

Başarılı İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelerin Yaşadığı Problemler ve Danışmanlık

Emine KOÇ¹, Nezihe KIZILKAYA BEJİ²

ÖZ

İnfertilite; tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getirerek çiftler için yaşam krizine dönüşebilir. Bu çiftlerin çoğu infertilite nedeniyle bir bebeğe sahip olabilmek için tedaviye başvurumaktadırlar. Uzun süre bekleyişten sonra ani oluşan bir gebelikle; anne baba kimliğine birden bürünebilmek kolay olmayabilir ve çiftlerin sık sık danışmanlık almaya gereksinimi olabilir. Özellikle anne; gebeliği kabullenememe, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, bulantı kusma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca bu annelerin çoğu; ileri yaşın getirdiği riskler, çoğul gebelikten kaynaklanan komplikasyonlar, multifetal redüksiyona karar verme durumuyla da yüzleşebilmektedir. Bu nedenle, bu çiftler daha fazla danışmanlığa gereksinim duyabilmektedirler. Hemşireler; bu çiftlere danışmanlık hizmeti vermek için ideal pozisyonadadır. Bu çiftlerin karşılaşabileceği sorunları bilmek ve hemşirelerin bu konuda verebileceği danışmanlık hizmetini bilmesi; bu çiftlerin yaşayacağı sıkıntıların en aza indirgenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu derleme; tedavi sonrası gebe kalan kadınların spontan gebelere göre yaşadığı problemleri ve bu gebelere verilecek danışmanlık hizmetlerini tanımlamayı amaçlamıştır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite; tedavi sonrası; gebelik; danışmanlık; hemşirelik.

Counseling Regarding Problems of Pregnancy after Successful Infertility Treatment

ABSTRACT

Infertility brings medical, psychological, and social problems along with it and it may turn into a life crisis for couples. Most of these couples are applied to infertility treatment to be having a baby. The sudden occurrence of pregnancy after a long wait may find the couple unprepared for parenthood, and require the couples to receive frequent consultancy services. Particularly, the mother is faced with problems such as inability to accept the pregnancy, fear of losing the baby, anxiety, sickness and emesis. Most of these mothers are further faced with risks of elder age, complications resulting from multiple pregnancy, and decisions of multifetal pregnancy reduction. Therefore, these couples require more consultancy services. Nurses are in an ideal position to provide consultancy to these couples. To minimize problems of these couples, it is very important that nurses have knowledge about the problems that the couples may face and the extent of consultancy that they may provide. This review aims to define the problems experienced by as well as counseling services to be given to women who conceived after treatment compared to spontaneously conceived women.

Keywords: Infertility; after treatment; pregnancy; counseling; nursing.

GİRİŞ

İnfertilite, üreme çağındaki çocuk isteyen çiftlerde, herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadan, en az bir yıl süreyle düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (1,2). İnfertilite; tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getirerek bir yaşam krizine dönüşebilmektedir. Bu çiftler fertilitate ile ilgili konulara aşırı hassasiyet göstermekte ve sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (3). Bu çiftlerin çoğu infertilite nedeniyle bir bebeğe sahip olabilmek için tedaviye başvurumaktadır ve bu yüzden de tedavi sonrası oluşan gebelik fazlasıyla kıymetli, pahalı ve risklidir. Çünkü çiftler bu yüksek riskli gebelik için tıbbi tedaviye sadece paralarını değil, enerjilerini, zamanlarını, umutlarını da yatırmaktadır. Tedavi sonrası gebelik gerçekleşse bile anne; gebeliği kabullenememe, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, bulantı kusma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca bu annelerin çoğu; ileri yaşın getirdiği riskler, çoğul gebelikten kaynaklanan komplikasyonlar, multifetal redüksiyona karar verme durumuyla da karşı karşıya kalmaktadır. Kısaca infertil kadın ve eşi için mutlu ve keyifli bir süreç olarak beklenen gebelik, zorlu bir süreç dönüşmektedir (4-6). Bu nedenle, çiftler gebelik sonrası daha fazla danışmanlığa gereksinim duyabilmektedirler. Bu

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

² Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Correspondence: Emine KOÇ, e-posta: emine_koc555@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 27.10.2015 Kabul Tarihi / Accepted: 09.06.2016

çiftlerin karşılaşılabileceği sorunları bilmek, sağlık personeli için etkili danışmanlık hizmeti vermek ve yaşayacağı sıkıntıların en aza indirgenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu derlemede amaç, tedavi sonrası gebe kalan kadınların spontan gebe kalan kadınlara göre yaşadıkları zorluklar ve bu gebelere verilecek danışmanlık hizmetlerinin irdelenmesidir.

