

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları* Methods to Cope with Infertility Stress and Nursing Attitudes

Tülay YILMAZ^a Ümran YEŞİLTEPE OSKAY^b

ÖZET İnfertilite stres yaratan ve başa çıkılması zor bir kriz durumudur. İnfertil çiftlerde kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı ve stresle başa çıkmada erkeklere göre daha çok başa çıkma yöntemi kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca kadın ve erkeklerin kullandıkları başa çıkma yöntemleri arasında farklılıklar vardır. İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme, problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır. Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. İnfertil çiftlerin yaşadıkları stres ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri bakım verme sırasında değerlendirilmelidir. İnfertil bireyler için başa çıkılması oldukça güç olan bu kriz durumunda, bireylere gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite; stres; infertilite stresi; başa çıkma.

ABSTRACT Infertility is a crisis situation, which causes stress and is hard to cope with. It is reported in couples that women experience more stress and they use more methods to cope with stress than men. There are also differences between the methods women and men use to cope with. In coping with infertility stress women choose to use the methods like wishing, hope and avoidance, communicating with their inner circle, attending to groups where they can share their problems, talking, searching for support, reading and attending to educations about the subject and taking responsibility. On the other hand, men prefer the coping methods like drawing their attention away from the subject, not concentrating on the situation, avoidance, controlling his feelings, concentrating on the works that he can be successful, problem solving, finding other life goals and enjoying life. In the references, different grouping studies are found in terms of coping with infertility stress. The stress experienced by the infertile couples and the methods they use to cope with should be taken into consideration while giving care. Nurses have significant roles in consulting and supporting the infertile individuals in coping with this crisis situation, which is very hard to cope with.

Keywords: Infertility; stress; infertility stress; coping.

^a Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

^b Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi:08.09.2014/Kabul Tarihi:24.10.2014

Yazışma Adresi: Dr.Tülay Yılmaz, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, tulaymert@hotmail.com

*Çalışma "İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ocak 2012, İstanbul" Doktora Tezinden türetilmiştir.

Giriş

İnfertilite bir yıllık korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır.^[1,2,3] Gelişmiş ülkelerde çiftlerin %8-10'unda infertilite görülmektedir.^[4] Dünya Sağlık Örgütü (WHO) geliştirmekte olan ülkelerde dört çiftten birinin infertiliteden etkilendiğini belirtmektedir.^[5] Türkiye'de ise 2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırma verilerine göre infertilite oranının %2'nin altında olduğu varsayılmaktadır.^[6]

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye özel, beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir.^[7,8] Tüm bu nedenlerden dolayı infertilite tanısı çiftlerde nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirmektedir.^[9] Ayrıca çiftler infertilite tedavisi sürecinde, negatif gebelik testi sonucu ve yeni tedavilerde yorgunluk ve başarısızlık gibi bir çok beklenmedik durumla daha karşılaşmış birbiri ardına yeni krizler yaşayabilmektedirler.^[10] Her bireyin beklenmedik bir olay karşısında gösterdiği tepki farklıdır.^[11] İnfertil bireylerin de infertilite tanısına ve tedavi sürecine uyumları farklı olmaktadır. Bireylerin infertiliteye uyumunu etkileyen faktörler arasında; kişilik yapıları, bilişsel gelişme dereceleri, ortaya çıkan olayın zamanı, birey tarafından algılanış şekli, kişinin bu duruma hazır olup olmaması, olaya yüklenen anlam, stres düzeyleri, uygun başa çıkma yöntemlerinin seçilip seçilmemesi ve çevresindeki kişilerden aldıkları destek sayılabilir.^[11,12]

İnfertilite ve Stres

Stres kişinin dışarıdan gelen tehditlere karşı kendini korumak amacıyla verdiği tepkidir. İnfertilitenin mi strese, stresin mi infertiliteye neden olduğu henüz açıklanamamıştır. Fakat infertilite ile artmış stres arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir.^[13,14] Stresin infertilite üzerindeki etkisini gösteren ilk çalışmalar savaş sırasında veya sonrasında yapılmıştır. Nitekim amenore sıklığının

I. Dünya Savaşı sırasında Almanya, Polonya, Avusturya ve Rus toplumlarında arttığını gösteren ilk çalışma 1954 yılında yayınlanmıştır. 1990-1991 yıllarındaki Körfez Savaşı gazilerinde infertilite sıklığının arttığı bildirilmiştir.^[15] Stresin infertilite üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konduğu bu çalışmalara paralel olarak infertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin de çok boyutlu stresörler olduğu kabul edilmiştir. İnfertilite problemi sıklıkla çiftlerin birinde veya her ikisinde önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır.^[15,16] Stres kadın ve erkeği bireysel olarak etkilediği gibi çiftin birlikteliği üzerinde de etkili olmaktadır. Ayrıca stres, infertilite tedavisini kötü etkileyebileceği gibi, uygulanacak tedavi de stresi kötüleştirilmektedir.^[15]

Stres ve infertilite arasındaki olumsuz etkileşimin yansıması olarak kadınlarda ovulatuvar disfonksiyon ve luteal faz defekti gelişmesi, uterus ve fallop tüplerinin fonksiyonunda ve implantasyonda bozulma^[15] gözlenirken, erkeklerde ise seksüel performansla ilgili anksiyete, geçici sürelerle gelişen ereksiyon bozukluğu ve buna bağlı olarak koitus sıklığında azalma ve sperm kalitesinde bozulma gözlenmektedir. Stresin spermogram üzerindeki etkisi tartışmalı olmasına rağmen strese bağlı olarak sperm sayısı, hareketlilik, yapı ve şeklinin kötü yönde etkilendiği bildirilmektedir.^[15,17]

