



**IN VITRO FERTİLİZASYON UYGULANAN
KADINLARDA HİPNOFERTİLİTENİN FERTİLİTEYE
HAZİROLUŞLUK, STRES VE STRES İLE BAŞ
ETMEYE ETKİSİ**

Çiğdem ERDEMOĞLU
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

Doktora Tezi – 2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İN VİTRO FERTİLİZASYON UYGULANAN KADINLARDA
HİPNOFERTİLİTENİN FERTİLİTEYE HAZIROLUŞLUK, STRES VE STRES
İLE BAŞ ETMEYE ETKİSİ**

Çiğdem ERDEMOĞLU

Ebelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından (Proje ID: TDK-2019-1817) desteklenmiştir.

MALATYA

2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İn Vitro Fertilizasyon Yöntemi.....	4
2.1.1. İn Vitro Fertilizasyon Tedavisinin Kadınlar Üzerindeki Etkisi.....	6
2.1.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Ebelik Bakımı	7
2.1.3. İnfertilitenin Kadınlar Üzerindeki Psikolojik Etkileri.....	8
2.1.4. İnfertiliteye İlişkin Psikolojik Teoriler.....	8
2.1.5. İnfertil Kadınlarda Psikososyal Yaklaşımlar.....	9
2.2. Hipnofertilite Felsefesi.....	10
2.3. Fertiliteye Hazıroluşluk.....	12
2.4. İnfertilite ve Stres.....	13
2.4.1. Stresin Kadın Üreme Sistemine Etkisi.....	13
2.4.2. İnfertilite Stresi ile Baş Etme.....	15
2.4.3. İnfertilite Stresi ile Baş Etme ve Ebelik Yaklaşımı.....	16
3. MATERYAL VE METOT.....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	17
3.4. Veri toplama araçları.....	18
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu.....	18
3.4.2. Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği	18
3.4.2. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ).....	19
3.4.3. İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBCÖ).....	19
3.5. Verilerin Toplanması.....	20
3.5.1. Ebelik Girişimi.....	22
3.5.2. Girişim Planı.....	24

3.5.3. Girişim Materyalleri.....	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	52
EK - 1. Özgeçmiş.....	53
EK - 2. Etik Kurul Onay Sayfası.....	54
EK - 3. Kurum İzin Yazısı.....	55
EK - 4. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu).....	56
EK - 5. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu).....	57
EK - 6. Kişisel Tanıtım Formu.....	58
EK -7. Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk Ölçeği	59
EK - 8. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)	60
EK - 9. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ).....	61
EK - 10. Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk Ölçeği İzin Yazısı	62
EK - 11. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSO) ve İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) İzin Yazısı.....	63
Ek- 12. Araştırmacı İnfertilite Destek Programı Kurs Katılım Belgesi.....	64
EK - 13. Araştırmacı Hipnofertilite Uygulama Sertifikası.....	65
EK - 14. Hipnofertilite Broşürü.....	66

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca hem mesleki anlamda hem de kişisel anlamda örnek aldığım ve araştırma sürecinde her türlü bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyerek araştırma fikrinin oluşmasından araştırmanın tamamlanmasına kadar olan sürecin her aşamasında eşsiz katkılar sağlayan çok kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA' ya,

Lisansüstü eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyiminden faydalanarak mesleki anlamda gelişmeye vesile olan, aynı zamanda tez izleme komitesinde yer alarak araştırmaya önemli katkılar sunan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Tuba UÇAR' a ve araştırma sürecinde kıymetli öneriler sunarak araştırmanın şekillenmesine önemli katkılar sunan diğer tez izleme komitesi üyesi değerli hocam Sayın Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN' a

Tez savunma sınavıma katılarak beni onure eden ve önemli katkılar sağlayan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Serap EJDER APAY' a ve Sayın Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN' a,

Hipnofertilite eğitimi sayesinde tanıma fırsatı yakaladığım ve araştırma sürecinde araştırma konusuna yönelik sorularım olduğunda kendisine rahat bir şekilde ulaşabilme imkanı sağlayan hipnofertilite eğitimcisi Sayın Arş. Grv. Dr. Sevcan FATA' ya

Araştırmayı yürüttüğüm Gözde Akademi Hastanesi yönetimine, veri elde etme aşamasındaki anlayışı, ilgisi ve destekleri için Kadın Doğum ve Tüp Bebek Uzmanı Sayın Dr. Zercan KALI' ya, ünitelerde beni misafir eden tüp bebek hemşiresi Sinem KAYA' ya ve çok özel tüp bebek hastalarına,

sevgili aileme ve çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem ERDEMOĞLU

Bu tezi, çocuk sahibi olmak isteyen ve bu uğurda tedavi gören bütün ailelere ithaf ediyorum...

ÖZET

İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertiliteye Hazıroluşluk, Stres ve Stres ile Baş Etmeye Etkisi

Amaç: Bu araştırma in vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda hipnofertilitenin fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stresle baş etmeye etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Şubat 2019-Temmuz 2020 tarihleri arasında Malatya Gözde Akademi Hastanesine IVF tedavisi için başvuran kadınlar ile yürütülmüştür. Kadınlar gruplara basit randomizasyon yöntemi ile atanmıştır. Yapılan power analizi ile örneklem büyüklüğü en az 100 infertil kadın (50 deney, 50 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Deney grubundaki kadınlara hipnofertilite felsefesine dayalı gevşeme, görselleştirme, hayal etme ve olumlama teknikleri dört aşamada uygulanmıştır. Veriler; Kişisel Tanıtım Formu, Fertilitate Hazıroluşluk Ölçeği, İnfertilite Stresi Ölçeği, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği ile elde edilmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hipnofertilite girişimi sonrası Fertilitate Hazıroluşluk Ölçeği olumlu duygular ve düşünceler alt boyut puan ortalamasının deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca IVF tedavisi süresince uygulanan hipnofertilite girişiminin kontrol grubuna oranla deney grubundaki kadınlarda infertilite stresi düzeyinde önemli bir düşüşe neden olduğu ve deney grubunda yer alan kadınlarda stresle baş etme yöntemlerinden aktif mücadele etme ve pasif yok sayma yöntemlerinin kontrol grubuna oranla daha fazla kullanıldığı saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Hipnofertilite felsefesine dayalı girişimlerin IVF uygulanan kadınlarda fertilitate hazıroluşluk düzeyini arttırdığı, stres düzeyini azalttığı ve stres ile daha etkin baş etmeyi sağladığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, fertilitate hazıroluşluk, hipnofertilite, in vitro fertilizasyon, stres, stres ile baş etme.

ABSTRACT

The Effect of Hypnofertility on Fertility Preparedness, Stress and Coping with Stress in Women Undergoing In Vitro Fertilization

Aim: This research was conducted to determine the effect of hypnofertility on fertility preparedness, stress and coping with stress in women undergoing in vitro fertilization.

Material and Method: This research was conducted with women applied to Malatya Gözde Academy Hospital between February 2019 and July 2020 for IVF treatment. Women were assigned to groups by simple randomization. The sample size was calculated by performing power analysis to be of at least 100 infertile women (50 experiments, 50 controls). Relaxation, visualization, imagination and affirmation and techniques based on the hypnofertility philosophy were applied to women in the experimental group in four stages. Data were obtained through Personal Information Form, Fertility Preparedness Scale, The COMPI Fertility Problem Stress Scales and The COMPI Coping Strategy Scales. In statistical evaluation; descriptive statistics and ttest in dependent-independent groups analysis were used.

Results: After the hypnofertility intervention the Fertility Preparedness Scale positive emotions and thoughts sub-dimension mean score was higher in women in the experimental group than in the control group ($p < 0.05$). In addition, it was determined that the hypnofertility intervention applied during IVF treatment caused a significant decrease in the level of infertility stress in women in the experimental group, and the methods of active-confronting and passive-avoidance are more used among the experimental group than the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been determined that interventions based on the hypnofertility philosophy increase the level of preparedness to fertility, decrease the stress level and provide effective coping with stress in women who underwent IVF.

Key Words: Coping with stress, fertility preparedness, in vitro fertilization, hypnofertility, midwifery, stress.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ET:	Embriyo transferi
GnRH:	Gonadotropin serbestleştirici hormon
hCG:	İnsan koryonik gonadotropin
HPG:	Hipotalamik-hipofiz-gonadal
IVF:	İn vitro fertilizasyon
YÜT:	Yardımcı üreme tedavileri



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. İn vitro fertilizasyon aşamaları.....	5
Şekil 3.2. Stresin kadın üreme sistemine etkisi.....	15
Şekil 3.3. Araştırma Consort diyagramı.....	21



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Hipnofertilite girişim planı.....	24
Tablo 3.2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması.....	26
Tablo 3.3. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler.....	27
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	28
Tablo 4.2. FHOÖ toplam ve FHOÖ, İSÖ ve İSBÇÖ alt boyutlarından alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar ile araştırmaya katılan kadınların ön test ve son testten aldıkları en düşük-en yüksek puan ve puan ortalamalarının dağılımı.....	30
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların FHOÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların İSÖ alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların İSBÇÖ alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	35

1. GİRİŞ

İnfertilitenin dünya çapında üreme çağındaki çiftlerin % 8 ila 12' sini etkilediği tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde ise bu oranın %10-20 arasında değiştiği bilinmektedir (2,3). Ayrıca Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verileri incelendiğinde primer infertilite oranı %4, sekonder infertilite oranı ise %12 olarak karşımıza çıkmaktadır (4). Çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftlerin birçoğu en iyi yardımcı üreme tekniklerinden biri haline gelen in vitro fertilizasyon (IVF) yöntemine başvurmaktadır. (3, 5, 6). IVF tedavi başarısı infertilite nedeni, anne yaşı, kullanılan tedavi protokolü, elde edilen oosit sayısı ve embriyo kalitesi gibi çeşitli biyolojik faktörlere bağlı değişmekte iken bazı kanıtlar, psikolojik stresin de tedavi başarısını etkileyen bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (7-9). Stres otonom sinir sistemi, endokrin ve immün sisteme etki ederek fertilitiyi etkileyebilmektedir (7, 10, 11). Stres infertilite tedavisini güçleştirmekte, tedavi etkinliğini azaltmakta hatta bireylerin ya da çiftlerin başarılı olabilecek bir tedaviyi sonlandırma eğilimlerini arttırmaktadır (8, 12, 13). Biyolojik olarak herhangi bir neden bulunamadağında kişilerin bilinçaltında yer alan çatışmaların, incinmelerin ve dürtülerin infertiliteye neden olabileceği belirtilmektedir (14).

İnsanlarda temel içgüdülerinden biri neslin devamını sağlama içgüdüsüdür ve bu içgüdünün karşılanamamış olması stres yaratabilmektedir (15, 16). Klinik deneyimler, açıklanamayan infertilite ile psişik çatışma yaşayan, kişisel veya psikososyal problemleri olan bireyin bilinçaltında bir bebeğin oluşmasına ve yer edinmesine izin vermeyen duyarlılık arasında bir bağlantının olabileceğini düşündürmektedir (17). Psikosomatik tıpta, psikolojik faktörlerin infertiliteye neden olabileceği ya da sadece infertilitenin distressi tetiklediği durumların söz konusu olduğu hâlâ bir tartışma konusudur (15, 18). Vitasse ve arkadaşları (2012) yardımcı üreme teknikleri ile infertilite tedavisi sürecinde spontan gebeliklerin ortaya çıkması ile ilgili faktörleri inceledikleri çalışmalarında infertil bireylerde spontan gebelik oluşmasında baskın bir rol oynayan bilinçaltı faktörlerin önemine dikkat çekilmiştir (19). İnfertilitenin patogenezi incelendiğinde önemli bir rol oynayan psikososyal faktörler, infertilitenin çözümlenmesinde de etkilidir (20). Yapılan çalışmalarda stresi subjektif olduğundan tanımlamak ve ölçmek zor olmasına rağmen stresin toplanan oosit sayısını ve gebelik oranını azalttığı belirtilmiştir (8, 21-24). İnfertil bireylerde strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri, tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilemekte, stresle etkin baş etmeyi sağlamakta, gebelik oranlarının artırmakta ve psikolojik semptomların azalmasına neden olmaktadır (8, 25).

İnfertil kadınların stresini azaltmak için yıllardır çeşitli alternatif yöntemler uygulanmaktadır. İnfertilite tedavisi sürecindeki kadınlar gebelik için daha çok çaba sarfetmekte, fertiliteye hazıroşlukları olumsuz etkilenmekte ve psikososyal anlamda daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadır (26). Günümüzde IVF tedavisi gören çiftlerin ruh sağlığını, gebelik oranlarını ve evlilik ilişkilerini iyileştirmek adına bilişsel davranışçı terapi, zihin-beden etkileşimi, danışmanlık ve pozitif yeniden başa çıkma tedavisi gibi çeşitli psikososyal girişimler yapılmaktadır (9, 27, 28). Son zamanlarda infertilite tedavisi süresince kadınlarda stres düzeyini azaltarak stresin fertilitate yani doğurganlık üzerindeki nöroendokrin etkiyi azaltmayı ve doğal doğurganlığı artırmak amacıyla güçlü ve etkili zihin-beden etkileşimine dayanan hipnofertilite yöntemi güncel yöntemler arasında yer almaktadır. Beyin-beden etkileşimini güçlendirmek için gevşeme, görselleştirme, olumlama ve hayal etme teknikleri kullanılmaktadır. Bu teknikler ile stres düzeyini düşürerek kortizol salınımı azaltmakta, parasempatik sistem aktivasyonu ile GnRH salınımını artırmaktadır (26). Domar ve arkadaşları (2011) IVF tedavisi sürecinde kadınlara; gevşeme teknikleri, bilişsel davranışsal terapi, olumsuz sağlık davranışlarında değişim yaratma ve sosyal destek bileşenlerini içeren 10 haftalık beyin-beden programı uygulamışlardır. Katılımcıların ilk IVF uygulamasında gebe kalma oranı %43 iken, ikinci IVF uygulamasında bu oran %52' ye yükselmiştir (29).

Literatür incelendiğinde infertil olgularda beyin-beden programlarının yani hipnofertilitenin kullanıldığı çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir (29, 30, 31). Henüz ülkemizde çok yeni olan hipnofertilite yönteminin ebeler ve diğer sağlık personelleri tarafından etkin kullanımı ile IVF tedavi sürecindeki kadınların stres düzeyinin azaltılabileceği ve dolayısıyla fertilitate hazıroşluk ve infertilite stresi ile baş etme yeteneğinin olumlu etkileneceği düşünölmektedir.

Araştırmanın amacı, in vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda hipnofertilitenin fertilitate hazıroşluk, stres ve stres ile baş etmesini değerlendirmektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H_{0a}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının fertiliteye hazıroluşluk düzeyini etkilemez.

H_{1a}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının fertiliteye hazıroluşluk düzeyini etkiler.

H_{0b}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stres düzeyini etkilemez.

H_{1b}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stres düzeyini etkiler.

H_{0c}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stresi ile baş etmesini etkilemez.

H_{1c}: IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stresi ile baş etmesini etkiler.

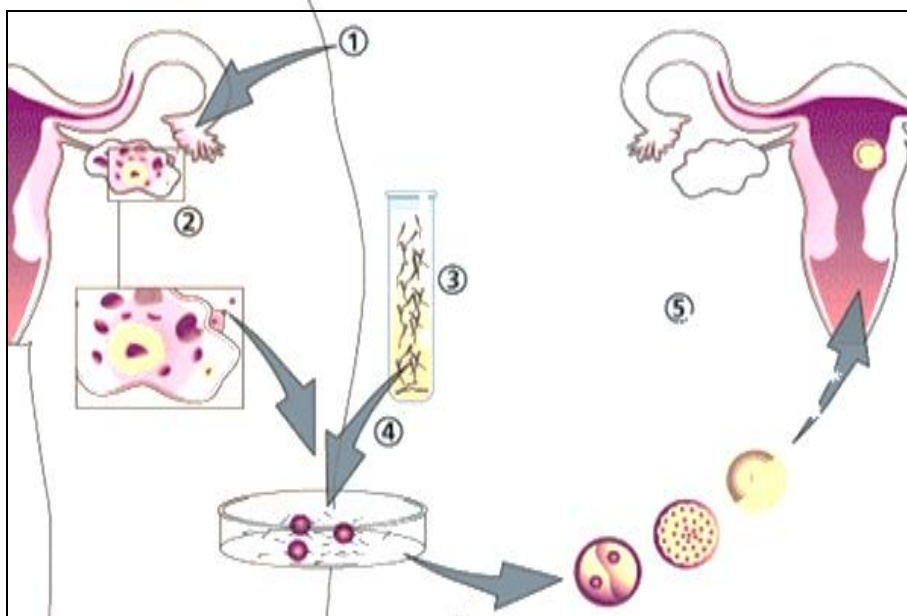
2. GENEL BİLGİLER

2.1. İn Vitro Fertilizasyon Yöntemi

Günümüzde infertil çiftlerde yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır ve IVF en sık kullanılan yöntemlerden biri haline gelmiştir (3, 32, 33). Kadının overlerinden alınan oosit ile erkekten elde edilen sperm hücresinin laboratuvar ortamında fertilize edildikten sonra elde edilen embriyonun hastanın uterusuna yerleştirilmesi (5, 34, 35) olarak tanımlanan IVF yöntemi tarihte ilk defa 1890' lı yılların başında Walter Heape tarafından tavşanlarda yapılan embriyo transferi (ET) ile gündeme gelmiştir (36). 1934 yılında Pincus ve Enzeman in vitro tavşan yumurtalarının fertilizasyonunu sağlamışlardır. 1960' lı yıllardan itibaren tubal tıkanıkları olan kadınların ovum hücreleri in vitro ortamda fertilize edildikten sonra uteruslarına nakledilebilmek için bilimsel çalışmalar yapılmıştır (37). İnsanlarda ilk IVF deneyimi 1973 yılında yapılmıştır ancak elde edilen embriyo anne uterusuna tutunamamıştır. İnsanda ilk başarılı IVF 1978 yılında Steptoe ve Edwards tarafından gerçekleştirilmiştir (33, 35, 37). O zamandan günümüze kadar IVF yöntemi ile dünya çapında yaklaşık sekiz milyon bebek dünyaya gelmiştir (38). Ülkemizde IVF yöntemi ile elde edilen ilk bebek 1989 yılında dünyaya gelmiştir (5, 39). IVF yönteminin başarılı olmasında hastanın yaşı, sperm faktörü, ET tekniği ve hormonal stimülasyona verilen cevap etkili olmaktadır (5). IVF tedavisi 35 yaş altı hastalarda yaklaşık %50 oranında başarılı olmaktadır (37). IVF endikasyonları arasında tubal faktörler, ovulatuvar disfonksiyonlar, uterin faktörler, servikal faktörler, açıklanamayan infertilite, erkek faktörü (oligo/azospermi) yer almaktadır (3, 5, 33, 40). IVF komplikasyonları arasında hastalarda %2-4 oranında görülebilen overlerde aşırı büyüme, hemokonsantrasyon, asit ve plevral efüzyon gelişen overyan hiperstimülasyon sendromu (OHSS), oosit toplama ve embriyo transferine bağlı kanama, komşu organ yaralanması, anestezi komplikasyonları ve enfeksiyon bulunmaktadır. Ayrıca IVF ile sağlanan gebeliklerin %4-5' i ektopik ve heterotopik gebelik ile sonuçlanmaktadır ve çoğul gebelik oranı %30 civarındadır (3, 5).

