

IDUHeS, 2024; 7(2): 191-204

Doi: 10.52538/duhes.1400480

## Olgu Sunumu – Case Report

**İNFERİLİTE TEDAVİSİ BAŞARISIZ OLAN HASTANIN JOYCE TRAVELBEE’NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİ MODELİ’NE GÖRE İNCELENMESİ: OLGU SUNUMU****AN ANALYSIS OF A PATIENT WITH UNSUCCESSFUL INFERTILITY TREATMENT ACCORDING TO JOYCE TRAVELBEE’S HUMAN-TO-HUMAN RELATIONSHIP MODEL: CASE REPORT**Rukiye DİKMEN<sup>1</sup>, Emine İLKİN AYDIN<sup>2</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>3</sup>, Sena KAPLAN<sup>3</sup>**Özet**

İnfertilite tedavisi çiftlerde tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olan bir yaşam krizidir. Bu yaşam krizi; eşler arasındaki ilişkinin bozulmasına, damgalanmaya, suçluluk ve kızgınlık duygularına, tedaviyi bırakma ve cinsel sağlık sorunları gibi ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Bu olgunun amacı zorlu bir süreç olan infertilite tedavisinde bireylerin yaşadıklarını ve hemşirelik bakımını Joyce Travelbee’nin modeline göre somutlaştırmaktır. Çalışmada veriler, hastadan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra “Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örtü Modeli”, “Vizüel Analog Skalası”, “İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)” ve “İnfertilite Etkilenme Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından; Travelbee’nin “İnsan İnsana İlişki Modeli” doğrultusunda değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Hemşirelik bakım planı, NANDA-I, NIC, NOC sistemleri kullanılarak sunulmuştur. Olgu 29 yaşındadır. Nedeni bilinmeyen infertilite tanısı ile takip edilmektedir. İnfertilite tedavisi için bireye iki kez klomifen sitrat tedavisi ve Histerosalpingografi (HSG) uygulanmıştır. HSG işlem sonrası vajinal kanama miktarında artış ve ağrı nedeniyle hastaneye başvurmıştır. Model kapsamında olguya “*akut ağrı, vajinal kanama, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma, sosyal ilişkilerde bozulma, baş etmede eksiklik*” gibi hemşirelik tanıları konulmuştur. Olgunun bakım ve izleminde ağrı ve vajinal kanama miktarının azaldığı, bireyin yaşadığı deneyimden anlam bulmasını sağladığı, infertilitenin getirmiş olduğu sorunlarla baş etmesini kolaylaştırdığı ve umudunu güçlendirdiği gözlemlenmiştir. Bu olguda, infertilite problemi yaşayan hasta ve ailesinin hemşirelik bakımı Travelbee’nin “İnsan İnsana İlişki Modeli” doğrultusunda ele alınmış bütüncül bir bakım verilmiştir. Bu sayede infertil bireylerin yaşadığı zorluklar daha iyi anlaşılabilir, etkin destek sistemleri sunulurken tedavide devamlılık sağlanabilecektir. Ayrıca infertilite problemi yaşayan çiftlere hizmet veren hemşireler için bakımı güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, İletişim, Etkileşim, Hemşirelik, Travelbee**Abstract**

Infertility treatment is a life crisis that causes medical, psychological and social problems in couples. This life crisis can lead to serious consequences such as deterioration of the relationship between spouses, stigmatization, feelings of guilt and anger, discontinuation of treatment and sexual health problems. The aim of this case study is to concretize the experiences of individuals in infertility treatment, which is a challenging process, and nursing care according to Joyce Travelbee's model. In the study, data were obtained by using "Gordon's Functional Health Pattern Model", "Visual Analog Scale", "Infertility Stigma Scale (ISS)" and "Infertility Affect Scale" after obtaining verbal and written consent from the patient. The data were evaluated and interpreted by the researchers in line with Travelbee's "Human to Human Relationship Model". The nursing care plan was presented using NANDA-I, NIC, NOC systems. The case is 29 years old. She is being followed up with a diagnosis of infertility of unknown cause. Clomiphene citrate treatment and Hysterosalpingography (HSG) were performed twice for infertility treatment. She was admitted to the hospital due to increased vaginal bleeding and pain after the HSG procedure. Within the scope of the model, nursing diagnoses such as “*acute pain, vaginal bleeding, disruption in the continuity of domestic processes, disruption in social relations, lack of coping*” were made. In the care and follow-up of the case, it was observed that the amount of pain and vaginal bleeding decreased, the individual found meaning in her experience, made it easier for her to cope with the problems brought by infertility and strengthened her hope. In this case, the nursing care of the patient and her family with infertility problems was handled in line with Travelbee's "Human to Human Relationship Model" and a holistic care was provided. In this way, the difficulties experienced by infertile individuals can be better understood and continuity in treatment can be ensured by offering effective support systems. In addition, it is thought to contribute to the strengthening of care for nurses serving couples with infertility problems.