Stresin üreme üzerindeki etkisi genel olarak IVF (In Vitro Fertilization) hastalarında araştırılmıştır. Domar (2008) IVF siklusu öncesinde veya sırasında stres düzeyi ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran ve yeterli veri içeren 21 çalışmayı incelemiş, bu çalışmaların 15'inde stres ile gebelik arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. En stresli hastalarda en düşük gebelik oranlarının tespit edilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir.^[18] Aynı incelemede iki çalışmada bu yönde eğilim olduğunu tespit edilmiş, dört çalışmada ise herhangi bir ilişki bulunamamıştır.^[14,18] Newton ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada da kadınlar erkeklere oranla her konuda daha fazla stres yaşadıklarını tarif etmişlerdir. Ayrıca infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumlarda kadın ve erkeklerde stres, cinsel

ve sosyal yaşamda endişe daha yüksek düzeyde bulunmuştur.^[19] Stresin etkilerini belirlemeye yönelik Domar ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir başka araştırmada ise 151 kadın IVF siklusu öncesinden başlanarak incelenmiştir.^[20] Stres düzeyleri ile toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve bebek doğum ağırlıkları arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur.^[14] Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, stresin yardımcı üreme tekniklerinin etkinliğini düşürdüğü hipotezini desteklemektedir. Ancak bunun hangi mekanizma ile gerçekleştiği bilinmemektedir.^[17,18]

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin psikolojik boyutlarını ortaya koyan birçok çalışmada infertilitenin, bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu ortaya konmuştur.^[13,18,19,21,22,23] İnfertilite depresif belirtilerin ortaya çıkmasında da önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.^[24,25] Moghadam ve ark. (2011)'nin araştırmasında, şiddetli depresyonun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bulunmuştur.^[26] Fido ve Zahid (2004)'in infertil ve sağlıklı gebe kadınları karşılaştırdıkları bir araştırmada, depresyon infertil kadınlarda daha yüksek belirlenmiştir.^[27] Yılmaz (2012)'in araştırmasında infertil çiftlerde kadınların depresif belirtileri erkeklerden daha fazla gösterdikleri bulunmuştur.^[28] Holter ve ark. (2006)'nin yaptıkları çalışmada IVF tedavisi öncesinde kadınların erkeklerden daha depresif ruh hali içinde oldukları saptanmıştır.^[29] İnfertil kadınların depresif belirtiler göstermeye yatkın oldukları görülmektedir. Bu yüzden infertilite tedavisi gören çiftlere verilecek bakım yaklaşımı depresif belirtilerin erken tanınması ve kadınlara bu yönde daha destekleyici bir bakım verilmesi şeklinde olmalıdır.

Hammarberg ve ark. (2001)'nin yardımcı üreme tekniklerini deneyimleyen kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; infertilite ile ilgili yapılan tetkik sonuçlarını bekleme,

yardımcı üreme teknikleri tedavisine başlama, oosit toplama işlemi, embriyo transferi sonrasında sonucu bekleme ve tedavinin başarısız olduğunu öğrenmeyi içeren süreçlerin özellikle stresli olduğu belirlenmiştir.^[30] İnfertil kadınların önemli derecede duygusal stresi olduğu bildirilmiştir. Yaşanan bu stres tedaviyi güçleştirmekte, etkinliğini azaltmakta ve bireylerin başarılı olabilecek bir tedaviyi bırakma eğilimlerini arttırmaktadır.^[18] Yardımcı üreme tedavileri uygulanan çiftlerin, tedavi süreçlerinin stresli olmasından dolayı, duygusal ve fiziksel bakım ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.^[21] Çünkü tedavi sonucu başarısız olduğunda, kişilerin tedaviye devam edip etmeme kararını vermesinde yaşadıkları stres düzeyinin etkili olduğu bildirilmiştir.^[14]

Çiftler oldukça stresli olan infertilite tedavisini bırakma nedenleri olarak psikolojik yük, umutlarını kaybetme ve tedavinin gidişatının kötü olmasını belirtmişlerdir.^[18] İsveç'te Olivius ve arkadaşlarının (2004) 974 infertil çiftle yapmış olduğu bir çalışmada hastaların tedaviyi bırakma nedeni "psikolojik yük" olarak bulunmuştur.^[31] Avustralya'da Hammarberg ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışma da aynı sonuçları göstermiştir.^[30] Tedaviyi bırakan çiftlerin %66'sı neden olarak yaşadıkları duygusal zorlukları bildirmiştir.^[18] Türkiye'de ise infertilite tedavisini bırakma nedenlerini tanımlayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. İnfertil çiftlerin yaşadıkları stres ve psikolojik yükleri azaltılarak tedaviye devam etmeleri sağlanmalıdır.

İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerin infertiliteye özgü streslerini ölçmede kullanmak üzere 1996 yılında Schimdt (2006) "İnfertilite Stresi Ölçeği" geliştirmiş^[32] ve ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır.^[28] Bu ölçeğin kullanılması ile bireylerin infertiliteye özgü stres düzeyleri belirlenebilecek ve hemşirelik bakımının planlanmasında kolaylık sağlayacaktır. Tablo 1'de farklı çalışmalarda kadın ve erkeklerin aldığı stres puanları verilmiştir.