IVF tedavisi 5 aşamada gerçekleşmektedir (3, 35). Ovulasyon indüksiyonu adı verilen ilk aşamada folikül gelişimini sağlayan ilaçlar ile fertilizasyon şansını arttırmak için çok sayıda oosit gelişmesini sağlamak amaçlanmaktadır (33, 35). İkinci aşama oosit toplama adı verilen lokal ya da genel anestezi altında gelişen foliküllerin, transvajinal ultrasonografi eşliğinde bir aspirasyon iğnesi ile aspire edilmesi işlemidir. Olgunlaştığı ultrasonografik ve hormonal testler ile anlaşılan oositler, ovulasyonu tetikleyen bir ilaç uygulandıktan sonra 34-36. saatte

toplanmaktadır. 15-20 dakika kadar sürmekte olan işlem ile eş zamanlı olarak hastanın eşinden de sperm örneği alınmaktadır (3, 33). Üçüncü aşamada hastanın eşinden alınan spermere hareketli ve morfolojik açıdan uygun olanları seçmek için birtakım işlemler uygulanır. Daha sonra oositler ve her bir oosit başına 20 bin sperm aynı ortamda 12-18 saat bekletilerek, fertilizasyonun gerçekleşmesi ve embriyo oluşması beklenmektedir (3). Dördüncü aşama embriyo transferi (ET) adı verilen aşamadır. Bu aşamada oositler toplanıp fertilize edildikten sonra 1 ve 6. günlerde çoğunlukla 3 gün sonra gelişen iki ila dört hücreli embriyolar uterusu yerleştirilmektedir (33). 35 yaş altındaki hastalara ilk ve ikinci uygulamalarda tek embriyo, üçüncü ve sonraki diğer uygulamalarda iki embriyo olmak üzere, 35 yaş ve üzerinde bütün uygulamalarda en fazla iki embriyonun transferi gerçekleştirilebilmektedir. Başarılı bir embriyo transferinin amacı, embriyoları atravmatik olarak implantasyonun maksimize edildiği bir yerde uterus fundusuna iletmektir (34). Son yıllardaki yardımcı üreme tedavilerinde elde edilen ilerlemeler sayesinde embriyoların laboratuvarında yaşama süreleri uzamıştır. Bunun sonucunda gebelik şansını arttırmak ve daha yüksek implantasyon oranlarını sağlamak için beşinci veya altıncı günde blastokist evresindeki embriyo transferleri yapılmaktadır (3, 34, 41). Son aşamada embriyo transferinden 12 gün sonra, gebelik tespiti için kanda β -hCG (insan koriyonik gonadotropin) düzeyine bakılmaktadır (3).



Şekil 3.1. In Vitro Fertilizasyon Aşamaları (42).

2.1.1. İn Vitro Fertilizasyon Tedavisinin Kadınlar Üzerindeki Etkileri

İnfertilite tedavisi; birey/çiftleri psikolojik, sosyal ve medikal sorunlar ile yüz yüze getiren, ani stresörlerle karşılaştıran, toplumun kendilerine bakış açısını değiştiren, cinsellikle ilgili başarısızlık ve yetersizlik duyguları yaratan zorlu bir süreçtir (8, 43). Annelik ailede ve toplumda kadınlara önemli bir saygınlık kazandırmakta ve infertilite kadında başarısızlık ya da eksiklik olarak görülmektedir ve ataerki toplumlarda infertilite sadece kadının sorunu olarak kabul edilmektedir (44, 45). Ayrıca infertilite sürecinde kadınların erkekler ile kıyaslandığında daha fazla stres yaşadıkları da belirtilmektedir. Kadınlarda infertil olma nedeni kendisi olmasa da tedavinin kendi üzerinde gerçekleştirilmesi mağduriyet duygusu yaratmakta (46) ve kadının psikolojik etkilenme durumuna göre tedaviye uyum ve tedavi başarısını etkilenmektedir (22). Kadınlar IVF tedavisi öncesi, sırasında ve sonrasında çok boyutlu stres yaşamaktadır. Kadında var olan infertilite sorunu kronik stres yaratırken ayrıca tedavi süreci kapsamında günlük enjeksiyonlar, kan alımı, ultrason, oosit toplanması gibi işlemler ve bu basamakların herhangi birinde yaşanacak başarısızlık riski de akut stres yaratmaktadır. Oosit toplanması, ET ve ET aşamasından gebeliğin oluşmasına kadar geçen sürenin IVF siklusunun en stresli aşamalarını oluşturduğu bildirilmektedir (47-51). Ayrıca IVF tedavisinin her aşaması kadınlarda ayrı psikolojik anlam ve bedensel güçlük yaratmaktadır. Kadının overlerinin ilaçlarla uyarıldığı süreçte kadınlarda kilo artışı, baş ağrısı ve emosyonel değişim yaşanabilmektedir. IVF sürecinde oosit gelişimi takibi çok sık olmaktadır. Bu da kadının sorumluluk hissetmesine ve duygusal açıdan hassas olmasına sebep olmaktadır. Ayrıca oosit toplama aşaması kadınlarda hafif ile orta dereceli ağrı yaratabilmektedir. Folikül oluşumunu uyarmak ve uterusu implantasyona hazırlamak için kullanılan ilaçlar da kadınların psikolojisini etkileyebilmektedir var olan strese katkıda bulunabilmektedir (52). Kadınlarda ilk veya tekrarlanan IVF tedavilerinde stres ve anksiyete düzeyleri siklus boyunca yükselmekte iken oosit toplanmasından önceki gün yaşanan stres düzeyinin düşük olmasının gebelik başarısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (53). Sonuç olarak IVF tedavisi kadınlar için invaziv, karmaşık ve rahatsız edici prosedürler içermesine rağmen günümüzde mevcut ve en faydalı tedavi seçeneklerinden biri olarak kabul edilmeye devam etmektedir (48).

2.1.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Ebelik Bakımı

Ebeler infertilite tedavilerini planlama ve organize etme, çiftleri bilgilendirme ve ultrason taraması gibi klinik tedavinin çeşitli aşamalarında aktif rol almaktadır (54). Ebeler

infertilite tedavi sürecinin yönetimine katılarak ve infertil çiftte psikolojik destek sağlayarak önemli görevler üstlenmektedir ve bir çok yönden infertil çiftlere müdahale etmektedir (55). Avrupa Birliği' ne göre, yardımcı üreme tedavilerinin uygulandığı birimlerde yasal olarak infertilite ve üreme sağlığı biriminde ekip üyeleri arasında sahada en az iki yıllık deneyime sahip en az bir ebe bulunması gerekmektedir. Ancak ülkemizde de dünyanın bir çok yerinde olduğu gibi infertilite hemşireleri yardımcı üreme tedavilerinin en temel aşamalarından IVF gibi invaziv yöntemlerin uygulandığı bölümlere kadar hizmet sağlamaktadır (56). Bir çok aşamadan oluşan IVF tedavi süreci çiftlerde çeşitli gereksinimler ortaya çıkarmaktadır. IVF tedavi sürecinde çiftlerin ilaçları doğru kullanmak, gereken cinsel perhizde bulunmak ve uygulamalar için doğru zamanda klinikte bulunmak gibi bir dizi sorumlulukları olmaktadır (57). Bu nedenle çiftleri değerlendirmede kullanılacak testlerin ne olduğu, amacı, gerekliliği, uygulanma şekli, zamanı farklı test presedürleri, testlerden önce ve sonra neler yapmaları gerektiği konusunda çiftlere yeterince bilgi verilmezse infertilite tanı ve tedavi süreci stres verici olmakta, uzayabilmekte başarı oranı düşmekte ya da tedavi yarım bırakılmaktadır (13, 58, 59).

IVF Tedavisinde Yapılması Gerekenler:

I. Çiftlere uygun bir ortamda IVF aşamaları ve tekniği hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir.

II. Ovulasyon indüksiyonu aşamasında yapılması gerekenler

- Çiftlere tedavi amacıyla kullanılan ilaçlarının etkileri, yan etkileri, kullanım şekli ve kullanım süresi hakkında bilgi verilir.
- Folikül gelişimini izlemek için yapılan uygulamalarda hekime yardım edilir.
- Folikül gelişimi tamamlandığında, ovulasyonu kontrollü bir şekilde sağlayacak hCG enjeksiyonun yapılacağı açıklanır.

III. Oosit Toplanması Aşamasında Yapılması Gerekenler

- İşlem öncesi hCG enjeksiyonu ile bilgi verildikten sonra enjeksiyon yapılır ve 36 saat sonra kliniğe gelmeleri için randevu verilir.
- Erkekten sperm örneği alınacağı ve 3 gün cinsel perhizde bulunması gerektiği söylenir.
- İşlemin anestezi altında yapılacağı belirtilir.
- İşlem öncesinde damar yolu açılarak hekimin önerdiği sedatif ve analjezik uygulanır.
- Erkekten sperm alımı için gerekli ortam hazırlanır, araç ve gereç sağlanır.

- Çifte işleminden sonra post-operatif bakım verilir.
- ET için çifte 2-3 gün sonrası için randevu verilir.

IV. ET Aşamasında Yapılması Gerekenler

- Kadın ve eşine işlem ile ilgili bilgi verilir.
- Vajenin yıkanacağı ve serviksin bir tenekulum ile tutulacağı açıklanır.
- İşlem sırasında hekime yardım edilir.
- İşlem sonrasında transfer edilen embriyo sayısı hakkında bilgi verilir.
- İşlem sonrasında hastanın üniteye birkaç saat dinlenmesi sağlanır (5, 39, 59).

2.1.3. İnfertilitenin Kadınlar Üzerindeki Psikolojik Etkileri

İnfertilite neslin sürdürülmesinin önündeki en hayati engellerden birisidir (16). Çocuk sahibi olamamanın yarattığı stres bireylerde mental sağlığı olumsuz etkileyerek bir çok sosyal ve psikolojik problemlere neden olabilmektedir (60, 61). İnfertil kadınlar bir gün anne olacakları hayalleri kurmaktadır. Bir kadından çocuk sahibi olması ne kadar çok beklenirse ve bu durum ona ne kadar çok yansıtılırsa onun psikolojik üzüntüsünün, yetersizlik hissini miktarı da o kadar fazla olur (57). Fertilitate problemi yaşayan kadınların düşünceleri, duyguları, davranışları ve inançları gibi bireysel reaksiyonları ve beraberindeki artan diğer olumsuz etkiler kadının soruna, tanı ve tedavi sürecine ve sonraki aşamalara göstereceği tutum ve davranışlarını etkilemektedir (62). IVF sırasında ve öncesinde yaşanan distresin gebelik oranını düşürdüğü ispatlanmıştır (7). Psikolojik sorunlar yaşıyor olmanın tek başına infertiliteye sebebi olmadığı, stresin infertiliteye sebep olduğu öngörüsünün henüz ispatlanmadığı fakat stresin bilinen etkisinin infertilite sorununa negatif yansıdığı da belirtilmektedir. Ayrıca psikolojik problemler ovulasyonu baskılamakta, fallop tüplerine spazma neden olmakta ve spermilerin ilerlemesine engel olarak infertiliteye yol açabilmektedir (63).

2.1.4. İnfertiliteye İlişkin Psikolojik Teoriler

Çocuk doğurmanın genellikle fizyolojik olduğu ve kadın olmanın kaçınılmaz olduğu varsayılmaktadır (64). Psikopatolojinin infertilitenin nedeni veya sonucu olduğu iki zıt teorik model üzerinde durulmaktadır. Önceleri kadının yetişkinlik, cinsiyet, gebelik, doğum, annelik gibi psikojenik unsurların ile bilinçaltında çatışma yaşadığı psikodinamik yaklaşımlar üzerinde durulmuştur. Son zamanlarda psikolojik distresin infertiliteye bağlı geliştiği ve infertil kadın ve erkeklerde duygusal duruma etkisi ve onları nöroendokronolojik olarak etkileyen stres ile baş etme yetenekleri üzerinde durulmaktadır (65, 66). Bunun temelini 1970' li yıllarda

Mennings psikolojik zorlanma teorisini öne sürerek infertilitede görülen psikolojik problemlerin sebep değil, sonuç olduğunu belirtmiştir. Sonrasında Stanton ve Dunkel infertiliteye bağlı stres teorisini öne sürmüşlerdir. Sandelowski de infertilitede açıklayıcı modeli öne sürmüştür ve kişinin infertilite sorununu, fonksiyonel, davranışsal ve fenomenolojik olarak tanımlamıştır ve kendi üzüntü verici hayat tecrübelerine dahil ettiğini savunmaktadır. Berg ve Wilson 1990' da hayal kırıklığı, öfke, depresyon ve yastan oluşan infertilitede gerginlik modelini tanımlamışlardır. Erickson da gelişimsel teorisinde orta yaşın esas amacının yaratıcılık olduğunu ve asıl amacın gelecek kuşağı oluşturmak ve ona rehberlik etmek olduğunu belirtmektedir (18, 65). Ayrıca infertilitenin fizyolojik yönlerinin yeterince bilinmediği zamanlarda psikanalitik yazarlar infertilitenin kadınların bilinçdışı olarak kadınlık ve annelik reddini ve cinsellik korkularını içerdiğini ileri sürmektedir (66).

2.1.5. İnfertil Kadınlarda Psikososyal Yaklaşımlar

İnfertilite tedavisine yönelik kullanılan akupunktur, homeopatik ve bitkisel ilaçlar, psikoterapi, enerji iyileşmesi, masaj, aromaterapi ve müzik terapisi gibi tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin (67, 68) yanısıra son yıllarda psikososyal problemlerin infertilitenin sonucu olduğu görüşü ve bu problemlerin hem kişinin tüm hayatına hem de gebe kalma oranlarına etkisinin ortaya konulması bu alanda çalışanlarının psikoteropötik girişimlere yönelmesine yol açmıştır (69). Literatürde infertil çiftlere infertilite tedavisinde ya da spesifik olarak IVF tedavisinden önce veya sırasında bir çok psikolojik yaklaşımlar bulunmaktadır. Yaygın olarak bilişsel davranışçı terapiler, kabul ve kararlılık terapisi, beyin-beden yaklaşımı ve psikolojik danışmanlık ve günümüzde fertilitate yogası, fertilitate masajı ve temelini hipnoterapiden alan hipnofertilitate felsefesi kullanılmaktadır (70-74). Bilişsel davranışçı yöntemler ile birlikte kullanan beyin-beden teknikleri ağırlıklı olarak rahatlama egzersizleri ve meditasyon egzersizlerinden oluşmaktadır. Domar' ın geliştirdiği bilişsel davranışçı ve beyin-beden tekniklerinin bir arada kullanıldığı grup terapileri infertilite sürecine ilişkin oldukça rağbet gören terapi modeli haline gelmiştir. Domarın 10 haftalık hazırlanan grupları ağırlıklı olarak kadınlara yönelikken eşler de bazı oturumlara katılabilmektedir. Yaklaşık 27 saat süren terapilerde rahatlama egzersizlerinin yanı sıra, stres ile baş etme teknikleri, çarpıtılmış düşüncelerin değiştirilmesi, vücudu esnetme teknikleri, beslenme eğitimi ve özbakım gelişimi gibi bir çok tekniklerden faydalanılır (75). Domar (1990) ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile bu gruplara katılan kadınların kaygı ve depresyon belirtilerinde azalma olduğunu, hem ruhsal hem de bedensel rahatlama ile birlikte programı tamaladıktan sonraki 6 ay süresince gebe kalma

oranlarında artış olduğunu belirlemiştir (76). Ayrıca Domar ve arkadaşlarının farklı zamanlarda yaptıkları çalışmalarda grup terapilerine katılan kadınların 6 ve 12 ay sonra grup terapilerine katılmamış kadınlara kıyasla psikolojik olarak daha anlamlı pozitif gelişim gösterdiklerini belirtmiştir (75).

Dünyada infertil çiftlerle çalışan bazı kurumlar tedaviyi destekleyen benzer hemşirelik uygulamalarını kurum politikası olarak kabul etmiştir ve her çifte uygulamaktadır. Kraliyet Hemşirelik Koleji (Royal College of Nursing-RCN) fertilité alanında çalışan hemşireleri infertilitenin tanı ve tedavi sürecinde çiftlere düzenli psikososyal destek girişimleri uygulamaktadır. Boston IVF merkezinde hemşireler fertilité desteği alan çiftlere tedavi ile paralel beyin-beden programı uygulamaktadır. Canada’ da Uluslararası Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği (The International Federation of Gynecology and Obstetrics-FİGO) tarafından sağlık çalışanlarının doğurganlık sorunu yaşıyan çiftlere yaklaşımda izleyecekleri sistematik adımlar oluşturmuştur. Bunun dışında bazı kurumlarda hemşireler tarafından hipnofertilite ve fertilité yogası gibi yöntemler de uygulanmaktadır. Bu gibi standartların bulunması çiftlerin kendilerine özgü bakım almasını sağlayacaktır (74, 77). İngiltere’ de yer alan İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Merkezi (Human Fertilisation and Embryology Authority-HFEA) çifte ve tedavinin kapsamına bağlı olarak sunulabilecek üç tip danışmanlık tanımlamış ve infertil hastalara verilecek danışmanlığın genel bir çerçevesini çizmiştir. Kanada’ da lisanslı fertilité merkezlerinde danışmanlığı zorunlu hale getiren bir yasa kabul edilmiştir. Boivin ve diğerleri Avrupa İnsan Üreme ve Embriyolojisi’ nin (European Society of Human Reproduction and Embryology-ESHRE) desteği ile infertilite danışmanlık kılavuzu hazırlamıştır (78). Ülkemiz de bu konuda olumlu gelişmeler göstermektedir, ancak kurumlarda psikososyal yaklaşımlardan sistematik basamaklar ve belirli standartlar çerçevesinde yararlanılmamaktadır (74). Boivin (2003) çalışmasında psikososyal girişimlerin (özellikle eğitim ve stres düzeyini azaltma girişimleri) bireylerde olumsuz duygulanımları azaltmada etkili olduğu ancak bu uygulamaların gebelik oranlarına ne oranda etki ettiği tam olarak net olmadığını bildirmektedir (79). İnfertilite tedavisi süresince uygulanan psikoterapotik girişimlerin gebelik oluşması ile pozitif ilişkili olduğunun saptandığı ancak gebeliğin sadece bu girişimlere bağlı olduğunun net olarak ortaya konulamadığı birçok çalışma yapılmıştır (27, 29, 67, 80, 81).

