

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ROLLERİ VE YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLERİN İNCELENMESİ**

GÜL YILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2012

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2009970087

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ROLLERİ VE YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLERİN İNCELENMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL YILMAZ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF.DR. HÜLYA OKUMUŞ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2009970087

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gül Yılmaz, “İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezini 15.05.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Prof. Dr. Hülya Okumuş



ÜYE

Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler



ÜYE

Yard.Doç.Dr. Kerziban Yenel

ÜYE

Yard.Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat

ÜYE

Yard.Doç.Dr. Murat Bektaş

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	7
2.2. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler.....	7
2.3. Fertilité Koşulları.....	8
2.4. İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	9
2.4.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	9
2.4.2. Erkekçe İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	10
2.5. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi.....	11
2.5.1. Kadına Yönelik Öykü ve Fizik Muayene.....	11
2.5.2. Erkekçe Yönelik Öykü ve Fizik Muayene.....	12
2.5.3. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri.....	13
2.5.3.1. Kadına Yönelik Kullanılan Testler.....	13
2.5.3.2. Erkekçe Yönelik Kullanılan Testler.....	17

2.6. Yardımcı Üreme Tedavi Yöntemleri.....	19
2.7. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	20
2.7.1. Intrauterin Sperm İnseminasyonu.....	21
2.7.2. In-vitro Fertilizasyon(IVF) ve Embriyo Transferi (ET).....	23
2.7.3. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu.....	26
2.7.4. Gamet İntra Fallopian Transfer.....	27
2.7.5. Zigot İntra Fallopian Transfer.....	27
2.7.6. Tubal Embriyo Transferi.....	28
2.8. Yardımcı Üreme Tedavileri ve Hemşirenin Rollerini.....	28
2.8.1. Uygulayıcı/Klinisyen Rolü.....	29
2.8.2. Eğitim/Danışmanlık Rolü.....	29
2.8.3. Araştırmacı Rolü.....	29
2.8.4. Yönetici ve Koordinatör Rolü.....	30
2.8.5. Hasta Hakları Savunucusu Rolü.....	30
2.9. İnfertilite Hemşireliğinin Gelişimi, Dünya ve Ülkemizdeki İnfertilite Hemşireliğinin Güncel Durumu.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	34
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	35
3.6. Araştırmanın Planı.....	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.9. Araştırmanın Bütçesi.....	37
3.10. Araştırmanın Etiği.....	37
4. BULGULAR	
4.1. İnfertilite Alanında Çalışmış ve/veya Çalışmakta Olan Hemşirelere İlişkin Özellikler.....	39

4.2. Hemşirelerin Üstlendikleri Rollere İlişkin Bulgular.....	41
4.2.1.Uygulayıcı Roller.....	41
4.2.2. Eğitim/Danışmanlık Roller.....	42
4.2.3. Araştırmacı Roller.....	43
4.3. Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Bulgular.....	44
5. TARTIŞMA	
5.1. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rollerinin İncelenmesi.....	46
5.1.1. Uygulayıcı Roller.....	46
5.1.2. Eğitim/Danışmanlık Roller.....	49
5.1.3. Araştırmacı Roller.....	51
5.2. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	
Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	63
Ek 2: İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Üstlendikleri Roller Tanılama Formu.....	64
Ek 3: İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükleri Tanılama Formu.....	70
Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	72
Ek 5: Etik Kurul İzni.....	73
Ek 6: İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği’nden Alınan Uygulama İzni.....	76
Ek 7: İzmir İnfertilite Hemşireliği Derneği’nden Alınan Uygulama İzni.....	77
Ek 8: Özgeçmiş.....	78

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. İnfertilite Alanında Çalışmış ve/veya Çalışmakta Olan Hemşirelere İlişkin Özellikler.....	39
Tablo 2. İnfertilite Alanında Çalışmış Hemşirelerin Merkezlerden Ayrılma Nedenleri.....	40
Tablo 3. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Uygulayıcı Rollerine İlişkin Özellikler.....	41
Tablo 4. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Eğitici/Danışmanlık Rollerine İlişkin Özellikler.....	42
Tablo 5. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Araştırmacı Rollerine İlişkin Özellikler.....	43
Tablo 6. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklere İlişkin Özellikler.....	44
Tablo 7. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Mesleki Gelişimlerinin Güçlendirilmesine İlişkin Görüşleri.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. İntrauterin İnseminasyon.....	21
Şekil 2. İn vitro Fertilizasyon ve Aşamaları.....	23
Şekil 3. İntrastoplazmik Sperm İnjesiyonu.....	27

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
ASRM	: Asisted Reproductive of Medicine
NCC-WCH	: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health
ART	: Asisted Reproductive Techniques
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
KOH	: Kontrollü Overian Hipersitümülasyon
USG	: Ultrasonografi
HCG	: Human Koryonik Gonadotropin
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
TSH	: Troid Stimüle Edici Hormon
LH	: Luteinizan Hormon
PCOS	: Polikistik Over Sendrom
BBT	: Bazal Vücut Isısı
CCCT	: Klomifen Sitrat Challenge Testi
PCT	: Postkoital Test
HSG	: Histerosalpingografi
TRUG	: Transrektal Ultrasonografi
IUI	: Intrauterin İnseminasyon
IVF	: İn vitro Fertilizasyon
ET	: Embriyo Transferi
OPU	: Oosit Pick up
ICSI	: İntrastoplazmik Sperm İnjesiyonu
GIFT	: Gamet İntra Fallopiyan Transfer
ZIFT	: Zigot İntra Fallopiyan Transfer
TET	: Tubal Embriyo Transfer

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, anlayışlı ve her zaman olumlu tutumuyla desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli tez danışmanın Sayın Prof. Dr. Hülya Okumuş'a,

Tezimin şekillenmesi aşamasında değerli fikirlerini bizimle paylaşan ve geri bildirimleri ile katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Kerziban Yenal'a,

Araştırmamı gerçekleştirebilmem için onay ve destek veren İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji ve İzmir İnfertilite Hemşireliği Derneği Başkanı Sayın Feray Yücesoy'a,

İstatistik konusunda değerli bilgilerini bizimle paylaşan Yrd. Doç. Dr. Murat Bektaş'a,

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli infertilite hemşirelerine,

Tez sürecinde desteğini esirgemeyen ve bir an olsun yalnız bırakmayan canım aileme ve sevgili arkadaşlarıma,

Bu süreçte ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim sonsuz sabır ve anlayış gösteren sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gül Yılmaz

İzmir 2012

İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROLLERİ VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN İNCELENMESİ

Gül Yılmaz

gulyilmaz1984@hotmail.com

ÖZET

Giriş: Bu araştırma infertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği ve İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği üyeleri ile İstanbul, İzmir ve Ankara illerindeki çeşitli infertilite merkezlerinde çalışmış ve/veya halen çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 117 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri elektronik ortamda e-posta ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formu kullanılmıştır. Formda infertilite alanında çalışan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler ile üstlendikleri roller ve yaşadıkları güçlüklerin tanımlanmasına yönelik hazırlanmış sorular yer almaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Bulgular: İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri; uygulayıcı, eğitim/danışmanlık ve araştırmacı rolleri olmak üzere üç ana başlık altında işlenmiştir. Hemşirelerin uygulayıcı rollerine ilişkin en fazla gerçekleştirdikleri uygulamaların invaziv işlemler öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı/bakımı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %80.7'si çalıştığı kurumlarda eğitim/danışmanlık vermektedir. Hemşirelerin en fazla eğitim/danışmanlık verdikleri konunun oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması olduğu belirlenmiştir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin %56'sı kendi başına araştırma yapmamaktadır, hemşirelerin en fazla araştırma yaptıkları konunun ise tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı olduğu belirlenmiştir. İnfertilite alanında çalışan hemşireler, hastaların maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olmaları nedeniyle güçlük yaşamaktadır.

Sonuç: İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rol ve sorumluluklarının tanımlanarak merkezlerde sertifika sahibi hemşirelerin çalıştırılmasının zorunlu hale getirilmesinin, hemşirelerin bu alanda yaşadıkları güçlüklerin azaltılmasına ve hastalara daha etkin ve bütüncül bir bakımın sunulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, İnfertilite Hemşireliği, İnfertilite Hemşirelerinin Roller

EXAMINATION OF THE ROLES OF NURSES WHO WORK IN THE FIELD OF INFERTILITY AND THE DIFFICULTIES THEY EXPERIENCE

Gül Yılmaz

gulyilmaz1984@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: This study was performed in a definitive way for the purpose of examining the roles of nurses, who work in the field of infertility and the difficulties they experience.

Method: The sampling of the study is consisted of the members of İstanbul Reproductive Health and Infertility Nurses Association and İzmir Infertility Nurses Association, as well as a total of 117 nurses, who worked and/or are still working at various infertility centers in the provinces of İstanbul, İzmir and Ankara, and who accepted to participate in the study. The data of the study were collected with e-mails and the method of face-to-face interview. Survey form, which was prepared by the researcher, was used as the data collection tool. The form includes questions, which were prepared in an attempt to define the introductory information, roles and difficulties of nurses who work in the field of infertility. Definitive statistical analyses, such as number, percentage and average, were used for the analysis of the data.

Results: Roles of nurses who work in the field of infertility were examined under three main titles as practioner, education/consultancy and researcher roles. It was determined that practises which were performed by nurses regarding their practioner roles at the most are the patient preparation/care before and after the invazive proceedings. 80.7% of nurses provide education/consultancy at their institutions. It was determined that the subject in which the nurses provide the greatest education/consultancy is the oral and/or subcutaneous drug implementation. 56% of nurses who work in the field of infertility do not conduct research on their own; on the other hand, it was determined that the subject in which the nurses conduct the greatest research is the complications of the treatment and nursing care. Nurses who work in the field of infertility have difficulties, since the patients experience financial and monetary problems.

Conclusion: It is thought that when the roles and responsibilites of nurses who work in the field of infertility are defined and the certified nurses are assigned in centers, this will contribute to the reduction of difficulties experienced by nurses in this field and presentation of a more effective and integrated care for patients.

Keywords: Infertility, Infertility Nursing, Roles of Infertility Nurses

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre infertilite düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen bir yıl süreyle gebelik oluşmaması olarak tanımlanır (WHO, 2002). Üreme yaş grubundaki çiftlerin %10 -15'ni etkileyen majör klinik problemlerden biridir (Akyüz, 2001). Gelişmiş ve gelişmekte olan 25 farklı ülkede 1990-2006 yılları arasında yapılan bir araştırma; 20 - 44 yaş grubu arasında evli ve çocuk istemi olan 72,4 -120,6 milyon kadının infertil olduğunu ve 40 -90,4 milyon kadının infertilite tedavisi gördüğünü ortaya koymuştur (Boivin, Bunting, Collins and Nygren, 2007). Ülkemize ait kesin veriler bulunmamakla birlikte şu an itibariyle 1 -1,5 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (Koç ve Özdemir, 2003).

İnfertilite fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve finansal boyutları olan çok yönlü bir süreçtir. İnfertiliteden kaynaklanan sağlıklı olmama durumuna bağlı olarak yaşanan stres kişinin ve/veya çiftin benliğinde durumsal krize ve baş etme mekanizmalarının bozulmasına yol açar. Çiftler bu süreçte sıklıkla stres, anksiyete, sosyal izolasyon, suçluluk, çaresizlik, depresyon, statü kaybı ve maddi zorluklar ile yüz yüze gelirler. Çocuk sahibi olmak isteyen ve doğal yolla bu isteğini gerçekleştiremeyen çiftler için böylesi önemli bir soruna çözüm arayışları içinde yardımcı üreme teknikleri (YÜT) gündeme gelmiş ve önem kazanmıştır (Allan, 2001a, 2001b; Akyüz, 2008; Beji, 2001) .

İlk in vitro fertilizasyon (IVF) bebeği olan Louise Brown'un 1978 yılında mucizevi doğumu ve ardından YÜT hizmeti veren ilk kliniğin 1980 yılında kuruluşu üreme tıbbi alanında bir çığır olmuş ve Uluslararası Hemşirelik Örgütleri İnfertilite Hemşireliği'ni yeni bir klinik uzmanlık alanı olarak görmeye başlamışlardır. Yardımcı üreme teknikleri alanındaki bu yeni ve teknolojik gelişmeler, çiftlerle en fazla iletişime giren sağlık personeli olan hemşirelerin omuzlarına artan sorumluluklar yüklemiş ve hemşireleri bireysel ve mesleki niteliklerini geliştirme zorunluluğu ile karşı karşıya bırakmıştır (Akyüz, 2008; Beji ve Zengin, 2009; Mitchell, Mittelstead and Wagner, 2005) . İnfertilite hemşireliği infertilite tanı, tedavi ve erken gebelik sürecinde kanıta dayalı bilgileri kullanarak kadınlara/çiftlere sevecen ve bütüncül bir yaklaşım sağlamayı gerektiren özel bir alandır. İnfertilite hemşiresi multidisipliner bir ekibin üyesi ve yüksek kalitede bakım vermeyi amaçlayan kişidir (Allan, 2006; Breidahl, 2005; RCN, 2007).

Özel bir alan olan İnfertilite Hemşireliği ilk kez 1985 yılında Amerikan Hemşireler Birliği tarafından tanım olarak ortaya atılmıştır.1984- 1995 yılları arasında ise Dünya'da ilk

kez Amerika Birleşik Devletleri'nde İnfertilite Hemşireliği sertifika programı gündeme gelmiş ancak sonrasında üzerinde çok durulmayarak, kaldırılmıştır. Sertifika programlarının kaldırılış nedeni çok açık olmamakla birlikte bu alana karşı duyulan ilgi yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sertifika programlarına 2007 yılına kadar ara verilmiş ancak sonrasında tekrar başlatılmış ve bu süre zarfında infertilite alanında çalışan hemşireler rollerini belirlenen temel esaslardan çok hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve temel eğitimleri sırasında edindikleri teorik ve pratik beceriler çerçevesinde geliştirmek ve değiştirmek zorunda kalmışlardır. (Akyüz, 2008; Allan, Lacey ve Payne, 2009; Beji ve Zengin, 2009; McTavish, 2003; Mitchell, Mittelstead and Wagner, 2005; Muirhead ve Lawton, 1998).

Rol; bir kurumda belirli bir durumda bireyden beklenen davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (Ulusoy ve Görgülü, 1995; İnanç ve ark. 1994). Günümüzde infertilite alanında çalışan hemşireler temel eğitimleri içerisinde yer almamasına karşın, uygun eğitimleri aldıkları takdirde başarıyla gerçekleştirebildiklerini kanıtladıkları embriyo transferi, oosit pick-up, intrauterin inseminasyon gibi uygulamaları da üstlenerek bu alandaki rollerini iyice genişletmişlerdir (Morris, 2001; Allan, 2006). Morris'in (2001) çalışma sonucuna göre günümüzde hemşirelerin %33'ü transvajinal USG işlemini yalnız olarak gerçekleştirirken, %23'ü HCG dozunun zamanına karar verebilmekte, %10'u işlem öncesi oosit ve sperm hazırlığını yapabilmekte ve %39'u ise IUI işlemini tek başına gerçekleştirebilmektedir. Yurt dışında birçok merkezde hemşireler hastaların başlangıç değerlendirmelerini yaparak hekim tarafından kararlaştırılan tedavi planının hastaya açıklanmasından sorumludur ve merkezlerin 2/3'ünde belirlenen tedaviye yönelik hasta onamının alınması hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir (Beji ve Dinç, 2009; McTavish, 2003; Morris, 2001). Mitchell ve arkadaşlarının (2005) araştırma sonucuna göre infertilite hemşirelerinin %20'si teknik becerilerini rollerinin çok önemli bir parçası olarak gördüğünü ve %18'i teknik becerilerin klinikte harcadıkları zamanın büyük bir kısmını aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin değişen ve gelişen rolleri hasta bakımında sürekliliği sağlamak, hastalarla daha yakın ve ayrıntılı bir ilişki kurabilmek adına bir fırsattır (Allan, 2006; Allan, Lacey ve Payne, 2009). Ancak hemşirelerin infertilite alanında artan değişen rolleri geleneksel hemşirelik rolünün yıpranacağı ve temel hemşirelik bakımının yok olacağı korkusunu da beraberinde getirmiştir (Birch, 2001; Ashcroft, 2001).

İnfertilite alanında çalışan hemşireler tedavilerine duygusal ve finansal yatırım yapmış hasta grubuyla birlikte çalışmaktadırlar (Payne, 2007). Birçok YÜT merkezinde hemşireler hastalara günlük bakım verme, tedaviyi planlama ve tedavi boyunca hastalara gerekli bilgi ve

danışmanlığı sağlamakla sorumludur. Tedavi süreci içinde çiftlerin iletişim kuracağı temel sağlık personeli hemşirelerdir ve tedavinin çeşitli aşamalarında koordinasyonu ve çiftin tedaviye olan bağlılıklarının sürdürülmesinin sağlanmasında önemli rolleri vardır (Allan, 2001a; Beji, 2001; Beji ve Dinç, 2009; Payne ve Goedeke, 2007). Allan (2005), çiftlerin diğer sağlık personellerine göre hemşirelerle daha iyi iletişim kurduklarını ve hemşireleri kendilerine daha yakın hissettiklerini ortaya koymuştur. İçerisinde hasta bakımının olmadığı bir hemşirelik nitelsiz ve yarırsızdır. Bu nedenle gelişen hemşire rolleri, hasta gereksinimleri doğrultusunda şekillendirilmeli ve bireysel becerileri geliştirmekten çok hasta yararına olan uygulamaları arttırmaya hedeflenmelidir. Hemşireler teknik becerilerini geliştirirken hasta eğitici, destekleyici, bilgilendirici ve araştırmacı rollerini de asla göz ardı etmemelidirler (Barber, 1999 ; Aschroft, 2001).

Ülkemizde YÜT hizmeti veren ilk merkez Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak 1988 yılında çalışmalarına başlamıştır (Ege Tüp Bebek Merkezi, 2010). Şuan itibariyle ülkemizde hizmet veren 121 YÜT merkezi bulunmaktadır ve her merkezde ortalama dört hemşirenin çalıştığı düşünülürse yaklaşık olarak 480-500 hemşire bu merkezlerde görev almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Ülkemizde İnfertilite Hemşireliği'nin durumundan söz etmeden önce hemşirelikle ilgili yasal düzenlemeleri gözden geçirmek gerekmektedir. Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair 56434 sayılı kanun uzun süren çalışmaların ardından onaylanmış ve 02.05.2007 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Akyüz, 2008; Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Bu kanunun 8. maddesine göre “Lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı'na onaylandıktan sonra uzman hemşire olarak çalışabilir ve özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesi alabilirler” ifadesi yer almaktadır. Kanunun maddelerinden de anlaşılacağı gibi hemşirelik mesleğinin üyeleri uzmanlaşabilirler ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yetki belgesi alabilirler. İnfertilite hemşireliği içinde bu nedenle yetkilendirme ve belgelenme açısından yasal bir engel bulunmamaktadır. Yine son yıllarda ülkemizde İnfertilite Hemşireliği'ne duyulan ilgi artmış ve İnfertilite Hemşireliği adına olumlu gelişmeler olmaya başlamıştır. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin mesleki ve profesyonel gelişimlerine katkıda bulunmak amacıyla 08.08.2007 yılında İzmir'de İnfertilite Hemşireliği Derneği ile 18.09.2008 tarihinde İstanbul İnfertilite Hemşireleri Grubu tarafından Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği kurularak çalışmalarına başlamıştır (Beji, 2008; İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2010)

İnfertilite Hemşireliği çalışma alanı ve hasta grubu nedeni ile özelleşmiş bilgi, donanım ve uygulamaya sahip olan özel bir dal hemşireliğidir, ancak ülkemizde gelişmekte olan bu özel dal hemşireliğinin uygulama standartları henüz netleşmemiştir. Bu nedenle günümüzde hala infertilite alanında çalışan hemşirelerin bu alana özgü klinik bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri açısından farklılıklar vardır ve bu hemşirelerin klinik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı çok açık değildir. Ülkemizde bu alana özgü yasal bir eğitim ya da sertifika uygulaması olmadığı gibi bu zorlu alanda görev alan hemşirelerin üstlendikleri rollerin tanımlanmasına yönelik yapılmış herhangi bir çalışmaya da rastlanmamaktadır.