Tablo 1. Farklı çalışmalardaki infertilite stresi ölçeği puanları

İnfertilite Stresi Ölçeği	Schmidt (2006)		Peterson ve ark. (2008)		Peterson ve ark. (2009)		Yılmaz (2012)	
	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD
Kişisel alan	8.26±4.60	5.34±3.80	8.25±4.60	5.36±3.79	8.44±0.34	5.38 0.31	8.96±5.39	6.58±5.20
Evlilik alanı	3.96±3.19	3.82±3.14	3.95±3.19	3.82±3.14	4.48±0.23	4.22 0.25	3.44±3.47	2.95±3.08
Sosyal alan	2.24±2.55	1.45±2.19	2.24±2.55	1.45±2.19	2.36±0.17	1.67 0.17	2.16±2.75	2.12±3.03

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri

Baş çıkma en genel ifade ile stresin kontrol altına alınması ve düzenlenmesinin bir yoludur.^[8] Stresöre verilecek tepki, olayın yorumlanmasıyla birlikte başlar ve baş çıkma yöntemlerinin kullanılması ile sonuçlanır.^[15] Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek veya tümüyle ortadan kaldırmak için bazı baş çıkma yöntemlerini kullanmak evrensel bir tutumdur.^[25] Baş çıkma yöntemleri bireyin stresörlerle baş çıkma yeteneğine yardım eden, zor durumlarda bireyin dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir. Birey bu baş çıkma yöntemlerini öğrenim ve deneyimler sonucunda kazanır. Her bireyin kullandığı baş çıkma yöntemi kendine özgü bir nitelik taşımaktadır.^[33,34,35]

Lazarus (2006) stresi birey ile çevresi arasındaki etkileşim süreci olarak görür.^[36] Birey öncelikle stresörü kendi açısından değerlendirmektedir. Stresörü değerlendirdikten sonra baş çıkma yöntemlerini kullanmaya başlar. Lazarus ve Folkman (1984) stresle baş çıkmayı “kişinin kaynaklarını tüketici veya aşırı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği talepleri yönetme süreci” olarak tanımlamaktadır.^[37,38]

Bu tanıma göre baş çıkmayla ilgili dört kavram üzerinde durulmaktadır;

- Baş çıkma bir süreç veya birey ile çevresi arasındaki süregelen karmaşık bir etkileşimdir.
- Baş çıkma yok etme yerine yönetim ile ilişkilidir (Strese gerçekçi bir bakış açısıyla bakılmakta ve her problemin üstesinden gelinemeyebileceği öngörülmektedir).
- Bir durum stres yaratan olarak değerlendiriliyorsa kişi için stres yaratan olmaktadır. Bu tanım değerlendirme kavramını da içinde bulundurmaktadır.
- Baş çıkma, bir çaba gösterme olup potansiyel stres verici durumu yönetmeye

ilişkin bilişsel ve davranışsal çabaları içermektedir.

Stresle baş çıkma olgusu bir süreç olarak incelendiğinde, bireyin stres kaynağına ilişkin değerlendirmeler yaptığı görülmektedir ve baş çıkma süreci bilişsel değerlendirme ile başlamaktadır. Bilişsel değerlendirmede ilk önce kişi karşılaştığı durumla ilgili ayrıntıları inceler ve şimdi ve gelecekte ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirir. Bu değerlendirme sonrasında hangi baş çıkma yöntemlerini kullanacağına karar verir.^[38] Kişilerin kullandığı baş çıkma yöntemleri, etkili ve etkisiz olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.^[39,40] Etkisiz baş çıkma yöntemleri; reddetme, bastırma ve yansıtma gibidir. Bu yöntemlerinin uzun süre kullanılması sonucunda alkol ya da maddeye sığınma, saldırganlık, kaçma, kişiler arası ilişkilerde bozulma, içe kapanma, tükenme, intihar ve depresyon gibi olumsuz davranışlar ortaya çıkabilmektedir.^[39,41] Etkili baş çıkma yöntemleri ise; bedene yönelik yöntemler, duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ve duruma yönelik yöntemler olarak üçe ayrılır. Bedene yönelik yöntemler; solunum egzersizleri, spor, çeşitli gevşeme yöntemleri (yoga, meditasyon v.b.), doğru beslenmeyi içerir. Ayrıca duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ise, stres yaratan durumları kendini geliştirme olarak algılama, duygularını başkaları ile paylaşma, duygularını açıkça ifade edebilme olarak açıklanabilir. Duruma yönelik yöntemler ise zamanı iyi kullanma, sosyal destekten yararlanma, iletişim becerilerini geliştirme, problem çözme becerilerini geliştirmedir.^[39,41]

Lazarus ve Folkman (1984) baş çıkma yöntemlerini problem odaklı ve duygusal odaklı olmak üzere ikiye ayırmıştır. Problem odaklı baş çıkma yöntemlerinde birey karşılaştığı soruna odaklanır, problemle nasıl baş çıkacağı ve problemi nasıl çözeceği üzerine yoğunlaşır.^[37] Bu baş çıkma yöntemi

stres yaratan durumun unsurlarını doğrudan değiştirmeye yönelik etkinlikleri içerir. Problem odaklı başa çıkma başlığı altında ise, kendini kontrol altında tutma, sorumluluğu kabul etme, planlı bir biçimde problem çözme ve sorun üzerinde olumlu olarak durma gibi eğilimler yer almaktadır. Problem odaklı başa çıkma yöntemleri kontrol edilebilen durumlar için uygundur. Duygusal tepkiye dayalı başa çıkma yöntemlerinde ise birey sorunun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışmaktadır. Bu başa çıkma yöntemi, stres durumunun yarattığı olumsuz duyguların kontrol altına alınıp, olumlu bir yöne odaklanmasına yönelik davranışları kapsar. Duygu odaklı başa çıkma başlığı altında kaçma-kaçınma, inkar, sorundan uzak durma, sosyal destek arama, yüzleştirici başa çıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olmama gibi eğilimler yer alır. Duygusal tepkiye dayalı başa çıkma yöntemleri kontrol dışı durumlarda kullanılır. İnfertilite tedavisine başlayan çiftler hem kontrol edilebilen hem de edilemeyen durumlarla karşılaşılır.^[17,38,39]