**Keywords:** Infertility, Communication, Interaction, Nursing, Travelbee

Geliş Tarihi (Received Date): 05.12.2023, Kabul Tarihi (Accepted Date): 11.09.2024, Basım Tarihi (Published Date): 30.05.2024. <sup>1</sup> Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Yozgat, Türkiye, <sup>2</sup> Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Yozgat, Türkiye, <sup>3</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. **E-mail:** rukiyeedikmen66@gmail.com **ORCID ID's:** R.D.; <https://orcid.org/0000-0001-6811-263X>, E.İ.A.; <https://orcid.org/0000-0003-2991-4837>, S.Ş.; <https://orcid.org/0000-0001-7089-6648>, S.K.; <https://orcid.org/0000-0002-1677-5463>

## 1. GİRİŞ

İnfertilite, bir yıl düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik materyalinin oluşmaması veya çiftlerin üreme kapasitesinin bozulması ile karakterize edilen bir durumdur (Zegers-Hochschild ve ark., 2017, ss.1786-1801). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise infertiliteyi, bir yıl veya daha uzun süreli, düzenli, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen, gebelik materyalinin oluşmadığı, kadın veya erkek reproduktif sistem hastalığı olarak açıklamaktadır. Dünyada 48 milyon çift ve 186 milyon bireyin infertilite problemi yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2020). Türkiye’de ise 1,5-2 milyon oranında çift infertilite sorunu ile karşı karşıya kalmaktadır (Yılmaz ve Kavak, 2019, ss.378-382). İnfertilite küresel olarak üreme çağındaki çiftleri yüzde 8-12 oranında etkilemektedir (Vander Borcht ve Wyns, 2018, ss.2-10). Ancak toplum tarafından ihmal edildiği için küresel bir cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorununa dönüşmektedir (Gipson ve ark., 2020, ss.505-506).

İnfertilite yolculuğu, birey üzerinde çok boyutlu etkiler yaratmaktadır. İnfertilite tanısı için gerekli testlerin yapılması, tanıdan sonraki tedavi süreçleri sonrasında klinik gebelik elde edememenin, infertilite yaşayan bireyler için derin fiziksel, duygusal, finansal ve psikolojik stres oluşturduğu bildirilmektedir (Hocaoğlu, 2019, ss.1-90). Yardımcı üreme teknolojisindeki gelişmeler infertilite yaşayan bireylere umut verse de tedavi başarısı garanti değildir (McDowell ve Murray, 2011, ss.84-90). Bu nedenle, birçok kişi infertiliteyi, sevilen birinin ölümü ve boşanmadan sonra ikinci en önemli yaşam stresörü olarak tanımlamaktadır (Aimagambetova ve ark., 2020, ss.1-14).

İnfertilite yaşayan bireylerin çoğu, sağlık hizmeti sağlayıcılarından psikososyal destek aramaktadır (Dancet ve ark., 2011, ss.827-833). Literatür de sağlık personellerinin tutum ve davranışlarının infertil bireylerin tedavilerinin başarı oranını ve devamlılığını etkilediğini göstermektedir (Dancet ve ark., 2011, ss.827-833; Gameiro ve ark., 2013, ss.302-309). Yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin tedavinin psikolojik etkilerine yeterli önemi vermemesi ve empati kurmada yetersiz olması, çiftlerin tedaviyi bırakma nedenleri arasında gösterilmiştir. Aynı zamanda bireylerin holistik bir bakımla infertilite sürecinin yönetilmesini tercih ettiği belirtilmiştir (Pedro ve ark., 2013, ss.2462-2472). İnfertil bireylerin tedaviyi bırakma nedenleri arasında sağlık çalışanlarının empati eksikliğinin olması, çiftlerin yaşam kalitesinin düşmesi, psikolojik sıkıntılarının artması, olumsuz personel etkileşimleri ve personelin hasta sıkıntısını yönetememesi yer alabilmektedir (Grill, 2015, ss.271-276).

