. Kadın Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=76) 43

Tablo 6. Kadın Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İlişkisi (N=76) 45

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HSG	Histerosalpingografi
ICSI	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IVF	İn Vitro Fertilizasyon
LH	Luteinizing Hormon
OHSS	Overyan Hiperstimülasyon Sendromu
PGT	Preimplantasyon Genetik Test
PKOS	Polikistik Over Sendromu
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USG	Ultrasonografi
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Teknikler

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, "35 yaş altındaki kadınlarda 12 ay veya daha uzun süre; 35 yaş ve üstü kadınlarda ise 6 ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edilememesi olarak tanımlanan, erkek veya kadın üreme sistemine ait bir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2024). İnfertilite erkeğe, kadına veya açıklanamayan faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Dünya genelinde yaklaşık olarak her altı çiften biri infertiliteyle karşı karşıya kalmaktadır (DSÖ, 2023a). Kadınların, iş yaşamına katılımındaki artış, toplumsal alanda ve yaşam tarzı farklılıkları, ortalama evlenme ve çocuk sahibi olma yaşını yükseltmiştir. Sağlık Bakanlığı (2014), Üremeye Yardımcı Teknikler'i (ÜYTE); anne adayının ovumu ile eşinin sperminin çeşitli yöntemlerle daha elverişli bir şekilde döllenmesini gerektiğinde bu işlemin vücut dışında gerçekleştirilerek embriyonun anne adayına transfer edilmesini içeren uygulamalar olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2024). İnfertilite, çiftler için yalnızca tıbbi bir sorun olmayıp; aynı zamanda psikolojik, duygusal ve ekonomik zorluklar barındıran, fiziksel olarak da yıpratıcı olabilen çok boyutlu bir yaşam krizidir. İnfertilite süreci, bireylerde strese neden olan belirsiz bir süreç olup, duygusal iyi oluşu olumsuz etkileyebilmektedir. Greil ve arkadaşları (2010), ekonomik güvencenin infertil kadınların stres algısını azalttığını ve sosyal destek mekanizmalarıyla birlikte psikolojik iyi oluşu artırdığını ortaya koymuştur. Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, bireyin sonuçları öngöremediği durumlara karşı geliştirdiği olumsuz duygusal ve bilişsel tepkiler olarak tanımlanmakta ve infertilite sürecinde yaşanan stresle doğrudan ilişkili görülmektedir (Gana ve Jakubowska, 2016). Bireylerin stres karşısında kullandıkları baş etme stratejileri; kişilik özellikleri, yaşam koşulları ve psikolojik dayanıklılıklarına göre farklılık göstermektedir. Ruhsal ve spiritüel ihtiyaçların karşılanması, stresle baş etmede önemli bir koruyucu faktör olarak tanımlanmıştır (Romeiro ve ark., 2017).

Kişilerin stres karşısında gösterdikleri tepkiler; bireysel özelliklerine, yaşam tarzlarına ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle bireylerin kendi yaşam koşullarına, kişilik yapılarına ve inanç sistemlerine uygun stresle başa çıkma stratejileri geliştirmeleri önemlidir. Dini inançlara yönelme, sosyal

çevreden uzaklaşma, yaşanan durumu inkâr etme veya dikkati başka alanlara yönlendirme gibi yaklaşımlar stresle baş etmede etkili olabilmektedir. Bu noktada sağlık çalışanlarının infertil bireyleri ve çiftleri bütüncül bir yaklaşımla ele alarak, onların psikolojik yükünü azaltmaya yönelik destekleyici ve empatik tutumlar sergilemeleri büyük önem taşımaktadır (Akın ve Şahin, 2020; Schmidt ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar, infertiliteyle ilişkili stresin bireylerin yaşam kalitesi, evlilik doyumu ve psikolojik iyi oluşu üzerinde belirleyici etkiler yarattığını göstermektedir. Gana ve Jakubowska, (2016)'da yaptıkları çalışmada infertiliteyle ilişkili stresin psikolojik sıkıntı ve evlilik doyumu üzerindeki öngörücü etkilerini ortaya koymuş ve infertiliteyle ilişkili stresin duygusal sıkıntı üzerinde evlilik doyumundan daha güçlü bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Teklemicheal ve ark.,(2022) tarafından yapılan bir kesitsel çalışmada, Etiyopyalı infertil kadınlar arasında psikolojik stresin oldukça yayın olduğu saptanmış, yaş, medeni durum, annelik durumu ve infertilite süresiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Ngai ve Loke (2022) infertilite stresinin çiftlerin yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğunu ve aile bütünlüğünün bu ilişkide aracılık rolü üstlendiğini saptamıştır. Lei ve arkadaşları (2021) ise aile uyumu ve eğitim düzeyinin infertiliteye bağlı stresi azalttığını, hem kadınlarda hem de erkeklerde bu değişkenlerin stresle baş etmede koruyucu rol oynadığı bildirilmiştir (Lei ve ark., 2021). Mousavi ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada infertil hastalarda IVF sürecinin depresyon, anksiyete ve stresi azaltabileceğini, ancak infertilitenin karmaşık doğası nedeniyle bu etkinin her zaman anlamlı düzeyde olmayabileceğini vurgulamışlardır Mirzaeian ve Talebi (2023) yaptıkları çalışmada bilişsel-davranışçı terapinin infertil kadınlarda evlilik uyumunu artırmada ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur (Mirzaeian ve Talebi, 2023). Etemadifar ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmada yaşam doyumu ile dini boyut arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu, manevi refahı yüksek bireylerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Beygi, Bahia, Nourimand, Amoozandeh ve Forouhari (2021), dini inançların ruhsal iyilik halini desteklediğini ve infertilite yaşayan kadınlarda yaşam kalitesinin bu sayede arttığını bildirmiştir. Schuette ve arkadaşları (2023), yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin artan, anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Schuette ve ark., 2023). Bu bulgular, infertilite tedavisi sürecinde belirsizliğe

tahammülsüzlük, infertilite stresiyle başa çıkma becerileri ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkinin bireylerin psikolojik uyumları ve yaşam kaliteleri üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, araştırma infertilite tedavisi gören bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve stresle başa çıkma yeteneğinin spiritüel iyi oluşla ile ilişkisini anlamaya yönelik bir çerçeve sunmayı ve infertilite sürecinde bireylere yönelik psikososyal destek yaklaşımlarını katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, infertilite tedavisi gören çiftlerde belirsizliğe tahammülsüzlük, infertilite stresi ile başa çıkma ve spiritüel iyi oluşluğun belirlenmesidir.

Araştırmanın Soruları

1.Kadın ve erkek katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi farkı nedir?

2. Kadın ve erkek katılımcıların infertilite stresi ile başa çıkma düzeyi farkı nedir?

3. Kadın ve erkek katılımcıların spiritüel iyi oluş düzeyi farkı nedir?

4. Belirsizliğe tahammülsüzlük, infertilite stresi ile başa çıkma ve spiritüel iyi oluşluk arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

Fertilite, yalnızca bireylerin biyolojik olarak çocuk sahibi olma kapasitesini değil, aynı zamanda bu potansiyelin toplumsal, çevresel ve davranışsal etkenler aracılığıyla gerçekleşme düzeyini de ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle doğurganlık, yalnızca fizyolojik bir süreç olmayıp; yaşam tarzı değişiklikleri, çevresel maruziyetler, sosyoekonomik koşullar ve tıbbi müdahalelerle şekillenen dinamik bir olgu olarak değerlendirmektedir (Joffe, 2010).

Fekundite, bireyin ya da çiftin biyolojik olarak çocuk sahibi olabilme kapasitesini, bir adet döngüsü içerisinde gebelik elde etme ve bu gebeliği doğumla sonuçlandırma potansiyeli olarak tanımlanmakta olup %25 cıvarında kabul edilmektedir (Bankowski ve Vlachos, 2005; Joffe, 2010; Kara ve Nazik, 2021). Fertilitenin gerçekleşmemesi durumu olan infertilite, Dünya Sağlık Örgütü (2023) tarafından; 35 yaş altındaki kadınlarda bir yıl, 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise altı ay boyunca düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması durumu olarak tanımlanmakta ve hem kadın hem de erkek üreme sistemine ait bir hastalık olarak kabul edilmektedir (DSÖ, 2023). İnfertilite; kadın, erkek veya açıklanamayan faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bazı nedenleri önlenebilir nitelikte olup, tedavisinde genellikle In Vitro Fertilizasyon (IVF) ve diğer tıbbi yardımlı üreme teknikleri kullanılmaktadır (CETAD, 2024). İnfertilite, etiyolojik olarak iki ana grupta incelenmektedir. Primer infertilite, daha önce hiç gebelik yaşamamış çiftlerde görülürken; bir veya daha fazla gebelik öyküsünün bulunmasına rağmen yeniden gebelik elde edilememesi durumu sekonder infertilite olarak tanımlanmaktadır (Kara ve Nazik, 2021). Buna ek olarak, temel infertilite testleri sonucunda gebeliği engelleyici herhangi bir neden saptanamayan durumlarda açıklanamayan infertilite tanısı konulmaktadır. Bu tanının konulabilmesi için semen analizinin normal olması, düzenli ovulatuar siklusların bulunması, normal uterin kaviteye sahip olunması ve en az bir fallop tüpünün açık olduğunun gösterilmesi gerekmektedir. Bu koşulları taşıyan bireylerde doğurganlık potansiyeli bulunmasına karşın gebelik gerçekleşmemektedir (Maheshwari ve ark., 2008; Aisenberg-Romano ve ark., 2012; Aktan, 2024; Gülekli, 2011). Bu durumda infertilite tedavisine başvurulmakta ve bazı kriterler dikkate alınarak tedaviye

başlanmaktadır. Bu kriterler arasında, 35 yaş üzeri kadınlar, oligo- veya amenore belirtileri gösteren kadınlar, bilinen ya da şüphelenilen uterin veya tubal hastalıkları veya endometriozisi bulunan kadınlar, karın veya pelvik cerrahi öyküsü olan bireyler yer almaktadır. Ayrıca bilinen veya şüphelenilen semen anomalileri bulunan, daha önce ürogenital cerrahi geçirmiş, genital patolojik bulguları olan veya cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsüne sahip erkeklerde bekleme süresi gözetilmeksizin tedaviye başlanabilmektedir (CETAD, 2024; DSÖ, 2023; Dilbaz ve ark., 2009; Yumru ve Öndeş, 2011).

İnfertilite yalnızca biyolojik bir problem olarak değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarıyla da ele alınmaktadır. Çocuk sahibi olamama durumu bireylerde stres, kaygı, suçluluk, değersizlik hissi gibi yoğun duygusal tepkilere yol açabilmektedir. Bu nedenle infertilite, yalnızca bir tanı süreci ya da tedavi uygulamalarıyla sınırlı kalmayıp, çok sayıda biyolojik, çevresel ve yaşam tarzı faktörünün etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir olgudur. Dolayısıyla infertilitenin etiyolojisini anlamak, uygun tanı yöntemlerinin seçilmesi ve etkili tedavi stratejilerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

2.1.1. İnfertilitenin Etiyolojisi

Kadın ve erkek üreme sistemlerine ait anatomik, fizyolojik, hormonal ve genetik unsurların yanı sıra çevresel toksinlere maruziyet, stres, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ileri yaş gibi faktörler de infertilite gelişiminde rol oynamaktadır. Bir çiftin çocuk sahibi olabilmesi için kadın, erkek üreme sistemlerine ilişkin faktörler ile birlikte ve diğerlerinin de sağlaması gerekmektedir. Kadınlarda 25-30 yaşlarında, erkelerde 40 yaştan sonra doğurganlık azalmaya başlar (Ataman, 2022; Brandon ve ark., 2005). Yeterli sıklıkta cinsel ilişki olmaması infertilite nedeni olabildiğinden, gebelik isteyen çiftlere gerekli sıklıkta cinsel ilişkide bulunmaları tavsiye edilir. Ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmak spontan gebelik olasılığı arttırmaktadır. Öncelikle, kadında yumurtlamanın düzenli olarak gerçekleşmesi, yumurtanın fallop tüpleri tarafından yakalanması ve döllenmeye hazır hale gelmesi gereklidir. Bu süreçte, döllenmenin gerçekleşebilmesi için yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girilmiş olması önemlidir (Ataman, 2022). Erkeğin sperm sayısı, hareketliliği ve şekli döllenme için uygun özelliklerde olmalıdır. Spermlerin

rahim ağzından içeri girebilmesi, rahme doğru hareket edebilmesi ve fallop tüplerinde yumurta ile birleşerek sağlıklı bir embriyo oluşturması gerekmektedir (Brandon ve ark., 2005). Döllenmiş embriyonun birkaç gün içinde rahme ulaşması ve rahmin, embriyonun tutunmasına uygun yapıda olması da gebeliğin sağlıklı bir şekilde başlaması için önemlidir. Yerleşen embriyonun gelişimi için genetik yapısının sağlıklı olması da gerekmektedir. Ayrıca, kadınların hormonal dengelerinin stabil olması, yumurtalık rezervlerinin yeterli düzeyde bulunması ve rahmin embriyo gelişimi için uygun ortamı sağlaması gebelik şansını artıran faktörlerdendir (Ataman, 2022; CETAD, 2024). Kadın üreme sisteminde ise infertiliteye, yumurtalıklar, rahim, fallop tüpleri ve endokrin sistemdeki çeşitli anormallikler sebep olabilir. Doğurganlık bakımı, infertilitenin önlenmesi, teşhisi ve tedavisini içeren önemli bir sağlık hizmetidir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Ancak birçok ülkede, özellikle düşük ve orta gelirli bölgelerde, doğurganlık hizmetlerine erişim sınırlıdır ve bu hizmetler ulusal sağlık sigortası kapsamında yeterince desteklenmemektedir (Özdemir ve Kaplan, 2021). İnfertilite tedavisinde tıbbi yardıma erişimin sınırlı olduğu bölgelerde, geleneksel yöntemlere başvurulmakta ve bu da çiftler için daha fazla stres ve baskıya yol açabilmektedir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Kadın infertilitesinin nedenleri arasında yaş faktörü, ilişki sıklığı ve zamanlaması, sigara ve alkol kullanımı, aşırı egzersiz ve kilo değişimleri gibi yaşam tarzına bağlı etmenler yer almaktadır. Ayrıca, kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, astım gibi), çevresel ve mesleki toksinlere maruziyet (kurşun, civa, arsenik, radyasyon gibi), antidepresan ve antihipertansif ilaçların düzenli kullanımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar da kadınlarda infertiliteye yol açabilmektedir (Erdemoğlu, 2023). Kadın üreme sistemindeki infertilitenin başlıca nedenleri arasında tedavi edilmemiş cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli olmayan kürtaj ve doğum sonrası enfeksiyonlar gibi fallop tüplerinde tıkanıklıklara yol açan durumlar yer almaktadır (Terzioğlu,2021). Ayrıca, endometriozis gibi inflamatuar hastalıklar, konjenital anomaliler (örneğin septat uterus) ve rahimde iyi huylu tümörlerin (fibroidler) bulunması da infertiliteye sebep olabilir. PKOS ve diğer foliküler bozukluklar gibi yumurtlama problemleri ile üreme hormonlarının dengesizliğine neden olan endokrin sistem bozuklukları da infertiliteye yol açan faktörler arasında sayılmaktadır. Özellikle stres ve psikolojik baskının kadınların hormonal dengesini bozarak yumurtlama düzenini etkilediği bilinmektedir

(Özdemir ve Kaplan, 2021). Fertiliteyi olumsuz etkileyen başlıca faktörler arasında sigara, uyuşturucu madde ve alkol kullanımı, aşırı kilo (BKİ yüksek olması), testis ısısının artması, aşırı egzersiz ve bazı ilaçların kullanımı yer almaktadır (Özdemir ve Kaplan, 2021;). Sigara tüketimi, sperm sayısını ve hareketliliğini azaltırken, spermin normal yapısını da bozarak döllenme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir. Benzer şekilde, aşırı alkol tüketimi sperm sayısında düşüşe ve anormal sperm üretimine neden olabilir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Erkeklerde testis ısısı vücut ısısından daha düşük olmalıdır, ancak sıcak ortamlarda uzun süre bulunmak, dar pantolon giymek veya yüksek ateşe maruz kalmak testis ısısını artırarak sperm üretimini azaltabilir. Bunun yanı sıra, aşırı kilo hem hormonal dengesizliklere hem de testis ısısında artışa yol açarak fertiliteyi olumsuz etkileyebilir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Ayrıca, stresin uzun vadede hormon dengesini bozarak üreme sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği bilinmektedir (Odetayo ve ark., 2023;). Düzenli egzersiz sağlıklı bir yaşam için gerekli olsa da aşırı egzersiz hormon üretimini bozarak infertiliteye neden olabilir. Buna ek olarak, yoğun egzersiz yapan bireylerde testis fonksiyonlarında azalmalar görülebilir (Smith ve ark., 2023). Ayrıca, bazı tansiyon ve ülser ilaçları sperm sayısını düşürerek cinsel istekte azalmaya yol açabilir. Bununla birlikte, bazı kanser tedavileri ve kemoterapi ilaçları da sperm üretimini olumsuz etkileyebilir. Erkek üreme sistemindeki infertilite nedenleri arasında sperm taşıyan kanallardaki tıkanıklıklar, hormonal bozukluklar, testis fonksiyon bozuklukları ve sperm kalitesindeki anormallikler yer almaktadır. Sperm taşıyan kanallarda tıkanıklık olması, meninin dışarı atılmasını engelleyerek döllenmeyi zorlaştırabilir. Bu tıkanıklıklar genellikle genital sistemde meydana gelen enfeksiyonlar veya yaralanmalardan kaynaklanmaktadır. Testislerde sperm üretimini düzenleyen hormonlarda görülen anormallikler de erkek infertilitesine yol açabilir. Testosteron gibi hormonların düzensiz salgılanması, sperm üretimini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilir (Cleveland Clinic, 2023). Ayrıca, testis kanserleri, varikosel ve kemoterapi gibi tıbbi tedaviler testislerin sperm üretme kapasitesini ciddi şekilde bozabilir. Spermin anormal şekli ve hareketi de erkek infertilitesine yol açan önemli faktörler arasındadır. Örneğin, anabolik steroidlerin kullanımı sperm sayısı ve şeklinde bozukluklara neden olabilir. Çevresel kirleticilere ve toksinlere maruz kalmak da sperm kalitesini düşürebilir ve sperm sayısında azalmaya yol açabilir (Terzioğlu, 2021).

İnfertilite, erkek veya kadın üreme sistemlerine bağlı çeşitli etkenlerden kaynaklanabilmektedir. Özdemir ve Kaplan'ın (2021) literatür derlemesine göre, kadın kaynaklı infertilite faktörleri arasında ileri yaş, cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması, sigara ile alkol kullanımı, yoğun egzersiz ve kilo değişiklikleri, aşırı stres maruziyeti, yetersiz beslenme ile diyabet, hipertansiyon ve astım gibi kronik hastalıklar yer almaktadır. Ayrıca, çevresel veya mesleki maruziyet sonucu oluşan kurşun, civa, arsenik ve radyasyon gibi toksik maddeler, düzenli antidepresan ve antihipertansif ilaç kullanımı ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar da infertiliteye neden olabilen önemli faktörler arasında sayılmaktadır (Ataman, 2022).

Kadın üreme sisteminde infertilite nedenleri arasında tedavi edilmeyen CYBE veya güvenli olmayan kürtaj, doğum sonrası sepsis veya karın/pelvik cerrahi komplikasyonlarının neden olduğu tıkanmış fallop tüpleri gibi tüp bozuklukları; endometriozis, septum uterus veya fibroid olabilen uterus bozuklukları; PKOS ve diğer foliküler bozukluklar gibi yumurtalık bozuklukları; üreme hormonlarının dengesizliğine neden olan endokrin sistem bozuklukları. Spermlerin yaşayabileceği ve üst genital organlara ulaşabileceği sağlıklı ve fonksiyonel özellikte servikal mukusun olmaması sayılabilir. İnfertil bir kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriyozis, over kisti, myom, adneksiyal kitle vb.), vajinal enfeksiyonlar (trikomonas, kandida vb.) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (sifiliz, gonore vb.) yönünden değerlendirilmelidir. Fizik muayene ile kolay bir şekilde infertilitenin etiyolojisi belirlenebilmektedir (Ataman, 2022; Özdemir ve Kaplan, 2021; Can ve Yılmaz, 2021; Şahin, 2020). Erkeklerde üreme sistemine bağlı infertilite nedenleri arasında üreme sisteminin tıkanması, meninin dışarı atılmasında işlev bozukluklarına neden olur. Bu tıkanıklık meni taşıyan tüplerde (boşalma kanalları ve seminal kesecikler gibi) meydana gelebilir. Tıkanıklıklar genellikle genital sistemdeki yaralanmalar veya enfeksiyonlardan kaynaklanır;

Hipofiz bezi, hipotalamus ve testisler tarafından üretilen hormonlarda anormalliklere yol açan hormonal bozukluklar; testosteron gibi hormonlar sperm üretimini düzenler. Hormonal dengesizliğe yol açan bozuklukların örnekleri arasında hipofiz veya testis kanserleri; örneğin varikosel veya sperm üreten hücreleri bozan tıbbi tedaviler (kemoterapi gibi) nedeniyle testislerin sperm üretememesi; Ve anormal sperm

fonksiyonu ve kalitesi. Spermin anormal şekline (morfolojisine) ve hareketine (motilitesine) neden olan durum veya durumlar doğurganlığı olumsuz etkiler. Örneğin, anabolik steroidlerin kullanımı sperm sayısı ve şekli gibi anormal semen parametrelerine neden olabilir. Bunların yanı sıra sigara içmek, aşırı alkol tüketimi ve obezite gibi yaşam tarzı faktörleri doğurganlığı etkileyebilir. Ayrıca, çevresel kirleticilere ve toksinlere maruz kalmak, gametler (yumurta ve sperm) için doğrudan toksik olabilir, bu da bunların sayısının azalmasına ve kalitesinin düşmesine neden olabilir (Özdemir ve Kaplan, 2021).

2.1.2. Dünya ve Türkiye'de İnsidansı

DSÖ'nün (2023) "Infertility Prevalence Estimates 1990–2021" başlıklı küresel raporuna göre, dünya genelinde birçok birey yaşamları boyunca infertilite ile karşılaşmaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık %17,5'ine karşılık gelen bu durum, dünya çapında yaklaşık her altı kişiden birinin infertilite yaşadığı anlamına gelir. Bu veriler, uygun maliyetli ve kaliteli doğurganlık hizmetlerine erişimin artırılmasının acil bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bölgeler arasında infertilite prevalansında sınırlı farklılıklar olduğunu gösteriyor. Oranların yüksek, orta ve düşük gelirli ülkeler için karşılaştırılabilir olması, bunun küresel anlamda büyük bir sağlık sorunu olduğuna işaret ediyor. Yaşam boyu yaygınlık yüksek gelirli ülkelerde %17,8, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %16,5 idi. (DSÖ, 2023b) Türkiyede sağlık bakanlığı insidansı %10-%15, tahmini milyon insan infertileden etkilendiğini saptamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan raporda, infertilitenin "ayrımcılık yapmayan evrensel bir sağlık sorunu" olduğu vurgulanmış ve doğurganlık hizmetlerine erişimin artırılmasının gerekliliği ifade edilmiştir (DSÖ, 2023a). DSÖ verilerine göre infertilite, bireylerin zihinsel ve psikososyal iyilik hâlini olumsuz etkileyerek yoğun stres, damgalanma ve ekonomik yük yaratabilmektedir (DSÖ, 2023b). Bununla birlikte, in vitro fertilizasyon (IVF) gibi yardımcı üreme teknikleri dâhil infertilitenin önlenmesi, tanısı ve tedavisi çoğu zaman yüksek maliyet, toplumsal önyargılar ve kısıtlı erişim nedeniyle yetersiz finansman sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır. Pek çok ülkede doğurganlık tedavilerinin finansmanı bireyler tarafından karşılanmakta; bu durum özellikle düşük gelirli ülkelerde yaşayan kişilerin gelirlerinin

büyük bir kısmını bu hizmetlere ayırmasına ve yıkıcı ekonomik sonuçlarla karşılaşmasına yol açmaktadır. DSÖ Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Araştırma Direktörü Pascale Allotey de infertilite tedavisi sonrası milyonlarca kişinin yüksek sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kaldığını, bunun ciddi bir eşitsizlik ve tıbbi yoksulluk tuzağı oluşturduğunu belirtmiştir (DSÖ, 2023a). Ayrıca, Birleşmiş Milletler İnsan Üreme Konusunda Özel Araştırma, Geliştirme ve Eğitim Programı, etkin politika ve kamu finansmanının tedaviye erişimi artırarak yoksul ailelerin ekonomik çöküşten korunmasına katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2024).