İnfertilite başa çıkılması zor bir kriz durumudur.^[42] İnfertilite sorununun yanı sıra, üreme yardımı için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları da çiftin sorunla başa çıkmasını zorlaştırmaktadır.^[43] Bireyin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi durumunda buna bağlı olumsuz sonuçları en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için başa çıkma yöntemlerini kullanması gerekmektedir.^[33] Çiftler, infertilite tanı ve tedavi sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemleri ile infertilite krizini yönetebilmektedirler.^[8,13] Bu yüzden infertil çiftlerin psikososyal değerlendirmesinde çiftlerin yaşadıkları güçlükler ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri değerlendirilmelidir.^[9]

Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini Peterson ve arkadaşları (2006) meydan okuyarak başa çıkma, uzaklaştırma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluğu kabul etme, kaçış/uzak durma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme olarak sekiz alt boyutta toplamışlardır.^[8] Lechner ve arkadaşları (2007) infertilite ile ilgili yaptıkları çalışmada başa çıkma yöntemlerini aktif ve pasif olmak üzere iki alt boyutta toplamışlardır.^[44] Bayley ve arkadaşları (2009) infertilite ile başa çıkma yöntemlerini kendini suçlama-kaçınma, emosyonel destek arama ve bilişsel yeniden yapılandırma olarak üç alt boyutta değerlendirmişlerdir.^[45] Schmidt, Christensen ve arkadaşları (2005) ise çalışmalarında infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini; aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi, aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi, pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi, anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi olarak dört alt boyutta incelemişlerdir.^[46] İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerin infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini ölçmek üzere 1996 yılında Schmidt (2006) “İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği” geliştirmiş^[32] ve ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır.^[28] Bu dört alt boyuta göre yapılmış farklı çalışmalarda kadın ve erkeklerin aldığı başa çıkma yöntemlerinin puanları Tablo 2’de verilmiştir. İnfertil çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin ise bırakılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına olanak sağlayacağı için önemlidir.

Tablo 2. Farklı çalışmalardaki infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği puanları

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği	Schmidt ve ark. (2005)		Schmidt (2006)		Peterson ve ark. (2008)		Yılmaz (2012)	
	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD
Aktif yok sayma başa çıkma yöntemi	6.98±2.27	6.02±1.98	6.98±2.27	6.01±1.98	6.98±2.27	6.02±1.98	7,95±2,79	7,29±2,69
Aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi	15.67±4.09	13.42±3.48	15.67±4.09	13.42±3.48	6.06±3.67	13.61±3.39	15,00±3,94	13,19±3,90
Pasif yok sayma başa çıkma yöntemi	9.13±1.97	8.46±2.15	9.13±1.97	8.46±2.15	9.18±1.93	8.51±2.13	7,83±2,58	7,10±2,58
Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi	11.20±2.99	10.47±2.89	11.20±2.99	10.47±2.89	11.35±2.90	0.60±2.81	13,42±3,57	13,15±3,60

İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar ve erkekler farklı başa çıkma yöntemleri kullanmaktadırlar.^[8,19,46,47,48] Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış^[8,10,19,49], yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma,^[47,8,10,19] sorumluluk alma^[8] başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise, dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme,^[8,19] problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma^[8,10] gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır. Ried ve Alfred (2013)'in geleneksel tedavi arayışında olan infertil kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların en sık aktif ve planlama, daha sonra da tavsiye arama, kişisel gelişim ve duygusal destek arama başa çıkma yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur.^[50]

Kadın ve erkeklerin infertilite sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin farklı olabildiğini bilmeyen çiftler, eşinin davranışlarını yanlış yorumlayabilir ve olumsuz yargılarda bulunabilir. Özellikle tedavinin olumsuz sonuçlandığı durumlarda yaşanan hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk ile birlikte karşılıklı suçlamalar da artar. Erkek, eşini aşırı duygusal olmakla, abartılı davranmakla suçlarken, kadın da eşini duygusuz olmakla, yeterince önemsememekle suçlayabilir. Bu tablonun yaşanmasını önlemek için, çiftler tedaviye başlarken sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme, çiftlerin karşılıklı yanlış yargılamalarını önleyerek birbirlerine daha çok destek vermelerini sağlayacaktır.^[51]

İnfertilite krizini yönetebilmek için infertil çiftler infertilite sorunu ile başa çıkabilme gücünü arttırmalıdır.^[46] İnfertil hastalarda strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri, olumlu tedavi sonuçları, stresle başa çıkma becerisinin artması, gebelik oranlarının artması ve psikolojik semptomların azalması ile ilişkilidir.^[14,18,52] İnfertilite kliniklerinde çalışan ekibin infertil

bireylere yaklaşımlarının stresi azaltıcı ve etkili başa çıkma yöntem kullanımını destekleyici biçimde olması gerekmektedir. İnfertilite ekibi içinde yer alan hemşireler bu süreci yönetmede etkin rol almaktadırlar.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkmada Hemşirelik Bakım Yönetimi