1. Başarılı Tedavi Sonrası Gebelik Problemleri

İnfertil kadınlar, uzun süren bir tedavi sürecinden sonra beklenen gebelik gerçekleşmesine rağmen, bebeklerini kucağına alana kadar; hem psikolojik hem de fiziksel birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır. Tedavi ardından gebelik gerçekleşmesine rağmen, bu kadınlar bebeklerini kucağına alana kadar; hem psikolojik hem fiziksel birçok problemle karşılaşmaktadır. Bu süreçte yaşanan problemler sırasıyla ele alınacaktır:

Başarılı Tedavi Sonrası Gebelik Psikolojisi

Uzun bir infertilite sürecinden sonra potansiyel ebeveynliğe geçiş, psikolojik olarak kimliğin gözden geçirildiği ve duyguların yeniden şekillendiği bir süreçtir. Olshansky (7) tedavi sonrası gebelikte psikolojik karmaşanın gerçekleştiğini, bir tarafta bebek bekleyen sabırsız bir anne varken diğer yanda, her an gebeliğin son bulacağı endişesinin yer aldığını belirtmektedir. Uzun süre çocuk sahibi olamayan, infertiliteyi deneyimleyen, tıbbi ilaçlara maruz kalan bu kadınların kendilerini diğer spontan gebeler gibi görmesi ve hissetmesi çok zordur. Bu kadınlardan bazıları gebeliğin fiziksel gereksinimleri hakkında şikâyet etmeye hakları olmadığını, sahip oldukları gebelik için sadece minnettarlık duyması gerektiğini hissedip, kendilerine destek olması için internetten bilgi bulmaya çalışmaktadır. Bazıları ise gebelik ile ilgili problemleri olmasa bile kendini aciz, yetersiz hissedebilir ve bu gebeliği çok zor elde ettikleri için çok ciddi korku taşımalarının normal olduğunu düşünüp sürekli yaşadıkları yoğun anksiyete nedeniyle danışmanlık desteğine gereksinim duymaktadır (8).

Olshansky (7) infertilite tedavisi sonrası tutarsız çelişkili duygular hisseden gebeye yardımcı olmanın oldukça güç olduğunu belirtmektedir. Bu duygular bir taraftan gebe olduğu için mutluluk hissederken aynı anda kayıp korkusu hissetme, kendini yetersiz görme algısını kapsar. Önceden infertil olan annenin, gebe olduğuna, bir bebeğe sahip olabileceğine inanması zaman alabilmektedir. Bu nedenle tedavi sonrası gebeliğin geçerliliğinin farkına varılması için sürekli sık sık tekrarlayan gebelik testleri, ultrason ve muayene süreci başlamaktadır. Gebeliğin gerçekliğini kabul etme ve benimseme kişiden kişiye değişebilir ve zor olabilir (9).

Gebelikte Depresyon, Anksiyete ve Stres

Gebelik boyunca; sağlık personellerinin depresyon açısından gebeleri dikkatli bir şekilde izlemeleri gerekmektedir. Özellikle gebelik öncesinde majör depresyon öyküsü, başka çocuğun varlığı veya yokluğu, gebelik süresince etkili destek bulunmaması, önceki gebelik kayıpları akraba ilişkilerinde dengesizlik, stresli yaşam koşulları ve tıbbi olarak yüksek riskli gebelikler

depresyon açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır (8).

Kanada'da 19.000 den fazla kadını içeren literatür çalışmasında; araştırmacılar gebelik sürecinin depresyonla yakın ilişkisi olduğunu, ilk trimesterde kadınların %7.4'ünde depresyon görüldüğünü, 2. ve 3. trimesterde bu oranın %12'ye yükseldiğini ortaya çıkarmıştır (10). Bunevicius ve arkadaşları ise çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü saptamıştır (11). Özellikle tedaviyle gebe kalan kadınlar; uzun zamandır arzuyla bekledikleri gebelik için yorgun düşmüş olabilir, bu yorgunluk mutluluklarını ve sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek depresyon yaşamalarına sebep olabilir (8). Hammarberg ve ark. (12) yaptıkları sistematik çalışmada infertilite tedavi sonrası gebe kadınların ve spontan gebe kalan kadınların anksiyete seviyeleri karşılaştırılmıştır. Anksiyete seviyeleri her iki grupta benzer görülürken, fetüsün hayatta kalması için duyulan anksiyetenin tedavi sonrası gebe kalan grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Başka bir çalışmada in vitro fertilizasyon (IVF) ile ikiz bebeğe gebe kalan annelerin gebelik boyunca önemli ölçüde maternal stres seviyelerinin spontan gebe kalan annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (13). Aynı çalışmada gebelik süresince IVF ile gebe kalanların maternal öz yeterlilikleri spontan gebelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak çalışmaların çoğu, infertilite tedavisiyle gebe kalan kadınların daha çok emosyonel problemlere sahip olduğu, öz saygılarının daha kötü olduğu, ruhsal sağlık problemlerinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle bu grubun psikolojik desteğe ve danışmanlığa daha çok gereksinimi bulunmaktadır.