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rollerinin tanımlanması, hemşirelerin bu alanda yaşadıkları güçlüklerin azalmasına ve hastalara daha etkin ve bütüncül bir bakım sunulmasına katkı sağlayacaktır. Bu nedenle bu çalışma; infertilite alanında çalışan hemşirelerin daha profesyonel, çağdaş roller üstlenmesi ve mesleki gelişimlerinin sağlanması yönündeki planlamalara veri tabanı oluşturması amacıyla bir gereksinim olarak görülmüştür.

1.2 Araştırmanın Amacı

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri nelerdir?
- 2) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin yaşadıkları güçlükler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTENİN TANIMI VE GÖRÜLME SIKLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DÖS) tanımına göre infertilite, düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen bir yıl süre ile gebelik oluşmaması olarak tanımlanır (WHO,2002). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC-WCH) ise infertiliteyi korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen iki yıl süre ile gebelik oluşmaması olarak tanımlamaktadır (NCC-WCH, 2004).

Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaksızın düzenli (haftada 3-4 kez) cinsel ilişkide bulunan sağlıklı çiftlerin bir menstrual siklus içinde gebe kalma oranı fekundabilite hızı olarak tanımlanır ve bu oran % 20- 30 olarak kabul edilir. Düzenli ve korunmasız cinsel ilişki sonrası kümülatif gebe kalma oranı ilk altı ayda % 60 iken, ilk bir yıl içerisinde % 84 ve ikinci yıl içerisinde % 92 olarak kabul edilmektedir (Forti ve Krausz,1999; NCC-WCH,2004; Kamel, 2010). Daha önce hiç gebelik oluşmaması **Primer İnfertilite** , daha önce canlı doğum ile sonuçlanan en az bir gebelik oluşması ise **Sekonder İnfertilite** olarak tanımlanır (Sall ve ark.,2000).

İnfertilite üreme yaş grubundaki çiftlerin % 10 – 15 ini etkileyen majör klinik problemlerden biridir (Akyüz, 2001). Avrupa ülkelerindeki infertilite sıklığı % 14 civarındadır ve yaklaşık olarak her yedi çiftten birinin infertiliteden etkilendiği tahmin edilmektedir. İnfertilite sıklığı bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte infertilite inceleme ve tedavi imkanlarının kısıtlı olduğu, pelvik inflamatuvar hastalık (PID) ve cinsel yol ile bulaşan hastalıkların yoğunlukta olduğu Afrika gibi bazı gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş olan ülkelere oranla daha fazla görülmektedir (Kamel, 2010). Ülkemize ait kesin veriler bulunmamakla birlikte şu an itibariyle 1 – 1.5 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (Koç ve Özdemir, 2003).

2.2. FERTİLİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Fertilite fiziksel, psikososyal, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörlere bağlı olarak belirgin oranda azalmaktadır. Bu faktörler; kadının yaşı, ilişkinin koşulları, sıklığı, zamanlaması ve ilişki sırasında lubrikan madde kullanımı, yaşam tarzı ve çalışma koşulları, sigara ve alkol kullanımı, ağır egzersiz, kilo değişimleri, aşırı strese maruz kalma, kronik hastalık öyküsü, çevresel ya da mesleğe ait toksinler (kurşun, civa, arsenik, radyasyon), ilaç kullanımı (NSAİ, antidepresanlar ve antihipertansifler) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır

(Forti and Krausz, 1999; Eryılmaz ve ark. 2009; Gürkan ve Demirel, 2006; Speroff and Fritz, 2007; NCC-WCH, 2004).

2.3. FERTİLİTE KOŞULLARI

ERKEK

- En az bir testis ovumu dölleyebilecek miktarda normal sperm üretebilmelidir.
- Duktal sistem (epididimis ve vaz deferens) penise sperm taşımak için en az bir tarafı açık olmalıdır.
- Ereksiyon olabilmelidir.
- Ejekülasyon yapabilmelidir.
- Uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır.

KADIN

- En az bir over güvenilir bir düzende (her 4 – 6 hafta) yumurta üretme/ovulasyon yeteneğine sahip olmalıdır.
- Yumurta ve spermin taşınması için fallop tüplerinin en az biri normal fonksiyon görmeli ve açık olmalıdır.
- Uterus döllenmiş yumurtayı geliştirip olgunlaşana dek taşımaya elverişli olmalıdır.
- Dış genital organlar (introitus, vajina ve serviks) cinsel ilişki sırasında spermlerin boşalmasına ve ilerlemesine elverişli olmalıdır.
- Plasenta oluşana (SAT'den 10-12 hafta sonraya) kadar gebeliği sürdürmek için overlerde yeterli miktarda progesteron üretimi olmalıdır.
- Fetus ve plasantanın beslenmesi ve oksijenlenmesi için kadının sağlık düzeyi yeterli olmalıdır.
- Uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Rehberi, 2010).

2.4. İNFERTİLİTEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

İnfertiliteye neden olan faktörler üç ana başlıkta toplanmaktadır. İnfertilite nedenlerinin %40'ını kadın faktörü, %40'ını erkek faktörü ve %20'sini çiftlerin her ikisinden kaynaklanan faktörler oluşturmaktadır (Ak,2001; Forti ve Krausz, 1999; Sall ve ark. 2000; Speroff ve Fritz, 2007).

2.4.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Kadında infertiliteye neden olan faktörler ovulatuvar faktör, tuba-peritoneal faktör, uterin faktör ve servikal faktörler olarak belirlenmiştir.

Ovulatuvar Faktör: Ovulasyon normal endokrin üreme fonksiyonunun bir belirtisidir ve ovulasyon fazındaki bozukluklar kadınlardaki tüm infertilite sorunlarının %15-20'sini oluşturmaktadır. Ovulasyon fonksiyon bozuklukları gebeliğe engel olacak şekilde ağır (anovulasyon) veya hafif (oligoovulasyon) olabilir. İnfertil çiftlerin incelenmesindeki ilk adımlardan biri normal ovulasyonun saptanmasıdır. Her ay düzenli aralıklarla adet gören, premenstrual yakınmaları (memede hassasiyet, sıvı tutulması, irriabilite) ve dismenoresi olan kadınlarda sikluslar her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla ovulatuvardır ancak yine de ovulasyonu belirlemek için bazı ovulasyon tetkikleri gerekmektedir.

Tuba-peritoneal Faktör: Fallop tüpleri sperm ve oosit arasında bağlantıyı sağlayan vazgeçilmez bir yapıdır. Geçirilmiş cerrahi ya da pelvik yaralanmalarla oluşan travma, endometriozis, tüberküloz, genital sistem enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar tubal adezyon ve obstrüksiyon oluşturarak ovumun tubalar yoluyla uterusu transportunu engelleyerek infertiliteye neden olurlar. Kadın infertilitesinin %25-30'unu tubal faktör oluşturmaktadır.

Uterin Faktör: İnfertilitede, uterusu ilişkin faktörler hala kesin olarak anlaşılamamıştır. Uterin anomaliler, endometrial yaralanmalar ve submukoz fibroidlere rağmen gebelik oluşabileceği ve sürdürülebileceği bilinmektedir. Ancak infertilitenin en önemli faktörlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı sıklıkla uterin faktörlerle ilgilidir ve bu nedenle göz ardı edilmemelidir. Uterin anomaliler infertilitenin nadir nedenlerindendir ve kadın infertilitesinin % 2-5'inden sorumludur. Konjenital olabileceği gibi sonradan da meydana gelebilen uterin patolojiler myomlar, endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler ve müler kanal anomalileridir.

Servikal Faktör: Serviks ve servikal mukus üreme sürecindeki birçok aşamada etkin role sahiptir. Servikal mukus vajina ve ejakülattan spermeleri yakalayarak diğer seminal proteinleri ayırır, anormal morfolojili spermeleri filtre eder, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Bu nedenle infertilite araştırmasının diğer önemli bir yüzü de sperm ve servikal mukus ilişkisinin incelenmesidir. Servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen enfeksiyon ve immünolojik problemler sperm kalite ve hareketliliğini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilirler. İnfertil olguların % 5-10'unundan servikal faktör sorumludur (Akyüz, 2003; Eryılmaz ve ark. 2009; Gordon ve Speroff, 2003; Gürkan ve Demirel, 2006; NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.4.2. Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler üç ana bölümde incelenmektedir. Bunlar sperm üretim bozuklukları, sperm fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemdeki bozukluklardır. Ne yazık ki erkek infertilitesi genellikle idiopatiktir ve nadiren de olsa altta yatan ciddi bir tıbbi durumun ilk göstergesi olabilir.

Sperm Üretim Bozuklukları: Sperm üretimindeki bozukluklar primer testiküler yetmezlik (Hipergonadotropik hipogonadizm) nedeniyle oluşabilir. Bu genetik nedenler klinifert sendromu veya testislerde anatomik nedenler (kriptorşidizm, varikozel), enfeksiyon (kabakulak, orşiti) ve gonadotoksinlerdir.

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm fonksiyon bozuklukları anti-sperm antikorlar, varikozel, genital organların inflamasyonu (prostatit), sperm yapışma anormallikleri ve penetrasyon ile ilgilidir.

Duktal Sistem Bozuklukları: Duktal sistemdeki obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vaz deferans yokluğundan, konjenital ve ya kazanılmış epididimis ve ejakulatuar duktus obstrüksiyonundan kaynaklanır (Akyüz, 2003; Eryılmaz ve ark., 2009; Gordon ve Speroff, 2003; Günel ve Yücel, 2006; Gürkan ve Demirel, 2006, NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.5.İNFERTİL ÇİFTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnfertil çiftte yaklaşımda ilk görüşme çok önemli olup daha sonraki değerlendirme ve tedavi planının temelini oluşturmaktadır. İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç infertiliteye neden olan faktörleri belirlemektir ve aksi bir durum olmadıkça tedavinin planlanması açısından çift birlikte değerlendirmeye alınmalıdır. İnfertilitenin sadece kadını değil çiftlerin sorunu olduğu önemle belirtilmeli ve bu sorunun paylaşılmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu hatırlatılmalıdır. Çiftin değerlendirilmesine ayrıntılı bir öykü ile başlanır ve fizik muayene ile devam edilir. Öykü erkek ve kadından ayrı ayrı alınmalıdır (Kamel, 2010; NCC-WCH, 2004).

2.5.1. Kadına Yönelik Öykü ve Fizik Muayene

Mevcut Öykü: Kadının yaşı, eğitim düzeyi, mesleği (radyasyon ve kimyasal ajanlara maruz kalma), sosyal güvencesi, evlilik ve infertilite süresi, daha önce yapılan değerlendirmeler ve infertilite tedavileri, yaşam tarzı, beslenme biçimi, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalıkları ve ilaç kullanımı, dini, kültürel ve etnik değerleri belirlenir.

Menstrual Öykü: Menarş yaşı, menstrual siklus karakteri, süresi, sıklığı ve uzunluğu, dismenore ve adet öncesi semptomların varlığı, primer ya da sekonder amenore öyküsü tanımlanır.

Obstetrik Öykü: Varsa önceki gebelikler ve sonuçları, tekrarlayan gebelik kayıpları ve düşükler, abortus sonrası enfeksiyon ve doğum sonrası sepsis varlığı araştırılmalıdır.

Kontraseptif Öykü: Önceki kontrasepsiyon metodu ve süresi özellikle intrauterin kontrasepsiyon kullanımı ile buna ilişkin yaşanan problemler sorgulanır.

Cinsel Yaşam Öyküsü: Koitus sıklığı, zamanı, ilişkide vajinal lubrikasyon kullanımı, vajinal duş, cinsel istekte azalma ve dispareni varlığı sorgulanmalıdır.

Jinekolojik Öykü: Pelvik enfeksiyon, abdominal cerrahi, tüberküloz gibi medikal ve cerrahi öyküsü ile rubella taraması durumu saptanmalıdır.

Aile Öyküsü: Benzer sorunların ailede varlığı, akraba evliliği, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistemik hastalık varlığı, ikiz gebelikler ve meme kanseri öyküsü yer alır.

Fizik Muayene: Yaşam bulgularının kontrolü (özellikle kan basıncı), kilo ve vücut kitle indeksinin belirlenmesi, sekonder seks karakterlerinin gözlemlenmesi ile tiroid bezleri ile meme sekresyon ve özelliklerinin incelenmesini içerir.

Batın Muayenesi: Pelvik ve ya abdominal hassasiyet, organomegali ve batında kitle varlığı araştırılır.

Genital Muayene: Vajina ve klitoris yerleşimi, yapısı, hymen varlığı, vajinal açıklık tespiti, vajinanın şekli ve yüzeyi, uterusun yerleşimi, adneksiyel kitle varlığı, vajinal akıntı, utero-sakral ligament kalınlığı ve cul-de-sac da kitle ve hassasiyet değerlendirilir (Forti ve Krausz, 1999; NCC-WCH, 2004; Kamel, 2010).

2.5.2. Erkeğe Yönelik Öykü ve Fizik Muayene

Mevcut Öykü: Erkeğin yaşı, eğitim düzeyi, mesleki koşulları (radyasyon ve kimyasal ajanlara maruz kalma), sosyal güvencesi, evlilik ve infertilite süresi, daha önce yapılan değerlendirmeler ve infertilite tedavileri, yaşam tarzı, beslenme biçimi, sigara, alkol ve uyarıcı madde kullanımı, kronik hastalıkları ve ilaç kullanımı ile dini, kültürel ve etnik değerleri belirlenir.

Cinsel Yaşam Öyküsü: Koitus sıklığı ve zamanı, erektil disfonksiyon ya da ejakülasyon bozuklukları, mastürbasyon alışkanlığı, libidoda azalma, seksüel disfonksiyon varlığı ve seks partnerleri durumu sorgulanır.

Kontraseptif Öykü: Önceki kontrasepsiyon kullanımı, ilişkide kondom ya da vazektomi varlığı belirlenir.

Medikal ve Cerrahi Öykü: Kabakulak, tüberküloz, üriner ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi medikal rahatsızlıklar ile varikosel, hidrosel, inmemiş testis, apendektomi ve inguinal herni gibi geçirilmiş cerrahi operasyon varlığı belirlenir.

Fizik Muayene: Yaşam bulgularının kontrolü (özellikle kan basıncı), boy ve kilo ölçümü, vücut duruşu, tüy dağılımı ve meme gelişimi gibi sekonder seks karakterlerinin varlığı ile tiroid bezlerinin incelenmesini içerir.

Batın Muayenesi: Pelvik veya abdominal hassasiyet, organomegali, abdominal kitle varlığı, inmemiş testis, inguinal herni ve batında asit varlığı incelenir.

Genital Muayene: Penisin şekli ve boyutu, dış üretral meatusun yeri ve pozisyonunun gözlemlenmesi, testis palpasyonu ve volümünün değerlendirilmesi, vasa ve epididimisin varlığı ve sertliği, hidrosel ve varikosel varlığı ile rektum muayenesini içerir (Forti ve Krausz, 1999; Günal ve Yücel, 2006; NCC-WCH, 2004).

2.5.3. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri

Çiftlerden alınan ayrıntılı öykü ve fizik muayenenin ardından gerekli olan temel tanı testlerine geçilir. İnfertilite tanılmasında kullanılan tanı ve tedavi uygulamalarının maliyetinin yüksek olması nedeniyle mümkün olduğu kadar etkinliği bilinen invazivitesi en az ve öncelikle maliyeti düşük olanlar tercih edilmeye çalışılmalıdır.

İnfertilite değerlendirilmesinde kullanılan kadına yönelik testler; **ovulasyon testleri, endokrin testleri, ultrasonografi, post-koital test, endometrial biopsi, histerosalpingografi, histeroskopi ve laparoskopiyi** içerir. Erkeğe yönelik kullanılan testler ise **semen analizi, endokrin testler, ultrasonografi ve testiküler biyopsi** testlerini içerir (Gürkan ve Demirel, 2006; NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.5.3.1. Kadına Yönelik Kullanılan Testler

Ovulasyon Testleri: Ovulasyonun gerçekleşip gerçekleşmediğini öğrenmek ve ovulasyon ile ilgili bozuklukları dışlamak amacıyla kullanılan testlerdir. Ovulasyonun varlığını öğrenmek ve özellikle çiftlerin cinsel ilişkilerini bu döneme rastlaştırmak amacı ile kullanılırlar. Bu amaçla kullanılan testler; **bazal vücut ısısı, mid-luteal faz serum progesteron düzeyi ölçümü ve idrarda luteinizan hormon (LH) tayinidir** (Eryılmaz ve ark. 2009; Speroff ve Fritz, 2007).

a) Bazal Vücut Isısı (Basal Body Temperature - BBT): Ovulasyonun olup olmadığını, ovulasyon zamanını dolaylı olarak gösteren basit, ucuz ve klasik bir ölçüm yöntemidir. Kadının vücut ısısı her sabah uyanınca, mümkünse aynı saatlerde ve herhangi bir aktiviteden önce oral yoldan alınıp kaydedilerek bir grafik oluşturulur. Ölçüme siklusun ilk gününde başlanmalı, üç siklus boyunca devam edilmeli ve sonrasında değerlendirilmelidir. Tipik olarak ovulasyon öncesi siklusun proliferatif ya da preovulatuvar evresinde BBT 36.7 °C altındadır. Ovulasyon sonrasında progesteron düzeyinin artması (4 ng/ml üzerine çıkması) sonucu hipotalamik termojenik etkiyle bazal vücut ısısı yaklaşık 0.2-0.3 °C artmakta ve 11-12 gün boyunca bu düzeyde seyretmektedir. Progesterondaki yükselme ovulasyondan iki gün önce ya da bir gün sonraki süreçte herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğinden vücut

ısısındaki artış ovulasyon zamanını kesin olarak belirtmemekte ancak ovulasyonun gerçekleştiğini doğrulamaktadır. Ancak araya giren hastalık, stres, enfeksiyon ve uykusuzluk gibi faktörlerde vücut ısısını yükseltebileceğinden bu durumların varlığı değerlendirilmelidir. Koitus için uygun zamanlama beklenen ovulasyondan 3-4 gün öncesinde başlayıp 2-3 gün sonrasına dek süren dönemdir ve bu dönemde her 36-48 saatte bir cinsel ilişki önerilebilir. Bununla birlikte çiftin BBT programına katı bir şekilde bağlanması psikolojik stresi arttırdığı için önerilmez.

b) Mid-luteal Faz Serum Progesteron Ölçümü: Ovulasyonu değerlendirmede kullanılan bir diğer testtir ve ovulasyon değerlendirme testleri arasında klinikte en çok kullanılan testlerden biridir. Ovulasyonu takiben yedinci günde progesteron pik yaparak en yüksek değerine ulaşır. Progesteron pikinin saptanması ovulasyonun gerçekleştiğinin işaretidir. Serum progesteronun 3-4 ng/ml ve ya fazla olması ovulasyonun göstergesidir. Mid-luteal dönemde (siklusun 18-24. günleri arası) alınan tek ölçümle serum P değerinin ≥ 10 ng/ml olması ya da bu dönemde 3 gün üst üste alınacak 3 örneğin toplamının ≥ 30 ng/ml olması ovulasyonun iyi bir göstergesidir.

c) İdrarda Günlük Luteinizan Hormon Takibi: LH ın vücut sıvılarında (kan, idrar, tükürük) ölçümü ovulasyon hakkında bilgi verebilmektedir. Serumda LH tayini maliyetlidir ve uygulama zorlukları vardır ancak idrarda LH takibi evde de uygulanabilmesi nedeniyle daha pratiktir. Ovulasyonun LH dalgasının başlamasının ardından 24-36 saat içerisinde olduğu düşünülmektedir. Test sonuçları günlük alınan sıvı miktarı ve testin yapılma zamanına duyarlıdır. Hastalara testin yapılacağı günden kısa bir süre önce fazla sıvı almaması önerilir. Sabah ilk idrar örneği test için idealdir ancak en iyi LH pik dalgasının yapılan test sonuçlarına göre öğleden sonra geç saatlerde ya da akşam erken saatlerde (16:00-22:00) saptandığı gösterilmiştir. İdrarda LH tayini cinsel ilişki ve intrauterin inseminasyon zamanlamasında da kullanılabilir. Menapoz ya da PCOS gibi LH yüksekliği ile giden durumlarda da yalancı pozitiflik ortaya çıkabilir.