2.2. Hipnofertilite Felsefesi

Hipnofertilite fertilité desteği alan kadınlarda stresi azaltmak amacıyla kullanılabilir bir yöntemdir. Temelini HypnoBirthing felsefesinden almaktadır. HypnoBirthing Enstitüsü

eğitmeni Sherry Gilbert, HipnoBirthing felsefesini baz alarak doğurancılık problemi yaşayan çiftlerin yararlanması amacıyla 2013 yılında “Hipnofertilite Destek Programı” tasarlamıştır. Hipnofertilite felsefesinin temel dayanağı doğurancılığın doğal bir işlev olmasıdır. Yöntemin, kadının stresini azaltabileceği, gebelik sonuçlarını artırabileceği düşünölmektedir (26). Ulusal ve uluslararası literatürde hipnofertiliteye ilişkin sınırlı araştırma bulunmaktadır. Uluslararası literatürde söz konusu felsefeyi oluşturan teknikleri içeren çalışmalar mevcuttur. Domar ve arkadaşları (1992) infertilite tedavisi alan kadınlara bilişsel davranışçı terapi, stres yönetimi, gevşeme teknikleri ve beslenme eğitimi içeren 10 haftalık beyin-beden programı uygulamışlardır. Sonuç olarak davranış değişikliği yaratmak amacıyla yapılan terapinin infertil kadınlarda olumsuz psikolojik semptomlarda önemli azalmalara yol açtığını bulmuşlardır (82). Belevska (2015) Makedonya’ da IVF uygulanan bir gruba psiko-eğitimin etkisini incelemişlerdir. Grupta psiko-eğitimin tedavi başarı oranının arttırmasının yanı sıra stres ve anksiyeteyi azalttığını belirlemiştir (23). Ayrıca YÜT ile birlikte psikoterapi uygulanmasının tedavi başarısını arttırdığı meta-analizlerde gösterilmiştir ve özellikle tedaviden 3 ay önce başlayan stres azaltma tedavisi ile kronik stres altında olan çiftlerin fayda görecedeği öngörölmüştür (83).

Hipnofertilite felsefesine yönelik teknikler

Hipnofertilite felsefesine dayalı olarak infertilite tedavi sürecinde bilinçaltını olumlu etkilemek için gevşeme, görselleştirme, hayal etme ve bilinci olumlu etkilemek amacıyla olumlama tekniklerinden yararlanır (26).

Gevşeme: Zihni sakinleştirmek ve bedeni gevşetmek için kullanılan bir yöntemdir. Bireyin bedeninde oluşan stresin neden olduğu aşırı fizyolojik uyarılmayı ve psikolojik etkileri azaltarak rahatlama sağlamaktadır (84). Gevşeme egzersizleri sırasında nefes egzersizleri, hayal etme, zihinde canlandırma, zihin-beyin alanından faydalanılır. Ayrıca gevşemeyi kolaylaştırmak için egzersiz sırasında müzik kullanılabilir (85). Olumlu anlam yüklenen ya da sözsüz dinlendirici müziklerin dinletilmesi kortizol hormon düzeyini azaltır, parasempatik sinir sistemini uyarır ve nöromüsküler uyarılmayı azaltmaktadır (26, 86).

Görselleştirme: Kişinin zihninde yarattığı bir görsele isterse tat, koku ve sesi eklemesidir. Teknik ile parasempatik sinir sisteminin aktivasyonunu ve HPG (hipotalamus pituiter gonadal) eksenin olumlu etkilenmesi sağlanır. Bu teknikten infertilite kliniklerinde tedavi sonrası çocuk sahibi olan çiftlerin resminin asılması, kadının zihninde kendinin içinde olduğu resmi oluşturması vb. şekilde yararlanılabilmektedir (26, 85).

Hayal Etme: Bireylerin stres ile baş edebilmek için hayal kurarak zihinsel canlandırmalar yaptığı tekniğin amacı, bireyi rahatsız olduğu ortamdan zihinsel anlamda uzaklaştırıp, stresi azaltmak, beyin ve bedensel gevşemesini sağlamaktır (84, 85). Kadınların ET esnasında ve sonrasında uterusuna giden kan akımını zihninde canlandırması parasempatik sinir sistemini aktivasyonunu sağlayarak rahatlamasına neden olacaktır (26).

Olumlama: Olumsuz alışkanlıkları iyileştirmek, istenmeyen düşünce ya da inançları değiştirmek ya da serbest bırakmak için değiştirilmek istenilen alışkanlığa zıt yönlü ve pozitif bir ifadenin kullanılmasıdır (87). Olumlamalar etkili olabilmesi için; bireysel, olumlu, kesin, şimdiki zaman, mantıklı özellik taşımalıdır. Örneğin, oosit toplama gününde folikülleri yeterince olgunlaşmamış olan kadına "Yumurtalarınız gelişmemiş, az ve küçük" demek yerine, "Yumurtalarınız çoğalıyor, toplamak için biraz daha beklememiz gerekiyor" denilmesi tercih edilmelidir (26).

2.3. Fertiliteye Hazıroluşluk

Hazıroluşluk kavramı kişinin kendi yeteneklerini ve durumunu değerlendirmesini, var olan seçenekleri göz önünde bulundurmasını ve yeni çözümler üretmesini ve bunu hayata geçirmesidir. Özellikle hazıroluşluk düzeyinin yüksek olması bireylerde öfke, depresyon gibi psikolojik tepkilerin daha az yaşanmasına ve bireyleri daha olumlu bir yaklaşım içinde olmaya teşvik ederken daha düşük hazıroluşluk düzeyi bireylerin değişim karşısında depresif, korkmuş ve savunmasız hissetmelerine neden olabilmektedir (88). Sosyal, ekonomik ve kişisel faktörlerden etkilenen fertiliteye hazıroluşluk veya gebeliğe hazıroluşluk düzeyi de benzer şekilde ebeveynlik için algılanan yeteneklere bağlantılıdır (89, 90). Bu durum fertilitate tedavisini de etkilemektedir. Fertilitate tedavisine hazır hissetme düzeyi arttıkça tedavi sonuçları da olumlu yönde olmaktadır (88, 91).

Küresel olarak bir çok toplumda ebeveynlik deneyimi bireysel kimliğin ve bir çok insanın yaşam planının merkezinde yer almasına rağmen fertilitate davranışı kişiden kişiye değişebilmektedir (92). Günümüzde fertilitate davranışı giderek değişim göstermektedir. Küresel olarak, ilk konsepsiyon yaşı giderek artarken, bireyler aynı zamanda gönüllü olarak çocuk sahibi olmak istememektedirler. Kadınlar biyolojik olarak çocuk sahibi olmayı hem ebeveynliğe hazır hissetmemeleri hem de yardımcı üreme tedavileri seçeneklerinin artması ve çalışma hayatları gibi sosyal nedenler ile erteleyebilmektedir (93) ancak anneliğe yönelik olumlu beklentileri yüksek olan kadınların bu beklentilere sahip olmayan kadınlardan anlamlı derecede daha fertil olduğu da bilinmektedir (94). Aynı zamanda fertilitate sorunu yaşayan kadınların çevreden aldıkları mesajlar beyin-beden etkileşimiyle fertilitatesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu nedenle infertil kadınlara olumlu mesajlar verilerek fertilitesi artırılabilir (26). Literatür incelendiğinde infertil kadınlarda stresi azaltmaya yönelik uygulanan psikolojik girişimlerin kadınlarda fertiliteye ve infertilite tedavisine hazıroluşu arttırabileceği bildirilmektedir (12, 15, 76, 91).

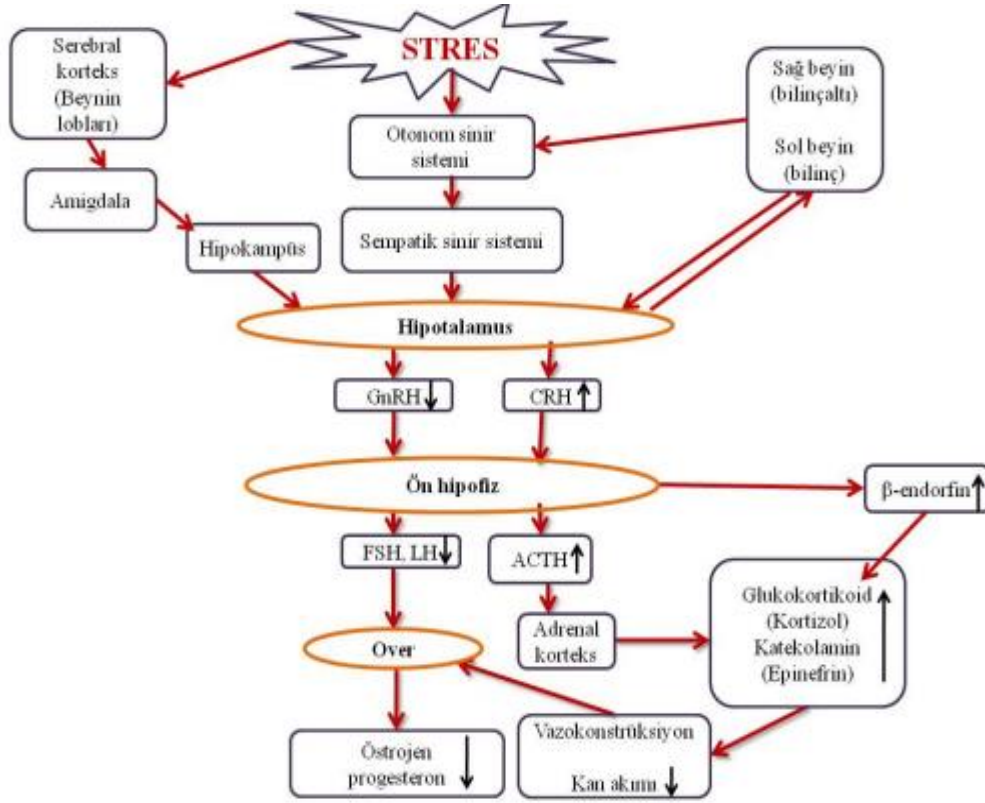
2.4. İnfertilite ve Stres

Ruhsal gerilim olarak tanımlanan stres, insanın günlük yaşamda karşılaştığı bir durumun veya olayın kendisini ya da iyilik halini tehdit ettiğini hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (11, 95). Selye ilk olarak 1950 yılında stres ile infertilite arasında bir bağlantı olduğunu keşfetmiş, stresli uyaranlara maruz kalan farelerde over atrofisine dikkat çekmiştir. Ayrıca kronik stresin kalıcı cinsel işlev bozukluğuna ve doğurganlığın baskılanmasına neden olabileceği belirtilmektedir (66). Yoğun stres yaşanması üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Yüksek stres düzeyinin erkeklerde sperm sayısını ve sperm motilitesini azalttığı performans anksiyetesi, ereksiyon bozukluğu, koitus sıklığında azalma gibi sorunlara yol açtığı; kadınlarda ise ovulasyonu baskılayarak, progesteron seviyesini düşürdüğü, uterus ve fallop kanalı işlevinde ve implantasyonda bozulmaya sebep olduğu bildirilmektedir (8, 60, 96, 97). İnfertilite sorunu sıklıkla çiftlerin birinde veya her ikisinde önemli bir stres kaynağı olabilmektedir. İnfertilite tanısı almanın kanser, kalp hastalığı veya HIV tanısı almaktan daha çok duygusal strese neden olduğu belirtilmektedir (66, 67, 98). Son yıllarda yapılan bir çok çalışmada stresin, infertilite tedavi sürecini negatif etkileyebileceği gibi, infertilite tanı tedavisinin de strese neden olabileceği bulunmuştur (72, 99). Ayrıca bazı çalışmalar stresin infertilite insidansında da önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir (11, 99, 100). İnfertilite sorunu yaşayan kadınların emosyonel stres seviyelerinin yüksek olduğu (96) yaşanan stresin büyük ölçüde tedaviyi zorlaştırmakta ve etkinliğini azaltabileceği belirtilmektedir (13, 61). İnfertilite tedavisi görmekte olan ve stres düzeyi yüksek infertil çiftlerin gebelik elde etmek için daha fazla IVF tedavi siklusuna ihtiyaç duymaktadırlar (100). Ek olarak IVF tedavisi olan hastalar açısından bakıldığında yaşadıkları psikolojik problemler bazen yorgunluk, iştah azalması ve ağrı gibi fiziksel semptom yaşamalarına neden olabilmektedir (64).

2.4.1. Stresin Kadın Üreme Sistemine Etkisi

İnsanlarda neslin sürdürülmesi önemli olmakla birlikte her zaman ve her koşulda bunun gerçekleşebilme olasılığına engel olan birtakım özel durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda infertilite, neslin devamının sağlanmasının önündeki en hayati engellerden birisidir

(16). Stres kadınlarda fertilitenin azalmasına ve menstrual siklusun uzamasına ve fertilizasyon, gebelik ve canlı doğum oranları dahil olmak üzere YÜT sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, infertil kadınlarda kronik psikososyal stresörler over rezervini azaltmakta (11) ve üreme sistemini etkileyerek gebe kalma yeteneğini azaltabilmektedir (73). Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi strese son derece duyarlıdır. Stres kadın üreme sistemini ovulatuvar disfonksiyon veya luteal faz defekti geliştirerek ve uterus ya da fallop tüplerinin işlevinde veya implantasyonda bozulmaya neden olarak negatif etkileyebilir (8, 100). Hayvan modellerine dayanarak stresin üreme üzerindeki etkilerini göstermek için iki biyolojik yol olduğu varsayılmıştır. Algılanan stres HPA (hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal) eksenini aktive edebilir ve bunun sonucunda HPG eksenini de aktive edilebilir ve bu da kortizol düzeyinin yükselmesine yol açabilir. Ya da kronik algılanan stres uyaranlarına bağlı hiperaktif SAM (sempatik adrenomedüller) sistemi, norepinefrini kan dolaşımına bırakabilir, parotis bezi tarafından tükürük alfa-amilaz sekresyonunu artırabilir ve uterusun otoimmün koşullarını etkileyerek gebeliğin oluşmasına engel olabilmektedir. (15, 83, 101). Özçini Uz (2018) araştırmasında stresin etkin yönetimi arttıkça elde edilen oosit ve embriyo sayısının da arttığını belirlemiştir (102). Literatürde infertiteye bağlı stresin IVF uygulanan kadınlarda gebelik oranlarını azalttığı ile ilgili çalışmalar bulunmaktayken (27, 49, 53) bunun aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (60, 66, 98). Çoğunlukla norepinefrin ve kortizol konsantrasyonunun IVF tedavisinin klinik gebelik oranını olumsuz etkileyebileceği ve bu nedenle stresin üreme sorunu üzerindeki etkisini azaltmayı amaçlayan müdahalelerin tedavi protokolünün bir parçası olması gerektiği belirtilmektedir (49).



Şekil 3.2. Stresin Kadın Üreme Sistemine Etkisi (26).

2.4.2. İnfertilite Stresi ile Baş Etme

Baş etme veya başa çıkma, stresli durumları ve durumla ilgili duygusal sonuçların düzenlenmesine yönelik çabaları değiştirme olarak tanımlanır (95, 103). İnfertilite tedavisi sırasında suçluluk, hayal kırıklığı, korku, kendini suçlama, anksiyete, üzüntü ve depresyon gibi çeşitli olumsuz duygular yaşanmaktadır (103-105). İnfertilite stresi ile baş etme yöntemi olarak kadınlar duygu ve düşüncelerini yakın çevreleri ile paylaşmayı ve erkekler ise dikkatlerini uzaklaştırarak infertiliteye odaklanmamayı tercih ederler (75). YÜT özellikle tedaviyle ilişkili invaziv tekniklere maruz kalan kadınlar üzerinde ek bir fiziksel, duygusal ve finansal stres yükü oluşturur. Stresi azaltma yöntemleri kişiler üzerinde infertilitenin olumsuz etkisini azaltabilir ve bazı durumlarda IVF sonuçlarını iyileştirebilmektedir (13, 100). Roudsari (2014) işbirliğine dayalı danışma modelinin infertil kadınlarda algılanan stresi azalttığı bu nedenle IVF uygulanan kadınlarda stres yönetiminde kullanılabilir yararlı bir uygulama olduğunu bildirmiştir (106). Ried ve Alfred (2013) infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların en fazla aktif planlama, daha sonra tavsiye alma, bireysel gelişim ve duygusal destek arama baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlemiştir (105). IVF tedavi siklusunda stresin daha yoğun

yaşandığı ET ile gebelik testi arasındaki bekleme süresi gibi dönemler stres yönetimi ve stres ile baş etmeye yönelik yöntemler geliştirmek için çok uygun zamanlar olduğu bildirilmektedir (107).