2.1.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi sürecinde, diğer tıbbi alanlarda olduğu gibi kapsamlı bir medikal öykü ve anamnez alınması gerekmektedir. İnfertilite, bireysel bir sorun olmaktan ziyade çiftin ortak bir problemi olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle, temel infertilite değerlendirmesine çift bir bütün olarak yaklaşarak eş zamanlı başlanması önemlidir. Kadınlarda ovulasyon durumu incelenirken, erkeklerde de sperm analizi yapılmalıdır. İnfertilitenin altında yatan nedenlerin tüm yönleriyle araştırılması, hem etkili bir tedavi planının oluşturulması hem de çiftlerin psikolojik durumlarının anlaşılması açısından ilk değerlendirme aşamasının kritik olduğu vurgulanmaktadır. Hemşireler, infertilite inceleme sürecini titizlikle yürütmeli ancak çiftlerdeki anksiyete ve stresi minimumda tutmak amacıyla süreci mümkün olduğunca hızlı tamamlamalıdırlar (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Şahin, 2020).

2.1.3.1. Fiziksel değerlendirme

Yapılacak fizik muayene, detaylı pelvik ultrason, meme ve tirod bezi muayenesi, androloji fazlalılığı bulguları, bimanuel ve spekulum muayenesi ile kul de sac ve parametrial veya paravajinal alanlarda hassasiyet ya da kitle araştırması olarak özetlenebilir. Yine tedavi öncesi cinsel yolla bulaşan hastalık taraması ve pap-smear yapılması, rubella ve varisella gibi gebeliği komplike edebilecek enfeksiyonları, serolojisi (Hbsag, HIV 1+2, Anti-HCV) istenir ve negatif ise aşılama konusunda bilgi verilmesi değerlendirmenin diğer önemli kısmını oluşturmaktadır (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Şahin, 2020).

Başarılı bir üreme hipotalamus, hipofiz, overler, fallop tüpleri, uterus, serviks ve vajinayı içeren üreme ekseninin yapısal ve fonksiyonel olarak uyumlu ve uygun çalışmasını gerektirir. Bu ekseni araştıran infertilite incelemeleri belli başlı yedi öğeden meydana gelir: Bunlar anamnez alma, fiziki muayene, semen analizi, sperm-servikal mukus etkileşimi (postkoital test), ovülasyonun araştırılması, tubaların açıklığının değerlendirilmesi, peritoneal anormalliklerin tesbit edilmesi ve uterustaki anormalliklerin ortaya çıkarılmasını içermektedir (Brandon ve ark., 2005).

- **Kadın faktörlü infertilitenin değerlendirilmesi**

Kadının değerlendirilmesine anamnez alınmasıyla başlanmalıdır. Anamnezde temel olarak sosyodemografik bilgiler ile genel sağlık öyküsüne ilişkin sorular yer almalıdır. Kadınlarda anamnez, erkeklere göre daha detaylı yapılmalı; özellikle infertilite süresi ve risk faktörleri ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Kadınlarda risk faktörleri kapsamında obstetrik öykü, primer veya sekonder dismenore, menstrual döngü özellikleri, cinsel yaşam öyküsü, mevcut hastalıklar, önceki tanı ve girişimler, infertilite öyküsü, kullanılan kontraseptif yöntemler ile bireysel alışkanlıklar sorgulanmalıdır. Ayrıca beden kitle indeksi (BKİ), tiroid hastalıkları, galaktore ve hirsutizm gibi endokrin bozukluklar da anamnezde dikkatle ele alınmalıdır. Ailede erken menopoz, diyabet, hipertansiyon, tiroid disfonksiyonu, galaktore ya da meme kanseri öyküsü bulunan bireyler özellikle araştırılmalıdır. Kadınların kullandığı ilaçlar ve meslekleri de infertilite değerlendirmesinde göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörlerdendir (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Terzioğlu, 2021; Topçu, Evliyaoğlu ve Şahin, 2017; Şahin, 2020). Fizik muayenenin temel amacı sistemik hastalıkları, genetik anomalileri ve androjen disfonksiyonunu tespit etmektir. Kadınların muayenesinde BKİ, vücut yağ dağılımı, meme gelişimi, galaktore, saç şekli fokal nörolojik bulgular ve pelvis değerlendirilmelidir. Pelvik muayene ise dış genital organlar, vajina ve serviksin durumu ile rektovajinal muayeneyi içermeli; endometriozis açısından uterosakral ligamentler, uterus ve adneksler dikkatle incelenmelidir (Brandon ve ark., 2005; Can ve Yılmaz, 2021).

Overlerin Değerlendirilmesi; Over fonksiyonun değerlendirilmesi için ovulasyonun gösterilmesi kullanılmaktadır. İnfertil kadınların %40'ında, infertil çiftlerin de %15'inde over disfonksiyonu izlenir. İnfertilitenin sık görülen bir nedeni olan overyan

disfonksiyonunun ekarte edilmesi veya gösterilmesi önemlidir. Ancak ovulasyonu gösteren tüm testler ovulasyonun indirekt belirteçlerini saptayarak çalışır. Ovulasyonun kesin ve tek göstergesi olan gebelik dahi ovulasyonun indirekt bir bulgusudur. Menstrual bozukluklar, oligomenore, amenore, disfonksiyonunan en yaygın nedenleri PKOS değerlendirilir. (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Erdemoğlu, 2023). Düzenli olarak 21-35 günlük aralıklarla adet gören, menstruasyon kanaması miktarında belirgin bir değişiklik yaşanmayan ve menstrüasyon öncesi moliminal semptomlar bulunan kadınlarda ovulasyonun doğrulanmasına genellikle gerek yoktur. Benzer şekilde, anormal uterin kanama, oligomenore veya amenore gibi farklı klinik durumları işaret eden kadınlarda da ovulasyonu kanıtlamak için ek testlere ihtiyaç duyulmaz. Ancak bu hastalarda anovulasyonun diğer olası nedenlerinin dışlanması önemlidir. Bu bağlamda, menstrual siklusun 3. gününde ölçülen FSH ve estradiol seviyeleri ile serum TSH ve prolaktin düzeyleri, amenore ayırıcı tanısında kullanılan temel infertilite testleri arasında yer alır. Bu testler, hipotalamik-hipofiz yetmezliği, tiroid fonksiyon bozuklukları veya hiperprolaktinemi gibi durumların tanınmasını sağlayarak, uygun ve hedefe yönelik tedavi planlarının oluşturulmasına olanak tanır (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Topçu ve ark., 2017).

Bifazik Vücut Isısı Ölçümü: Anovulatuar kadınlarda vücut ısısı genellikle tek fazlıdır, buna karşın ovulatuar kadınların çoğunda vücut ısısında iki fazlı değişiklikler gözlenir. Ovulasyon sonrası progesteron artışına bağlı olarak, vücut ısısı yaklaşık 10 gün süreyle yükselir. Basit ve maliyeti düşük bir yöntem olmasına rağmen, pratikte bu yöntemin kullanımı önerilmemektedir (Brandon ve ark,, 2005; Erdemoğlu, 2023; Vural, 2012b).

Luteal Faz Serum Progesteron Ölçümü: Mid-lüteal fazda serum progesteron seviyesinin 3 ng/ml'nin üzerinde olması, ovulasyonun objektif göstergesidir. Progesteron salgısı LH'ın pulsatil sekresyonuna bağlıdır ve mid-lüteal dönemde dalgalanma gösterebilir. Klinik uygulamada genellikle tek bir serum progesteron ölçümü ovulasyonu değerlendirmek için yeterli kabul edilmektedir (Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

İdrar LH Tayini: Fertilite potansiyelini değerlendirmek için kullanılan pratik bir testtir. En yüksek üreme şansı, LH pikinin meydana geldiği gün ve takip eden gündedir. Test genellikle sabah ilk idrar veya gün ortası idrar örnekleriyle yapılır ve serum LH seviyeleriyle korelasyon gösterir. Ancak, LH testlerinde yanlış pozitif veya negatif

sonuçlar görülebilir; bu nedenle sonuçların mid-lüteal serum progesteron ölçümü ile doğrulanması önerilir. Transvajinal ultrasonografi ile menstrüasyon başlangıcından itibaren folikül büyümesi (ortalama 4-6 mm), dominant folikülün (20-25 mm) ani kollapsı, folikül sınırlarının belirginleşmemesi, Douglas boşluğunda sıvı varlığı ve korpus luteuma benzer eko özelliklerin varlığı ovulasyonun işaretleridir (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023).

Endometrial Biyopsi: Ovulasyonun gösterilmesinde geçmişte altın standart olarak kabul edilen invaziv bir yöntemdir. Ancak, değerlendirme sürecindeki subjektiflik ve gözlemciye bağlı farklılıklar nedeniyle günümüzde rutin kullanım dışı kalmıştır. Yine de, anormal uterin kanama ve kronik endometrit gibi durumlarda uygulanabilir. Gelecekte endometrial proteinlerin biyokimyasal ve genetik ölçümleri ile ovulasyonun varlığı ve oosit kalitesi daha objektif olarak değerlendirilebilecektir. Anovulatuar kadınlarda ovulasyonun sağlandığı 3-6 siklus boyunca gebelik elde edilememesi durumunda tanısal değerlendirmelerin tamamlanması önerilir ve buna göre farklı tedavi seçenekleri değerlendirilir (Brandon ve ark., 2005; Terzioğlu, 2021; Erdemoğlu, 2023).

Over Rezervinin Değerlendirilmesi: 35 yaş üstü kadınlarda veya genç yaşta prematür over yetmezliği gibi risk faktörü bulunanlarda, siklusun 3. gününde FSH ve estradiol seviyelerinin ölçülmesi temel infertilite tarama yöntemlerindendir. İleri değerlendirme yöntemleri arasında klomifen sitrat stimülasyon testi (CCCT), anti-Müllerian hormon (AMH) düzeyleri ve antral folikül sayımı yer almaktadır. Azalmış over rezervi, oosit sayısı ve kalitesinde düşüşe bağlı olarak üreme potansiyelinde azalmaya neden olmaktadır. Ancak over rezervini değerlendirebilecek mükemmel ve tek bir test bulunmamaktadır; bu nedenle genellikle birden fazla testin kombinasyonu kullanılmaktadır (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Vural, 2012a).

Azalmış Over Rezervi: Azalmış over rezervi, düzenli adet gören kadınlarda, aynı yaş grubundaki diğer kadınlara kıyasla overyan stimülasyona yanıtın ve fekunditenin azaldığı durumu ifade eder. Bologna Kriterleri'ne göre azalmış over rezervi tanısı koyulabilmesi için aşağıdaki üç faktörden en az ikisinin varlığı gereklidir: 40 yaş ve üzeri olmak ya da kötü over yanıtı için risk faktörüne sahip olmak; daha önce konvansiyonel stimülasyon protokolü ile yapılan iki ayrı siklusta ≤3 oosit elde edilmesiyle kötü over yanıtı göstermiş olmak; anormal over rezerv test sonuçlarına

sahip olmak. Azalmış over rezervi, oosit sayısında ve kalitesinde azalma ile azalmış üreme potansiyeli anlamına gelir. Over rezerv testleri, tüm infertil kadınlara değil, belirlenen risk faktörlerine sahip kadınlara uygulanmalıdır (Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021; Topçu ve ark., 2017).

Statik Testler:

Bazal Serum Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH): Siklusun 2. ile 4. günleri arasında ölçülen FSH, over rezervinin belirlenmesinde en sık kullanılan ve en basit testlerden biridir. Ancak, test sonuçları sikluslar arası ve siklus içi farklılık gösterebilir. FSH değerinin 10 IU ve üzerinde olması, yardımcı üreme teknikleri (ART) uygulanan hastalarda kötü overyan yanıtın göstergesi olabilir; bu durumun spesifitesi %83-100 arasında, sensitivitesi ise %10-80 arasındadır (Ataman, 2022; Brandon ve ark., 2005; Can ve Yılmaz, 2021; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

Bazal Serum Estradiol (E2): Tek başına anlamı sınırlıdır ve genellikle bazal FSH ile birlikte değerlendirilir. Erken foliküler dönemde E2 seviyesinin 80 pg/ml'nin üzerinde olması, ileri foliküler gelişim ve baskın folikülün erken seçilmesinin işareti olabilir. Yüksek E2 seviyeleri premenopozal dönemde FSH'ı baskılayarak AOR tanısını gizleyebilir, bu yüzden FSH ve E2 birlikte değerlendirilmelidir (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

Bazal Serum İnhibin B: Granüloza ve teka hücreleri tarafından salgılanan ve FSH salınımını inhibe eden TGF-β ailesinden bir glikoproteindir. İnhibin B seviyesi 45 pg/ml'nin altında ise azalmış over rezervine işaret eder. Ancak fekundite hakkında bilgi vermez ve rutin kullanım için önerilmez (Erdemoğlu, 2023).

Antimülleryan Hormon (AMH): Küçük preantral ve erken antral foliküllerin granüloza hücrelerinden salgılanan, gonadotropin bağımsız TGF-β ailesi üyesi bir hormondur. Siklus içinde ve sikluslar arası farklılık göstermemesi nedeniyle diğer over rezerv testlerine kıyasla avantaj sağlar. Yaş ilerledikçe primordial folikül havuzu azaldıkça AMH seviyeleri düşer ve menopozda ölçülemeyecek seviyelere iner. ART sikluslarında AMH düzeyi oosit sayısı ile korelasyon göstermektedir. AMH <1 ng/ml değerleri kötü embriyo kalitesi, zayıf over yanıtı ve kötü gebelik sonuçlarıyla ilişkilidir. AMH >3.5 ng/ml ise overyan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) riskini artırır. Düşük AMH seviyeleri kötü over yanıtı açısından yüksek özgüllüğe sahip olsa da gebelik şansı hakkında bilgi vermez. AMH seviyeleri oral kontraseptif kullanımı,

GnRH agonist tedavisi, obezite ve hipogonadotropik hipogonadizm gibi durumlarda yanıltıcı olabilir. Erken foliküler dönemde AMH ölçümü önerilmektedir (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Brandon ve ark., 2005; Can ve Yılmaz, 2021; Terzioğlu, 2021; Tuğrul, 2012).

Dinamik Testler:

Klomifen sitrat challenge testi (CCCT): CCCT uygulamasında, hastanın 3. gününde FSH ve estradiol (E2) seviyeleri ölçülür. Ardından, 5. ile 9. günler arasında günlük 100 mg klomifen sitrat verilir. Testin 10. gününde tekrar FSH düzeyi belirlenir. İleri yaşta olan kadınlarda folikül kohortu sayısı azalır, buna bağlı olarak E2 ve inhibin-b üretimi düşer. Klomifen tedavisi sonrası FSH'da görülen artış ise negatif geri bildirim mekanizmasının zayıflaması ile sonuçlanır. Bu durum, azalmış over rezervi olanlarda 10. gün FSH seviyelerinin daha yüksek olmasına neden olur. Metaanalizlerde, 10. gün FSH ölçümünün, 3. gün FSH'a kıyasla over rezervini belirlemede daha yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak, antimülleryan hormon (AMH) ve antral folikül sayısı (AFC) testlerinin yaygın kullanımı ile CCCT'nin klinikteki kullanım oranı azalmıştır (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

GnRH Agonist Stimülasyon Testi (GAST): Bu test, siklusun 2. veya 3. gününde subkutan yolla 1 mg löprolid asetat uygulanması ile başlar. Uygulamadan 24 saat sonra E2, FSH, LH ve inhibin-b seviyeleri ölçülür. E2'deki artış, folikül kohortunun büyüklüğü ile ilişkilidir; over rezervi düşük olan kadınlarda E2 artışı da azdır (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

Ekzojen FSH Overyan Rezerv Testi (EFORT): Siklusun 3. gününde 300 IU FSH subkutan olarak verilir. 24 saat sonra E2 ve inhibin-b düzeylerindeki artış değerlendirilir. Bu test, over rezervinin fonksiyonel değerlendirilmesine yardımcı olur (Ataman, 2022; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

Ultrasonografik Testler:

Antral Folikül Sayısı (AFC): AFC, her iki overde erken foliküler dönemde transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ile tespit edilen antral foliküllerin toplam sayısını ifade eder. Histolojik olarak, antral folikül sayısı primordial folikül sayısıyla paralellik gösterir; bu nedenle AFC, over rezervi hakkında dolaylı fakat önemli bilgiler sağlar. Toplam AFC'nin 3-4 arasında olması, azalmış over rezervini (AOR) tanımlamada %73-100

spesifisite ve %9-73 arasında sensitivite ile ilişkilidir. AFC, over rezervinin durumu ve stimülasyona yanıt hakkında iyi bir gösterge olmakla birlikte, oosit kalitesi ve yardımcı üreme teknikleri (ART) sonrası gebelik sonuçlarını tahmin etmede yeterli değildir (Erdemoğlu, 2023).

Over Fonksiyonunun Değerlendirilmesi:

Histereskopi; Uterin boşluğun doğrudan gözlemlenmesini sağlayan ve "histeroskop" adı verilen bir cihaz aracılığıyla gerçekleştirilen, güvenilirliği yüksek bir tanı yöntemidir. Bu işlem sırasında kavite; karbondioksit (CO_2), salin solüsyonu veya yüksek moleküler ağırlıklı dekstran ile doldurularak incelenir. Diğer geleneksel yöntemlerden farkı, rahim içini doğrudan görüntüleme olanağı sunmasıdır. Genellikle histerosalpingografi (HSG) ile elde edilen bulguların doğrulanmasında tercih edilir. Cerrahi müdahale öncesinde lezyonların değerlendirilmesinde HSG'ye kıyasla daha fazla bilgi sağlar. Ayrıca, tespit edilen patolojilerin aynı anda tedavi edilebilmesi önemli bir avantajdır. Ancak histeroskopi, myometrium, tüpler ve adneksler hakkında detaylı bilgi sunamaz. Bu nedenle, kadın infertilitesinin değerlendirilmesinde tek başına yeterli olmayıp, HSG veya laparoskopi gibi yöntemlerle birlikte kullanılması önerilir (Can ve Yılmaz, 2021; Terzioğlu, 2021).

Histerosalpingografi (HSG); Genellikle diğer pelvik faktörlerin değerlendirilmesinden sonra başvurulan bu yöntem, ovulasyonun veya olası bir erken gebeliğin etkilenmemesi için siklusun erken proliferatif fazında gerçekleştirilmelidir. Uygulama, adet kanamasının hemen ardından yapılması önerilir. Hem tanı koyma hem de tedavi edici özellik taşıyan bu yöntem, tüplerin yıkanması sayesinde takip eden siklusta gebelik şansını artırabilir. Kontrast madde verilmesiyle tıkanmış tüplerin açılması da mümkün olabilir (Brandon ve ark., 2005; Terzioğlu, 2021).

Histeresonografi (HSS); Histerosonografi, transvajinal yolla uterin kaviteye serum fizyolojik veya kontrast madde verilerek ultrasonografi eşliğinde yapılan bir değerlendirme yöntemidir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, intrauterin patolojilerin saptanmasında salin infüzyon sonogramının etkili bir görüntüleme alternatifi olduğunu göstermektedir. Radyasyon içermemesi, alerjik reaksiyon riski taşımaması ve klinik ortamda kolaylıkla uygulanabilir olması önemli avantajları arasında yer almaktadır. Histerosalpingografiyle (HSG) karşılaştırıldığında, daha az rahatsızlık ve

komplikasyon riskiyle, pratik, ekonomik ve duyarlılığı yüksek bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Can ve Yılmaz, 2021; Terzioğlu, 2021).

Manyetik rezonans görüntüleme (MR); Manyetik rezonans görüntüleme (MR), noninvaziv ve oldukça etkili bir görüntüleme tekniğidir. Özellikle myomlar ile kompleks doğumsal uterin ve pelvik anomalilerin ya da kitlelerin tanısında kullanılmaktadır. Ancak yüksek maliyeti nedeniyle rutin değerlendirmelerde kullanım alanı sınırlı kalmaktadır (Can ve Yılmaz, 2021).

Laparaskopi; Kadın üreme organlarına ait tubal tıkanıklık, endometriozis, pelvik yapışıklıklar, kistler ve pelvik inflamatuvar hastalıkların (PID) tanı ve tedavisinde kullanılan etkili bir cerrahi yöntemdir. Genellikle foliküler fazda uygulanır ve genel anestezi altında, litotomi pozisyonundaki hastaya anterior abdominal duvardan giriş yapılarak karın içine karbondioksit verilmesiyle gerçekleştirilir. İşlem sonrası iyileşme süreci hızlı olup, kadınlar birkaç gün içinde günlük aktivitelerine dönebilmektedir. Laparotomiye kıyasla daha kısa hastanede kalış süresi ve daha az invaziv oluşu nedeniyle fertilite cerrahisinde sıklıkla tercih edilir. Bununla birlikte, HSG ile benzer sonuçlar verebildiğinden, infertilite değerlendirmesinde genellikle son aşamada uygulanır. Ancak ileri yaş kadınlarda pelvik yapışıklık veya endometriozis şüphesi mevcutsa daha erken dönemlerde de tercih edilebilmektedir (Brandon ve ark., 2005; Can ve Yılmaz, 2021; Terzioğlu, 2021; Uncu ve Yücebilgin, 2012).

- **Erkek faktörlü infertilitenin değerlendirilmesi**

Erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde ilk adım, kapsamlı bir anamnez alınmasıdır. Bu süreçte kişinin mevcut şikayetleri, mesleği, daha önce semen analizi yaptırıp yaptırmadığı, memelerdeki değişiklikler ile diyabet veya hipertansiyon gibi sistemik hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. Ayrıca sigara, alkol, kafein ve ilaç kullanımı gibi yaşam tarzına ilişkin bilgiler de edinilmelidir. Cinsel öyküde ise cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması, erektil disfonksiyon, ejakülasyon problemleri, libido düzeyi ve varsa önceki partnerlerinden çocuk sahibi olup olmadığı gibi unsurlar değerlendirilmelidir. Geçirilmiş enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, skrotal patolojiler, cerrahi öyküler ve ailede benzer infertilite öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Kadın anamnezine benzer şekilde, erkeğin sosyodemografik özellikleri ve genel sağlık durumu da değerlendirme kapsamına alınmalıdır. Bununla

birlikte erkeğin gelişimsel süreci, cinsel öyküsü, kontrasepsiyon yöntemi, geçirilmiş hastalıklar veya operasyonlar detaylı şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca kişinin mesleki ortamı, yaşam alışkanlıkları ve sürekli kullandığı ilaçlar da infertiliteye etkileri açısından dikkate alınmalıdır. Bütün bu anamnez süreci tamamlandıktan sonra, erkek infertilitesinin temel tanı testlerinden biri olan spermiogram testi yapılmalıdır (Ataman, 2022; Can ve Yılmaz, 2021; Dilbaz ve Değirmenci, 2009; Topçu ve ark., 2017).

Erkeklerde genel olarak kullanılan değerlendirme testleri arasında semen analizi, hormonal değerlendirme, antisperm antikor testi, radyolojik değerlendirme, testiküler biyopsi yapılmaktadır (Dilbaz ve Değirmenci, 2009; Erdemoğlu, 2023; Terzioğlu, 2021).

