



JOURNAL OF SOCIAL AND HUMANITIES SCIENCES RESEARCH

Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi

Open Access Refereed e-Journal & Refereed & Indexed

Article Type	Research Article	Accepted / Makale Kabul	08.10.2019
Received / Makale Geliş	28.07.2019	Published / Yayınlanma	09.10.2019

İNFERTİLİTE TEDAVİSİNDE ORTAYA ÇIKAN KOMPLİKASYONLAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

COMPLICATIONS IN INFERTILITY TREATMENT AND NURSING APPROACHES

Yüksek Lisans Öğrencisi Çiler ÇOKAN DÖNMEZ

Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin/TÜRKİYE, ORCID: 0000-0003-2022-3124

Dr. Öğr. Üyesi Tuba GÜNER EMÜL

Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin/TÜRKİYE, ORCID: 0000-0002-6284-9419



Doi Number: <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.1421>

Reference: Çokan Dönmez, Ç. & Güner Emül, T. (2019). İnfertilite Tedavisinde Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 6(43): 2958-2966.

ÖZET

İnvitro Fertilizasyon, İntrauterin İnseminasyon gibi tedavileri içeren yardımcı üreme tekniklerini son 30 yıldır birçok çift için umut vadetmektedir. Doğal yolla çocuk sahibi olamayan çiftlerin tedavi arayışları yardımcı üreme tekniklerini önemli hale getirmiştir. Tedavi sürecinde umut dolu bir yolcuğa başlayan çiftler bu yolcuğu her zaman başarılı bir şekilde sonlandıramamaktadır. Bu yolculukta tedavinin başarısız olmasının yanı sıra tedaviye bağlı birtakım komplikasyonlarla da karşılaşabilmektedir. Özellikle kadına yönelik birçok invaziv yöntemleri içeren yardımcı üreme teknikleri, hem kadın hem de fetus için yüksek morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bunlar; Over Hiperstimülasyon Sendromu da dahil olmak üzere oositlerin elde edilmesini sağlayan tıbbi ve cerrahi prosedürlerin riskleri olarak ortaya çıkmaktadır. Fetus için ise çoğul gebeliklere bağlı; düşük doğum ağırlığı ve prematürite başta olmak üzere kromozomal defektler gibi komplikasyonlarda gözlenmektedir.

İnfertilite tedavi süreci çiftlerin yaşamını çok yönlü etkileyen önemli bir sorundur. Tedavide gebelik elde etmek öncelikli amaç olmasından dolayı oluşabilecek komplikasyonlar göz ardı edilebilmektedir. Bu noktada çiftlerle birebir iletişimde olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek olan komplikasyonları iyi bilmeleri ve bu komplikasyonlara yönelik hemşirelik yaklaşımlarını uygun şekilde planlamaları ve çiftlere destek olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, yardımcı üreme teknikleri, komplikasyonlar

ABSTRACT

Naturally, the search for treatment of farmers with children has made Auxiliary Reproduction Techniques (ART) important. The sons of ARTs, which include works such as In Vitro Fertilization (IVF), Intrauterine Insemination, have been promising for many couples for 30 years. According to a therapeutic hope-filled cruise, couples did not end it successfully at the time. In addition to unsuccessful treatment in this journey, some complications related to treatment may also be encountered. ART carries a high risk of morbidity and mortality for both the fetus and the woman. these; Obtaining over oocytes including ovarian hyperstimulation syndrome and emerging as risks of functional methods. For the fetus, it is due to multiple pregnancies; low birth weight and premature description are observed in complications such as chromosomal defects.

The process of infertility treatment is an important problem in the multifaceted treatment of couples' lives. Complications that may occur before treatment is the primary goal of pregnancy. Nurses who are in one-on-one communication have the responsibility of leadership. They need to know the complications of the treatment approach well and plan their nursing approaches accordingly and support the couples.

Key Words: Infertility, Auxiliary Reproduction Techniques, complications

1. GİRİŞ

İnsan neslinin devamının sağlanmasında üreme ve doğurganlık işlevi önemli bir yere sahiptir. Bu işlevlerde ortaya çıkan herhangi bir sorun infertiliteye neden olabilmektedir. İnfertilite, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin en az bir yıl süreyle herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan, düzenli cinsel ilişkide (haftada en az üç ya da dört kez) bulunmalarına rağmen gebelik oluşmaması ya da gebeliği sürdürmemeye olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2016; Beji, 2015:113-118). Dünyada üreme çağındaki çiftlerin %10-15'inin infertilite sorunu yaşadığı ve yaklaşık 80 milyondan fazla kişinin infertiliteden etkilendiği bildirilmektedir (WHO, 2016). Ülkemizde ise 15-49 yaş arasında hiç çocuk sahibi olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmayan evli kadınların oranının %11,2 olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma, 2013) İnfertilite, hem kadını hem erkeği ilgilendiren ve psikososyal boyutu da olan üreme sağlığı sorunu olup tanı ve tedavi süreci çiftleri; fiziksel, psikolojik ve maddi olarak etkileyen zor ve uzun bir süreçtir (Uğur, 2014). Birçok çifti etkileyen infertilitenin, yaklaşık %40'ını kadınlara, %40'ını erkeklere ait ve geriye kalan %20'sini ise kombine nedenler oluşturmaktadır (Beji, 2015:113-118).

