

## İnfertilite Tedavilerinde Etik Sorunlar Ethical Issues in Infertility Treatments

Nurcan KIRCA<sup>a</sup>, Meryem ÖNGEN<sup>b</sup>

**Özet:** Tarih boyunca infertilite nedeniyle birçok kişi ciddi zorluklar yaşamıştır. Günümüzde üreme çağındaki çiftlerin %15'i infertiliteden etkilenmektedir. Bu doğrultuda 1900'lerde infertiliteye yönelik tedaviler geliştirilmeye başlanmıştır ve günümüzde infertil bireyin tedavisinde kullanılan birçok tedavi yöntemi ortaya çıkmıştır. Ancak infertilite tedavilerindeki bu gelişmelerle birlikte etik sorunlar da gündeme gelmiştir. İnfertilite tedavilerinde yer alan, gamet hücrelerinin kriyoprezervasyonu, embriyo transferi, dondurulan embriyolara ne yapılacağı, donör embriyogamet kullanımı ve uterus nakli gibi birçok uygulamanın etik boyutları tartışılmıştır. Ayrıca ülke yasaları ile etik ilkelerin çatıştığı durumlarla da karşılaşılmaktadır. Bu sebeple, infertilite alanında çalışan sağlık profesyonellerinin ve hemşirelerin etik değerlere sahip olmaları ve aynı zamanda ülke yasalarından da haberdar olmaları gerekmektedir. İnfertilite alanında çalışan sağlık profesyonellerinin yapacakları uygulamalarda etik ilkelere uyarak ve bu konuda belirlenen yasalar çerçevesinde hareket etmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** etik; etik sorunlar; hemşirelik; infertilite tedavileri

**Abstract:** Throughout history, many people have experienced serious difficulties due to infertility. Today, 15% of couples of reproductive age are affected by infertility. In this direction, it was started to develop treatments for infertility in the 1900s and many treatment methods used in the treatment of the infertile individual have emerged today. However, with these developments in infertility treatments, ethical problems have also come to the fore. Ethical aspects of many applications in infertility treatments such as cryopreservation of gamete cells, embryo transfer, what to do with frozen embryos, use of donor embryogametes and uterus transplantation have been discussed. In addition, there are situations in which the laws of the country and ethical principles conflict. For this reason, health professionals and nurses working in the field of infertility must have ethical values and at the same time be aware of the laws of the country. It is important for health professionals working in the field of infertility to act in accordance with the ethical principles and within the laws determined in this regard.

**Keywords:** ethics; ethics problems; nursing; infertility treatments

### GİRİŞ

İnfertilite; bir yıl veya daha uzun süre korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen klinik olarak gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır (1). Primer ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılır. Primer infertilite durumunda gebelik hiç oluşmamıştır. Sekonder infertilitede geçmişte canlı veya ölü doğumla sonuçlanan en az bir gebeliğin olduğu, ancak daha sonra en az bir yıl korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen tekrardan gebeliğin oluşmaması durumudur (1). İnfertilite sorunu, üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkileyen bir durumdur (2). Tarih boyunca bireylerin kendi çocuklarına sahip olamamaları bireysel, toplumsal ve kültürel olarak

<sup>a</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ✉ nurcan1224@gmail.com

<sup>b</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Gönderim Tarihi: 25.06.2020 • Kabul Tarihi: 13.08.2020

çeşitli sıkıntılar yaşamalarına sebep olmuştur (3). Bu durumun infertilitenin sadece üreme sistemine ait tıbbi bir sorun değil aynı zamanda sosyal ve kültürel yönden önemli etkilere sahip olmasından ileri geldiği düşünülmektedir (4).

İnfertilite sorunu ile başa çıkmak amacıyla birçok çalışma yapılmış ve bu alanda in vitro fertilizasyon (IVF), intrauterin inseminasyon (IUI) ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) gibi donör veya kişilerin kendi gamet hücrelerinin kullanıldığı üremeye yardımcı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Üremeye yardımcı tedaviler ile altı milyondan fazla bebeğin dünyaya geldiği belirtilmiştir (3).

Yardımcı üreme teknolojileri (YÜT) infertilitenin tedavisinde kullanılan yöntemlerdir. Bu yöntemler içerisinde donör kullanımı, taşıyıcı annelik, germ hücrelerinin kriyoprezervasyonu ve embriyo transferi gibi farklı yaklaşımlar yer almaktadır (5). YÜT'ün kullanımı ile preimplantasyon genetik tarama ve görüntüleme testleri, embriyonun cinsiyetini belirleme, gamet nakli ve klonlama gibi birçok farklı uygulama için de aracı olmuştur (6). Ayrıca bu alanda elde edilen başarılı sonuçlar, spesifik tıbbi müdahale yöntemlerinin gelişimi ve uygulanmasına aracılık eder. Bu durum, üremeye yardımcı teknolojilerin kullanımının infertil bireyleri için umut vaat eden ve sosyal boyutta büyük önemi olan yöntemler olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca günümüz şartlarına uygun yasal bir çerçeve oluşturma ihtiyacını da beraberinde getirir. Ancak bu alanda çok fazla seçeneğin ve gelişmenin olması tıp etiği ve yasaların bu süreci ele almasını güçleştirmiştir (5). Ek olarak, ülkelerin gelir durumu arasındaki farklılıklar ve aynı ülke içerisindeki yoksul ile zengin arasındaki ekonomik fark, özellikle infertilite tedavileri yönünden adalet, eşitlik gibi etik ilkelerin ihlaline neden olabilmektedir (7). Tüm gelişmeler üremeye yardımcı teknolojilerin kullanımı ile ilgili etik tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmuştur (6).