### 1.1. Joyce Travelbee’nin İnsan İnsana İlişki Modeli

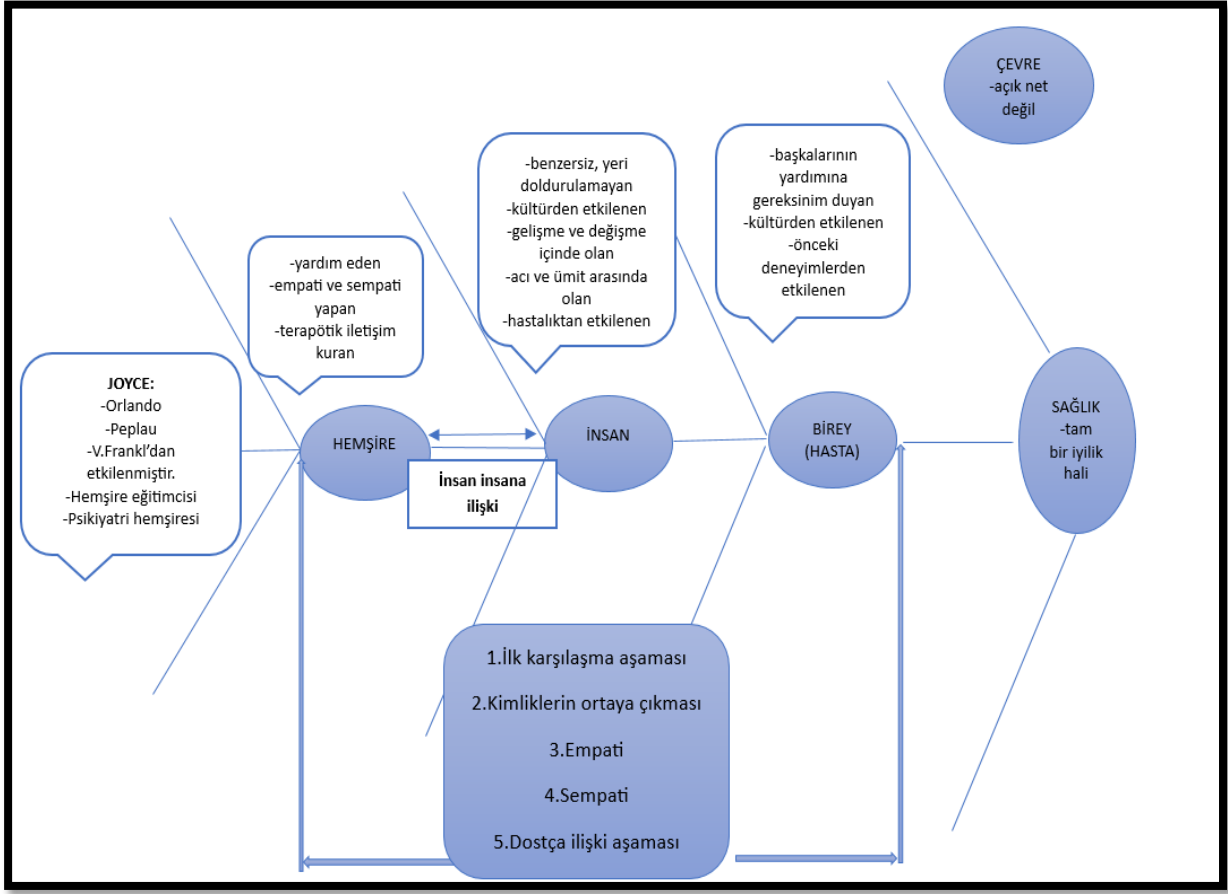
Travelbee’ye göre hemşirelik uygulamalarının temelini “insan insana ilişki” oluşturmaktadır. Travelbee hastayla iletişimin derinleşip insan insana ilişki düzeyine gelmesi ve bakımın iletişim ilişkisi içinde sürdürülmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Travelbee, 1969, ss.1-294). Bakımın amacını ise birey, aile veya toplumun hastalıklarla ve acı ile baş edebilmesi veya önlenmesi için yardım etmek olduğunu belirtmiştir. Yardım etmenin de hemşirelerin en önemli rolü olduğunu modelinde vurgulamıştır (Velioğlu, 2012, ss.234-258; Travelbee, 1971, ss.1-258; Travelbee, 1969, ss.1-294). Joyce Travelbe’nin modelindeki dört temel kavram olan; insan, sağlık/hastalık, çevre, hemşirelik ve modelde açıklanan diğer kavramlar olan; umut, iletişim, etkileşim, acı çekme Tablo 1.de verilmiştir.

