

İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı

Infertility Counseling

Seçil Seymenler, Diğdem Müge Siyez

Öz

İnfertilite, yaşamı tehdit edici bir sağlık sorunu olmamasına rağmen, çiftler üzerinde psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal olarak etkileri olan karmaşık bir yaşam krizidir. İnfertil çiftler sadece tıbbi bir durumla karşı karşıya kalmamakta, aynı zamanda birtakım duygusal deneyimler de yaşamaktadırlar. İnfertil çiftlerin duygu, düşünce ve inançları infertil olmanın sonucu olarak sıklıkla değişime uğramaktadır. Buna bağlı olarak çoğu çift, bilgi ve deneyimleriyle gerekli desteği sağlayan infertilite psikolojik danışmanına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu yazıda yeni bir alan olarak gelişmekte olan infertilite psikolojik danışmanlığının kapsamının tanımlanması amaçlanmaktadır.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, psikolojik danışma, infertilite danışmanlığı.

Abstract

Although infertility is not a life threatening health problem, it is a complex life crisis that has psychological, physical, economic and social effects on couples. Infertile couples are not only confronted with a medical condition, but also have some emotional experiences. The feelings, thoughts and beliefs of infertile couples are frequently changing as a result of being infertile. Accordingly, most couples may need an infertility counselor who provides the necessary support with their knowledge and experience. In this context, this review aims to define the scope of developing infertility counseling as a new field.

Key words: Infertility, counseling, infertility counseling.

İNFERTİLİTE, 12 ay veya daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmaması olarak tanımlanan bir üreme sistemi hastalığıdır (Zegers-Hochschild ve ark. 2009). Yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, insan yaşamının gelişimsel açıdan beklendik bir yaşantısı olan anne baba olamama durumu, hem bireysel hem de toplumsal açıdan önemli etkileri olan bir kriz olarak değerlendirilmektedir (Burns 2007).

İnfertilite görülme sıklığı her toplumda farklı olmakla birlikte dünya genelinde 80 milyondan fazla insanı etkilediği tahmin edilmektedir (Cousineau ve Domar 2007). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), tüberküloz, doğum ya da kürtaj sonrası ciddi enfeksiyonlara sık rastlanması ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin sınırlı olması infertilite görülme sıklığını etkileyen en önemli faktörlerdir. Türkiye’de infertilitenin evli çiftlerin %10-20’sini etkilediği bildirilmektedir (Taşçı ve ark. 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013) verilerine göre ise, 15-49 yaş arasında hiç çocuk sahibi olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı 2008 yılında %3.9 iken, 2013 yılında

%11.2 olarak saptanmıştır.

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, etkilediği çiftin ruh sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). İnfertilitenin hem kendisi hem de üreme yardımı için uygulanan inceleme ve tedavi yaklaşımları çift için ciddi bir psikolojik yük oluşturmaktadır. Kadınların yaklaşık %50'si, erkeklerin %15'i infertilitenin hayatlarının en üzücü deneyimi olduğunu bildirmektedir (Freeman ve ark. 1985). Edelman ve Connolly (1987) tarafından 1975-1985 yılları arasında yürütülen 832 infertil çiftin katıldığı bir çalışmada katılan çiftlerin üçte birinin psikolojik danışma ve bilgi desteğine ihtiyacı olduğu bildirilmiştir. Read ve arkadaşları (2014) tarafından 32 Kanadalı infertil çift ile yapılan çalışmada da, çiftlerin çoğunun tedavileri sırasında psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu fakat yalnızca ihtiyaç duyanların yarısının böyle bir destekten yararlandığı görülmüştür. Katılımcılar, psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için akran danışmanlığı, deneyim paylaşımı, çift danışmanlığı ve tedavi prosedürü sırasında rehberlik gibi destek programlarına ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Ülkemizde son yıllarda infertilitenin neden olduğu psikososyal sorunları inceleyen çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, infertilite tanısı alan çiftlerin çift uyumunda daha fazla sorun yaşadığı (Güleç ve ark. 2011), infertil kadınların infertil erkeklere göre evlilik uyumunda daha fazla düşüş olduğu (Bodur ve ark. 2013) ve infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği (Çavuşoğlu 2015) saptanmıştır. Bu bağlamda biyopsikososyal bir kriz olarak görülen infertilitenin bireylerin hayatında yarattığı zorluklar göz önüne alındığında, araştırmacılar ve klinisyenler tarafından psikolojik danışmanın tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği savunulmaktadır (Boivin 2003, van den Broeck ve ark. 2010).

Bireysel, çift ya da grup temelli psikolojik destek ve müdahale programlarının infertilitede hem doğum oranlarına hem de psikolojik sağlığa olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (Göcek Yorulmaz ve Tekinsav Sütcü 2016). Bu nedenle infertilite kriziyle duygusal olarak baş edebilmeleri için yeterli kaynağa sahip olmayan çiftlere profesyonel yardım sunmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde bu alanda nitelikli bir hizmet sunma konusunda önemli bir boşluğun olduğu görülmektedir. Bu amaçtan yola çıkarak bu derlemede, yeni bir alan olarak gelişmekte olan infertilite psikolojik danışmanlığının amacı, gereken yeterlilikler, kullanılan müdahale türleri ve yöntemleri ele alınmıştır.