Bulantı Kusma ve Hiperemesis Gravidarum

Bulantı ve kusma; gebeliğin ilk üç ayında yaklaşık %75 oranında meydana gelen yaygın bir semptomdur. Hiperemesis kadar şiddetli olmamasına rağmen, nadiren bulantı ve kusma gebelik boyunca sürekli ya da ara sıra devam eder. Buna rağmen, rahatsız ve hasta hissetme kadının kilo alımını dolayısıyla fetal gelişimi olumsuz etkiler, bu durumda uzun süre gebelik bekleyen annenin bebeği hakkında endişelerinin artmasına neden olabilir (14).

Hiperemesis-gravidarum ise bulantı ve kusma nedeniyle yeterince beslenememe, %5 kilo kaybı, dehidratasyon, asit baz dengesinde bozulma, elektrolit dengesizliği ve ketonüri varlığı ile karakterize bir durumdur (15,16). Buna ek olarak hiperemesisin verdiği fiziksel ve duygusal zarar depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Ayrıca bu durum gebenin fiziksel aktivitelerini, iş performansını, sosyal ilişkilerini, psikolojik durumunu, beslenmesini ve sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve gebelik kabulünü güçleştirmektedir (17). Bu sorunların daha az yaşanması için; bazı vitamin terapileri psikolojik danışmanlık, gevşeme yöntemleri, hipnoz, akapunktur ya da dua önerilebilir (18).

Gebeliği Reddetme

Gebeliği reddetme; fetüsün varlığını kabullenmeyi

becerememe, gebelik durumunun kabulünü reddetme ile belirgindir. Ayrıca bu kadınlar; gebelik giysileri giyme, gebelik hakkında bilgi öğrenmeye çalışma gibi gebelik davranışları göstermezler. Önceden infertilite olan bu gebeler için, gebeliğin reddi veya gebeliğin kabulünün gecikmesi normaldir. Gebeliğin varlığına kuşkucu yaklaşan ve bunu gerçek dışı olarak gören çift, gebelik süreci ilerledikçe, fetüsün kalp atışı ve fetal hareketler daha belirgin hale geldikçe gebeliğin gerçekliğine inanmaya başlayabilir. Kadın bilinçli olarak gebelik kaybına karşı kendini korumak için gebeliği inkar etse de, gebelik bakımını sürdürmektedir. Durumu ciddi olanlardan bazıları ise; tıbbi bakımı da redde bilirler veya gebeliklerini tehlikeye atacak riskli davranışlarda bulunabilirler (19). Bu nedenle bu grubun sağlık personeli tarafından yakından izlenmesi önemlidir.

İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik Komplikasyonları

İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlar diğer gebelere göre; gebelik komplikasyonu ve gebelik kayıpları yönünden daha fazla risk taşımaktadır. Komplikasyonlar, gebelik öncesi infertiliteye sebep olan uterin fibroid, luteal faz bozuklukları, servikal problemler ve gebelikteki komplikasyonlarla ilişkili olabilir. Bunlara ek olarak komplikasyonlar; ileri anne yaşı, gestasyonel diyabet, toksemi, hiperemesis gravidarum, hipertansiyon veya önceden var olan multipl skleroz, artrit ve obezite gibi tıbbi problemlerden kaynaklanabilir. Bu komplikasyonların hepsi gebelik kaybı riskini arttırabilir. Hem annenin hem de bebeğin dışarıdan gelen tehdide karşı savunmasızlığı bu sürecin daha zor olduğunu gösterir (9).