Joyce Travelbee’nin ‘İnsan İnsana İlişki Modeli’ kavram haritası Balık Kılıçığı Diyagramı tekniği kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmış olup Şekil.1 de verilmiştir.

Travelbee, insan insana ilişki modelinde mesleki ilişkinin; ilk karşılaşma, kişiliklerin ortaya çıkması, empati, sempati, dostça ilişki olmak üzere beş aşamadan oluştuğunu ifade etmektedir (İldan Çalım ve Saruhan, 2014, ss.104-121). Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişkiler Modeline göre modelin beş basamağının açıklandığı, hasta izlemi ve yapılan görüşmelerinde ele alındığı hemşirelik süreci Tablo 2. de verilmiştir.

**Tablo 1. Joyce Travelbe'nin modelindeki dört temel kavram ve açıklanan diğer kavramlar**

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>İnsan</b>           | Travelbee, hemşirelerin modelinde insan kavramını anlamalarının önemini ifade etmektedir. Travelbee insanı, kendine özgü düşünceleri olan, bir başkasına benzemeyen, eşsiz, yeri doldurulamayan, biyolojik ve sosyal bir organizma olan, içinde yaşadığı çevre ve kültürden etkilenen birey olarak tanımlamaktadır (Velioğlu, 1999, ss.1-120; Shelton,2016, ss.657-661). Kalıtım, çevre ve kültürden etkilenen insan değişmektedir. Travelbee değişim içinde olan insanın ya kendisiyle yüz yüze gelmekte olduğunu ya da kaçınma davranışı sergilediğini vurgulamaktadır (Velioğlu, 1999, ss.1-120; Meleis, 2011, ss.258-263).  |
| <b>Sağlık/Hastalık</b> | Travelbee, sağlığı hem subjektif hem de objektif olarak tanımlamaktadır. İnsanların kendi sağlık ve hastalık duygularını algılamakta ve ilişkilendirmekte olduğunu açıklamaktadır. Hastalık ve ıstırabın ise fiziksel deneyimler kadar ruhsal karşılaşmalar da olduğunu ifade etmektedir (Shelton, 2016, ss.657-661).   |
| <b>Çevre</b>           | Travelbee, modelinde çevreyi açıkça tanımlamamıştır (Velioğlu, 1999, ss.1-120).   |
| <b>Hemşirelik</b>      | Travelbee modelinde hemşireliğin her şeyden önce insan-insana ilişki ile gelişen kişilerarası bir süreç olduğunu açıklamaktadır. Travelbee'ye göre hemşirelik, hastalığın kişiyi olumsuz etkileyen deneyimsel sürecini önlemek veya bunlarla baş etmede yardımcı olarak bireyin gelişmesini sağlamaktır. Aynı zamanda hemşire, kişilerarası ilişkiler yoluyla acı ve hastalıkta bireyin anlam bulmasını da hedeflemektedir. Hemşirenin bu hedefe ulaşabilmesi için, her girişimde bir anlam bulması gerekmektedir. Hemşire, kişilerarası süreci bireyle güven ilişkisi, empati ve sempati ile devam ettirmektedir. Kişisel olarak acıyı deneyimleyen hemşire, hastanın acısını daha iyi anlayabilmektedir (Shelton, 2016, ss.657-661; Meleis, 2011, ss.258-263; McKenna ve ark., 2014, ss.143-160). |
| <b>Umut</b>            | Umut, acı çeken bireyin başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Hemşire doğrudan bireylere umut veremez, umudu tecrübe etmesi için bazı yollar ve araçlar sağlamaya çalışır. (Peden ve ark., 2015, ss.67-81).   |
| <b>İletişim</b>        | İletişim, hemşirenin insan insana ilişki kurmasını ve bu sayede bakımın amacını yerine getirmesini kolaylaştıran bir süreçtir (Velioğlu, 1999, ss.1-120).   |
| <b>Etkileşim</b>       | İki insanın birbirlerine karşılıklı etkilerinin olduğu, sözel ya da sözel olmayan iletişimde buldukları zaman içerisindeki her ilişkiyi ifade etmektedir (Travelbee, 1971, ss.1-258).   |
| <b>Acı Çekme</b>       | Travelbee acı çekmeyi basitten şiddetli acıya kadar değişen yönü olan hoşnutsuzluk duygusu olarak tanımlanmaktadır (Velioğlu, 1999, ss.1-120). Acı deneyimi ise kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Acı çekmek bireyin herhangi bir hastalık ile nasıl başa çıktığını etkilemektedir (Peden ve ark., 2015, ss.67-81). Hastalık acı verici ve ağrılı olduğundan, hemşirenin rolü de acı çekmekte anlam bulmak ve ağrı ile ilgilenmektir (Meleis, 2011, ss.258-263).   |