## İNFERTİLİTE TEDAVİLERİNDE ETİK SORUNLAR

Etik kavramı, sahip olunan değerler ile birlikte karşılaşılan sorunların çözüm sürecinde verilecek karar ve eylemlere rehberlik eder ve ahlaki normların ve nedenlerin anlaşılmasına yardımcı olur (8). Etik, yararlılık (fayda), zarar vermeme, gizlilik, özerklik, adalet ve sadakat gibi ilkeleri bünyesinde barındırır (9). Yararlılık ilkesi, hasta yararına yönelik eylemleri tanımlar. Zarar vermeme ilkesi, hasta yararı için yapılması planlanan eylemlerin olası zararlarının değerlendirilmesi ve öncelikle hastanın zarar görmesinin engellenmesini ifade eder. Gizlilik ilkesi, hasta bilgilerini başka kişiler ile paylaşmama ve hasta mahremiyetini koruma anlamına gelir. Özerklik ilkesi, bireylerin kendileri ile ilgili konularda karar verme, seçim yapabilme özgürlüğünü tanımlar. Adalet ilkesi, her hastaya adil bir şekilde bakım verme, hizmet ve kaynak sunma anlamına gelir. Sadakat ilkesi, hasta ile olan ilişkileri, hasta ile güven ilişkisi kurmayı ifade eder (8-10). Yardımcı üreme teknolojileri için etik temel oluşturan, özerklik, fayda ve adalet olmak üzere üç etik ilke olduğu ifade edilmiştir. Sağlık alanındaki etik ilkeler toplumların ahlaki, kültürel, dini ve felsefi görüşlerine dayanır. Bu sebeple toplumların tıbbi uygulamalara karşı sahip oldukları etik ilkeleri değişebilmektedir (6). Bu doğrultuda infertil çiftte bakım veren sağlık profesyonelinin ve infertil bireylerin etik değerleri, bu süreçte alacakları kararlar ve ülkelere göre yasal prosedürler farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca etik ilkeler ve yasal prosedürlerin çatıştığı durumlar ile de karşı karşıya kalınmaktadır. YÜT'de donör kullanımı, bireylerin etik değerlerince kabul gören bir durum iken yasalar tarafından engellenebilir ya da toplum değerleri donör kullanımını etik olarak kabul etmez iken yasalar bu duruma izin verebilir (11). YÜT alanındaki gelişmeler etik ve toplumsal sorunlara yönelik endişeleri ortaya çıkarmıştır.

Üreme özgürlüğü temel ve önemli bir insan hakkı olarak görülmektedir. Bu sebeple fertilitenin zarar görme riskinin olduğu durumlarda, fertilitiyi korumaya yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (12). Özellikle kanser tedavisi gören bireylerde fertilitenin korunması ve gelecekte çocuk sahibi olabilme şansının artırılabilmesi açısından gamet dondurma işlemi önem taşımaktadır. Kanser tedavisi gören bireylerin fertilitelerini koruma önlemlerini sunarken “zarar vermeme etik ilkesine dayanarak“ bu sürecin yürütülmesi gerekmektedir. Kanser tanısı alan bireylere fertilitenin korunmasına yönelik müdahalelerin önemli bir noktası, bireyin geleceği için

ve gelecekte bir aile kurabilme şansı için çaba gösterilerek bireylerin hastalığın üstesinden gelebilmesini psikolojik olarak destekleyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, gamet kriyoprezervasyonu gibi işlemler sonucunda gelecekte fertilitate sağlanmasa bile, kanser tedavi sürecinde bireylere terapötik veya psikolojik bir fayda sağlayabilir (12). Gametlerin dondurulmasının embriyo dondurma işlemine kıyasla etik açıdan daha tarafsız olduğu ve embriyo dondurma sürecindeki gibi karmaşık kararların olmadığı dile getirilmiştir (13). Üremeye yardımcı tedavilerde kullanılan bir diğer yöntem ise oosit ve sperm (gamet) bağışısıdır. Oosit ve sperm habloid sayıda kromozom içeren maternal (dişi, kadın) ve paternal (erkek) gamet hücreleridir. Gamet hücrelerinin fertilizasyonu sonucunda ise zigot yani embriyo gelişir (14). Oosit veya sperm bağışısı (gamet bağışısı), üçüncü bir kişi tarafından bağışılan oosit veya spermler ile bireylerin kendi oosit veya spermleri kullanılarak embriyo gelişiminin sağlandığı bir yardımcı üreme tekniğidir (15). Gamet bağışısı, kanser tedavilerine bağlı gelişen yetersiz over rezervi, sperm sayısı ya da genetik sorunlar nedeniyle tercih edilebilmektedir (16). Dünya genelinde, gamet bağışılarının büyük çoğunluğunda bağış yapan kişinin bilgileri gizli kalmaktadır. Bununla birlikte, gittikçe artan sayıda ülke bu tür uygulamaların etik boyutunu sorgulamaktadır (17). Çünkü gamet bağışısı ile doğan çocukların yaşları ilerledikçe kökenlerini sorgulama ihtiyacı duyabilecekleri ve bununla ilgili olumsuz düşüncelere kapılabilecekleri belirtilmektedir. Çocukların genetik kökenlerini bilmek istemelerinin temel hakları olduğu ifade edilmektedir ve bu doğrultuda politikalarla yasal olarak bu hakların korunması gerektiği dile getirilmiştir (18, 19).