Gebelik komplikasyonları arttığında psikolojik sıkıntılar hem anne hem babada yaygınlaşır. Anne olma nedeniyle kadın; iş sorumluluklarını, aktivitelerini ve diğer çocukların bakımını sınırlamak zorunda kalabilir. Gebelik sırasında devam eden tıbbi tedavi, testler, tıbbi bilginin sırasının karmaşıklığı annede anksiyete oluşmasına neden olabilir. Ayrıca obstetrik komplikasyonların oluşması gebelik için var olan umutlara daha önceden yapılan planlara zarar verebilir (6). Baor ve ark. (13) yaptıkları çalışmada, gebelik süresince IVF ile gebe kalan annelerin spontan gebe kalan annelere göre daha fazla pozitif beklentiye girdikleri; fakat bu beklentinin normal ölçek değerinden yüksek olduğunu ve gerçek olmayan beklentilere de girdiklerini bildirmektedir. Bu kadınlarda beklenti yüksek olduğu için karşılaşılan problemlerle başa çıkma zorlaşabilir. Bu kadınlar yolunda gitmeyen bir problem oluştuğunda; problemlerin sebeplerini düşünerek çoğu kadın kendini suçlayabilir, günlük vitamin ilaçlarını kaçırmak gibi tıbbi talimatlara uymadığı, cinsel birliktelikte bulunduğu için kendini suçlu hissedebilirler (8).

Gebelikte Yatak İstirahati

İnfertilite tedavisi sonrası gebelik problemleri için genel olarak fiziksel ve psikolojik açıdan yatak istirahati önerilebilir. Yatak istirahatine alınan gebe çaresizlik, kendi kendine yetememe, belirsizlik, kontrol kaybı, can sıkıntısı, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk, fetüsün sağlık durumu ile ilgili endişe, beklemekten yorulma, duygulanım değişikliği, ilaç uygulamaları ve diğer çocukların bakımı

ile ilgili endişe hissedebilir (8,20,21).

Bazı kadınlar ise bebeğin sağlığının devamı için, hastanede istirahati garanti bir yer olarak görebilir, evde istirahat yapmayı istemeyebilir. Kadının düşüncelerini korkularını anlamak, konuşmak çok önemlidir. Ayrıca yatak istirahatinde bulunan kadınlar kendileri gibi olan diğer kadınlarla telefonda konuşturulmalı, bu sürece dair materyaller okunmalı, TV internet programlarını takip etmelidir. (8,20,21).

Çoğul Gebelik

Tedavi sonrası gebeliklerde çoğul gebelik yaygındır. Çoğul gebelik iyi gibi düşünülse de; erken doğum eylemi, fetal gelişimin tamamlanmaması, düşük doğum ağırlıklı bebek, toksemi, preeklampsi, anemi, gestasyonel diyabet, servikal yetmezlik, uzun dönem yatak istirahati, neonatal bozukluk anne ve bebek ölümlerine neden olabilir (22). Çiftler çoğul gebeliğin risklerini bilmelidir. Çoğu aile embriyo transferi sırasında çoğul gebelik olmasını talep etmektedir; bunun nedeni çoğul gebeliğin daha pozitif sonuç verdiğine dair yanlış inanışların toplum arasında yaygın olmasından kaynaklı olabilir. Halbuki çoğul gebe olan kadınlar gebelik kaybı hakkında bebeklerin ve kendi sağlıkları hakkında daha fazla endişe duyabilmektedir. Ayrıca gebeliklerinde daha yalnız kalıp sosyal destekleri de azalabilmektedir (23). Baor ve ark. (13), tedavi sonrası (88) ve spontan (98) ikiz gebelik, yaşayan kadınların gebeliklerinin 33. haftasından postpartum 6 aya kadar değerlendiren kohort çalışmalarında tedavi sonrası gebe kalan kadınların daha düşük sosyal destek aldıklarını bulmuştur.

Çoğul gebeliklerde risk faktörleri ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmelidir. Bazı durumlarda uterusu fazla sayıda bulunan fetüs sayısını azaltarak üçüncü trimestere kadar ulaşabilen sağlıklı fetüs sayısını ve eve sağlam bebek götürme şansını arttırmak için fetal redüksiyon yapılmaktadır. Bu riskli bir işlemdir; gebeliğin tamamen sonlanmasına, erken doğum riskinin artmasına, fetal gelişimin durmasına neden olabilir (24). Aynı zamanda bu çiftler redüksiyon kavramını duyduklarında rahatsız olabilmektedir. Annelik çatışması, hayal kırıklığı anlaşılabilir hal alır. Ayrıca etik ve dini çıkmazlar, kültürel faktörler, aile yapısı durumu daha da zorlaştırır. Çiftlerden gebelik ile ilgili bir terminasyona karar vermesi istendiğinde çiftler panik yaşayabilir. Bazı çiftler çoğul gebeliğin sosyo ekonomik sonuçlarını, bebekler doğduktan sonra bakımın güçlüğüne düşünerek hemen terminasyonu kabul edebilir (24).