Günümüzde teknolojideki hızlı gelişmeler sağlık alanına yansımış özellikle infertilite kavramına ve tedavisine yönelik ilgiyi ve beklentileri yükseltmiştir. Doğal yolla çocuk sahibi olamayan çiftlerin tedavi arayışları Yardımcı Üreme Tekniklerini (YÜT) önemli hale getirmiştir. Tedavi sürecinde umut dolu bir yolcuğa başlayan çiftler bu yolcuğu her zaman başarılı bir şekilde sonlandıramamaktadır. Bu yolculukta tedavinin başarısız olmasının yanı sıra tedaviye bağlı birtakım komplikasyonlarla da karşılaşabilmektedir. Özellikle kadına yönelik birçok invaziv yöntemleri içeren YÜT, hem kadın hem de fetus için yüksek morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bunlar; Over Hiperstimülasyon Sendromu da dahil olmak üzere oositlerin elde edilmesini sağlayan tıbbi ve cerrahi prosedürlerin riskleri olarak ortaya çıkmaktadır. Fetus için ise çoğul gebeliklere bağlı; düşük doğum ağırlığı ve prematürite başta olmak üzere kromozomal defektler gibi komplikasyonlarda gözlenmektedir (Klemetti, Sevón, Gissler ve Hemminki, 2005: 3293-3300; Sunderam vd., 2011: 1-28). Yapılan çalışmalar YÜT komplikasyonlarının (çoğul gebelik, abortuslar, prematürite vb.) doğal yolla gebe kalanlara oranla daha fazla ortaya çıktığını desteklemektedir (Campbell, Fisher, Anderson ve Kreppel, 2015: 82-88; Klemetti vd., 2005: 3293-3300; Marcus ve Brinsden, 2005: 199-122; Sunderam vd.,2011:1-28)

Tedavi sürecinde çiftler ve ekip gebeliğin başarılı bir şekilde elde edilmesine odaklanırken oluşabilecek komplikasyonlar göz ardı edilebilmektedir. Umutla beklenen süreçte sonuç başarılı bir şekilde sonlanmış olsa bile gebelikte birlikte ortaya çıkabilen komplikasyonlarla da baş etmek zorunda kalınabilmektedir. Bu dönem çiftlerin en fazla eğitime ve sosyal desteğe ihtiyacı olduğu bir dönemdir. Özellikle bu dönemde infertilite hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamdan yola çıkılarak, sağlık profesyonelleri olarak hemşirelerin infertilite tedavisinde ortaya çıkan komplikasyonları iyi bilmeleri ve bu komplikasyonlara yönelik hemşirelik yaklaşımlarını uygun şekilde planlamaları ve çiftlere destek olması gerekmektedir (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009: 69-88). Literatür taramasında, infertilite tedavisinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik yaklaşımlarına yönelik Türkiye'de yapılan çalışmaların çok sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, bu derlemede infertil çiftlerde tedaviye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ve hemşirelik yaklaşımı ele alınmış ayrıntılı bir şekilde irdelenmiştir.

2. İNFERTİLİTE TEDAVİSİNDE ORTAYA ÇIKAN KOMPLİKASYONLAR

Çiftlerin çocuk sahibi olabilmek için başvurduğu tedavi şekli olan yardımcı üreme teknikleri (YÜT), birçok komplikasyona da neden olmaktadır. Bu komplikasyonlar; ovülasyon indüksiyonuna bağlı, invaziv işlemler kaynaklı, obstetrik, sosyal ve psikolojik nedenlerden dolayı ve YÜT başarısızlığı şeklinde ortaya çıkmaktadır. IVF tedavi aşamaları göz önüne alınarak Ovarian stimülasyon- Ovülasyon İndüksiyonu, Oosit toplanması (OPU), OPU eş zamanlı sperm elde edilmesi, sperm ile fertilizasyon veya ICSI, embriyo kültürü, embriyo transferi aşamalarının komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Delilbaş, 2007: 10-60; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009: 69-88).

2.1. Ovulasyon İndüksiyonuna Bağlı Komplikasyonlar

İnfertilite tedavi aşamasının ilk basamağı olan ovulasyonun indüklenmesinde, daha fazla oosit matürasyonu sağlanarak gebelik elde edilme şansını artırmak hedeflenmektedir. Ovulasyon

indüklenmesinde kadına yönelik birçok hormonal ilaçlar kullanılmaktadır. Ovulasyon indüklenmesinde kadına verilen farmakolojik tedavide yetersiz yâda gereğinden fazla doz verilmesi gibi durumlardan kaynaklı komplikasyonlar gelişebilmektedir (Algül, 2013: 12-45; Delilbaş, 2007: 10-60). Bu komplikasyonlar yetersiz overyan yanıt ve buna bağlı siklus iptali ve YÜT'nin en ciddi komplikasyonu olan Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS) olarak sıralanmaktadır.

2.1.1. Yetersiz Overyan Yanıt

İnfertilite tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar her kadında aynı etkiyi göstermemektedir. Dozun yetersiz ayarlanması gibi durumlar beklenen oosit matürasyonunu oluşturmamakta ve tedavinin o siklusa iptal olmasına neden olabilmektedir (Algül, 2013: 12-45).