İnfertiliteye Özgü Kuramsal Çerçeve

Kayıp ve Yas Yaklaşımı

İnfertil bireyler, çocuk yetiştirme deneyimini kaybetmekle kalmayıp, yaşamlarının amacı, fiziksel ve psikolojik iyi oluş, hamilelik deneyimi, doğurganlık, üreme becerisi gibi yaşamlarının birçok yönünde kayıplar yaşamaktadırlar (Kuchenhoff 1999, Lukse ve Vacc 1999, Harris ve Daniluk 2010,). Bir bebeğe sahip olamama yetersizliğinin yansıması olarak, kişisel kontrol kaybı ve güven kaybı sıklıkla görülmektedir (Gibson 2007). Bu çoklu kayıplardan dolayı, infertil bireyler her yaş tepkisinde olduğu gibi şok, inkar, öfke, suçlama ve suçluluk gibi duygular yaşamakta ve kontrol kaybı, özgüven azalması, anksiyete ve depresyon uzun süre devam edebilmektedir (Burns ve Covington 2006).

İnfertiliteye özgü yas yaklaşımı Burns ve Covington (2006) tarafından matem sendromu olarak adlandırılmıştır. Bu bağlamda 'matem', cenaze törenlerinde kadınların ağlayıp ağıt yaktığı, erkeklerinse ağlayanları kasvetli bir sessizlikle izlediği İrlandalıların yas tutma geleneklerine atıfta bulunmaktadır. İnfertilite matem sendromu kadınların ağladığı, erkeklerinse kendilerini sözel olarak ifade etmeden çoğunlukla çiftin ortak kayıbdan duygusal olarak uzak tuttuğu yas tepkisini yansıtmaktadır (Burns ve Covington 2006). Sonuç olarak, infertilitenin neden olduğu kayıpları kabul etme ve uygun yas tepkilerini göstermedeki başarısızlık, tedavi ve aile kurma alternatifleriyle ilgili muhtemel kararların yanı sıra çiftin uzun vadede infertiliteye uyum sağlamasını da etkilemektedir (Burns ve Covington 2006). Bu yaklaşım, keder ve yas durumunda sadece cinsiyet farklılıklarını değil, aynı zamanda kadınların infertilitenin yarattığı duygusal yükü adil olmayan bir şekilde üstlendiğini de yansıtmaktadır (Burns ve Covington 2006).

Bireysel Kimlik Teorileri

Olshansky'nin (1987) öne sürdüğü infertilitenin benlik algısına bütünleştirme modelinde, bireylerin benlik algısının değiştiği ve kendilerine ait diğer önemli kimlikleri bir kenara bırakarak kendi kimliklerini infertil olarak kabul ettiği görülmektedir. Bu kuramsal yaklaşıma göre infertilite eksiklik, umutsuzluk ve utanç duyguları yaratarak ya da bunları şiddetlendirerek bireyin benlik algısını değiştirmektedir (Burns ve Covington 2006). Kadınlar genellikle kişisel ve toplumsal rollerini yerine getiremedikleri için eksik ve yetersiz hissederken, erkekler genellikle aşağılanmış, utanmış ve öfkeli hissetmektedirler. Bu teorinin temel anlayışı, infertilite yaşayan bireylerin infertiliteyi bireysel kimliğine, benlik algısına veya benlik tanımına dâhil olmalarıdır (Burns ve Covington 2006). Böylece birey, kişisel kimliğinin ötesine geçerek 'infertil' olarak hareket edebilmekte ve kendilik kimliğini infertil olarak benimseyerek bu durumun üstesinden gelebilmektedir (Olshansky 1987). İnfertil kadınlarda kimlik sorunlarını ele alan bir diğer teorik yaklaşım Kikendall'ın öz-tutarsızlık teorisidir. Bu teorik yaklaşıma göre infertilite, bir kadının anne veya kadın olarak kendisinin ideal benlik algısı ile infertil olduğu için gerçek benlik algısı arasında çatışma yaşadığı kişisel bir kimlik krizidir (Kikendall 1994).

Stres ve Baş Etme Teorileri

İnfertilite genellikle ebeveyn olma gibi önemli yaşam hedeflerini tehdit eden, kişisel kaynakları zorlayan, geçmişten gelen çözülmemiş problemleri uyandırma potansiyeline sahip olan çözülemez bir yaşam krizi olarak algılanmaktadır. İnfertilite tanısı alan bireyler mevcut başa çıkma stratejileri ışığında çözülmeyen bir durumla karşı karşıya kalmaktadırlar (Menning 1977, Stanton ve Dunkel-Schetter 1991, Burns ve Covington 2006), infertilitenin tahmin edilemezlik, olumsuzluk, kontrol edilemezlik ve belirsizlik boyutlarının bireyler tarafından stres verici olarak görüldüğünü belirtmektedir. Stres ve başa çıkma teorilerinin infertiliteye uygulanması; hangi durumlarda infertilitenin daha fazla stres verici olarak algılandığının, infertilite tanısı alan birey ve çiftlerin uyum sağlamasını kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlerin neler olduğunun, stresin azaltılması için hangi terapötik müdahalelerin daha faydalı olduğunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (Covington ve Burns 2006).

Sosyal Yapı ve Stigma (Damgalama) Teorileri

İnfertilite tanısı alan bireyler bu süreci, değişim içinde olan kişilerarası ilişkiler bağla-

mında deneyimlemektedirler. Sosyal etkileşimler, aile sistemleri, din, kişisel değerler, kültür ve dil infertil bireylerin yeni bir benlik hissi geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Toplumun yetişkinlik dönemine geçen bireylerden anne-baba olmasını beklemesi, infertil bireylerin kimlik krizi yaşamasına neden olabilmektedir (Burns 2005). Özdeğer, cinsel kimlik ve evliliğin anlamı genellikle ebeveynlik yoluyla ortaya koyulmaktadır ve ebeveyn rolünü yerine getirmekteki başarısızlık, yeni bir kimlik inşasına neden olabilmektedir (Shepherd 1992, Gonzalez 2000).