Yapılan çalışmalar terminasyon sonrası annenin emosyonel duygularını; uzun zamandır var olan güzel duyguların sonlanması, vicdan azabı ve pişmanlık olduğunu göstermiştir (25,26). Bu nedenle kadının tedavi öncesi oluşabilecek çoğul gebelik ile ilgili karşılaşabileceği durumlar hakkında ve uygulanacak işlemler konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Kadın kendini her ne zaman hazır hissederse o zaman danışmanlık verilmelidir. Bazı ülkeler çoğul embriyo transferini yasaklasa da, bazı profesyonel toplumlar bununla ilgili uygulamaları yayınlasa da çoğul gebeliklerin önüne tam olarak geçilmiş değildir (19). Çoğul gebelik oranlarının azaltılmasına yönelik 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. Ayrıca bu yönetmelik ile 35 yaşa kadar birinci ve ikinci uygulamalarda tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo transfer edilebilmektedir (27).

Üçüncü Kişilerle Üreme

İnfertil çiftlerde gebeliğin gerçekleşmesi için bazen üçüncü bir kişiye gerek vardır. Bu sperm, oosit, embriyo donasyonu veya taşıyıcı annelikle mümkün olabilir. Fakat çiftlerin ebeveynliği sağlamak için üçüncü kişileri üremeye dahil etmeleri psikolojik, duygusal, etik ve yasal sorunlar ortaya çıkarabilir (4). Yasalar gereği ülkemizde sperm, oosit, embriyo donasyonu ve taşıyıcı anneliğe izin verilmemektedir. Fakat Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ve Yunanistan gibi bazı ülkelerde donasyon yasal olarak yapılabilmektedir. Bazı çiftler, donasyonun yasal olduğu ülkelerde transfer yaptırdıktan sonra ülkemize geri dönmekte, tedavi ve bakıma burada devam etmektedirler (28,29).

Gamet veya embriyo donasyonu sonrası gebe kalan kadın hem psikolojik olarak fetüse bağlılık hissederken, hem de genetik olarak kendine benzemeyeceğini düşünerek ambivalans duygular, anksiyete, kızgınlık, endişe yaşayabilir. Gebelik oluşmadan önce infertil çiftlerin bu durumu tamamen benimsemesi genetik olarak anneye benzemeyeceği, annenin çeşitli tıbbi tedavilere maruz kalacağı bilinmelidir. Yoksa anne gebeliği boyunca bebeğin diğer çocuğuna, kocasına ya da kendine benzemeyeceğini düşünebilir, normal olarak bebeğin görüntüsüyle ilgili gizlice korku besleyebilir. Ayrıca bebeğin aileden farklılıkları ortaya çıktığında aile sırlarının anlaşılacağı herkesin duyacağından endişe edebilirler. Çünkü damgalanma korkusuyla aile, arkadaş ya da çevreyle bu durum çoğu zaman paylaşılmaz. Bu nedenle korkular daha fazla olabilir. Bu yüzden psikolojik desteğe ihtiyaçları vardır. Eğer taşıyıcı bir anne tarafından gebelik yürütülüyorsa, çiftler psikolojik olarak fetüse bağlılık hissetse de gebeliği yöneten kendileri olmadığı için gebelikle ilgili endişe ve korkuları çok fazladır. Ayrıca çalışmalar taşıyıcı anne ile fetüs arasında çok güçlü bir bağ geliştiğini göstermiştir (30). Bazı taşıyıcı anneler doğumdan sonra bebeği terk edeceğini kaybedeceğini düşünerek derin acı duyabilir, taşıyıcı annelikten vazgeçip bebeğini vermek istemeyebilir. Diğer yandan taşıyıcı annenin eşi bebeğe karşı aynı şeyleri hissetmeyip bebeği istemeyebilir. İnfertilite danışmanları her iki grupta da sürekli iletişim halinde olmalıdır (8).

İleri Yaşta Gebelik

Kadınların ekonomi ve modern hayata katkısının artmasıyla birlikte 35 yaş üstünde gebelik sayısı da artmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre ileri yaş anne sıklığı ülkemizde %12.6'dır (31). Özellikle infertil popülasyonda ileri yaş gebelikleri çok fazla görülmektedir. Gebelik oranı yaş ilerledikçe azalmaktadır, 35 yaş sonrası