İnfertilite kliniklerinde başarı, ekibin her üyesinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine bağlıdır. Hemşire infertilite ekibi içinde öykü alma, değerlendirme, tanılama, tanı testlerinin takibi, uygulanacak tedavinin desteklenmesi, hastanın eğitimi, danışmanlığı gibi birçok alanda etkin rol oynamaktadır.^[53] Ayrıca hemşire, infertil bireylerle en sık karşılaşan ve en fazla vakit geçiren sağlık personeli^[54] olduğu için infertil birey/çiftlerin bakımında önemli bir yere sahiptir.

Terzioğlu ve ark. (2001)'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada tedavi sırasında günlük bilgi ve destek alan infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon skorlarının daha düşük ve yaşam memnuniyetleri ve gebelik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[55] Boivin (2003)'in yaptığı sistematik bir incelemede ise infertil bireylere yapılan psikososyal müdahalelerin evlilik ve sosyal alandaki olumsuz etkileri azalttığı belirtilmiştir.^[56] Görüldüğü gibi hemşirelerin infertil hastalara fiziksel olduğu kadar psikolojik açıdan da destek olmaları gerekmektedir.^[54] Bu desteğin sağlanması için infertil çiftlerde tedaviye yardım eden sağlık profesyonellerine uygun stratejiler geliştirilmiştir. Hemşire verdiği bakımın içerisinde bu stratejilerden yararlanmalıdır. Bunlar; empati, güçlendirme ve ileriye yönelik rehberliktir.^[10]

Empati: Hasta ile her etkileşimin temeli empati olmalıdır. Empati, duygusal bir hassasiyet olarak tanımlanmıştır. Bu, diğer kişilerin duygu ve düşüncelerini anlamayı gerektirir. Empatik dinleme yapıldığında hasta söylemek istediklerini söyleyebilir. Bazen sadece empati yapanla etkileşim hasta için son derece yararlıdır.^[10]

Güçlendirme: İnfertil hastalar güçlendirilmelidir. Bunun için sağlık önemli rol oynarlar. Öneriler, sağlık bakım ekibi tarafından yapılır. Hastalar yaşam hedefleri, değerleri ve kaynaklarını gözden geçirmeye teşvik edilir.^[10]

İnfertil hastaların güçlendirilmesini sağlamada bir başka konu da başarı ve başarısızlık kavramlarını algılamalarında hastalara yeniden yardımcı olmaktır. İnfertil çiftler bir bebeği eve götürmeyi başarı olarak algılamaktadırlar. Oysa bebek sahibi olamayan fakat yeni yaşam hedefleri bulan ve gelecek için plan yapan çiftler de bu süreç ile başarılı bir şekilde başa çıkmış sayılır.^[10]

İleriye yönelik rehberlik: Bilgi sağlama, hastaları güçlendirmede diğer bir yoldur. Hastalar tedavi seçeneklerini bildiklerinde ve kendi tedavi seçeneklerine karar verme aşamasına katıldıklarında kontrolü tekrar sağladıklarını hissederler. Böylece tedavi uygulamalarındaki hatalar önlenir ve hastanın endişesi azaltılabilir. Bilgi edinme konusunda toplum kaynaklarını kullanma, hasta destek gruplarına dahil olma, gevşeme eğitimi alma ve sorun çözümü yöntemlerini öğrenmeyi içeren destek sistemleri hastaya önerilebilir. Destek için oluşturulan kriz telefon hatları ve profesyonel terapistlerden hastaların küçük bir bölümü yararlanabildiği için hastalara güvenilir internet kaynakları da tavsiye edilebilir.^[10]

Hemşire, başa çıkma konusunda destek verirken “baş etmede güçlenmeye hazır oluş” NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanısı doğrultusunda, bireyin/çiftin stresörler ile baş etmesini güçlendiren veya yeni baş etme stratejileri tanımlamasına yönelik girişimler planlar.^[57] Bu girişimler planlanırken şunlara dikkat edilmelidir;

- İnfertilite kliniklerinde çalışan hemşireler öncelikle çiftleri ayrı ayrı değerlendirmelidir. Bu değerlendirme sonucunda infertilite stresi ve uyum güçlüğü açısından yüksek risk altında olan bireyler tespit edilmelidir. Bu bireylerin infertilite ile ilgili stres için tanımlanmış risk faktörlerinin en aza indirilmesi ve koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi için destek sağlanmalıdır.^[58]

profesyonelleri hastaların karar almasında ve seçimlerinde ayrıca hastaları desteklemede