Ovulasyon fonksiyon testlerinin yanı sıra oositlerin tükenmesi ya da yaşlanması ve prematür overyan yetmezliği ortadan kaldırmak amacı ile kadında **over rezervi** değerlendirilmelidir. Bu amaçla kullanılan testler **siklusun üçüncü günü FSH** ve östradiol düzeylerinin ölçümü ile **klomifen sitrat challenge** testidir.

Siklusun 3. günü FSH düzeyi; Erken foliküler fazda (siklusun 2-4. günü) serum FSH ve östradiol düzeyi değerlendirilir. FSH ve östradiol düzeyleri gonadotropinlere yanıtın

habercisidir. FSH değerinin 10-15 mIU/ml nin altında olması yeterli over rezervinin göstergesidir. Bunun üzerindeki değerler anormaldir. 25 IU/L üstü değerler bağımsız olarak hemen hemen sıfır gebelik şansıyla ilişkilidir. Yüksek östradiol düzeyi (>80 pg/ml) prematür ve ya hızlanmış yeni oluşan foliküller ile birlikte ve bu da over rezervinin tükendiğini gösteren bir bulgudur.

Klomifen Sitrat Challenge Testi (CCCT); Klomifen-sitrat (CC) hipotalamustaki östrojen reseptörleri ile etkşerek LH ve FSH sekresyonunu arttıran östrojen agonisti ve antagonisti bir ajandır. Test FSH yanıtının biyolojik değerlendirilmesini sağlar. Siklusun 3. günü bazal FSH ve östradiol ölçümünden sonra, 5-9.günleri arasında klomifen sitrat (her gün için 100 mg/gün) oral verilir ve 10. günde tekrar FSH ölçümü yapılır. 3. ve 10. günde alınan FSH değerleri toplamı > 26 IU/L ise prognoz kötüdür. Aşırı FSH yanıtı spontan ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebelik oluşumu olasılığının düşük olduğunu göstermektedir (Gordon ve Speroff, 2003; Gürkan ve Demirel).

Endokrin Testler: Anormal over fonksiyonu; hipotalamik – hipofizer – over eksenindeki düzensizlik ya da primer over disfonksiyonu nedeniyle olabilmektedir. Bu amaçla kullanılan endokrin testler hipotalamus – hipofiz ve over fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlarlar. Anamnez ve fizik muayenenin ardından endokrinolojik değerlendirmeler yapılarak öncelikle FSH, LH olmak üzere progesteron, östradiol ve TSH'ın serum konsantrasyonları değerlendirilir (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

Ultrasonografi: Seri ultrasonografik folikülometri yöntemi antral folikül sayısı, folikül sayısı, folikül gelişimi ve ovulasyon zamanına göre endometril kalınlığının saptanması açısında ovulasyon hakkında en kesin bilgiyi sağlayan testtir. Folikül gelişiminin USG ile saptanması spontan siklulardan çok ovulasyon indüksiyonu ile yapılan siklularda önem kazanır. Ovulasyonun olduğunu gösteren üç ultrasonografik bulgu vardır.

* Folikül kollapsı - folikülün dairesel yapısının kaybolması

* Cul-de-sac'ta serbest sıvı

* Folikül ekojenitesinin artması

Ultrasonografik incelemeler sayesinde yetersiz folikül gelişiminin yanı sıra prematür over yetmezliği, rezistan over sendromu, hipoplazik overler, endometriyoma ve PCOS gibi tablolar incelenebilir (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

Post-koital test (Sims-Huhner Testi/PCT) : Servikal mukus içindeki sperm fonksiyonu ve servikal mukusun özelliklerini değerlendirmek için yapılan bir testtir. Kadında servikal faktörün ve erkekte sperm kalitesinin iyi bir göstergesidir. Test 36-48 saatlik cinsel perhiz sonrası ve menstrual siklusun 12-14. günlerinde (östrojen sekresyonunun en üst düzeyde olduğu ve beklenen LH piki sırasında) yapılır. Kadının cinsel ilişkiden sonra 30 dakika sırt üstü yatması, kliniğe gelene kadar ped kullanması ve vajina içini yıkamaksızın başvurması istenir. Test ilişkiden 1-3 saat (erken test) ve 18-24 saat (geç test) sonra uygulanabilir. Endoservikte yeterli sayıda hareketli sperm varlığı mukus kalitesinin iyi olduğu ve spermin servikte yeterli oranda hayatta kaldığını gösterir. Bu da infertilite nedeninin servikal faktöre bağlı olmadığını göstergesidir. PCT uzun süredir kullanılmasına rağmen yorumlanması sübjektif olduğu için testin değeri tartışmalıdır ve fertilite problemlerini tanımlamada rutin kullanımı önerilmemektedir (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

Endometrial Biyopsi : Endometriumdan alınan örneğin histopatolojik olarak incelenerek, endometriumun progesteron ve östrojen uyarısına uygun tepkisinin olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılır. Bu test genellikle siklusun 24-26. günleri arasında veya beklenen adetten 2-3 gün önce yapılmaktadır. Biyopsi endometriumun hormonlara verdiği yanıtı yansıtacağından luteal fazın yeterli olup olmadığını da göstergesidir. Ancak yapılan kanıta dayalı çalışmalar sonucunda luteal faz yetersizliği tedavisinin gebelik oranlarını arttırmadığı saptanmıştır. Bu nedenle rutin olarak kullanımı önerilmemektedir (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

Histerosalpingografi (HSG) : Kadın üreme yollarının geçirgenliğinin saptanmasında en yaygın kullanılan yöntemdir. Poliklinik koşullarında floroskopik kontrol altında verilen radyoopak maddenin transservikal, transuterin ve transtubal geçişinin izlenmesini sağlar. İşlem esnasında floroskopi altında çekilen düz grafiler (x-ray) tubaların açık/kapalı olup olmadığını, uterin ya da tubal bir yapısal anomalinin var olup olmadığını göstermektedir. HSG genellikle siklusun preovulatuvar döneminde (6-10 gün) tercihen 9.gününde yapılır. Bu dönemde endometriumun ince olması elde edilen görüntü üzerinde olumlu etki yapar. HSG çekimlerinde kadının gebe olmadığından emin olunmalı, kadında genital yol enfeksiyonu taraması yapıldıktan sonra enfeksiyonun önlenmesi ilkelerine göre hareket edilerek steril ve yüksek düzeyde dezenfekte aletler kullanılarak uygulama yapılmalıdır.

HSG proksimal ve distal tubal tıkanıklıkları, endometriyal polip, fibroidler, myomlar, septa varlığı, uterusun yapısal patolojileri ve uterin yapışıklar (Asherman sendromu) hakkında

fikir verir. Tanısal faydasının yanı sıra teropatik etkisi de bildirilmektedir. Bu nedenle normal sonuç gösteren bir HSG çekiminden sonra spontan gebelik oluşumuna olanak vermek için 3-6 ay süre ile beklenmesini önerenler vardır (NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007; Eryılmaz ve ark. 2009).

Histereskopi :Genellikle ileri evre bir tetkik yöntemidir. Uterin kavitenin histeroskop ile endoskopik olarak incelenmesi esasına dayanır. Histereskopide uterin kavite CO2, saline ya da yüksek moleküler ağırlıklı dextran ile doldurularak inceleme yapılır. Bu yüzden HSG' yi tamamlaması ve özellikle cerrahi girişim planlanan patolojilerin takibi açısından HSG' den daha etkilidir.

Laparoskopi :Genel anestezi altında abdominal boşluğun optik bir sistemle gözlenerek değerlendirilmesi esasına dayanır. Pelvik organların direkt olarak görüntülenmesi ile uterus, fallop tüpleri ve overlerin değerlendirilmesine olanak sağlar. HSG bulguları laparoskopi sonuçları ile %60-70 örtüştüğünden HSG anomali şüphesi uyandırmadığı sürece laparoskopi hastanın değerlendirilmesinde en son uygulanması gereken invaziv bir tekniktir. Bu nedenle infertilite değerlendirmesinin son basamağını oluşturur. Ancak ileri yaş olgularında, pelvik adezyon ya da endometriozis şüphesi olanlarda erken dönemde laparoskopi düşünülebilmektedir (Eryılmaz ve ark. 2009; Gordon ve Speroff, 2003; Gürkan ve Demirel, 2006; NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.5.3.2. Erkeğe Yönelik Kullanılan Testler

Semen Analizi: Erkek infertilitesinin araştırılmasında ilk basamak basit semen analizidir. Semen analizi ucuz ve noninvaziv olduğu için bütün çiftlerden ilk tetkik olarak istenmektedir. Bazal semen analizinde sperm volüm, konsantrasyon, hareket ve morfolojisine bakılmaktadır ancak tanıda temel olan total sperm sayısıdır.

Sık ejakülasyon sperm konsantrasyonunda azalmaya yol açtığı için 2 - 7 günlük bir süre önerilmektedir. Tanı için semen analizi parametre değerlerin normal olması durumunda bir analiz yeterli olmasına rağmen parametrelerden en az birinin anormal olması durumunda ikinci semen analizi 2 -7 günlük cinsel perhiz sonrasında ve ilk testten en az yedi gün sonra olacak şekilde istenmelidir. Semen ideal olarak masturbasyon ile laboratuvarın yanında özel bir odada alınarak, geniş ağızlı temiz kaplarda toplanmalıdır. Semen örneğinin laboratuvar ortamında alınması mümkün değil ise ya da çift kabul etmiyorsa ev koşullarında da toplanabilir. Eğer örnek evde toplanmışsa bir saat içinde vücut ısısında laboratuvara

ulaştırılmalıdır. Test öncesinde uykusuzluk, alkol kullanımı ve gribal enfeksiyon gibi faktörlerin olumsuz etkisi olabileceğinden dikkat edilmelidir.

Semen analiz sonuçlarının yorumlanmasında kullanılan referans değerleri genellikle yeterli olan minimum seviye şeklinde tanımlanmaktadır. Bu seviyenin altındaki parametre bulguları infertiliteye işaret eder. Ancak bu seviyenin altında semen parametrelere sahip fertil hastaların ve bu seviyenin üzerinde değerlere sahip infertil hastaların bulunduğu akılda tutulmalıdır. Bu nedenle sperm analizinde normali tanımlamak zordur (Gordon ve Speroff, 2003; Günalp ve Yücel, 2006; NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007; WHO, 2010).

WHO 1999 ve 2010 ölçütlerine göre semen analizi normal değerleri

Parametre	WHO 1999	WHO 2010
Volüm	>2	1,5
pH	>7.2	>7.2
Sperm Konsantrasyonu milyon/ml	20 milyon/ml	15
Toplam sperm sayısı milyon/ejekülat	40 milyon/ejekülat	39
Motilite Yüzdesi (a+b+c) (Ejekülasyondan sonra 60 dk. İçerisinde)	>%50 a(ileri hızlı) c(yerinde hareketli)	>%32 b(ileri yavaş) d(hareketsiz)
Canlılık	>%75	>%58
Normal morfoloji	>%15	>%4
Lökosit	<1	<1

Değerlendirmede World Health Organization (WHO) 2010 ölçütleri kıstas alınmalıdır. Referans değerlerindeki terminoloji sadece bazı semen değişkenlerini tanımlamakta ve herhangi bir nedensel ilişkiyi belirtmemektedir. Semen referans değişikliklerini tanımlamak için sıklıkla sayılar yerine kelimelerin kullanıldığı terminoloji önerilmektedir (WHO, 2010).

Semen Değişikliklerinde Kullanılan Terminoloji

Normospermi: Referans değerlerle tanımlanan normal ejekülatır.

Oligospermi: Sperm sayısının 15 milyon/ml den az olmasıdır.

Astenospermi: Sperm hareketliliğinin düşük olmasıdır.

Teratospermi: Normal şekilli sperm oranının düşük olmasıdır.

Oligoastenoteretospermi: Sperm sayısı, hareketliliği ve şeklinde problem olmasıdır.

Azospermi: Ejekülatta hiç sperm bulunmamasıdır.

Nekrospermi: Tüm spermelerin ölü olmasıdır.

Aspermi: Ejekülatın hiç olmamasıdır (WHO, 2010).

Endokrin testler: Anormal sperm analizi, seksüel işlevde bozulma ve endokrinopati düşündürecek durumlarda hipotalamus-hipofiz-testis aksını değerlendirmek amacı ile endokrin değerlendirme yapılır. Hormonal değerlendirmede başlangıçta FSH, testesteron seviyelerine bakılır ve bu testlerde bir sorun çıkarsa testesteron tekrarı, prolaktin ve LH ölçümleri yapılır.

Ultrasonografi: Transrektal, skrotal ve abdominal olmak üzere üç yolla yapılır.

Transrektal ultrasonografi (TRUG): Prostat, seminal vezikül ve vazdeferensin ampulla kısmının anatomik olarak görüntülenmesini sağlar.

Skrotal ultrasonografi: Çoğunlukla varikoselin objektif tanısı için kullanılır.

Abdominal ultrasonografi: Vazdeferensi palpe edilemeyen hastalarda böbrekleri değerlendirmek için yapılmaktadır.

Testiküler Biyopsi: Spermatogenezin aktivitesini göstermenin en iyi yoludur. Tanısal testis biyopsisinin amacı obstrüktif ve nonobstrüktif azospermi ayrımının yapılabilmesidir. Nonobstrüktif azospermili çoğu hastada testislerden elde edilebilecek ve in vitro ortamda oositin fertilizasyonunda kullanılabilecek sınırlı sayıda spermatozda bulunabilir. Bu nedenle obstrüktif ya da nonobstrüktif azospermi veya oligospermik infertil erkeklerde testis biyopsisi tedavi amaçlı kullanılabilir. Testis biyopsilerinin yorumlanması sübjektif olup, klasifikasyon sistemlerinin farklılığından dolayı sıkıntılar yaşanmaktadır (Gordon ve Speroff, 2003; Günalp ve Yücel, 2006, NCC-WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

2.6. YARDIMCI ÜREME TEDAVİ YÖNTEMLERİ

2.6.1. İlaç Tedavisi: Ovulasyonu veya sperm yapını etkileyen bir hormonal dengesizlik nedeniyle çocuğu olmayan çiftlerde başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormonal uyarıların yerini almak ve bu uyarıları şiddetlendirmek üzere hormon tedavisi kullanılmaktadır. Günümüzde KOH (Kontrollü Ovarian Hiperstimülasyon) In Vitro Fertilization – Embriyo Transferi (IVF-ET), Intrauterin İnseminasyon (IUI) gibi yardımcı üreme tekniklerini uygulamadan önce kullanılmaktadır. Burada overlerden mümkün olduğunca çok sayıda ve iyi kalitede oosit elde etmek amaçlanmaktadır.

2.6.2. Cerrahi Tedavi: Erkeklerde varikozel ve obstrüksiyonların tedavisi ile kadında obstrüksiyonların düzeltilmesi amacıyla kullanılmaktadır. (Gordon ve Speroff, 2003;NCC-WCH,2004;Speroff ve Fritz,2007)

2.7. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT), anne adayının yumurtası ile erkeğin spermini çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital organlarına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı,2005).

The National Survey of Family Growth (NSFG) 2002 yılı verilerine göre 15-44 yaş grubundaki 7.3 milyon kadının infertilite hizmetlerinden yararlandığını ve 1.1 milyondan fazla kadının gebe kalmak amacıyla tıbbi yardım aldığını ortaya koymuştur (ASRM,2009). Üremeye yardımcı tedavi hizmetlerinin uygulanmaya başlandığı 1981 yılından bu yana yaklaşık olarak 500.000 bebek yardımcı üreme tedavilerinin bir sonucu olarak dünyaya gelmiştir (ASRM,2010). The Society for Assisted Reproductive Technologies (SART) 2009 yılında YÜT merkezlerinin tedavi sonucu başarı oranlarına yönelik yaptığı çalışmada ABD’de 367 fertilite kliniğinde 142.241 YÜT siklusu uygulandığını ve 56778 canlı doğumun meydana geldiğini bildirmiştir (ASRM,2009).

Yardımcı üreme tedavilerinin hızla artan bir kullanım alanı bulması ile birlikte günümüzde uygulama alanı ve başarı durumu farklı olan birçok yardımcı üreme tekniği tanımlanmış ve denemiştir. Bunlardan bazıları çok fazla uygulama alanı bulamamış olsa da IVF-ET ve ICSI tüm dünyada en yaygın kullanım alanı bulan tekniklerdir.

YÜT merkezlerinde uygulanan teknikler;

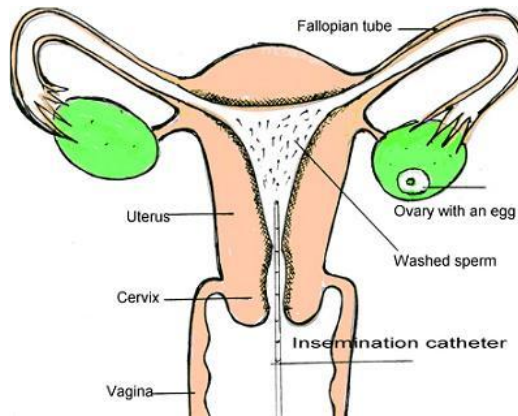
- **Intrauterin İnseminasyon (IUI)**
- **In Vitro Fertilizasyon (IVF) – Embriyo Transferi (ET)**
- **Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT)**
- **Zigot Intra Fallopian Transfer (ZIFT)**
- **Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)**
- **Tubal Embriyo Transfer (TET)**’ dir.

Ayrıca YÜT olmayan genellikle sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler vardır. Bunlar;

- **Zona delinmesi (Assited Hatching)**
- **Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA)**
- **Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA)**
- **Subzonal Sperm İnjesiyonu (SUZI)**
- **Parsiyel Zona Diseksiyonu (PZD)**’ dur (Dikencik,2001).

2.7.1. Intrauterin Sperm İnseminasyonu

İnfertilite tedavisinde en yaygın ve etkin yöntem olarak kullanılan intrauterin inseminasyon; ovulasyon zamanında laboratuarda özel aşamalardan geçirilerek hazırlanan spermelerin katater aracılığıyla uterus içine enjekte edilmesi işlemidir. Bu yöntemin özelliği konsantre, motil spermelerin, spermatozoitlere zararlı olan asit ortamın ve sperma reflusunun ortadan kaldırılması ile fertilizasyonun doğal yeri yakınına yerleştirilmesi esasına dayanmasıdır (Dikencik, 2001; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).



<http://www.ivf.net:in/insemi/.com>

Şekil 1. Intrauterin İnseminasyon (IUI)

IUI'nın Endikasyonları;

- Nedeni açıklanamayan infertilite
- Erkek faktörü
- Servikal mukus problemleri
- İmmünolojik faktörler
- Hafif endometriozistir (Dikencik, 2001; NCC-WCH, 2004).

IUI'da Aşamalar;

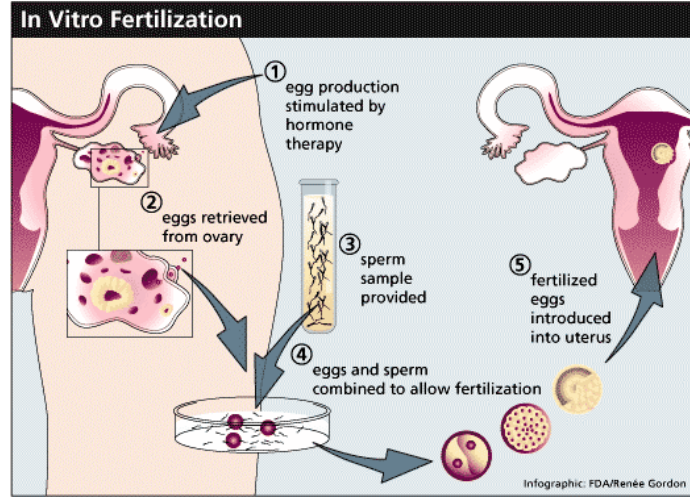
- a) Overyan Stimülasyon
- b) Siklusun Monitörizasyonu
- c) İnseminasyon zamanlanması
- d) Sperm hazırlanması
- e) Hazırlanan sperm ile inseminasyon yapılmasıdır (Speroff ve Fritz,2007).