Tek bir sıklısta çoklu embriyoların transferi çoğul gebelik oranlarını arttırır (20). Bu durum, artan sosyal maliyetler ve anne ile bebek için oluşturacağı sağlık riskleri nedeniyle, birçok ülkede IVF döngüsü başına aktarılabilecek embriyo sayısını kısıtlayan çok sayıda gebelik vakalarını kısıtlayan bir girişimde mevzuat veya kılavuz ilkeler getirilmiştir (20). IVF infertilite tedavilerinde etkili bir tedavi yöntemidir. Ancak, IVF tedavisi çoğul gebelik riskine neden olmaktadır. Bu doğrultuda embriyoların tek tek transferinin birden çok embriyo transferine kıyasla, çoğul gebelik oranlarında artışa neden olmadan gebelik oranlarını arttırdığı görülmüştür (21). Çoğul gebeliklerin azaltılması için dondurulacak veya fertilize edilecek embriyo sayısına sınır koyulmaktadır (22, 23). Türkiye Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelikte, 35 yaşa kadar birinci ve ikinci denemede birden fazla embriyo transferinin yapılamayacağı, üç ve üzeri denemelerde iki embriyo transferi yapılabileceği ve 35 yaş üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyonun transfer edilebileceği açıkça belirtilmiştir (24). Ek olarak, sadece tek bir embriyonun transferi doğal olarak çoğul gebelikler ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek anne ve bebek sağlığı risklerinin de azalmasına katkı sağlayacaktır (20). Üremeye yardımcı tedavilerde etik açıdan tartışma konusu olan bir diğer durum ise embriyo dondurulma işlemidir. Yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olan çiftler bu sürecin sonunda kalan dondurulmuş embriyolar için saklanma ücreti ödemek istemezler. Bu durumda kalan embriyolar azot sıvılarından çıkarılıp çözündürülerek imha edilir (25). Bu konuda tedavi sürecinin en başında çift tarafından kullanılmayacak olan embriyolara ne olacağı konusunda çift ile bir sözleşme yapılması gerektiği ifade edilmektedir. Etik açıdan bakıldığında, bu hem klinisyenleri yasal bir temel ile koruyacak hem de çiftlerin ne istediği en başından netleştirilmiş olacaktır. Dondurulan embriyoların imha edilmesi ile ilgili tartışma konusu olan bir diğer mesele, embriyoların bir birey olup olmadığı ve bu embriyoların imha edilmesinin bir bireyi öldürmek anlamına gelip gelmediğidir (26). Bu noktada kişinin, bilince sahip, acıya duyarlı, zevk alabilen ve rasyonelliğe sahip bir varlık olarak tanımlandığı ve embriyoların rasyonel olmadıkları, bilinçsiz ve acıya duyarsız oldukları öne sürülmektedir. Ancak, embriyolar kişi olmasalar da bir birey olma potansiyeline sahiptirler. Dondurulmuş embriyolara ne yapılacağı ile ilgili bir diğer seçeneğin ise bilimsel araştırmalar veya başka çiftler için embriyo bağışısı olduğu belirtilmektedir. Embriyo bağışısı konusunda ise bağış sürecinin nasıl olacağı, yasal süreç ve dini kaygılar ön plana çıkmaktadır (26, 27).

Üreme çağındaki 1,5 milyon kadın uterin faktör infertilitesinden etkilenmektedir (28). Uterin faktör infertilitesine sahip kadınlarda uterusun konjenital yokluğu olabileceği gibi myomlar, şiddetli postpartum kanama veya kanser gibi nedenlere bağlı olarak histerektomi nedeni ile de uterus faktör infertilitesi gelişebilir. Ayrıca uterus

bulunsa bile anatomik ve fizyolojik kusurlar nedeniyle infertilite gelişebilir (29). Uterus nakli sonrası 2014 yılında ilk başarılı doğumun bildirilmesi ile birlikte uterus nakli uterin faktör infertilitesi yaşayan kişiler için umut vaat edici bir yöntem olmuştur (30).