- Hemşire infertilite danışmanlığı yaparken infertil bireyleri/çiftleri infertilite nedeniyle oluşabilecek stres konusunda bilgilendirmeli, bireyin/çiftin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemlerini değerlendirmeli, stresle başa çıkma yöntemlerinin kullanımı açısından kadın ve erkek arasındaki fark konusunda bilgilendirme yapmalı, bireyin/çiftin uygun başa çıkma yöntemlerine karar vermesine yardım ederek bir yol haritası belirlenmesine yardımcı olmalıdır.^[47,53,54,59]
- Bakım sürecinde infertil bireyin/çiftin stresle başa çıkma yöntemlerini, duygularını ifade etme şekillerini, kaygılarını, kayıp sonucundaki davranışları gözlemlenmelidir. Bu gözlemler sonucunda hemşire, yardım alması gereken birey/çift uzmanla yönlendirilmelidir.^[53,60]
- Bireylerin/çiftlerin önceden kullandığı problem çözme deneyimlerine dayalı becerileri ortaya çıkarılmalı ve etkin olan başa çıkma yöntemlerini kullanmaları konusunda desteklenmelidir.^[61,62]
- İnfertil bireylerin/çiftlerin infertilite eğitim ve tedavisi hakkındaki düşüncelerini ifade etmeleri sağlanarak, infertilite durumu üzerindeki kontrollerini artırma yolları aranmalıdır.^[61,62]
- Bireylere/çiftlere tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendilerinin karar vermeleri sağlandığında yaşadıkları kontrol kaybı duygusunun hafifleyeceği unutulmamalıdır.^[62]
- Hemşire bireylerin/çiftlerin tüm seçenekleri bilerek uygun bir karara varabilmeleri için her seçimin olumlu ve olumsuz yönlerinin belirlenmesinde yardımcı olmalıdır.^[61]
- Hemşire, yapılacak uygulamaları ve bunların amaçlarını bireylerin/çiftlerin anlayabileceği bir dille açıklamalıdır. Daha önceden verilen tıbbi bilgiler desteklenmeli ve internet gibi dış kaynaklardan alınmış bilgilerin doğruluğu değerlendirilmelidir. Çiftlerin bu konuda soru sormalarına fırsat verilmeli ve onlardan geri bildirim alınmalıdır.^[61]

- Destek gruplarına katılmak bireye/çifte infertilite probleminde yalnız olmadığını gösterir ve kendisiyle aynı sorunu paylaşan diğer kişilerle etkileşim olanağı sağlar. Çiftler, acı verici buldukları arkadaş ve aile ilişkilerinden uzaklaştıkları için sosyal destekleri yetersiz olabilir. Duygusal boşalma, ait olma duygusu ve bilgi kaynağı sağlaması için hemşire onları destek gruplarına yönlendirmelidir.^[61,62]
- Bireyin/çiftin problemini ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşması yararlı olabilir. Bireyin başkaları tarafından dinlenmeye ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır.^[61]
- Çiftlere randevu öncesi yaşadıkları sorunları ve merak ettikleri konuları yazarak listelemeleri önerilmelidir.^[62]
- Girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, erkek bu süreçte eşini yalnız bırakmamalıdır. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin eşler tarafından anlaşılmasının, paylaşım açısından önemi vurgulanmalıdır.^[62]
- Eşlerin birbirlerine destek olmaları sağlanmalıdır. Her iki eş için de bu süreç gerçekten güç ve travmatiktir. Eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlamaktadır. Birbirlerine destek olmak ve sorunla birlikte uğraşmak, stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olacaktır. İnfertil pek çok birey/çift için bu deneyimin ilişkiyi güçlendirdiği ve yeni bir güvenlik alanı oluşumunu keşfettikleri bildirilmiştir.^[47,62,63,64]
- Pozitif bir kişisel imajın gerçekleştirilmesine yardım edilmelidir. Hemşire onlarla birlikte kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan aktiviteler ve rekabet alanları belirlemelidir. İnfertil bireyler, hobiler, spor veya gönüllülük işleri gibi aktiviteler için cesaretlendirilmelidir.^[61]
- İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınların din ve maneviyatı kullandıkları görülmektedir. Roudsari ve arkadaşları (2014) infertilite stresi ile başa çıkmak için İran ve İngiliz kadınların din ve maneviyatı

kullanımını araştırmışlardır. Bu araştırma sonucunda araştırmacılar kadınların dini ve maneviyatı; kendi kendilerine duygularını kontrol edebilmek, dini başa çıkma yöntemlerini uygulamak ve infertilite sıkıntısını barışçıl bir şekilde ele almak gibi düşüncelerle kullandıklarını ve temelde de bu düşüncelerin daha yüksek bir varlığa dayanmayı içerdiğini bulmuşlardır. Araştırmacılar hangi dini ve manevi başa çıkma yöntemleri kullanımının infertiliteye uyumu desteklediği konusunda yeni çalışmalar önermektedirler.^[65]

- İnfertilitenin algılanmasında kültürler arasında farklılıklar vardır. Örneğin Nijerya'da infertileden genellikle kadın sorumlu tutulmakta, Afrika'da kadın nedenli infertilite boşanma sebebi olarak kabul edilmekte, Çin'de infertilite kadın ve erkek için toplum içinde kabul duygusunun yitirilmesine neden olmakta, Hindistan'da doğurgan olmayan kadın lanetli kabul edilmektedir. Türkiye'de ise çocuk sahibi olma evliliğin temeli olarak değerlendirilmektedir.^[66] Fakat tüm kültürlerde daha çok kadınların olumsuz etkilendiği görülmektedir. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini güçlendirmek için yapılacak hemşirelik desteğinde birey/çiftin kültürel yapı ve farklılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.
- İnfertil çiftler infertilite stres algısını azaltmak için masaj, akupunktur ve tamamlayıcı tıp arayışlarına girmektedir.^[67] Ried ve Alfred (2013)'in yaptığı çalışmada kadınların yoga veya meditasyon, spor salonunda çalışma veya uzun yürüyüşler, kendi kendine hipnoz, bulmaca çözüme, shiatsu (bir tür Japon masajı) ve kinesiyojoloji (kas bilim) gibi uğraşlarda buldukları belirtilmektedir.^[50] Edirne ve ark. (2010)'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada infertil hastaların büyük çoğunluğunun en az bir kez tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulaması kullandığı bulunmuştur.^[68] İnfertilite hemşireleri birey/çiftin kullandığı tamamlayıcı tıp uygulamalarını öğrenmelidir. Çünkü önerilen diyet destekleri ile tedavi etkilenebileceği için bazen istenmeyen sonuçlara neden

olmaktadır. Akupunkturun olumlu etkilerinin olduğu öne sürülmekte, etkinliği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmektedir.^[67]