Toplumsal beklentiyi yerine getirme mücadelesine ek olarak, infertil çiftler çocuk-suzluk damgasıyla da baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Çocuk sahibi olamamak birçok kültürde utanç verici olarak algılanmaktadır. İnfertilitenin stigma (damgalama) olarak algılanması; yabancılaşma ve toplumdan izole hissetme ile ilgili olumsuz benlik algıları, başkalarının davranışlarının olumsuz, küçümseyici ve acımasız olarak yorumlanması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Gonzalez, 2000). İnfertil kadın ve erkeklerde damgalanma kavramı benlik algısının kaybı, kültürel normları yerine getirmede başarısızlık ve azalmış saygınlık algısını içermektedir. Bu teorik çerçeve infertilitenin kültürel ve varoluşçu bir deneyim olduğunun anlaşılmasına temel oluşturmaktadır (Singer ve Hunter 2003, akt. Covington ve Burns 2006).

Aile Sistemleri Teorisi

İnfertilite, ailenin üretkenliğini tehlikeye atması ve ailenin genişlemesini engellemesi nedeniyle kuşaklararası bir gelişimsel aile krizi olarak ele alınmaktadır. Aile sistemleri teorisinde kültürel faktörler, genetik bozuklukların teşhisi, aile oluşturma alternatifleri, yardımcı üreme teknikleriyle ilgili aile “sırları” gibi çeşitli bağlamlarda infertiliteye uygulanmaktadır. Aile sistemleri teorisi, bireysel direncin ve sadece çiftin değil aynı zamanda geniş ailelerin de uyum sağlamasını kolaylaştıran bir aile gücünün ortaya çıkarılması için infertilite psikolojik danışmanlığında kullanılmaktadır (Daly 1999, Covington ve Burns 2006). Matthews ve Matthews (1986), aile yaşam döngüsü modelini kullanarak, kimlik karmaşası ve infertil rolüne uyum sağlamanın aile stresini ve krizi hızlandırdığını ileri sürmüşlerdir. Buna göre, “ebeveyn olmamaya” geçiş olarak infertilite, infertil çiftin ebeveynliğe beklenen geçişi yapamamasının sonucu olarak değişen yaşam görevlerini, belirsiz rolleri, hem çiftin kendi ilişkisinde hem de köken aileleriyle ilişkilerinde belirsiz sınırları temsil etmektedir. Aile sınırlarındaki belirsizlik, evlilik ve aile işlevlerini etkileyen ve hatta bozan aile ilişkileri ve rollerindeki belirsizliğe atıfta bulunmaktadır. İnfertil çiftlerin belirsiz sınırları duygusal olarak acı vericidir ve çiftler için uzun süreli etkilere neden olabilmektedir. Çünkü özlem duyulan çocuk, her eşin idealize edilmiş bölümlerini temsil eden ideal bir çocuk haline gelmekte ya da çocuğa sahip olamamanın nedeni bireyin kendi ya da eşinin olumsuz bir özelliği (ya da hatası) olarak algılanabilmektedir. Bazı çiftler kendilerini mahremiyetlerinin ihlaline karşı korumak için infertilite konusuna sert sınırlar getirmektedirler; ancak bu durum potansiyel olarak da arkadaş ve ailelerinden tecrit ve yabancılaşmaya neden olabilmektedir. Bazı çiftler ise, başkaları ile çok fazla bilgi paylaşan veya eşinin kişisel sınırlarını göz ardı eden geçirgen sınırlar yaratabilmektedirler.

Evre Teorileri

Read (1995) tarafından önerilen infertilite psikolojik danışmanlığı modeli teşhis, duyguları yönetme, eylem planı yapma, tıbbi tedaviyi anlama ve tedavi sonuçlarını bekleme

olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır. Bu model, Egan'ın gelişimsel yardım modelinin (keşif, yeni anlayış, eylem) yanı sıra Kubler-Ross yas danışmanlığı modeline (inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul) ve Worden'ın yas görevleri modeline (kaybın gerçekliğini kabul etmek, yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duyguları ifade etmek, ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyum sağlamak, duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmek) dayanmaktadır.

Diamond ve arkadaşları (1999) infertilitenin belirme, harekete geçme, probleme dalma, çözüm ve miras olmak üzere beş aşaması olduğunu belirtmektedir. Belirme, çiftlerin problemin farkına varmaya başladığı ve sonunda tıbbi yardım aramaya başladığı aşamadır. Harekete geçme, çiftin tanı testine başladığı tıbbi alandaki ilk adımı belirtmektedir. Kesin bir tanı konulması durumunda, özellikle de ikincil infertilite durumunda daha fazla şok, güvensizlik ve inkâra neden olabilmektedir. Çift, ortaya çıkacak muhtemel birçok kayıptan ilkiyle karşı karşıya kaldığı için ilişkide problemler ortaya çıkabilmektedir. Probleme dalma, giderek daha fazla test ve tedavinin uygulandığı en karmaşık ve zorlu aşamadır. Bu aşamada, çift yaşam döngüsünün ebeveyn olma evresine ilerleyemediği için "sınırdaki kalma (limbo)" ve "ebeveyn olamama" duyguları ön plana çıkmaktadır. Bu dönemin sonlarında çift, daha önce düşünmediği yardımcı üreme teknikleri veya evlat edinme gibi aile kurma alternatifleri hakkında düşünmek zorunda kalabilmektedir. Çözüm, (1) tıbbi tedaviyi sonlandırma, (2) genetik olarak çocuk sahibi olamamanın yarattığı kayıp duygusunu kabullenme ve yas tutma, (3) evlat edinme ya da çocuksuzluk gibi olası diğer seçeneklere tekrar odaklanma gibi birbiriyle örtüşen üç alt evreden oluşmaktadır. Miras, çiftin özellikle önemli kayıplarını ele almaları durumunda infertilitenin sonucu olarak ortaya çıkan evlilik sorunları, cinsel sorunlar ve ebeveynlik sorunlarını içeren infertilite tedavi deneyimi sonrasında kapsamaktadır.