2.1.2. Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS)

Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS), yardımcı üreme teknikleri için kontrollü overyan hiperstimülasyonunun (KOH) en ciddi komplikasyonudur. Batında şişlik, büyüyen foliküller ve batında asit birikimi gibi belirtilerle karakterize bir durumdur. OHSS, ovülasyon indüksiyonunun luteal faz ve erken gebelik döneminde görülen, HCG (Human chorionic gonadotropin) uygulanması sonucu, lokal overyan maddelerin yol açtığı, kapiller permeabilitenin artması sonucu, sıvının intravasküler alandan batın boşluğuna kayması olarak tanımlanmaktadır. Yaşamı tehdit eden OHSS riski taşıyan hastalarda, foliküler olgunlaşma ve yumurtlamanın tetiklenmesi için HCG uygulaması, OHSS için uyarı olup, over dokusunda vasküler endotelial büyüme faktörünün (VEGF) aşırı ekspresyona, artmış vasküler geçirgenlik, batına sıvı geçişi, batında asit birikimi ve plevral efüzyonla karakterizedir (Soares, Gómez, Simón, García-Velasco ve Pellicer, 2008: 321-325). Overyan Hiperstimülasyon Sendromu' nun iki klinik formu bulunmaktadır. **Erken başlangıç formu** (Eksojen Hcg uygulamasından sonra ilk sekiz gün içinde meydana gelmektedir) ve **Geç başlayan formu** (Hcg uygulamasından dokuz gün sonra, gebelik kaynaklı Hcg üretimi nedeniyle meydana gelmektedir). OHSS'nin risk faktörleri olarak; polikistik overlerin varlığı, yüksek overyan yanıt, ovum atılımı ve luteal desteği için uygulanan Hcg kullanımı, yüksek östrojen seviyesi ve HCG üretimine sebep olan gebelikler sayılmaktadır. Risk faktörlerinin tedavi öncesi bilinmesi; hem tedavinin seyri açısından önlemlerin alınması, hem de OHSS gelişmesi durumunda uygun tedavinin seçilmesi açısından oldukça önem kazanmaktadır (Soares vd., 2008: 321-325). Haas ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladığı çalışmada, IVF sonrası şiddetli OHSS gelişen 125 gebe ile IVF ile gebe kalan kontrol grubu kıyaslandığında, tekil gebelikler için 37 hafta ve öncesinde doğum oranının kontrollere göre belirgin olarak fazla olduğu (20.5 % vs 5.1 %) bulunmuş, ancak gruplar arasında gestasyonel diabetes, IUGR ve hipertansiyon açısından fark bulunamamıştır (Haas vd., 2014: 216-221). Klemetti ve arkadaşlarının (2005) IVF komplikasyonları ve ovülasyon indüksiyonuna yönelik yapmış oldukları çalışmaya göre; ilk IVF tedavi döngüsünden sonra, her 1000 kadından 14'ünde ciddi bir OHSS vakası tespit edilmiştir. IVF sonrası kayıtlı ektopik gebeliklerin oranı, 1000 kadın başına dokuz ve IVF sonrası kayıtlı düşüklerin oranı 1000 kadın başına 42 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak, IVF'nin%15'inde ve OI kadınların%8'inde en az bir kez hastaneye yatış durumu tespit edilmiştir (Klemetti vd., 2005: 3293-3300).

2.1.2.1. Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS) Sınıflaması

Hafif OHSS: Kontrollü Overyan Hiperstimülasyonu'nun (KOH) vakalarının yaklaşık %20-30'unda görülen, kimyasal OHSS'dir. Genellikle ovülasyon indüksiyonunu takiben şikayetler başlamaktadır. Plazma östradiol seviyesi 1500-2000 ml, overlerin boyutu 6 cm üzerinde izlenmektedir. Klinik olarak; kist rüptürü, intraabdominal hemoraji ve over torsiyonu gibi cerrahi müdahale gerektirecek boyutta değilse, abdominal ağrı ile ortaya çıkmaktadır. Bulantı ve batında hassasiyet olabilmektedir (Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195)

Orta OHSS: Plazma östradiol seviyesi 4000-6000 ml, overlerin boyutu 6-12cm arasında izlenmektedir. Asit, kilo artışı, bulantı-kusma, diyare gibi şikayetler görülebilmektedir. Hcg'yi takiben 10 gün içinde gelişebilmekte ve artan Hcg nedeniyle yakından takip edilmesi gerekmektedir (Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195)

Golan ve ark. orta dereceli OHSS tanımına klinik olarak saptanamayan, ancak ultrasonografik olarak saptanabilen herhangi bir miktarda asit bulunmasını da eklemiştir (Golan, Ronel, Herman, Soffer ve Caspi, 1989: 430-440).