IUI'nın yönetiminde hemşirelik yaklaşımları;

- Kontrollü over hiperstimülasyon (KOH) uygulanacak ise kullanılacak ilaçların etkileri, kullanılış amacı, kullanılma şekli ve yan etkileri konusunda kadın bilgilendirilir.
- KOH tedavisinin yan etkileri gözlenir ve hekim ile işbirliği yapılarak şiddetli vakalarda hastanın hastaneye yatışı sağlanır.
- Folikül gelişiminin izlenmesi aşamalarında (günlük östradiol ölçümü, USG) hasta hazırlığı yapılır.
- Folikül gelişimi tamamlandığında hekimin istemiyle HCG enjeksiyonu yapılır.
- Erkekten sperm alınması için uygun kap verilir ve uygun koşullar sağlanır.
- IUI işlemi konusunda kadın ve erkeğe bilgi verilir.
- İşlem steril koşullarda gerçekleşeceği için steril araç ve gereç hazırlığı yapılarak hekime yardım edilir.
- Uygulamayı takiben kadının bir süre dinlenmesi ve eşinin yanında olması sağlanır.
- İşlemden sonra kadının belli aralıklarla takip edilerek gebelik oluşup oluşmadığının belirlenmesi hakkında eşlere bilgi verilir (Dinç ve Beji, 2001).

2.7.2. In Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)

In Vitro Fertilizasyon işlemi eksojen gonadotropinler aracılığıyla yapılan kontrollü overian stimülasyonu, transvajinal ultrasonografi altında oosit toplama işlemi, laboratuarda fertilizasyonu ve embriyoların uterusu transservikal olarak transferini içerir. IVF günümüzde üremeye yardımcı teknikler arasında ilk ve en sık kullanılan tekniktir (NCC – WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).



<http://www.blog.timesunion.com/mdtobe/files/2011/07/in-vitrofertilization>

Şekil 2. Invitro Fertilizasyon Aşamaları

IVF Endikasyonları;

- Tubal ve peritoneal faktör
- Endometriozis
- İmmünolojik faktör
- Açıklanamayan infertilite
- IUI veya uygulanmış başarısız olan olgulardır (NCC – WCH, 2004; Speroff ve Fritz, 2007).

IVF'in Aşamaları; IVF işlemi; ovulasyon indüksiyonu ve monitörizasyonu, oosit pick-up ,kapasite edilmiş sperm ile fertilizasyon, embriyo transferi ve gebelik tayini olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır.

1) Ovulasyon indüksiyonu ve monitörizasyonu

2) Oosit pick-up (OPU): OPU işlemi genel olarak HCG enjeksiyonunu takiben 34-36 saat sonra lokal anestezi ve intravenöz sedasyon ile laparoskopik olarak ya da transvajinal USG eşliğinde yapılır. Oositlerin toplanması oldukça basit bir işlemdir. İşlem için transvajinal prob ile folikül içerisine girilir ve folikül sıvısı iğne aspirasyonu şeklinde yaklaşık 100 mmHg vakum basıncı ile aspire edilir. Oosit toplama işleminin komplikasyon oranı düşüktür, ancak sıklıkla görülen komplikasyonları lateral fornikste kanama, bağırsak, mesane ve damar yaralanmaları ile pelvik absedir (Speroff ve Fritz, 2007).

OPU Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları

OPU Öncesi Yapılması Gereken İşlemler;

- HCG' nin veriliş amacı, şekli, dozu, etki ve yan etkisi ile HCG verilmesinin 36 saat sonrasında OPU işlemine geçileceği çiftlere açıklanır. OPU işleminin nerede ve nasıl yapılacağı konusunda çift bilgilendirilir.
- İşlemden bir gece önce gaz yapıcı yiyeceklerin yenmemesi ve saat 24:00' den sonra kadının aç kalması gerektiği açıklanır.
- Erkeğin 3-5 gün cinsel perhizde olması ve taze sperm örneği alınacağı için OPU günü eşiyile birlikte gelmesi söylenir.
- OPU sonrası olası bir enfeksiyondan korunmak adına antibiyotik tedavisine başlanacağı açıklanır ve çiftlerin bu ilaçları önceden temin etmesi sağlanır.
- İşlemin anestezi altında yapılacağı ve işlem öncesinde kadının anestezi uzmanı tarafından değerlendirileceği açıklanır.
- İşlemden önce kadının mesanesinin boşaltılması sağlanır.
- Çiftlerin bu aşamaya ilişkin endişeleri paylaşılır ve soruları cevaplandırılarak psikolojik destek sağlanır (Dinç ve Beji, 2001; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

OPU Sırasında ve Sonrasında Yapılması Gereken İşlemler;

- İşlem hakkında açıklama yapılır ve uygulama anında hafif rahatsızlık dışında ağrı hissetmeyeceği açıklanır.
- İşlem öncesinde damar yolu açılarak hekimin önerdiği sedatif ve analjezik uygulanır.
- Hasta muayene masasına yatırılır, mahremiyetine özen gösterilir.

- İşlem süresince hasta desteklenir ve işlem hakkında bilgi verilerek soruları cevaplandırılır.
- İşlem sonrasında hasta olası komplikasyonlar açısından gözlemlenir.
- İşlem sonrası koruyucu antibiyotik uygulamasına başlanır. Kullanılacak olan antibiyotiğin etkisi ve kullanım süresi hakkında bilgi verilir.
- Diğer taraftan erkekten mastürbasyon yoluyla sperm vermesi istenir ve bunun için gerekli özel bir kap verilir.
- OPU işleminden sonra çifte toplanan folikül hücresi ile erkekten alınan sperm hücresi örneğinin laboratuvar ortamında incelendikten sonra sağlıklı olanların fertilizasyon için ayrılarak özel bir kültür ortamında döllenmeye bırakılacağı açıklanır.
- Embriyo transferi için çiftlere genellikle oosit toplanmasından 48 saat sonraya randevu verilir (Dinç ve Beji, 2001).

3) Kapasite edilmiş sperm ile fertilizasyon

4) Embriyo Transferi (ET): Embriyo transferi fertilizasyondan sonraki 2-3. günde, transabdominal ultrasonografi eşliğinde transservikal olarak, yumuşak bir katater vasıtasıyla oluşan embriyonun uterusu yerleştirilmesi işlemidir. Transfer kolay bir işlemdir ve işlem sırasında anesteziye gerek duyulmaz. Hastalara transfer edilecek embriyo sayısına kadının yaşına ve embriyoların kalitesine göre karar verilmektedir. Ülkemizde 2010 yılı öncesinde Sağlık Bakanlığı ÜYTE 2005 yönetmeliğine göre üreme tekniklerinin uygulandığı merkezlerde üçten fazla embriyo transfer edilmemesi esası vardı ve yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbi zorunluluk halinde üçten fazla embriyo transfer edilmesi durumunda uygulamayı yapan tabip gerekçesini beyan etmek zorundaydı. Ancak 06.03.2010 tarihinde bu yönetmelik ile ilgili yapılan bir değişiklikle istenmeyen bir durum olan anne ve çocuk sağlığını riske sokan çoğul gebeliklerin önlenmesi esas alınmış ve yardımcı üreme tedavilerinde klasik ovulasyon indüksiyonu ile ikiden fazla folikül gelişmemesi hedeflenmiştir. Değişen bu yönetmelikle kadınlarda 35 yaşına kadarki 1. ve 2. uygulamalarda tek embriyo, 3. ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerindeki tüm uygulamalarda ise en fazla iki embriyo transfer edilebilmektedir (ÜYTE, 2010). Bazı otoriteler en iyi klinik sonuçların 2-4 embriyo transferi ile alındığını bildirmektedir ve IVF uygulamalarında %30-35 çoğul gebelik riski vardır. IVF – ET yönteminin başarılı olmasında hastanın yaşı, sperm faktörü, ET tekniği ve hormonal stimülasyona verilen yanıt etkili olmaktadır (Speroff ve Fritz,2007).

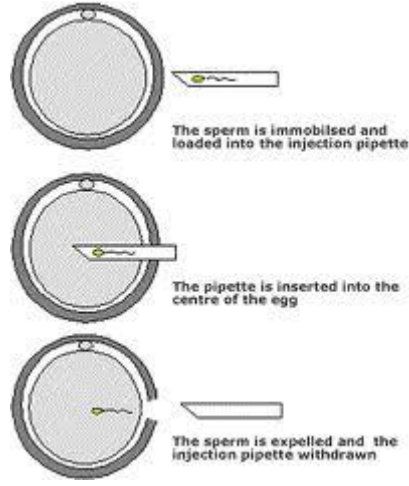
ET Yönteminde Hemsirelik Yaklaşımları

- Yapılan işlemin anestezi gerektirmediği, ağrısız ve kolay bir işlem olduğu söylenir.
- Yapılacak olan işlem hakkında çifte bilgi verilir.
- Kadına litotomi pozisyonu verilir ve mahremiyetine özen gösterilir.
- Vajenin serum ile yıkanacağı ve serviks ağzının kuru bir steril çubuk ile temizleneceği açıklanır. Daha sonra kadından derin bir nefes alarak gevşemesi istenir ve serviksin bir aletle (tenekulum) ile tutulacağı açıklanır.
- Yapılan işlem sırasında hekime yardım edilir.
- İşlem sonrasında kadına yapılan embriyo transferi sayısı hakkında bilgi verilir.
- Kadına pozisyonunu bir süre bozmaması gerektiği çünkü kateterdeki tüm embriyoların uterus boşluğuna bırakılıp bırakılmadığının laboratuarda mikroskop altında kontrol edileceği söylenir.
- İşlem sırasında ve sonrasında hasta kanama açısından gözlenir ve işlem sonrası birkaç saat sırtüstü kalarak üniteye dinlenmesi sağlanır (Dinç ve Beji, 2001; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

5) Gebelik tayini

2.7.3. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

Intrastoplazmik sperm injesiyonu oosit zona pellusidasında bir delik açılarak tek bir spermin oosit stoplazması içine verilmesi işlemidir. Kullanılan spermier ejakülattan veya testis dokusundan aspirasyon veya ekstraksiyon yöntemiyle elde edilir. ICSI'da gebelik oranı % 30 olarak bildirilmiştir (Speroff ve Fritz, 2007).



http://www.infertility.net.au/IVF_lab.htm

Şekil 3. Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

ICSI Endikasyonları; oligospermi ve sperm motilitesi bozukluklarıdır (NCC-WCH, 2004).

2.7.4. Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT)

Sperm ve ovumun bir transfer kateteri aracılığıyla fallop tüplerinin ampuller-iskemik bölgeye enjeksiyonudur. GIFT için en az bir tüpün açık olması gerekmektedir. GIFT ile IVF başarı oranları benzerdir.

GIFT Endikasyonları;

- Açıklanamayan infertilite
- Hafif erkek faktörü (Sperm motilitesi ↓)
- Endometriozis (Tuba açık olmalı)
- İmmünolojik faktörlerdir (NCC – WCH, 2004;Dikencik, 2001; Speroff ve Fritz,2007).

2.7.5. Zigot Intra Fallopian Transfer (ZIFT)

Zigot evresindeki embriyoların laparoskopik olarak fallop tüplerinin ampullasına yerleştirilmesidir.

ZIFT Endikasyonları;

- Açıklanamayan infertilite
- Hafif erkek faktörü (Sperm motilitesi ↓)
- Endometriozis (Tuba açık olmalı)

- İmmünolojik faktörlerdir (NCC – WCH, 2004;Dikencik, 2001; Speroff ve Fritz,2007).

2.7.6. Tubal Embriyo Transferi (TET)

TET, kültür ortamında 24 saatten fazla bekletilen ya da dondurulmuş embriyoların laparoskopi altında tüplerin içine transfer edilmesidir. Tubal transferlerde tubaların açık olması ve işlem sonrası luteal fazın desteklenmesi gerekmektedir (Speroff ve Fritz, 2007).

2.8. YARDIMCI ÜREME TEDAVİLERİ VE HEMŞİRENİN ROLLERİ

Yardımcı üreme tedavileri çiftler için son derece karmaşık ve travmatik bir süreçtir (Payne ve Goedeke,2007). Bu sürecin birçok farklı basamağı vardır ve bu farklılıklar çiftlerde değişik gereksinimleri ortaya çıkarmaktadır. Çiftlerin bu süreci mümkün olduğunca sağlıklı ve stressiz bir şekilde geçirebilmeleri için etkin sağlık hizmeti sunan profesyonel bir ekibe ihtiyacı vardır. Hemşire; embriyolog, jinekolog, psikolog, biyolog, laborant ve anestezişinde içinde bulunduğu YÜT ekibinin üyesi ve ayrılmaz bir parçasıdır (Beji ve ark. 2009; Muirhead ve Lawton,1998; Muirhead ve Kirkland,2007). İnfertil çiftler için hemşire aile olabilme düşlerinin bir bağlantısıdır. Tedavi süreci içinde çiftlerin iletişim kuracağı temel sağlık personeli hemşirelerdir ve tedavinin çeşitli aşamalarında koordinasyonu ve çiftin tedaviye olan bağlılıklarının sağlanmasında önemli rolleri vardır. Fertilite problemi olan çiftlere tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca tüm aşamalarda yardımcı olabilmek için değişik hemşirelik girişimleri gerekmektedir. Tedavi ile ilgili karar vermede çiftlere yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendilerinin başarılı yönleri üzerine odaklanmalarını sağlamak, kişiler arası ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesini ve devamında hemşireler anahtar role sahiptirler (Alan,2001(a); Alan,2005; Beji ve ark, 2009; Dinç ve Beji, 2001; Payne ve Godek, 2007). Hemşireler, çiftlerin bu önemli yaşam deneyimlerinde eğitim ve danışmanlık için de son derece uygun pozisyonadrlar (Breadiahl,2001). Günümüzde infertilite tedavisindeki gelişmeler hemşirelerin bu alandaki rollerinin giderek genişlemesine ve önem kazanmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda hemşireler tıbbi bakımdaki rollerinin yanı sıra; uygulayıcı/klinisyen, eğitim/danışman, araştırmacı, yönetici ve koordinatör ve hasta hakları savunucusu rollerini de üstlenmişlerdir (Ashcroft,2001; Barber,1999; Birch,2001; Dinç ve Beji, 2001).

2.8.1. Uygulayıcı / Klinisyen Rolü

İnfertilite alanında çalışan hemşireler çiftlerin başvurduğu andan itibaren tanı, tedavi ve izlem aşamalarının tümünde uygulayıcı/klinisyen rollerini gerçekleştirirler. Hemşireler bu rolleri ile tıbbi bilgileri doğrultusunda çiftlerin gereksinimlerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirerek sorunları saptar, bakım uygulamalarına karar verir, planlayıp uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir. Tanı ve tedavi aşamalarında yapılan tüm işlemler sırasında hastanın yanında olmak, hekime yardım etmek, invaziv işlemler (OPU, ET vb.) için hastanın hazırlığını sağlamak ve işlemler sonrası gerçekleştirilen tüm izlem uygulamaları hemşirenin uygulayıcı/klinisyen rolleri arasında yer almaktadır (Dinç ve Beji, 2001; Birch,2001; Morris,2001; Payne,2007).

2.8.2. Eğitim / Danışmanlık Rolü

Tüm üreme sağlığı hizmet alanlarında olduğu gibi infertilite hizmetlerinde de çiftlerin sorunları ile baş edebilmesi, özgür ve bilinçli karar verebilmesi, kendi bakımına aktif katılabilmesi, öz bakım ve uygulamaları doğru ve eksiksiz yerine getirebilmesi için doğru ve tam bilgiye ulaşma hakkı ve gereksinimleri vardır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşire çiftlerin bu önemli yaşam deneyiminde mesleki donanımı nedeniyle eğitim ve danışmanlık için son derece uygun pozisyonundadır. Tedavi sürecinde gerekli açıklamaları yapmak, öngörülen tedavileri kendi kendilerine nasıl uygulayacaklarını göstermek, yaşadıkları güçlüklerle yönelik emosyonel olarak desteklemek, finansal, yasal, etik ve güncel konulara yönelik rehberlik etmek hemşirenin eğitici / danışmanlık rolleri arasındadır (Breadiahl,2001; Dinç ve Beji,2001; Norre ve Wischman,2011; Mourad ve ark. 2009; Payne, 2007).

2.8.3. Araştırmacı Rolü

İnfertilite tedavi uygulamalarındaki değişimler ve gelişmelerle birlikte hemşirelere yeni ve önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle hemşire güncel konuları ve yenilikleri yakından takip etmelidir. Çifte en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili soruları cevaplayabilmek ve kendilerini koruyabilmek için hemşireler okumalı ve araştırmalıdır. Bunun yanında yeni gelişmeleri hemşireliğe en doğru biçimde yansıtabilmek için içinde bulunduğu çalışmalara yönelik araştırmalar planlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını kullanıma sunabilmelidir (Breadiahl, 2001; Dinç ve Beji, 2001; Payne, 2007).

2.8.4. Yönetici ve Koordinatör Rolü

Tedavi siklusunun etkin yönetimi sunulan hizmetin kaliteli olmasını sağlamaktadır ve hemşireler bu rolleri ile sunulan hizmetin niteliğini doğrudan etkilemektedirler. Yönetim ve koordinatör rolü bilgi verme, kapsamlı hasta bakımı, servislerin koordinasyonu, yönetsel işlevler, merkezi kayıt sisteminin sağlanması, mali işlevler ve ihtiyaçların tespiti gibi işlevleri kapsamaktadır. Hemşire bu işlevleri sırasında profesyonel otorite, sorumluluk, saygınlık ve en önemlisi ekibin diğer üyeleri ile uyum halinde çalışmayı da içerecek şekilde modern hemşire özelliklerine sahip olmalıdır (Dinç ve Beji, 2001).

2.8.5. Hasta Hakları Savunucusu Rolü

Hemşireler sağlık bakım kararları için hastaya güç veren bir roledir. Hemşire bir hasta hakları savunucusu olarak hastayı gerekli rutin tetkik ve işlemler ile riskleri hakkında bilgilendirir. Hastanın tedavi sürecine katılımı ve etkin karar almasında etkin bir rol oynar (Dinç ve Beji, 2001).

2.9. İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİNİN GELİŞİMİ, DÜNYA VE ÜLKEMİZDEKİ İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİNİN GÜNCEL DURUMU

İlk in vitro fertilizasyon (IVF) bebeği olan Louise Brown'un 1978 yılında mucizevi doğumu ve ardından YÜT hizmeti veren ilk kliniğin 1980 yılında kuruluşu üreme tıbbı alanında bir çığır olmuş ve Uluslararası Hemşirelik Örgütleri İnfertilite Hemşireliği'ni yeni bir klinik uzmanlık alanı olarak görmeye başlamışlardır. Yardımcı üreme teknikleri alanındaki bu yeni ve teknolojik gelişmeler, çiftlerle en fazla iletişime giren sağlık personeli olan hemşirelerin omuzlarına artan sorumluluklar yüklemiş ve hemşireleri bireysel ve mesleki niteliklerini geliştirme zorunluluğu ile karşı karşıya bırakmıştır (Akyüz, 2008; Beji ve Zengin, 2009; Mitchell, Mittelstead and Wagner, 2005). İnfertilite hemşireliği infertilite tanı, tedavi ve erken gebelik sürecinde kanıta dayalı bilgileri kullanarak kadınlara/çiftlere sevecen ve bütüncül bir yaklaşım sağlamayı gerektiren özel bir alandır. İnfertilite hemşiresi multidisipliner bir ekibin üyesi ve yüksek kalitede bakım vermeyi amaçlayan kişidir (Allan, 2006; Breidahl, 2005; RCN, 2007).

Özel bir alan olan İnfertilite Hemşireliği ilk kez 1985 yılında Amerikan Hemşireler Birliği tarafından tanım olarak ortaya atılmıştır. Dünya'da ilk kez 1984-1995 yılları arasında ABD'de İnfertilite Hemşireliği sertifika programı gündeme gelmiş ancak sonrasında üzerinde çok durulmayarak, kaldırılmıştır. Sertifika programlarının kaldırılış nedeni çok açık

olmamakla birlikte bu alana karşı duyulan ilgi yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ara verilen sertifika programları 2007 yılında tekrar başlatılmış ancak bu süre zarfında infertilite alanında çalışan hemşireler rollerini belirlenen temel esaslardan çok hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve temel eğitimleri sırasında edindikleri teorik ve pratik beceriler çerçevesinde geliştirmek ve değiştirmek zorunda kalmışlardır. (Akyüz, 2008; Allan, Lacey ve Payne, 2009; Beji ve Zengin, 2009; McTavish, 2003; Mitchell, Mittelstead and Wagner, 2005; Muirhead ve Lawton, 1998).