Deveraux ve Hammerman (1998), infertiliteyi kimlikle bütünleştirmeyi, infertil bireylerin güçlendirilmesini, infertilitenin yönetimini, kayıp ve kederi infertilitenin doğasında olan unsurlar olarak kabul etmeyi içeren bir infertilite psikolojik danışmanlığı modeli önermektedir. Bu model bilişsel yeniden yapılandırma, günlük tutma, ritüel geliştirilmesi, metaforların ve benzetmelerin kullanılması, pragmatik problem çözme ve yaratıcı karar verme gibi çeşitli terapötik müdahaleleri kullanmayı teşvik etmektedir.

Cooper-Hilbert (1998), çiftin diyalogunun genişlemesi, çekirdek aile ilişkisi kurma, geniş aile ile olan ilişkileri yeniden tanımlama gibi çiftin gelişimsel aşama ve görevlerine odaklanmaktadır. Bu modele göre, psikolojik danışmanın ilk aşamasının en önemli amacı çiftin infertilite deneyiminin normalleştirilmesidir. İkinci aşamanın amacı, herhangi bir ciddi bireysel psikolojik bozukluğun değerlendirilmesi ve tedavisi, infertilite hakkındaki eşin duygularının ifadesinin ve kabulünün teşvik edilmesi, infertilite ile ilgili duyguların normale döndürülmesine devam edilmesidir. Ayrıca bu aşamada psikolojik danışman, cinsellik, benlik algısı ve özgüvenin çocuk sahibi olma konusundan ayrı olarak ele alınması için çifte destek olmalıdır. Psikolojik danışmanın son aşamasının amacı ise infertilitenin kabul edilmesidir. Başa çıkma becerilerini güçlendirme, hedef belirleme, karar verme, stres yönetimi ve infertilite deneyimine anlam vermeyi kolaylaştırma bu aşamanın ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir.

İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı

İnfertilite psikolojik danışmanlığı, birey ve/veya çifte infertilite tanı, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında; ruh sağlığı alanında uzman bir kişi tarafından bilgi ve beceri kazandı-

rarak bilinçlendirmek, tedavi ile ilgili karar vermelerine ve infertilitenin yarattığı yıkıcı duygularla başa çıkmalarına yardımcı olmak olarak tanımlanmaktadır (Applegarth 2006). İlgili alanyazın incelendiğinde infertilitenin 1980'li yıllara kadar, kadınların anne olmaya yönelik ambivalan duygularını ya da anneleriyle ilişkilerindeki çözülmemiş duygularını yansıtan psikosomatik bir durum olarak değerlendirildiği ve genellikle tedavinin psikanalitik yönelimli psikiyatristler tarafından sunulduğu görülmektedir (Covington 2006).

Menning (1980) ise duygudurumunun infertilitenin bir nedeni değil bir sonucu olduğunu öne sürerek, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yaşayan infertil bireylere duygusal destek sağlamak ve infertilite konusunda eğitim yoluyla halkın farkındalığını artırmak amacıyla Resolve the National Infertility Association (RESOLVE) isimli organizasyonu kurmuştur. İnfertilite ile ilgili alanyazın giderek infertilitenin psikosozal etkilerini tanımış ve infertilite tedavisi gören bireylere destekleyici danışmanlığın önemini vurgulamaya başlamıştır (Covington 2006). Birleşik Krallıkta 1978 yılında yardımcı üreme teknolojileriyle gerçekleşen doğumdan sonra infertilite psikolojik danışmanlığı, infertilite tedavisinin bir parçası olarak görülmeye başlanmıştır (Covington 2006).

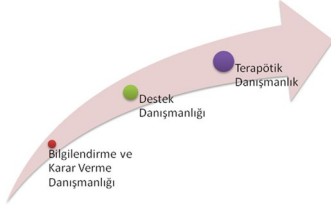
1980'li yıllardan itibaren Birleşik Krallık'ta üreme sağlığı konusunda politika geliştiren ve bunların etik ve yasal boyutlarıyla ilgilenen kurum ve kuruluşlar (örn: The Warnock Committee, Human Fertilisation and Embryology Authority [HFEA] gibi) infertilite tedavisi gören bireylere psikolojik danışmanlık hizmetinin sunulmasını önermektedir (Department of Health and Society Security 1984, Human Fertilisation and Embryology Authority 1991). Günümüzde ABD (Mental Health Professional Group of American Society for Reproductive Medicine [ASRM] 1995), Almanya (Counseling Network for Infertility Germany 2009a, Counseling Network for Infertility Germany 2009b, 2009c, 2010), Arjantin (Fernandez ve Girolami 2006), Avustralya ve Yeni Zelanda (Austrian and New Zeland Infertility Counsellors Association [ANZICA] 2003), Birleşik Krallık (British Infertility Counselling Association 2013), İspanya (Psychological Interest Group of the Spanish Fertility Society 2010), Kanada (Counseling Special Interest Group of the Canadian Fertility and Andrology Society 2009) gibi çeşitli ülkelerde infertilite ile mücadele etmekte olan çiftlere profesyonel olarak psikolojik destek vermek için kurulmuş meslek örgütlerinin varolduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra uluslararası çalışmalar yürüten (örn: Psychology and Counselling Special Interest Group of the European Society for Human Reproduction and Embryology [ESHRE], International Infertility Counseling Organization [IICO] gibi) organizasyonlar da bulunmaktadır.