Ölü donörden yapılan organ bağışı ahlaki olarak kurtarma etiğine temellenmektedir. Kurtarma etiğine göre, yaşamı tehlike altında olan birini kurtarmak ahlaki bir sorumluluktur. Bu doğrultuda ölümden sonra organlarını, yaşamı tehlike altında olan birini kurtarmak için bağışlamak bir yükümlölük olarak tanımlanmıştır (31). Ölü donörden organ bağışı yapabilmek için, yaşamında bağışçı tarafından veya ölümden sonra vekilleri tarafından onay alınması gerekmektedir. Bunun yanı sıra organ bağışının kişilerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla da yapılabileceği belirtilmiştir (32). Uterus naklinin hayat kurtarıcı bir işlem olup olmadığı tartışılsa da bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmesi bakımından öneme sahiptir (33). Ancak ölümden sonra organlarını bağışlayan birinin hangi organlarını bağışladığını, uterusunu bağışlayıp bağışlamadığını belirtmesi gerekmektedir. Çünkü kişiler hayati organlarını bağışlamayı tercihe derken uterusunu bağışlamak istemeyebilir (34). Ayrıca bireyler uterus bağışı ile ilgili bilgi sahibi olmayabilir veya uterus nakli ile ilgili şüphelerinin olması, gelişmekte olan fetüsün uterustan genetik materyalini alıp almayacağı, gibi durumlarda da uterus nakli için onay verilemeyebilir (35, 36). Bu sebeple bireylerin uterus nakli ile ilgili bilgi ve farkındalıkları artıkça uterus nakline yönelik tutumları da değişim gösterebilir. Ölü donörden, öncelikle uterusun mu yoksa hayati organların mı çıkarılacağı tartışılan bir konudur. Deneyimli bir ekip tarafından uterusun çıkarılması durumunda hayati organların zarar görmeyeceği düşünölmektedir (37). Ancak acil transplantasyon bekleyen kişilere hayati organların ulaştırılma aciliyeti sebebiyle, hayati organlar alındıktan sonra uterusun çıkarılması gerektiği öne sürölmüştür. Bu durumda ise uterusun çıkarılma işlemi geciktirileceğinden uterus alıcısı için çeşitli komplikasyonlar gelişebileceği ve başarısız gebelik sonuçlarına neden olabileceği belirtilmiştir (38). Ancak hayati organların hayat kurtarıcı olması sebebiyle uterustan önce çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (32). Ölü donörün aksine canlı donör için uterusun çıkarılma işleminin getireceği olası riskler ve sağlıklı olan birinin zarar görme ihtimali etik ikilemlere neden olmuştur (39). Ayrıca canlı donörden uterus bağışı ile ilgili sınırlı sayıda uygulamanın olması olası riskleri belirlemede kısıtlılıklara neden olmaktadır. Basit total abdominal histerektomiye kıyasla işlemin uzun sürmesi de olası komplikasyonların riskini arttırabilmektedir (40). Tıbbi risklerin yanı sıra histerektomi nedeniyle cinsel işlev bozukluğu gelişimi ve organ bağışı nedeniyle bazı psikolojik sorunların ve naklin başarısız olma ihtimali nedeniyle suçluluk hissetme gibi duygusal sorunların da gelişebileceği ifade edilmiştir (41-43). Ancak bağış sonrası kendini mutlu hisseden, yaşam kalitesi ve benlik saygısı artan bağışçıların da olduğu bildirilmiştir (44). Bütün bunlar göz önüne alındığında bireylerin özerkliğine saygı duyarak bağış yapmak isteyen bağışçıların olası tıbbi ve psikolojik riskler konusunda tam olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir (39). Ayrıca olası riskler göz önüne alınarak yarardan önce zararın önlenmesi ve nakil kararının verilmesinde öncelikle risklerin gözetilmesi sağlık profesyonelinin ahlaki bir yükümlölüğüdür (45).

## İNFERİLİTE HEMŞİRELİĞİ VE ETİK YAKLAŞIMLAR

Üreme hakkının bireylerin temel haklarından biridir. Üremeye yardımcı tedavilerin de üreme hakkını korumak amacıyla kullanımının etik olduğu belirtilmektedir (46). Ancak yardımcı üreme teknikleri kullanımının etik kabul edilebilmesi için, üremeye yardımcı tedaviler kullanılmadan bireylerin çocuk sahibi olamayacağının araştırılması gerekmektedir (47). Çünkü cinsellik ile ilgili sorunlar ve buna bağlı olarak gelişebilen infertilite sorunu cinsel terapiler ile düzeltilebilmektedir (48-50). Üremeye yardımcı tekniklerdeki gelişmeler ve infertilite tedavilerindeki yenilikler beraberinde sosyal, yasal ve etik konuların ortaya çıkmasına ve infertilite tedavilerinde görev alan sağlık profesyonellerinin etik ikilemler ve tartışmalar yaşamalarına sebep olmuştur (51). Ayrıca infertilite alanındaki gelişmelere rağmen, tedavilerdeki başarı oranlarının düşük olması, gebelik kayıpları ve çiftlerin mevcut durumları ile ilgili aldıkları kararların getirdiği psikolojik yük gibi nedenlere bağlı olarak da etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (52). Bununla birlikte, üremeye yardımcı tedavilerin maliyeti, kullanılabilirliği,