İngiltere’de İnfertilite Hemşireliği’nin bakım standartlarının oluşturulması ve hemşirelerin değişen rollerinin tanımlanması amacıyla 1987 yılında **Royal College of Nursing** bünyesinde yer alan “RCN Fertilité Hemşireleri Grubu” oluşturulmuştur. Bu grubun yaptığı araştırmalar çerçevesinde hemşirelerin çalışmalarının belirli bir eğitime ve deneyime dayanması gerektiğini ortaya koymuştur ve bunun üzerine İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Merkezi (Human Fertilisation and Embryology Authority- HFEA) fertilité hemşirelerinin ulusal ve lokal düzeyde çalışmalarını gerçekleştirebilecek yetkinlikte olmalarını şart koymuştur. İngiltere’de hemşirelerin rollerinde meydana gelen bu değişimler Nisan 2002’de yasal düzenlemeler yapılarak kabul edilmiştir ve bu alandaki çalışmalar halen devam etmektedir (Beji ve ark. 2009; Dinç ve Beji ,2001; RCN, 2011).

Avusturalya’da 1990 yılında infertilite hemşireliği ile ilgili olarak Hemşirelik Özel İlgi Grubu (The Nurses Special Interest Group) kurulmuştur. Bu grup 1997 yılında Avusturalya Fertilité Hemşireleri (Fertility Nurses Australia – FNA) adını alarak, Avusturalya Fertilité Topluluğu (The Fertility Society of Australia) adı altında faaliyetlerini sürdürmektedir (Beji ve ark. 2009; FNA, 2011).

Japonya’da infertilite hemşireliğinin gelişimine bakıldığında IVF koordinatör sertifikasyon programının 1998 yılında başladığı görülmektedir. Ardından 1999 yılında Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı (Japan Infertility Nursing Network – JINN) kurulmuştur. Fertilité alanında uzman hemşire sertifika programı başlamış ve 2003 yılında da İnfertilite Hemşireliği Japon Topluluğu (Japanese Society of Infertility Nursing – JSIN) kurulmuştur. Fertilité alanında uzman hemşire sertifika programına en az üç yıl bu birimlerde çalışmakta olan hemşireler başvurabilmekte ve altı ay süren bir eğitim sonunda yazılı ve sözlü sınavların ardından belge alabilmektedirler (Beji ve ark. 2009; JSIN, 2011).

Görüldüğü gibi günümüzde halen ülkeler arasında kliniksel uygulamalarda bu alana özgü bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri açısından çeşitlilik olmakla birlikte bu hemşirelerin

klirik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı da çok açık değildir. Dünya genelinde infertilite hemşireliğine yönelik gerçekleştirilen sertifika programları incelendiğinde bunların genel hemşirelik faaliyetlerinden daha çok OPU, transvajinal USG ve IUI gibi teknik konulara yönelik sertifika programları oldukları görülmektedir. Dünyada sertifikasyon hemşireliğe değil, doktorların ya da embriyologların yaptığı teknik işlemlerin hemşireler tarafından yapılabilir hale gelmesine yöneliktir.

Ülkemizde YÜT hizmeti veren ilk merkez Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak 1988 yılında çalışmalarına başlamıştır (Ege Tüp Bebek Merkezi, 2010). Şuan itibariyle ülkemizde hizmet veren 121 YÜT merkezi bulunmaktadır ve her merkezde ortalama dört hemşirenin çalıştığı düşünülürse yaklaşık olarak 480-500 hemşire bu merkezlerde görev almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Ülkemizde İnfertilite Hemşireliği'nin durumundan söz etmeden önce hemşirelikle ilgili yasal düzenlemeleri gözden geçirmek gerekmektedir. 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun çok uzun çalışmaların ardından onaylanmış ve 02.05.2007 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Akyüz, 2008; Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Bu kanunun 8. maddesine göre lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı'na onaylandıktan sonra uzman hemşire olarak çalışabilir ve özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesi alabilirler, ibaresi yer almaktadır. Kanunun maddelerinden de anlaşılacağı gibi hemşirelik mesleğinin üyeleri uzmanlaşabilirler ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yetki belgesi alabilirler. İnfertilite hemşireliği içinde bu nedenle yetkilenme ve belgelenme açısından yasal bir engel bulunmamaktadır. Ne yazık ki 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı resmi gazetede yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinin 7. Maddesine eklenen Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde İnfertilite Hemşireliği ayrı bir birim olarak incelenmemekle kalmayarak Kadın Doğum Hemşireliği'nin yetki ve sorumlulukları içerisinde dahi yer almamıştır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ,2011). Yasal mevzuatta yer alan tüm bu olumsuzluklara rağmen son yıllarda ülkemizde İnfertilite Hemşireliği'ne duyulan ilgi artmış ve İnfertilite Hemşireliği adına olumlu gelişmeler olmaya başlamıştır. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin mesleki ve profesyonel gelişimlerine katkıda bulunmak amacıyla 08.08.2007 yılında İzmir'de İnfertilite Hemşireliği Derneği ile 18.09.2008 tarihinde İstanbul İnfertilite Hemşireleri Grubu tarafından Üreme Sağlığı ve

İnfertilite Hemşireliği Derneği kurularak çalışmalarına başlamıştır (Beji, 2008; İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2010).

Ülkemizde İnfertilite Hemşireliği otonomi kazanmış rol ve sorumluluklarının bilincinde gelişime açık bir durumdadır. Kongreler içinde yer alan İnfertilite Hemşireliği programlarına oldukça geniş katılımların olması bunun bir göstergesidir. İnfertilite Hemşireliği, hemşirelik lisansüstü programlarında ders olarak yer almaktadır ve bu konuda hemşireler tarafından yapılmış yüksek lisans ve tez çalışmaları bulunmaktadır.

İnfertilite Hemşireliği çalışma alanı ve hasta grubu nedeni ile özelleşmiş bilgi, donanım ve uygulamaya sahip olan özel bir dal hemşireliğidir, ancak ülkemizde gelişmekte olan bu özel dal hemşireliğinin uygulama standartları henüz netleşmemiştir. Bu nedenle günümüzde hala infertilite alanında çalışan hemşirelerin bu alana özgü klinik bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri açısından farklılıklar vardır ve bu hemşirelerin klinik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı çok açık değildir. Ülkemizde bu alana özgü yasal bir eğitim ya da sertifika uygulaması olmadığı gibi bu zorlu alanda görev alan hemşirelerin üstlendikleri rollerin tanımlanmasına yönelik yapılmış herhangi bir çalışmaya da rastlanmamaktadır.

3. GEREK VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri, İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği ve İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği'ne ek olarak İstanbul, İzmir ve Ankara illerindeki çeşitli infertilite merkezlerinden Mart 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği ile İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği'ne üye toplam 277 hemşire örneklem kapsamına alınmış, ancak e-posta ile anketleri yanıtlayan hemşire sayısı sadece (n=21) olmuştur. Geri dönüşün sınırlı olması nedeniyle İstanbul, İzmir ve Ankara illerindeki çeşitli infertilite merkezlerinde çalışmış ve/veya halen çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmacının, İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği'nin gerçekleştirdiği toplantıya katılımıyla ulaşılabilen (n=24), İzmir ili içerisinde yer alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden altı merkezi ziyareti ile ulaşılabilen (n=35), Ankara ili içerisindeki 16 merkezde görev alan ve bir anketör aracılığıyla ulaşılabilen (n=37) olmak üzere toplam 117 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda (Morris, 2001; Breidahl, 2005) araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan veri toplama formları kullanılmıştır (EK-5). Veri toplama formundaki maddelerin anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanındaki iki öğretim elemanı ile infertilite alanında çalışan dört hemşirenin görüşleri alınmış ve gelen görüşler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Veri toplama formu; Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), İnfertilite Hemşirelerinin Üstlendikleri Roller Tanılama Formu (Ek 2), İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükleri Tanılama Formu (Ek 3) olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır. Formların doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen bu formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik hazırlanmış sekiz soru yer almaktadır.

3.4.2. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Üstlendikleri Roller Tanılama Formu (Ek-2)

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin üstlendikleri rolleri değerlendirmek amacıyla literatür (Morris, 2001; Breidahl, 2005) doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; hemşirelerin uygulayıcı, eğitim/danışmanlık ve araştırmacı rollerine yönelik özelliklerinin yer aldığı üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde infertilite alanında çalışan hemşirelerin uygulayıcı rollerine ilişkin özelliklerinin tanımlanması amacıyla hazırlanmış üç soru yer almaktadır.

İkinci bölümde kurumun ve hemşirelerin eğitim/danışmanlık rollerine ilişkin özelliklerinin tanımlanması amacıyla hazırlanmış altı soru yer almaktadır. Eğitim ve danışmanlık rolleri ülkemizde sıklıkla bir arada kullanılan kavramlar olduğu için çalışmada da birleştirilerek kullanılması yoluna gidilmiştir.

Üçüncü bölümde ise, kurumun ve hemşirelerin araştırmacı rollerine ilişkin özelliklerinin tanımlanması amacıyla hazırlanmış beş soru yer almaktadır.

3.4.3. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerinin Yaşadıkları Güçlükleri Tanılama Formu (Ek-3)

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri tanımlamaya yönelik literatür (Morris,2001; Breidahl, 2005) doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form da hemşirelerin kurumsal ve hasta grubunun özelliklerine bağlı yaşadıkları güçlükler ile eğitim/danışmanlık rollerini yerine getirirken yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik hazırlanmış beş soru yer almaktadır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği ile İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği üyelerine anket formunun e-posta aracılığıyla gönderilmesi yoluyla toplanması planlanmış, ancak bu yolla yeterli örnekleme

ulaşılamamıştır. Bunun üzerine verilerin toplanması amacıyla İstanbul ve İzmir illerinde araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak, Ankara ilinde ise eğitilmiş bir anketör aracılığıyla verilerin toplanması yoluna gidilmiştir. Veri toplama aracı içerisinde yer alan Ek-1 formu infertilite alanında çalışmış ve/veya çalışmakta olan tüm hemşireler tarafından, Ek-2 ve Ek-3 formları ise sadece infertilite alanında halen çalışmaya devam eden hemşireler tarafından doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Planı

Literatür araştırması ve kavramsal çerçevenin oluşturulması (Aralık 2010)



Kurumlardan izin alınması (Ocak 2011)



Etik kurul onayı (Şubat 2011)



Verilerin toplanması (Mart 2011 – Aralık 2011)



Verilerin değerlendirilmesi (Ocak 2012 – Şubat 2012)



Araştırma raporunun yazılması (Şubat 2012 – Mayıs 2012)

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin değerlendirilmesi amacıyla sayı, yüzdelik ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği ile İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği'nin üye sayısının büyük çoğunluğunu hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile öğretim elemanlarının oluşturması öngörülememiştir ve bu üyeler örneklem kapsamına alınamadığı için araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

3.9. Araştırmanın Bütçesi:

Araştırmanın bütçesi için herhangi bir desteğe ihtiyaç duyulmamış ve tüm giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın gerçekleştirildiği İstanbul Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği ile İzmir İnfertilite Hemşireleri Derneği'nden üyelerin e-posta adreslerinin kullanılması için yazılı izinler alındıktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.01.2011 tarih ve 03-GOA protokol numaralı kararı ile izin alınmıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı izinleri alınmıştır (Ek-4).

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları infertilite alanında çalışmış ve/veya çalışmakta olan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, rolleri (uygulayıcı, eğitim/danışmanlık, araştırmacı) ve yaşadıkları güçlüklerle ilişkin bulgular olmak üzere üç ana başlık altında verilmiştir.

4.1.İnfertilite Alanında Çalışmış ve/veya Çalışmakta Olan Hemşirelere İlişkin Özellikler

Tablo -1 İnfertilite Alanında Çalışmış ve/veya Çalışmakta Olan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=117)

Hemşirelere İlişkin Özellikler		
$\bar{x} \pm SS$		
Yaş Ortalaması (Yıl)	32.6 $\pm$ 6.66	
Eğitim Durumu	Sayı (n)	%
Lisans	55	47
Ön Lisans	29	24.8
Sağlık Meslek Lisesi	21	17.9
Lisansüstü	7	6
Diğer	5	4.3
$\bar{x} \pm SS$		
Görev Yılı Ortalaması	11.68 $\pm$ 7.05	
Görev Yılı	Sayı (n)	%
0-10 Yıl	56	47.9
11-20 Yıl	48	41
21-30 Yıl	13	11.1
Kurum Tipi		
Üniversite	51	43.6
Özel YÜT Merkezi	50	42.7
Sağlık Bakanlığı	16	13.7
İnfertilite Alanında Halen Çalışma Durumu		
Evet	109	93.2
Hayır	8	6.8
$\bar{x} \pm SS$		
İnfertilitede Çalışma Yılı Ortalaması	4.77 $\pm$ 4.10	
İnfertilitede Çalışma Yılı	Sayı (n)	%
0-5 Yıl	79	67.5
6-10 Yıl	29	24.8
11 Yıl ve üzeri	9	7.7
İnfertilite Alanında Yeniden Çalışma İsteme Durumu		
Evet	99	84.6
Hayır	18	15.4

*Diğer: Ebe, ATT ve Laborant

İnfertilite alanında çalışmış ve/veya halen çalışmakta olan hemşirelere ilişkin bulgular Tablo-1’de verilmiştir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32.6 $\pm$ 6.6 (min:20 max:53) dir. Hemşirelerin %47’si lisans mezunudur. İnfertilite alanında görev alan personelin %4.3’ünü ebe, laborant ve ATT dallarından mezun olan kişiler oluşturmaktadır. Hemşirelerin görev yılı ortalaması 11.68 $\pm$ 7.05’dir. Hemşirelerin %43.6’sı üniversite bünyesinde yer alan infertilite merkezlerinde görev almaktadır. Hemşirelerin infertilitede çalışma süresi ortalaması 4.77 $\pm$ 4.10 yıldır. Hemşirelerin %84.6’sı yeniden seçme fırsatları olsa infertilite alanında çalışmak istemektedirler.

Tablo – 2 İnfertilite Alanında Çalışmış Olan Hemşirelerin Merkezlerden Ayrılma Nedenleri (n=8)

Ayrılma Nedenleri	Sayı	%
Farklı Bir Kuruluşta İş Bulma	4	50
Ekip içi iletişim Problemi	2	25
Hemşirelik Rol ve Uygulamaların Açıkça Tanımlanmamış Olması	1	12.5
Ücret Yetersizliği	1	12.5

İnfertilite alanında çalışıp ayrılmış olan hemşirelere ilişkin bulgular Tablo-2’de yer almaktadır. Hemşirelerin merkezlerden ayrılma nedenleri incelendiğinde, çalışmamıza katılan hemşirelerin yarısının farklı bir kuruluşta iş bularak merkezden ayrıldığı, diğer iki kişinin ise ekip içerisindeki kişiler arası ilişkilerde problem yaşaması üzerine infertilite merkezlerinden ayrıldığı belirlenmiştir.

4.2. Hemşirelerin Rollerine İlişkin Bulgular

4.2.1 Hemşirelerin Uygulayıcı Roller

Tablo – 3 İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Gerçekleştirdikleri ve Hemşirelik Dışı Olduğunu Düşündükleri Uygulamalar (n=109)

Gerçekleştirilen Hemşirelik Uygulamaları	Evet Sayı (n) %	Hayır Sayı (n) %
İnvaziv İşlemler (HSG, OPU, ET, IUI vb.) öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı/bakımı	103 94.5	6 5.5
İnvaziv işlemler (HSG, OPU, ET, IUI vb.) sırasında hekime yardım etme	100 91.7	9 8.3
Tedavide kullanılan ilaçların uygulanması ve çiftlere öğretilmesi	98 89.9	11 10.1
Rutin tetkik ve işlemler için çiftin bilgilendirilmesi	89 81.7	20 18.3
Tedavi öncesinde hastalardan yazılı onam alınması	83 76.1	26 23.9
Çiftin merkeze kabul edilmesi	76 69.7	33 30.3
Laboratuvar ve diğer tetkik sonuçlarının çiftlere açıklanması	73 67.0	36 33.0
Çiftin ilk değerlendirmelerinin yapılarak öykülerinin alınması	69 63.3	40 36.7
Siklus iptali, negatif gebelik testi gibi olumsuz haberlerin hastaya verilmesi	66 60.6	43 39.4
USG ile siklus takibi	52 42.7	57 52.3
HCG dozunun zamanına karar verme	36 33.0	73 67.0
İşlemler öncesi oosit ve sperm hazırlığı	18 16.5	91 83.5
Hemşirelik Dışı Olduğu Düşünülen Uygulamalar		
IUI öncesi sperm hazırlığı	83 76.1	26 23.9
Kayıt ve evrak ile ilgili prosedürler	81 74.3	28 25.7
USG ile siklus takibi	61 56.0	48 44.0
Embriyo transferi	61 56.0	48 44.0
OPU işlemi	60 55.0	49 45.0
IUI işlemi	59 54.1	50 45.9
Hasta tetkiklerinin istenmesi	58 53.2	51 46.8

Hemşirelerin uygulayıcı rollerine ilişkin bulgular Tablo-3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerinin uygulayıcı rolleri kapsamında en sık gerçekleştirdikleri uygulamaların, %94.5 ile invaziv işlemler (HSG, OPU, ET, IUI vb.) öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı/bakımı ve %92.7 ile invaziv işlemler sırasında hekime yardım etme uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %89.9’u tedavide kullanılan ilaçların uygulanması ve çiftlere öğretilmesinden sorumludur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %76.1’i IUI işlemi öncesi sperm hazırlığı ve %74.3’ü ise kayıt ve evraklar ile ilgili prosedürlerin hemşirelik dışı uygulamalar olduğunu düşünmektedirler.

4.2.2. Hemşirelerin Eğitim/Danışmanlık Rollerini

Tablo – 4 İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Eğitim/Danışmanlık Rollerine İlişkin Özellikler

Özellikler	Evet Sayı (n) %	Hayır Sayı (n) %
Kurumun Eğitim/Danışmanlık Vermeye Yönelik Hizmet Beklentisi (n=109)	91 83.5	18 16.5
Eğitim/Danışmanlık Verme Durumu (n=109)	88 80.7	21 19.3
Eğitim/Danışmanlık Verilen Konular (n=88)		
Oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması	85 96.6	3 3.4
Yaşadıkları güçlüklerle yönelik destekleyici danışmanlık	81 92.0	7 8.0
Tedavide kullanılan ilaçlar, uygulama yolları, etki ve yan etkileri	79 89.8	9 10.2
İnfertiliteye neden olan davranışsal faktörler	78 88.6	10 11.4
OPU ve ET zamanının hastaya açıklanması	78 88.6	10 11.4
İnfertilite tanısı ve tedavisinde kullanılan yöntemler	74 84.1	14 15.9
Laboratuvar ve tetkik sonuçları ile tedavi süreci ve değişiklikleri	70 79.5	18 20.5
Etik, yasal ve güncel konulara yönelik danışmanlık	68 77.3	20 22.7
İnfertiliteye neden olan fizyopatolojik faktörler	58 65.9	30 34.1
Seçilen tedavi yöntemi ve başarı oranları	57 64.8	31 35.2
Kadın ve erkek üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi	52 59.1	36 40.9
Finansal ve maddi konulara yönelik danışmanlık	42 47.7	46 52.3
Eğitim/Danışmanlık Tipi (n=88)		
Çift eğitimi/danışmanlığı	84 95.5	4 4.5
Bireysel eğitim/danışmanlık	68 77.3	20 22.7
Grup eğitimi/danışmanlığı	14 15.9	74 84.1
Eğitim/Danışmanlık Verilirken Kullanılan Araçlar (n=88)		
Sözlü anlatım	86 97.7	2 2.3
Telefon aracılığı ile sürekli eğitim/danışmanlık	76 86.4	12 13.6
Yazılı materyaller (Poster, afiş, kitapçık vb.)	65 55.6	23 26.1
Görsel/visuel araçlar (Video, dvd vb.)	18 20.5	70 79.5
Web dayalı eğitim/danışmanlık	7 8.0	81 92.0

Hemşirelerin eğitim/danışmanlık rollerine ilişkin bulgular Tablo-4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan infertilite hemşirelerinin %83.5'i çalıştıkları kurumların kendilerinden eğitim/danışmanlık beklentisi olduğunu ve %80.7'si kurumlarda eğitim/danışmanlık verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin en sık eğitim/danışmanlık verdikleri konu %96.6 ile oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması olurken, en az eğitim/danışmanlık verdikleri konunun %47.7 ile tedavi sürecindeki finansal ve maddi konulara yönelik olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %95.5'i çift eğitimi/danışmanlığı vermekte ve %97.7'si bunu sözlü anlatım yoluyla gerçekleştirmektedir.