Şekil 1: Joyce Travelbee'nin "İnsan İnsana İlişki Modeli" kavram haritası balık kılıçlı diyagramı

## 2. YÖNTEM

Çalışmada veriler, hastadan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra "Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntü Modeli", "Vizüel Analog Skalası", "İnfertilite Damgalanma Ölçeği (İDÖ)" ve "İnfertilite Etkilenme Ölçeği" kullanılarak elde edilmiştir. Aynı zamanda hasta dosyasındaki bilgilerden de yararlanılmıştır. Gözlem, görüşme ve diğer bilgilerle birlikte elde edilen veriler, "Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-I) Taksonomi II Hemşirelik Tanıları", "Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) ve "Hemşirelik Çıktıları Sınıflaması (NOC) (Ackley ve ark., 2019, ss.1-1016; Bulechek ve ark., 2017, ss.107-434) ile ele alınmış ve Tablo 3'te hemşirelik bakım süreci "İnsan İnsana İlişki Modeline" göre planlanmış ve tartışılmıştır.

### 2.1. Veri Toplama Araçları:

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli: Gordon (1982) tarafından geliştirilen modelde 11 fonksiyonel alan vardır. Hastanın bakım gereksinimlerine yönelik sorunları tespit edebilmek

için geliştirilmiştir. Hastanın bakım gereksinimleri saptanırken hemşirelik rolleri de tanımlanmaktadır (Erbaş ve Demirel, 2016, ss.84-91).

Vizüel Analog Skalası (VAS): 10 cm'den oluşan skalada "0" ağrı yok, "10" ise ağrının en şiddetli düzeyde olduğunu göstermektedir (Bijur ve ark., 2001, ss.1153-1157).

İnfertilite Damgalanma (Stigma) Ölçeği (İDÖ): Fu ve arkadaşları (2015, ss.69-75) tarafından oluşturulan ölçek infertilite tedavisi alan kadınların damgalanmaya ilişkin algı durumlarını ölçmektedir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çapık ve arkadaşları (2019, ss.328-335) tarafından yapılmıştır. 5'li likert tipli 27 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; özdeğer kaybı, sosyal geri çekilme, toplumsal damgalanma ve ailesel damgalanmadır. Ölçekten 27-135 arası puan alınabilmektedir. Alınan toplam puanların yüksek olması infertil kadınlar tarafından hissedilen damgalanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. (Fu ve ark. 2015, ss.69-75; Çapık ve ark. 2016, ss.328-335).

İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ): Akyüz ve arkadaşları (2008, ss.469-476) tarafından oluşturulan ölçek, Türk kadınlarının infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeylerini ölçmektedir. 4'lü likert tipli 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutu yoktur. Ölçekte 16 olumlu 5 olumsuz ifade bulunmaktadır. Ölçekten 21-84 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yükseldikçe infertiliteden etkilenme düzeyinin arttığını göstermektedir (Akyüz ve ark., 2008, ss.469-476).

## **2.2. Çalışmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlanmadan önce görüşmenin yapılma amacı açıklanmıştır. Hastadan sözel ve yazılı "Aydınlatılmış Onam" alınmış ve imzalatılmıştır. Hastadan görüşme sonuçlarının yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi de 18.04.2023 tarihinde alınmıştır. Çalışmada araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Çalışmada hasta ismine yer verilmemiş olup farklı şekilde kodlanmıştır.

## **3. OLGU SUNUMU**

Sosyo-demografik özellikler; yirmi dokuz yaşında, kadın hasta, eğitim durumu lisans, mesleği öğretmen, eşinin eğitim durumu lisans, eşinin mesleği öğretmen, gelir durumu orta. Boy:170 cm, Kilo: 80 kg. Üç yıllık evli, düzenli menstrüasyonu olan M.B.A. nedeni bilinmeyen primer infertilite tanısı ile altı aydır takip edilmektedir. Herhangi bir ek hastalığı bulunmamaktadır. Ailede infertilite öyküsü bulunmamaktadır. Dış merkezde tedavisine başlanmıştır. İki kez klomifen sitrat tedavisine rağmen fayda görmemiştir. Hastanın hekimi kontrollerini yapıp bir sonraki ay menstrüasyondan iki hafta sonra Histerosalpingografi (HSG) planlamıştır. HSG işlemini il dışında bulunan başka bir hastanede yaptırmıştır. İşlem sonrası vajinal kanama miktarında artış ve ağrı olması nedeniyle hastaneye başvurmuştur. Hekimi kontrol amaçlı hastaya yatış vermiştir. Hastaneye ilk giriş yaptığı yaşam bulguları; ateş 37,5 °C, kan basıncı 100/80 mm/Hg, nabız 88/dk, solunum sayısı 20/dk'dır.

### **Öğretmen olan M.B.A bu süreçte yaşadıklarını şu şekilde ifade etmiştir:**

*'Tedaviye başladığımda yumurtalıklar ve rahim normal görünmüştü. Ultrasonda ve kanda sorun yoktu. Kolmen kullandım o ayda gebelik olmadı. Sonra hastaneye geldim kontrollerim yapıp bir sonraki ay adetten iki hafta sonra HSG planlandı. HSG de tüplerim*



*açık değilmiş ayrıca minimal perde görüldü. Bu süreçlerde ilişkinin yasak olduğu belirtildi. Bu arada rahim ters rahimmiş nasıl oluyorsa rahim ağzıda uzunmuş. Vajinal ultrason ile zor görünüyormuş rahim içi. HSG işlemi uyanık yapıldı çok acıydı. HSG sonrası tansiyonum düştüğü için masadan kalkamadım. Ağrımdaya oldu. HSG sonrası kanamam olduğu için hastaneye başvurdum sonra kontrol amaçlı yatış verildi, buradayım şimdi.”*

**M.B. A’ya Gordon’un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre sorular yöneltilmiş olup (Erbaş ve Demirel, 2016, ss.84-91) fonksiyonel sağlık örüntüleri alt başlıklarına şu şekilde yanıtlar vermiştir:**

**Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi:** *“...Sağlıklıyım genel bakıldığında ama tedavi süreci için il dışına gidip geldiğimiz için bu durum enerjimi düşürmekte ve tedavi sürecinde aldığımız ilaçlar, gidiş gelişler ekonomik anlamda zorlamakta... ”*

**Beslenme-Metabolik Durum:** *“...Beslenme de sıkıntı yaşıyorum, sürekli açım bence bozuk metabolizam, yemek yedikten bir saat sonra ara öğüne ihtiyaç duyuyorum. İki ana öğün bir sürü ara öğünüm var. Babam şeker hastası olduğu için yatkınlığım olduğunu düşünüyorum. Kendimce dikkat ediyorum. ..”*