toplumun kültürel ve dini tutumları da etik sorunların gelişmesine neden olabilir (53). Ülkemizde yasal olmayan ama birçok ülkede üremeye yardımcı tedavi prosedürleri kapsamında yer alan donör gametlerin kullanımı da; gerçek ebeveynin kim olduğuna dair karışıklıklara sebep olabileceği düşüncesiyle etik ve yasal tartışmalara neden olmaktadır (54). Ayrıca genetik tanı testleri ve gamet dondurma işlemlerinin yasal bir boyutu olsa da bu konu kendi içerisinde etik ikilemleri barındırmaktadır (47). Çiftlerin infertilite tedavi sürecine ilişkin kararlarının, kişisel inançlar, eşin inançları ve duygusal stres gibi faktörlere bağlı olarak etkilenmediği ifade edilmiştir. Ayrıca gizlilik, hasta hakları, gamet donasyonunda donör seçimi, evlat edinme ve genetik tanı testleri gibi çeşitli prosedürlerin getireceği sosyal ve yasal kaygılar nedeniyle kararların alınması daha da güçleşebilir (55). Ayrıca tedavi sürecinin başlatılabilmesi için çiftlerin her ikisinin de mental sağlıklarının iyi durumda olması ve süreci başlatabilmek için onaylarının alınması gerekmektedir (47). Bu sebeple infertilite alanında görev alan hemşirelerin, infertilite tanı ve tedavi süreci, bireysel ve kültürel farklılıklar, infertilite tedavilerindeki yasal prosedürler ve üreme etiği konularında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (53, 56).

İnfertilite alanında çalışan hemşireler, hastaları değerlendirme, tanı ve tedavi süreci ile ilgili bilgi verme, tedavi prosedürlerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlama, hasta haklarını savunma ve gerektiği durumda hastaları doğru kaynaklara yönlendirme gibi birçok rollere sahiptirler. Ayrıca komplikasyonları gözlemlenme, hastanın hakları savunma, araştırma yapma ve ekip içerisinde iletişim ve işleyişi sağlama gibi de birçok sorumluluğu bulunmaktadır. Ayrıca infertilite hemşireleri, oosit toplama, intrauterin inseminasyon veya embriyo transferi gibi uygulamalarda hekime yardımcı olma, hastaya ihtiyaç duyduğu bakımı sağlama ve komplikasyon gelişimi yönünden hastayı değerlendirme gibi konularda da sorumluluk üstlenmektedir (57, 58). İnfertilite tedavisine başlama ve tedavi süreci ile ilgili kararların alınmasında hemşirenin eğitici ve danışman rolünün önemli olduğu belirtilmiştir. Hemşirenin danışmanlık hizmeti verirken, çiftlerin tercihlerinin güçlü yönlerini açığa çıkarabilmek için çiftlerin önyargılarının, kişisel görüşlerinin ve inançlarının farkına varması gerekmektedir (55). İnfertilite sorunu ile başvuran çifte karşı önyargılı olmadan, dini, kültürel ve bireysel değerlerine saygı göstererek, bu süreç için tedavi seçenekleri, olası riskler, kadın sağlığı, embriyo dondurma-çözünme ve transfer işlemleri, gelişmekte olan fetüsün sağlığı ve ileri yaş anneliğinin ortaya çıkarabileceği sıkıntılar gibi birçok konuda bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir (59). Bu sürecin yönetiminde, yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleri kullanılabilir (9, 10).

Yararlılık ilkesine göre, hemşirelerin hasta yararına yönelik girişimlerde bulunması, hasta haklarını koruması, hastaya zarar verebilecek durumların farkında olması ve engellemesi gerekmektedir (9). İnfertilite hemşiresi yararlılık ilkesini gözeterek, tedavi süreci ile ilgili yararları ve olası riskleri çiftlere açık ve anlaşılır bir dil ile anlatmalıdır. Ayrıca hastalara sahip oldukları haklar açıklanmalı ve hasta yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmelidir. İnfertil çiftilere verilecek eğitim ve danışmanlık ile bireylerde farkındalık oluşturmada çok önemlidir.

Zarar vermeme ilkesine göre, hemşirenin hastaya yapacağı müdahalelerde yarar-zarar ilişkisini gözeterek hareket etmesi, öncelikle zararı önlemesi anlamına gelmektedir (9). Bu noktada maddi çıkarlar düşünülerek hareket edilmemelidir. Hiperstimülasyon sendromu gelişmesi, infertiliteye neden olan durumla ilgili detaylı inceleme yapılmaması, hastanın fiziksel ya da psikolojik olarak tedavi süreci için hazır olmaması gibi durumlarda tedavinin kesilmesi veya tedaviye başlanmaması gerekmektedir. Öncelikli durum hastanın fiziksel ve psikolojik durumunun düzeltilmesidir. İnfertil çiftler bir takım beklentiler ile çocuk sahibi olabileme hayali kurarak üreme merkezlerine başvururlar. Hastalar psikolojik olarak desteklenirken, onlara gereksiz yere ümit vermektense kaçınılması gerekmektedir. Aksi takdirde hasta tedavi süresince kendini iyi hissetse bile tedavi sonucu başarısız olduğunda büyük bir hayal kırıklığı yaşayabilir (60).