Semen analizi (Spermiyogram): Infertil erkeğin laboratuvar değerlendirmesinin ilk ve en önemli basamağıdır. Test öncesinde en az 3-5 günlük cinsel perhiz gereklidir. İdeal olarak test laboratuvarda yapılmaktadır. Semen hacmi ile sperm konsantrasyonu, hareketi ve morfolojisine yönelik bilgi elde edilir. (Dilbaz ve Değirmenci, 2009; Erdemoğlu, 2023). DSÖ kriterlerine göre semen değerleri normal ise testin tekrarlanmasına gerek yoktur. En az 2 testin sonuçları anormal ise ileri tetkikler yapılır. DSO semen analizi değerlendirme terminolojisi şu şekildedir: (DSÖ, 2021; Erdemoğlu, 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 2021) semen analizi için belirlediği referans değerlere göre; ejakülat hacminin 2–6 mL arasında olması beklenmektedir. Semenin pH değerinin 7,0 ile 8,0 aralığında olması normal kabul edilmektedir. Mililitre başına toplam sperm konsantrasyonunun 60–120 milyon arasında olması referans aralığını oluşturmaktadır. Semen örneğinin sıvılaşmasının en geç bir saat içinde tamamlanması gerekmektedir. Sperm hareketliliğinin en az %60 düzeyinde olması ve normal morfolojiye sahip sperm oranının %60 ve üzerinde bulunması, normal semen parametreleri kapsamında değerlendirilmektedir (DSÖ, 2021).

Hormonal değerlendirme: Normal sperm parametrelerine sahip erkeklerde hormonal bozuklukları nadir görülmektedir. Anormal sperm analazi, seksüel işlevde bozulma ve endokrinopati varsa hormonal değerlendirme yapılmaktadır. İlk olarak testesteron, FSH ve LH düzeyine bakılır. Testesteron düzeyi <300 ng/ml ise testesteron, LH ve prolaktin bakılır (Brandon ve ark., 2005; Erdemoğlu, 2023; Şahin, 2020).

Fiziki muayene: Ürolog üreme organlarını muayene eder. Testislerin yerinde olup olmadığı, testislerin durumu, sperm kanalları, skrotum içinde genişlemiş damarların olup olmadığı araştırılır. Prostat muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca vücut yağ ve kıllarının dağılımına bakılır (Dilbaz ve Değirmenci, 2009). Erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde fiziksel muayene, üroloji uzmanı tarafından üreme organlarının ayrıntılı incelenmesini içerir. Bu kapsamda testislerin yerinde olup olmadığı, boyutları ve kıvamı değerlendirilir; sperm taşıyıcı kanallar ve skrotum içindeki damar yapıları gözden geçirilir. Özellikle varikosel varlığı araştırılırken, prostat muayenesi de ihmal edilmemelidir. Ayrıca vücut kıllanma ve yağ dağılımı gibi sekonder seks karakterleri de incelenir (Dilbaz ve Değirmenci, 2009).

Fizik muayenede ilk olarak testisler ve inguinal-skrotal bölge anatomik yapılarıyla değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra, erkek üreme sistemindeki diğer yapıların olası kitle, lezyon, tıkanıklık veya hiperplazi açısından gözden geçirilmesi gereklidir (Can ve Yılmaz, 2021).

Antisperm antikor testi: Spermatogenez, ergenlik döneminde başladığı için bağışıklık sistemi spermleri yabancı antijen olarak algılayabilir. Normalde testis içindeki sperm hücreleri, sertoli hücreleri tarafından oluşturulan ve immünoglobulinlerden koruyan kan-testis bariyeri sayesinde korunur. Ancak bu bariyerin bütünlüğünün bozulması, antisperm antikorlarının gelişimine yol açabilir. Bu durum; epididimit, vazektomi, doğumsal bariyer defektleri veya inmemiş testis gibi nedenlerle ilişkilendirilebilir (Erdemoğlu, 2023).

Radyolojik değerlendirme: Erkek infertilitesinde bazı özel durumlarda radyolojik görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır. Vaz deferenslerin açıklığını değerlendirmek amacıyla vazografi, varikosel tanı ve tedavisinde ise venografi tercih edilebilir. Ayrıca gerekli görülen vakalarda transrektal, skrotal veya abdominal ultrasonografi (USG) yapılabilir. Ancak bu görüntüleme yöntemleri, genel infertilite taramasında rutin olarak önerilmemektedir (Dilbaz ve Değirmenci, 2009; Erdemoğlu, 2023; Şahin, 2020).

Testis biyopsisi: Semen analizinde sperm sayısının yok denecek kadar az olduğu ya da tamamen bulunmadığı durumlarda testis biyopsisi tanısal bir araç olarak kullanılır. Bu yöntem, sperm üretiminin değerlendirilmesinde en güvenilir yaklaşımlardan biridir. Genellikle azospermik ya da oligoastenoteratospermik erkeklerde, obstrüktif ve

nonobstrüktif azospermi ayrımını yapmak amacıyla uygulanır. Biyopsi, her iki testisten lokal veya genel anestezi altında küçük doku örnekleri alınarak gerçekleştirilir. Aynı anda ince bir iğne yardımıyla doku emilimi de yapılabilir. Bu işlem, testislerdeki sperm üretiminin haritasını çıkarma imkânı verir. Alınan örnekler mikroskop altında değerlendirilerek, sperm hücresi varlığı araştırılır ve böylece testiküler fonksiyon hakkında doğrudan bilgi sağlanır (Dilbaz ve Değirmenci, 2009; Erdemoğlu, 2023; Şahin, 2020).

2.1.3.2. Psikososyal değerlendirme

İnfertilite, sadece biyolojik bir sorun olmayıp, bireyler ve çiftler üzerinde ciddi psikolojik ve sosyal etkiler yaratabilen çok boyutlu bir deneyimdir (Tavousi ve ark., 2022). Psikososyal yönün tanısı, infertiliteye bağlı duygusal sıkıntıların, sosyal izolasyonun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine olanak sağlayarak hem bireysel adaptasyon hem de tedavi sürecine uyum açısından kritik bir işlev görür.

Psikososyal değerlendirmede hemşirelik yaklaşımı, empatik dinleme, açık uçlu sorular ve bireysel gözlemlerle desteklenmelidir. Böylelikle kültürel faktörler, toplumsal normlar ve bireysel inançlar da tanı sürecine dahil edilir. Psikolojik sıkıntıların anlaşılması, tedaviye bağlı stresi azaltarak çiftlerin tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini iyileştirir.

2.1.4. İnfertilite Tedavisinde Kullanılan Protokoller ve Yaklaşımlar

İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavilerinde kullanılan protokoller, GnRH agonisti veya antagonisti baz alınarak "agonist" ve "antagonist" protokoller olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlara ek olarak, gonadotropinlerle birlikte klomifen sitrat içeren "minimal stimülasyon protokolü" de bir diğer alternatif tedavi yaklaşımıdır. Farklı isimlerle anılsa da bu protokollerin temel hedefi overlerin uygun şekilde stimülasyonudur. Genellikle "uzun protokol" olarak adlandırılan rejimlerde, GnRH agonistleri veya antagonistleri ya da oral kontraseptifler, IVF siklusundan bir önceki adet döngüsünde başlanır. Uzun protokollerde genellikle maliyet avantajı nedeniyle agonistler tercih edilirken, "kısa protokol" uygulamalarında ise tedavi spontan siklusta başlar ve çoğunlukla antagonist kullanımına yer verilir (Brandon ve ark., 2005; Buldum ve Emül, 2021; Gürgan, Gülerman ve Özyer, 2017). Etkili bir infertilite

tedavisinde başarının temel şartları; yüksek başarı oranı, düşük yan etki profili ve ekonomik erişilebilirliktir. Uygun tedavi planı belirlenirken çiftin yaşı, fiziksel bulguları, cinsel öyküsü, inanç sistemi, kültürel değerleri ve ekonomik koşulları dikkate alınmalıdır. Tedaviye başlamadan önce, çiftlere tanısal değerlendirme sonuçları detaylı şekilde anlatılmalı ve tüm tedavi seçenekleri açıklanmalıdır. Genel olarak infertilite tedavileri, tıbbi ve tıbbi olmayan yöntemler olarak iki ana başlıkta değerlendirilmektedir (Buldum ve Emül, 2021; Kölükçü ve Gülücü, 2021).

Kadında en sık görülen infertilite nedenleri arasında yer alan ovulatuar disfonksiyonların tedavisinde, ovulasyonu uyararak daha fazla sayıda oosit matürasyonu sağlamak amacıyla ovulasyon indüksiyonu için medikal tedavi kullanılmaktadır. Oligoovulasyon ya da anovulasyon durumlarında ovulasyon indüksiyonu kullanılmaktadır. Ovülasyon indüksiyonu için kadına uygun yöntemlerin belirlenebilmesi için DSÖ'nün anovulasyon sınıflandırmasını bilmek gerekmektedir (Buldum ve Emül, 2021; DSÖ, 1993).

DSÖ Grup-1: Serum estrojen düzeyinin düşük fakat Folükülü Sitimüle eden Hormon (FSH)'ın yüksek olmadığı hasta grubudur. Hastalar amenoreiktir ve progesteron testinde (progesteron challenge test) kanama görülmez. Hiperprolaktinemi ve hipotalamik nedenler ekarte edilmelidir.

DSÖ Grup-2: Serum estrojen, FSH ve prolaktin düzeylerinin normal olduğu hasta grubudur. Progesteron testinde kanama olur ve genelde bu hastalarda oligomenore görülür. Polikistik Over Sendromu hastaları bu grupta yer almaktadır.

DSÖ Grup-3: Serum estrojen düzeyinin düşük ve FSH'ın yüksek olduğu hasta grubudur. Prolaktin normal düzeydedir. Prematür overyan yetmezliği olan hastalar bu grupta yer almaktadır.

Preimplantasyon Genetik Testi

Embriyoların uterusa transfer edilmeden önce hastalıklı kromozomlar için genetik test edilmesine preimplantasyon genetik testi (PGT) denir. Preimplantasyon genetik tanı belirli, bilinen bir genetik bozukluk için implantasyondan önce embriyonun test edilmesini içermekte olup, hastalıktan etkilenmeyen embriyoların uterusa transfer edilmesi için kullanılmaktadır. Preimplantasyon genetik tarama ile kromozomal

anormallikler için embriyonlar test edilmektedir (Ataman, 2022; Aytaç, 2020; Terzioğlu, 2021).

2.2. Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük

Belirsizliğe tahammülsüzlük, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde "belirsiz olma durumu; belgisizlik, varagele, gayrimuayyenlik, müphemlik, müphemiyet, vuzuhsuzluk" gibi terimlerle açıklanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2025). İnfertilite**,** eşleri psikolojik olarak etkileyen, duygusal olarak stres yaratan, ekonomik açıdan ise olan bir yaşam krizidir. İnfertilite sadece jinekolojik bir rahatsızlık olmayıp, aynı zamanda belirsizlikle ilgili bir durumdur. Bu belirsizlik, karşılaşılan olay ya da durumla değil, bireyin bu durumu nasıl algıladığıyla ilgilidir. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre, belirsizlikte olay ya da durumdan ziyade, bu olayların bireyde stres yaratma özelliğine odaklanılmaktadır. İnfertilitenin psikososyal etkileri, insan yaşamının kalitesinin önemli bileşenlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu etkiler arasında en çok etkilenen alanlar; duygusal davranışlar, mental sağlık, psikolojik durum, çevresel faktörler, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır. Ayrıca, infertil kadınların yaşam kalitesinin, infertil erkeklere kıyasla daha çok etkilendiği gözlemlenmiştir. Neslin devamını sağlamakta zorluk yaşayan çiftler, aralarındaki ilişkilerde de olumsuzluklar yaşama eğilimindedir. İnfertilite, çiftlerin başa çıkmada deneyimsiz oldukları bir kriz durumu yarattığı için, hem bireysel hem de evlilik ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Akın ve Özdemir, 2022; Doğan ve Beydağ, 2020; Sarıçam, 2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük**,** her bireyin karşılaştığı ve doğası gereği hoş karşılanmayan bir durumdur, ancak her birey bu duruma farklı düzeylerde tepki verir. Belirsizlikle başa çıkamayan kişiler, bu durumu stresli ve rahatsız edici olarak deneyimler. Belirsiz durumu tehdit olarak algılarlar ve bu durumlardan kaçmaya çalışabilirler. Belirsizlik, yaşam kalitesini hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan olumsuz şekilde etkileyebilir. Psikolojik iyi oluş, bireyin yaşamındaki amaçlarına, potansiyeline ve diğer insanlarla olan ilişkilerine dair farkındalığını içerir. Başka bir deyişle, bireyin kendini olumlu şekilde algılaması, yetersizliklerinin farkında olsa da kendini memnun hissetmesi, çevresindeki insanlarla samimi ilişkiler kurması, kişisel gereksinim ve arzularına göre çevresini şekillendirmesi, özerklik geliştirmesi ve yaşam amacını bilmesi psikolojik iyi oluşun temel bileşenlerindendir (Dündar ve

Demirli, 2018; Karataş ve Uzun, 2018). İnfertilite tedavisi süreci, kadınlarda korku, suçluluk, stres ve kaygı gibi duygulara yol açmanın yanı sıra, belirsizliğe de sebep olabilir. Bu belirsizlik, sürecin nasıl ilerleyeceği ve sonuçlarının neler olacağına dair belirsizliği içerir. Birey, bu belirsizlik karşısında bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirebilir. Belirsizliğin kadının psikolojik iyi oluşu üzerindeki etkileri ve bu durumla başa çıkma stratejileri konusunda belirsizlik söz konusudur. Kadınların bu süreçte psikolojik iyi oluşları etkilenebilir ve bu durum hemşirelik yaklaşımını belirlemede önemli rol oynar (Doğan ve Beydağ, 2020; Karamanlı, 2011).

2.3. İnfertilte Stresi ile Başa Çıkma

Stres, bireyin çevresinden gelen tehditleri, baskıları ya da talepleri kendi kaynaklarını aşan bir durum olarak algılaması sonucunda ortaya çıkan fiziksel, duygusal ve bilişsel tepkiler bütünüdür (Lazarus ve Folkman, 1984). İnfertilite, bireylerde bu tepkilerin en yoğun biçimde karşılaştığı yaşam olaylarından biridir. Kadın veya erkek üreme sistemine ait bir hastalık olarak tanımlanan infertilite, yalnızca biyolojik bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda bireyin psikolojik, sosyal ve duygusal yönlerini etkileyen çok boyutlu bir yaşam krizidir. İnfertilite tanısı alan bireyler çoğu zaman belirsizlik, başarısızlık korkusu, toplumsal baskı, suçluluk ve umutsuzluk gibi yoğun duygularla baş etmek zorunda kalmaktadır (Yılmaz ve Oskay, 2015; Civan ve Beydağ, 2023). İnfertilite süreci, çiftler için belirsizliklerle dolu uzun bir mücadele dönemini ifade eder. Tedavi sürecinin tekrarlayan yapısı, sürekli bekleyiş, umutla hayal kırıklığı arasındaki duygusal geçişler ve tedavinin sonucuna ilişkin kontrolsüzlük duygusu bireylerde ciddi düzeyde stres yaratmaktadır. Kadınlarda doğurganlık işlevinin kaybı, beden algısında bozulma, annelik içgüdüsünün tatmin edilememesi ve toplumsal beklentilerin baskısı nedeniyle suçluluk, eksiklik ve yetersizlik duyguları ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde ise başarısızlık hissi, toplumsal rollerle çatışma ve eş desteğini sağlama konusundaki yetersizlik algısı ön plana çıkmaktadır. Tüm bu faktörler, bireylerin özsaygı, evlilik ilişkisi ve yaşam doyumu üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Newton, Sherrard ve Glavac, 1999; Özdemir ve Kaplan, 2021). Lazarus ve Folkman (1984), stresle başa çıkmayı bireyin tehdit edici veya kaynaklarını zorlayıcı olarak algıladığı durumlarla baş etme süreci olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre başa çıkma, stresörün birey üzerindeki etkisini azaltma ve dengeyi yeniden

sağlama çabasıdır. İnfertilite sürecinde bireyler, karşılaştıkları stres verici olayları bilişsel olarak değerlendirmekte, durumu anlamlandırmaya ve çözüm üretmeye çalışmaktadır. Başa çıkma süreci bireyin kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, inanç sistemi, sosyal destek düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı ile şekillenmektedir. Bu nedenle her bireyin geliştirdiği başa çıkma stratejisi kendine özgüdür ve aynı stresör karşısında farklı bireyler farklı tepkiler verebilmektedir (Yılmaz ve Oskay, 2015). İnfertiliteye bağlı stresle başa çıkma sürecinde kadın ve erkekler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Kadınlar genellikle konuşma, sosyal destek arama, bilgi edinme, duygularını paylaşma, konuyla ilgili okuma ve destek gruplarına katılma gibi dışa dönük ve duygusal yönelimli yöntemleri tercih ederken; erkekler daha çok dikkat dağıtma, duygularını bastırma, yeni hedeflere yönelme, problem çözme ve sorumluluk alma gibi içsel ve problem odaklı stratejiler kullanmaktadır. Bu farklılıkların farkında olunmadığı durumlarda çiftler arasında iletişim problemleri, yanlış anlamalar ve karşılıklı suçlamalar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, erkek partner eşini aşırı duygusal bulabilirken, kadın partner eşinin ilgisiz veya duygusuz davrandığını düşünebilir (Yılmaz ve Oskay, 2015; Ried ve Alfred, 2013). Bu nedenle çiftlerin farklı başa çıkma biçimleri hakkında bilgilendirilmesi, karşılıklı anlayış ve destek açısından önemlidir. İnfertiliteye bağlı stresin düzeyi, bireyin kullandığı başa çıkma stratejilerine göre değişiklik göstermektedir. Gana ve Jakubowska (2016), infertiliteye bağlı stresin psikolojik sıkıntı ve evlilik doyumu üzerindeki etkilerini incelemiş ve stresin duygusal sıkıntı üzerinde evlilik doyumuna kıyasla daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu saptamıştır. Ngai ve Loke (2022), infertilite stresinin çiftlerin yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğunu ve aile bütünlüğünün bu ilişkide aracılık rolü üstlendiğini belirtmiştir. Lei ve arkadaşları (2021) ise aile uyumu ve eğitim düzeyinin infertiliteye bağlı stresin azalmasında koruyucu faktörler olduğunu ortaya koymuştur. Başa çıkma stratejileri literatürde farklı biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Lechner, Carver, Antoni, Weaver ve Phillips (2006) başa çıkmayı aktif ve pasif olarak ikiye ayırmış; aktif başa çıkmanın sorun çözme, bilgi arama ve sosyal destek kullanımı gibi davranışları içerdiğini, pasif başa çıkmanın ise inkâr, kaçınma ve geri çekilme gibi davranışları kapsadığını belirtmiştir. Schmidt, Holstein, Christensen ve Boivin (2005) ise infertiliteye bağlı stresle başa çıkma biçimlerini aktif-yok sayma, aktif-mücadele, pasif-yok sayma ve anlam bulma olarak dört başlık altında incelemiştir. Ried ve Alfred

(2013) tarafından yapılan çalışmada, infertil kadınların en sık kullandığı başa çıkma yöntemlerinin aktif planlama, tavsiye arama, kişisel gelişim ve duygusal destek arayışı olduğu belirlenmiştir. İnfertiliteye bağlı stresin yalnızca psikolojik değil, biyolojik etkileri de bulunmaktadır. Faramarzi ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü çalışmada, bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedavi (fluoksetin) birlikte uygulanmış ve bireylerin sosyal kaygı, cinsel endişe ve ebeveyn olma arzusu kaynaklı stres düzeylerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Bu durum, infertiliteye bağlı stresin çok boyutlu olduğunu bu nedenle hem psikolojik hem farmakolojik hem de non farmakolojik müdahalelerle azaltılabileceğini göstermektedir. Asazawa ve arkadaşlarının (2018, 2020) çalışmaları ise infertil erkeklerin duygularını ifade etmede daha çekingen olduklarını ve bu nedenle duygusal destek alma düzeylerinin kadınlara göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlarda ise eş desteği arttıkça stres düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, partner desteğinin infertilite stresinin yönetiminde belirleyici bir koruyucu faktör olduğunu göstermektedir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımı, bireyin yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönlerini kapsayan bütüncül bir anlayışla yürütülmelidir. Danışmanlık ve psikoeğitim hizmetleri, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirir, tedaviye uyumlarını artırır ve yaşam kalitelerini destekler (Eroğlu ve Temiz, 2020; Yılmaz ve Şahin, 2020). Bu kapsamda hemşirelerin empati, aktif dinleme ve terapötik iletişim becerilerini kullanmaları, bireylerin duygularını ifade etmesini kolaylaştırmakta ve çiftler arası ilişkileri olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca, gevşeme egzersizleri, yoga, meditasyon ve nefes teknikleri gibi "mind-body" yaklaşımlarının bireylere öğretilmesi, stresle daha sağlıklı başa çıkmalarına katkı sağlamaktadır (Dikmen ve ark., 2024).

İnfertiliteye bağlı stres, bireylerin psikolojik uyumunu, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen karmaşık bir süreçtir. Bu stresle etkili biçimde başa çıkmak, bireyin psikolojik dayanıklılığını ve sosyal destek kaynaklarını güçlendirmesine bağlıdır. Bireylere uygun başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi, etkisiz stratejilerin belirlenip yerlerine etkili yöntemlerin kazandırılması ve hemşirelik bakımının bütüncül bir anlayışla sürdürülmesi, infertil bireylerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu artırmada temel bir gerekliliktir.

2.4. Spiritüel İyi Oluşluk

Spiritüel kavramının, sağlıkla ilgili dinamikleri, bireyin sağlık ve hastalıkla ilgili tutumlarını ve davranışlarını nasıl etkilediği anlaşılmıştır. Bu bağlamda, hemşirelik bakımının yalnızca fiziksel değil, manevi yönleri de içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Özer ve Pasinlioğlu, 2022). Spiritüalite kavramı, dilsel ve kültürel farklılıklar gösterse de Türkçeye en yakın karşılığı "maneviyat" olarak kabul edilmektedir. Arapçadan türeyen bu terim, ruhsal ve bedensel etkileşimleri kapsamaktadır (Bash, 2021). Spiritüalite, yaşamı hissetme anlamına gelir ve bireylerin yaşamlarıyla ilgili ne yaptıkları üzerinden tanımlanır. Spiritüalite kavramı, din ile karıştırılmamalıdır; fakat dini duyguları da içine alarak, daha geniş bir bakış açısını temsil eder. Beden, ruh ve davranışları etkileyen bir bütüncül anlam taşır ve bu kavram soyut, öznel ve kültürel olarak değişkenlik gösterebilir, bu da tanımlanmasını güçleştirir (Arslan ve Avcı, 2024). Yapılan araştırmalar, spiritüalitenin, maneviyat, din ve sağlık arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymuş ve bu ilişkinin, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerine, hastalıkları doğru algılamalarına, hastalık süreçlerini iyi yönetmelerine, iyileşme sürecinde umutla bakmalarına katkı sağladığını göstermektedir (Özer ve Pasinlioğlu, 2022). Spiritüel gereksinimlerin tanımlanması, bireylerin hastalık gibi kriz durumlarında yaşadıkları ruhsal sıkıntılarla başa çıkabilmelerine yardımcı olmaktadır. Spiritüel bakım, her bireye özgü ihtiyaçları karşılayacak şekilde planlanmalı ve uygulanmalıdır (Özer ve Pasinlioğlu, 2022). Spiritüel gereksinimler, bireylerin hastalık, stres, ölüm korkusu ve yaşamın anlamını sorgulama gibi kriz durumlarında belirginleşmektedir. Bu gereksinimler, güven, sevgi, umut, bağışlama ve ibadetler gibi unsurlar içerir ve bu unsurlar bireylerin sağlıklı yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır (Özer ve Pasinlioğlu, 2022**)**. Spiritüel gereksinimlerin karşılanması**,** bireylerin hastalıklarını kabul etmelerini ve geleceğe umutla bakmalarını sağlayarak, iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyebilir.