Ağır OHSS: Plazma östradiol seviyesi 6000 ml üzerinde, overlerin boyutu 12cm üzerinde gözlenmektedir. Asit yanında plevral efüzyon, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmalar, hemokonsantrasyon, kan vizkositesinin artması sonucu koagülasyon sistem bozulmaları, tromboembolitik problemler, akut solunum sıkıntısı, böbrek yetmezliği ve hipovolemik şok gelişebilmektedir. Batın boşluğuna sıvı, elektrolit ve protein kaybı oluşabilmektedir (Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195)

Ağır OHSS durumunda bulantı kusma, proteinden zengin sıvının batın boşluğuna yayılması, vasküler volüm daralması, hemokonsantrasyon, abdominal distansiyon pulmoner ödem ve akciğer hareketlerinin kısıtlanması sonucu ölüme kadar götürebilen belirtiler sıralanmaktadır (Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195)

2.1.2.2. Overyan Hiperstimülasyon Sendromu'nun (OHSS) Önlenmesi, İzlem ve Tedavisi

Overyan Hiperstimülasyon Sendromu'nu önlemenin en önemli yolu; hastanın potansiyel riskini belirlemek ve oluşumunu önlemek için uygun stratejiler planlamaktır. Başlıca adımlar; risk faktörlerini tanımak, yardımcı üreme için bireyselleştirilmiş yumurtalık uyarımı rejimlerini kullanmak, OHSS riskini azaltmak için tedaviyi değiştirmek ve oosit olgunlaştırması için standart doz Hcg' ye alternatif bir yöntem kullanmaktır (Demirci ve Beji, 2017: 121-133). OHSS yönetiminde birçok kadın ayaktan tedavi edilmektedir. Şiddetli OHSS olan kadınların, hastaneye yatırılarak izlenmesi gerekebilmektedir. OHSS kendini sınırlayan bir durumdur, ancak gebelik oluştuğunda semptomlar uzayabilmektedir.

Hafif derecede OHSS'de, ayaktan tedavi edilebilmektedir. Konservatif yaklaşımla semptom bazında tedavi edilmektedir. Hafif OHSS için, analjezikler ve ağır fiziksel aktiviteden kaçınılması önerilmektedir. Hastalar, oluşabilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirilmelidir (Oligüri, abdominal distansiyon, nefes darlığı, karın ağrısı, kilo alma). Hafif OHSS özellikle gebelik oluştuğunda orta veya şiddetli hale gelebilmektedir. Bu nedenle, karın ağrısı takip edilmeli ve kilo artışının en az iki hafta boyunca gözlemlenmesi gerekmektedir (Demirci ve Beji, 2017:121-133; Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195; Golan vd., 1989: 430-440).

Orta derecede OHSS'de; fiziksel aktiviteden kaçınma,oral hidrasyon, transvajinal ultrason ve tam kan sayımı (asit ve hemokonsantrasyon) takibi, günlük kilo takibi, abdominal çevre ölçümü ve aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılması gerekmektedir (Demirci ve Beji, 2017:121-133; Gezginç ve Keskin, 2008: 189-195; Golan vd., 1989: 430-440).

Ağır derecede OHSS'de; Şiddetli karın ağrısı, zorlu kusma, şiddetli oligüri/anüri, batında asit birikimi, dispne, hipotansiyon, senkop, ciddi elektrolit dengesizliği ve karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik gibi durumlarda hastaneye yatış gerekmektedir. Medikal Tedavi olarak; Dolaşım için sıvı ve elektrolit dengesi sağlayıcı, plazma genişletici ve albümin desteği, ciddi ödem durumunda diüretikler, antikoagülan olarak düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı, renal fonksiyonu düzeltmek için dopamin tedavisi uygulanmaktadır. Medikal tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda, parasentez önerilmektedir. Albümin uygulaması yapılacak ise; protein-albümin kaybını artırmamak için önce parasentez sonra albümin uygulaması önerilmektedir (Demirci ve Beji, 2017: 121-133; Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009: 69-88).

Hemşireler birey/çiftleri tedavi süreci boyunca iyimser kalmaları konusunda teşvik etmesi gerekmektedir.

Hemşire tedavi sürecinde çiftleri özyeterlilik ve öz yönetim hakkında bilgilendirmesi gerekmektedir. Bunun için; çiftlere gerekli bilgiyi aktarmalı, çiftlerin kendilerini değerlendirmeleri konusunda farkındalıklarını artırmalı, riskleri erken dönemde fark edebilmelerini sağlamalı, gerektiğinde uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına destek olması gerekmektedir. (Beji, 2015: 113-118). Bununla birlikte hemşireler operatif ve invaziv işlemler sırasında hastanın pre-op, post-op bakımını üstlenebilmeli ve koordinasyonu sağlaması gerekmektedir.

2.2. İnvaziv İşlemlere Bağlı Komplikasyonlar

İnfertilite tedavi aşamasının ikinci basamağında folüküllerin uyarılması ve oositlerin toplanması (OPU) işlemi invaziv işlemler olarak yerini almaktadır. Oositler matürasyonu tamamlandığında foliküller hormonal ilaçlar ile uyarılarak çatlamaları sağlanmakta ve OPU işlemi gerçekleştirilmektedir. Bu süreç

ilaç uygulamasından sonraki ilk 36 saati içermektedir. OPU işlemi kadına hafif anestetik ilaçlar verilerek gerçekleştirilen cerrahi bir işlemdir. Bu işlemde ultrason probuna yerleştirilen iğne aracılığıyla, transvajinal olarak olgunlaşan oositlerin sağlıklı bir şekilde toplanması amaçlanmaktadır. Bu aşamada invaziv işlemlere bağlı olarak kanama, enfeksiyon ve pelvik organ yaralanmaları gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Delilbaş,2007:10-60).