Amacı

İnfertilite psikolojik danışmanları, danışanlarıyla psikodinamik, birey merkezli, bilişsel-davranışçı ya da çözüm odaklı gibi farklı kuramsal yaklaşımlara dayanarak çalışabilmektedirler. Kullandıkları yöntemler birbirinden farklı olmasına rağmen, tüm infertilite psikolojik danışmanları çiftin duygusal iyi oluşuyla ilgilenmek ve ihtiyaç duymaları durumunda psikolojik sağlamlık ve kaynaklarını arttırmak gibi aynı ortak amaç için çalışmaktadırlar (Norre ve Wischmann 2011). İnfertilite psikolojik danışmanının çifte karşı sorumlulukları şu şekilde özetlenmektedir (Wischmann ve ark. 2002, Thorn ve Wischmann 2009, van den Broeck ve ark. 2010, Norre ve Wischmann 2011):

- a. Çiftin infertil olmaya yönelik ambivalan duygularını açıklığa kavuşturmalarına

- yardımcı olmak,
- Çocuk sahibi olmak için kullanılacak tedavi yöntemlerine dair ambivalan duygularını açıklığa kavuşturmalarına yardımcı olmak,
 - Başarısızlıkla sonuçlanan müdahalelerin yarattığı karmaşık duygularla başa çıkmalarına yardımcı olmak,
 - Çiftin duygusal sınırlarını göz önüne alarak, tedavinin sona erdirilmesi ihtimalini de içeren seçeneklerle ilgili karar vermelerine yardımcı olmak,
 - Bir çift olarak infertiliteye dair tüm konularda daha iyi iletişim kurmalarına yardımcı olmak,
 - Belirsizlik ve kontrol edilemezlik gerçeği ile baş etmelerine yardımcı olmak,
 - Yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm konuları netleştirmeye yardımcı olmak,
 - Hamilelik veya kaybın yarattığı travmatik deneyimle başa çıkmalarına yardımcı olmak (tekrarlayan düşük, cansız doğum vb.),
 - Gerekirse, daha yoğun psikoterapi için sevk etmek.



Şekil 1. İnfertilite psikolojik danışmanlığı müdahalelerinin hiyerarşisi

Gereken Yeterlilikler

Planlı ve nitelikli bir şekilde psikolojik danışma hizmeti verecek bir konuma gelmek için ruh sağlığı çalışanları tarafından infertilitenin psikolojik ve fiziksel yönlerinin derinlemesine anlaşılması gerekmektedir. İnfertil bireylere psikolojik yardım sunmak için gereken nitelikler ülkeler arasında değişiklik göstermektedir.

ASRM (American Society for Reproductive Medicine 1995) bünyesinde faaliyet gösteren ruh sağlığı çalışanları grubu tarafından yayımlanan kılavuzda infertilite psikolojik danışmanlığı yapabilmek için belirlenen asgari yeterlilik arasında ruh sağlığı alanında yüksek lisans yapmış olmak, uygulama lisansına sahip olmak, infertilitenin tıbbi ve psikolojik yönleri konusunda eğitim almış olmak, en az bir yıllık tecrübe ve sertifikalı sürekli eğitim programlarına düzenli olarak devam etmek yer almaktadır. Birleşik Krallık'ta infertilite psikolojik danışmanlığı yapabilmek için psikolojik danışmanlık, psikoloji, danışmanlık psikoterapisi veya psikoterapi alanında en az lisans mezun olmak ve British Infertility Counselling Association tarafından akreditasyon almak yer almaktadır (British Infertility Counselling Association 2007). Almanya'da belirlenen yeterlilikler arasında ise psikososyal disiplinlerden birinde mesleki yeterliliğe sahip olmak, Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (Counselling Network for Infertility Germany) tarafından akreditasyon almak, psikolojik danışmanlık/terapi eğitimini tamamlamak, en az iki yıl klinik deneyime sahip olmak ve infertilitenin psikososyal etkileri

hakkında kanıta dayalı bilgi sahibi olmak yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde özel beceri ve eğitim gerektiren yeni bir alan olarak gelişmekte olan infertilite psikolojik danışmanlığı ile ilgili gereken yeterlilikler konusunda Türkiye’de bir düzenleme bulunmamaktadır.

Müdahale Türleri

Son yıllarda tıp dünyasında multidisipliner yaklaşımın bir parçası olarak infertil çiftler için psikolojik danışmanın tedavinin bir parçası olması gerektiği konusunda fikir birliği bulunmaktadır (van Empel ve ark. 2010). İnfertilite psikolojik danışmanlığında çiftin ihtiyaç duyduğu yardım düzeyine göre farklı müdahale türleri bulunmaktadır. Şekil 1’de görüldüğü gibi infertilite psikolojik danışmanlığında; bilgilendirme ve karar verme danışmanlığı, destekleyici danışmanlık ve terapötik danışmanlık olmak üzere farklı danışmanlık türleri bulunmaktadır.