da azalma daha da belirginleşmektedir. Gebelik yaşı arttıkça konjenital anamoli, gestasyonel diyabet, preeklampsi, toksemi, hipertansiyon, makrozomi, plasental anomali, düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve perinatal mortalite oranı arttığı da bilinmektedir. Yaş 35 yaşın üzerine çıktıkça gebelik oranı da azalmaktadır. Düşüklerin en önemli nedeni kromozomal anomaliler olduğu ve yaşla birlikte bu anomalilerin görülme sıklığı arttığı için ileri yaş anne adaylarında düşüğe yaklaşık 4 kat daha fazla rastlanır. Genetik problemi olan yumurtanın döllendikten sonra büyüme ve hayatta kalma şansı çok düşüktür. Bu nedenle de 40 yaşından sonra düşük yapma riski de artmaktadır (32-34). Sonuç olarak bu annelere prenatal testler tavsiye edilmelidir. Amniyosentez, koryonik villus örneği, fetoskopi ve perkütan umbilikal kan testleri gibi genetik testler invazif girişimler içerdiğinden gebelik kaybı riski daha çok artmaktadır. Bununla birlikte bu testleri kabul edenlerin belirsizlik, korku yaşadıkları bildirilmiştir. Uzun süre ardından gebelik deneyimleyen kadının testler sonrası terminasyona karar verildiğinde ise psikolojik ve duygusal açıdan sorun yaşadığı görülmektedir. Özellikle ilk kez gebe olan ileri yaş anneler için bebek ve gebelik her şeyden önemlidir, anne kendi sağlığını genelde riske atar (8).

2. Başarılı Tedavi Sonrası Gebelere Verilen Danışmanlık Hizmeti

İnfertilite tedavisi sonrası gebelik, çiftler için; heyecan verici, zevkli, korku dolu zamandan oluşmaktadır. Hemşireler bu çiftlerin, ebeveynliğe geçişleri boyunca; anne baba olmalarında yardımcı olarak aktif rol oynarlar. Gebeliğe uyumu kolaylaştırmak ve ebeveynlik öncesi hazırlıkta infertilite danışmanının 6 görevi vardır (8,35):

1. Gebeliğe uyumu kolaylaştırma
2. Prenatal bakım ve testler hakkında karar vermede yardımcı olma
3. Hastalıklarla baş etmede güçlendirme
4. Var olan psikopatolojik sorunlarda yardımcı olma ve yönlendirme
5. Destek kaynaklarını artırma
6. Hasta haklarını savunma.

Gebeliğe Uyumu Kolaylaştırma

Uzun süre bekleyişten sonra ani oluşan bir gebelikle; anne baba kimliğine birden bürünebilmek kolay olmayabilir ve çiftlerin sık sık danışmanlık almaya gereksinimi olacaktır. Danışman gebeliğin geçerliliği, fetüsün şekillenmesi, fetal hareketler, rol değişikliği gibi konular hakkında eğitim vermelidir.

İnfertilite tedavisi sonrası çiftler neler hissettiği konusunda duygularını paylaşmak için cesaretlendirilmeli, cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesi önlenmelidir. Gebelik boyunca cinsellikten korkmalarını gerektirecek bir durum olmadığı açıklanmalı, soruları cevaplandırılmalıdır. Çiftlerin yanlış inanışları, korkuları, var olan mitleri önyargısız şekilde sağlığa etkileri tartışılmalıdır (8,35).

Prenatal Bakım Ve Testler Hakkında Karar Vermede Yardımcı Olma

Bir kez gebelik gerçekleştiğinde çiftlerin bir sürü

sorunlarla, yeni tıbbi deneyimlerle ve bazı tıbbi testlere uygulamalara karar vermesi gerektiği durumu ile yüzleşebilir. Bu durumda gebelerin tıbbi veya psikolojik gereksinimleri için desteğe gereksinimi olabilir. Bu desteğin nerelerde ne şekilde alabileceği konusunda danışmanlık yapılmalı ve gebeler verdikleri kararın avantaj ve dezavantajı konusunda bilgilendirilmelidir. Örneğin genetik olarak etkilenmiş fetüs için gebelik sonlandırılmadığında; aile olabilecek riskleri, gebeliğin düşük ile sonlanabileceğini bilmelidir (8).

Danışmanların ilk trimesterde gebeliğin doğrulanması sonrası gebeliğin kabulü ile ilgili danışmanlık, 2. trimesterde amniyosentezin etkisi, riskleri konusunda ve ultrason görüntüleri ile ilgili endişe, bebeğin cinsiyeti ile ilgili hayal kırıklıklarında psikolojik destek gibi görevleri vardır (8).