2.2.1. Kanama

Oosit toplama (OPU) işlemi sırasında ve sonrasında en sık gözlenen komplikasyonlardan biri kanama olarak literatürlere geçmiştir. Kanama çeşitleri; vajinal, intra-peritoneal ve retro-peritoneal olarak tanımlanmaktadır. Vajinal kanama; vajinal yapılan yumurta toplama işleminde, iğne ile vajinal damarlara direkt travma sonucu oluşan minör vajinal kanamalar, işlemlerin %1,4-18,4'ünde gözlenmektedir (Braat, Schutte, Bernardus, Mooij ve Van Leeuwen, 2010: 25-1782; Dicker vd., 1993: 13-15). İntra-peritoneal kanama; Overyan, parametrial ya da pelvik damarların hasarlanması sonucu erken postoperatif dönemde fark edilebilen bir kanamadır. Vakaların %0.07-0.08'inde görülmektedir (Shawarby, Margara, Trew ve Lavery, 2004: 127-133). Retro-peritoneal kanama; Retro-peritoneal damarların hasarlanması sonucu, %0-1,3 oranında görülmektedir. Overe ulaşamayan durumlarda, iğnenin myometrium ya da endometriumdan geçmesi, transabdominal yolun tercih edilmesi, kanama riskini artırabilmekte ve implantasyon oranının azalmasına neden olabilmektedir (Braat vd., 2010: 1782; Dicker vd., 1993: 13-15; Shawarby vd., 2004:127-133). Oosit aspirasyonu sonrasında gözlenen halsizlik, nefes darlığı, persistan taşikardi gibi anemi belirti ve bulguları karın içi kanama olasılığını düşündürmelidir. Oosit toplama işlemi sonrası bireylerle birebir bakım işlemini üstlenen hemşirelerin hemodinamiyi erken değerlendirmesi hayati önem taşımaktadır. Hastanın vital bulguları takip edilmeli, kanama belirtileri gözlenmeli, Hemoglobün, hemotokrit değerleri takip edilmelidir. Anormal bulgular varsa hekime bildirilerek kan transfüzyonu yapılmalıdır (Beji, 2015:113-118).

2.2.2. Enfeksiyon

Oosit toplama işlemi sonrasında ikinci sıklıkta görülen komplikasyondur. İşlemden bir hafta sonra ateş, abdominal ağrı ve dizüri ile karakterize bir durumdur. Görülme sıklığı %0.6'dır. Vajendeki bakterilerin, iğne ile birlikte ilerletilerek pelvise yerleşmesiyle pelvik enfeksiyon gelişebilmektedir. Yüksek ateş, sürekli karın ağrısı, dizüri ve vajinal kanama şeklinde bulgular vermektedir (El Toukhy ve Taranissi, 2006: 5; Nouri vd., 2006: 12-59). Tedavi olarak ise enfeksiyon tespitinde antibiyotik seçimi önemli rol oynamaktadır. Bu süreçte embriyoların, enfeksiyon tedavi edildikten sonraki bir dönemde transfer edilmek için dondurulması gerekmektedir (El Toukhy ve Tarnissi, 2006:5). Enfeksiyonu önlemeye yönelik hemşirelere bu süreçte önemli görevler düşmektedir. Enfeksiyonu önlemek için aseptik kurallara uyulması konusunda bireylere eğitimler verilmeli, risk faktörleri izlenmeli, beslenme ve sıvı alımı değerlendirilmeli, uygun hijyenik bakım sağlanmalı, vital bulgu takibi yapılmalıdır (Beji, 2015: 113-118).

2.2.3. Pelvik Organ Yaralanmaları

Geçirilmiş batın içi operasyon ve enfeksiyonlara bağlı oluşan yapışıklıklar nedeniyle, oosit toplama işlemi sırasında iğne ile çevre organ yaralanmaları oluşabilmektedir. İşlem öncesi riskli hastalar tespit edilip değerlendirilmelidir (El Toukhy ve Taranissi, 2006:5).

2.3. Obstetrik Komplikasyonlar

İnfertilite tedavi aşamasının son basamağı embriyo transfer işleminin gerçekleştirilmesidir. Bu aşamada OPU işlemi sonrası toplanan oositler sperm ile döllendikten üçüncü yâda beşinci gününde en sağlıklı embriyo yâda embriyoların transfer edilmesi amaçlanmaktadır. Embriyo transfer işlemi gerçekleştirildikten sonraki 10-12. günde kandaki Beta HCG ile gebelik tespiti yapılmakta ve gebelik gelişimi sonrasında ultrason takibi ile gestasyonel kese ve fetal kalp sesleri değerlendirilmektedir (Demirci ve Beji, 2017:121-133; Şirin ve Kavlak, 2008:1110) IVF işleminde ortak amaç kadının sağlıklı bir şekilde, sağlıklı bir bebekle evine dönmesidir. Bazı durumlarda gebelik gerçekleşmiş olsa bile anne ve fetus sağlığını tehlikeye atabilecek bir takım komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar sıklıkla çoğul gebelikler, ektopik ve heterotopik gebelikler, kromozomal defektler olarak sıralanmaktadır.