Adalet ilkesine göre, hemşireler tanı ve sağlık durumu olarak eşit koşullarda bulunan hastalara adil bir şekilde hemşirelik bakımı vermeli ve kaynakların eşit dağıtımını sağlamalıdır (60). İnfertil bireylerde infertilite nedeni ve bireylerin bunlardan etkilenme düzeyi farklılık göstermektedir. Ancak bu durum bir hastayı diğerinden daha

önemsiz olarak algılamamıza neden olmamalıdır. Ayrıca farklı etnik gruplardan, dinlerden ve düşüncelerden hastalar ile karşılaşılabilir. Bu noktada, hasta ayrımı yapmadan hastanın her birey gibi infertilite tedavi ve hemşirelik hizmeti alma hakkına uyulması önemlidir. Her hasta ile gizlilik ilkeleri gözetilerek görüşme yapılmalı ve yapılan görüşmelerde hastalar dikkatle dinlenmelidir. Hastaların soruları önemsiz, gereksiz gibi görülmemeli, merak edilen konuları dile getirmelerine olanak tanınmalıdır.

Özerklik ilkesine göre, hastaların kişisel inançlarına ve düşüncelerine saygı gösterilmelidir (8, 9). Bu sebeple, özerklik ilkesine ters düşmemek için yapılması planlanan uygulamalar için hasta onamının alınması esastır. Hasta onamını alma sorumluluğu tedavi girişimlerini uygulayan hekime aittir. Ancak hastanın tedavi ve bakım sürecinde hemşire ve hekim sürekli etkileşim halinde olduğu için hemşirelerinde hastadan onam alınması ile ilgili bir takım sorumlulukları olduğu belirtilmektedir. Bu sorumluluklar arasında, aydınlatılmış onam ile ilgili eksik noktaları tanımlama, hastaların gereksinimlerini belirleme, hastaları ihmallerden koruma ve hastanın yapılacak olan prosedürleri anladığından emin olma gibi birçok durum sıralanabilir (61). İnfertilite tedavisi için başvuran çiftlerde, hem kadın hem erkeğin tedavi süreci için hazır olup olmadığı ve bu sürece girmeyi isteyip istemediği anlaşılmalıdır. Bireylere yapılacak uygulamalar ile ilgili bilgi verilmesinin ve her iki bireyin de yapılacak uygulamalar için onamının alınması gerekmektedir. Hemşireler profesyonel bir meslek grubudur ve profesyonel olmak, belli etik ilkelere bağlı olmayı ve bu etik ilkelere göre hareket etmeyi gerektirmektedir (62).

## SONUÇ

İnfertilite tanı ve tedavi süreci oldukça zorlu bir süreçtir. Bu süreçte, tedavi arayışına giren bireylere yol göstermek, uygun danışmanlık hizmetlerini sağlamak, uygun tedavi prosedürünü seçmek ve en önemlisi de yasalara uygun olarak etik ilkeler doğrultusunda hareket etmek önem taşımaktadır. İnfertilite hemşirelerinin ve bu alanda çalışan diğer sağlık profesyonellerinin, bireylerin değerlerinin, inançlarının, kişisel görüşlerinin ve psikolojik olarak hazır bulunuşluk durumlarının farkında olmaları gerekmektedir. Profesyonel bir meslek grubu olan hemşireliğin özel bir dalı olan infertilite hemşireliği, bireylerin sadece tedavi gereksinimlerini karşılamayı kapsamamaktadır. Aynı zamanda infertilite hemşirelerinin sahip oldukları mesleki değerlerin ve bu değerlerin köken aldığı etik ilkelerin farkında olmaları ve bu doğrultuda hareket etmeleri gerekmektedir. İnfertilite tedavilerine yönelik uygulamalar yasalar çerçevesinde şekillenmektedir ve bazı ülkelerde yasalarca kabul edilen gamet bağıışı, taşıyıcı annelik gibi uygulamalar bizim ülkemizde yasal boyutta kabul görmese de bunun dışında yasaların izin verdiği genetik testler, IVF, IUI ve uterus nakli gibi uygulamalarda etik ilkeler gözetilmelidir. Ayrıca infertilite hemşirelerinin dışındaki kadın sağlığı ve doğum alanında çalışan hemşirelerinde, yurt dışında gamet bağıışı ile gebe kalıp ülkemizde bakım alan veya yurt dışında böyle bir uygulamayı yaptırmayı düşünen bireylere de eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti vermesi gerekebilir. Bu bireylere hangi konularda eğitim, danışmanlık ve bakım verilmesi gerektiği ile ilgili infertilite ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin farkındalığının olması gerekmektedir. Bu sebeple infertilite ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin ve bu alanlarda sağlık hizmeti veren diğer sağlık profesyonellerinin ülkemizde yasal olmayan ama infertilite tedavilerinde kullanılabilen diğer tedavi prosedürleri konusunda da bilgi sahibi olmaları toplum sağlığını destekleme ve hemşirenin/sağlık profesyonelinin mesleki profesyonelliğini sağlayabilmesi/arttırabilmesi açısından önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and sterility*. 2017;108(3):393-406.
2. Steegers-Theunissen RP, Twigt J, Pestinger V, Sinclair KD. The periconceptional period, reproduction and long-term health of offspring: the importance of one-carbon metabolism. *Hum Reprod Update*. 2013;19(6):640-55.