Sonuç ve Öneriler

İnfertil bireyin/çiftin infertilite stresi yaşadığı ve bu stresle başa çıkmak için başa çıkma yöntemleri kullandığı bilinmektedir. Bu dönemde infertil bireyin/çiftin desteklenmesi gerekmektedir. Bu destekleme sırasında var olan başa çıkma yöntemlerinin ortaya çıkarılması veya yeni başa çıkma yöntemleri geliştirilmesine yardım edilmesi gerekmektedir. Hemşire bu süreçte infertil bireyin/çiftin desteklenmesine yardım eden sağlık profesyoneli. İnfertil bireye/çifte verilen hemşirelik bakımında etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesi ve etkisiz başa çıkma yöntemlerinin değiştirilmesine yönelik girişimler planlanması önemlidir. Bu yüzden infertilite tedavisi olan bireyin/çiftin infertilite stres düzeyinin ve infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerinin tanımlanması ilk değerlendirmede yapılmalı ve sonrasında da izlenmelidir. Türkiye’de infertil bireylerin/çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi için niceliksel çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca kullanılan başa çıkma yöntemlerinin etkilerinin değerlendirildiği uzunlamasına çalışmalar yapılmalıdır.

Ayrıca hemşirelik bakımının planlanmasında hemşirelik kuramcılarının modellerinin kullanılması bireylere kavramsal bir yapı çerçevesinde bütüncül bir bakım verilmesini sağlayacaktır.^[69] Fakat infertilite tedavisi uygulanan hastanın bakımına yönelik kullanılmakta olan üzerinde çalışılmış ve denenmiş bir model henüz bulunmamaktadır. Kaliteli bir bakım verilmesi için çeşitli kuramcılarının modellerinin denendiği araştırmaların yapılması ve bakımda kullanılacak modellerin ortaya çıkarılması büyük fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Çivi S. İnfertilite epidemiyolojisi. [The epidemiology of infertility]. Çiçek N. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2007. s. 1-10.

2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Fertility and Sterility* 2009; 92(5):1520-1524.
3. Wright KP, Johnson JV. İnfertilite. [Infertility]. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. editör. Danforth’s obstetrik ve jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2010. s. 705-715.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) Genel Müdürlüğü. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, kontraseptif yöntemler. [Guide the national family planning services, contraceptive methods]. Ankara: Damla Matbaacılık; 2000. s. 320-322.
5. Rutstein SO, Shah IH. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. DHS Comparative Reports No.9. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2004. Erişim tarihi; <http://www.who.int/reproductivehealth/to pics/infertility/DHS-CR9.pdf>
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim tarihi: 30.10.2014 (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf).
7. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2003; 24:267-271.
8. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2443-2449.
9. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. [The psychological and psychiatric aspects of infertility]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:140-148.
10. Draye MA. Emotional aspects of infertility. In: Lemcke D, Pattison J, Marshall LA, Cowley DS. editor. Current

- care of women diagnosis & treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 2004. p. 572-576.
11. Varcarolis EM. Crisis and crisis intervention. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998.
 12. Demirci H. İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. [Psychosocial and psychosexual effects on couples of infertility]. Kızılkaya Beji N. editör. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: Emek Mat.; 2001. s. 103-117.
 13. Türkçapar F, Vardereli K, Türkçapar MH. İnfertilite ve psikolojik boyutları. [Infertility and psychological dimensions]. Çiçek MN. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008. s. 339-344.
 14. Kendirci A. İnfertilitenin çiftler üzerinde yarattığı stresin çözümünde tamamlayıcı tedavi yaklaşımları. [Complementary treatment approaches in the solution of the stress on couples of infertility]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 2010. s. 191.
 15. Dilbaz S. Stres ve infertilite. [Stress and infertility]. 4. Ulusal üreme endokrinolojisi ve infertilite kongresi. 2010. s. 145.
 16. Jose-Miller AB, Boyden JW, A.Frey K. Infertility. *American Family Physician* 2007; 75(6):849-856.
 17. Yoldemir T. Stres ve fertilité.[Stress and fertility] Nedim Çiçek M. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008. s. 393-412.
 18. Domar AD. Akıl/beden bağlantısı. [Mind / body connection]. Işık AZ, Vicdan K. çeviri editörü. Boston IVF infertilite el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitap.; 2008. s. 177-185.
 19. Newton CR. Counselling the Infertile Couple. In: Burns LH, Covington SN. editor. Infertility counselling: a comprehensive handbook for clinicians. USA&UK: The Parthenon Publishing Group; 1999. p. 109.
 20. Domar AD, Kelly AL. Conquering infertility: Dr. Alice Domar's mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility. New York: Penguin Books; 2004.
 21. Hammarberg K. Stress in assisted reproductive technology: implications for nursing practice. *Human Fertility* 2003; 6:30-33.
 22. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. [Psychological factors affecting infertile women]. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(5):481-486.
 23. Özkan AÖ, Okumuş H. İnfertilitede uyum süreci: ölçülebilir mi? [Infertility in the adaptation process: measured?] 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya: 2010. s. 103.
 24. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(1):41-47.
 25. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4:208-219.
 26. Moghadam MHB, Aminian AH, Abdoli AM, Seighal N, Falahzadeh H, Ghasemi N. Short communication evaluation of the general of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2011; 9(4):309-314.
 27. Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50(4):294-300.
 28. Yılmaz T. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2012, İstanbul.
 29. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*