2.4.3. İnfertilite Stresi ile Baş Etme ve Ebelik Yaklaşımı

İnfertilite stresi ile baş etmede bireysel, çift ve grup danışmanlığından yararlanılabilmektedir (96). Danışmanlık hizmetlerinin infertil çiftlerin tedavilerini pozitif etkilediği, canlı doğum oranlarını arttırdığı, çiftler arasındaki anlaşmazlıkları, depresyonu ve anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir. Bu bağlamda infertil çiftler değerlendirilmeli, gereksinim duydukları konularda eğitilmeli, stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri tanılanmalıdır. Daha sonra uygun terapotik danışmanlık sağlanmalıdır (96, 97). Fertilite sorunları yaşayan kadınların tedavi arayışı erkeklerden daha fazla olduğundan ilk olarak ebelerden bilgi almak istemeleri muhtemeldir. Ayrıca ebelerin halk sağlığı rolleri geliştikçe fertilite sorunları ile ilgili tüm konularda bireylere destek olması beklenmektedir (108). Ebeler infertilite ünitelerinde psikolojik destek sağlayarak, YÜT uygulanmasına katılarak ve her zaman infertil çiftin yanında yer alarak önemli görevler üstlenmektedir (55). Ebeler infertilitenin risk faktörlerini, teşhis-tedavi alternatiflerini, bireyin ve toplumun kültürel yaklaşımlarını, yasal prosedürleri ve bireylerin onları nasıl algıladıklarına ilişkin danışmanlık sağlayarak ve infertil bireylerin sağlık bakımında önemli bir rol almaktadır. Anderheim ve arkadaşları (2007) ilk defa IVF tedavisi alan çiftlerde yüzyüze görüşmenin psikolojik iyi oluşlarına etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, gruplar arasında hastalarla yüzyüze görüşmenin psikolojik iyioluş ve gebelik oranları açısından herhangi bir farklılık yaratmadığını ancak görüşmelerin deney grubunda yer alan çiftlerde güvende ve değerli hissetmelerini ve görüşmelerin kadınların tedavi sürecine yönelik memnuniyetini artırdığını belirlemişlerdir (47). Sonuç olarak ebelik profesyonelleri bireylerde ve çiftlere infertilite tedavi sürecinde danışmanlık sağlayarak psikolojik olarak olumlu katkılar sağlayabilmektedir (56, 92).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Malatya il merkezinde bulunan Gözde Akademi Hastanesi Tüp Bebek Ünitesinde yürütülmüştür. Üniteye iki uzman hekim, iki embriyolog ve bir hemşire görev yapmaktadır. Üniteye bir kayıt sekreterliği, iki muayene odası, bir ameliyathane ve bir fertilizasyon laboratuvarı bulunmaktadır. Üniteye embriyo dondurma ve çözme işlemleri yanı sıra, in vitro fertilizasyon, intrauterin inseminasyon ve mikroenjeksiyon teknikleri uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gözde Akademi Hastanesine in vitro fertilizasyon tedavisi için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Gözde Akademi Hastanesinde 2018 yılı içerisinde in vitro fertilizasyon uygulanan kadın sayısı 356 dır. Örneklem büyüklüğü power analizi yapılarak; %5 yanlışlığı düzeyi çift yönlü önem düzeyi, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile uygulanan yöntemin fertilite hazıroluşluk puan ortalamasını (93.68 ± 10.63) (109) 6 puan artıracığı varsayılarak her bir grup için en az 50, toplamda 100 infertil kadın (50 deney, 50 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Deney ve kontrol grubuna alınacak kadınların seçiminde basit randomizasyon yöntemi uygulanmıştır. Örneklem seçiminde Random.org sitesinden yararlanılmıştır. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan kadınlar Random.org sitesi Random Integer Generator bölümünden 1-100 arasında 10 sütun oluşturulmuştur. Sütunlarda 1 ve 2 rakamları gözetilerek gelen kadınlar 1 ve 2 numaralara randomize olarak atanmıştır. (<https://www.random.org/integers/?num=100&min=1&max=2&col=10&base=10&format=html&rnd=new>). Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu araştırmanın başında kura çekilerek belirlenmiştir. Çekilen kura sonrası 1 numaranın deney grubuna, 2 numaranın kontrol grubuna dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Örneklem seçim süreci Consort kriterleri baz alınarak yürütülmüştür (Şekil 3.3). Deney grubunda yer alan kadınlardan tedavi siklusunun iptal edildiği 6, tedaviye devam etmek istemeyen 3 ve kendisine ulaşamayan 3 kadın; kontrol grubunda yer alan kadınlardan tedavi siklusunun iptal edildiği 5, tedaviye devam etmek istemeyen 3 ve

kendisine ulaşılamayan 2 kadın araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma, alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 51 deney ve 56 kontrol olmak üzere toplam 107 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Türkçe okur-yazar olması
- Primer infertil olması
- IVF tedavisi alıyor olması kriterlerini karşılayan kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

- İletişim engeline sahip olması
- Tanılanmış psikiyatrik probleminin olması
- Folikül oluşmaması vb. nedenler ile tedavi siklusu iptal edilmesi
- Kendi isteği ile araştırmadan ayrılmak isteyen kadınlar çıkarılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği", "İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)" ve "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)" aracılığı ile elde edilmiştir.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (EK-1)

İn vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınların bazı bireysel (yaş, eğitim, çalışma durumu vb) ve fertiliteye ait (tedavi süresi vb.) özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda oluşturulan bu form 12 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği (EK-2)

Fata ve Aluş Tokat (2016) tarafından geliştirilen ölçek 23 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, " umut ve farkındalık", "rahat beden ve beyin" ve " olumlu duygu ve düşünceler" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri sadece olumlu ifadelerden oluştuğu için alınan puanlar olduğu gibi hesaplanmaktadır. Maddelerin puanları sırasıyla 5, 4, 3, 2 ve 1' dir. En az 23, en çok ise 115 puan alınabilen ölçekten alınan yüksek puan fertilite hazıroluşluğun güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ortanca puanı 56 dır. Ölçekten alınan puanın 56 puan ve yüksek olması kadının gebeliğe daha çok hazır hissettiğini, daha düşük puan ise daha az hazır hissettiğini göstermektedir. Ölçekte Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiş olup ve

ölçek alt boyutlarında 0.76-0.79 arasında değişmektedir. (91). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ölçek toplamında 0.91 olduğu ve alt boyutlarda 0.76-0.88 arasında değiştiği belirlenmiştir.

3.4.3. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) (EK-3)

Schmidt (2006) tarafından 1996 yılında geliştirilen (110) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılan ölçek, infertil çiftlerin yaşadıkları stresi değerlendirmek için kullanılmaktadır. Likert tipli olan ölçek kişisel, evlilik ve sosyal alanla ilgili üç alt boyutlu olup, toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Altı maddeden oluşan "kişisel alanda stres" alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 20'dir. Alt boyut Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0.81 olduğu belirlenmiştir. Dört maddeden oluşmakta olan "evlilik alanında stres" alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 14'dür. Alt boyuta ait Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0.73 olduğu belirlenmiştir. Dört maddeden oluşmakta olan "sosyal alanda stres" alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 12'dir. Alt boyut Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0.79 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlardan alınan puanın yüksek olması stresin arttığını göstermektedir (111). Araştırmamızda Cronbach alfa katsayısının kişisel alan alt boyutunda 0.81, evlilik alanı alt boyutunda 0.83 ve sosyal alan alt boyutunda 0.76 olduğu bulunmuştur.

3.4.4. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) (Ek 4)

Schmidt (2006) yılında infertilite tedavi sürecinde çiftlerin infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini ölçmek üzere geliştirmiş (110) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır. Hem kadınlara hem erkeklere uygulanabilen 19 maddelik ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Dört maddeden oluşan (madde 1,2,3,4) "aktif yok sayma" başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak en düşük puan 4 en yüksek puan 16 olmaktadır ve Cronbach alpha değerini kadınlar için 0,67 olarak bulunmuştur. "Aktif mücadele etme" başa çıkma yöntemi alt boyutu 7 maddeden (madde 5, 6, 18, 19, 7, 8, 9) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7 en yüksek puan 26 olmaktadır ve alt boyut Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0,68 olarak bulunmuştur. 3 maddeden oluşan (madde 10,11,12) "pasif yok sayma" başa çıkma yöntemi alt boyutundan alınacak en düşük puan 3 en yüksek puan 12 olmaktadır ve bu alt boyut Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0,62 olarak bulunmuştur. "Anlam bulma" temelli başa çıkma yöntemi alt boyutu ise 5 maddeden (13,14,15,16,17) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5 en yüksek puan 20 olmaktadır ve bu

alt boyut Cronbach alfa katsayısı kadınlar için 0.70 olarak bulunmuştur (111). Araştırmamızda ölçek alt boyutları Cronbach alfa katsayısı sırasıyla aktif yok sayma için 0.65 aktif mücadele etme için 0.64 pasif yok sayma için 0.67 anlam bulma alt boyutu için 0.82 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

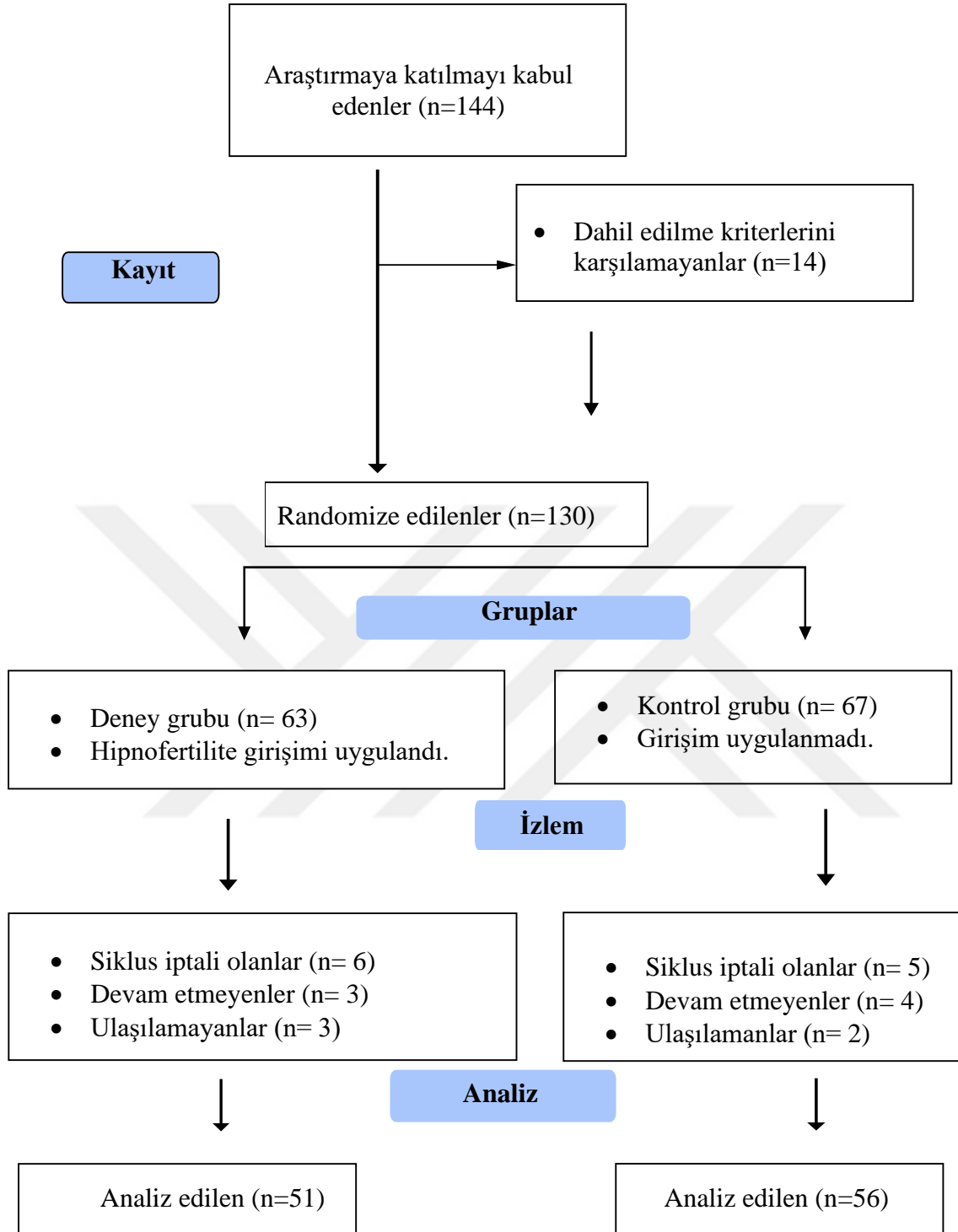
Araştırma verilerinin Haziran 2019-Mart 2020 tarihleri arasında tüp bebek ünitesi ile aynı katta bulunan girişim araç ve materyallerin kullanılması için özel hazırlanmış ayrı bir odada araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Deney Grubu

Deney grubuna alınacak infertil kadınlar ile yapılan ilk karşılaşmada araştırmanın amacı açıklanarak yazılı ve sözlü onam alınmıştır. "Kişisel Tanıtım Formu", "Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği", "İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)" ve "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemi Ölçeği (İSBÇÖ)" aracılığı ile ön test verileri elde edilmiştir. Ön test verilerinin elde edilmesinden sonra tedavinin ilk günü için buluşma planlanmıştır ve hipnofertilite felsefesi doğrultusunda zihin-beden etkileşimini güçlendirmeyi amaçlayan "olumlama, gevşeme, hayal etme ve görselleştirme" tekniklerini açıklayan bir broşür verilmiştir. Dört aşamada gerçekleştirilen hipnofertilite girişiminin son aşamasında "Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği", "İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)" ve "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)" aracılığı ile son test verileri elde edilmiştir. Verilerin elde edilmesi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınan infertil kadınlar ile toplamda iki kez görüşme yapılmıştır. Yapılan ilk görüşmede "Kişisel Tanıtım Formu", "Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği", "İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)" ve "İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)" aracılığı ile ön test verileri elde edilmiştir. Herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubunda yer alan kadınlarla tedavinin dördüncü aşaması olan ET gününde yapılan görüşmede son test verileri elde edilmiştir. Her bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür. Son test uygulandıktan sonra kontrol grubunda yer alan kadınların tamamına hipnofertilite broşürü verilmiştir.



Şekil. 3.3. Araştırma Consort Diyagramı

3.5.1. Ebelik Girişimi

IVF sürecinde deney grubuna ebelik girişimlerinin uygulanmasında zihin-beden etkileşimini güçlendirmeyi amaçlayan ve hipnofertilite temel bileşenleri olan "olumlama, gevşeme, hayal etme ve görselleştirme" tekniklerinden yararlanılmıştır. Araştırmacı Ç.E. 18-21 Ekim 2018 tarihleri arasında 1. Uluslararası 3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi kapsamında düzenlenen *Fertiliteyi Desteklemede Hipnofertilite Yöntemi kursuna* katılmıştır (Ek. 12). Ayrıca 12 modülden (92 ders) oluşan online *İnfertilite Destek Programı Sertifikasına* sahip olan araştırmacı infertilitenin desteklenmesine ait tüm teorik bilgiyi hipnofertilite felsefesi doğrultusunda kullanmıştır (Ek. 13).

3.5.2. Girişim Planı

Deney grubuna uygulanacak hipnofertilite girişimi " İlk aşama (ilk folikülometri günü), "2. aşama (ikinci folikülometri günü)", "3. aşama (oosit toplanması aşaması) ve "4. aşama (embriyo transfer aşaması) olmak üzere toplamda 4 aşamada gerçekleştirilmiştir. Her işlem ortalama 20 dakika sürmüştür.

İlk Aşama (İlk Folikülometri Günü): Tedavi siklusunun 4. gününde tüp bebek merkezine başvuran kadının infertiliteye ilişkin olumsuz duygu ve düşüncelerine yönelik ön değerlendirme yapılmıştır. Ön değerlendirmede kadının tedaviye yönelik beklentisini değerlendirmek için açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Ön değerlendirme sonrasında kadına olumlama, görselleştirme, gevşeme ve hayal etme yöntemleri anlatılmıştır ve her gün evde kendisinin de uygulaması istenmiştir. Bu yöntemlerin kadın, üniteye her başvurduğunda işlem öncesi ve sonrası araştırmacı eşliğinde yapılacağı, gevşeme ve görselleştirme yöntemleri için sanal gerçeklik gözlüğünden yararlanılacağı belirtilmiştir. Girişim için hazırlanan özel odada tedavi aşamaları ve hipnofertiliteye yönelik 20 dakika süren video-sunum yapılmıştır ve sunum sonrası sanal gerçeklik gözlüğü tanıtılmıştır. Sanal gerçeklik gözlüğü ile yaklaşık 13 dakika süren **orman manzarası içeren (alfa düzeyinde müzik ve doğal kuş sesi vb. içeren) video izletilerek** (<https://www.youtube.com/watch?v=H9Hwvvp4Qtk>) ilk gevşeme ve görselleştirme aşaması gerçekleştirilmiştir. Videonun uzun süre izletilmesi baş dönmesi ve mide bulantısı gibi şikayetler yaratmasından dolayı her kadına yaklaşık 10 dakika boyunca video izletilmiştir. Ayrıca odaya önceden asılmış olumlama cümleleri okutulmuştur ve tedavi aşamasına uygun olumlama cümleleri kurması istenerek evde uygun gördüğü bir yere kendi oluşturduğu olumlama cümlelerini asması rica edilmiştir. Hayal etme yöntemini için kadının tedaviye yönelik hayal kurması (gebelik vb.) ve paylaşması istenmiştir.

Ayrıca; cihazda izletilen video her gün evde izleyip dinlemesi için whatsapp uygulaması ile gönderilmiştir. Evde tedavinin her aşamasına uygun olmak üzere bir sonraki aşamaya yönelik olumlama cümleleri oluşturabileceği, zihninde canlandırma yaparak (örneğin ilk aşamadan ikinci aşamaya kadar yumurtalarına giden kan akımının arttığı vb., ikinci aşamadan oositlerin toplanması aşamasına kadar foliküllerin çoğaldığı vb.) görselleştirme yapabileceği ve tedaviye yönelik (bebek vb.) hayaller kurarak hayal etme yöntemlerini kullanabileceği anlatılmıştır. Ayrıca bu yöntemlerin evde embriyo transfer aşaması ile gebelik testinin beklendiği süreye kadar uygulanmaya devam edilmesinin yarar sağlayabileceği belirtilmiştir.

2. Aşama (İkinci Folikülometri Günü): İlk aşamada başlanılan ilaç tedavisinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ilk aşamadan 2 gün sonra üniteye başvuran kadının ilaç tedavisine yönelik duygu ve düşünceleri değerlendirildikten sonra hipnofertilite yöntemleri uygulanmıştır.

3. Aşama (Oosit Toplama Aşaması): 2. aşamadan yaklaşık 4 gün sonra üniteye tekrar gelen kadına hipnofertilite yöntemleri uygulanmıştır.

4. Aşama (Embriyo Transfer Aşaması): Oositlerin toplanması aşamasından 2-5 gün sonra hipnofertilite yöntemleri tekrarlanmıştır.

Hipnofertilite girişim planı Tablo 1.de verilmektedir.