3. Cutas D. Infertility, Ethics, and the Future: An Exploration. In: Davis G, Loughran T, editors. *The Palgrave Handbook of Infertility in History*. London: Palgrave Macmillian; 2017. p. 609-24.
4. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*. 2012;9(12):e1001356.
5. Shevchuk SS, Sagalaeva ES, Volodkova EN, Kashurin IN, Razumov PV. Legal and Ethical Problems of Regulating Relations Regarding the Use of Assisted Reproductive Technologies. *J Pharm Sci Res*. 2018;10(7):1716-22.
6. Serour GI, Serour AG. Ethical issues in infertility. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2017;43:21-31.
7. Serour GI. What is it to practise good medical ethics? A Muslim's perspective. *Journal of medical ethics*. 2015;41(1):121-4.
8. Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*. 2014;1(1):53-61.
9. Burkhardt AM, Nathaniel AK. *Çağdaş hemşirelikte etik*. 3 ed. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2013.
10. Lawrence DJ. The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate. *Journal of Chiropactic Humanities*. 2007;14:34-40.
11. Matorras R. Reproductive exile versus reproductive tourism. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2005;20(12):3571; author reply -2.
12. Pennings G, Mertes H. Ethical issues in infertility treatment. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2012;26:853-63.
13. Heng BC. Oocyte cryopreservation as alternative to embryo cryopreservation - some pertinent ethical concerns. *Reproductive biomedicine online*. 2007;14(3):402-3.
14. Sadler TW. *Langman's Medical Embryology*. 12 ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
15. Chen JY. Reproductive Donation: Practice, Policy, and Bioethics. *Yale J Biol Med*. 2013;86(3):434-5.
16. De Melo-Martin I. The Ethics of Anonymous Gamete Donation: Is There a Right to Know One's Genetic Origins? *The Hasting Center Report*. 2014;44(2):28-35.
17. Blyth E, Frith L. Donor-Conceived People's Access to Genetic and Biographical History: An Analysis of Provisions in Different Jurisdictions Permitting Disclosure of Donor Identity. *International Journal of Law, Policy and the Family*. 2009;23:174-91.
18. CDC. 2010 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic Success Rates Report: Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, and Society for Assisted Reproductive Technology; 2012 [Available from: [https://www.cdc.gov/art/pdf/2010-report/ART\\_2010\\_Clinic\\_Report-Full.pdf](https://www.cdc.gov/art/pdf/2010-report/ART_2010_Clinic_Report-Full.pdf)].
19. Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadva V. A longitudinal study of families formed through reproductive donation: Parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Developmental psychology*. 2017;53(10):1966-77.
20. Ledger WL, Anumba D, Marlow N, Thomas CM, Wilson ECF. The costs to the NHS of multiple births after IVF treatment in the UK. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(1):21-5.
21. McLernon DJ, Harrild K, Bergh C, Davies MJ, de Neubourg D, Dumoulin JCM, et al. Clinical effectiveness of elective single versus double embryo transfer: meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *British Medical Journal*. 2010;341:c6945.
22. Hughes EG, DeJean D. Cross-border fertility services in North America: a survey of Canadian and American providers. *Fertility and sterility*. 2010;94(1):16-9.