2.3.1. Çoğul Gebelikler

Çoğul gebelik uterin kavitede birden fazla fetüsün bulunması olarak tanımlanmaktadır. İmplantasyon oranını artırmak için birden fazla sayıda embriyo transferi ikiz ve üzerindeki yüksek sayılı çoğul gebelik insidansını arttırmaktadır. Bunun sonucu olarak ikiz doğum oranlarında %50, yüksek sayılı çoğul doğum oranlarında ise %400'e varan artışlar izlenmektedir (Demirel, 2007:57-64). Çoğul gebeliklerde ise; sıklıkla premature, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebekler meydana gelebilmektedir (Bennington, 2011:194-198). Kontrollü Ovaryan Hiperstimulasyon (KOH)-IVF/ICS ile gebe kalan olguların çalışma grubuna dahil edildiği diğer bir araştırmada ise; çoğul gebelik, preterm doğum, 34 haftanın altında doğum, preterm prematür membran rüptürü, gestasyonel diyabet, malprezentasyon oranları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Tunç, 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2011 yılında IVF sonrası oluşan gebeliklerin izlendiği bir süveyans çalışmasında ise, IVF sonrası oluşan gebeliklerde erken doğum oranının %36,2 olduğu (Aralık; %12,5 ile %56,9) ve genel popülasyondaki %11,8 (%8,8 ile %17,6) oranına göre belirgin olarak fazla olduğu bildirilmiştir (Sunderam vd., 2014:1-28)

Çoğul gebelik oranlarının azaltılması için ülkemizde 06 Mart 2010 tarihinde yayınlanan Resmi Gazete'de 'Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik' esasına göre merkezlerde üremeye yardımcı tedavi uygulamasında birden fazla embriyo transfer edilmemesi esastır. Yeni yönetmelik ile Türkiye 'de bugün 35 yasa kadar birinci ve ikinci uygulamalarda tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo transferi ile transfer edilen embriyo sayısı sınırlandırılmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı, 2010). İnfertilite tedavisi sonucu çoğul gebelikler uzun süre bebek özlemi yaşayan çiftler için sevindirici bir sonuç olabilir fakat birçok komplikasyonda beraberinde getirebilen önemli bir sorundur. Çoğul gebelik sonucu fetal olarak; prematür doğum, düşük doğum ağırlıklı bebekler, ölü doğum, neonatal ölüm, konjenital defektler yer alırken maternal olarak ise; abortus, kanama, preeklamsi, anemi, preterm doğum tehdidi, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir (Demirci ve Beji, 2017:121-133; Özkan, 2019:121-134). Çoğul gebelikte uterin kan akımını geliştirmek için yeterli istirahat sağlanmalıdır, yeterli ve dengeli bir diyet alımı sağlanmalıdır, erken doğum tehdidine yönelik kontraksiyon takibi yapılmalı, erken doğum tehdidi belirtileri izlenmeli gebeye eğitim verilmeli, Korku ve endişelerini azaltmaya çalışılmalı, vital bulgu takibi yapılmalıdır (Beji, 2015:113-118)

2.3.2. Ektopik (Dış) Gebelik

Gebeliğin 4-5. haftalarında jinekolojik ultrasonografide uterus içinde gebelik kesesinin görülmemesi ile oluşan bir durumdur. Risk faktörleri olarak; geçirilmiş tubal enfeksiyonlar ve operasyonlar, pelvik inflamatuvar hastalığı, endometriozis ,embriyo transferinde fundusa yakın embriyo transfer lokalizasyonu ile karakterizedir (Özkan, 2019:121-134; Shawarby vd., 2004: 127-133). IVF-ET gebeliklerinde ektopik gebelik riskinin en az 2 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zeki ve Çelik, 2011: 447-456). Ektopik gebelikte görülebilen kanama, şok, sepsis, akut ağrı gibi sorunlara yönelik hemşirelik bakımında vajinal kanama kontrol yapılmalı, kanama belirtileri gözlemlenmeli, Aldığı çıkardığı takibi yapılmalı, Gerekiyorsa acil operasyona hazırlanmalı, operasyon öncesi ve sonrası işlemler yapılmalı (Beji, 2015:113-118).

2.3.3. Heterotopik Gebelik

Hem intrauterin gebelik, hem de ektopik gebeliğin bir arada bulunduğu heterotopik gebeliğin IVF sonrası görülme sıklığı %1 olarak belirtilmektedir (Stromberg vd., 2002:1819; Zeki ve Çelik, 2011: 447-456;).

2.3.4. Fetal Defektler

45 kohort çalışmasının değerlendirildiği (2013) bir çalışmada, YÜT uygulaması sonrası doğan bebeklerde doğum defekti riski, YÜT uygulanmayan bebeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Marcus ve Brinsden, 2005: 199-212). IVF sonucu gebe kalan kadınlarla yapılan bir çalışmada, plasentasyon bozukluklarının arttığı, plasenta dekolmanının 2,4 kat, plasenta previanın 6 kat arttığı bildirilmiştir (Jackson, Gibson, Wu ve Croughan, 2004: 551-563).