Tablo 3.1. Hipnofertilite Girişim Planı

Zaman	Yöntem	Uygulama
İlk Aşama (ilk folikülometri günü) *Siklusun 4. gününde yapılmıştır.	Gevşeme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile işlem öncesi ve sonrası gevşeme yaptırılması *Evde izlemesi gereken gevşeme videosu ile ilgili bilgi verilmesi
	Olumlama	*Bireyin negatif veya pozitif duygu, düşünce, inanç ve davranışların açığa çıkarılması *Evde olumlamanın nasıl yapılacağını anlatılması
	Görselleştirme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile izletilen videoda doğada olduğunu zihninde canlandırması *Evde görselleştirmeyi nasıl kullanması gerektiğinin anlatılması
	Hayal etme	*Evde hayal etme yönteminden nasıl yararlanacağını anlatılması
2. Aşama (2. folikülometri günü) *Siklusun 6. gününde uygulanmıştır.	Gevşeme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile işlem öncesi ve sonrası gevşeme yaptırılması
	Olumlama	*Eğitim odalarına olumlama olumlamaların asılması ve birlikte olumlama cümlelerinin oluşturulması
	Görselleştirme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile izletilen videoda doğada olduğunu zihninde canlandırması *Evde görselleştirmeyi nasıl kullanması gerektiğinin anlatılması
	Hayal etme	*Folikül/oositlerinin geliştiğinin hayal ettirilmesi
3. Aşama (oosit toplama aşaması) *Siklusun 10. gününde uygulanmıştır.	Gevşeme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile işlem öncesi ve sonrası gevşeme yaptırılması
	Olumlama	* İşleme yönelik olumlama cümlelerinin oluşturulması
	Görselleştirme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile izletilen videoda doğada olduğunu zihninde canlandırması * Evde görselleştirmeyi nasıl kullanması gerektiğinin anlatılması
	Hayal etme	*İşlem ile ilgili hayal etmesinin sağlanması
4. Aşama (embriyo transfer aşaması) *Siklusun 12-15. gününde uygulanmıştır.	Gevşeme	*Sanal gerçeklik gözlüğü ile işlem öncesi ve sonrası gevşeme yaptırılması
	Olumlama	*İşleme yönelik olumlama cümlelerinin oluşturulması
	Görselleştirme	* Sanal gerçeklik gözlüğü ile izletilen videoda doğada olduğunu zihninde canlandırması * Evde görselleştirmeyi nasıl kullanması gerektiğinin anlatılması
	Hayal etme	*İşlem öncesi ve sonrası gebelik ile ilgili hayal kurulması

3.5.3. Girişim Materyalleri

Hipnofertilite Broşürü: Literatür doğrultusunda oluşturulan broşürü hipnofertilite felsefenin anlaşılmasını sağlayan bilgiler içermektedir (Ek 14). (6, 26, 84, 85).

Sanal gerçeklik gözlüğü: Sanal gerçeklik, bilgisayar ile oluşturulan 3 boyutlu (3D) resim ve animasyonların teknolojik araçlar ile insanların zihinlerinde gerçek bir ortamda olma hissi yaratması yanı sıra, ortamda bulunan bu nesnelere etkileşimde bulunmalarına yarayan bir teknolojidir (112, 113). Sanal gerçeklik teknolojileri çoğunlukla klinik uygulama ve psikoloji alanında kullanılmaktadır (114). Günümüzde hasta rehabilitasyonunda özellikle ağırlı tıbbi müdahalelerde (çocuklara intravenöz katater uygulanması ve yetişkinlerde kemoterapi uygulamaları vb.) ve kadın doğum alanında doğum ağrısını azaltmak gibi uygulamalar için yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (113, 115). Bu araştırmada sanal gerçeklik gözlüğü ile in vitro fertilizasyon uygulanan kadınlara gevşeme ve görselleştirme teknikleri uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Hipnofertilite girişimi

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etme düzeyi

Araştırmanın kontrol değişkenleri: Kadınların tanıtıcı özellikleri (yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi vb.) ve infertiliteye ait özellikleri (tedavi süresi ve IVF sayısı) kabul edilmiştir.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Deney (n=51) X ±SS		Kontrol (n=56) X ±SS		Test ve p Değeri
Yaş (yıl)	34.13±6.10		32.08±6.48		t=-1.677 p=0.096
Evlilik Süresi (yıl)	3.31±1.33		3.37±12.7		t=0.243 p=0.808
Tedavi Süresi (ay)	2.78±1.68		3.23±1.74		t=1.345 p=0.181
	S	%	S	%	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	9	17.7	11	19.6	
Ortaokul	10	19.6	5	9.0	X ² =2.575
Lise	12	23.5	14	25.0	p=0.462
Üniversite	20	39.2	26	46.4	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	30	58.8	27	48.2	X ² =1.207
Çalışıyor	21	41.2	29	51.8	p=0.272
Ekonomik Durum					
Düşük	23	45.1	19	33.9	
Orta	18	35.3	22	39.3	X ² =1.551
Yüksek	10	19.6	15	26.8	p=0.461
Yaşanılan Yer					
İl	41	80.4	41	73.2	X ² =0.768
İlçe	10	19.6	15	26.8	p=0.381
IVF Tedavi Sayısı					
İlk	34	66.7	36	64.3	
İki	9	17.6	8	14.3	X ² =0.684
Üç ve Üzeri	8	15.7	12	21.4	p=0.710

Tablo 3.8’ de deney ve kontrol grubundaki kadınlar kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirmede; yaş, evlilik süresi, tedavi süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanılan yer ve IVF tedavi sayısının her iki grupta benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 25.0 (Chicago, IL, USA) yazılım programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin kolmogorov smirnov testi ile normal dağılım gösterdiği belirlendikten sonra istatistiksel değerlendirmede; yüzdelerik dağılım, aritmetik ortalama, ki kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılıgı düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Demografik Bulgular	▪ Yüzdelerik Dağılım, Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Ki Kare Testi
Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	▪ Bağımlı Gruplarda t Testi ▪ Bağımsız Gruplarda t Testi
Ölçek Güvenirlik Katsayısı	▪ Cronbach α Güvenirlik Katsayısı

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Malatya Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Gözde Akademi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır ve katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n=51)		Kontrol (n=56)	
	X ±SS		X ±SS	
Yaş (yıl)	34.13±6.10		32.08±6.48	
Eşin Yaşı	35.90±5.92		35.35±6.58	
Evlilik Süresi (yıl)	3.31±1.33		3.37±12.7	
Tedavi Süresi (ay)	2.78±1.68		3.23±1.74	
	S	%	S	%
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	9	17.7	11	19.6
Ortaokul	10	19.6	5	9.0
Lise	12	23.5	14	25.0
Üniversite	20	39.2	26	46.4
Eşin Eğitim Düzeyi				
İlkokul	2	3.9	5	8.9
Ortaokul	11	21.6	8	14.3
Lise	13	25.5	10	17.9
Üniversite	25	49.0	33	58.9
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	30	58.8	27	48.2
Çalışıyor	21	41.2	29	51.8
Eşin Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	4	7.8	2	3.6
Çalışıyor	47	92.2	54	96.4
Gelir Durumu				
Düşük	23	45.1	19	33.9
Orta	18	35.3	22	39.3
Yüksek	10	19.6	15	26.8
Yaşanılan Yer				
İl	41	80.4	41	73.2
İlçe	10	19.6	15	26.8
Aile Yapısı				
Çekirdek	42	82.4	47	83.9
Geleneksel	9	17.6	9	16.1
IVF Tedavi Sayısı				
İlk	34	66.7	36	64.3
İki	9	17.6	8	14.3
Üç ve Üzeri	8	15.7	12	21.4

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubunda yer alan kadınların yaş ortalamasının 34.13 ± 6.10 , kontrol grubunda yer alan kadınların yaş ortalamasının 32.08 ± 6.48 olduğu ayrıca deney grubunda yer alan kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 35.90 ± 5.92 ve kontrol grubunda yer alan kadınların eşlerinin yaş ortalamasının 35.35 ± 6.58 olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan kadınların ortalama evlilik süresinin 3.31 ± 1.33 yıl olduğu, kontrol grubunda yer alan kadınların ortalama evlilik süresinin 3.37 ± 12.7 olduğu ve deney grubunda yer alan kadınların tedavi süresi ortalamasının 2.78 ± 1.68 ay olduğu ve kontrol grubunda yer alan kadınların tedavi süresi ortalamasının 3.23 ± 1.74 ay olduğu bulunmuştur. Deney grubunda yer alan kadınların %39.2’ sinin ve kontrol grubunda yer alan kadınların %46.4’ ünün üniversite mezunu olduğu ayrıca deney grubunda yer alan kadınların eşlerinin %49.0’ unun ve kontrol grubunda yer alan kadınların eşlerinin %58.9’ unun üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan kadınların %58.8’ inin ve kontrol grubunda yer alan kadınların %48.2’ inin çalışmadığı ayrıca deney grubunda yer alan kadınlarının eşlerinin %92.2’ sinin ve kontrol grubunda yer alan kadınların eşlerinin %96.4’ ünün herhangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların gelir durumları incelendiğinde deney grubunda yer alan kadınların %45.1’i gelir seviyesinin düşük olduğunu ve kontrol grubunda yer alan kadınların %39.3’ ü gelir seviyesinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Deney grubunda yer alan kadınların %82.4’ ünün ve kontrol grubunda yer alan kadınların %83.9’ ünün çekirdek aile yapısında olduğu ayrıca deney grubunda yer alan kadınların %66.7’ sinin ve kontrol grubunda yer alan kadınların %64.3’ ünün ilk kez IVF tedavisi aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. FHOÖ Toplam ve FHOÖ, İSÖ ve İSBÇÖ Alt Boyutlarından Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar ile Araştırmaya Katılan Kadınların Ön Test ve Son Testten Aldıkları En Düşük-En Yüksek Puanlar ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=107)

*FHOÖ Alt Boyutları	Alınabilecek Min-Max	Ön Testten Alınan X ±SS (Min-Max)	Son Testten Alınan X ±SS (Min-Max)
Umut ve Farkındalık	9-45	29.31±7.53 (15-45)	31.23±6.76 (15-45)
Olumlu Duygular ve Düşünceler	5-25	17.90±3.86 (7-25)	18.48±3.64 (8-25)
Hazır Beden ve Beyin	9-45	33.77±5.30 (22-44)	33.80±4.81 (21-44)
FHOÖ Toplam	23-115	80.00±14.54 (45-109)	83.55±13.27 (46-114)
*İSÖ Alt Boyutları			
Kişisel Alan	0-20	11.05±4.88 (0-19)	9.85±4.28 (0-19)
Evlilik Alanı	0-14	7.05±3.57 (0-14)	6.03±3.70 (0-14)
Sosyal Alan	0-12	4.85±2.83 (0-12)	3.74±2.86 (0-10)
*İSBÇÖ Alt Boyutları			
Aktif Yok Sayma	4-16	8.03±2.66 (4-15)	7.90±2.46 (4-14)
Aktif Mücadele Etme	7-26	14.16±3.61 (7-24)	15.05±3.65 (8-23)
Pasif Yok Sayma	3-12	7.34±2.31 (3-12)	7.61±2.32 (3-12)
Anlam Bulma	5-20	11.18±4.11 (5-20)	11.79±3.25 (6-20)

*FHOÖ: Fertlite Hazıroluşluk Ölçeği, *İSÖ: İnfertilite Stresi Ölçeği, *İSBÇÖ: İnfertilite Stresi Başa Çıkma Ölçeği

Tablo 4.2' de araştırmaya katılan kadınların FHOÖ toplam ve FHOÖ, İSÖ ve İSBÇÖ alt boyutlarından alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar ile araştırmaya katılan kadınların ön test ve son testten aldıkları en düşük-en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların FHOÖ "umut ve farkındalık" alt boyutundan hem ön testte hem de son testte en düşük 15 en yüksek 45, "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyutundan ön testte en düşük 7 en yüksek 25 son testte en düşük 8 en yüksek 15, "hazır beden ve beyin" alt boyutundan ön testte en düşük 22 en yüksek 44 son testte en düşük 21 en yüksek 44 ve ölçek toplamından ön testte en düşük 45 en yüksek 109, son testte ise en düşük 46 en yüksek 114 aldıkları saptanmıştır.

Ayrıca kadınların İSÖ "kişisel alan" alt boyutundan hem ön testte hem de son testte en düşük 0 en yüksek 19, "evlilik alanı" alt boyutundan hem ön testte hem de son testte en düşük 0 en yüksek 14 "sosyal alan" alt boyutundan ön testte en düşük 0 en yüksek 12, son testte en düşük 0 en yüksek 10 aldıkları belirlenmiştir. İSBÇÖ "aktif yok sayma" alt boyutundan ön testte en düşük 4 en yüksek 15, son testte en düşük 4 en yüksek 14, "aktif mücadele etme" alt boyutundan ön testte en düşük 7 en yüksek 24, son testte en düşük 8 en yüksek 23, "pasif yok sayma" alt boyutundan hem ön testte hem de son testte

en düşük 3 en yüksek 12 ve "anlam bulma" alt boyutundan ön testte en düşük 5 en yüksek 20 ve son testte en düşük 6 en yüksek 20 puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların FHOÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

FHOÖ Alt Boyutları	Deney (n=51) X ±SS	Kontrol (n=56) X ±SS	^aTest ve p Değeri
Umut ve Farkındalık Ön Test	27.92±6.71	30.58±8.05	t=1.850 p=0.067
Umut ve Farkındalık Son Test	32.00±6.27	30.53±7.16	t=-1.120 p=0.265
^bTest ve p Değeri	^cp=0.000	t=-5.304 t=0.141 p=0.888	
Olumlu Duygular ve Düşünceler Ön test	17.76±3.40	18.03±4.26	t=0.361 p=0.719
Olumlu Duygular ve Düşünceler Son test	19.29±2.76	17.75±4.18	t=-2.269 ^dp=0.026
^bTest ve p Değeri	^cp=0.000	t=-3.774 t=1.146 p=0.257	
Hazır Beden ve Beyin Ön Test	31.72±4.60	33.73±5.75	t=1.980 p=0.050
Hazır Beden ve Beyin Son Test	34.47±4.28	33.19±5.22	t=-1.372 p=0.173
^bTest ve p Değeri	^cp=0.000	t=-4.146 t=1.567 p=0.123	
FHOÖ Toplam Ön Test	77.41±12.51	82.35±15.91	t=1.774 p=0.079
FHOÖ Toplam Son Test	85.76±11.43	81.53±14.55	t=-1.660 p=0.100
^bTest ve p Değeri	^cp=0.000	t=-5.505 t=1.236 p=0.222	

^aBağımsız gruplarda t testi ^bBağımlı gruplarda t testi ^cp<0.001 ^dp<0.05

Tablo 4.3’ te deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların FHOÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; FHOÖ "umut ve farkındalık" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 27.92±6.71 kontrol grubunda 30.58±8.05 olduğu, "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 17.76±3.40

kontrol grubunda 18.03 ± 4.26 olduğu, "hazır beyin ve beden" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 31.72 ± 4.60 kontrol grubunda 33.73 ± 5.75 olduğu ve FHOÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda 77.41 ± 12.51 kontrol grubunda 82.35 ± 15.91 olduğu belirlenmiştir ve grupların ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; FHOÖ "umut ve farkındalık" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 32.00 ± 6.27 kontrol grubunda 30.53 ± 7.16 olduğu, "hazır beyin ve beden" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 34.47 ± 4.28 kontrol grubunda 33.19 ± 5.22 olduğu, FHOÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda 85.76 ± 11.43 kontrol grubunda 81.53 ± 14.55 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Ayrıca FHOÖ "olumlu duygu ve düşünceler" alt boyutu son test puan ortalamasının deney grubunda 19.29 ± 2.76 kontrol grubunda 17.75 ± 4.18 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Deney grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda yer alan kadınların FHOÖ "umut ve farkındalık" alt boyut ön test puan ortalamasının 27.92 ± 6.71 son test puan ortalamasının 32.00 ± 6.27 olduğu, "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyutu ön test puan ortalamasının 17.76 ± 3.40 son test puan ortalamasının 19.29 ± 2.76 olduğu, "hazır beyin ve beden" alt boyut ön test puan ortalamasının 31.72 ± 4.60 son test puan ortalamasının 34.47 ± 4.28 olduğu ve FHOÖ toplam ön test puan ortalamasının 77.41 ± 12.51 son test toplam puan ortalamasının 85.76 ± 11.43 olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında FHOÖ "umut ve farkındalık" alt boyutu ön test puan ortalamasının 30.58 ± 8.05 son test puan ortalamasının olduğu 30.53 ± 7.16 olduğu, "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyutu ön test puan ortalamasının 18.03 ± 4.26 son test puan ortalamasının 17.75 ± 4.18 olduğu, "hazır beyin ve beden" alt boyutu ön test puan ortalamasının 33.73 ± 5.75 son test puan ortalamasının 33.19 ± 5.22 olduğu, FHOÖ toplam ön test puan ortalamasının 82.35 ± 15.91 son test puan ortalamasının 81.53 ± 14.55 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan kadınların ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların İSÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

İSÖ Alt Boyutları	Deney (n=51) X ±SS	Kontrol (n=56) X ±SS	^a Test ve p Değeri
Kişisel Alan Ön Test	10.80±5.01	11.28±4.79	t=0.508 p=0.613
Kişisel Alanı Son Test	8.25±4.41	11.30±3.63	t=3.913 p=0.000
^b Test ve p Değeri	t=5.859 p=0.000	t=-0.044 p=0.965	
Evlilik Alanı Ön test	6.54±2.62	7.51±4.22	t=1.438 p=0.154
Evlilik Alanı Son test	4.54±2.99	7.39±3.78	t=4.282 p=0.000
^b Test ve p Değeri	t=5.308 p=0.000	t=0.548 p=0.586	
Sosyal Alan Ön Test	4.78±2.40	4.91±3.19	t=0.229 p=0.819
Sosyal Alan Son Test	2.45±2.24	4.92±2.87	t=4.928 p=0.000
^b Test ve p Değeri	t=5.294 p=0.000	t=-0.093 p=0.926	

^aBağımsız gruplarda t testi ^bBağımlı gruplarda t testi *p<0.001

Tablo 4.4' te deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların İSÖ alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların ön test puanları karşılaştırıldığında; İSÖ "kişisel alan" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 10.80±5.01 kontrol grubunda 11.28±4.79 olduğu, "evlilik alanı" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 6.54±2.62 kontrol grubunda 7.51±4.22 olduğu, "sosyal alan" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 4.78±2.40 kontrol grubunda 4.91±3.19 olduğu belirlenmiştir ve grupların ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı görülmüştür (p>0.05). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların son test puanları karşılaştırıldığında İSÖ "kişisel alan" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 8.25±4.41 kontrol grubunda 11.30±3.63, "evlilik alanı" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 4.54±2.99 kontrol grubunda 7.39±3.78 olduğu, "sosyal alan" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 2.45±2.24 kontrol

grubunda 4.92 ± 2.87 olduğu belirlenerek grupların son test ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Deney grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda yer alan kadınların İSÖ "kişisel alan" alt boyutu ön test puan ortalamasının 10.80 ± 5.01 son test puan ortalamasının 8.25 ± 4.41 olduğu, "evlilik alanı" alt boyutu ön test puan ortalamasının 6.54 ± 2.62 son test puan ortalamasının 4.54 ± 2.99 olduğu, "sosyal alan" alt boyutu ön test puan ortalamasının 4.78 ± 2.40 son test puan ortalamasının 2.45 ± 2.24 olduğu belirlenerek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İSÖ "kişisel alan" alt boyutu ön test puan ortalamasının 11.28 ± 4.79 son test puan ortalamasının 11.30 ± 3.63 olduğu, "evlilik alanı" alt boyutu ön test puan ortalamasının 7.51 ± 4.22 son test puan ortalamasının 7.39 ± 3.78 olduğu, "sosyal alan" alt boyutu ön test puan ortalamasının 4.91 ± 3.19 son test puan ortalamasının 4.92 ± 2.87 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların İSBÇÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