- 2006; 21(12):3295-3302.
30. Hammerberg K, Astbury J, Baker H. Women's experiences of IVF: a follow-up study. *Human Reroduction* 2001; 16:374-383.
 31. Olivius C, Firiden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility* 2004; 81:258-261.
 32. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Thesis for Degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen, 2006, Denmark.
 33. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. [COPE (Coping rating scale): A preliminary study on the psychometric properties]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226.
 34. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997. p. 371-387.
 35. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentals of nursing, the art science of nursing care. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001. p. 701-724.
 36. Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationship: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality* 2006; 74(1):9-46.
 37. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 38. Terzi Ş. Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. [Adapting cognitive assessment scale: validity and reliability studies]. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2009; 7(1):127-141.
 39. Kanbay Y. Kars ve Artvin ilinde hemşirelerin kullandıkları stresle başatme yöntemleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. [Determinaton of Nurse's Workplace Stress and Coping Methods in Artvin and Kars]. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi:Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: 2007.
 40. Hisli Şahin N, Güler M, Basım NB. A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. [The relationship between cognitive intelligence, emotional intelligence, coping and stress symptoms in the context of type A personality pattern]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):243-254.
 41. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. [The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3):166-176.
 42. Ak G. İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. [Infertile couples coping suggestions]. *Sted* 2005; 11(7):260.
 43. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Dorul A, Sütçügil L, Nahit Özmenler K, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. [Is there gender difference in infertile couples with no axis one psychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support and sexual function?]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4):311-322.
 44. Lechner L, Bolman C, Van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction* 2007; 22(1):288-294.
 45. Bayley TM, Slade P, Lashen H. Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction* 2009; 24(11):2827-2837.
 46. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* 2005; 20(4):1044-1052.

47. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. [Infertility to mental health, marital relationships and sexual life effects in women undergoing infertility treatment]. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi. İstanbul: 2004.
48. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction* 2009; 24(7):1656–1664.
49. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research* 2003; 54(4):353-355.
50. Ried K, Alfred A. 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* 2013; 13:17. doi:10.1186/1472-6874-13-17
51. Yılmaz İ. The determinants of depression and anxiety in Turkish infertility patients: social support, sex role orientation, infertility causality, and self-esteem. Bogazici University Social Sciences Master of Arts in Psychology. İstanbul: 2006.
52. Terzioğlu F, Yücel Ç, Türk R, Taşkın L, Dilbaz S, Karahalil B, Çınar Ö. İnfertil kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin yardımcı üreme tekniklerinde gebelik sonuçlarına etkisi. [Infertile women's anxiety and depression levels effect on pregnancy outcome in assisted reproductive techniques]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 2010. s. 97.
53. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20(2):154-159.
54. Akyüz A. İnfertilite tanısı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık. [Training and consultancy in the process of diagnosis and treatment of infertility]. 5. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi kitabı 2007. s. 23-26.
55. Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2001; 22(3):133-141.
56. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 2325-2341.
57. Carpetino-Boyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F, çeviri editörü. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2013.
58. Lykeridou K, Gourounti K, Sarantaki A, Loutradis D, Vaslamatzis G and Deltsidou C. Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *J Clin Nurs* 2011; 20(13-14): 1971-1980. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x.
59. Gribben K. Unexpected application of counseling skills by a fertility research nurse. *Human Fertility* 2002; 5:123-126.
60. Atıcı D. İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik bakımı. [Nursing care in the process of infertility treatment]. 3. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi kitabı. 2003. s. 67-69.
61. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-child nursing. St. Louis: Elsevier Saunders Comp; 2005. p. 202-213.
62. Yeşiltepe Oskay Ü, Onat Bayram G, Dişsiz M. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. [Psychosocial and psychosexual effects of infertility]. Kızılkaya Beji N. editor. İnfertilite heşireliği. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.; 2009. s. 177-196.
63. Yeşiltepe Oskay Ü, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşiresinin danışman ve hasta hakları savunucusu olarak rolü. [As consultant and patient rights activist role of infertility nurse]. Kızılkaya Beji N. editor. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2001. s. 93-102.

64. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction* 2007; 22(5):1481-1491.
65. Roudsari RL, Allan HT ve Smith PA. Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Human Fertility* 2014;17(2):114-123. Erişim tarihi: 30.10.2014
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/14647273.2014.909610>
66. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011; 19(2):109-115.
67. Marshall LA. Infertility. In: Lemcke D, Pattison J, Marshall LA, Cowley DS. editor. Current care of women diagnosis & treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 2004. p. 563-571.
68. Edirne T, Arica SG, Gucuk S, Yildizhan R, Kulusari A, Can M. Use of complementary and alternative medicines by a sample of Turkish women for infertility enhancement: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med* 2010; 22:10-11. doi: 10.1186/1472-6882-10-11 Erişim Tarihi 26.10.2014: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20307291>
69. Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2001, Ankara.