2.5. İnfertilite Tedavi Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite tedavisine duyulan ihtiyaç günümüzde giderek artmakta olup, özellikle yardımcı üreme teknikleri ile tedavi gören çiftler, sürecin her aşamasında kapsamlı bilgi ve desteğe gereksinim duymaktadır. Tedavi sürecinde çiftlerin yeterli bilgilendirme ve eğitim alması hem tedaviye uyumu hem de psikolojik dayanıklılığı

artırmada kritik bir role sahiptir (Ataman, 2022). Bu eğitim yalnızca tedavi yöntemleri hakkında değil, aynı zamanda infertilitenin olası riskleri, tedavi seçeneklerinin avantajları ve yan etkileri ile sosyal, kültürel ve yasal boyutları kapsamalıdır (Erdemoğlu, 2023; Can ve Yılmaz, 2021). Hemşirelik bakımında spiritüalite ve maneviyat kavramlarının görece yeni olmasına rağmen, literatür bu unsurların sağlık üzerinde önemli olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Spiritüalite, dini unsurlar içerebilen ancak dini uygulamalardan bağımsız anlamlar taşıyan bir kavram olarak, bireylerin sağlığı üzerinde %60–80 oranında olumlu etkiler sağlayabilmektedir. Ayrıca, dini topluluklara düzenli katılımın; stresle başa çıkma, hastalık iyileşme süreci, depresyonun azaltılması ve bazı sağlık sorunlarının iyileşmesi gibi alanlarda %25'e varan olumlu etkiler yarattığı belirtilmektedir (Özer ve Pasinlioğlu, 2022). Hemşireler, infertilite tedavisinde danışmanlık hizmetlerinde aktif görev almalı; bilgi verme, duygusal destek sağlama ve diğer sağlık profesyoneli rolleriyle iş birliği içinde çalışmalıdır. Bu danışmanlık, bireylerin bilgi eksikliklerini gidermeyi, duygu ve düşüncelerini netleştirmeyi, olası başarısızlıklar (ör. düşük, ölü doğum) karşısında destek sunmayı ve çiftler arası iletişimi güçlendirmeyi hedefler (Alaçam ve Yılmaz, 2021). Ancak yapılan araştırmalar, hemşirelik bakımında manevi bakımın yeterince uygulanmadığını ve bunun; hemşirelerin bilgi eksiklikleri, çalışma koşulları ve kişisel/kültürel farklılıklarından kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, manevi bakım konusunda hemşirelere yönelik kapsamlı eğitim programları ve uygulama alanlarının geliştirilmesi önerilmektedir (Arslan ve Avcı, 2024).

İnfertilite sürecinde hemşirelerin rolü yalnızca fiziksel bakım sağlamakla sınırlı değildir. Çiftlere psikolojik destek sunarak onların stres ve kaygı düzeylerini azaltmak, tedaviye uyumlarını güçlendirmek ve sürece aktif katılımlarını sağlamak hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır (Eroğlu ve Temiz, 2020). Bütüncül bakım yaklaşımı, çiftlerin tıbbi olduğu kadar psikolojik gereksinimlerini de dikkate alır (Erdemoğlu, 2023). Bu süreçte empati, bilgilendirme ve rehberlik, çiftlerin tedaviye dair endişelerini azaltmada kritik unsurlardır (Terzioğlu, 2021; Can ve Yılmaz, 2021). İnfertilite, yalnızca bireylerin fiziksel sağlığını değil, sosyal ve psikolojik durumlarını da olumsuz etkileyebilir. Toplumsal damgalanma, dışlanma ve yetersizlik duygusu, infertilite yaşayan bireylerde depresyon, kaygı ve yalnızlık gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Anokye ve ark., 2017; Zorlu ve Erbaş, 2021).

Özellikle kadınlar hem kültürel baskılar hem de tedavi süreçlerinin büyük ölçüde kadın üzerine yoğunlaşması nedeniyle daha yüksek düzeyde duygusal stres ve sorumluluk hissi yaşayabilmektedir. Araştırmalar, sosyal destek ve işlevsel başa çıkma stratejilerinin, bu sürecin olumsuz etkilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Zorlu ve Erbaş, 2021).

Sonuç olarak, infertilite tedavisinde hemşirelerin yalnızca tıbbi bakım sunmaları değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal destek sağlamaları da gerekmektedir. Kadınların eğitim seviyelerinin artırılması, ailelerin sosyoekonomik koşullarının iyileştirilmesi ve hemşirelerin güncel bilgi ile donatılması, tedavi başarısını artırabilecek önemli faktörlerdir (Ataman, 2022; Yaman, 2021). Hemşirelerin sürekli olarak mesleki gelişimlerini sürdürmeleri ve bu bilgileri klinik uygulamaya yansıtmaları hem bireysel hem de toplumsal düzeyde infertilite ile mücadelede belirleyici bir unsur olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Türü ve Amacı

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören çiftlerde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, infertilite stresiyle başa çıkma ve spiritüel iyi oluşluğun belirlenmesini incelemek amacıyla tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Tüp Bebek Merkezi'nde Şubat 2024- Mayıs 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara Tüp Bebek Merkezi 22 yıllık bir merkez olarak, 2 katlı bir binada içinde 2 ameliyathane odası, 3 hasta odası, 2 jinekolojik muayene odası, 1 hemşire odası, 3 doktor odası bulunmaktadır. Aylık döngü halinde ilerleyen bir merkezdir. Her ay gelen hasta sayısı değişmektedir. Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan dolayısıyla ekonomik gelir seviyesi orta ve üstü olan ailelerin geldiği gözlemlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Özel Ankara Tüp Bebek Merkezine başvuran çiftlerden oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü belirlenirken son 6 aylık sürede merekeze başvuran kişiler (494) göz ününe alınarak, Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır. Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, ± %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü; n = $494\ (1,96)^2\ (0,1)\ (0,9) / (0,05)^2\ (494\text{-}1) + (1,96)^2\ (0,1)\ (0,9)$ = 108 olarak hesaplanmış olup, en az 54 çift ile yapılması gerektiği görülmüştür. Böylece araştırmanın örneklemi, araştırmanın gerçekleştirildiği tarihler arasında merkeze başvuran 152 kişi (76 çift) oluşturmuştur. Araştırmanın gerçekletirildiği tarihlerde merkeze 176 kişi (88 çift) başvurmuş, ancak araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan (8 çift) ve eşlerden birinin Türkçe okuyup anlamadığı (4 çift) araştırmaya dahil edilmemiştir. Böylece araştırma 76 çift/152 katılımcı ile tamamlanmıştır.

.

$n = N\,t^2\,p\,q\,/\,d^2\,(N-1) + t^2pq$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır

Şekil 1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- İnfertilite tanısı alan çiftler,
- Türkçe okuyup yazabilme,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olma.

Dışlama kriterleri:

- Psikiyatrik bir tanı almış olan,
- Daha önce spirüal danışmanlık veya ilgili bir eğitim almış olan,
- Araştırma sürecinde infertilite tedavisini sonlandıran çiftler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplanma Araçları

Araştırmada veriler "Demografik Bilgi Formu (EK-1)", "Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (EK-3)", "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (EK-2)" ve "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (EK-4)" kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Demografik Bilgi Formu (EK-1)

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini kapsayan bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda; yaş, infertilite nedeni, medeni durum, evlilik süresi, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk isteme durumu ve süresi, önceki gebelik deneyimleri, yaşayan çocuk sayısı, daha önce tüp bebek tedavisi alıp almadığı, uygulanan infertilite tedavi yöntemleri ile gebelikten koruyucu yöntemlere ilişkin sorular yer almaktadır.

3.4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (EK-3)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12), Carleton, Norton ve Asmundson (2007) tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması ise Sarıçam (2014) tarafından yapılmıştır Ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta olup, 5'li Likert tipi derecelendirmeyle puanlanmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamakta olup, alınabilecek en düşük puan 12 en yüksek 60 puandır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları; toplam ölçek için 0.88, "İleriye Yönelik Kaygı" alt boyutu için 0.84 ve "Engelleyici Kaygı" alt boyutu için 0.77 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada toplam puan Cronbach's Alfa katsayı 0,89, İleriye yönelik kaygı alt boyutu için α=0,78 ve Engelleyici kaygı alt boyutu için α=0,89 olarak bulunmuştur.

3.4.3. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (EK-2)

İnfertil çiftlerin yaşadıkları stresle başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacıyla Schmidt (2006) tarafından geliştirilmiş ve Yılmaz (2012) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, 4'lü likert tipte 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmamakta olup, alt boyutlardan üzerinden hesaplanmaktadır. Alt boyutları ve hesaplanaması aşağıda verilen şekilde yapılmaktadır.

- **Aktif Yok Sayma:** Madde 1, 2, 3, 4 (Puan aralığı: 4-16). Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınma gibi kaçınma veya görmezden gelme davranışları.
- **Aktif Mücadele Etme:** Madde 5, 6, 7, 8, 9, 18, 19 (Puan aralığı: 7-26). Duyguları paylaşma, başkalarına danışma, problemle doğrudan baş etme gibi yöntemler.
- **Pasif Yok Sayma:** Madde 10, 11, 12 (Puan aralığı: 3-12). Umutlanma, beklemek, durumu değiştiremeyeceğini düşünme gibi daha pasif ve kaçınmacı tutumlar.
- **Anlam Bulma Temelli:** Madde 13, 14, 15 (Puan aralığı: 5-20). Sorunla başa çıkarken duruma anlam verme, başka yaşam hedefleri belirleme, geleceğe dair umut edinme gibi psikolojik olarak daha "çözüm üreten / yön veren" tutumlar.

Alınan puanın artması bireyin ilgili başa çıkma yöntemini sık kullandığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa katsayıları aktif-yok sayma için 0.68–0.71, aktif-mücadele için 0.74–0.76, pasif-yok sayma için 0.46–0.55 ve anlam bulma alt boyutu için 0.53–0.59 olarak rapor edilmiştir. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde; Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutu için α=0,59 olarak, Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi alt boyutu için α=0,73 olarak, Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi alt boyutu için α=0,66 olarak, Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi alt boyutu için α=0,76 olduğu görülmüştür. Bu araştırmada Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde; İleriye yönelik kaygı alt boyutu için α=0,78 olarak, Engelleyici kaygı alt boyutu için α=0,89 olup toplam Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayı 0,89'dir.

3.4.4. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (EK-4)

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla Kardaş ve Ekşi (2017) tarafından geliştirilmiş, 29 madde, üçlü likert tipinde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi, alt boyutlar ve toplam puan dikkate alınarak hesaplanmaktadır. Anomi alt boyutundaki maddeler ters kodlanmaktadır. Alt boyutların güvenirlik katsayılarına bakıldığında, aşkınlık alt faktörünün Cronbach Alfa değeri α = 0.95, doğayla uyum alt faktörünün Cronbach Alfa değeri 0.86 ve anomi alt faktörünün Cronbach Alfa değeri 0.85'tür. Toplam Cronbach Alfa değeri α = 0.88 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Spiritüel İyi Oluş Ölçek iç tutarlılıkları; Aşkınlık alt boyutu için α=0,96 olarak, Doğayla uyum alt boyutu için α=0,79 olarak, Anomi alt boyutu için α=0,76 olup toplam Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayı 0,90'dur.Alt boyutların kapsamı ve maddeleri aşağıdaki şekildedir.

- **Aşkınlık Alt Boyutu**: 1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 maddeleri içermektedir. Bu boyut, bireyin ilahi bir güce, kutsal olana ya da daha büyük bir varlığa bağlılık, inanç ve manevi deneyimleri; duygusal olarak ilahi ile bağ kurma, mana arama, hayatın anlamını bu çerçevede görme gibi yönelimleri kapsıyor. Örneğin "İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir," "İnancım bana nasıl bir hayat süreceğime dair yol gösterir," gibi maddeler bu kapsamdadır.

- **Doğayla Uyum Alt Boyutu**: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 28 maddeleri içermektedir. Doğa ile ilişki, doğanın bir parçası olma hissi, doğaya saygı ve koruma, doğa-ile içsel uyum gibi yönelimleri içeriyor. Bireyin doğal çevresiyle, diğer canlılarla olan bağlantısı ve doğaya karşı sorumluluk duygusu bu alt boyuttadır. Madde örnekleri: "Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm," "Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm," "Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım."
- **Anomi Alt Boyutu**: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 26 maddeleri içermektedir. Olumsuz yönelimli sorgulamalar, hayatın boşluk, amaçsızlık hissi, anlam eksikliği, bağlılık veya ilahi bir destek hissinden uzaklık gibi durumlar. Kişinin ruhsal olarak "kopukluk" ya da "yerinde değilim" hissi yaşaması bu boyutla ilişkilidir. Örnek maddeler: "Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim," "Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim," "Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm."

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, katılmaya gönüllü olan çiftlere araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılarak onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından formlar katılımcılarla paylaşılmış ve bekleme salonunda ortalama 30 dakikalık bir sürede katılımcıların kendileri tarafından doldurarak araştırmacıya teslim etmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 27 istatistik paket programı kullanılmıştır. Nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler ile; nitel değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro–Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiş, normal dağılım gösteren nicel iki grubun karşılaştırılmasında Student t-testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin iki gruba göre değerlendirilmesinde Mann–Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal–Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal–Wallis testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklilik saptanan durumlarda, bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Dunn çoklu

karşılaştırma testi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde, verilerin dağılım özelliklerine göre Pearson veya Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayılarının yorumlanmasında, katsayı değerlerinin 0,00–0,25 arasında olması çok zayıf; 0,26–0,49 arasında olması zayıf; 0,50–0,69 arasında olması orta; 0,70–0,89 arasında olması güçlü; 0,90–1,00 arasında olması çok güçlü ilişki olarak kabul edilmiştir. Bu sınıflama Akgül ve Çevik (2003) ile Karagöz (2014) tarafından önerilen ölçütler doğrultusunda yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde %95 güven aralığı esas alınmış ve $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2025/036 sayılı ve 20250029 kod numaralı karar ile etik onay alınmıştır (Ek-5) ve Ankara Tüp Bebek Merkezi'nden uygulama izni (EK-6) alınmıştır. "Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği izni (EK-8)", "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği izni (EK-9)" ve "Üç faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (EK-7)" kullanım izinleri ise elektronik ortamda alınmıştır. Araştırma süreci, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik kurallara uygun olarak yürütülmüştür. Örnekleme dahil edilen çiftlere veri toplama formları uygulanmadan önce bilgilendirme yapılıp sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-1). Bilgilendirilmiş Onay İlkesi uygulanmıştır. Katılımcılara, istedikleri aşamada araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek Özerklik İlkesi gözetilmiştir. Paylaşılan kişisel bilgilerin yalnızca araştırmacı tarafından erişilebilir olacağı ve gizli tutulacağı ifade edilerek Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi yerine getirilmiştir. Ayrıca, kimlik bilgilerinin saklı tutulacağı ve elde edilen verilerin güvenli bir şekilde muhafaza edileceği belirtilerek Kimliksizlik ve Güvenlik İlkesi sağlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara reddedilmesi ya da katıldıktan sonra diledikleri zaman ayrılmaları durumunda tedavi sürecinde herhangi bir engel, hak kaybı, aksama veya kayırmaya neden olmayacağı formu doldurmadan söylenilmiştir. Toplanan tüm veriler, anonimleştirilerek ve mahremiyet ilkesine uygun şekilde korunmuştur. Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek ve özel bir merkezde yürütülmüş olması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Çalışmanın gerçekleştirildiği merkeze başvuran bireylerin büyük bir bölümünün sosyoekonomik düzeyi görece yüksek kişilerden oluşması, örneklemin evreni temsil etme gücünü etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, devletin belirli koşullar altında infertilite tedavi giderlerinin bir kısmını karşılaması nedeniyle farklı sosyoekonomik düzeylerden bireylerin de özel merkeze başvurabilmesi, örneklem yapısında heterojenliğe yol açmış olabilir. Bu durum, özel merkez koşullarına özgü değişkenlerin araştırma bulguları üzerindeki olası etkisinin göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

	Erkek (n=76)	**Kadın (n=76)**	**Toplam (n=152)**
Eğitim durumu	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
≤Lise	26 (34,2)	24 (31,6)	50 (32,9)
Önlisans	6 (7,9)	14 (18,4)	20 (13,2)
Lisans	33 (43,4)	24 (31,6)	57 (37,5)
Lisansüstü	11 (14,5)	14 (18,4)	25 (16,4)
Gelir getiren bir işte çalışma			
Çalışmıyor	7 (9,2)	31 (40,8)	38 (25)
Çalışıyor	69 (90,8)	45 (59,2)	114 (75)
Gelir durumu			
Gelir giderden az	9 (11,8)	5 (6,6)	14 (9,2)
Gelir gidere eşit	42 (55,3)	39 (51,3)	81 (53,3)
Gelir giderden fazla	25 (32,9)	32 (42,1)	57 (37,5)
Daha önce gebelik durumu			
Hayır	51 (67,1)	45 (59,2)	96 (63,2)
Evet	25 (32,9)	31 (40,8)	56 (36,8)
Yaşayan çocuk			
Yok	11 (44)	18 (58,1)	29 (51,8)
Var	14 (56)	13 (41,9)	27 (48,2)
	Ort±Ss (Medyan, Min-Maks)	***Ort±Ss (Medyan, Min-Maks)***	***Ort±Ss (Medyan, Min-Maks)***
Yaş	35,13±5,28 (35,25-47)	31,64±5,09 (31,22-44)	33,39±5,46 (33, 22-47)
Çocuk isteme süresi (yıl)	2,92±2,19 *(2,5, 0,1-10)*	2,82±2,18 (2,3, 0,1-10)	2,87±2,18 2,5 (0,1-10)
Evlilik süresi (yıl)	5,29±3,28 (4, 1-17)	5,65±4 (4,3, 1-25)	5,47±3,65 (4, 1-25)
Daha önce tüp bebek tedavisi alma Tedavi alma süresi (yıl)	1,33±1,72 (0,5, 0-9)	1,23±1,57 (0,5, 0-9)	1,28±1,64 (0,5, 0-9)

Araştırmada katılımcıların yaşları 22–47 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 33,39±5,46'dır. Erkeklerin yaş ortalaması 35,13±5,28, kadınların ise 31,64±5,09 olarak belirlenmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %32,9'unun lise ve altı, %16,4'ünün lisansüstü mezunu olduğu, erkeklerin tamamına yakının çalıştığı,

%53,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %63,2'sinde daha önce gebelik öyküsü bulunmazken, %36,8'inde gebelik öyküsü mevcuttur. Çocuk isteme süresi ortalama 2,87±2,18 yıldır. Evlilik süresi ortalama 5,47±3,65 yıl olup, katılımcıların daha önce tüp bebek tedavisi aldığı ve tedavi süresinin ortalama 1,28±1,64 yıl olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Cinsiyetlere Göre Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	**Erkek**	**Kadın**	**P**
	Ort±Ss (Medyan, Min-Maks)	**Ort±Ss (Medyan, Min-Maks)**	
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	118,18±18,81 (122, 64-144)	120,74±15,47 (125, 74-143)	[b]*0,583*
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	37,45±9,42 (36,5, 17-60)	35,7±11,03 (34,5, 14-58)	[c]*0,295*
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği			
Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi	7,12±2,26 (7, 4-16)	7,63±2,48 (8, 4-16)	[c]*0,184*
Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi	13,29±3,83 (13, 7-22)	14,64±3,92 (15, 8-26)	***[c]0,033****
Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi	7,07±2,46 (7, 3-12)	7,12±2,55 (7, 3-12)	[c]*0,897*
Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi	14,28±3,7 (14, 5-20)	14,92±3,32 (15, 8-20)	[c]*0,260*

*[b]Mann Whitney-U Test, [c]Student-t Test, *p<0,05*

Cinsiyetlerine göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Cinsiyetlerine göre

katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadın katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,033$; $p<0,05$). Cinsiyetlerine göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. Erkek Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=76)

	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği			Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği			İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği								
							Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi		Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi		Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi		Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi	
	n	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	n	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	n	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaş															
<30 yaş	11	129,91±8,53	131 (108-139)	11	38,64±10,55	40 (18-54)	11	7,18±1,99	6 (6-12)	13,64±3,04	14 (9-18)	8,64±2,42	9 (5-12)	14,91±2,7	15 (9-18)
≥30 yaş	65	116,2±19,38	118 (64-144)	65	37,25±9,29	36 (17-60)	65	7,11±2,31	7 (4-16)	13,23±3,96	13 (7-22)	6,8±2,38	7 (3-12)	14,17±3,85	14 (5-20)
[b]p		***0,029****			***0,530***			***1,000***		***0,509***		***0,034****		***0,614***	
Eğitim durumu															
≤Lise	26	123,58±13,42	126,5(91-144)	26	37,92±11,77	34,5 (18-60)	26	7,27±2,01	7 (4-12)	14,15±4,06	13,5(9-22)	7,88±2,8	8 (3-12)	15,23±3,86	16 (5-20)
≥Üniversite	50	115,38±20,65	117,5 (64-144)	50	37,2±8,05	37,5 (17-60)	50	7,04±2,39	6,5 (4-16)	12,84±3,67	13 (7-22)	6,64±2,16	6 (3-12)	13,78±3,55	14 (5-20)
[b]p		***0,173***			***0,978***			***0,377***		***0,169***		***0,064***		***0,149***	
Gelir getiren bir işte çalışma															
Çalışmıyor	7	114,29±16,78	116 (91-131)	7	40,43±6,16	39 (33-49)	7	7,00±1,63	7 (4-9)	13,00±3,37	12 (9-18)	6,43±2,57	6 (3-11)	13,57±4,39	13 (5-19)
Çalışıyor	69	118,58±19,07	122 (64-144)	69	37,14±9,67	36 (17-60)	69	7,13±2,32	7 (4-16)	13,32±3,89	13 (7-22)	7,13±2,45	7 (3-12)	14,35±3,65	14 (5-20)
[b]p		***0,398***			***0,273***			***0,764***		***0,986***		***0,414***		***0,652***	
Yaşayan çocuk (n=2)															
Yok	11	109,36±17,88	109 (77-134)	11	32,91±7,44	33 (22-49)	11	6,82±1,72	7 (4-10)	13,64±4,67	13 (7-22)	6,91±1,76	7 (4-9)	14,64±2,98	15 (9-20)
Var	14	123,57±15,23	126,5 (94-144)	14	37,5±8,16	39 (23-47)	14	6,64±1,82	6 (4-10)	13,14±4,42	11,5 (9-22)	6,64±2,95	6,5 (3-11)	13,64±4,78	16 (5-19)
[b]p		***0,044****			***0,146***			***0,809***		***0,789***		***0,794***		***0,553***	

*[b]Mann Whitney-U Test *p<0,05*

30 yaş altındaki katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları 30 yaş ve üzerinde katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$). Eğitim durumlarına göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşayan çocuğu olan katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları çocuğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$).