İSBÇÖ Alt Boyutları	Deney (n=51) X ±SS	Kontrol (n=56) X ±SS	^a Test ve p Değeri
Aktif Yok Sayma Ön Test	8.21±2.83	7.87±2.51	t=-0.658 p=0.512
Aktif Yok Sayma Son Test	7.90±2.40	7.91±2.54	t=0.018 p=0.935
^b Test ve p Değeri	t=1.178 p=0.245	t=-0.629 p=0.532	
Aktif Mücadele Etme Ön test	13.96±3.43	14.35±3.79	t=0.565 p=0.573
Aktif Mücadele Etme Son test	16.05±3.35	14.14±3.70	t=-2.792 ^d p=0.006
^b Test ve p Değeri	t=-4.644 ^c p=0.000	t=1.692 p=0.096	
Pasif Yok Sayma Ön Test	7.72±2.08	7.00±2.47	t=-1.632 p=0.106
Pasif Yok Sayma Son Test	8.19±2.17	7.08±2.35	t=-2.520 ^d p=0.013
^b Test ve p Değeri	t=-1.778 p=0.082	t=-0.637 p=0.527	
Anlam Bulma Ön Test	10.00±3.41	12.26±4.42	t=2.983 ^d p=0.004
Anlam Bulma Son Test	11.64±2.52	11.92±3.82	t=0.453 p=0.652
^b Test ve p Değeri	t=-3.854 ^c p=0.000	t=1.791 p=0.079	

^aBağımsız gruplarda t testi ^bBağımlı gruplarda t testi ^cp<0.001 ^dp<0.054

Tablo 4.5' te deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların İSBÇÖ alt boyutlarından aldıkları ön test-son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İSBÇÖ "aktif başa çıkma" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 8.21±2.83 kontrol grubunda 7.87±2.51 olduğu, "aktif mücadele etme" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 13.96±3.43 kontrol grubunda 14.35±3.79 olduğu, "pasif yok sayma" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 7.72±2.08 kontrol grubunda 7.00±2.47 olduğu ve grupların ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Ayrıca İSBÇÖ "anlam

bulma" alt boyutu deney grubu ön test puan ortalamasının 10.00 ± 3.41 kontrol grubu puan ortalamasının 12.26 ± 4.42 olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında İSBCÖ "aktif yok sayma" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 7.90 ± 2.40 kontrol grubunda 7.91 ± 2.54 olduğu, "anlam bulma" alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda 11.64 ± 2.52 kontrol grubunda 11.92 ± 3.82 olduğu ve grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Ayrıca deney grubunda "aktif mücadele etme" alt boyutu puan ortalamasının 16.05 ± 3.35 kontrol grubunda 14.14 ± 3.70 olduğu ve "pasif yok sayma" alt boyutu puan ortalamasının 8.19 ± 2.17 kontrol grubunda 7.08 ± 2.35 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Deney grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İSBCÖ "aktif yok bulma" alt boyutu ön test puan ortalamasının 8.21 ± 2.83 son test puan ortalamasının 7.90 ± 2.40 olduğu, "pasif yok sayma" alt boyutu ön test puan ortalamasının 7.72 ± 2.08 son test puan ortalamasının 8.19 ± 2.17 olduğu belirlenmiş olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Ayrıca deney grubunda İSBCÖ "aktif mücadele etme" alt boyutu ön test puan ortalamasının 13.96 ± 3.43 son test puan ortalamasının 16.05 ± 3.35 olduğu, "anlam bulma" alt boyutu ön test puan ortalamasının 10.00 ± 3.41 son test puan ortalamasının 11.64 ± 2.52 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda yer alan kadınların grup içi ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; İSBCÖ "aktif yok sayma" ön test puan ortalamasının 7.87 ± 2.51 son test puan ortalamasının 7.91 ± 2.54 olduğu, "aktif mücadele etme" alt boyutu ön test puan ortalamasının 14.35 ± 3.79 son test puan ortalamasının 14.14 ± 3.70 olduğu, "pasif yok sayma" alt boyutu ön test puan ortalamasının 7.00 ± 2.47 son test puan ortalamasının 7.08 ± 2.35 olduğu, "anlam bulma" ön test puan ortalamasının 12.26 ± 4.42 ve son test puan ortalamasının 11.92 ± 3.82 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

In vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda hipnofertilitenin fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etmeye etkisine ilişkin elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınlar kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılmış (Tablo 3.2) ve yaş, evlilik süresi, tedavi süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanan yer ve IVF tedavi sayısı değişkenleri açısından homojen dağılım gösterdikleri belirlenmiştir. Bu bulgu hipnofertilite girişimi öncesi her iki grubun kontrol değişkenleri açısından benzer özelliklere sahip olduğunu göstermiştir.

Bu araştırmada gruplar arası ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ) "anlam bulma" alt boyutunun kontrol grubunda yer alan kadınlarda deney grubuna oranla daha yüksek olduğu belirlendi. Buna karşın diğer İSBÇÖ alt boyutlarının tamamı, Fertilitate Hazıroluşluk Ölçeği (FHOÖ) toplam ve alt boyutları ile İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) alt boyutlarından alınan ön test puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar arasında farklılık yaratmadığı ve girişim öncesi her iki grupta yer alan kadınlarda benzer fertiliteye hazır oluşluk, infertilite stresi ve infertilite stresi ile baş etme düzeyi olduğu görüldü (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5). Türk kültür yapısında geleneksel toplumlarda olduğu gibi aile olmanın ya da anne-baba olma rollerini yerine getirmenin en temel amaçlarından ve göstergelerinden biri çocuk sahibi olmaktır (116). Ayrıca anneliğin kız çocuklarına küçük yaşlardan itibaren öğretildiği, bu nedenle kadınların da bu durumu zaman içerisinde içselleştirdikleri ve her kadının anne olması gerektiğine ilişkin toplumsal bir algının varlığından söz edilebilir (117). Bu toplumsal algının deney ve kontrol grupları arasındaki girişim öncesi benzer fertiliteye hazıroluşluk, infertilite stresi ve infertilite stresi ile baş etme düzeyine neden olabileceği düşünülmektedir.

Hipnofertilite girişimi sonrası deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, FHOÖ "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyut puan ortalamasının deney grubunda yer alan kadınlarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu bulgu hipnofertilite girişiminin deney grubunda yer alan kadınlarda fertiliteye ilişkin olumlu duygu ve düşünceleri artırdığı ve kadınların fertiliteye hazıroluşluklarının olumlu yönde etkilenmesine yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca hipnofertilite felsefesinde yer alan "fertil, üretken, fertilitate, verimli, yetenekli, gelişen, bol, iyileşen, umutlu" gibi

olumlu kelimelerin bireyin bilinç ve bilinçaltındaki fertiliteye yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri değiştirdiği (26) söylenebilir. Araştırmada FHOÖ toplam, FHOÖ "umut ve farkındalık" ve FHOÖ "hazır beyin ve beden" alt boyutları toplam puan ortalamaları gruplar arasında önemli farklılık oluşturmamıştır. Fata (2020) çalışmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında fertilité hazıroluşlukları açısından bir fark bulunmadığını saptayarak (109) bulgumuzu destekler nitelikte sonuç elde etmiştir. Ancak deney grubu grup içerisinde değerlendirildiğine FHOÖ toplam ve tüm alt boyutlarda girişim öncesine oranla girişim sonrası son teste önemli artış sağlanmıştır (Tablo 4.3). Bu bulgu **"IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının fertilitéye hazıroluşluk düzeyini etkiler"** H_{1a} hipotezini doğrulamıştır. Ayrıca, hipnofertilite uygulaması deney grubunda yer alan kadınlardaki olumlu duygu ve düşünce düzeyinin önemli düzeyde artmasını sağlamıştır (Tablo 4.3). Konu ile ilgili yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Ancak bir olgu sunumunda Fata ve arkadaşları (2018) açıklanamayan infertilite tanısı alan bir hastaya uyguladıkları hipnofertilite girişiminden sonra kadının gebeliğe hazır olduğunu ve tedavinin pozitif gebelik ile sonuçlandığını bildirmişlerdir (118).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların İSÖ tüm alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Dolayısıyla **"IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stres düzeyini etkiler."** H_{1b} hipotezinin doğrulandığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde Fata (2020) açıklanamayan infertilite tanısı ile IVF tedavisi alan kadınlarda hipnofertilite girişiminin kortizol düzeyini anlamlı derecede düşürdüğünü ve girişim sonrasında kortizol düzeyinin deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğunu saptayarak (109) bu araştırma ile benzer bulgular elde etmiştir. Ayrıca, IVF tedavisinde infertilitenin duygusal yönü ve tedavi süreci ile ilgili bilgi verilmeden formal yani sadece medikal tedavinin yapılmasının yüksek düzeyde fertilité stresi yaşanmasına neden olabileceği belirtilmektedir (110). Literatürde yardımcı üreme tedavileri ve IVF tedavisinin stres ile ilişkisini, stresin tedavi sürecine ve sonuçlarına etkisini inceleyen bir çok çalışma olmasına karşın güncel olan hipnofertilitenin stres ile ilişkisini değerlendiren kısıtlı çalışmaya rastlanmıştır (26, 91). Bu nedenle bulgularımız literatürde yer alan beyin-beden girişimleri, bilişsel davranışçı terapi ve gevşeme tekniklerini içeren diğer psikososyal müdalaların infertilite stresi ile ilişkisini inceleyen çalışmalarla karşılaştırılacaktır. Domar ve arkadaşları (2011) beyin ve beden terapisinin IVF sonuçları üzerinde etkili olup olmadığını değerlendirdiği çalışmasında beyin-beden terapi seanslarının en az yarısına katılan çoğu katılımcının

ikinci IVF siklusunda gebelik oranlarında artış yaşandığını bildirmiştir (29). Kim ve arkadaşları (2014) ise ikinci IVF tedavisinin başında olan kadınlara uyguladıkları beyin-beden programının anksiyete puanlarını düşürdüğü, implantasyon oranlarını değiştirmedini belirtmişlerdir (30). IVF sürecinde psikolojik müdahalenin uygulandığı 25 çalışmanın incelendiği literatür incelemesinde eğitim ve beceri geliştirme grup eğitimlerinin olumsuz etkileri azalttığı, ancak gebelik sonuçlarını etkilemediği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da psikoterapinin (bireysel/grup/çift) anksiyete ve depresyonu azaltmasının yanısıra konsepsiyon oranlarında artmaya yol açtığı bulunmuştur (119). Gorayeb ve arkadaşları (2012) Brezilya’da yaptıkları bir çalışmada IVF ve İntrastaplozmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) sürecinde kadınlara verilen psikolojik müdahalenin deney grubunda %39.8 oranında ve kontrol grubunda ise % 23.2 oranında gebelik elde edilerek önemli farklılık yarattığı görölmüştür (120). Frederiksen ve arkadaşları (2015) 39 çalışmayı inceledikleri meta-analizde psikososyal müdahalelerin yardımcı üreme tedavisi alan çiftlerde özellikle bilişsel davranışçı terapinin hem psikolojik distressi azaltmada hem de klinik gebelik oranlarını iyileştirmede etkili olabileceğini ifade etmişleridir (121). şahin ve arkadaşları (2016) olgu sunumunda uzun yıllar infertilite ile mücadele eden ve başarısız olan bir hastanın IVF basamağı öncesinde rutin infertilite tedavisine ile birlikte uygulanan hipnoz terapileri sonucunda spontan gebelik elde ettiğini belirtmişlerdir (122). Rezabek ve arkadaşları (2003) hipnozun embriyo transferine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada ET esnasında hipnoz uygulanmasının gruplar arasında ET başarısı açısından fark yaratmadığını ancak kadınlarda rahatlama ve pozitif algının arttığını bildirmişlerdir (123). Aba ve arkadaşları (2017) IVF-ET aşamasında müzik terapi uygulamanın gebelik oranlarını arttığı yönünde bulgular elde etmişlerdir (67). Belirtilen bu çalışmalarda etkinlikleri ayrı ayrı kanıtlanmış beyin-beden girişimleri, bilişsel davranışçı terapiler ve gevşeme tekniklerine ek olarak bu araştırmada hipnofertilite felsefesinde yer alan "olumlama, hayal etme, gevşeme ve görselleştirme" basamaklarının birlikte uygulanmasının infertilite stres düzeyindeki önemli neden olduğu düşünölmektedir.

Son olarak hipnofertilitenin IVF uygulanan kadınların infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerine etkisi değerlendirilmiştir. Literatürde kadınlar genellikle infertilite stresi ile baş edebilmek için iyi dileklerde bulunma, ümit etme ve kaçış, yakınları ile konuşma, sosyal destek arama, bir şeyler okuyarak bilgi edinme ve sorumluluk almak gibi yöntemlerinden yararlanmaktadır (8). Girişim sonrası deney ve kontrol grubu İSBCÖ "aktif mücadele etme" ve "pasif yok sayma" alt boyutları puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu doğrultuda **"IVF tedavisi sürecinde uygulanan hipnofertilite yöntemi kadının infertilite stresi ile baş etmesini etkiler."** H_{1c} hipotezi doğrulanmaktadır. Aktif mücadele etme yöntemi puan ortalamasının deney grubunda daha yüksek olması hipnofertilite girişiminin kadınlarda olumlu etki yarattığı şeklinde yorumlanabilir. Aktif mücadele etme yöntemi bilgi arama gibi problem odaklı ve duyguları dışarıya yansıtma gibi duygu odaklı yaklaşımlar içermektedir (124). Literatürde bu açıdan araştırma bulgumuzu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Altıntop ve Kesgin (2018) infertilite tedavisi gören çiftlerde aktif başa çıkma yöntemini kullanan kadınların psikolojik dayanıklılığın daha yüksek olduğunu ve sürekli kaygı ile aktif başa çıkma yöntemleri arasında negatif ilişki olduğunu belirlemişlerdir (95). Lee (2003) yaptığı çalışmada kadınların IVF tedavisinin başlangıç aşamasında belirgin olarak aktif mücadele etme başa çıkma yöntemini kullandıklarını ayrıca infertilitenin üstesinden gelmek ve infertiliteden kurtulmak için tıbbi tedavi arayışında olduklarını belirtmiştir (125). Pottinger (2016) gebelik olasılığının infertilite ile başa çıkmak için problem çözme odaklı yöntemler kullanan kadınların, duygusal odaklı problem çözme yöntemler kullananlardan daha fazla olduğunu belirtmiştir (81). Araştırmada pasif yok sayma alt boyutundan elde edilen puan ortalaması yine deney grubu yönünde daha fazladır (Tablo 4.5). Deney grubunda yer alan kadınların son teste kontrol grubuna kıyasla daha çok mucize beklentisi içinde oldukları ve yapabilecekleri tek şeyin beklemek olduğunu, bu durumun nasıl düzeleceği ile ilgili hayal kurdukları yönünde eğilim gösterdikleri ve aslında olumlu duygu ve düşünceler barındırdıkları söylenebilir. Literatür incelendiğinde infertil bireylerin stres ile baş etmek için en fazla durumu yok sayma, maneviyata yönelme, sosyal izolasyon, ve dikkati başka yöne çekme yöntemlerini kullandıkları görülmektedir (126). İsmail ve arkadaşları (2017) çalışmasında kadınların %95.6' sının infertilite ile ilgili her şeyi unutmaya çalışma gibi pasif baş etme yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir (127). Ayrıca bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların hem "aktif mücadele etme" hem de "anlam bulma" alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamaları uygulanan hipnofertilite girişimi sonrası son teste önemli düzeyde artırmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.5). Her iki baş etme yönteminin de stres ile baş edebilmek için etkin yöntemler olabileceği söylenebilir. Literatürde aktif mücadele etme ve anlam bulma temelli yöntemlerin infertilite stresi açısından koruyucu etki yarattığına dair bilgiler bulunmaktadır (110, 128). Stres ile aktif mücadele etmenin bir şekilde duyguları dışa yansıtma, sosyal çevresinden ilgi ve anlayış bekleme, infertil olma ve infertilite tedavisinden nasıl etkilediğini paylaşma ve infertilite

ile ilgili bilgi arayışında olma gibi eylemler içerdiği gösterilmiştir (129). İnfertil bireyler tarafından sıklıkla kullanılan anlam temelli başa çıkma yöntemi ise hem diğer yaşam hedeflerini bulma gibi problem odaklı hem de olumlu yeniden değerlendirme gibi duygu odaklı yaklaşımlar içermektedir (126). Literatürde anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi ile infertilite stresi arasında ilişki olduğu (110, 130, 131) ve bu yöntemin uzun süre öngörülemeyen ve belirsiz durumlarda yararlı olabileceği belirtilmektedir (132). Peterson (2008) çalışmasında anlam temelli başa etme yöntemini kullanan kadınlarda infertilite stresinin düşük düzeyde olduğunu belirlemiştir (130). Volmer ve arkadaşları (2017) çalışmasında anlam bulma temelli baş etme yönteminin hem kadınlar hem de partnerleri üzerinde olumlu etki yarattığını saptamıştır (131).