4.2.3. Hemşirelerin Araştırmacı Roller

Tablo – 5 İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Araştırmacı Rollerine İlişkin Özellikler

Özellikler	Evet Sayı (n) %		Hayır Sayı (n) %	
Kurumun Hemşirelerden Araştırma Yapma Beklentisi (n=109)	51	46.8	58	53.2
Kurumun Araştırmaları Destekleme Durumu (n=109)	69	63.3	40	36.7
Kendi Başına Araştırma Yapma Durumu (n=109)	48	44.0	61	56.0
Hemşirelerin Yaptıkları Araştırma Konuları (n=48)				
Tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı	40	83.3	8	16.7
İnfertilite tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin incelenmesi	36	75.0	12	25.0
İnfertilitenin çiftlerin psikososyal yaşamı üzerine etkileri	36	75.0	12	25.0
İnfertiliteye neden olan davranışsal faktörlerin belirlenmesi	35	72.9	13	27.1
Yardımcı üreme teknikleri amacıyla kullanılan yöntemlerin incelenmesi	35	72.9	13	27.1
Yardımcı üreme teknikleri alanındaki etik ve yasal sorunlar	32	66.7	16	33.3
Tedavide kullanılan ilaç protokollerine yönelik çiftlerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi	30	62.5	18	37.5
İnfertilite tedavisinde kullanılan son yenilikler	29	60.4	19	39.6
İnfertiliteye neden olan fizyopatolojik faktörlerin belirlenmesi	27	56.2	21	43.8
İnfertilitenin çiftlerin cinsel yaşamı üzerine etkileri	22	45.8	26	54.2
İnfertilite hemşireliğinde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar	21	43.8	27	56.2
İnfertil hastaların sağlık personeli üzerindeki etkilerin incelenmesi	18	37.5	30	62.5
Araştırma Yapmayı Engelleyen Faktörler (n=109)				
Fazla ve düzensiz çalışma saatleri	65	59.6	44	40.4
Türkçe kaynak yetersizliği/kaynaklara ulaşamama	37	33.9	72	66.1
Kurumun araştırma yapma beklentisinin olmaması	35	32.1	74	67.9
Araştırma yapmayı bilmiyor olma	14	12.8	95	87.2

Hemşirelerin araştırmacı rollerine ilişkin özellikler Tablo-5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %46.8’i kurumların kendilerinden araştırma beklentisi olduğunu, %63.3’ü yaptıkları araştırmaları kurumun desteklediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %56’sı araştırma yapmamaktadır, en sık araştırma yaptıkları konunun ise %83.3 ile infertilite tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %59.6’sı fazla ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle araştırma yapmaya fırsat bulamadıklarını belirtmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Bulgular

Tablo – 6 İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Özellikler

Özellikler	Evet Sayı (n) %		Hayır Sayı (n) %	
Kurum Özelliklerine Bağlı Güçlükler (n=109)				
Kurumun hemşirelerden artmış hizmet beklentisinin olması	69	63.3	40	36.7
Çalışma saatlerinin fazla ve düzensiz oluşu	65	59.6	44	40.4
Kurumun hemşirelik dışı hizmet beklentisinin olması	61	56.0	48	44.0
Hasta sayı ve sirkülasyonunun fazla oluşu	59	54.1	50	45.9
Ekip içi rol karmaşasının olması	48	44.0	61	56.0
Hasta Özelliklerine Bağlı Güçlükler (n=109)				
Maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olmaları	97	89.0	12	11.0
Hemşirelerden duygusal beklentilerinin fazla olması	82	75.2	27	24.8
Hastaların infertiliteye bağlı acı ve ızdırap çekiyor olmaları	79	72.5	30	27.5
Evlilik, arkadaş ve sosyal çevrelerinden kaynaklan sorunlarının olması	79	72.5	30	27.5
Eğitim/Danışmanlık Verirken Güçlük Yaşama Durumu (n=88)	67	76.1	21	23.9
Eğitim/Danışmanlık Verirken Yaşanılan Güçlük Nedenleri (n=88)				
Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması	68	77.3	20	22.7
Görev dahilinde olmayan konularda eğitim/danışmanlık vermek zorunda kalma	42	47.7	46	52.3
İş yükü nedeniyle hastalara yeterli zaman ayıramama	49	55.7	39	44.3
Eğitim/danışmanlık materyallerinin yetersiz olması	35	39.8	53	60.2
Eğitim/danışmanlık verilen ortamın uygun olmaması	32	36.4	56	63.6
İnfertilite alanında yeterli bilgiye sahip olmama	10	11.4	78	88.6
Hastalarla uygun iletişim teknikleri kuramama	4	4.5	84	95.5

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin yaşadıkları güçlükler Tablo-6’da yer almaktadır. Hemşirelerin %63.3’ü kurumun artmış hizmet beklentisinin olması, %89’u ise hastaların maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olması nedeniyle güçlük yaşamaktadır. Hemşirelerin %76.1’i hastalara eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşadığını belirtmektedir. Hemşirelerin hastalara eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşama nedenlerinin %77.3’ünü hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması oluşturmaktadır.

Tablo-7 İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Mesleki Gelişimlerinin Güçlendirilmesine İlişkin Görüşleri (n=109)

Görüşler	Evet		Hayır	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Sertifika Programında Olması Düşünülen Uygulamalar				
USG ile siklus izlemi	72	66.1	37	33.9
Embriyo transferi	70	64.2	39	35.8
IUI işlemi	70	64.2	39	35.8
OPU işlemi	65	59.6	44	40.4
İşlemler öncesi oosit ve sperm hazırlığı	39	35.8	70	64.2
Güçlüklere Azaltmak İçin Yapılması Gerekenler				
Hemşirelerin rol ve sorumlulukları tanımlanmalı	99	90.8	10	9.2
Merkezlere sertifikalı hemşirelerin çalıştırılması zorunlu olmalı	92	84.4	17	15.6
Hizmet içi eğitimler artırılmalı	79	72.5	30	27.5
YÜT merkezleri yönetmeliği tekrar yapılandırılmalı	79	72.5	30	27.5

Hemşirelerin mesleki gelişimlerinin güçlendirilmesine ilişkin görüşlerine yönelik bulgular Tablo-7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.1’i USG ile siklus izlemi, %64.2’si embriyo transferi ve IUI işlemine yönelik sertifika programı olması gerektiğini düşünmektedir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin %90.8’i bu alanda yaşadıkları güçlüklerin azaltılması adına üstlendikleri rol ve sorumlulukların tanımlanması gerektiğini, %84.4’ü ise merkezlerde sertifikalı hemşirelerin çalıştırılmasının zorunlu hale getirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen veriler bulgulara paralel olarak infertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri (uygulayıcı, eğitim/danışmanlık, araştırmacı) ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi olmak üzere toplam iki ana bölümde tartışılacaktır.

5.1. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rollerinin İncelenmesi

Bu bölümde infertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ile bulgular literatür verileri ile karşılaştırılmış ve yorumlanmıştır.

5.1.1. Uygulayıcı Roller

İnfertilite alanında çalışan hemşireler çiftlerin başvurduğu andan itibaren tanı, tedavi ve izlem aşamalarının tümünde uygulayıcı/klinisyen rollerini gerçekleştirirler. YÜT aşamalarının tümünde çiftlerin yanında olmak, hekime yardım etmek, invaziv işlemler (HSG, OPU, ET ve IUI vb.) için hastanın hazırlığını sağlamak ve işlem sonrası gerçekleştirilen tüm izlem uygulamaları hemşirelerin uygulayıcı ve temel bakım rolleri arasındadır (Dinç ve Beji, 2001; Payne, 2007).

Bu çalışmada elde edilen verilere göre; hemşirelerin %94.5' i invaziv işlemler (HSG, OPU, ET ve IUI vb.) öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı/bakımı ile %91.7'si invaziv işlemler sırasında hekime yardım etme işlemlerinin merkezlerde en çok gerçekleştirdikleri hemşirelik uygulamaları olduğunu belirtmişlerdir (Tablo-3). Verilerden de anlaşıldığı gibi ülkemizde infertilite alanında çalışan hemşirelerin temel rolü hasta bakımı ve hekime yardım etme uygulamalarıdır. Mitchell ve ark. (2005) araştırma sonucuna göre infertilite alanında çalışan hemşirelerin %73'ü temel rollerinin doğrudan hasta bakımı olduğunu belirtmişlerdir. Hasta bakım rolü doğrultusunda en fazla gerçekleştirdikleri uygulamaların ise hastaların bilgi gereksinimlerini saptamak, tedavi sürecinde verdikleri eğitimlerle hastalara rehberlik etmek, tedavi seçenekleri ve sonuçlarını değerlendirmek ve hastaları teröpatik olarak desteklemek olduğunu belirtmişlerdir. Bu veriler doğrultusunda literatür ile çalışmamızdaki hasta bakım rolündeki öncelikler arasında birtakım farklılıklar olduğu saptanmıştır.

İngiltere'de 1996 yılından önce bir klinikte yapılan araştırma, o tarihlerde infertilite alanında çalışan hemşirelerin alanda yöneticilik, ayaktan ve yataklı hasta bakımı gibi sabit roller üstlendiğini ve çoğunun hekimlerin talimatları doğrultusunda hemşirelik bakımı uyguladıklarını ortaya koymuştur (McTvaish, 2003). Ancak Corrigan (1996) çalışma

sonucunda YÜT merkezlerinde görev alan hemşirelerin bu alandaki görev ve sorumluluklarının büyük ölçüde değişime uğradıklarını saptamıştır. Corrigan'a (1996) göre hemşireler, geleneksel yardımcı sağlık personeli rollerinden sıyrılarak günümüzde planlama, değerlendirme, denetleme ve temel hemşirelik bakımı sunma gibi daha otonomi kazanmış roller üstlenmişlerdir.

Bu doğrultuda çalışmadan elde edilen veriler çerçevesinde, ülkemizdeki infertilite birimlerinde görev alan hemşirelerin günümüzde hala geleneksel bakım rollerinin temel bakım rollerinin çok önemli birer kısmını oluşturduğu saptanmıştır. Bu durumun günümüzde infertilite hemşireliğinin henüz tanımlanmamış ve yeni gelişmekte olan bir alan olmasından ve kurumların hemşirelerden bu doğrultuda hizmet verme beklentisi olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmanın verilerine göre, infertilite alanında çalışan hemşirelerin %89.9'u tedavide kullanılan ilaçların uygulanması ve çiftlere öğretilmesi uygulamalarını gerçekleştirmektedir (Tablo-3). Payne (2007) hemşirelerin en önemli görevlerinden birinin hastanın oral ve/veya subkutan ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve sürdürülmesi olduğunu belirtmiştir. Bu alanda çalışan hemşireler laboratuvar değişiklikleri sonucu doğrultusunda hastaların ilaç tedavisini yönetmek ve çiftlerin tedaviye olan bağlılıklarını sağlamak ile yükümlüdürler. Morris (2001) çalışma sonucuna göre merkezlerin %71'inde hemşirelerin oral ve/veya subkutan ilaç uygulamasını hasta ve partnerleri ile birlikte yürüttüklerini belirtmişlerdir. Bu doğrultuda çalışmamız ile literatür verilerinin uyumlu olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın verilerine göre; infertilite alanında çalışan hemşirelerin %69.7'si çiftin merkeze kabul edilmesi ve %63.3'ü çiftin ilk değerlendirmelerinin yapılarak öykülerinin alınmasından sorumludur (Tablo-3). Morris (2001) çalışma sonucuna göre çiftlerin tedavinin ilk günü başlangıç değerlendirmesi amacıyla merkezlerinin %60'ında hemşireler, %10'unda hekimler ve %25'inde hekim ve hemşirelerin birlikte katılımı ile merkezlere kabul edildiğini ortaya koymuştur. Çalışma ile literatür verileri arasındaki bu benzerlik, bu zorlu süreçte ülkemizde çalışan infertilite hemşirelerinin tedavinin başlangıç aşamasından itibaren çiftlerin yanında yer aldığını ortaya koyması açısından sevindiricidir.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerin %81.7'si rutin tetkik ve işlemler için çiftlerin bilgilendirilmesi ve %67'si laboratuvar ve diğer tetkik sonuçlarının çiftlere açıklanmasından sorumludur (Tablo-3). Breadiahl (2005) hemşirelerin hastaların değerlendirilmesi aşamasındaki rolünün çiftlerin bu aşamada yapılan tanı ve tetkik

incelemeleri amacıyla bilgilendirilmesi ve sonuçların çiftlerle paylaşılması olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak McTvaish (2003) İngiltere’de merkezlerin %75’inde hastaların serum progesteron ölçümleri ve sperm analizi gibi basit tetkik ve incelemelerin hemşireler tarafından yönetildiğini ortaya koymuştur. Çalışmada bu doğrultuda elde edilmiş herhangi bir bulgu yer almamakla birlikte çalışmaya katılan hemşirelerin %53.2’si hasta tetkiklerinin istenmesi işleminin hemşirelik dışı uygulamalar olduğunu belirtmişlerdir (Tablo-3).

Çalışmada hemşirelerin %76.1’inin tedavi öncesi hastalardan yazılı onam alınması uygulamalarını gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Tablo-3). McTvaish (2003) ise çalışmasında bu uygulamanın sadece merkezlerin %23’ünde hemşireler tarafından gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Çalışma ile literatür arasındaki bu farklılığın ülkemizde hemşirelerin yasal kayıt ve evraklar ile ilgili konularda daha fazla rol üstlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Günümüzde infertilite alanında çalışan hemşireler YÜT alanındaki yenilikler ve artan hasta talepleri doğrultusunda temel eğitimleri arasında yer almamasına karşın uygun eğitimleri aldıkları takdirde başarı ile gerçekleştirebileceklerini kanıtladıkları (Transvajinal USG, OPU, ET ve IUI vb.) teknik becerileri de üstlenerek bu alandaki rollerini iyice genişletmişlerdir. Mitchell ve ark. (2005) çalışmasında hemşirelerin %20’sinin teknik becerilerin rollerinin çok önemli bir kısmını oluşturduğunu düşünmekte ve %18.2’si teknik becerilerin klinikte geçirdiği zamanın çoğunu aldığını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %42.7’si USG ile siklus takibi yapmakta, %16.5’i işlemler öncesi oosit ve sperm hazırlamakta ve %33’ü HCG dozuna yalnız karar vermektedir (Tablo-3). Morris (2001) çalışma sonucuna göre merkezlerin %39’unda hemşireler IUI işlemini yalnız gerçekleştirebilmekte, %23’ünde HCG dozunun miktarına ve zamanına karar verebilmekte ve %77’sinden fazlasında transvajinal USG işlemi hemşireler tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %76.1’i IUI işlemi öncesi sperm hazırlığı ile %56’sı USG ile siklus takibinin hemşirelik dışı olduğunu düşünmelerine ve bu alana yönelik hazırlanmış herhangi bir formal eğitim programı olmamasına rağmen gerçekleştirdikleri görülmektedir (Tablo-3). Bu durum artan hasta talepleri doğrultusunda merkezlerin bazı uygulamaları hemşirelere kaydırması ya da bu alanda yetkin görmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.1.2. Eğitim/Danışmanlık Roller

İnfertilite tanı ve tedavi süreci çiftler için son derece zor ve zahmetli bir süreçtir ve üreme sağlığının her alanında olduğu gibi çiftin bu tedavinin her aşamasında doğru ve tam bilgiye ulaşma hakkı vardır. Hemşireler çiftin bu en önemli yaşam deneyiminde mesleki donanımları nedeniyle eğitim ve danışmanlık için son derece uygun pozisyonadırlar. Tedavi sürecinde gerekli açıklamaları yapmak, öngörülen tedaviye çiftin bağlılığını sağlamak, yaşadıkları güçlüklerle yönelik çiftleri emosyonel olarak desteklemek hemşirenin eğitim/danışmanlık rolleri arasında yer almaktadır (Dinç ve Beji, 2001). Bredahl (2005) tedavi öncesi, sırası ve sonrasında hasta eğitiminin hemşirelerin en önemli rollerinden biri olduğunu belirtmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda infertiliteye yönelik tedavi hizmeti veren kurumların %83.5'inin hemşirelerden eğitim/danışmanlık verme beklentilerinin olduğunu ve hemşirelerin %80.7'sinin merkezlerde eğitim/danışmanlık verdiğini ortaya koymuştur (Tablo-4). Mitchell ve ark. (2005) çalışmasında hemşirelerin %55'i en önemli rollerinin hasta eğitimi olduğunu belirtmiş ve %64'ü kliniklerdeki zamanlarının çoğunu hasta eğitimi için harcadıklarını ifade etmişlerdir. Literatür ile çalışmamız arasındaki bu benzerlik ülkemizde infertilite merkezlerinde görev alan hemşirelerin hasta eğitim/danışmanlık rollerini değişen rollerinin bir gereği olarak gerçekleştirdiğini ve kurumların da hemşirelerin bu rollerini önemseydiğini göstermesi nedeni ile olumlu ve önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin eğitim/danışmanlık verdiği konular incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %96.6'sının hastalara oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması ile %89.8'inin tedavide kullanılan ilaçlar, uygulama yolları, etki ve yan etkileri konusunda eğitim/danışmanlık verdiği saptanmıştır (Tablo-4).Görüldüğü gibi ülkemizde de YÜT hizmetleri kapsamındaki ilaç tedavisinin sağlanması ve sürdürülmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadırlar. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda infertilite alanında çalışan hemşirelerin %59.1'inin kadın ve erkek üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi ile %65.9'unun infertiliteye neden olabilecek fizyopatolojik etkenler ve yine yalnızca %64.8'inin seçilen tedavi ve başarı oranlarına yönelik eğitim/danışmanlık verdiklerini belirtmiştir (Tablo-4). Payne (2007) hemşirelerin bu alandaki en önemli rollerinden birinin hasta eğitimi ile hastaların tedavi sikluslarına yönelik güncel bilgi ve temel bakım sağlamak olduğunu belirtmiştir. Homan (2006) hemşirelerin üreme sistemi yapı ve fizyolojisi, infertiliteye neden olan fizyolojik ve davranışsal faktörlerin belirlenmesi ve uygun yaşam tarzı değişikliklerinin

sağlanması konularında hastalara bilgi sağlanmasında eşsiz role sahip olduklarını belirtmektedir. Breadahl (2005) infertilite alanında kullanılan tedaviler, uygulama yolları ve başarı oranlarının çiftlere açıklanması ve çiftlerin bu yönde beklenti oluşturmalarını sağlaması da hemşirenin bu alanda üstlendiği zorlu görevlerden biri olduğunu düşünmektedir. Bu şekilde hemşire çiftleri bilgilendirerek desteklemekte ve çiftlerin tedaviye etkin olarak katılımlarını sağlamaktadır. Çalışma ile literatürde elde edilen veriler doğrultusunda, ülkemizde infertilite alanında çalışan hemşirelerin bu konulara yönelik çiftlere daha az eğitim/danışmanlık sağladıkları belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin tedavi yönetimine öncelik tanımlarından ya da bu konulara yönelik yeterli zaman ayıramamalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %92'si yaşadıkları güçlüklerle yönelik çiftlere destekleyici danışmanlık sağlamaktadır (Tablo-4). Dinç ve Beji (2001) hemşirenin çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve tedaviden sonra emosyonel olarak desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir. YÜT uygulama süreci çiftlerin birçok farklı gereksinimlerinin ortaya çıktığı uzun bir evredir ve hemşire profesyonel bakış açısı ile çiftlerin bu farklı evrelere yönelik gereksinimlerinin neler olduğunu belirlemek durumundadır. Hemşire bu süreçte stres, korku ve heyecan yaşayan çifti emosyonel olarak rahatlatmak, siklusu rahat ve konforlu bir şekilde geçirmesini sağlamak durumundadır.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda infertilite alanında çalışan hemşirelerin %47.7'si finansal ve maddi konular ile %77.3'ü etik, yasal ve güncel konulara yönelik danışmanlık sağlamaktadır (Tablo-4). Son yıllarda artan yumurta dondurulması, preimplantasyon genetik taramanın daha yaygın kullanılması ve çift dışında diğer kişilerin katıldığı üreme şekillerindeki gelişmeler daha fazla sayıda etik, duygusal ve psikolojik konuları da ortaya çıkarmaktadır. Bu doğrultuda çiftin tüm bu karmaşık konuları tartışabileceği birinin varlığının çok önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle infertilite danışmanlığı özel beceri ve eğitim gerektiren yeni bir meslek olarak gelişmektedir ve bu alanda görev alacak hemşirelerin bu konularda yetkinlik kazanarak daha fazla katılımının sağlanması amacıyla eğitilmesi gerekmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerin gerçekleştirdiği eğitim/danışmanlık tipi incelendiğinde hemşirelerin %95.5'inin hasta ve eşine yönelik, %77.3'ünün ise bireysel eğitim/danışmanlık verdiğini ortaya koymuştur. Boivin ve ark. (2001) infertilite eğitim/danışmanlığının hastanın gereksinimleri doğrultusunda bireysel, çift

ve grup danışmanlığı gibi birçok farklı biçimde verilebileceğini belirtmiştir. Breadiahl (2005) ise hasta eğitimi ve danışmanlığının yüz yüze görüşme, grup eğitimi ya da yazılı materyaller aracılığı ile gerçekleştirilebileceğini belirtmektedir.