3. İNFERTİLİTE KOMPLİKASYONLARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Hemşireler infertil çiftlerin bakım, tedavi ve izleminde danışmanlık, bakım verici, eğitici, hasta hakları savunucu, psikolojik destek, yönetici ve araştırmacı rolü olmak üzere birçok role sahiptirler. Hemşirenin, birey/çiftlere infertiliteye neden olabilecek faktörler hakkında bilgi vermesi gerekmektedir.

- Birey/çiftlerin ihtiyaçları doğrultusunda diğer birimler ile koordinasyonunu ve iletişimini sağlaması gerekmektedir.
- Hemşire birey/çiftleri bütüncül ve holistik yaklaşımla değerlendirerek süreç boyunca (tanı-tedavi-komplikasyon) doğru bilgi akışını sağlamalı, karşılaşılabilecek riskli durumlar hakkında rehberlik etmesi gerekmektedir.
- Birey/çiftleri tedavi süreci boyunca iyimser kalmaları konusunda teşvik etmesi gerekmektedir.
- Hemşire tedavi sürecinde çiftleri özyeterlilik ve öz yönetim hakkında bilgilendirmesi gerekmektedir. Bunun için; çiftlere gerekli bilgiyi aktarmalı, çiftlerin kendilerini değerlendirmeleri konusunda farkındalıklarını artırmalı, riskleri erken dönemde fark edebilmelerini sağlamalı, gerektiğinde uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına destek olması gerekmektedir.
- Birey/çiftlerin tıbbi bakımını doğru ve eksiksiz şekilde uygulaması gerekmektedir.
- Operatif ve invaziv işlemler sırasında hastanın pre-op, post-op bakımını üstlenebilmeli ve koordinasyonu sağlaması gerekmektedir.
- Hemşirenin infertil çiftlere tedavi öncesi, tedavi aşaması ve tedavi sonrası verdiği tüm işlemleri kayıt altında tutması gerekmektedir.
- Hemşirenin tedavi yöntemlerinin her birinin maliyet ve karşılanması hakkında çiftleri bilgilendirmesi gerekmektedir.
- İnfertilite ile ilgili güncel yaklaşımları, infertiliteye yönelik araştırmaları takip etmeli ve infertil çiftlere verilen bakım ve desteğe bu bilgileri yansıtması gerekmektedir.
- Bakım sürecinde yasal ve etik sınırlara dikkat etmesi gerekmektedir (Jackson vd., 2004: 551-563; Marcus ve Brinsden, 2005: 199-212; Stromberg vd., 2002:1819).

İnfertilite alanında çalışan 117 hemşire ile yapılan bir çalışma sonuçlarına göre; 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. En fazla eğitim/danışmanlık verdikleri konunun oral ve/veya subkutan ilaç uygulaması olduğu, en fazla araştırma yaptıkları konunun ise tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı olduğu belirlenmiştir (Marcus ve Brinsden, 2005:199-212). Mitchell ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, hemşirelerin %55'i en önemli rollerinin hasta eğitimi olduğunu belirtmiş ve %64'ü kliniklerdeki zamanlarının çoğunu hasta eğitimi için harcadıklarını ifade etmişlerdir (Mitchell, Mittelstead & Wagner). Mourad ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, 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 (Mourad vd., 2009: 1420-1426).

4. SONUÇ

İnfertilite tedavi süreci çiftlerin yaşamını çok yönlü etkileyen önemli bir sorundur. Tedavide gebelik elde etmek öncelikli amaç olmasından dolayı oluşabilecek komplikasyonlar göz ardı edilebilmektedir. Bu noktada çiftlerle birebir iletişimde olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek olan komplikasyonları iyi bilmeleri ve bu komplikasyonlara yönelik hemşirelik yaklaşımlarını uygun şekilde planlamaları ve çiftlere destek olması gerekmektedir. Bununla birlikte infertilite süreci çiftler için bir kriz dönemidir. Bu krizin yarattığı fizyolojik, emosyonel, psikolojik ve sosyal etkiler tedavinin her aşamasında hemşirelerin verebileceği eğitim, danışmanlık ve sosyal destek ile azaltılabilmektedir. İnfertilite tedavisini yürüten tüm kliniklerde danışmanlık hizmetleri, multidisipliner ekip yaklaşımıyla mümkün olması gerekmektedir. Bu ekibin bir üyesi olan hemşirelerin; danışmanlık rollerini etkin şekilde kullanarak, infertilite tedavisi komplikasyonlarının çiftler üzerindeki