Yaşlarına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumlarına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşayan çocuğu olma durumlarına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

30 yaş altındaki katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" 30 yaş ve üzerinde katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,034$; $p<0,05$). Yaşlarına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşayan çocuk varlığına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumlarına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Erkek Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İlişkisi (N=76)

		Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	**Spiritüel İyi Oluş Ölçeği**	**Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi**	**Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi**	**Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi**
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	r p					
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	•r p	0,115 ***0,324***				
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği						
Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi	r p	0,168 ***0,146***	0,143 ***0,217***	-		
Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi	r p	0,144 ***0,214***	0,176 ***0,129***	0,258 ***0,024****	-	
Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi	r p	0,093 ***0,423***	0,208 ***0,072***	0,198 ***0,086***	0,432 ***0,001****	-
Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi	r p	0,058 ***0,616***	0,392 ***0,001****	0,272 ***0,017****	0,503 ***0,001****	0,586 ***0,001****

•r: Spearman's Correlation Test

r: Pearson's Correlation Test

**p<0,05 **p<0,01*

Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi" alt boyut puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi" alt boyut puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi" alt boyut puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi" alt boyut puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Aktif-yok sayma" başa çıkma yöntemi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Pasif-yok sayma" yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Anlam bulma temelli" başa çıkma yöntemi puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,392$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 5. Kadın Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=76)

	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği			**Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği**			**İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği**							
							Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi		**Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi**		**Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi**		**Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi**	
	N	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**n**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**N**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**
Yaş															
<30 yaş	26	125,73±11,85	127,5 (94-143)	26	38,23±11,03	40 (14-55)	26	8,27±2,85	9 (4-16)	15,62±4,21	16 (9-26)	8,19±2,4	8 (4-12)	15,42±3,45	15,5 (8-20)
≥30 yaş	50	118,14±16,56	120 (74-142)	50	34,38±10,91	32 (15-58)	50	7,3±2,22	7 (4-11)	14,14±3,7	14 (8-23)	6,56±2,47	6 (3-12)	14,66±3,25	14 (8-20)
[b]p		*0,054*			*0,121*			*0,184*		*0,161*		***0,010****		*0,339*	
Eğitim durumu															
≤Lise	24	121,83±13,3	124 (94-143)	24	40,83±11,05	41 (17-56)	24	7,58±2,87	6 (4-16)	14,67±4,4	13 (9-26)	7,54±2,47	7,5 (4-12)	14,92±3,44	14 (8-20)
≥Üniversite	52	120,23±16,47	125 (74-142)	52	33,33±10,28	32 (14-58)	52	7,65±2,3	8 (4-12)	14,63±3,73	15,5 (8-23)	6,92±2,59	6,5 (3-12)	14,92±3,29	15 (8-20)
[b]p		*0,880*			***0,003****			*0,631*		*0,792*		*0,368*		*0,928*	
Gelir getiren bir işte çalışma durumu															
Çalışmıyor	31	122,45±13,94	126 (81-143)	31	37,77±11,89	38 (17-56)	31	7,03±2,21	6 (4-12)	14,9±3,84	14 (9-26)	7,29±2,44	8 (3-12)	14,74±3,23	14 (8-20)
Çalışıyor	45	119,56±16,49	123 (74-142)	45	34,27±10,29	32 (14-58)	45	8,04±2,58	8 (4-16)	14,47±4,01	15 (8-24)	7±2,65	7 (3-12)	15,04±3,4	15 (8-20)
[b]p		*0,515*			*0,155*			*0,084*		*0,577*		*0,562*		*0,730*	
Yaşayan çocuk (n=31)															
Yok	18	118,39±17,6	120,5 (81-142)	18	33,94±7,98	34 (18-49)	18	8,78±2,13	9 (4-12)	13,89±3,72	14 (8-21)	6,94±2,96	7,5 (3-12)	15,22±3,47	16 (8-20)
Var	13	120,54±13,6	125 (94-136)	13	36,92±10,69	34 (17-56)	13	6,15±1,68	6 (4-9)	14,69±4,48	13 (10-26)	6,38±2,5	6 (3-12)	13,54±3,13	14 (8-20)
P		***[b]0,890***			***[b]0,573***			***[b]0,001****		***[b]0,590***		***[b]0,584***		***[b]0,176***	

*[b]Mann Whitney-U Test, **p<0,01, *p<0,05*

Yaşlarına göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim durumlarına göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Yaşayan çocuk varlığına göre katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Yaşlarına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim durumlarına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,027; p<0,05). Lise ve daha düşük mezun olanların aldıkları puanlar üniversite ve üzeri mezunlarından daha yüksektir (p=0,003; p<0,01). Yaşayan çocuk varlığına göre katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

30 yaş altındaki katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları 30 yaş ve üzerindekilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,010; p<0,05). Yaşlarına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim durumlarına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005; p<0,01). Lisans mezunlarının aldıkları puanlar lisansüstü mezun olanlardan daha düşüktür (p=0,003; p<0,01). Yaşayan çocuğu olan katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları çocuğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Eğitim durumlarına göre katılımcıların İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-Mücadele Etme Başa Çıkma Yöntemi", "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi", "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma Yöntemi" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6. Kadın Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İlişkisi (N=76)

		Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi	Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi	Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	**r**					
	p					
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**•r**	-0,137				
	p	***0,239***				
İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği						
Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi	**r**	0,255	-0,092			
	p	***0,026****	***0,430***			
Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi	**r**	0,116	-0,131	0,315		
	p	***0,320***	***0,260***	***0,006****		
Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi	**r**	0,467	0,147	0,438	0,428	
	p	***0,001****	***0,204***	***0,001****	***0,001****	
Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi	**r**	0,038	0,442	0,250	0,318	0,461
	p	***0,745***	***0,001****	***0,030****	***0,005****	***0,001****

•r: Spearman's Correlation Test
r: Pearson's Correlation Test
**p<0,05 **p<0,01*

Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları ile "Aktif-yok sayma" yöntemi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,255; p=0,026; p<0,05). Katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları ile "Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi" yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları ile "Pasif-yok sayma" yöntemi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,467; p=0,001; p<0,01). Katılımcıların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları ile "Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi" yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-yok sayma başa çıkma yöntemleri" arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği "Aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemleri" yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Pasif-yok sayma" yöntemi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Anlam bulma temelli" başa çıkma yöntemi puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,442$; $p=0,001$; $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

İnfertilite ile ilgli yapılan çalışmalarının çoğunun kadınlarla gerçekleştirildiğini bildirilmektedir (Chachamovich ve ark., 2010). Bu bağlamda, çalışmamızın kadın ve erkek katılımcıları eşit düzeyde ayrı ayrı incelemenin içermesi, infertilite deneyiminin çift düzeyinde anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Kadın ve erkek dağılımının eşit olması ise çalışmamızı bu alandaki pek çok araştırmadan ayıran güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Bu araştırmada, katılımcıların spiritüel iyi oluş düzeyleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve infertilite stresine yönelik başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

İnfertilite sürecinde kadınların yaşadıkları belirsizlik ve stresle baş edebilmek için daha fazla aktif başa çıkma stratejilerine yöneldiklerini düşündürmektedir. Kadınların tedavi sürecine daha yoğun katılım göstermeleri, sağlık profesyonelleri ile daha sık iletişimde bulunmaları ve gebelik sonucuna ilişkin sorumluluğu daha fazla hissetmeleri, aktif mücadele etme davranışlarını artıran etmenler arasında olabilir. Ayrıca toplumsal cinsiyet rollerinin kadınların duygusal ve psikolojik yükünü artırması da bu durumu açıklayabilir. Literatürde de benzer şekilde, infertilite yaşayan kadınların problem odaklı başa çıkma stratejilerini erkeklere göre daha fazla kullandıkları bildirilmektedir. Elde edilen bulgular, spiritüel iyi oluşun bazı alt boyutlarının belirsizlikle başa çıkma ve infertilite sürecindeki psikolojik tepkilerle farklı düzeylerde ilişkili olduğunu göstermektedir. Verhaak ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, IVF sürecindeki kadınların tedavi başarısızlıkları karşısında yaşadığı duygusal dalgalanmalar, depresyon ve belirsizlikle başa çıkma güçlükleri detaylı biçimde ele alınmıştır. Bu nedenle infertilite tedavi sürecinde psikolojik destek, yalnızca tanı sonrası değil, tedavi sürecinin tüm evrelerinde gereklilik arz etmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısının daha önce gebelikten korunma yöntemi kullanmış olması, tedavi sürecine girildiğinde bireylerin yaşadığı şaşkınlık, inkâr ve adaptasyon güçlüğü gibi psikolojik süreçleri anlamak açısından önemlidir.

Erkek katılımcılarda; Bu çalışmada 30 yaş altındaki katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanlarının 30 yaş ve üzerindekilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç, daha genç bireylerin infertilite sürecinde spiritüel başa çıkma kaynaklarını daha aktif kullandıklarını ya da

yaşamlarına ilişkin umut ve anlam algılarını daha yüksek sürdürdüklerini düşündürmektedir. Genç yaş grubunun gelecek beklentilerinin daha güçlü olması, tedavi sürecinden olumlu sonuç alma inancının görece yüksek olması ve yaşam olaylarını spiritüel bir çerçevede anlamlandırmaya daha açık olmaları bu durumu açıklayan etmenler arasında olabilir. Literatürde de bazı çalışmalarda genç bireylerde spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek bildirildiği, bunun başa çıkma süreçlerini desteklediği belirtilmektedir (Akkaya, 2024). Schmidt ve arkadaşları (2005), daha ileri yaş grubundaki bireylerin infertiliteyle başa çıkmada daha gerçekçi, kabul edici ve sınırlı stratejiler kullandığını, gençlerin ise daha değişken başa çıkma yollarına yöneldiğini bulgulamıştır. Genç yaş grubunun infertilite sürecinde daha yoğun stres yaşadığı ve bu nedenle farklı başa çıkma yollarını bir arada kullanma eğilimi gösterdiği belirtilmektedir (Peterson ve ark., 2006; Ngai ve Chan, 2011).

Çalışmada ayrıca yaşayan çocuğu olan katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanlarının, çocuğu olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu, çocuk sahibi olmanın bireylerin yaşamlarına anlam yükleme, varoluşsal doyum ve umut duygularını güçlendirme açısından önemli bir kaynak olabileceğini göstermektedir. Çocuk sahibi olmanın bireyler için güven, aidiyet ve yaşam doyumunu artırıcı bir unsur olması, spiritüel iyi oluşu destekleyen bir mekanizma olarak değerlendirilebilir. Buna karşın çocuğu olmayan bireylerde belirsizlik, kayıp duygusu ve başarısızlık algısının spiritüel iyi oluş düzeyini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği sonuçları incelendiğinde, 30 yaş altındaki katılımcıların "Pasif-Yok Sayma" başa çıkma puanlarının 30 yaş ve üzerindeki bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durum, genç bireylerin stresle başa çıkarken zaman zaman inkâr, görmezden gelme ya da duygusal geri çekilme gibi pasif stratejilere daha fazla başvurabildiğini düşündürmektedir. Genç yaş grubunun infertilite ile karşılaştıklarında durumu kabullenmekte zorlanmaları ve kaçınma temelli başa çıkmaya yönelmeleri olası bir açıklama olabilir. Bununla birlikte katılımcıların yaşlarına göre "Aktif-Yok Sayma", "Aktif-Mücadele Etme" ve "Anlam Bulma Temelli" başa çıkma alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmaması ($p>0,05$), yaşın bu başa çıkma biçimleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmayabileceğini düşündürmektedir.

Yaşayan çocuk varlığına göre başa çıkma stratejileri değerlendirildiğinde ise, ölçeğin hiçbir alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, çocuk sahibi olmanın infertilite ile başa çıkma biçimlerini belirleyen tek ya da güçlü bir faktör olmayabileceğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle, çocuk sahibi olmanın bireylerin stresle baş etme yöntemlerini temelden değiştirmediği; başa çıkma süreçlerinin daha çok kişisel, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilendiği düşünülebilir.

Benzer şekilde, katılımcıların eğitim durumlarına göre başa çıkma alt boyut puanları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, eğitim düzeyinin infertilite stresine karşı kullanılan başa çıkma stratejilerini tek başına belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir. Roudsari ve Allan (2011), dini ve manevi pratiklerin infertiliteye bağlı stresi azalttığını ve bireylerin tedaviye daha olumlu yaklaşmalarına katkı sağladığını belirtmektedir.

Bu çalışmada erkek katılımcıların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Bu durum, bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin belirsizliğe tahammül etme durumlarından bağımsız olabileceğini düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, infertilite sürecindeki belirsizlik artsa bile spiritüel iyi oluşun aynı ölçüde etkilenmediği söylenebilir. Benzer şekilde, infertilite stresine yönelik "aktif-yok sayma", "aktif-mücadele etme" ve "pasif-yok sayma" başa çıkma yöntemleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, belirsizliğe verilen tepki ile kullanılan başa çıkma stratejilerinin her zaman birbiriyle paralel ilerlemediğini göstermektedir. Buna karşın diğer spiritüel alt boyutlarla aktif-yok sayma yöntemi arasında ilişki bulunmaması, bu stratejinin özellikle aşkınlık boyutuna özgü psikolojik bir yansıma olabileceğini göstermektedir. (Koenig, 2012; Pargament, 2007).

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer sonuç ise, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma" yöntemi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmasıdır ($r=0,392$; $p<0,01$). Bu bulgu, spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin infertilite sürecini daha çok anlamlandırma ve bu süreçten bir anlam çıkarma yoluyla yönetmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Spiritüel iyi oluşun, bireyin yaşamına yönelik anlam ve amaç duygusunu desteklediği ve bunun da anlam bulmaya dayalı başa çıkmayı güçlendirdiği söylenebilir.

Buna karşın spiritüel iyi oluş ile diğer başa çıkma yöntemleri arasında anlamlı ilişki saptanmaması ($p>0,05$), spiritüel iyi oluşun özellikle anlam merkezli başa çıkma ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuç, infertilite sürecinde spiritüel boyutun bireylerin yaşadıkları durumu anlamlandırmalarına katkı sağlayan koruyucu bir unsur olabileceğini göstermektedir.

Kadın katılımcılara baktığımızda eğitim durumuna göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Lise ve daha düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerden daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu sonuç, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin belirsizlikle başa çıkma becerilerinin arttığını ya da belirsiz durumları daha gerçekçi ve kontrollü değerlendirebildiklerini düşündürmektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla bilgiye erişimin ve problem çözme becerilerinin güçlenmesi, belirsizliğin stres yaratan etkisini azaltıyor olabilir.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği sonuçları incelendiğinde, 30 yaş altındaki katılımcıların "Pasif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" puanlarının 30 yaş ve üzerindeki katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu durum, genç bireylerin infertilite ile karşılaştıklarında zaman zaman durumu görmezden gelme, erteleme ya da kaçınma gibi pasif başa çıkma yollarını daha fazla kullanabildiklerini düşündürmektedir. Genç yaş grubunun infertiliteyi kabullenme sürecinin daha zor olması ve deneyimlerinin daha sınırlı olması bu bulguyu açıklayabilir. Eğitim durumuna göre "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" puanları arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Lisans mezunlarının puanlarının lisansüstü mezunlardan daha düşük olması, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin infertiliteye ilişkin stresle daha aktif ve bilinçli başa çıkma eğiliminde olabileceğini göstermektedir. Bu sonuç, akademik eğitim sürecinin problem çözme ve uyum becerilerini desteklemesiyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca yaşayan çocuğu olan katılımcıların "Aktif-Yok Sayma Başa Çıkma Yöntemi" puanlarının, çocuğu olmayan bireylerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Bu bulgu, çocuk sahibi olan bireylerin infertilite stresiyle karşılaştıklarında durumu yok sayma eğilimlerinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Çocuğu olan bireylerin ebeveynlik deneyimine sahip olmaları,

durumu daha gerçekçi değerlendirmelerine ve stresle daha yapıcı başa çıkma yollarını tercih etmelerine katkı sağlamış olabilir. Eğitim düzeyi açısından, lisansüstü bireylerin aktif çözme-yok sayma stratejisini lise ve lisans mezunlarına kıyasla daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bu sonuç, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin stresle başa çıkarken bazı sorunları bilinçli olarak görmezden gelme veya yeniden çerçeveleme eğiliminde olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan, lise ve ön lisans mezunlarının pasif kaçınma stratejisine daha fazla başvurduğu bulunmuştur. Bu bulgu, eğitim düzeyi düşük bireylerde kadercilik ve edilgen başa çıkma eğilimlerinin daha yaygın olduğunu ortaya koyan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Martins ve ark., 2011). Greil ve arkadaşları (2011), infertil bireylerin çocuk sahibi olmamanın getirdiği sosyal baskı ve varoluşsal kaygılar nedeniyle daha yoğun stres yaşadıklarını ve bu nedenle başa çıkmada kaçınma stratejilerini daha sık kullandıklarını bildirmiştir. Araştırma bulgularına göre belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arttıkça, katılımcıların hem "aktif-yok sayma" hem de "pasif-yok sayma" başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullandıkları görülmüştür. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ile "aktif-yok sayma" puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunması ($r=0,255$; $p<0,05$), belirsizliği tolere etmekte zorlanan bireylerin infertilite ile ilgili sorunları görmezden gelme ya da bastırma eğiliminde olabileceğini düşündürmektedir. Aynı şekilde belirsizliğe tahammülsüzlük ile "pasif-yok sayma" yöntemi arasındaki ilişkinin daha güçlü düzeyde pozitif yönde olması ($r=0,467$; $p<0,01$), bu bireylerin durumu kabullenmek yerine kaçınma ve inkâr gibi pasif başa çıkma biçimlerine daha yoğun şekilde başvurduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar, belirsizliğin kişide yarattığı stresin, uyum sağlayıcı olmayan kaçınma davranışlarını artırabileceğine işaret etmektedir. İnfertil kadınlar üzerine yapılan çalışmalarda, belirsizlik karşısında kaçınmacı veya pasif başa çıkma stratejilerinin bireysel psikolojik özellikler ve belirsizlik intoleransı ile yakından ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Bunting ve Boivin, 2007; Chachamovich ve ark., 2010).

Çalışmada ayrıca Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puanları ile "Anlam Bulma Temelli Başa Çıkma" yöntemi arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,442$; $p<0,01$). Bu bulgu, spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin infertilite sürecini daha çok anlamlandırma, hayatın anlam ve amacı ile ilişkilendirme yoluyla yönetmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Spiritüel iyi oluşun,

kişinin yaşadığı güçlükleri daha geniş bir anlam çerçevesinde değerlendirmesini desteklemesi bu ilişkiyi açıklayabilir. Spiritüel iyi oluşun yalnızca dini inançlara dayanmayan, aynı zamanda doğayla, insanlarla ve kendi iç dünyasıyla kurulan bağlantıları da kapsayan çok boyutlu bir yapı olması nedeniyle, bireylerin bu süreçte farklı manevi yönelimlerle başa çıkma becerilerini güçlendirdikleri söylenebilir (Fisher, 2011).Spiritüel iyi oluşun toplam puanı ile belirsizliğe tahammülsüzlük ya da infertilite stresine yönelik başa çıkma arasında anlamlı ilişki bulunmaması ise spiritüelliğin etkisinin bütüncül bir yapıdan ziyade alt boyut düzeyinde ortaya çıktığını düşündürmektedir. Bu durum, spiritüel iyi oluşun tek bir boyut olarak değil, bireyin anlam arayışı, doğayla ilişkisi, inanç sistemi, uyum duygusu gibi farklı bileşenlerle incelenmesinin daha açıklayıcı olduğunu göstermektedir. Ensafdaran ve arkadaşları (2024), spiritüel sağlığın infertil kadınlarda psikolojik sıkıntı üzerinde dolaylı etkiler yaratabileceğini, ancak bu etkinin çoğunlukla sosyal destek gibi başka faktörlerle birlikte ortaya çıktığını göstermektedir. Carleton (2016) belirsizliğe tahammülsüzlüğün temel bir bilişsel önyargı ve kaygı bozukluklarının ortak çekirdek bileşeni olduğunu vurgulamaktadır; dolayısıyla yaş, cinsiyet veya eğitim gibi demografik değişkenlerden bağımsız olarak bireyin bilişsel yapısına daha çok bağlıdır. Benzer şekilde, Buhr ve Dugas (2002), belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı ve endişe süreçleriyle ilişkili temel bir bilişsel eğilim olduğunu ve sosyo-demografik faktörlerin bu yapıyı açıklamada sınırlı rol oynadığını göstermiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça kaçınma ve yok sayma yönelimlerinin belirginleştiği, spiritüel iyi oluş yükseldikçe ise anlam bulmaya dayalı başa çıkmanın güçlendiği söylenebilir. Bu sonuçlar, infertilite yaşayan bireylere yönelik psikososyal destek programlarında belirsizliğe tahammül ve spiritüel iyi oluşun dikkate alınmasının önemli olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Naab ve arkadaşları (2025) yaptıkları kapsamlı tarama çalışmasında, spiritüel stratejilerin infertil bireylerde başa çıkma, stres yönetimi ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiş, ancak etkilerinin strateji türüne göre değişiklik gösterdiğini vurgulamıştır. Bu sonuçlar, infertilite sürecinde belirsizlik karşısında geliştirilen aktif çözme-yok sayma stratejisinin daha çok bireysel eğilimlerden beslendiğini; spiritüel iyi oluşun ise daha çok anlam bulma, umut ve psikolojik direnç gibi süreçlerde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Beygi ve arkadaşları (2021) da spiritüel iyi oluşun infertil kadınlarda stresle baş etmede önemli olduğunu, fakat bazı başa çıkma stratejilerinde doğrudan etkili olmayabileceğini rapor etmişlerdir. Nitekim infertilite sürecinde pasif başa çıkma, bireylerin belirsizlik intoleransı ve kaçınmacı eğilimleri ile şekillenen otomatik bir davranış örüntüsü olarak değerlendirilebilir (Naab ve ark., 2025) Modelde gözlemlenen yapı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün doğrudan pasif başa çıkma stratejilerini belirlediğini, spiritüel iyi oluşun ise dolaylı yoldan belirleyici bir mekanizma oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Bu durum, infertilite tedavisi gören bireylerin kaçınmacı tepkilerinin yönetiminde, spiritüel kaynakların tek başına etkili olmadığını, psikososyal destek ve bilişsel-davranışsal müdahalelerle güçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, doğrudan ancak aracısız etki, spiritüel iyi oluşun infertilite bağlamında her başa çıkma stratejisinde belirleyici olmadığını, daha seçici bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır.

Tanhan ve Young (2022) çalışmasında, infertilite sürecindeki bireylerin belirsizlik, stres ve ruhsal yük ile başa çıkmada spiritüel başa çıkma ve anlam arayışının önemli bir koruyucu faktör olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, mevcut araştırmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların özellikle aşkınlık ve doğayla uyum boyutlarında yüksek puan alması, bireylerin inanç, umut ve manevi dayanıklılık üzerinden süreci yönetmeye çalıştıklarını ortaya koymakta; Tanhan ve Young'ın (2022) vurguladığı spiritüel kaynakların psikolojik iyilik halini destekleyici rolünü doğrulamaktadır. Mahoney ve Cano'nun (2014) infertilite ve kronik stres süreçlerinde maneviyatın duygusal düzenleme ve evlilik uyumu üzerinde olumlu etkileri olduğu yönündeki bulguları da mevcut çalışma ile uyumludur. Bu araştırmada, özellikle erkek katılımcılarda yaşayan çocuk varlığının spiritüel iyi oluşu artırması ve çalışan erkeklerde anomi düzeyinin daha düşük olması, Mahoney ve Cano (2014)'nun manevi süreçlerin ilişki doyumu ve psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiğine dair sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca kadınlarda eğitim ve çalışma durumuna göre spiritüel iyi oluşun değişkenlik göstermesi, Mahoney ve Cano'nun sosyal roller ve stres kaynaklarıyla ilişkili olarak spiritüel başa çıkmanın farklılaşabileceğine yönelik görüşleriyle örtüşmektedir.

Koochaksaraei ve arkadaşları (2023), infertil kadınlarda psikolojik sağlık boyutlarını iyileştiren müdahaleleri sistematik bir şekilde incelemiş ve spiritüel sağlık ile sosyal

desteğin birlikte değerlendirildiğinde psikolojik sıkıntıyı azaltabileceğini göstermişlerdir. Bu bulgular, spiritüel iyi oluşun her başa çıkma stratejisinde belirleyici olmadığını, daha seçici roller üstlendiğini ve bu süreçte sosyal destek gibi diğer faktörlerin de önemli bir rol oynadığını göstermektedir. İnfertilite sürecindeki kadınlarda umut ve spiritüel yönelimin genç yaşlarda daha güçlü olduğunu ortaya koyan Duran ve Öz (2023) çalışmasıyla örtüşmektedir (Duran ve Öz, 2023).