23. Jones HW, Jr., Cooke I, Kempers R, Brinsden P, Saunders D. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2010: preface. *Fertility and sterility*. 2011;95(2):491.
24. SB. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik. Sağlık Bakanlığı (SB) Resmi Gazete; 2010.
25. ASRM. Disposition of abandoned embryos: a committee opinion. *Fertility and sterility*. 2013;99(7):1848-9.
26. Mihai D, Bratila E, Mehedintu C, Berceanu C, Pituru SM. The ethical aspects regarding cryopreserved embryos. *Rom J Leg Med*. 2017;25:317-21.
27. Douglas T, Savulescu J. Destroying unwanted embryos in research. *Talking Point on morality and human embryo research*. *EMBO reports*. 2009;10(4):307-12.
28. Flyckt R, Kotlyar A, Arian S, Eghtesad B, Falcone T, Tzakis A. Deceased donor uterine transplantation. *Fertility and sterility*. 2017;107(3):e13.
29. Finkelstein A, Mac Dougall S, Kointominas A, Olsen A. Surrogacy Law and Policy in the U.S.: A National Conversation Informed by Global Lawmaking: Report of the Columbia Law School Sexuality & Gender Law Clinic; 2016 [Available from: [https://web.law.columbia.edu/sites/default/files/microsites/gender-sexuality/files/columbia\\_sexuality\\_and\\_gender\\_law\\_clinic\\_-\\_surrogacy\\_law\\_and\\_policy\\_report\\_-\\_june\\_2016.pdf](https://web.law.columbia.edu/sites/default/files/microsites/gender-sexuality/files/columbia_sexuality_and_gender_law_clinic_-_surrogacy_law_and_policy_report_-_june_2016.pdf)].
30. Brannstrom M, Johannesson L, Bokstrom H, Kvarnstrom N, Molne J, Dahm-Kahler P, et al. Livebirth after uterus transplantation. *Lancet (London, England)*. 2015;385(9968):607-16.
31. Howard RJ. We have an obligation to provide organs for transplantation after we die. *American Journal of Transplantation*. 2006;6(8):1786-9.
32. Bruno B, Arora KS. Uterus Transplantation: The Ethics of Using Deceased Versus Living Donors. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2018;18(7):6-15.
33. Arora KS, Blake V. Uterus transplantation: ethical and regulatory challenges. *Journal of medical ethics*. 2014;40(6):396-400.
34. DL. Deceased Donation: Donate Life America; 2020 [Available from: <https://www.donatelife.net/types-of-donation/deceased-donation/>].
35. Blake VK. Ovaries, testicles, and uteruses, oh my! Regulating reproductive tissue transplants. *William & Mary Journal of Women and the Law*. 2013;19(2):353-93.
36. Salamonsen LA, Nie G, Hannan NJ, Dimitriadis E. Society for Reproductive Biology Founders' Lecture 2009. Preparing fertile soil: the importance of endometrial receptivity. *Reproduction, fertility, and development*. 2009;21(7):923-34.
37. Testa G, McKenna GJ, Gunby RT, Jr., Anthony T, Koon EC, Warren AM, et al. First live birth after uterus transplantation in the United States. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2018;18(5):1270-4.
38. Mertes H, Van Assche K. UTx With Deceased Donors Also Places Risks and Burdens on Third Parties. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2018;18(7):22-4.
39. Williams N. Should Deceased Donation be Morally Preferred in Uterine Transplantation Trials? *Bioethics*. 2016;30(6):415-24.
40. Kuehn BM. US Uterus Transplant Trials Under Way. *Jama*. 2017;317(10):1005-7.
41. Jacobs CL, Gross CR, Messersmith EE, Hong BA, Gillespie BW, Hill-Callahan P, et al. Emotional and Financial Experiences of Kidney Donors over the Past 50 Years: The RELIVE Study. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2015;10(12):2221-31.



42. Thakar R. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sexual medicine reviews*. 2015;3(4):264-78.
43. Tong A, Chapman JR, Wong G, Kanellis J, McCarthy G, Craig JC. The motivations and experiences of living kidney donors: a thematic synthesis. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*. 2012;60(1):15-26.
44. Wiedebusch S, Reiermann S, Steinke C, Muthny FA, Pavenstaedt HJ, Schoene-Seifert B, et al. Quality of life, coping, and mental health status after living kidney donation. *Transplantation proceedings*. 2009;41(5):1483-8.
45. Wright L, Faith K, Richardson R, Grant D. Ethical guidelines for the evaluation of living organ donors. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. 2004;47(6):408-13.
46. Özpulat F. Yardımcı Üreme Teknikleri, Etik ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2017;2(2):24-43.
47. Uysal P. İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) ve Etik. *T Klin J Med Ethics, Law and History*. 2003;11:41-4.
48. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel işlev bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2008;1(2):71-8.
49. Gao J, Zhang X, Su P, Liu J, Shi K, Hao Z, et al. Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(8):1935-42.
50. Ozturk S, Sut-Kahyaoglu H, Kucuk L. Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. *Pak J Med Sci*. 2019;35(5):1355-60.
51. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M, Hatzichristou D. Assisted reproduction and midwives: student and certified midwives' educational needs on reproductive biology. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2010;1(4):163-8.
52. Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*. 2005;20(7):1944-51.
53. Church S, Ekberg M. Student midwives' responses to reproductive ethics: a qualitative focus group approach using case scenarios. *Midwifery*. 2013;29(8):895-901.
54. Ersoy Cingi M, Yiğit F. Yardımcı üreme tekniklerinde etik. *Maltepe Tıp Dergisi*. 2012;4:10.
55. Frank DI. Factors Related to Decisions about Infertility Treatment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1990;19(2):162-7.
56. Kılıç S, Ucar M, T. T, Koçak N, Aydın G, Günay A, et al. Determination of the attitudes of the GATA Nursing School students about the surrogate motherhood. *Gulhane Med J*. 2009;51(4):216-9.
57. TTB. Türk tabipleri birliği yaşamın başlangıcına ilişkin bildirme. 1 ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2010.
58. Göngör İ, Kızılkaya-Beji N. İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Roller ve Sertifikasyon Gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(2):152-9.
59. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6 ed: Oxford University Press; 2009.
60. Karadağlı F. Profesyonel Hemşirelikte Etik. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*. 2016;6(3):197-200.
61. Akyüz E, Karadağ M, Bulut HD. Aydınlatılmış Onamda Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2016;8(4):348-53.
62. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(5):275-82.