etkilerini azaltmaya yardımcı olmalı ve danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlamaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- ALGÜL, Ö. (2013). İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- BENNINGTON, L. K. (2011). Breastfeeding multiples: It can be done. *Newborn Infant Nursing Reviews*, 4, 194-199
- BEJİ, N. K. (2015), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: İletişim, 113-118.
- BRAAT, D. D., SCHUTTE, J. M., BERNARDUS, R.E., MOOIJ, T. M., VAN LEEUWEN, F. E. (2010). Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984-2008. *Hum Reprod*, 25(7),1782-1786.
- CAMPBELL, M. R., FISHER, J., ANDERSON, L. and KREPPPEL, E. (2015). Implementation of early exercise and progressive mobility: Steps to success, *Crit Care Nurse*, 35(1):82-88.
- DELİLBAŞ, L. (2007). In Vitro Fertilizasyon Laboratuvar Yöntemleri. Güneş Tıp Kitap Evi. E- Kitap. <https://interactivepdf.uniflip.com/2/34834/306559/pub/document.pdf>.
- DEMİREL, L. C. (2007). Yardımcı üreme teknikleri komplikasyonları ve yönetimi: çoğul gebeliklerin önlenmesi ve ovarian hiperstimülasyon sendromu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3, 57-64.
- DEMİRCİ, N. ve BEJİ, N. (2017). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:121-133.
- DICKER, D., ASKENAZI, J., FELDBERG, D., LEVY, T., DEKEL, A. and RAFAEL, Z. (1993). Severe abdominal complications after transvajinal ultrasonographically guided retrieval of oocytes for in vitro fertilization and embriyo transfer. *Fertil Steril*. 59:1313-5.
- EL TOUKHY, T., TARANISSI, M. (2006). Towards beter quality research in recurrent implantation failure: standardizing its definition is the first step. *Reprod biomed online*, 2:383-5.
- GEZGİNÇ, K. ve KESKİN, U. (2008). *Overyan Hiperstimülasyon Sendromu*. Çiçek, MN (Ed). Temel Üreme Endokronolojisi ve İnfertilite. Palme Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, s:189-195.
- GOLAN, A., RONEL, R., HERMAN, A., SOFFER, Y. and CASPI, E. (1989). Ovarian hiperstimülasyon syndrome: an update review. *Obstet Gynecol Surv*. 44:430-40
- HAAS, J., BAUM, M., MERIDOR, K., HERSHKO-KLEMENT, A., ELIZUR, S., HOURVITZ, A., et al. (2014). Is severe OHSS associated with adverse pregnancy outcomes? Evidence from a case-control study. *Reprod Biomed Online*, 29(2):216-221.
- JACKSON, R. A., GIBSON, K. A., WU, Y. W. & CROUGHAN, M. S. (2004). Perinatal outcome in singletons following in vitro fertilization: A meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 103, 551-63.
- KARANİSOĞLU, H. ve YAZICI, S. (2009). *Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İçinde: İnfertilite Hemşireliği Ed: Kızılkaya Beji N. Acar Basım, İstanbul, s: 69-88.
- KLEMETTI, R., SEVÓN, T., GISSLER, M. and HEMMINKI, E. (2005). Complications of IVF and ovulation induction. *Human reproduction*, 20(12), 3293-3300.
- MARCUS, S. F., BRINDEN, P. R. (2005), In vitro fertilizasyon ve embriyo transferini takiben ektopik gebelik ile ilişkili insidans ve risk faktörlerinin analizi. *Hum Reprod.*, 10: 199-212.
- MITCHELL, A., MITTELSTEAD, M. N. & WAGNER, C.A. (2005). Survey of nurses who practice in infertility settings. *JOGNN*, 34, 561 -568.
- MOURAD, S. M., HERMENS, R.P.M.G., COX-WITBROAD, T., GRAL, R.P.T.M., NELEN, W.L.D.M., KREMER, J.A.M. (2009). Information provision in infertility care: a call for improvement. *Human Reproduction*, 24, 1420-1426.

- NOURI, K., TEMPFER, C. B., LENART, C., WINDISCHBAUER, L., WALCH, K., PROMBERGER, R. and OTT, J. (2014). Predictive factors for recovery time in patients suffering from severe OHSS. *Reprod Biol Endocrinol*, 12-59.
- ÖZKAN, H. (2019). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, s:121-134.
- SHAWARBY, S. A., MARGARA, R. A., TREW, H., LAVERY, A. (2004). A review of complications following transvaginal, oocyte retrieval for invitro fertilization. *Human Fertility*, 7(2):127-133.
- SOARES, S, R., GÓMEZ, R., SÍMÓN, C., GARCÍA-VELASCO, J.A. and PELLICER, A. (2008). Targeting the vascular endothelial growth factor system to prevent ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod Update*.14:321.
- STROMBERG, B., DAHLQUIST, G., ERICSON, A., FINNSTROM, O., KOSTER, M. & STJERQVIST, K. (2002). Neurological sequelae in children born after in vitro fertilisation: a population based study. *Lancet*,118, 1819.
- SUNDERAM, S., KISSIN, D. M., CRAWFORD, S. B., FOLGER, S. G., JAMIESON, D. J., BARFIELD, W. D. (2014). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted reproductive technology surveillance United States, *MMWR Surveill Summ*, 63(10):1-28.
- ŞİRİN A. ve KAVLAK O. (2008). *Kadın Sağlığı, Kadın ve Cinsellik*. Bedray yayıncılık, p.1110.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2010). ‘Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında” Yönetmelik.
- TUNÇ, Ş. (2014). Spontan yoldan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan hastaların maternal, fetal ve perinatal özelliklerinin karşılaştırılması. T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Malatya.
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI. (2013). Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- UĞUR, A. S. (2014). İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkiel yaşam alanlarına etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- ZEKİ, I, A., ÇELİK, Ö. (Ed). (2011). *Yardımcı Üreme Teknikleri Temel Klinik ve Uygulamalar*. Nobel Kitabevi, s:447-456.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. (2016). Infertility definitions and terminology. Erişim:<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/> Erişim Tarihi: 29.03.2019.