Rettie ve Daniels (2020) COVID-19 pandemisi sırasında belirsizlik intoleransının yüksek düzeyde stres ve kaygıyla ilişkili olduğunu bulmuş, ancak demografik değişkenlerle güçlü bir bağlantı ortaya koymamıştır. Literatürde erkeklerin infertiliteyi çoğunlukla "yetersizlik" algısı ile ilişkilendirdiği belirtilmektedir; bu nedenle çocuk sahibi olma durumu manevi dengeyi güçlendiren bir unsur olabilir (Fisher ve Hammarberg, 2012). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, infertilite sürecinin yalnızca biyolojik bir durum olmadığı; bireyin psikolojik, sosyal ve manevi bütünlüğünü etkileyen çok boyutlu bir yaşam deneyimi olduğu görülmektedir. Araştırmanın sonuçları, infertilite tedavisi sürecinde multidisipliner yaklaşımın, özellikle psikososyal ve spiritüel müdahalelerin önemini desteklemektedir.

6. SONUÇ

Erkek katılımcılarda yapılan korelasyon analizine göre, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. "İleriye yönelik kaygı" alt boyutu ile Aşkınlık arasında (r=0,311; p=0,006), "Engelleyici kaygı" alt boyutu ile Anomi arasında (r=0,449; p=0,001) ve toplam belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ile Aşkınlık (r=0,287; p=0,012) ve Anomi (r=0,352; p=0,002) alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır. Buna karşın "Doğayla uyum" alt boyutu ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir (p>0,05).

Erkeklerde Spiritüel İyi Oluş ile İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Aşkınlık alt boyutu ile "Aktif-yok sayma" (r=0,247; p=0,032), "Aktif-mücadele etme" (r=0,249; p=0,030) ve "Pasif-yok sayma" (r=0,237; p=0,039) başa çıkma yöntemleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Ayrıca Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi puanları ile Aşkınlık (r=0,368; p=0,001) ve Doğayla uyum (r=0,422; p=0,001) alt boyutları ile toplam spiritüel iyi oluş puanı (r=0,392; p=0,001) arasında pozitif yönlü, Anomi alt boyutu ile ise negatif yönlü (r=-0,302; p=0,008) anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Erkeklerde Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Başa Çıkma Ölçeği arasında ise anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın katılımcılarda, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasındaki ilişkiler incelendiğinde, "İleriye yönelik kaygı" (r=0,521; p=0,001), "Engelleyici kaygı" (r=0,568; p=0,001) ve toplam puan (r=0,587; p=0,001) ile Anomi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Buna karşın "Aşkınlık" ve "Doğayla uyum" alt boyutları ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Kadınlarda Spiritüel İyi Oluş ile İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği arasındaki ilişkiler incelendiğinde; "Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi" ile Aşkınlık (r=0,291; p=0,011) ve Anomi (r=0,399; p=0,001) alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler; "Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi" ile Aşkınlık (r=0,434; p=0,001), Doğayla uyum (r=0,402; p=0,001) ve toplam spiritüel iyi oluş puanı (r=0,442; p=0,001) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Ayrıca kadın katılımcılarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Başa Çıkma Ölçeği arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, “Aktif-yok sayma” yöntemi ile “İleriye yönelik kaygı” (r=0,263; p=0,022) ve toplam belirsizliğe tahammülsüzlük puanı (r=0,255; p=0,026) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun yanı sıra “Pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi” ile “İleriye yönelik kaygı” (r=0,471; p=0,001), “Engelleyici kaygı” (r=0,396; p=0,001) ve toplam puan (r=0,467; p=0,001) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sonuç olarak, erkeklerde spiritüel iyi oluş arttıkça anlam bulma temelli ve aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanımının arttığı**,** kadınlarda ise belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin yükselmesiyle anomi ve pasif başa çıkma eğiliminin arttığı belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

Bu araştırma infertilite tedavisi sürecinde olan bireylerin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük ve yaşadıkları stresin ile başa çıkmada spiritüel iyi oluşluğun ilişkisini göstermiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

İnfertilite tedavisi gören bireylerin belirsizlikle başa çıkma becerilerini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmak amacıyla, manevi destek içeren psikoeğitim programları ve ruhsal danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetlerde bireylerin inanç sistemlerine duyarlı, çok kültürlü danışmanlık modelleri benimsenmelidir.

Tedavi sürecinde görev alan kadın doğum uzmanları, hemşireler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarına yönelik olarak spiritüel bakım, belirsizlikle baş etme stratejileri ve infertilite psikolojisi konularında düzenli hizmet içi eğitimler verilmelidir. Böylece sağlık personelinin, hastaların duygusal ve spiritüel gereksinimlerini daha iyi anlayarak bütüncül bir destek sunmaları sağlanabilir.

İnfertilite deneyimini paylaşan bireylerin bir araya gelerek sosyal dayanışma içinde bulunabilecekleri grup terapileri veya destek grupları kurulmalıdır. Bu gruplarda özellikle belirsizliğe tolerans geliştirme, stresle baş etme ve spiritüel iyi oluşu destekleme temalarına odaklanılabilir. Kadın ve erkeklere özgü ihtiyaçları dikkate alan bireyselleştirilmiş destek programları geliştirilmelidir. Çünkü çalışmada kadın ve erkeklerin spiritüel iyi oluş ve stresle başa çıkma puanlarının farklılaştığı görülmüştür. Bu nedenle cinsiyete duyarlı yaklaşımlar kullanılması önerilir.

Bu alanda yapılacak ileriki araştırmalarda örneklem grubunun genişletilmesi, farklı sosyo-kültürel grupların dahil edilmesi önerilmektedir. Ayrıca infertilite sürecinde çift olarak yaşanan deneyimlerin birlikte değerlendirilmesi hem bireysel hem de ilişkisel düzeyde daha kapsamlı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır. Tedavi sürecinde bireylerin aktif ve işlevsel başa çıkma stratejilerini güçlendirmeye yönelik grup eğitimleri uygulanmalıdır. Duyguları ifade etme, sosyal destek alma ve bilgi edinme gibi yöntemlerin kullanımı yüksek olduğundan, bu becerileri destekleyen grup temelli çalışmalar etkili olabilir.

İnfertilite merkezlerinde psikolojik danışman ve hemşire iş birliğinde düzenli değerlendirme ve takip yapılmalıdır. Bireylerin belirsizlik düzeyi, spiritüel iyi oluşu

ve başa çıkma becerileri tedavi sürecinin farklı aşamalarında değişebileceğinden, periyodik değerlendirmeler yapılması önerilir.

Gelecek araştırmalar daha geniş örneklemle ve farklı merkezlerde yürütülerek bulguların genellenebilirliği artırılmalıdır. Ayrıca uzunlamasına çalışmalarla belirsizlik, başa çıkma ve spiritüel iyi oluşun zaman içindeki değişiminşn değerlendirilmesi önerilir. Bunun yanı sıra spiritüel iyi oluşun infertilite tedavisindeki başarısı, yaşam doyumu ve tedaviye uyum üzerindeki etkilerini değerlendiren müdahale temelli çalışmalar önerilmektedir.

Spiritüel iyi oluşu düşük gruplar için özel müdahale programları (mindfulness, meditasyon, manevi danışmanlık) uygulanabilir. Bu uygulamaların infertilite stresine olumlu etkileri literatür tarafından desteklenmektedir.

8. KAYNAKÇA

Aisenberg-Romano, R., Inbar, S., ve Tenenbaum, A. (2012). Unexplained infertility and psychological distress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(1), 67–76. https://doi.org/10.1080/02646838.2011.637953.

Akkaya, B. (2024). *Beliren Yetişkinlerde Kaygı ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Spiritüel İyi Oluş Arasındaki İlişki,* [Yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi Açık Arşiv Sistemi.

Akın, M., ve Özdemir, K. (2022). İnfertil kadınlarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve infertilite stresi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 93–101.

Aktan, E. (2024). Açıklanamayan infertilite tanısı alan kadınların psikolojik profilleri: Bir karşılaştırmalı çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 45(2), 123–134. https://doi.org/10.1234/psikoloji.2024.45.2.123.

Alaçam, E., ve Yılmaz, M. (2021). *İnfertilite tedavi sürecinde stresle baş etme yöntemleri.* D. V. Yılmaz ve T. G. Emül (Eds.), *İnfertilite hemşireliği* (ss. 205–220). Akademisyen Kitabevi.

Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W. K., Ope, J. O., ve Barivure, T. N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes, 10*, Article 690. https://doi.org/10.1186/s13104-017-3008-8

Arslan, S., ve Avcı, S. (2024). Hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(1), 182–193.

Asazawa, K., Jitsuzaki, M., Mori, A., Ichikawa, T., ve Shinozaki, K. (2018). Supportive care needs and medical care requests of male patients during infertility treatment. *Open Journal of Nursing, 8*(4), 235–247. https://doi.org/10.4236/ojn.2018.84020

Asazawa, K., Jitsuzaki, M., Mori, A., Ichikawa, T., ve Shinozaki, K. (2020). Effectiveness of a spousal support program in improving the quality of life of male patients undergoing infertility treatment: A pilot study. *International Journal of Community Based Nursing ve Midwifery, 8*(1), 23–33. https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2019.81329.0

Ataman, H. (2022). *İnfertilite, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ve hemşirelik*. In N. Pekcan ve K. D. Beydağ (Eds.), *Hemşirelik ve ebelik öğrencileri için kadın sağlığı ve hastalıkları* (pp. 504–514). Nobel Tıp Kitapevleri.

Aytaç, P. Ç. (2020). *İnfertil çiftlerde tedavi planı*. Ş. A. Tosun ve M. K. Özel (Eds.), *İnfertilitede güncel yaklaşımlar* (Bölüm 20, ss. 271–282). Akademisyen Kitabevi.

Beygi, Z., Bahia, NJ, Nourimand, F., Amoozandeh, Z. ve Forouhari, S. (2021). Kısırlık sorunu yaşayan kadınlarda ruhsal iyilik hali, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Aile Hekimliği ve Birincil Bakım Dergisi* , 23 (4).

Brandon, J., Vlahos, N., ve Bankowski, B. (2005). *İnfertilite ve üremeye yardımcı teknolojiler* (C. Akarsu, Çev.) *In Johns Hopkins jinekoloji ve obstetrik el kitabı* (ss. 377–384). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. *(Orijinal eser 2005 yılında yayımlanmıştır.)*

Buhr, K., ve Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. Behaviour Research and Therapy, 40(8), 931–945.

Bunting, L., ve Boivin, J. (2007). Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Human Reproduction, 22*(6), 1662–1668. https://doi.org/10.1093/humrep/dem057.

Buldum, A., ve Emül, T. G. (2021). *İnfertilitede kullanılan tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolü*. In D. V. Yılmaz ve T. G. Emül (Eds.), *İnfertilite hemşireliği* (pp. 107–126). Akademisyen Kitapevi.

Can, A. A., ve Yılmaz, D. V. (2021). *İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü*. In D. V. Yılmaz ve T. G. Emül (Eds.), *İnfertilite hemşireliği* (pp. 77–106). Akademisyen Kitapevi.

Carleton, R. N., Weeks, J. W., Howell, A. N., Asmundson, G. J., Antony, M. M., ve McCabe, R. E. (2012). Assessing the latent structure of the intolerance of uncertainty construct: An initial taxometric analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 150–157. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.10.006.

CETAD. (2024). İnfertilite. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.* https://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/61/infertilite (Erişim tarihi 09.10.2025).

Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., ve Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology, 31*(2), 101–110. https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337.

Cleveland Clinic. (2023). Ejaculatory duct obstruction: Causes, symptoms ve surgery. clevelandclinic.org. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22819-ejaculatory-duct-obstruction (Erişim tarihi 10.11.2025).

Dilbaz, S. ve Değirmenci, Ö. (2009). *Yardımcı üreme tekniklerinde hasta seçimi*. In. M. N. Çiçek ve L. Mollamahmutoğlu (Eds.), *A'dan Z'ye Yardımcı Üreme Teknikleri* (pp. 1–10). Palme Yayıncılık.

Doğan, A., ve Beydağ, K. D. (2020). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ilişkisi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 3*(2), 44–51.

Dündar, Z., ve Demirli, C. (2018). Medeni durumları farklı olan çalışanların psikolojik iyi olma düzeylerinin incelenmesi. *The Journal of Educational Reflections, 2*(2), 1–10.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1993). *WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple.* Cambridge University Press.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021). WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen (6th ed.). *World Health Organization.*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2023a, April 4). 1 in 6 people globally affected by infertility. *World Health Organization*. https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility (Erişim tarihi 06.05.2025).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2023b). *Infertility prevalence estimates*, 1990–2021 (No. 978920068315). *World Health Organization*. https://www.who.int/publications/i/item/978920068315 (Erişim tarihi 06.05.2025).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2024). Infertility. *World Health Organization.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility (Erişim tarihi 10.10.2025).

Erdemoğlu, Ç. (2023). *İnfertilite*. In S. Aktaş, Y. Aksoy Derya, ve E. Toker (Eds.), *A'dan Z'ye Temel Ebelik* (Cilt 2, ss. 709–719). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Eroğlu, N., ve Temiz, G. (2020). İnfertilite tedavisi gören hastalarda eğitimin stres ve stresle başa çıkma durumlarına etkisi. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(4), 1309–1317. https://doi.org/10.17826/cumj.702020.

Etemadifar, S., Hosseiny, R. S., Ziraki, A., Omrani, A., ve Alijanpoor, M. (2016). Spiritual well-being and life satisfaction in infertile women. *Women's Health Bulletin, 3*(4), e32344. https://doi.org/10.17795/whb-32344.

Ensafdaran, F., Nejabat, M., Sabetian, S., Namavar Jahromi, B., ve Hemmati, F. (2024). The effect of spiritual health on psychological distress of infertile women: The role of perceived social support as a mediator. *Journal of Reproduction ve Infertility, 25*(4), 290–297. https://chooser.crossref.org/?doi=10.18502%2Fjri.v25i4.18127.

Faramarzi, M., Kheirkhah, F., Esmaelzadeh, S., Alipour, A., ve Rahnama, J. (2013). Psychological interventions for depression and anxiety in infertile women: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology, 34*(4), 149–158. https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.856168.

Fisher, J. W. (2011). *The four domains model*: Connecting spirituality, health and well-being. Religions, 2(1), 17–28.

Fisher, J. R. W., ve Hammarberg, K. (2012). Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology, 14*(1), 121–129.

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. Anxiety, Stress ve Coping, 21(1), 3–14.

Gana, K., ve Jakubowska, S. (2016). Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of Health Psychology, 21*(6), 1043–1054. https://doi.org/10.1177/1359105314544990.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., ve Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. Social Science ve Medicine, 73(1), 87–94.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., ve McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. Sociology of Health ve Illness, 32(1), 140–162.

Gülekli, B. (2011). Üreme endokrinolojisi teknikleri ve cerrahisi. *Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Derneği. https://utcd.org.tr/wp-content/uploads/Ureme-Endokrinolojisi-Teknikleri-ve-Cerrahisi.pdf?utm_source=chatgpt.com*

Gürgan, T., Gülerman, C., ve Özyer, Ş. (2017). IVF sikluslarında kontrollü ovaryan stimülasyon. *TJRMS, 1*(1), 42–53.

Joffe, M. (2010). What has happened to human fertility? *Human Reproduction*, *25*(2), 295-307. https://doi.org/10.1093/humrep/dep390.

Kara, P., ve Nazik, E. (2021). *İnfertilitenin epidemiyolojisi, etyolojisi ve risk faktörleri*. In Vefikuluçay Yılmaz, D., ve Güner Emül, T. (Eds.), *İnfertilite hemşireliği* (pp. 55–75). Akademisyen Kitapevi.

Kardaş, S. ve Ekşi, H., (2017). *Spiritual well-being*: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 73–88. http://dx.doi.org/10.12738/spc.2017.1.0022 .

Karamanlı, Ş. (2011). *Yardımcı üreme teknikleri hemşireliği*. In Çelik, Ö. (Ed.), *Yardımcı üreme teknikleri* (pp. 637–643). Nobel Kitapevi.

Karataş, Z., ve Uzun, K. (2018). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün yordayıcısı olarak endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar. *Kastamonu Education Journal, 26*(4), 1269–1273.

Kölükçü, E., ve Gülücü, S. (2021*). Yardımcı üreme teknikleri*. In Koçak, İ., Güven, D., Tekin, Y. B., Bakay, K., Özdemir, A. Z., ve Karlı, P. (Eds.), *Temel kadın hastalıkları ve doğum* (pp. 821–829). Akademisyen Kitapevi.

Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). *Stress*, *appraisal, and coping*. New York: *Springer Publishing Company.*

Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., ve Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828–840. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.828

Lei, A., You, H., Luo, B, ve Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific repom*, 11(1), 24220. https://d0i.org/lO.1038/s41598-021-03715-9

Maheshwari, A., Hamilton, M., ve Bhattacharya, S. (2008). Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction, 23*(3), 538–542.

Mahoney, A., ve Cano, A. (2014). Spirituality, family, and psychological functioning. *Journal of Family Psychology, 28*(3), 253–262.

Mousavi, E., Hosseini, S., Bakhtiyari, M., Abasi, 1., Mohammadi, A., ve Masjedi Arani, A. (2020). Farkındalık temelli stres azaltma grup terapisinin kısırlık sorunu yaşayan kadınlarda anksiyete, depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkileri. *Iran Rehabilitasyon Dergisi* , 18 (2), 137-144.

Naab, F., van der Wath, A. E., Kyei, J. M., ve Armah, D. (2025). Spirituality as a coping strategy for infertility: A scoping review. *Journal of Religion and Health*. Advance online publication. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40163186.

Newton, C. R., Sherrard, W., ve Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility, 72*(1), 54–62. https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8.

Ngai, F. W., ve Loke, A. Y. (2022). Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertiiity. *Human ferlilily* (Cambridge, England), 25(3), 540—547.

Odetayo, A. F., Akhigbe, R. E., Bassey, G. E., Hamed, M. A., ve Olayaki, L. A. (2023). *Impact of stress on male fertility:* Role of gonadotropin inhibitory hormone. *Frontiers in Endocrinology*, *14*, Article 1329564. https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1329564.

Özdemir, E., ve Kaplan, S. (2021). İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 79–89.

Özer, D., ve Pasinlioğlu, T. (2022). Hemşireliğin kavramsal çerçevesinde spiritüalite. *Bildiri*

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., ve Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443–2449.

Rettie, H., ve Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 75*(7), 778–789. https://doi.org/10.1037/amp0000710 .

Ried, K., ve Alfred, A. (2013). Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: A mixed methods approach. *BMC Women's Health*, 13(1), Article 17. https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-17.

Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Timmins, F., ve Hall, J. (2017). Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3917–3935. https://doi.org/10.1111/jocn.13813.

Roudsari, R. L., ve Allan, H. T. (2011). Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: a multifaith dialogue. *International Journal of Fertility ve Sterility,* 5(3), 158–167.

Sarıçam, H. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün mutluluğa etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 1–12.

Sarıçam, H., ve Duran, A. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Route Educational and Social Science Journal,* 1(3), 148–157.

Schmidt, L. (2006). *Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences*. Thesis for Degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen, Denmark.

Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., ve Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: Cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction,* 20(11), 3248–3256. https://doi.org/10.1093/humrep/dei193.

Schuette, SA, Andrade, FC, Woodward, JT, ve Smoski, MJ (2023). Kısırlık yaşayan kadınlarda psikolojik sagllkla ilişkili değiştirilebilir faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Psikolojisi Dergisi* , 28 (12), 1143-1156.

Smith, M. J., Williams, L. J., ve ark. (2023). Exploring the dynamics of exercise intensity on male fertility and semen quality. *Journal of Reproductive Health*. https://doi.org/10.1186/s12958-023-01045-6 .

Şahin, O. (2020). *Kadın infertilitesi*. In Tosun, Ş., ve Özel, M. K. (Eds.), *İnfertilitede güncel yaklaşımlar* (pp. 83–100). Akademisyen Kitapevi.

Tanhan, A., ve Young, J. S. (2022). An online spiritually oriented acceptance and commitment therapy intervention for people struggling with infertility: A mixed-method study. *Counselling and Psychotherapy Research, 22*(1), 36–48.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2025). Sağlık istatistikleri yıllığı 2023. https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html. Erişim tarihi: 12.06.2025

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri hakkında yönetmelik. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20085veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5. Erişim tarihi: 01.04.2025

Tavousi, S. A., Behjati, M., Milajerdi, A., ve Mohammadi, A. H. (2022). Psychological assessment in infertility: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology,* 13, 961722. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.961722.

Teklemicheal, A. G., Kassa, E. M., ve Weldetensaye, E. K. (2022). Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: A cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychology*, 10(1), Article 91. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00804-w .

Terzioğlu, F. (2021). *İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri.* Taşkın, L. (Eds.). In *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (pp. 565–584). Akademisyen Kitapevi.

Topçu, H. O., Evliyaoğlu, Ö., ve Şahin, Y. (2017). Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır. TJRMS, 1, 104–111.

Tuğrul, M. (2012). *Ovulasyon indüksiyonu ve over hiperstimülasyon sendromu*. In İ. V. Fenkci (Ed.), *Üreme sağlığı ve üremeye yardımcı tedaviler* (pp. 133–144). İstanbul Tıp Kitapevi.

Türk Dil Kurumu (*TDK*). (2025). Belirsizliğe tahammülsüzlük. Türkçe sözlük. https://sozluk.gov.tr.

Uncu, G., ve Yücebilgin, S. (2012). *Kadında infertilite*. In İ. V. Fenkci (Ed.), *Üreme sağlığı ve üremeye yardımcı tedaviler* (ss. 67–81). İstanbul Tıp Kitabevi.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., ve Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a

systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36.

Vural, F. (2012a). *Ovulasyon fizyolojisi*. In İ. V. Fenkci (Ed.), *Üreme sağlığı ve üremeye yardımcı tedaviler* (ss. 107–114). İstanbul Tıp Kitabevi.

Vural, F. (2012b). *Ovulasyonun değerlendirilmesi*. In İ. V. Fenkci (Ed.), *Üreme sağlığı ve üremeye yardımcı tedaviler* (ss. 115–132). İstanbul Tıp Kitabevi.

Yılmaz, T., ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2*(1), 100-112. https://doi.org/10.17681/hsp.20993 DergiPark

9. EKLER

Ek-1: Demografik Bilgi Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu için tanıtıcı bilgilerin yazılması gerekmemektedir, anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konulacaktır.

Sayın Katılımcılar

"Infertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Infertilite Stresi lle Başa Çıkma ile Spiritüel lyi Oluşluğun Belirlenmesi" başlıklı bu araştırma, Lokman Hekim Üniversitesi Ebelik bölümü tarafından yapılmaktadır. Araştırmada genç yetişkinlerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemeye yönelik davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 2 bölümden oluşmaktadır. 5-10 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Berfin Taşdemir Lokman Hekim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Telefon

Araştırma Ekibi; Doç. Dr. Didem Şimşek Küçükkelepçe

YI Öğrencisi Berfin TAŞDEMİR

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum

1. Kaç yaşındasınız?

…….

2. İnfertilite nedeni nedir?

…….

3. Medeni durumunuz nedir?

 Bekar

 Evli

4. Kaç yıldır evlisiniz?

……..

5. Eğitim durumunuz nedir?

 Lise

 Ön Lisans

 Lisans

 Lisansüstü

6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

 Evet

 Hayır

7. Gelir durumunuz nedir?

 Gelir giderden az.

 Gelir gidere eşit.

 Gelir giderden fazla.

8. Çocuk istemi mevcut mu?

 Evet

 Hayır

9. Soruya cevap evet ise ; kaç yıldır çocuk istiyorsunuz?

.....

10. Daha önce gebelik durumu yaşadınız mı?

 Evet

 Hayır

11. Yaşayan çocuk sayınız nedir?

……

12. Daha önce tüp bebek tedavisi aldınız mı?

- Evet
- Hayır

13. Aşağıdaki işlemlerden hangilerini yaptırdınız?

- tüp bebek
- aşılama
- ıcsı
- pıcsı
- tese
- tesa
- PGT

14. Nerede yaptırdınız?

- Özel Ankara tüp bebek merkezinde
- Devlet hastanesinde
- Şehir hastanesinde
- Başka tüp bebek merkezinde

15. Ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz?