Çalışma verilerine göre infertilite alanında çalışan hemşirelerin eğitim/danışmanlık verirken kullandığı araçlar incelendiğinde %86.4'ünün telefon, %55.6'sının yazılı materyaller ve %97.7'inin sözlü anlatım yoluyla eğitim/danışmanlık verdiğini belirtmiştir (Tablo-4). Hemşirelerin yalnızca %20.5' i görsel/visüel araçlar ile %8'i web dayalı eğitim/danışmanlık gerçekleştirmektedir (Tablo-4). Payne (2007) hemşirelerin tedavi süreci ve değişikliklerine yönelik çiftleri bilgilendirmek amacı ile yapılan telefon görüşmelerinin çok önemli olduğunu ve günlerinin büyük çoğunluğunu telefon ile hasta bilgilendirmeye ayırdıklarını belirtmektedir. Telefon ve yazılı materyaller konusundaki literatür ile çalışmamızdaki veriler benzer niteliktedir. Boivin ve ark. (2009) çalışmasında danışmanlık verirken sıklıkla kullanılan araçların yazılı materyaller görsel/visüel araçlar ve telefon olduğunu belirtmektedir. Çalışmadan elde edilen veriler çerçevesinde hemşirelerin sözlü anlatım yoluyla eğitim/danışmanlık gerçekleştirdiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde ise sözel anlatım yolunun etkin bir eğitim/danışmanlık aracı olarak tanımlanmadığı görülmektedir. Mourad ve ark. (2009) yaptığı çalışmasında hastaların %26'sının tedaviye yönelik daha fazla yazılı bilgi istediğini ve çiftlerin sadece %43'ünün tedavi süreci, risk ve komplikasyonlarına yönelik yeterli bilgi aldığını ortaya koymuştur. Bu nedenle hemşirelerin eğitim ve danışmanlık sunarken aktardıkları bilginin daha etki ve anlaşılır olmasını sağlamak adına daha kalıcı araçların kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Ülkemizdeki eğitim/danışmanlık amacıyla web ve görsel/visüel araçların kullanımı konusundaki yetersizliğin merkezlerin bu alandaki imkanlarının sınırlı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.1.3. Araştırmacı Roller

İnfertilite tanı ve tedavi uygulamalarındaki yenilikler ve gelişmeler hemşirelerin omuzlarına önemli sorumluluklar yüklemektedir. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili soruları yanıtlayabilmek ve kendilerini koruyabilmek adına hemşireler okumalı ve araştırmalıdır.

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda infertilite hizmeti veren kurumların %46.8'inin hemşirelerden araştırma yapma beklentisinin olduğunu ve %63.3'ünün hemşirelerin araştırma yapmasını desteklediğini ortaya koymuştur (Tablo-5). Çalışmaya katılan hemşirelerin yalnızca %44'ü araştırma yapmaktadır (Tablo-5). Karadağ ve ark. (2007)

Türkiye’de 7 bölgede, farklı eğitim düzeyine sahip 1047 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmada araştırmanın düşük düzeyde yerine getirilen profesyonellik davranışlarından biri olduğunu belirtmiştir. Araştırmacı rolü hemşireler için yeni ancak etkin sağlık bakımı sunabilmek adına gerekli bir roldür. Mitchell ve ark. (2005) çalışmada ise hemşirelerin yalnızca %1’i esas rollerinin araştırma olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışmamız verilerini destekler niteliktedir. Görüldüğü gibi ülkemizde infertilite alanında çalışan hemşirelerin oldukça düşük bir oranı kendi başına araştırma yapmakta ve araştırmacı rollerini temel rollerinin bir parçası olarak görmektedir. Dolayısıyla kurumun çoğunlukla hemşirelerden araştırma yapmalarını beklememesi ve yapılan araştırmaları desteklememesi sürpriz değil beklenen bir bulgudur.

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin araştırma yaptıkları konular incelendiğinde hemşirelerin %75’inin infertilite tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemler ile %83.3’ü tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımına yönelik araştırma yaptığı belirlenmiştir (Tablo-5). Bredahl (2005) çalışmada hemşirelerin yardımcı üreme tedavi ve sonuçları ile hastaların tedaviden memnuniyetlerine yönelik araştırmalar yaptığını belirtmektedir. Literatür ile çalışmamızdaki bulgular birçok açıdan paraleldir. Yalnızca ülkemizde hemşirelerin temel rollerinde kullanabilecekleri bilgilere ulaşmak amacıyla daha fazla araştırma yaptıkları düşünülmektedir. Bu durumun infertilite hemşireliği alanında yapılmış olan araştırmaların yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

İnfertilite hemşirelerinin araştırma yapmalarını engelleyen faktörler incelendiğinde hemşirelerin %59.6’sı fazla ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle araştırma yapmaya vakit bulamadığını belirtmiştir (Tablo-5). İnfertilite hemşireliği, temel standartlarının belirli olmaması, hasta grubunun özelliği ve artan hasta talepleri nedeniyle şüphesiz ki zor bir alandır ve bu nedenlerle hemşirelerin araştırma yapma fırsatı bulmalarının zor olduğu düşünülebilir.

5.2. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi

İnfertilite fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve finansal boyutları olan çok yönlü bir süreçtir. İnfertiliteden kaynaklanan sağlıklı olmama durumuna bağlı olarak yaşanan stres kişinin ve/veya benliğinde durumsal krize ve baş etme mekanizmalarının bozulmasına yol açmaktadır. Çiftler bu süreçte sıklıkla stres, anksiyete, sosyal izolasyon, suçluluk, çaresizlik, depresyon, statü kaybı ve maddi zorluklar ile yüz yüze gelirler (Alan 2001a,2001b; Akyüz, 2008). İnfertilite alanında çalışan hemşireler tedavilerine duygusal ve finansal yatırımlar

yapmış hastalarla birlikte çalışmaktadır (Payne,2007). Tedavi süreci içinde çiftlerin iletişim kuracağı temel sağlık personeli hemşirelerdir ve tedavinin çeşitli aşamalarında koordinasyonu ve çiftin tedaviye olan bağlılıklarının sürdürülmesinin sağlanmasında önemli rolleri vardır. Yardımcı üreme teknikleri alanındaki yeni ve teknolojik gelişmeler çiftlerle en fazla iletişime giren sağlık personeli olan hemşirelerin omuzlarına artan sorumluluklar yüklemiş ve hemşireyi bireysel ve mesleki niteliklerini geliştirme zorunluluğu ile karşı karşıya bırakmıştır (Akyüz, 2008; Beji ve Zengin, 2009). Günümüzde infertilite alanında çalışan hemşireler rollerini temel esaslardan çok hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve temel eğitimleri sırasında edindikleri teorik ve pratik beceriler çerçevesinde geliştirmek ve değiştirmek zorunda kalmışlardır (Mitchell, Mittelstead ve Wagner, 2005).

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda infertilite alanında çalışan hemşirelerin %63.3'ü çalıştıkları kurumların kendilerinden artmış hizmet beklentisinin olması ve %56'sı kurumun kendilerinden hemşirelik dışı hizmet beklentisi olmasına bağlı olarak güçlük yaşamaktadır (Tablo-6). Bu durumun ülkemizdeki infertilite hemşireliğinin rol ve uygulamalarının tanımlanmamış olmasına nedeniyle kurumların farklı uygulamalarının bulunmasına bağlı olarak kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %89'u hastaların maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olmalarına bağlı olarak güçlük yaşamaktadır (Tablo-6). İnfertilite tedavisi uzun ve maddi açıdan yıpratıcı bir süreçtir. Bu durum sıklıkla çiftlerin maddi olanaklarının tükenmesine ve tedaviyi yarıda bırakmalarına neden olabilmektedir.

Ozan (2009) çalışmasında çalışmaya katılan kadınların %16'sının tedavi sırasında maddi olarak sıkıntı yaşadıklarını, tedaviyi sürdürmek için bazı ihtiyaçlarını kısıtladıklarını ve borçlandıklarını ifade etmişlerdir. Asan (2007)'nin 72 kadın ile yaptığı araştırmada ise kadınların %37'si maddi imkanlarının tükenmesi nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde genel sosyo-ekonomik koşulları ve sosyal güvenlik kurumunun verdiği sınırlı katkı payı göz önüne alındığında, hemşirelerin hastalara bu konuda yardımcı olmamalarına bağlı güçlük yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %75.2'si çiftlerin kendilerinden duygusal beklentilerinin fazla olmasına bağlı olarak güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Alan (2001) infertilite tedavi sürecinde kadınların hemşireler tarafından desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir. Hemşire desteğini de kadının sorularına yanıt verme ve açıklama yapma, terapötik dokunuş ve hasta savunuculuğu olarak açıklamıştır. Ozan (2009) çalışmasında elde

edilen sonuçlara göre; kadınların tedavi gördükleri merkezlerdeki hemşirelerden tedavi süresince etkili bir iletişim kurmak, tedavinin her aşamasında danışmanlık almak ve ilgi görmek istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin hastaların bu beklentilerini karşılayabilmek adına güçlük yaşadıkları düşünülmektedir. Hemşirelerin bu alanda güçlük yaşaması hasta sayı ve sirkülasyonunun fazla olmasından, hastalara yeterli zaman ayıramamalarından ya da uygun iletişim teknikleri kuramamalarından dolayı kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %76.1'i hastalara eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşamaktadır (Tablo-6). Hemşirelerin eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşama nedenleri incelendiğinde %77.3'ü hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasına bağlı olarak güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo-6). TNSA (2008) verilerine göre ülkemizdeki üreme yaş grubundaki kadınların yalnızca %89'unun okur-yazar olduğu ve bu oranın halen istenen düzeye ulaşmadığı görülmektedir. YÜT tedavilerinin uygulama aşamalarının karışık olması ve kadınların birçoğunun ilk defa deneyimledikleri uygulamalar olması hemşirelerin özellikle eğitim düzeyi düşük olan hastalara verdiği eğitim/danışmanlık kalitesini etkileyerek etkin kavranmamasına neden olduğu ve hemşirelerin bu nedenlerden dolayı güçlük yaşadığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki gelişimlerinin güçlendirilmesine ilişkin görüşleri incelendiğinde, hemşirelerin %64.2'si ET ve IUI işlemi ile %59.6'sı OPU işlemine yönelik sertifika programı olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo-7). Ülkemizde infertilite hemşirelerine yönelik hazırlanmış herhangi bir sertifika programı olmamasına karşın sertifikasyon programında bulunması gereken uygulamaların dünyada uygulanan programlardaki gibi yalnızca teknik becerilere yönelik olmasının istenmesi hemşirelerin bu alanda daha fazla rol almak istediklerinin bir göstergesidir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin mesleki gelişimlerinin güçlendirilmesi doğrultusunda, yaşadıkları güçlükleri azaltmak için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %90.8'i hemşirelerin rol ve sorumluluklarının tanımlanmasını, %84.4'ü ise merkezlerde sertifikalı hemşirelerin çalıştırılmasının zorunlu olması gerektiğini belirtmişleridir (Tablo-7). Mitchell ve ark. (2005) çalışmasında infertilite hemşireliğinin gelişiminin sağlanması adına hemşirelerin %45'i sertifika programlarının arttırılmasını, %31.3'ü düzenli eğitim programlarının olması gerektiğini, %22.9'u ise hazırlanmış textbookların yararlı olabileceğini düşünmektedir. Bu doğrultuda literatür ile çalışmamız bulgularının paralel olduğu görülmektedir.

İnfertilite hemşireliği, çalışma alanı ve hasta grubu nedeni ile özelleşmiş bilgi, donanım ve uygulamaya sahip özel bir dal hemşireliğidir. Ancak ülkemizde gelişmekte olan bu özel dal hemşireliğinin uygulama standartları henüz netleşmemiştir. Bu nedenle günümüzde hala infertilite alanında çalışan hemşirelerin bu alana özgü klinik bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri açısından farklılıklar vardır ve bu hemşirelerin klinik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı da çok açık değildir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rollerinin tanımlanması bu alanda yaşadıkları güçlüklerin azalmasına ve hastalara daha etkin ve bütüncül bir bakım sunulmasına katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin rolleri ve yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- 1) Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32.6 ± 6.66 'dır. Hemşirelerin % 47'si lisans mezunudur. Araştırmaya katılan personelin %4.3'ü ebelik, laborant ve ATT bölümlerinden mezun olmalarına karşın merkezlerde hemşire olarak görev almaktadır. Hemşirelerin %93.2'si halen infertilite alanında çalışmaya devam etmekte, %43.6'sı üniversite bünyesinde yer alan infertilite merkezlerinde çalışmakta ve %84.6'sı yeniden seçme şansı olsa infertilite alanında çalışmak istemektedir.
- 2) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin yarısı farklı bir kuruluştaki iş buldukları için infertilite alanından ayrılmışlardır.
- 3) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin uygulayıcı rolleri kapsamında merkezlerde en fazla gerçekleştirdikleri uygulamaların %94.5 ile invaziv işlemler (HSG, OPU, ET ve IUI vb.) öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı/bakımı ile, %91.7 ile invaziv işlemler sırasında hekime asiste etme uygulamaları olduğunu belirtmişlerdir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin %42.7'si USG ile siklus takibi yapmakta, %33'ü HCG dozunun zamanına karar vermekte ve %16.5'i işlemler öncesi oosit ve sperm hazırlığı yapmaktadır. Hemşirelerin %76.1'i IUI öncesi sperm hazırlığı ile %74.3'ü kayıt ve evraklar ile ilgili prosedürlerin hemşirelik dışı uygulamalar olduğunu düşünmektedir.
- 4) İnfertilite tedavi hizmeti veren kurumların %83.5'inin hemşirelerden eğitim/danışmanlık yapmaya yönelik beklentisi vardır ve hemşirelerin %80.7'si merkezlerde eğitim/danışmanlık vermektedir. Hemşirelerin en fazla eğitim/danışmanlık verdiği konuların ise %96.6 ile oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması, %92 ile yaşadıkları güçlüklerle yönelik destekleyici danışmanlık olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %95.5'i çift eğitimi/danışmanlığı vermekte ve %97.7'si bunu sözel anlatım yoluyla gerçekleştirmektedir.
- 5) İnfertilite tedavi hizmeti veren kurumların %46.8'inin hemşirelerden araştırma yapma beklentisi vardır ve %63.3'ü hemşirelerin yaptıkları araştırmaları desteklemektedir. İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin yalnızca %44'ü araştırma yapmaktadır. Hemşirelerin en fazla yaptıkları araştırma konusunun %83.3 ile tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin

%59.6'sı fazla ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle araştırma yapmaya fırsat bulamamaktadır.

- 6) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin %63.3'ü kurumun hemşirelerden artmış hizmet beklentisi olması ve %89'u hastaların maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olmalarına bağlı güçlük yaşamaktadır. Hemşirelerin %76.1'i hastalara eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşamaktadır ve %77.3'ü bu konuda yaşadıkları güçlüğü hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir.
- 7) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin %66.1'i USG ile siklus izlemi, %64.2'si ise ET ve IUI işlemlerine yönelik sertifika programı uygulaması olması gerektiğini düşünmektedirler. Hemşirelerin %90.8'i bu alanda yaşadıkları güçlüklerin azaltılması adına infertilite alanında çalışan hemşirelerin rol ve sorumluluklarının tanımlanması gerektiğini, %84.4'ü ise merkezlerde sertifikalı hemşirelerin çalıştırılmasının zorunlu olması gerektiğini belirtmiştir.

6.2. Öneriler

- 1) Hastaların ve kurumların hemşirelerden artan hizmet beklentilerinin karşılanması amacıyla merkezlerde görev alan hemşire sayısı arttırılmalı ve bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerin çalıştırılması zorunlu hale getirilmesi,
- 2) İnfertilite alanında çalışan hemşirelerin merkezlerde üstlendikleri rol ve sorumlulukların tanımlanması,
- 3) İnfertilite alanında çalışan hemşirelere yönelik hazırlanmış sertifika programları düzenlenmesi önerilmektedir.
- 4) İnfertilite alanında çalışan hemşireler mesleklerini geliştirebilmek ve belirli bir standarta kavuşturabilmek adına koşullar her ne olursa olsun araştırmalı ve yaptıkları araştırmaları kullanıma sunabilmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Ak G. İnfertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi. Dokuz Eylül Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Yüksek Lisans Tezi; 2001.
2. Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Yüksek Lisans Tezi; 2001.
3. Akyüz A. İnfertil çiftin araştırılması. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; 32-35, 20-23 Nisan 2003, Ankara.
4. Akyüz A. Dünyada ve Türkiye’de infertilite hemşireliği’nin güncel durumu. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi (TSRM 2008); İnfertilite Hemşireliği Kurs Notları.15 Ekim 2008; 3-10.
5. Allan H. Nursing the clinic and managing emotions in a fertility unit: findings from an ethnographic study. *Human Fertility*. 2001(a); 4: 18 – 23.
6. Allan H.A‘ good enough ’ nurse: supporting patients in a fertility unit. *Nursing Inquiry*. 2001(b); 8(1): 51 – 60.
7. Allan H. Nursing the clinic, being there and hovering: ways of caring in British fertility unit. *Journal of Advanced Nursing*.2002; 38(1): 86 – 93.
8. Allan H, Barber D. Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethics*. 2005; 12(4): 390 – 399.
9. Allan H. Using participant observation to immerse oneself in the field: the relevance and importance of ethnography for illuminating the role of emotions in nursing practice. *Journal of Research in Nursing*. 2006; 11(5): 397 – 407.
10. Allan H, Lacey S, Payne D. The shaping of organisational routines and the distal patient in assisted reproductive technologies. *Nursing Inquiry*. 2009; 16(3): 241 – 250.
11. Asan N. GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezine Başvuran Çiftlerin IVF-ET Tedavisini Bırakma Nedenleri. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi; 2007.
12. Ashcroft S. Developing the clinical nurse specialist’s role in fertility:do patients benefit . *Human Fertility*. 2001; 3: 265 – 267.
13. ASRM, American Society for Reproductive Medicine, 2009.
<http://www.asrm.org/professionals/mainprof.html> Erişim Tarihi: 15.02.2012.