Bilgilendirme ve karar verme danışmanlığı, infertilite danışmanlığının ilk basamağıdır. Bu aşama, infertilitenin neden kaynaklandığı, olası tedavi seçenekleri, tedaviden ne bekleyebilecekleri ve tedavi sürecinin günlük yaşamlarını nasıl etkileyebileceği gibi çiftin açık bir biçimde bilgilendirilmesini içermektedir (Norre ve Wischmann 2011). Çiftin üreme kapasitesiyle ilgili olumsuz haberleri de içeren bu bilgilendirme, çiftin üzülmesine neden olabileceği için çiftin verilen bilgilerin tümüne bu duygusal gözlemlerle baktığı görülmektedir. Bu durum, çiftin duygularıyla baş etme tarzlarını yansıtmaktadır (Norre ve Wischmann 2011). İnfertiliteyle başa çıkmaya çalışırken duygusal olarak zorluk yaşayan çiftler, destek danışmanlığından yararlanmaktadır. Bu danışmanlık türü, çiftlerin sahip olduğu duygular, şüpheler ve sorunlarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (Norre ve Wischmann 2011). Çiftin ihtiyacına göre, tedavinin her aşamasında, tıbbi tedaviye uygun bir şekilde, kısa veya uzun vadeli olabilmektedir. Bireyler ya da çiftler, daha derin bireysel ya da ilişkisel zorlukların göstergesi olabilecek duygusal problemler yaşadığında, duygusal çatışmalarını çözmek için terapötik danışmanlığa ihtiyaç duymaktadırlar (Verhaak ve ark. 2010). Bu aşamada infertilite tedavisinin geçici olarak arka planda bırakılıp, çiftin duygusal problemleri üzerinde yoğun olarak çalışılması yaygın olarak görülmektedir.

Yukarıda bahsedilen danışmanlık türlerine ek olarak, aniden ortaya çıkan önemli fakat geçici zorluklarla karşı karşıya kalan bireylerin başa çıkma kaynaklarını güçlendirmek için kriz danışmanlığı kullanılmaktadır (Bancroft ve Graham 1996, Applegarth 2006). Genel olarak kriz durumunda olduğu değerlendirilen infertil çiftlerin yaşadığı zorluklar nadiren geçici olmaktadır. Bununla birlikte, kriz içinde kriz olarak görülen başarısız tedaviler, prematüre over yetmezliği, gebelik kaybı, tedaviyi kesmek için ani öneriler infertil çiftlerin beklenmedik zorluklarla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Applegarth 2006). Krize müdahalenin amacı, ortaya çıkan kriz durumunun yapısına göre değişmekle birlikte, belirtileri hafifletme, bir önceki işleyiş seviyesine geri getirme, krizi tetikleyen faktörleri belirleme, iyileştirici önlemleri belirleme ve uygulama, gelecekte ortaya çıkabilecek durumlarda kullanılacak başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardım olma olarak sıralanmaktadır (Rapoport 1970).

Müdahale Yöntemleri

Danışmanların kişisel, kişilerarası ve sosyal olarak mücadele ettiği tutarsız duygular genellikle bunaltıcıdır ve çaresizlik ve kontrolden çıkma duygularını daha da kötüleştiril-

mektedir. Bu durumu oturumun odağına alma ve iç çatışmalarını anlamalarına yardımcı olmanın yollarından biri imgelem ya da metafor kullanmaktır (Covington ve Burns 2006). Yardımcı üreme tedavilerine (YÜT) devam eden danışanların yaşadıkları duygusal deneyimleri tanımlamak için “hız treni” sıklıkla kullanılan bir metafordur. Bu metafor, potansiyel doğurganlık dönemlerinde artan beklenti ve umutları ve ardından gebeliğin oluşmamasının yarattığı hayal kırıklığını temsil etmektedir. Ayrıca hız treninin görsel imgesi, hareket halindeyken hızın yarattığı kurtulamama ve kontrol edilemezlik duygusunu yansıtmaktadır. Tüm bu konuların ve tekrarlayıcı duygusal krizlerin infertilite danışmanları tarafından öngörülüp etkili bir şekilde ele alınması önemli bir nokta görülmektedir (van den Broeck ve ark. 2010).

Kontrol edilemeyen bir kriz olarak görülen infertiliteye dair nelerin kontrol edilebileceğini belirlemek için kullanılan yöntemlerden biri yol haritası oluşturmaktır (Ford 2009, akt. van den Broeck ve ark. 2010). Yol haritası, ilişkinin başlangıcından itibaren çiftin yaşadığı iniş ve çıkışları da içeren yaşam doyumlarını, farklı seçenekleri (gebeliğin oluşmaması, düşük ve canlı doğum) içeren akış şemalarını ve tedavinin başından itibaren alternatif “B planı” ve “C planını” içermektedir. Bu yol haritası, çiftin iki üyesi tarafından da ayrı ayrı hazırlanıp daha sonra karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklar tartışılmaktadır (van den Broeck ve ark. 2010).

İnfertilite psikolojik danışmanlığının başlangıcında, danışanların düşünce, beklenti ve psikolojik danışmanla ilgili şüphe ve meraklarıyla ilgili açık bir iletişim kurmak oturumların amaçlarının belirlenmesi için önemli görülmektedir. Çünkü pek çok çift için ilk oturum genellikle yaşamları boyunca bir ruh sağlığı çalışanıyla yaptıkları ilk görüşmedir (van den Broeck ve ark. 2009). Bu nedenle çiftler, kişisel sorunlarını biriyle paylaşma konusunda önyargılı olabilir ve damgalanmış hissedebilirler. Karşılıklı görev ve sorumluluklar, gizlilik konusunda bilgilendirme, infertilite ile ilgili danışanların duygularını keşfetme ve ifade etmeleri için güvenli ve destekleyici bir ortam oluşturulması gibi konuların ilk görüşmede ele alınması gerekmektedir (Covington ve Burns 2006). Cooper (1995), etkili bir başlangıç yapabilmek için ilk oturumda dikkat edilmesi gereken noktaları şu şekilde özetlemektedir:

1. Olumlu bir çalışma ilişkisi kurma:
 - a. Nasıl yardımcı olunabileceğini sorma
 - b. Aktif dinleme, empati ve her bir danışanın bakış açısına saygı gösteren bir dil kullanma
 - c. Danışanın probleminin anlaşıldığını ifade eden bir cümle kurma (içerik yansıtma)
 - d. Beğenilecek veya saygı duyulması gereken en azından bir başa çıkma yöntemini bulma ve buna dikkat çekme
 - e. İyileşme/İlerleme beklentisi yaratma
2. Danışmanın odağını bulma:
 - a. Daha önce ya da daha sonra gelmek yerine tedaviye şimdi getiren şeyin ne olduğunu sorma
 - b. Randevu alınmasından itibaren düzelen ve geliştirilmeye devam edilmesi istenen şeylerin ne olduğunu sorma
 - c. Başarılı tedavinin sonunda danışanlar için somut olarak neyin farklı olduğunu belirleme
 - d. Danışan için sorunun anlamını veya önemini belirleme

- e. Birden fazla problem tespit edilmesi durumunda, önce danışan için en önemli noktaya odaklanma
3. Başarılı bir sonuç için kriterleri tartışma:
 - a. Değişimi kolaylaştırmak için danışanın dilini kullanarak amaçları pozitif, özgül ve erişilebilir terimlerle ifade etme
 - b. Hedefleri danışanın kontrolü dâhilinde ulaşılabilir hale getirme
4. Değişim için aday olan ve olmayan danışanları ayırt etme
 - a. Danışanlar, bir sorunu kabul etme ve üzerinde çalışmaya gönüllü olma özelliği taşımalıdır.
 - b. Sorunu kabul etmesine rağmen kendini çözümün parçası olarak görmeyen danışanlar terapi için uygun aday değildir.
5. Danışanın motivasyon düzeyini belirleme ve müdahaleleri buna göre uyarlama
6. Hemen fark yaratan bir şey yapma:
 - a. Aktif ve empatik bir şekilde dinleme
 - b. Danışanların infertiliteye yönelik tepkilerinin çoğunun normal ve öngörülebilir olduğunu anlamalarına yardımcı olma
 - c. İstenilen çözümleri elde etme sürecini tartışma
 - d. Sorunları, çözüm öneren yollarla kavramlaştırma veya yeniden anlamlandırma

Sonuç

İnfertilite teşhisi ile karşı karşıya kalan birey ve çiftlere baş etme stratejileri sunma, tedavi sürecine duygusal olarak hazırlama, seçenekleri keşfetme, karar vermeyi kolaylaştırma ve infertilitenin birey ve yakın çevresi üzerindeki etkilerini belirleme infertilite psikolojik danışmanlığının temel amaçları arasında yer almaktadır. Son yıllarda mesleki uzmanlık ve beceri gerektiren bir alan olarak ortaya çıkan infertilite psikolojik danışmanlığı, infertilite teşhisi konulan bireylere yaşam kalitesi ve doyumunu arttırmanın yollarını arama, keşfetme ve netleştirme fırsatı sunmaktadır. Aynı zamanda infertilitenin sebep olduğu derin üzüntü, suçluluk, kaygı gibi duyguları ifade etme, benlik algısı ve beden imajı üzerindeki etkilerini keşfetme olanağı sağlamaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan duygusal ve fiziksel değişimlerin anlamlandırılması, infertilite ile mücadele etmekte olan bireylerin gelecekle ilgili kararlarında ve yaşadığı zorluklarla baş etmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bireylerin kendini ifade etmesi için güvenli bir ortam sunan infertilite psikolojik danışmanlığının, infertil birey ve çiftler için önemli bir hizmet alanı olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Applegarth LD (2006) Individual counseling and psychotherapy. In *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (Eds SN Covington, LH Burns):129-142. New York, Cambridge University Press.
- Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association (2003) Guidelines for professional standards of practice in infertility counselling. <https://www.fertilitysociety.com.au/wp-content/uploads/Guidelines-for-Professional-Practice.pdf> (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2009a) Guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/bkid_gd_guidelines.pdf (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2009b) Psychosocial infertility counseling. http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/bkid_pic_guidelines.pdf (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2009c) Continuing education guidelines.