Hastalıklarla Başetmede Güçlendirme

İnfertilite sonrası gebelik; kaygılı gebelik olarak da tanımlanır. Bilinmeyen takip, tıbbi teknoloji ve bakımlar anksiyetenin artmasına neden olabilir. Çiftler bu süreçte endişeleriyle başa çıkmak için yardıma ihtiyaç duyarlar. Bu çiftler geçirilen her bir gebelik ayı yıl gibi algılanmaktadır. O nedenle yapılan her işlem hakkında önceden bilgi vermek oldukça önemlidir. Özellikle endişe, korku, stresleriyle baş etmede solunum egzersizleri, yoga, meditasyon, negatif düşünceleri yok etme seansları, gebeliğin pozitif yanlarını kartlara yazmak, anksiyete arttığında “sağlıklı bir gebeliği garanti edebilirim vb.” mesajlar gönderme gibi bilişsel davranışsal terapiler iyi gelebilir (5,8,35).

Bazı durumlarda kadınlar gebeliğin normal semptomlarını bebeğine ve gebeliğine bir tehdit olarak algılayıp aşırı ihtiyatlı olabilir, bu nedenle sık sık kontrol için gelebilir, ultrason muayenesinin tekrarlanmasını isteyebilir, özel tedavi talep edebilir, cinsel ilişkiye yasak koyabilir. Ayrıca bu kadınlardan bazıları aşırı tedbirler alarak, kendini toplumdan izole edip, aile ve arkadaşlarıyla görüşmeyi kesip, evde sürekli yatak istirahatine çekilebilir. Danışmanın görevi; gebeliğe uyumu ve psikolojik fonksiyonları tehdit eden kadınların rahatlamasını sağlamak, yersiz korkulardan uzaklaştırarak, çevreyle olan ilişkilerini düzenlemektir. Bu grup kadınların bilişsel davranışsal terapilere yönlendirilmesi, stres gevşeme teknikleri kullanması, sosyal desteklerinin artırılması ve günlük tutmaları gerekebilir (5,8,35).

Var Olan Psikopatolojik Sorunlarda Yardımcı Olma ve Yönlendirme

Gebelik öncesi depresyon, anksiyete, panik atak, yeme bozukluğu gibi öyküsü olanlar gebelik süresince yakından izlenmelidir. Ailelerinin de gebelikte risk faktörleri, tedavi seçenekleri, uyarı belirtileri, mental bozukluğun anne ve bebeğe etkileri konusunda bilgi almaya ihtiyacı vardır (3,9). Nadir olarak bazı durumlarda kadın bulunduğu durumda başa çıkamayabilir ve düşük yapmak isteyebilir. Bu grupların teşhis ve tedavilerinin her aşamasının desteklenmesi gerekmektedir. İnfertilite tedavisi sonrası depresyon ve anksiyete yaygındır. Gebelik süresince, depresyonu ölçmek için gelişen çeşitli ölççekler vardır ve

gebelikte uygulanmalıdır. Bu testlere örnek; Antepartum Dönem Fonksiyonel Durum Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği verilebilir (5,8).

Destek Kaynaklarını Artırma

Ailelere bu sürecin normal olduğu, yalnız olmadıklarını gösterecek imkanlar sunulmalıdır. Benzer gebe grupları, doğuma hazırlık sınıfları, gebelik egzersiz programları, destek grupları, ebeveynliğe hazırlık grupları, aileler için yapılan özel organizasyonlar hakkında bilgi verilmeli ve bir araya gelmeleri sağlanmalıdır.

İnternet gebelik ile ilgili her türlü bilgiye ulaşmaya da olanak sağlar fakat gebeler hangi bilgiler doğru hangileri yanlış ayırt edemez. Bu konuda danışman doğru yönlendirmeli, güvenilir sitelerin adresleri verilmelidir (5,8).

Hasta Haklarını Savunma

Tedavi sonrası gebe kadın gebeliği kabullenememe, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, bulantı kusma gibi birçok sorunlarla karşılaşabilir. Bazen bu durumu kimseye paylaşmayıp, baş etmede güçlük çekebilir. Hemşireler bu durumda; gebenin sorunlarını ele almayı, gebenin sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru sormasını, sağlık ekibi üyelerine de gebeye zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Bununla birlikte; gebenin sağlık sistemi içinde haklarını nasıl kullanacağını öğretir, hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını savunur (35,36).