…..

16. Gebelikten koruyucu yöntem kullandınız mı?

 Evet

 Hayır

17. Bir önceki soruya cevabınız evet ise; çocuk isteminden önce hangi aile planlama

yöntemini kullanıyordunuz?

 Kondom (prezervatif)

 Diyafram

 Sperm öldürücüler (jel)

 Geri çekme yöntemi

 Doğum kontrol hapı

 Spiral (Ria)

 Hormonlu Ria (mirena)

 Cilt altı implantları

 Vajinal duş

 Kadında tüplerin bağlanması (tüp ligasyon)

 Erkekte tüplerin bağlanması (vazektomi)

 Takvim yöntemi

Ek-2: İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği

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 kaçınırım				
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				
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 vb.) 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				

Aşağıdaki konular hakkında diğer insanlarla konuşur musun? **Ben .....**	**Diğer kişilerle konuşmam**	**Sadece yakınlarımla konuşurum**	**Bildiğim çoğu kişi ile konuşurum**
18. Çocuğumuzun olmaması ile ilgili duygularımı	**1**	**2**	**3**
19. Testlerin ve tedavilerin beni duygusal olarak nasıl etkilediğini			

Ek-3: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun** anlamına gelmektedir.					
1. Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2. Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3. İnsan beklenmedik olaylardan (sürprizlerden) kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4. En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5. Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6. Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7. Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8. Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
9. Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10. Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışamam.					
11. En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12. Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Ek-4: Üç Faktörlü Spiritüe İyi Oluş Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: **(1) Bana Hiç Uygun Değil** **(2) Bana Uygun Değil** **(3) Bana Biraz Uygun** **(4) Bana Oldukça Uygun** **(5) Bana Tamamen Uygun** Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun **değil**	Bana uygun **değil**	Bana **biraz** uygun	Bana **oldukça** uygun	Bana **tamamen** uygun
İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-5: Etik Kurul

Lokman Hekim Üniversitesi
Bilimsel Araştırmalar
Etik Kurulu

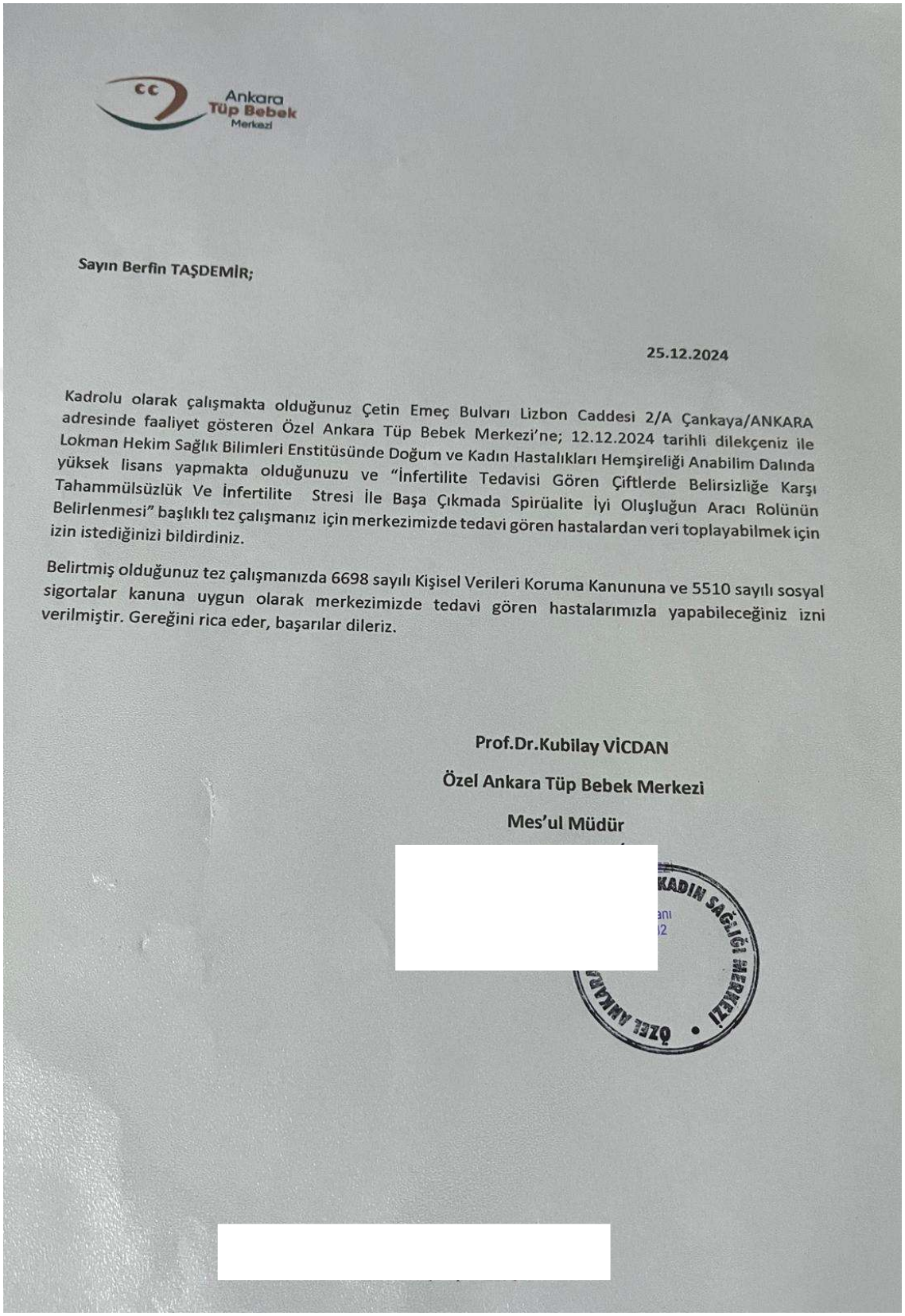
Toplantı sayısı	Karar Sayısı	Toplantı tarihi
2025/10	**1**	**03 Ekim 2025**

Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN'ın daveti üzerine 03 Ekim 2025 tarihinde aşağıdaki gündemle toplandı. Toplantıda Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu çalışma esasları hakkındaki yönergenin 6-6 maddesi gereğince etik kuruldaki görevli üyelerin çoğunluğunun toplantıda bulunduğu tespit edildi.

Karar No. 2025/226: Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE'nin sorumlu araştırmacısı olduğu **"İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahamülsüzlük ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkmada Spiritüel İyi Oluşluğun Aracı Rolünün Belirlenmesi"** başlıklı **(Kod No. 2025029)** araştırmanın başlığının **"İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahamülsüzlük, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma ve Spiritüel İyi Oluşluğun Belirlenmesi"** olarak değiştirilme talebi **ETİK OLARAK UYGUN BULUNMUŞTUR.**

ETİK KURUL ÜYESİ
Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN, Sağlık Bilimleri Fakültesi *Başkan*
Prof. Dr. Mete KÖKSAL, Tıp Fakültesi *Başkan Yardımcısı*
Dr. Öğr. Üyesi Safiye GÖÇER, Tıp Fakültesi *Üye*
Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuba AKÇİN, Diş Hekimliği Fakültesi *Üye*
Dr. Öğr. Üyesi Sinem COŞKUN ALBAYRAK, Diş Hekimliği Fakültesi *Üye*
Dr. Öğr. Üyesi Açelya ERİKÇİ, Eczacılık Fakültesi *Üye*
Doç. Dr. Sevtap HAN, Eczacılık Fakültesi *Üye*
Doç. Dr. Meltem MERİÇ, Sağlık Bilimleri Fakültesi *Üye*
Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE, Sağlık Bilimleri Fakültesi *Üye*
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu *Üye*
Dr. Öğr. Üyesi Hacer EROĞLU, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu *Üye*
Av. Cansu İNALTUN YILDIZ, Hukuk Müşavirliği *Üye*

Ek-6: Kurum İzni



Ankara Tüp Bebek Merkezi

Sayın Berfin TAŞDEMİR;

25.12.2024

Kadrolu olarak çalışmakta olduğunuz Çetin Emeç Bulvarı Lizbon Caddesi 2/A Çankaya/ANKARA adresinde faaliyet gösteren Özel Ankara Tüp Bebek Merkezi'ne; 12.12.2024 tarihli dilekçeniz ile Lokman Hekim Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmakta olduğunuzu ve "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahammülsüzlük Ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkmada Spirüalite İyi Oluşluğun Aracı Rolünün Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmanız için merkezimizde tedavi gören hastalardan veri toplayabilmek için izin istediğinizi bildirdiniz.

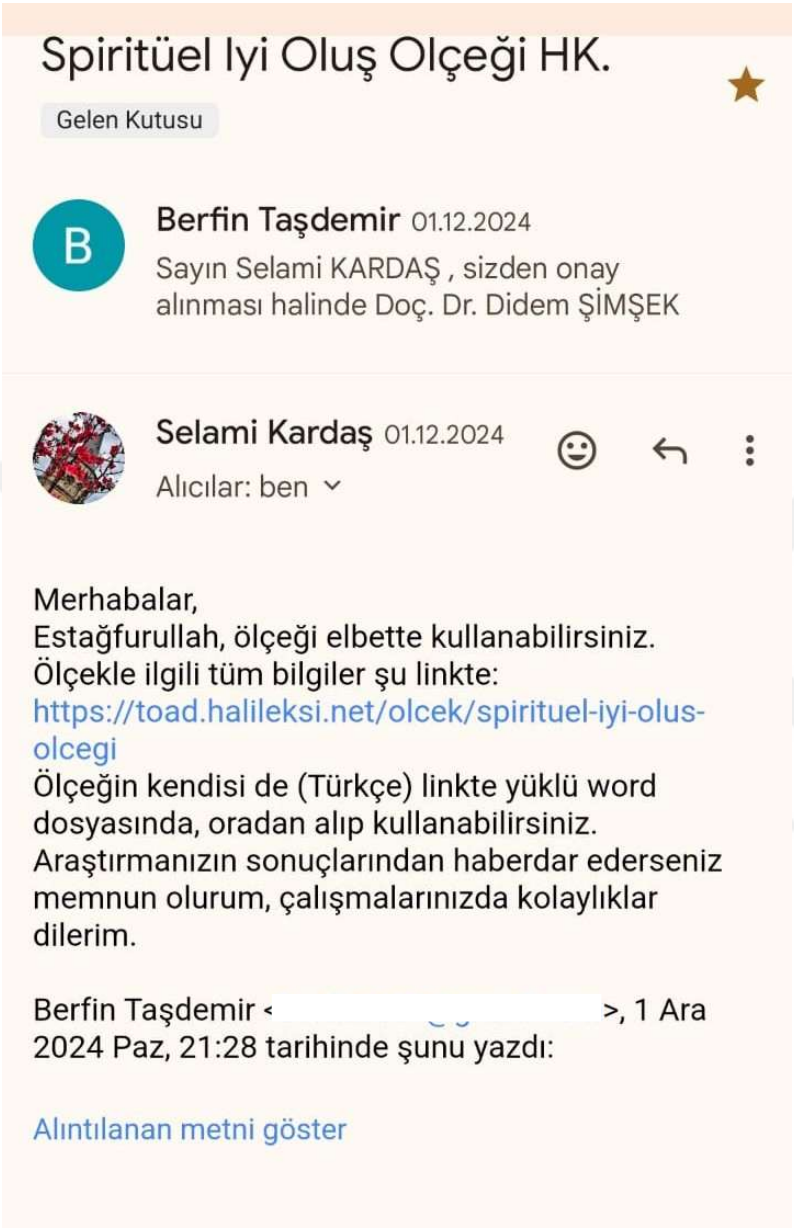
Belirtmiş olduğunuz tez çalışmanızda 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanununa ve 5510 sayılı sosyal sigortalar kanuna uygun olarak merkezimizde tedavi gören hastalarımızla yapabileceğiniz izni verilmiştir. Gereğini rica eder, başarılar dileriz.

Prof.Dr.Kubilay VİCDAN

Özel Ankara Tüp Bebek Merkezi

Mes'ul Müdür

Ek-7: Spiritüel İyi Oluş Ölçek izini



Spiritüel Iyi Oluş Olçeği HK.

Gelen Kutusu

B

Berfin Taşdemir 01.12.2024

Sayın Selami KARDAŞ , sizden onay alınması halinde Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK

Selami Kardaş 01.12.2024

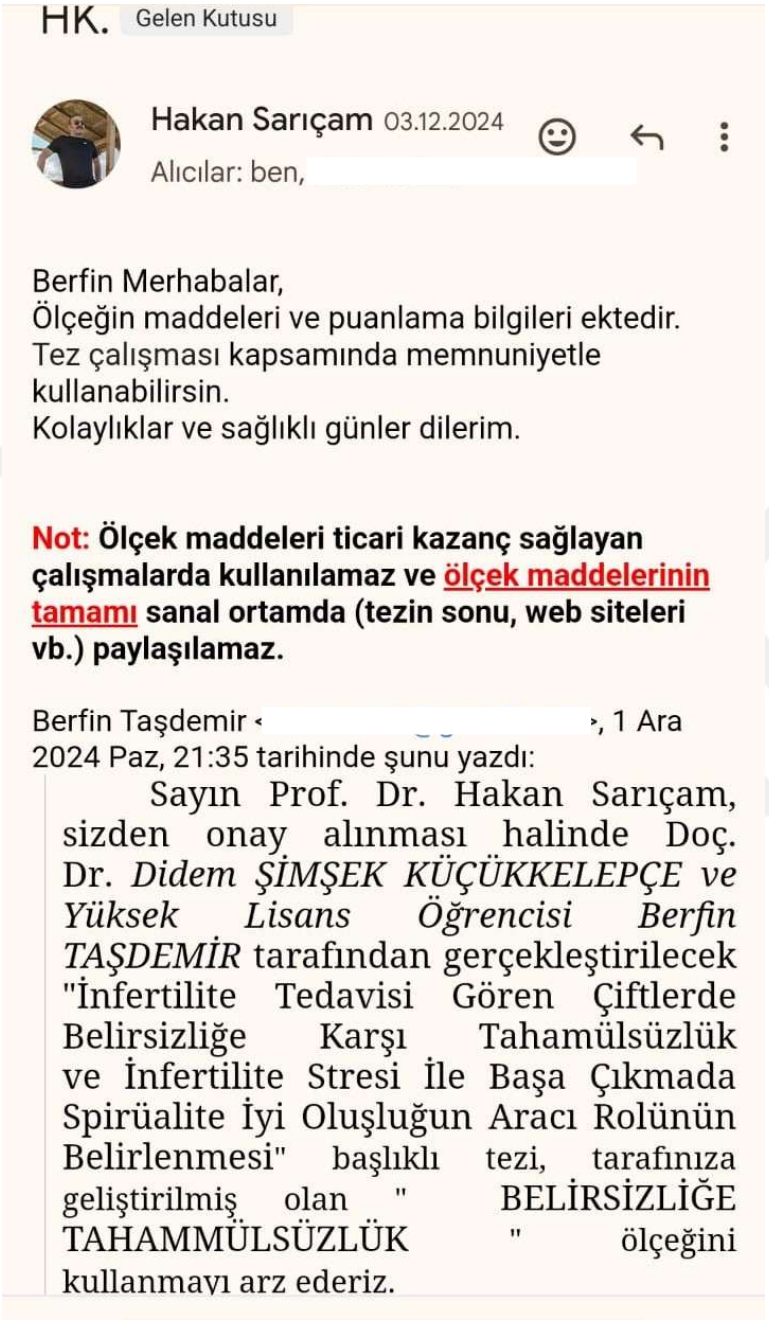
Alıcılar: ben

Merhabalar,
Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz.
Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:
https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi
Ölçeğin kendisi de (Türkçe) linkte yüklü word dosyasında, oradan alıp kullanabilirsiniz.
Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Berfin Taşdemir < >, 1 Ara 2024 Paz, 21:28 tarihinde şunu yazdı:

Alıntılanan metni göster

Ek-8: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçek İzni



HK. Gelen Kutusu

Hakan Sarıçam 03.12.2024

Alıcılar: ben,

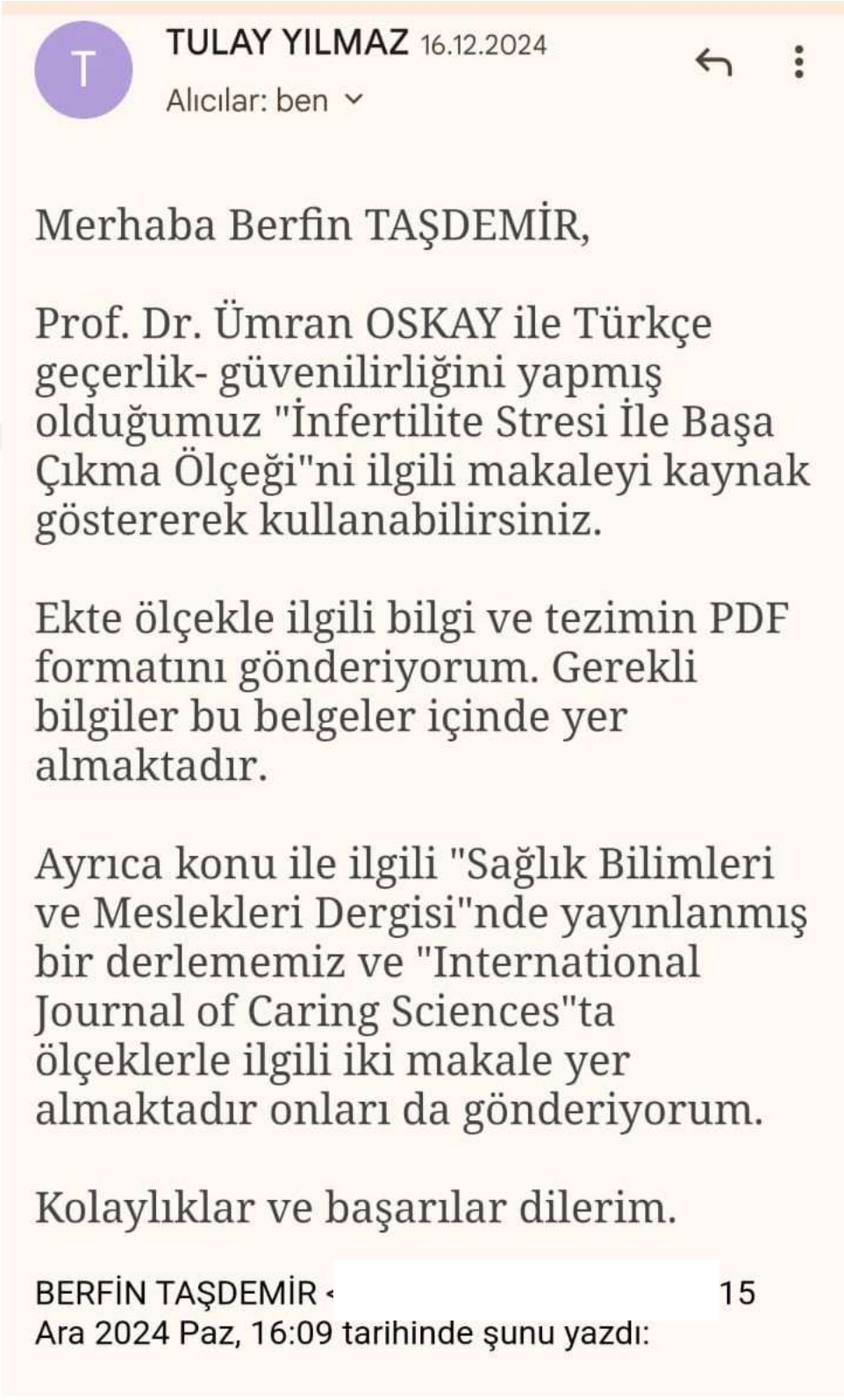
Berfin Merhabalar,
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ektedir.
Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsin.
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılamaz ve ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.

Berfin Taşdemir <, 1 Ara 2024 Paz, 21:35 tarihinde şunu yazdı:

> Sayın Prof. Dr. Hakan Sarıçam, sizden onay alınması halinde Doç. Dr. *Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE ve Yüksek Lisans Öğrencisi Berfin TAŞDEMİR* tarafından gerçekleştirilecek "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Belirsizliğe Karşı Tahamülsüzlük ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkmada Spirüalite İyi Oluşluğun Aracı Rolünün Belirlenmesi" başlıklı tezi, tarafınıza geliştirilmiş olan " BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK " ölçeğini kullanmayı arz ederiz.

Ek-9: İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği İzini



TULAY YILMAZ 16.12.2024

Alıcılar: ben

Merhaba Berfin TAŞDEMİR,

Prof. Dr. Ümran OSKAY ile Türkçe geçerlik- güvenilirliğini yapmış olduğumuz "İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği"ni ilgili makaleyi kaynak göstererek kullanabilirsiniz.

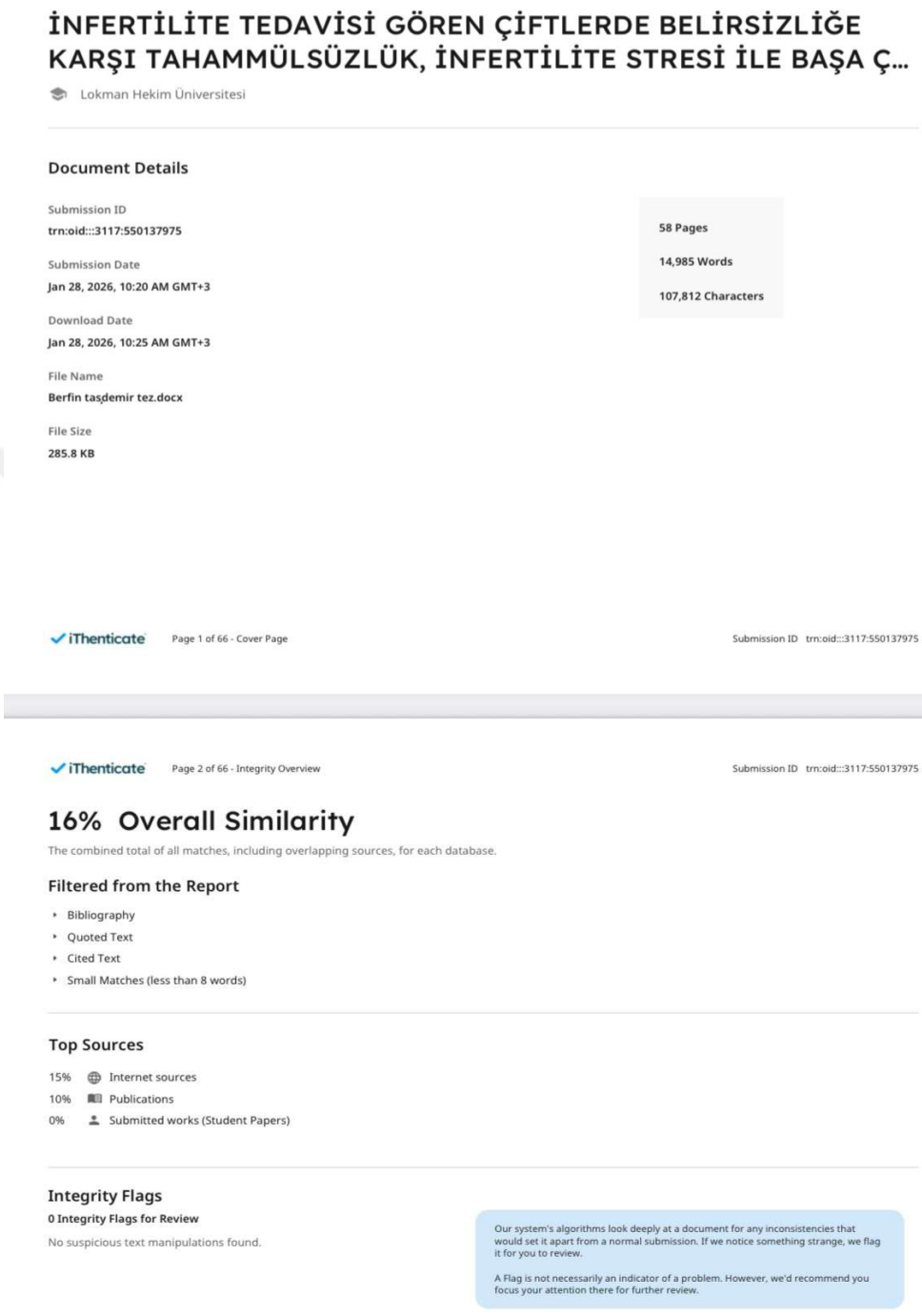
Ekte ölçekle ilgili bilgi ve tezimin PDF formatını gönderiyorum. Gerekli bilgiler bu belgeler içinde yer almaktadır.