SONUÇ VE ÖNERİLER

- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların girişim öncesi ön testte benzer fertiliteye hazıroşluk, infertilite stresi ve infertilite stresi ile başetme düzeyine sahip olduğu,
- Hipnofertilite girişimi sonrası FHOÖ "olumlu duygular ve düşünceler" alt boyut puan ortalamasının deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- FHOÖ toplam, FHOÖ "umut ve farkındalık" ve FHOÖ "hazır beyin ve beden" alt boyutları toplam puan ortalamalarının gruplar arasında önemli farklılık oluşturmadığı ($p>0.05$), buna karşın deney grubu kendi içerisinde değerlendirildiğinde FHOÖ toplam ve tüm alt boyutlarda girişim öncesine oranla girişim sonrası son teste önemli artış sağlandığı,
- IVF tedavisi süresince uygulanan hipnofertilite girişiminin kontrol grubuna oranla deney grubundaki infertilite stres düzeyinde önemli bir düşüşe neden olduğu ($p<0.001$),
- Deney grubundaki kadınlarda stresle baş etme yöntemlerinden aktif mücadele etme ve pasif yok sayma yöntemlerinin kontrol grubuna oranla daha etkin kullanıldığı saptandı ($p<0.05$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İnfertil kadınların/çiftlerin fertiliteye hazıroşluk düzeylerini arttırmak, infertilite stres düzeylerini azaltmak ve infertilite stresi ile etkin baş etmelerini sağlamak amacıyla hipnofertilite felsefesine dayalı girişimlerin infertilite kliniklerinde kullanılması,
- Hipnofertilite felsefesinin infertilite kliniklerindeki rutin ebeklik bakım ve danışmanlık hizmetlerine dahil edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Borghot MV, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem* 2018, 62: 2-10.
2. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008, 5: 105- 10.
3. Hotun Şahin N, Bilgiç D. İnfertilite. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2015: 113, 116.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK* 2019, Ankara Türkiye.
5. Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı İstanbul, İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009: 74- 77, 83, 84.
6. Chan CHY, Chan CLW, Ng EHY, Ho PC, Chan THY, Lee GL, WHC Hui. Incorporating spirituality in psychosocial group intervention for women undergoing in vitro fertilization: A prospective randomized controlled study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2012, 85: 356-73.
7. Smeenk JMJ, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, G.A.Zielhuis GA, Braat DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 2001, 16: 1420-3.
8. Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. *HSP* 2015, 2: 100-12.
9. Oron G, Allnutt E, Lackman T, Sokal-Arnon T, Holzer H, Takefman J. A prospective study using hatha yoga for stress reduction among women waiting for IVF treatment. *Reprod Biomed Online* 2015, 30: 542–8.
10. Güngör İ, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme ve hemşirenin rolü. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı İstanbul, İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009: 167.

11. Palomba S, Daolio J, Romeo S, Battaglia FA, Marci R, La Sala GV. Lifestyle and fertility: The influence of stress and quality of life on female fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2018, 16.
12. Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Alper M. A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2010, 94: 1457-9.
13. Domar A, Gordon K, Garcia-Velasco J, Marca AL, Barriere P, Beligotti F. Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: A survey in four European countries. *Hum Reprod* 2012, 27: 1073-9.
14. Griner-Abraham V. When the unconscious is not infertile. *Soins Psychiatr* 2015, 296: 41.
15. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014, 6: 165-84.
16. Hoşgör H, Akyüz İ, Cengiz E. İnfertil hastaların tüp bebek tedavisini bırakmasında etkili olan faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi: Bir AHP uygulaması. *Mehmet Akif Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017, 9: 64-84.
17. Christie GL. Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Hum Reprod* 1998, 13: 232-41.
18. Wischmann TH. Psychogenic infertility-myths and facts. *J Assist Reprod Genet* 2003, 20.
19. Vitasse CV, Rouget K, Hocke C. The other side of the art, or when the desire takes shape. *Gynecol Obstet Fertil* 2012, 40: 529-35.
20. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *BJMP* 2010, 3.
21. Klonoff-Cohen H, Loki Natarajan L. The Concerns During Assisted Reproductive Technologies (CART) scale and pregnancy outcomes *Fertil Steril* 2004, 81.
22. Ünal S, Kargin M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2020, 9: 481-6.
23. Belevska J. The impact of psycho-education on in vitro fertilisation treatment efficiency *Prilozi* 2015, 36: 211-6.
24. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: A systematic review. *Assist Reprod Genet* 2016, 33: 689-701.
25. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000, 73.

26. Fata S, Aluş Tokat M. Fertilitte desteği alan kadınların stresini azaltmada hipnofertilite'nin kullanımı. *DEUHFED* 2017, 10: 60-6.
27. Domar AD, Gross J, Rooney K, Boivin J. Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertil Steril* 2015, 104: 440-51.
28. Ying L, Chen X, Wu LH, Shu J, Wu X, Loke AY. The partnership and coping enhancement programme for couples undergoing in vitro fertilization treatment: The development of a complex intervention in China. *J Assist Reprod Genet* 2017, 34: 99-108.
29. Domar AD, Rooney KL, Wiegand B, Orav EJ, Alper MM, Berger BM, Nikolovski J. Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertil Steril* 2011, 95.
30. Kim M, Kim S, Chang SB, Yoo JS, Kim HK, Cho JH. Effect of a mind-body therapeutic program for infertile women repeating in vitro fertilization treatment on uncertainty, anxiety, and implantation rate. *Asian Nurs Res* 2014, 8: 49-56.
31. LoGiudice JA, Massaro J. The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review. *Appl Nurs Res* 2018, 39: 220-8.
32. Sing RS, Thakur SR. Biotechnology in assisted reproductive technology. In: Singh Z, Barsel P (eds). *Recent Advances in Assisted Reproductive Technology*, 1sted. Munchen, Publisher: Basero Verlag, 2013: 128-41.
33. Rani K, Saurabh Paliwal S. Brief review on in-vitro fertilization (IVF): An advanced and miraculous gateway for infertility treatments. *World J Pharm Pharm Sci* 2014, 3: 647-58.
34. Wu B. Advances in Embryo Transfer. In tech., croatia 2012.
35. Badger Emeka L. In-vitro Fertilisation In book: *Fundamentals, Industrial and Medical Biotechnology* (Ed: Ogbonna, JC, Ubi BE, Enweani IB). Chapter: 10, 2013.
36. Evliyaoğlu Ö, Pay RE. Opu (oocyte pick – up) ve Komplikasyonları. İçinde: (Üstün Y, Kahyaoğlu İ (editörler). *Her Yönüyle İn Vitro Fertilizasyon*, 1. Basım. Ankara, Deren Yayıncılık 2019: 69.
37. Eskew AM, Jungheim ES, MD. A history of developments to improve in vitro fertilization. *Science of Medicine* 2017, 114: 3.

38. Adamson GD, de Mouzon J, Chambers GM, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Banker M, Dyer S. World Report on ART, 2014 and The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART). ESHRE 2018 conference proceedings; July 1-4, 2018: Barcelona, Spain.
39. Partovi Meran HE, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni* 2016, 18: 60-4.
40. Berkkanoglu M, Özgür K. IVF İçin Hasta Seçimi. İçinde: Çelik Ö (editör). *Yardımcı Üreme Teknikleri Temel Klinik ve Embriyolojik Uygulamalar, 1. Baskı*. Nobel Tıp Kitabevi 2015: 243-45.
41. ESCHRE. Blastocyst culture and transfer in clinically assisted reproduction: A committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology 2018.
42. Tüp bebek nedir? Biliminsesi.com. <https://images.app.goo.gl/gPDSBNHwCeg9Yff49>. Erişim tarihi 05.06.2020.
43. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A, Schuiling GA. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24: 267-71.
44. Loke AY, Yu PL, Hayter M. Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2011, 21: 504-12.
45. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; a case control study. *Pak J Med Sci* 2016, 326: 1340-3.
46. Yeşiltepe Oskay Ü, Onat Bayram G, Dişsiz M. İnfertilitenin Psikosyal ve Psikoseksüel Etkileri İçinde: Kızılkaya Beji N (editör) *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı İstanbul, İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009: 177, 182.
47. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: A controlled trial. *Reprod Biomed* 2007, 14: 279-87.
48. Lee SH, Wang SW, Kuo CP, Kuo PC, Lee MS, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci* 2010, 24: 507-13.
49. An Y, Sun Z, Li L, Zhang Y, Ji H. Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: Psychological and neurohormonal assessment. *J Assist Reprod Genet* 2013, 30: 35-41.
50. Hocaoglu Ç. The psychosocial aspect of infertility *Intechopen*, 2018.

51. Gaitzsch H, Benard J, Hugon-Rodin J, Benzakour L, Streuli I. The effect of mind-body interventions on psychological and pregnancy outcomes in infertile women: A systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2020.
52. Choi SH, Shapiro H, Robinson GE, Irvine J, Neuman J. Psychological side-effects of clomiphene citrate and human menopausal gonadotrophin. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005, 26: 93-100.
53. Turner K, Reynolds-May MF, Zitek EM, Tisdale RL, Carlisle AB, Westphal LM. Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: A pilot study. *PLoS ONE* 2013, 8.
54. Bjuresten K, Hreinsson JG, Fridstrom M, Rosenlund B, Ek I, Hovatta O. Embryo transfer by midwife or gynecologist: A prospective randomized study *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003, 82: 462-6.
55. Tsonis O, Gkrozou F, Siafaka V, Paschopoulos M. The role of a midwife in assisted reproductive units. *Clin Obstet Gynecol Reprod Med* 2019.
56. Wilson C, Leese B. Do nurses and midwives have a role in promoting the well-being of patients during their fertility journey? A review of the literature *Hum Fertil* 2013, 16: 2-7.
57. Dilek N, Kızılkaya Beji N. Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9: 24-9.
58. Eryılmaz HY, Ekşi Z, Günüşen Ertuğrul E. İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul. İnfertilite Hemşireliği Dernei, 2009: 63.
59. Zeren F, Gürsoy E. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019, 16: 68-72.
60. Anderheim L, Holter , Berghand C, Möller A. Does psychological stress affect the outcome of *in vitro* fertilization? *Hum Reprod* 2005, 20 2969-75.
61. Hajela S, Prasad S, Kumaran A, Kumar Y. Stress and infertility: A review. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016, 5: 940-3.
62. Bilgiç D, Aydın Özkan S, Kızılkaya Beji N. Fertilite uyum ölçeği'nin türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016, 40-5.
63. Onat Bayram G, Kızılkaya Beji N. İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır? *Androloji Bülteni* 2011, 44.
64. Chan CHY, Chan CLW, Ernest HY, Ho PC. Body-mind-spirit intervention for IVF women. *J Assist Reprod Genet* 2005 22: 419-27.

65. Apfel RJ, Keylor RG. Psychoanalysis and infertility myths and realities. *Int J Psychoanal* 2002, 83: 85-104.
66. Galst J. The elusive connection between stress and infertility: a research review with clinical implications. *J Psychother Integr* 2017.
67. Arzu Aba Y, Avcı D, Guzel Y, Kumral Ozcelik S, Gurtekin B. Effect of music therapy on the anxiety levels and pregnancy rate of women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer: A randomized controlled trial. *Appl Nurs Res* 2017, 36: 19-24.
68. Avcıbay B, Kızılkaya Beji N. İnfertilite tedavisinde tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamaları. *Kadın Cinsel Sağlığı* 2013.
69. Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12: 126-32.
70. Luk BHK, Loke AY. A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *J Sex Marital Ther* 2016, 42: 515-33.
71. Özcan H, Kızılkaya Beji N. İnfertilitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2016, 32: 36-44.
72. Sis Çelik A, Kırca N. Primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 21: 104-14.
73. Fogarty S. Fertility massage: An unethical practice? *Int J Ther Massage Bodywork* 2018, 11.
74. Aluş Tokat M, Fata S. Fertilitte hemşireliğinde güncel uygulamalar: Dünya'dan örnekler *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2019, 50: 72-5.
75. Yılmaz İ. İnfertil Çiftlere Psikoterapik Destek. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul. İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009: 212, 215.
76. Domar AD, Seibel MM, Benson H. The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertil Steril* 1990, 53.
77. Güngör İ, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *F.N. Hem. Derg* 2015, 23: 152-9.
78. Kızılkaya Beji N, Çalışkan S. İnfertil çiftlerin psikososyal değerlendirmesi. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, 1. Baskı İstanbul, İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009: 198,199.

79. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003, 57: 2325-41.
80. Smeenk JMJ, Verhaak CM, Vingerhoets AJJM, C Sweep CGJ Merkus JMWM, Willemsen SJ, Minnen A, Straatman H, AHand, Braat DDM. Stress and outcome success in IVF: The role of self-reports and endocrine variables *Hum Reprod* 2005, 20: 991-6.
81. Pottinger AM, Nelson K, McKenziec C. Stressful events and coping with infertility: factors determining pregnancy outcome among IVF couples in Jamaica. *J Reprod Infant Psychol* 2016, 34: 3-14.
82. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: A replication *Fertil Steril* 1992, 58: 144-7.
83. Çalışkan E. IVF İçin Hasta Seçimi. İçinde: Çelik Ö (editör). Yardımcı Üreme Teknikleri *Temel Klinik ve Embriyolojik Uygulamalar*, 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi 2015: 247.
84. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12: 85-92.
85. Mete S, Ertuğrul M, Uludağ E. Bir doğuma hazırlık eğitim programı “doğumda farkındalık. *DEUHFED* 2015, 8: 131-41.
86. Fleury EAB, Approbato MS, Silva TM, Maia MCS. Music therapy in stress: proposal of extension to assisted reproduction. *Journal of Brazilian Assisted Reproduction* 2014, 18: 55-61.
87. Özcan Yüce U, Atik D, Karatepe H, Erdoğan Z, Albayrak Coşar A. Reiki ve diyabet. *Acta Medica Alanya* 2017, 1.
88. Dalton CC, Gottlieb LN. The concept of readiness to change *J Adv Nurs* 2003, 42: 108-17.
89. Lampic C, Skoog Svanberg A, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics *Hum Reprod* 2006, 21: 558-64.
90. Boivin J, Buntin L, Kalebic N, Harrison C. What makes people ready to conceive? findings from the international fertility decision-making study. *Reprod Biomed Soc Online* 2018, 6: 90-101.
91. Fata S, Aluş Tokat M. Development of fertility preparedness scale for women receiving fertility treatment. *J Nurs Res* 2020, 28.
92. İşbir GG, Durgun Ozan Y. Nursing and midwifery students' experiences with the course of infertility and assisted reproductive techniques: A focus group study from Turkey. *Nurse Education in Practice* 2018, 28: 235-41.

93. Allan H, Mounce G, Crespo E, Shawe J. Preconception care for infertile couples: Nurses' and midwives' roles in promoting better maternal and birth outcomes . *J Clin Nurs* 2018, 27: 4411-8.
94. Stoleru S, Teglas JP, Fermanian J, Spira A. Psychological factors in the aetiology of infertility: A prospective cohort study. *Hum Reprod* 1993, 8: 1039-46.
95. Altıntop İ, Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/The Journal of International Social Research* 2018, 55.
96. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Danışmanlığı *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012, 20: 154-9
97. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016, 2.
98. Cesta CA, Johansson ALV, Hreinnsson J, Rodríguez-Wallberg KA, Olofsson JI, Holte J, Wramsby H, Wramsby M, Cnattingius S, Skalkidou A, Iliadou AN. A prospective investigation of perceived stress, infertility-related stress, and cortisol levels in women undergoing in vitro fertilization: Influence on embryo quality and clinical pregnancy rate. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 2018, 97: 258-68.
99. Alosaimi FD, Bukhari M, Altuwirqi M, Habous M, Madbouly K, Abotalib Z, Binsaleh S. Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. *Human Fertility* 2017, 20: 55-63.
100. Sominsky L, Hodgson DM, McLaughlin EA, Smith R, Wall HM and Spencer SJ. Linking stress and infertility: A novel role for ghrelin. *Endocrine Reviews* 2017, 38: 432-67.
101. Park J, Stanford JB, Porucznik CA, Christensen K, Karen C. Schliep KC. Daily perceived stress and time to pregnancy: a prospective cohort study of women trying to conceive. *Psychoneuroendocrinology* 2019, 110: 104446.
102. Özçini Uz G. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Beslenme Durumu ve Yaşam Tarzının Embriyo Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2018.
103. Bidgoli MR, Roudsari RL. The Effect of the Collaborative Infertility Counseling Model on Coping Strategies in Infertile Women Undergoing In Vitro Fertilization: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2018, 6: 47-54.

104. Fisher JRW, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl* 2012, 14, 121-9.
105. 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.
106. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Hum Fertil (Camb)* 2014, 17: 114-23.
107. Rooney KL and Domar AD. The impact of stress on fertility treatment *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016, 28: 198-201.
108. Stamatis P, Evangelia N, Martha M, Dimitrios H. Assisted reproduction and midwives: Student and certified midwives' educational needs on reproductive biology *Sexual & Reproductive Healthcare* 2010, 1: 163-8.
109. Fata S. Hipnofertilite Felsefesine Dayalı Girişimlerin İn Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınların Fertilite Hazıroşlukları, Kortizol Düzeyleri ve Gebelik Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2020.
110. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull* 2006, 53: 390-417.
111. Yılmaz T. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
112. Çavaş B, Huyugüzel Çavaş P, Taşkin Can B. Eğitimde sanal gerçeklik. *The Turkish Online Journal of Educational Technology* 2004, 3.
113. JahaniShoorab N, Ebrahimzadeh Zagami S, Nahvi A, Mazluom SR, Golmakani N, Talebi M, Pabarja F. The effect of virtual reality on pain in primiparity women during episiotomy repair: A randomize clinical trial. *Iran J Med Sci* 2015, 40.
114. Sarıkoç G. Sağlık çalışanlarının eğitiminde sanal gerçekliğin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 13: 11-15.
115. Gumilang Pratiw I, Husin F, Ganiem AR, Susiarno H, Arifin A, Firman Wirahkusuma F. The effect of virtual reality on pain in primiparity women *International Journal of Nursing and Health Science* 2017, 4: 46-50.

116. Akbalık E. Türk atasözlerinde cinsiyet algısı. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2013, 36.
117. Gezer Tuğrul Y. Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların annelik deneyimleri üzerine bir saha çalışması. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi* 2019.
118. Fata S, Aluş Tokat M, Doğan ÖE, Emre Okyay RE. Hipnofertilitenin in vitro fertilizasyon tedavi sürecine etkisi: Olgu sunumu. *TSRM İzmir Sempozyumu / 2-3 Haziran 2018*.
119. Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients *Hum Reprod* 2005, 20: 1324-32.
120. Gorayeb R, Borsari AC, Rosa-e-Silva AC, Ferriani RA. Brief Cognitive Behavioral Intervention in Groups in a Brazilian Assisted Reproduction Program. *Behavioral Medicine* 2012, 38: 29-35.
121. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HI, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis *BMJ* 2015, 5.
122. Şahin A, Şahin H, Yüksel B. Bir infertilite olgusunda hipnoz terapileri sonrasında spontan gebelik eldesi, vaka sunumu. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi Olgu Sunumları Sayısı* 2016, 47-8.
123. Hammerli, Znoj H and Ju'rgen Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: Meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009, 15: 279-95 .
124. Casu G, Martins MCF, Zaia V, Barbaso CP. A Dyadic Mediation Study on Social Support, Coping, and Stress Among Couples Starting Fertility Treatment. *J Fam Psychol* 2019, 33: 315-26.
125. Lee SH. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *Journal of Nursing Research* 2003, 11.
126. Yılmaz B, Şahin N. İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme *CBU-SBED* 2020, 7: 84-95.
127. Ismail, NIA. Moussa A. Coping strategies and quality of life among infertile women in Damanhour City. *J Nurs Res* 2017, 6: 31-45.
128. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Hum Reprod* 2011, 26: 2113-21.

129. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Hum Reprod* 2005, 20: 1044-52.
130. Peterson BD, Pirritano, Christensen MU Schmidt L. The impact of partner coping in couplesexperiencing infertility. *Hum Reprod* 2008, 23: 1128–37.
131. Volmer L, Rösner S, Toth, Strowitzki T, Wischmann T. Infertile partners' coping strategies are interrelated– implications for targeted psychological counseling *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017, 77: 52–8.
132. Ockhuijsen H Hoogen HVD Eijkemans M, Macklon N, Boivin J. impact of a self-administered coping intervention on emotional well-being in women awaiting the outcome of IVF treatment: A randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2014, 29: 1459-70.



EKLER

EK-1: Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı soyadı	Çiğdem ERDEMOĞLU
Doğum Tarihi	03.10.1987
Doğum Yeri	ADİYAMAN
Adres	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 44280 MALATYA
EĞİTİM	
Lisans	Adıyaman Sağlık Yüksekokulu (2008-2012)
Yüksek Lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2013-2016)
Doktora	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2016-2020)
YABANCI DİL BİLGİSİ	İngilizce
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	Türk Ebeler Derneği
	TEMAS Anne Sütü ve Emzirme Gönüllüleri Derneği

EK-2: Etik Kurul Onay Sayfası

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
05.02.2019	3	2019/3-28
<p>Karar No: 2019/3-28 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 05.02.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üy. Yeşim AKSOY DERYA'nın, sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Arş. Grv Çiğdem ERDEMOĞLU'nun, yardımcı araştırmacı olduğu; “İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertilitiye Hazıroluşluk, Stres ve Stres ile Baş Etmeye Etkisi” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

EK-3: Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/06/2019-E.14204

GÖZDEAKADEMİ HASTANESİ

SAYI : 2019/125

17/06/2019

KONU :Uygulama İzni (Çiğdem ERDEMOĞLU)

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İLGİ : 16/05/2019 tarih ve 9445 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim dalı Doktora öğrencisi Çiğdem ERDEMOĞLU 'nun " İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertiliteye Hazıroluşluk, Stres ve Stres ile Baş Etmeye Etkisi" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.
Gereği bilgilerinize arz olunur.

İzmit Dr. Çiğdem ERDEMOĞLU
Özel Gözde Akademi Hastanesi
Ebelik Uzmanı

N.KOÇ ;
T.V.MENEVŞEOĞLU ;

Scanned by CamScanner

EK-4: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu)

Bu araştırma hipnofertilitenin in vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etme düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Tedavi sürecinde hipnofertilite felsefesine yönelik girişimler (gevşeme, olumlama, hayal etme ve görselleştirme yöntemleri) uygulanacaktır. Sizinle hastaneye geldiğiniz zamanlarda hipnofertilite yöntemlerinin uygulanacağı ayrı bir odada görüşme sağlanacaktır. İlk görüşmede size uygulanacak yöntemler ile ilgili bilgi verilecektir. Daha sonraki aşamalarda gevşeme yöntemi hastaneye geldiğiniz süre dahilinde sanal gerçeklik gözlüğü ile uygulanacaktır. Ayrıca bu girişimler size öğretilerek evde gebelik testine kadar olan sürede yapmanız istenecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacak ve bu süreçte sizin de katılımınızla birlikte doğurganlığa hazıroluşluk düzeyinizin artırılması, infertiliteye ve tedaviye bağlı artan stres düzeyinizin azaltılması ve stres ile daha etkin baş etme yöntemleri geliştirmenizin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Sizden elde edeceğimiz bilgiler sadece bilimsel veriler elde edilmek üzere kullanılacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tamamiyle özgürsünüz. Katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler gizli tutulacaktır.

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve anladım. Araştırma ile ilgili sözlü olarak bilgilendirildim.

Adı Soyadı:

.../.../2019

İmza:

Çiğdem ERDEMOĞLU

EK-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)

Bu araştırma hipnofertilitenin in vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etme düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacaktır. İlk form tedavi sürecinizin ikinci muayene gününüzde ve ikinci form embriyo transfer gününüzde uygulanacaktır. Sizden elde edeceğimiz bilgiler sadece bilimsel veriler elde edilmek üzere kullanılacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tamamiyle özgürsünüz. Katıldığımız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler gizli tutulacaktır.

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve anladım. Araştırma ile ilgili sözlü olarak bilgilendirildim.

Adı Soyadı: .../.../2019

İmza:

Çiğdem ERDEMOĞLU

EK-6: Kişisel Tanıtım Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- İlkokul Ortaokul Ortaöğretim Üniversite

3. Mesleğiniz nedir?

- Çalışmıyorum İşçi Memur Özel Sektör

4. Eşiniz kaç yaşındadır?

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- İlkokul Ortaokul Ortaöğretim Üniversite

6. Eşinizin mesleği nedir?

- Çalışmıyor İşçi Memur Özel sektör

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Düşük Orta Yüksek

8. Yaşadığınız yer:

- İl İlçe Köy

9. Aile yapınız nedir?

- Çekirdek Geleneksel (kayınvalide ve kayınpeder vb. ile birlikte)

10. Ne kadar süredir evlisiniz?.....

11. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak için tedavi görüyorsunuz?

.....ay/yıl tedavi görüyorum.

12. Kaç defa IVF tedavisi oldunuz?

- İlk defa 2 ve üzeri

EK-7. Fertilitte Desteği Alan Kadımlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği

Maddeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	5	4	3	2	1
1. Gebe kalabilmem için bedenim mükemmel alışıyor.					
2. Rahmim artık gebelik için hazır.					
3. Tedaviler sırasında rahatlamak için elimden gelen her şeyi yaparım.					
4. Muayene günümü beklerken rahat olabileceğime inanıyorum.					
5. Test sonuçlarımı beklerken rahat olabileceğime inanıyorum.					
6. Rahatladığımda doğurrganlık organlarıma daha çok oksijen ve kan gittiğinin farkındayım.					
7. Rahatladığımda gebelik için gerekli hormonları düzenli salgıladığımın farkındayım.					
8. Rahatlatıcı müzikler dinlemenin gebe kalmamı kolaylaştıracadığının farkındayım.					
9. Bedenim reme hormonlarımlın sağlıklı ve dengeli olması için alışıyor.					
10. Beynim sayesinde hormonlarımlı olumlu ynetebileceğime inanıyorum.					
11. Gebelik konusunda bedenime ve beynime güveniyorum.					
12. Gebe kalma konusundaki duygularımı olumlu ynetebileceğime inanıyorum.					
13. şu anda gebeliğe ilişkin sadece olumlu düşüncelere odaklanıyorum.					
14. Gebe kalma ile ilgili olumlu düşüncelerimi her geçen gün artırıyorum.					
15. Gebe kalma ile ilgili sadece olumlu kelimeler kullanıyorum.					
16. Çevreden gebe kalma ile ilgili sadece olumlu mesajları alıyorum.					
17. Olumlu düşüncelerin üreme organlarımlı için yararlı olduğunun farkındayım.					
18. Geleceğe gebe kalma umuduyla bakıyorum.					
19. Gebe kalabilmem için tedavinin yararlı olacağına inanıyorum.					
20. Gebelik şansımı artırmak için yeni tıbbi seçeneklere olumlu bakıyorum.					
21. Gebelik şansımı artırmak için geleneksel uygulamalara olumlu bakıyorum.					
22. Dengeli ve düzenli beslenmenin gebelik şansımı artırdığımın farkındayım.					
23. Düzenli egzersizin gebelik şansımı artırdığımın farkındayım.					

EK-8: İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ)

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

İnfertilite sorununuz aşağıdaki durumlar üzerine ne kadar stres yükledi?	Çok Fazla	Biraz	Az	Hiç
	1	2	3	4
5. Evliliğimize/ilişkinize				
6. Cinsel yaşamınıza				
7. Kendi ailenizle ilişkinize				
8. Eşinizin ailesiyle ilişkinize				
9. Arkadaşlarınız ile ilişkinize				
10. İş arkadaşlarınız ile ilişkinize				
11. Çocukları olan insanlar ile ilişkinize				
12. Gebe kadınlar ile ilişkinize				
13. Fiziksel sağlığınıza				
14. Ruh sağlığınıza				

EK-9: İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Ölçeği (İSBÇÖ)

İnsanlar infertilite sorunuyla farklı yollarla başa çıkmaktadır. Siz nasıl başa çıkarsınız? Ben	Kullanmadım	Bazen kullandım	Sık sık kullandım	Çok sık kullandım
	1	2	3	4
1. Gebe kadınlar ve çocuklarla birlikte olmaktan kaçınıyorum				
2. İnsanlar gebelik ve çocuklar ile ilgili konuştuklarında ortamı terk ederim				
3. Duygularımı kendime saklamaya çalışırım				
4. Aklımı bu konulardan uzak tutabilmek için işe sarılırım veya başka iş yaparım				
5. Bir yolunu bulup duygularımı dışa yansıtırım				
6. Başkalarının ilgi ve anlayış göstermelerini beklerim				
7. Çocuğu olmayan başka kişilere danışırım				
8. Bir yakınıma veya arkadaşşıma danışırım				
9. İnfertilite ile ilgili (Kitap, broşür v.b) okurum veya televizyon izlerim				
10. Bir mucize olmasını ümit ederim				
11. Yapabileceğim tek şeyin beklemek olduğunu hissederim				
12. İşlerin nasıl değişebileceğıyle 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
	1	2	3
18. Çocuğumuzun olmaması ile ilgili duygularımı			
19. Testlerin ve tedavilerin beni duygusal olarak nasıl etkilediğini			

EK-10. Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği İzin Yazısı

02.05.2020

İnönü Üniversitesi Posta - Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği İzin Yazısı



ÇİĞDEM ERDEMOĞLU <cidem.erdemoglu@inonu.edu.tr>

Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği İzin Yazısı

2 ileti

ÇİĞDEM ERDEMOĞLU <cidem.erdemoglu@inonu.edu.tr>
Alıcı: sevcan_fata@hotmail.com

30 Nisan 2020 22:02

Merhaba, ben İĞdem Erdemoğlu. İnönü Üniversitesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Danışmanım Doç. Dr. Yeşim Aksoy Derya ile birlikte doktora tez çalışmamda in vitro fertilizasyon uygulanan kadınların fertilitteye hazıroluşluklarını değerlendirmek için geliştirmiş olduğunuz "Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği"nden yararlanmak istiyoruz. İlginiz için teşekkür ederim.

sevcan fata <sevcan_fata@hotmail.com>
Alıcı: ÇİĞDEM ERDEMOĞLU <cidem.erdemoglu@inonu.edu.tr>

2 Mayıs 2020 12:53

Fata ve Aluş Tokat (2020) tarafından geliştirilen "Fertilitte Hazıroluşluk leği"ni kullanmanızdan memnuniyet duyacağız.

Araç.Gör.Dr. Sevcan Fata
Doç. Dr. Merlinda Aluş Tokat

Araç.Gör.Dr. Sevcan FATA
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakóltesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İnciraltı/İzmir, Türkiye
Tel: 0232 412 69 75

Gönderen: ÇİĞDEM ERDEMOĞLU <cidem.erdemoglu@inonu.edu.tr>
Gönderildi: 30 Nisan 2020 Perşembe 22:02
Kime: sevcan_fata@hotmail.com <sevcan_fata@hotmail.com>
Konu: Fertilitte Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilitte Hazıroluşluk leği İzin Yazısı

[Ayrıntılanın için gizerin]

ölçek kullanım izni.docx
651K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=ed2d96ed56&view=pt&search=all&permthid=ftread-a%3Ar-2824442405829363016&siml=msg-a%3Ar-7863...> 1/1

Scanned by CamScanner

EK-11. İnfertilite Stresi Ölçeği (İSÖ) ve İnfertilite Sresi ve Baş Etme Ölçeği (İSBÇÖ) İzin Yazısı

02.05.2020

İnönü Üniversitesi Posta - Fw: İnfertilite stres ölçeği izin



ÇİĞDEM ERDEMOĞLU <ciğdem.erdemoglu@inonu.edu.tr>

Fw: İnfertilite stres ölçeği izin

1 mesaj

Tulay Yılmaz <tulaymert@hotmail.com>

14 Kasım 2018 21:54

Alıcı: "ciğdem.erdemoglu@inonu.edu.tr" <ciğdem.erdemoglu@inonu.edu.tr>

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

Dr. Öğretim Üyesi Tülay YILMAZ
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi
34740 Bakırköy/İSTANBUL/TURKIYE
e-mail: tulaymert@hotmail.com
tyilmaz@istanbul.edu.tr
Telefon:+90 212 414 15 00/ 40140
Fax: +90 212 414 15 15

Tulay YILMAZ, Obstetrics and Gynecology Nurse, PhD
Istanbul University Faculty of Health Science Department of Midwifery
Demirkapi Cad. Karabal Sk. Bakirkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi
34740 Bakirkoy/İSTANBUL/TURKIYE
e-mail: tulaymert@hotmail.com
tyilmaz@istanbul.edu.tr
Telefon:+90 212 414 15 00 / 40140
Fax: +90 212 414 15 15

4 eklenti

- tulay_sahin yilmaz_tez.pdf
3616K
- sağlık bilimleri ve meslekler dergisi derleme.pdf
357K
- 9_Yilmaz_originial_9_2.pdf
294K
- 54_tulayyilmaz_original_10_3.pdf
132K



EK-13. Araştırmacı İnfertilite Destek Programı Sertifikası



İNFERTİLİTE DESTEK PROGRAMI SERTİFİKASI

Adı Soyadı : Çiğdem ERDEMOĞLU
TC. No : 13717359422
Sertifika No : 05727
Eğitim Dönemi : 02.06.2019 – 02.07.2019

Sayın Çiğdem ERDEMOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesinde yürütölen BSTB-031622 kodlu TC. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı projesi kapsamında yer alan 92 (doksaniki) saatlik "İnfertilite Destek Sertifika Programı" nı başarı ile tamamlayarak, bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

03.07.2019

ONAY TARİHİ


PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ
Dr. A. Haluk YILDIRIM

EK - 14. Hipnofertilite Broşürü

Bu broşür;

BEYİN ve BEDENİNİZİ olumlu etkileyerek stres ile etkili baş etmenizi sağlayacak

HİPNOFERTİLİTE yöntemini tanıtmak için hazırlanmıştır.

İçinde olumlama, gevşeme, hayal etme ve görselleştirme yöntemleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Böylece tüp bebek tedavisi sürecinde kendinizi daha iyi hissedebilir ve tedavi sürecini daha rahat geçirebilirsiniz.



Doğurganlık
doğal bir
işlevdir

Hipnofertilite?

Güçlü ve etkili
beyin-beden
etkileşimine
dayanır.

▪ OLUMLAMA YÖNTEMİ



Olumlu ifadelerle bilincin pozitif etkilenmesi amaçlanmaktadır. Olumlamalar *kişisel, pozitif, kesin, şimdiki zaman, mantıklı ve uygulanabilir* cümlelerden oluşmalıdır.



BEDENİM MÜKEMMEL ÇALIŞIYOR

BEDENİME VE BEYNİME
GÜVENİYORUM

BEN DOĞURGAN BİR KADINIM

BEDENİM GEBELİK İÇİN HAZIR

YUMURTALARIM GÜN GEÇTİKÇE
ÇOĞALYOR

RAHMİM GEBELİĞE HAZIRLANIYOR

▪ GEVŞEME YÖNTEMİ

Rahatlatıcı sözsüz bir müzik dinleyerek işlemler öncesinde ve esnasında gevşeyebilirsiniz.



Sırt üstü uzanın, yavaşça gözlerinizi kapatın. Nefes alın ve yavaşça verin. 1 veya 2 dakika kadar derin nefes alıp

Dikkatinizi sağ ayak
parmaklarınıza yöneltin.

Her bir nefesinizin



Daha sonra dikkatinizi sağ ayak tabanınıza yönlendirin ve bu bölgeyi hissedin ve her nefesinizin ayak tabanınızdan aktığını hayal edin. 1-2 dakika sonra dikkatinizi sağ ayak bileğinize yönlendirin ve tekrarlayın. Sonra yavaş yavaş sol baldır, diz, uyluk, kalça için tekrarlayın.



Sağ el parmaklarınıza odaklanın ve el bileği, ön kol, dirsek, üst kol ve omuzlara doğru hareket edin. Sol kol için tekrarlayın. Boyun ve boğaz üzerinden geçerek, son olarak yüzünüze, başın arkası ve başın en üst kısmına ulaşın. Çene, ağız, dudaklar, dil, burun, yanaklar, gözler, alın, şakak ve saçlı derinize odaklanın. Başın en üst bölgesine

Nefesinizi tüm vücudunuza aşama aşama olarak gönderdikten sonra, bir an sessizlik ve huzur içinde rahatlayın. Vücudunuzun nasıl hissettiğini fark edin. Sonra yavaşça gözlerinizi açın.

▪ HAYAL ETME YÖNTEMİ



Kendinizi gergin, huzursuz hissettiğinizde tedavi ile ilgili veya tedavi sonuçlarına yönelik (gebelik ve bebek vb.) hayaller kurarak stresinizi azaltabilirsiniz.

İlaç kullandığınız aşamada yumurtalıklarınıza giden kan akımının arttığını ve sağlıklı çalıştığını ayrıca; yumurtalarınızın çoğaldığını ve geliştiğini hayal

Transfer aşamasından sonra rahminizin gevşemiş, rahat, genişlemiş ve damarlarında kan akımının arttığını ve rahminizin kanlandığını ve bebeğin yerleşeceği yatağın artık hazır olduğunu hayal edin.

▪ GÖRSELLEŞTİRME YÖNTEMİ

Zihninizde bir görsel yaratarak buna tat, koku ve ses ekleyebilirsiniz.



Zihninizde tedavi sonrası bebek sahibi olduğunuzu canlandırabilirsiniz.



Zihninizde
canlandırdığınız bebeğin
kokusunu hissedebilir veya
sesini duyabilirsiniz.