SONUÇ

İnfertilite bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen bir yaşam krizidir. İnfertilite tedavisi sonrası kadın gebe kalsa bile gebeliği kabullenememe, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, bulantı kusma gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Ayrıca bu gebelerin çoğu; ileri yaşın getirdiği riskler, çoğul gebelikten kaynaklanan komplikasyonlar, multifetal redüksiyona karar verme durumuyla da yüzleşebilmektedir. Bu nedenle, bu çiftler daha fazla danışmanlığa gereksinim duyabilmektedirler. Bu süreçte hemşirelerin; gebeliğe uyumu kolaylaştırma, prenatal bakım ve testler hakkında karar vermede yardımcı olma, hastalıklarla baş etmede güçlendirme, var olan psikopatolojik sorunlarda yardımcı olma ve yönlendirme, destek kaynaklarını artırma ve hasta haklarını savunma rolleri vardır. Hemşirelerin rollerini etkin şekilde gerçekleştirmesi çiftlerin, sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olacak ve ebeveynliğe geçişlerini kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Daar SA, Merali Z. Infertility and assisted reproductive technologies in the developing World. In: Vayena E, Rowe P, Griffin P, editors. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO Headquarters; 17-21 September 2001; Geneva: Switzerland; 2002. p. 15-21.
2. Yumru EA, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. JAREM. 2011; 1(2):

- 57-60.
3. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2012; 20(2): 154-9.
 4. Boivin J, Appleton TC, Batens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E. et al. Guidelines for counseling in fertility: outline version. Human Reproduction. 2001; 16(6): 1301-4.
 5. Kendall J. Psychosocial effects of infertility. Practice Nursing. 2008; 19(2): 91-3.
 6. Çoşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T. İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci, hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya Beji N, editör. İnfertilite Hemşireliği. İstanbul; 2009. s. 147-61.
 7. Olshansky EF. Pregnancy after infertility: An overview of the research. Course XII: ART Parents and Children. American Society for Reproductive Medicine; Seattle, WA, October 7-8; 1995. p. 5-13.
 8. Covington NS, Burns LH. Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd edition. New York: Cambridge University Press; 2006.
 9. Yanıkkrem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(4): 120-32.
 10. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2004; 103(4): 698-709.
 11. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88(5): 599-605.
 12. Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. Hum Reprod Update. 2008; 14(5): 395-414.
 13. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. Human reproduction. 2010; 25(6): 1490-6.
 14. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. In: The Cochrane Library. 4th ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003.
 15. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. Obstetric Gynecology Clin N Am. 2008; 35(3): 401-17.
 16. Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(5): 463-70.
 17. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2013; 2(1): 8-14.
 18. Smith C, Crowther C, Willson K, Hotham N, McMillian V. A randomized controlled trial of ginger to treat nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol. 2004; 103(4): 639-45.
 19. Upadhyay S. Pseudocyesis. J Nepal Med Assoc. 2008; 47(171): 147-50.
 20. Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2012; 19(2): 80-91.
 21. Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. Biological Research for Nursing. 2010; 12(2): 106-24.
 22. The ESHRE Capri Workshop. Multiple gestation pregnancy. Hum Reprod. 2000; 15(8): 1856-64.
 23. Newton D, McBride J. Single Embryo Transfer (SET): Factors affecting patient attitudes and decision-making. Fertil Steril. 2005; 84(Supplement 1): 3.
 24. Stone J, Eddleman K, Lynch L, Berkowitz RL. A single center experience with 1000 consecutive cases of multifetal pregnancy reduction. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2002; 187(5): 1163-7.
 25. Maifeld M, Hahn S, Titler MG, Mullen M. Decision making regarding multifetal reduction. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 2003; 32(3): 357-69.
 26. Hadımlı A, Sevil Ü. Çoğul gebelik redüksiyonu ve hemşirenin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(3): 47-51.
 27. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Madde 1, 06/03/2010 tarih, 27513 sayı.
 28. Akyüz A, Sever N, Karaşahin E, Güvenç G, Çek S. A survey on oocyte donation: Turkish fertile and infertile women's opinions. International Journal of Fertility and Sterility. 2014; 8(3): 289-98.
 29. Karabacak O, Günaydın G. Oosit donasyonu ve başarıyı etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007; 3(13): 72-6.
 30. Ahmari Tehran H, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Tahmineh D. Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. Iran J Reprod Med. 2014; 12(7): 471-80.
 31. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [İnternet]. Ankara: Elma Teknik Basım. [Son güncelleme tarihi: Kasım 2014; Erişim tarihi 15 Nisan 2016]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
 32. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. Hum Reprod Update. 2007; 13(3): 209-23.
 33. Kelly-Weeder S, O'Connor A. Modifiable Risk Factors for Impaired Fertility in Women: What Nurse Practitioners Need to Know. J Am Acad Nurse Pract. 2006; 18(6): 268-76.
 34. Gravena AA, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Outcomes in late-age pregnancies. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1): 15-21.
 35. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counseling in infertility: Individual, couple and group interventions. Patient Education and Counseling. 2010; 81(3): 422-8.
 36. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. Cumhuriyet Hem Der. 2003; 7(2): 23-7.