Ayrıca konu ile ilgili "Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi"nde yayınlanmış bir derlememiz ve "International Journal of Caring Sciences"ta ölçeklerle ilgili iki makale yer almaktadır onları da gönderiyorum.

Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

BERFİN TAŞDEMİR < 15 Ara 2024 Paz, 16:09 tarihinde şunu yazdı:

Ek-10: İntihal Raporu



İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE BELİRSİZLİĞE KARŞI TAHAMMÜLSÜZLÜK, İNFERTİLİTE STRESİ İLE BAŞA Ç...

Lokman Hekim Üniversitesi

Document Details

Submission ID
trn:oid:::3117:550137975

Submission Date
Jan 28, 2026, 10:20 AM GMT+3

Download Date
Jan 28, 2026, 10:25 AM GMT+3

File Name
Berfin taşdemir tez.docx

File Size
285.8 KB

58 Pages

14,985 Words

107,812 Characters

iThenticate Page 1 of 66 - Cover Page Submission ID trn:oid:::3117:550137975

iThenticate Page 2 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

16% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Cited Text
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

15% Internet sources
10% Publications
0% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

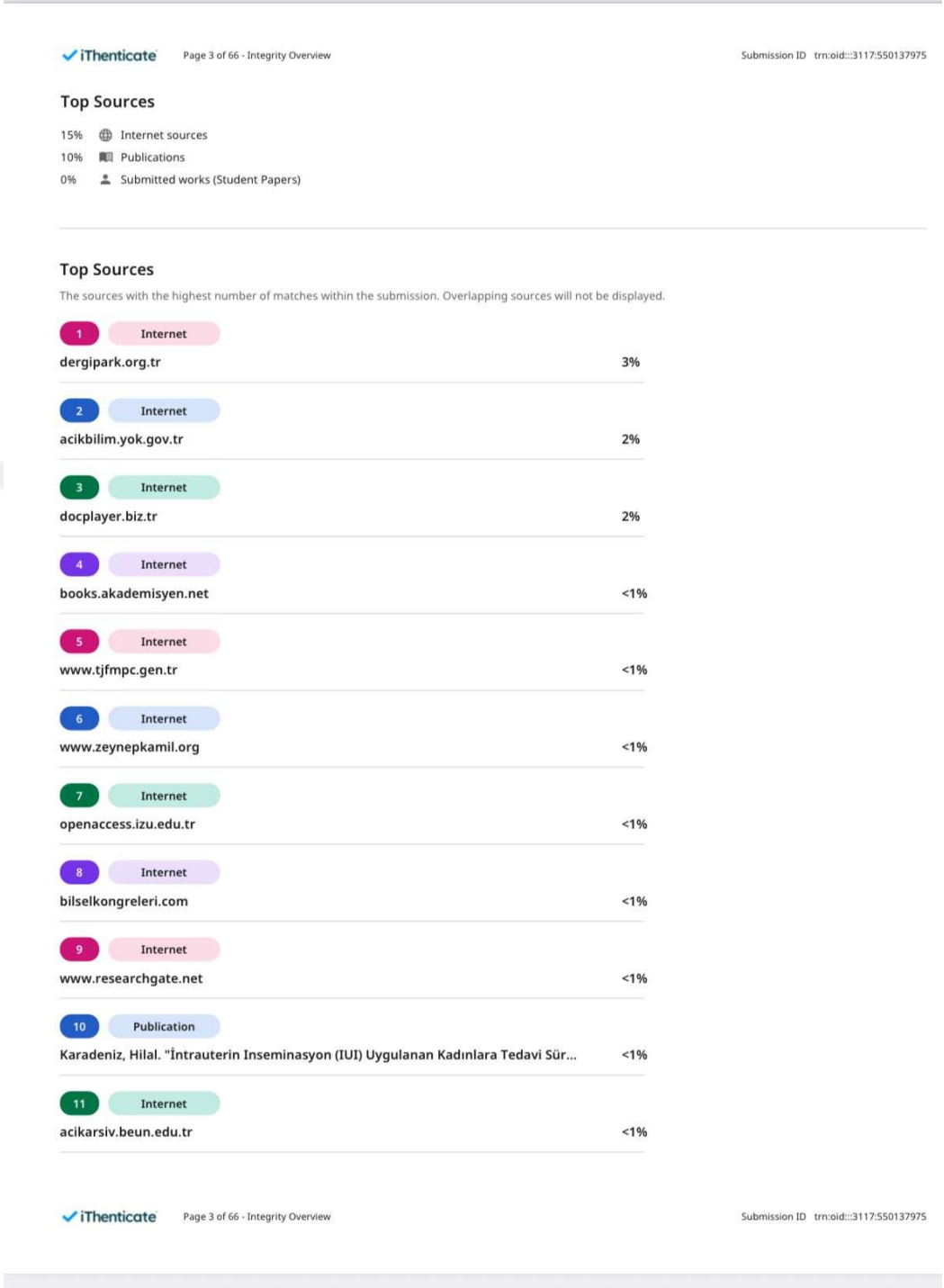
0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Ek 10'un devamı: İntihal Raporu



iThenticate Page 3 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

Top Sources

15% Internet sources
10% Publications
0% Submitted works (Student Papers)

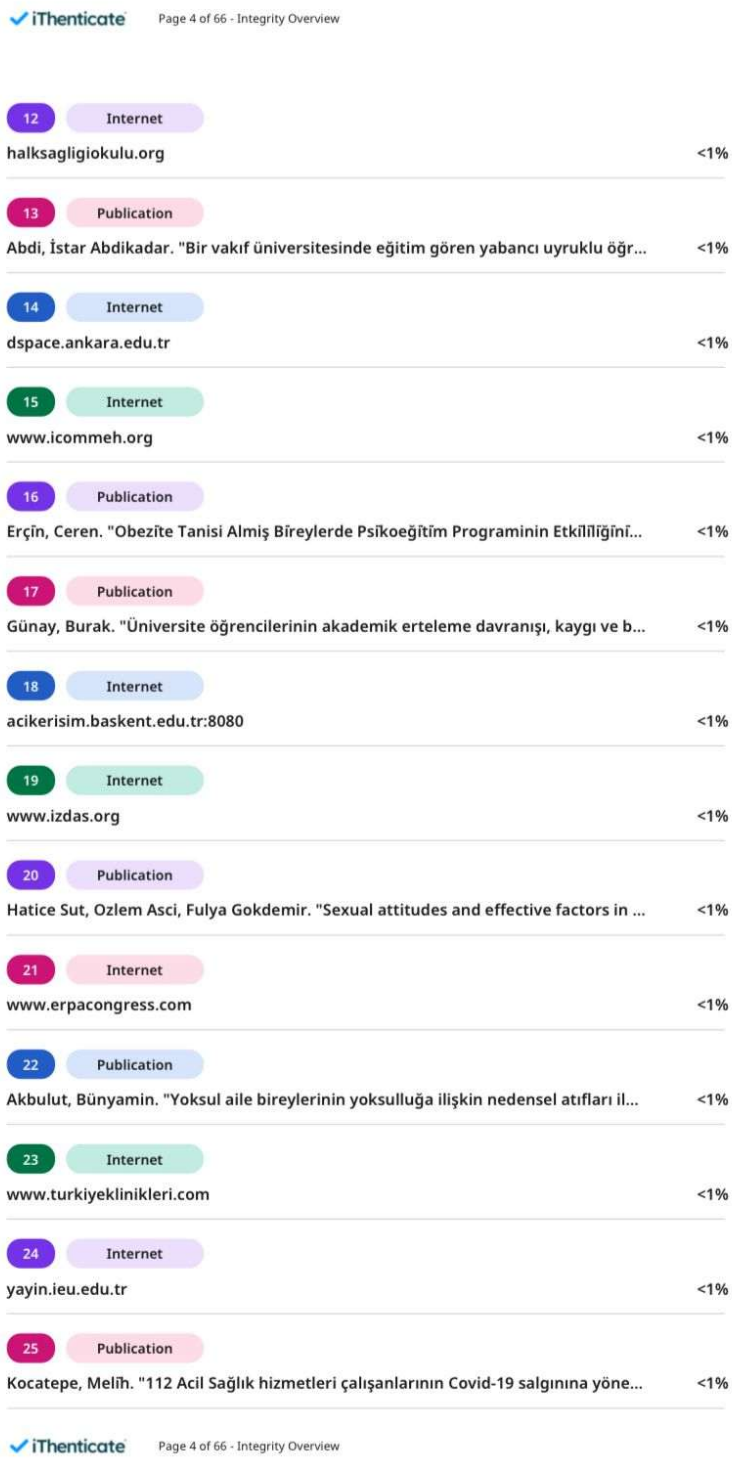
Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	
dergipark.org.tr		3%
2	Internet	
acikbilim.yok.gov.tr		2%
3	Internet	
docplayer.biz.tr		2%
4	Internet	
books.akademisyen.net		<1%
5	Internet	
www.tjfmpc.gen.tr		<1%
6	Internet	
www.zeynepkamil.org		<1%
7	Internet	
openaccess.izu.edu.tr		<1%
8	Internet	
bilselkongreleri.com		<1%
9	Internet	
www.researchgate.net		<1%
10	Publication	
Karadeniz, Hilal. "İntrauterin Inseminasyon (IUI) Uygulanan Kadınlara Tedavi Sür...		<1%
11	Internet	
acikarsiv.beun.edu.tr		<1%

iThenticate Page 3 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

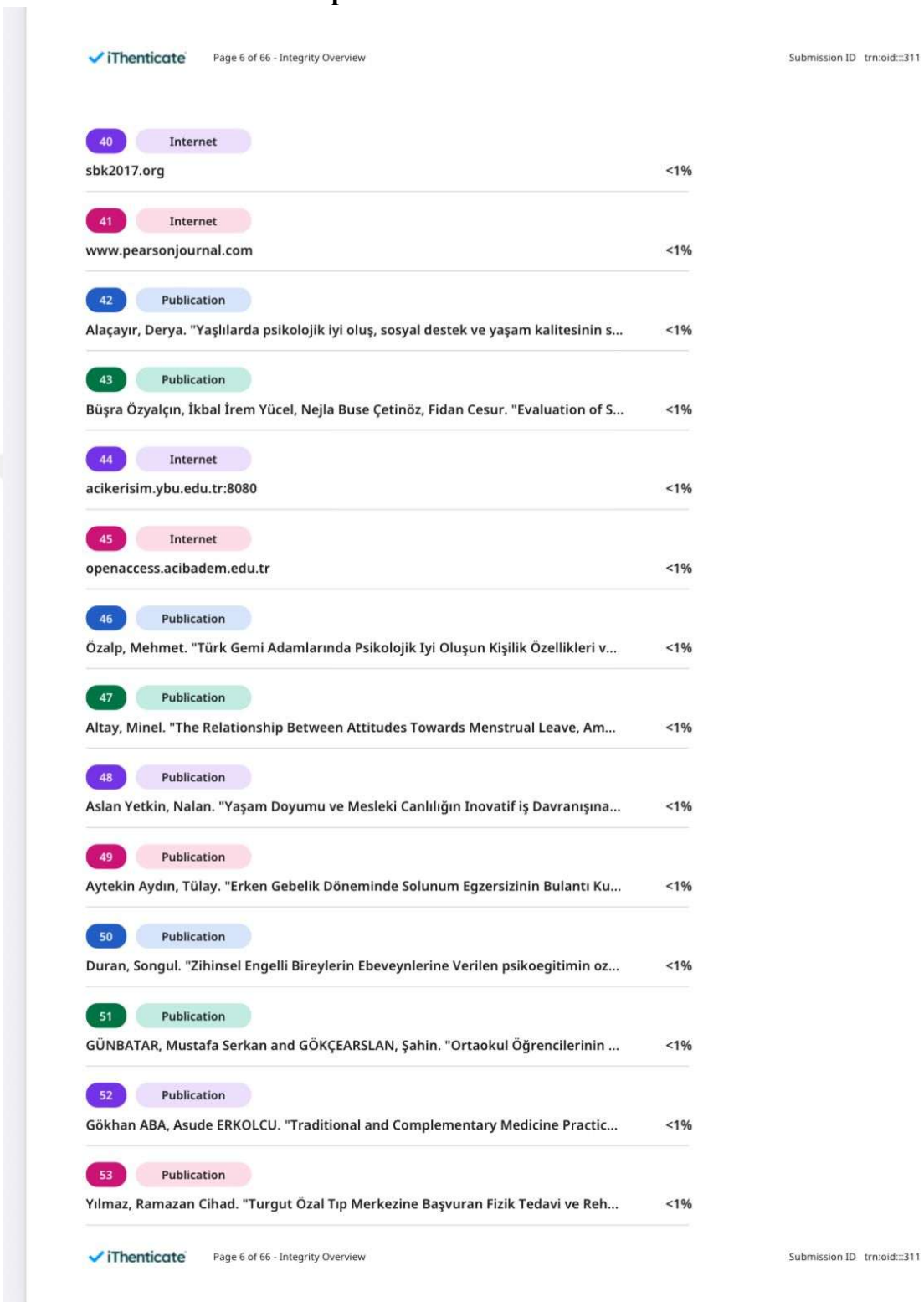
Ek 10'un devamı: İntihal Raporu



Ek 10'un devamı: İntihal Raporu

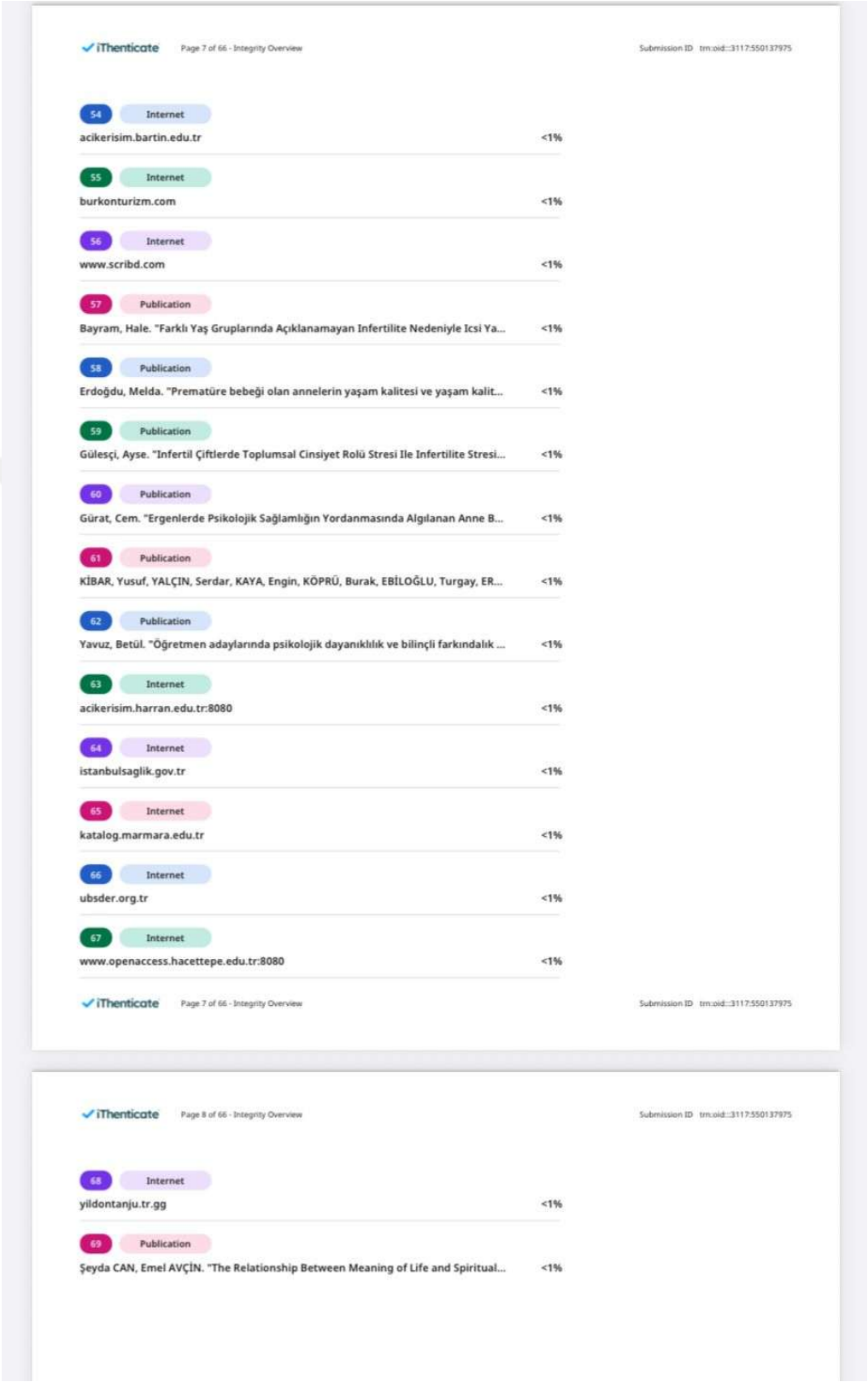
26	Internet	
acikerisim.medipol.edu.tr		<1%
27	Internet	
openaccess.hacettepe.edu.tr:8080		<1%
28	Internet	
acikerisim.isikun.edu.tr		<1%
29	Internet	
abakus.inonu.edu.tr		<1%
30	Internet	
acikerisim.ticaret.edu.tr		<1%
31	Internet	
gcris.ieu.edu.tr		<1%
32	Internet	
sbk2019.org		<1%
33	Publication	
Gürbüz, Merve Sümeyye. "Erken Psikotik Bozuklukta Sosyal Biliş, Bilgi İşleme Stili ...		<1%
34	Internet	
acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080		<1%
35	Internet	
www.openaccess.ogu.edu.tr:8080		<1%
36	Internet	
www.ailehekimligiakademisi.org		<1%
37	Publication	
Altıparmak, Sümeyye. "İnfertil Kadınlara Verilen Fertiliteyi Destekleyici Davranış ...		<1%
38	Publication	
Cindemir, Özge. "Açıklanamayan Infertilite Olgularında Serum ve Gonadal Sıvı d V...		<1%
39	Internet	
acikerisim.uludag.edu.tr		<1%

Ek 10'un devamı: İntihal Raporu



40	Internet	
	sbk2017.org	<1%
41	Internet	
	www.pearsonjournal.com	<1%
42	Publication	
	Alaçayır, Derya. "Yaşlılarda psikolojik iyi oluş, sosyal destek ve yaşam kalitesinin s...	<1%
43	Publication	
	Büşra Özyalçın, İkbal İrem Yücel, Nejla Buse Çetinöz, Fidan Cesur. "Evaluation of S...	<1%
44	Internet	
	acikerisim.ybu.edu.tr:8080	<1%
45	Internet	
	openaccess.acibadem.edu.tr	<1%
46	Publication	
	Özalp, Mehmet. "Türk Gemi Adamlarında Psikolojik Iyi Oluşun Kişilik Özellikleri v...	<1%
47	Publication	
	Altay, Minel. "The Relationship Between Attitudes Towards Menstrual Leave, Am...	<1%
48	Publication	
	Aslan Yetkin, Nalan. "Yaşam Doyumu ve Mesleki Canlılığın Inovatif iş Davranışına...	<1%
49	Publication	
	Aytekin Aydın, Tülay. "Erken Gebelik Döneminde Solunum Egzersizinin Bulantı Ku...	<1%
50	Publication	
	Duran, Songul. "Zihinsel Engelli Bireylerin Ebeveynlerine Verilen psikoegitimin oz...	<1%
51	Publication	
	GÜNBATAR, Mustafa Serkan and GÖKÇEARSLAN, Şahin. "Ortaokul Öğrencilerinin ...	<1%
52	Publication	
	Gökhan ABA, Asude ERKOLCU. "Traditional and Complementary Medicine Practic...	<1%
53	Publication	
	Yılmaz, Ramazan Cihad. "Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Reh...	<1%

Ek 10'un devamı: İntihal Raporu



iThenticate Page 7 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

54	Internet	
acikerisim.bartin.edu.tr		<1%
55	Internet	
burkonturizm.com		<1%
56	Internet	
www.scribd.com		<1%
57	Publication	
Bayram, Hale. "Farklı Yaş Gruplarında Açıklanamayan Infertilite Nedeniyle Icsi Ya...		<1%
58	Publication	
Erdoğdu, Melda. "Prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalit...		<1%
59	Publication	
Gülesçi, Ayse. "Infertil Çiftlerde Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ile Infertilite Stresi...		<1%
60	Publication	
Gürat, Cem. "Ergenlerde Psikolojik Sağlamlığın Yordanmasında Algılanan Anne B...		<1%
61	Publication	
KİBAR, Yusuf, YALÇIN, Serdar, KAYA, Engin, KÖPRÜ, Burak, EBİLOĞLU, Turgay, ER...		<1%
62	Publication	
Yavuz, Betül. "Öğretmen adaylarında psikolojik dayanıklılık ve bilinçli farkındalık ...		<1%
63	Internet	
acikerisim.harran.edu.tr:8080		<1%
64	Internet	
istanbulsaglik.gov.tr		<1%
65	Internet	
katalog.marmara.edu.tr		<1%
66	Internet	
ubsder.org.tr		<1%
67	Internet	
www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080		<1%

iThenticate Page 7 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

iThenticate Page 8 of 66 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:550137975

68	Internet	
yildontanju.tr.gg		<1%
69	Publication	
Şeyda CAN, Emel AVÇİN. "The Relationship Between Meaning of Life and Spiritual...		<1%

Ek-11: Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Berfin

Soyadı: TAŞDEMİR

Doğum yeri ve tarihi :

II- Eğitim

Yılı			
2023-2026	Yüksek Lisans	Lokman Hekim Üniversitesi	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
2019-2023	Lisans	Lokman Hekim Üniversitesi	Hemşirelik

III- Mesleki Deneyimi

Görev Dönemi	Unvan	Bölüm	Kurum
2024-Halen	Hemşire	İnfertilite kliniği	Özel Ankara Tüp Bebek Merkezi

IV- Bilimsel Yayınları (ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap ya da kitap bölümü vb.)

Şimşek Küçükkelepçe, D., ve Taşdemir, B. (2025). *Identifying behaviors and factors influencing the prevention of sexually transmitted diseases in young adults*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 71**,** e20250634. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20250634.

V- Bilimsel Etkinlikleri

Taşdemir, B., ve Şimşek Küçükkelepçe, D. (2024, Mayıs 11–12). *İnfertilite tedavisinde geleneksel tıp ve tamamlayıcı tedavilerinin kullanımı*. Etlik Şehir Hastanesi 1. Ulusal Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara, Türkiye.

Taşdemir, B., ve Şimşek Küçükkelepçe, D. (2024, Eylül 18–21). *Hipoganadizm ve ince endometriumda hemşirenin rol ve sorumlulukları: Olgu sunumu*. Etlik Zübeyde Hanım Hastanesi Ebelerin Güçlendirilmesi Kongresi, Ankara, Türkiye.

Taşdemir, B., ve Şimşek Küçükkelepçe, D. (2024). *Postpartum dönemde cinsel yaşam kalitesinde hemşirelik bakım ve rolleri* [Poster sunumu]. 5. Uluslararası, 6. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Mersin, Türkiye.

Taşdemir, B., Büyükkömürcü, A., ve Şimşek Küçükkelepçe, D. (2024). *Postpartum dönemde kayıp yaşayan kadınlarda yas ve laktasyon sürecinde hemşirenin rol ve sorumlulukları* [Sözel sunum]. 5. Uluslararası, 6. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Mersin, Türkiye.