- http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/bkid_con_edu_guidelines.pdf (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2010) Accreditation guidelines. http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/bkid_accreditation_guidelines.pdf (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Bodur NE, Coşar B, Erdem M (2013) İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38:51-62.
- Boivin J (1997) The Daily Record Keeping Chart: Reliability and validity. Paper presented at the British Psychological Society Special Group in Health Psychology Annual Conference, Southampton, UK.
- Boivin J, Scanlan L, Walker, SM (1999) Why are infertile couples not using psychosocial counselling?. Hum Reprod, 14:1384-1391.
- Boivin J (2003) A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med, 57:2325-2341.
- Burns LH (2005) Psychological changes in infertility patients. In Frozen Dreams: Psychodynamic Dimensions of Infertility and Assisted Reproduction (Eds A Rosen, J Rosen):3-29. Hillsdale, Analytic Press.
- Burns LH (2007) Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. Psychiatr Clin North Am, 30:689-716.
- Burns LH, Covington, SN (2006) Psychology of Infertility. In Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians. (Eds SN Covington, LH Burns):1-19. New York, The Cambridge University Press.
- Canadian Fertility and Andrology Society Counselling Special Interest Group (2009) Assisted Human Reproduction Counselling Practice Guidelines. <https://cfas.ca/> (10 Nisan 2017'de ulaşıldı).
- Crawshaw M, Hunt J, Monach J, Pike S (2013) British Infertility Counselling Association - Guidelines for good practice in infertility counselling, Third edition 2012. Hum Fertil (Camb), 16:73-88.
- Cousineau TM, Domar AD (2007) Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 21:293-308.
- Covington SN (2006). Infertility counseling in practice: a collaborative reproductive healthcare model. In Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians (Eds SN Covington, LH Burns):493-507. New York, Cambridge University Press.
- Covington SH, Burns LH (2006) Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook for Clinicians, 2nd ed. New York, Cambridge University Press.
- Cooper JF (1995) A Primer of Brief Psychotherapy. New York, Norton.
- Cooper-Hilbert B (1998) Infertility and Involuntary Childlessness: Helping Couples Cope. New York, Norton.
- Çavuşoğlu İ (2015) İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Haliç Üniversitesi.
- Daly K (1999) Crisis of genealogy: facing the challenges of infertility. In The Dynamics of Resilient Families (Eds H McCubbin, E Thompson, A Thompson, J Futrell):1-40. Thousand Oaks, Sage.
- Department of Health and Social Security (1984) Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (The Warnock Report): Command of Her Majesty, 9414. London, Her Majesty's Stationery Office.
- Deveraux LL, Hammerman AJ (1998) Infertility and Identity: New Strategies for Treatment. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinschel M (1999) Couple Therapy for Infertility. Guilford Press, New York.
- Edelmann RJ, Conolly KJ (1987) The counseling needs of infertile couples. J Reprod Infant Psychol, 5:63-70.
- Fernandez D, Girolami M (2006) Guías para la Intervención Psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad. Revista, 21:23-26.
- Gibson DM (2007) The relationship of infertility and death: using the relational/cultural model of counseling in making meaning. The Humanistic Psychologist, 35:275-289.
- Goffman E (1963) Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Göcek Yorulmaz E, Tekinsay Sütcü S (2016) İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8:144-156.
- Grupo de Interes de Psicologia Sociedad Espanola de Fertilidad (2010) Manual de Intervencion Psicológica en Reproduccion Asistida (Guidelines). Barcelona, Edikamed.
- Gonzalez, L. O. (2000) Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues Ment Health Nurs, 21:619-633.
- Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç (2011) Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. Turk Psikiyatri Derg, 22:166-176.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Harris DL, Daniluk JC (2010) The experience of spontaneous pregnancy loss in infertile women who have conceived with the assistance of medical intervention. Hum Reprod, 25:714-720.
- Human Fertilisation and Embryology Authority (1991) Code of Practice: Explanation. London, Human Fertilisation and Embryology Authority.

- Kırca N, Pasinlioğlu T (2013) İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5:162-178.
- Kikendall KA (1994) Self-discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Prof Psychol Res Pract*, 25:214–220.
- Kuchenhoff J (1999) Unfulfilled desire for children – what is the grief for men? *Ther Umsch*, 56:260-264.
- Lukse MP, Vacc NA (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol*, 93:245-251.
- Matthews R, Matthews AM (1986) Infertility and involuntary childlessness: the transition to nonparenthood. *J Marriage Fam*, 48:641–649.
- Menning BE (1977) *Infertility: A Guide for the Childless Couple*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Menning BE (1980) The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*, 34:313-319.
- Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine (1995) Qualification Guidelines for Mental Health Professionals in Reproductive Medicine. In *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. (Eds LH Burns, SN Covington):559-560. New York, Parthenon.
- Norré J, Wischmann T (2011) The position of the fertility counsellor in a fertility team: a critical appraisal. *Hum Fertil*, 14:154-159.
- Olshansky E.F (1987) Identity of self as infertile: an example of theory-generating research. *Adv Nurs Sci*, 9:54–63.
- Rapoport L (1970). Crisis intervention as a mode of brief treatment. In *Theories of Social Casework*. (Eds RW Roberts, RH Nee):77-98. Chicago, University of Chicago Press.
- Read J (1995) *Counselling for Fertility Problems*. London, Sage Publications.
- Read SC, Carrier ME, Boucher ME, Whitley R, Bond S, Zekowitz P (2014) Psychosocial services for couples in infertility treatment: what do couples really want? *Patient Educ Couns*, 94:390–395.
- Shepherd J (1992) Stress management and infertility. *Aust N Z J Obstet Gynecol*, 32:353-356.
- Stanton AL, Dunkel-Schetter C (1991) Psychological adjustment to infertility. In *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research* (Eds AL Stanton, C Dunkel-Schetter):3-16. New York, Plenum Press.
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F (2008) İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5:105-110.
- Van den Broeck U, Wischmann T, Emery M (2009) *Counselling in Infertility: Individual, Couple and Group Counselling*. Amsterdam, Special Interest Group Psychology and Counselling of the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE).
- Van den Broeck U, Emery M, Wischmann, T, Thorn P (2010) Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*, 81:422–428.
- Van Empel IWH, Aarts JWM, Cohen BJ, Huppelschoten DA, Laven JSE, Nelen WLDM et al. (2010) Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Hum Reprod*, 25:2516–2526.
- Verhaak CM, Lintsen AME, Evers AWM, Braat DDM (2010) Who is at risk of emotional problems and how do you know? screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod*, 25:1234–1240.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K et al. (2009) The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Fertil Steril*, 92:1520-1524.

Seçil Seymenler, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa; **Diğdem Müge Siyez**, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Seçil Seymenler, Celal Bayar Üniversitesi Demirci Eğitim Fakültesi, Manisa, Turkey.

E-mail: secilseymenler@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. - No conflict of interest is declared related to this article.

Bu çalışma, TÜBİTAK 1001 kapsamında desteklenen 215K001 no'lu "Üniversite Öğrencilerinin İnfertiliteyle İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi ve İnfertiliteyi Önleme Psiko-eğitim Programı ile Çevrim İçi Eğitim Programının Geliştirilerek Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı proje kapsamında gerçekleştirilmiştir. Desteği için yazarlar TÜBİTAK'a teşekkür eder.

Geliş tarihi/Submission date: 30 Nisan/April 30, 2017 - **Kabul Tarihi/Accepted:** 25 Mayıs/May 25, 2017