14. Barber D. Use of competencies in training fertility nurses in clinical practice. Human Fertility. 1999; 2: 5 – 9.
15. Beji NK. Doğurganlık ile ilgili sorunlar ve hemşireliğin değişen rolü. In: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001; 1 – 8.
16. Beji NK. İstanbul infertilite hemşireleri grubu 2007 – 2008 yılı faaliyetleri. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi (TSRM 2008); İnfertilite Hemşireliği Kurs Notları. 15 Ekim 2008; 3 – 10.
17. 13. Beji NK, Zengin M, Dinç H. İnfertilite hemşirelerinin değişen rolleri ve eğitim gereksinimleri. In: Beji NK, ed. İnfertilite Hemşireliği, İstanbul, Acar Basım, 2009; 255-264.
18. Birch H. The extended role the nurse – opportunity or threat?. Human Fertility. 2001; 4: 138 –144.
19. Boivin J, Appleton TC, Baron J, Bitzer J, ve ark. Guidelines for Counselling in Infertility: Outline Version. Human Reproduction. 2001, 16(6); 1301-1304.
20. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence treatment-seeking: potential need and demand infertility medical care. Human Reproductive. 2007; 2: 1 -7.
21. Breidahl V. The ART of fertility nursing in Australia. Australian Nursing Journal. 2005; 13(4): 1-3
22. Corigan E. The Roles and Responsibilities of The Fertility Nurse Practitioner and The Scope for Extended Practice. Journal of the British Fertility Society. 1996; 1(1): 61-64.
23. Dikencik B.K. Yardımcı üreme teknikleri. İn: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001; 25-55.
24. Dinç A, Beji NK. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. In: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001; 75 -92.
25. Ege Üniversitesi, Ege Tüp Bebek Merkezi.
Erişim: <http://www.egetupbebek.com/ps/index.php/> Erişim Tarihi:14.11.10
26. Eryılmaz HY, Ekşi Z, Ertuğrul EG. İnfertilite tanı yöntemleri ve hemşirenin rolü. İn: Beji NK, ed. İnfertilite Hemşireliği, İstanbul, Acar Basım, 2009; 49-66.

27. Forti G, Krauz C. Evaluation and treatment of the infertile couple. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 1998; 83(12); 4177-4188.
28. Gordon DJ, Speroff L. Klinik ve endokrinoloji el kitabı. Işık A, Vicdan K. (Çeviri). Nobel Tıp Kitabevleri, 2003; 431-460.
29. Günalp S, Yücel A. Erkek infertilitesi tanı ve tedavisi. In: Çolgar U, ed. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006; 91-108.
30. Gürkan T, Demirel A. İnfertil çiftin değerlendirilmesi. In: Çolgar U, ed. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006; 79-87.
31. İnfertilite Hemşireliği Derneği

Erişim:<http://www.inferder.org/index.php> Erişim Tarihi:10.11.10.
32. Hemşirelik Kanunun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi:02.05.2007, Sayı:5634

[Erişim:](http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAA)<http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAA>
[F6AA849816B2EFFBC7CF4E89607860](http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6AA849816B2EFFBC7CF4E89607860) Erişim Tarihi:14.11.2010.
33. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi: 19.04.2011 Sayı: 27910.
[Erişim:](http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?D7BF88961039CFFA6)<http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?D7BF88961039CFFA6>
[AA.9816B2EFFBC4E89617869](http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?AA.9816B2EFFBC4E89617869) Erişim Tarihi: 15.02.2012.
34. Homan G. The Fertility Clinic Nurse and Lifestyle Education. Australian Nursing Journal. 2006, 14(3); 33-34.
35. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E. Hemşireliğin gelişen rol ve sorumlulukları temel kavram ve kuramlar. In: İnanç N. 1.baskı. Ankara, Gata Basımevi, 1994; 1-31.
36. Kamel RM. Management of the infertile couple; an evidence-based protocol. Reproductive Biology and Endocrinology. 2011, 8(21); 1-7.
37. Karadağ A, Hisan F, Özhan EN. The level of professionalism among nurses in Turkey. Journal of Nursing Scholarship. 2007, 39(4); 1-3.
38. Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. In: Beji NK, ed. İnfertilite Hemşireliği, İstanbul, Acar Basım, 2009; 69-86.

39. Koç İ, Özdemir E. Doğurganlık. TNSA(2003)
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa> 2003/data/turkce/bolum4.pdf Erişim Tarihi:05.10.10.
40. McTavish A. Towards a nurse - led service? .Human Fertility. 2003;6: 13-16.
41. Mitchell A, Mittelstead MN, Wagner C. A survey of nurses who practice in infertility settings. JOGNN. 2005; 34(5): 561 -568.
42. Morris JE. The role of infertility nurses in ovulation induction programmes. Human Fertility. 2001; 4: 14-17.
43. Mourad SM, Hermens RPMG, Cox-Witbroad T, Gral RPTM, ve ark. Information Provision in Infertility Care: A Call for Improvement. Human Reproduction. 2009, 24(6); 1420-1426.
44. Muirhead M, Lawton J. A team approach to assisted conception treatment. Human Fertility. 1998; 1: 40-43.
45. Muirhead M, Kirkland J. Nursing care in assisted conseption unit. In: Brinoden PR, ed. İn: Textbook of Invitro Fertilization and Assisted Reproduction, The Bourn Hall Guide to Clinical and Labarotary Practice, Informa Ltd., 3.Edition. 2007; 557-568.
46. National Colloborating Centre for Women's Health. London: RCOG Press. 2004 Feb. 216p. <http://www.rcog.org.uk/catalog/book/fertility-assesment-and-treatment-people-fertility-problems> Erişim Tarihi: 15.10.2010.
47. Norre J, Wichmann T. The position of fertility counsellor in a fertility team: a critical appraisal. Human Fertility. 2011, 14(3); 154-159.
48. Ozan YD. İnfertil kadınların tedavi süreçleri ile ilgili deneyimlerinin ve hemşirelerden beklentilerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Yüksek Lisans Tezi; 2009.
49. Payne D. The roles of nurses working in ART. Australian Nursing Journal. 2007; 15(3): 38 -40.
50. Payne D, Goedeke S. Holding together :caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. Journal of Advanced Nursing. 2007; 60(6): 645 -653.
51. Role of the Fertility Nurse in Japan.
<http://www.kango-net.jp/project/06/ppt/06.ppt> Erişim Tarihi: 15.02.2012.
52. Royal College of Nursing Publications., Competencies: Specialist competencies for fertility nurses. 2007

53. Royal College of Nursing Publications.
<http://www.rcn.org.uk/publications> Erişim Tarihi: 15.02.2012.
54. Sağlık Bakanlığı Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜT) Merkezleri Yönetmeliği. 2005.
<http://www.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 19.12.2011.
55. Sağlık Bakanlığı Ruhsatlı Üremeye Yardımcı Tedavi(Tüp Bebek)Merkez Listesi.2010.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster> Erişim Tarihi:07.12.2010.
56. Sağlık Bakanlığı Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜT) Merkezleri Yönetmeliği. 2010.
<http://www.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 19.12.2011.
57. Sall B, Marcia L, Patricia A. Maternal-newborn nursing, A Family Community-Based Approach. 2000; 178-197.
58. Speroff L, Fritz MA. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. İn: Erk A, Günel S, editors. 7. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitap Evleri, 2007.
59. The Fertility Society of Australia.
<http://www.fertilitysociety.com.au/login/fna> Erişim Tarihi: 15.02.2012.
60. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008 Raporu, Ankara.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana-Rapor-tr.pdf
Erişim Tarihi: 10.03.2012.
61. Ulusal Aile Planlaması Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, ACSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000; 203-235.
62. Ulusoy F, Dinç A. Hemşirelik mesleği. İn: Ulusoy F. Cilt 1, Ankara, Çağrı Ofset, 1995; 19-27.
63. World Health Organisation., Current practices and controversies in assisted reproduction, report of WHO meeting, Geneva. 2002.
64. World Health Organization., Labarotary manual fort the examination and accessing of human semen, 5.Edition, 2010.
<http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2010/0537649010-eng.pdf>
Erişim Tarihi: 15.11.2011.

TANITICI BİLGİ FORMU

Anket no :

Adınız, Soyadınız :

Yaşınız :.....

1. Eğitim durumunuz

- a) Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik
- b) Önlisans
- c) Lisans
- d) Lisans üstü
- e) Diğer

2. Kaç yıldır hemşire olarak görev yapıyorsunuz?.....

3. Şu anda çalıştığınız kurum tipini belirtiniz.

- a) Sağlık Bakanlığı
- b) Üniversite
- c) Özel YÜT Merkezleri
- d) Diğer.....

4. Halen infertilite hemşiresi olarak çalışıyor musunuz?

- a) Evet (5. soruya geçiniz).
- b) Hayır (6. ve 7. soruya geçiniz).

5. Ne kadar süredir infertil hastalarla birlikte çalışıyorsunuz?

.....ayyıl

6. Ne kadar süre infertil hastalarla birlikte çalıştınız?

.....ayyıl

7. İnfertilite merkezinden ayrılma nedeninizi belirtiniz.

- a) Kurumdaki hemşirelik rol ve uygulamalarının açıkça tanımlanmamış olması
- b) Kurumdan yeterli ilgi ve desteği görememe
- c) Bu alana karşı ilgi duymama
- d) Ücret yetersizliği
- e) Farklı bir kuruluştaki iş bulma
- f) Diğer.....

8. Yeniden seçme fırsatınız olsa, infertil hastalarda çalışmak ister misiniz, nedenleriyle birlikte açıklayınız?

- a) Evet, çünkü.....
- b) Hayır, çünkü.....

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...

HALEN İNFERTİLİTE HEMŞİRESİ OLARAK ÇALIŞIYORSANIZ LÜTFEN EK-2'YE GEÇİNİZ

EK-2 VE EK-3 FORMLARI YALNIZCA HALEN İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞMAYA DEVAM EDEN HEMŞİRELER TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

EK – 2

**İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÜSTLENDİKLERİ
ROLLERİ TANILAMA FORMU**

1.BÖLÜM. HEMŞİRELERİN UYGULAYICI ROLLERİ

1) Aşağıda verilen girişimleri uygulama durumunuzu belirtiniz.

EVET HAYIR

Çiftin merkeze kabul edilmesi		
Çiftin ilk değerlendirmelerinin yapılarak öykülerinin alınması		
Gerekli rutin tetkik ve işlemler için çiftin bilgilendirilmesi		
Laboratuvar ve diğer tetkik sonuçlarının çiftlere açıklanması		
Tedavi sürecinde kullanılan ilaçların uygulanması ve çiftlere öğretilmesi		
Tedavi öncesi hastalardan yazılı onam alınması		
İnvaziv işlemler (HSG, OPU, IUI, ET vb.) öncesi ve sonrasında hasta hazırlığı / bakımı		
İnvaziv işlemler (HSG, OPU, IUI, ET vb.) sırasında hekime asiste etme		
İşlemler öncesi oosit ve sperm hazırlığı		
USG ile siklus takibi		
HCG dozunun zamanına karar verme		
Siklus iptali, negatif gebelik testi gibi olumsuz haberlerin hastaya verilmesi		
Diğer.....		

2) Aşağıda verilen uygulamalardan hemşirelik dışı olduğunu düşündüklerinizi işaretleyiniz.

EVET HAYIR

Kayıt ve evrak ile ilgili prosedürler		
USG ile siklus takibi		
IUI öncesi sperm hazırlığı		
OPU işlemi		
Embriyo transferi		
IUI işlemi		
Hasta tetkiklerinin istenmesi		
Diğer.....		

3) Sizce infertilite alanında çalışan hemşireler için aşağıda verilen uygulamalara yönelik sertifika programları olmalı mı? Belirtiniz.

EVET HAYIR

USG ile siklus izlemi		
İşlemler öncesi (IVF, ICSI, GFT vb.) oosit ve sperm hazırlığı		
OPU işlemi		
Embriyo transferi		
IUI işlemi		
Diğer.....		

2. BÖLÜM. HEMŞİRELERİN EĞİTİCİ/DANIŞMANLIK ROLLERİ

EVET HAYIR

1) Kurumunuzun sizden eğitim / danışmanlık vermenize yönelik herhangi bir beklentisi var mı?		
2) Kurumunuzda eğitim / danışmanlık veriyor musunuz?		

3)Hastalarınıza eğitim/ danışmanlık verdiğiniz konuları işaretleyiniz.

EVET HAYIR

Kadın ve erkek üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi		
İnfertiliteye neden olan davranışsal faktörler(sigara, alkol, beslenme, vb.)		
İnfertiliteye neden olan fizyo-patolojik faktörler (tubal faktör, ovulasyon bozuklukları, vb.)		
İnfertilite tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemler		
Laboratuar ve tetkik sonuçları ile tedavi süreci ve değişiklikleri		
Seçilen tedavi yöntemi ve başarı oranları		
Tedavide kullanılan ilaçlar, uygulama yolları, etki ve yan etkileri		
Oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması		
OPU ve ET zamanının hastaya açıklanması		
Yaşadıkları güçlüklerle yönelik destekleyici danışmanlık		
Finansal ve maddi konulara yönelik danışmanlık		
Etik, yasal ve güncel konulara yönelik danışmanlık		
Diğer		

4)Kurumunuzda sıklıkla hangi tip eğitim / danışmanlık veriyorsunuz?

EVET HAYIR

Bireysel eğitim/danışmanlık yapıyorum		
Çift eğitimi/danışmanlığı yapıyorum		
Grup eğitimi/danışmanlığı yapıyorum		
Diğer.....		

5) Eğitim ve danışmanlık verirken kullandığınız araçları belirtiniz

EVET HAYIR

Web- dayalı eğitim/danışmanlık yapıyorum		
Yazılı materyaller (poster, afiş, kitapçık vb.) kullanıyorum		
Görsel/visuel araçlar (video, DVD vs) kullanıyorum		
Telefon aracılığıyla sürekli eğitim/danışmanlık yapıyorum		
Sözlü anlatıyorum		
Diğer.....		

3. BÖLÜM HEMŞİRELERİN ARAŞTIRICI ROLLERİ

EVET HAYIR

1) Kurumunuzun sizden araştırma yapmanıza yönelik herhangi bir beklentisi var mı?		
2) Kurumunuz yaptığınız araştırmaları destekliyor mu?		
3) Kendi başınıza araştırma yapıyor musunuz?		

4) Aşağıda yer alan konulardan araştırma yaptıklarınızı işaretleyiniz.

EVET HAYIR

İnfertiliteye neden olabilecek davranışsal faktörlerin (sigara, alkol, beslenme, vb.) belirlenmesi		
İnfertiliteye neden olan fizyo-patolojik faktörlerin belirlenmesi		
İnfertilite tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin incelenmesi		
İnfertilitenin çiftlerin psikososyal yaşamı üzerine etkileri		
İnfertilitenin çiftlerin cinsel yaşamı üzerine etkileri		
Yardımcı üreme teknikleri amacıyla kullanılan yöntemlerin incelenmesi		
Tedavide kullanılan ilaç protokollerine yönelik çiftlerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi		
Tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı		
İnfertilite hemşireliğinde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar		
İnfertil hastalarla çalışmanın sağlık personeli üzerindeki etkilerinin incelenmesi		
İnfertilite tedavisinde kullanılan son yenilikler (PGD, oosit donasyonu, taşıyıcı annelik, vb.)		
Yardımcı üreme teknikleri alanındaki etik ve yasal sorunlar		
Diğer.....		

5) Sizin kendi başınıza araştırma yapmanızı engelleyen faktörleri belirtiniz.

EVET HAYIR

Fazla ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle fırsat bulamamam		
Kurumun araştırma yapma beklentisinin olmaması		
Araştırma yapmayı bilmiyor olmam		
Türkçe kaynak yetersizliği / kaynaklara ulaşamamam		
Diğer.....		

EK – 3

**İNFERTİLİTE ALANINDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLERİN İNCELEMESİ**

1) Kurum özelliklerine bağlı olarak yaşadığınız güçlükleri belirtiniz.

	EVET	HAYIR
Çalışma saatlerinin fazla ve düzensiz oluşu		
Hasta sayı ve sirkülasyonunun fazla oluşu		
Kurumun hemşirelerden artmış hizmet beklentisinin olması		
Ekip içi rol karmaşasının olması		
Kurumun hemşirelik dışı hizmet beklentisinin olması		
Diğer.....		

2)Hasta özelliklerine bağlı olarak yaşadığınız güçlükleri belirtiniz.

	EVET	HAYIR
Hastanın infertiliteye bağlı olarak acı ve ızdırap çekiyor olmaları		
Evlilik, arkadaş ve sosyal çevrelerinden kaynaklanan sorunlarla karşı karşıya olmaları		
Maddi ve parasal açıdan sıkıntılar yaşıyor olmaları		
Hemşirelerden duygusal beklentilerinin fazla olmaları		
Diğer.....		

EVET HAYIR

3) İnfertil hastalara eğitim/danışmanlık verirken güçlük yaşıyor musunuz?		
Hastalarınıza eğitim/danışmanlık verirken yaşadığınız güçlüklerin neden/nedenlerini işaretleyiniz.		
Görevim dahilinde olmadığını düşündüğüm konularda eğitim/danışmanlık vermek zorunda kalmam		
İnfertilite alanında yeterli bilgiye sahip olmamam		
Hastalarla uygun iletişim teknikleri kuramamam		
Eğitim/danışmanlık verilen ortamının uygun olmaması		
Eğitim/danışmanlık materyallerinin yetersiz olması		
Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması		
İş yükü nedeniyle hastalara yeterli zaman ayıramama		
Diğer.....		

5)İnfertilite alanında yaşadığınız güçlükleri azaltmak için yapılması gerekenleri belirtiniz.

EVET HAYIR

Kurumların düzenlediği hizmet içi eğitimler arttırılmalı		
Hemşirelerin kurumlarda üstlendikleri rol ve sorumluluklar tanımlanmalı		
Merkezlerde sertifikalı hemşirelerin çalıştırılması zorunlu olmalı		
YÜT merkezleri yönetmeliği tekrar yapılandırılmalı		
Diğer.....		

EK – 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışmanın adı ‘‘İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi’dir’’.İnfertilite alanında çalışan siz hemşirelerin üstlendiğiniz rolleri ve yaşadıklarınız güçlükleri tespit etmek amacıyla yüksek lisans tezi olarak planlanmış ve Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ danışmanlığında hazırlanmıştır.

Çalışmanın verilerinin İnfertilite Hemşireliği Dernek üyelerinden toplanmasının nedeni, bu alanda çalışan hemşirelerin sorunlarını saptamak ve bir veri tabanı oluşturmaktır. Bu nedenle sorulara doğru bir şekilde cevap vermeniz çalışmanın güvenilirliğini etkileyecektir.

Sizden yaklaşık 15 dakika sürecek olan 3 form doldurmanız istenmektedir.

Ek- 1 formu infertilite alanında önceden çalışmış ve/veya halen çalışmakta olan tüm hemşireler tarafından doldurulacaktır.

Ek-2 ve Ek-3 formları ise yalnızca infertilite alanında halen çalışmaya devam eden hemşireler tarafından doldurulacaktır.

Bu çalışmada belirtilen **kurum ve kişi isimleri gizli tutulacak** ve yalnızca çalışmanın sonuçları araştırmacı tarafından yayın amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Saygılarımla,

Gül Yılmaz

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

E-posta: gulyilmaz1984@hotmail.com

EK – 5

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

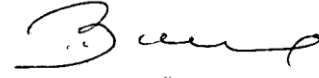
Konu: Karar hk. /03

26.01.2011

Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ
Yük.lisans öğr.Gül YILMAZ

Kurulumuz tarafından 13.01.2011 tarih ve 03-GOA protokol numaralı karar ile onayı alınan “İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Ek: Etik Kurul Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/01-03	Tarih:13.01.2011
	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un proje yöneticisi olduğu Yük.lisans ögr.Gül YILMAZ sorumluluğunda yapılması tasarlanan "İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besli ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat ÖZGÖREN	Biyofizik	DEU Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Av.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukukçu	D.E.Ü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	03-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yük.lisans öğr.Gül YILMAZ Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ Hemşirelik Yüksekokulu
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐



ÜREME SAĞLIĞI VE İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ

3.1.2011

Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığına,

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Gül Yılmaz'ın, "İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi" başlıklı araştırmasını Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği üyelerine uygulamasında sakınca yoktur.

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği

Dernek Başkanı

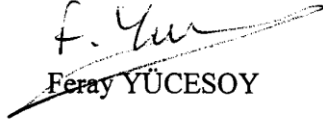
EK – 7

**İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ
İZMİR**

10.01.2011

Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığına,

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Gül Yılmaz'ın,
“İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi”
başlıklı araştırmasını İnfertilite Hemşireliği Derneği üyelerine uygulamasında sakınca yoktur.


Feray YÜCESOY

İnfertilite Hemşireliği

Dernek Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad:	Gül Yılmaz
T.C. Kimlik No:	28672192748
Doğum Tarihi:	14.08.1984
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir
Telefon:	544-567-08-52
E-posta:	gulyilmaz1984@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans	2009-2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Özel Odalar Katı Servisi	Hemşire	Eylül 2008- Halen devam ediyor