**Boşaltım:** *“Düzenli boşaltım ihtiyacımı karşılıyorum, bir sıkıntım yok.”*

**Aktivite-Egzersiziz:** *“...Haftada üç gün rahat yürüyüş yapıyorum 40 dk gibi. İşte de hareketliyim.”*

**Uyku-Dinlenme:** *“Uyku düzenim bozuk bu süreçte bazen yaşadığım süreçler rüyalarımaya yansımakta uyku uyanıklık durumumu etkilemekte... ”*

**Bilişsel- Algılama Biçimi:** *“...Bilişsel algılama da kaygı düzeyim hep yüksek. Tedaviye başladığımız ilk günden beri sürekli yeni sağlık kelimeleri giriyor hayatımıza. Çocuk sahibi olmakla ilgili bilgilere internetten ve doktorumuzdan karşılamaya çalıştık ama muayenelerde çok fazla soru cevap yapılamıyor.”*

**Kendini Algılama:** *“Kendimi beden imajı olarak biraz kilodan kaynaklı çirkin hissediyorum. Ayrıca tedavi süreci nedeniyle sık muayeneler de beni rahatsız ediyor.”*

**Rol-İlişki:** *“Eş rolünde kendimi bir evlat veremediğim için eşime karşı eksik hissediyorum. Ve kayınvalidem bir torun istediği için onunla her zaman bir araya gelmek istemiyorum. İmalı sözlerinden yoruldum. Okulda eğitim devam ederken de bu konu sürekli aklımda. Okula gitmek istemiyorum bazı zamanlarda. Anne olmanın nasıl bir duygu olduğunu çok merak ediyorum. Anne -bebek görünce acaba bende bir gün böyle olabilecek miyim diye sorgularken buluyorum kendimi...’*

**Stresle Baş Etme:** *“Stresle baş etme konusunda çok şeyde başarılıyım ama infertilite konusunun sonuçlarını kabul edemiyorum, kendimi çaresiz hissediyorum. Farklı stres durumlarında kitap okuma, amigurumi yapma, çiçek satın alıp çiçek fideleme vb. yapardım. Ama artık hiçbirini yapamıyorum. Odak noktam çocuk oldu. Bu süreç çok zor ve zahmetli. Dış merkezde takip ediliyorum. Gidiş gelişler hem bedenen yoruyor hem ekonomik anlamda yoruyor.”*

**Cinsellik-Üreme:** *“...Sadece çocuk yapma odaklı bir cinsellik var. Cinselliği çocuğa odaklamış durumdayız, duygusal dokunma beraber bir şey yapma vb. unuttuğumuz zamanlar oluyor. Cinsellik bizim için görev mantığına dönüşüyor. Cinselliği sadece çocuk yapma eylemi olarak görüyorum. O yüzden cinsellikten nasıl zevk alınır bilmiyorum. Bir gerginlik ve stres*

*altında birlikte oluyoruz. Acaba bu sefer olacak mı diye sürekli düşünceler geliyor. Adet döngümü uygulamalar ile takip ediyorum. Yumurta atım günlerini hesaplıyorum herhangi bir sebepten ilişki olmadığı zamanlar sinirleniyorum boşa gittiği için.”*

**Değer-İnanç:** *“İnanç olarak kendimi bu konuda hep dua ederken buluyorum ama bu durum kısa süre beni olumlu etkiliyor sonra yine düşünceler, çevredeki insanların sürekli soruları, bakışları beni umutsuz hissettiriyor...”*

**Tablo 2: Hasta izlemi ve yapılan görüşmelerin Joyce Travelbee'nin insan insana ilişkiler modeline göre hemşirelik süreci**

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 1. GÜN | <b>İlk Karşılaşma Aşaması</b>           | İlk karşılaşma süreci hemşirenin birey ve bireyin hemşire hakkında ilk izlenimlerinin oluşturduğu duygusal bilgi aşamasıdır (Nelson, 2011, ss.295-298; Özkan, 2017, ss.224-238). Duygusal bilgi, ilk karşılaşmalar sırasında hem hemşirenin hem de hastanın izlenimlerini ve algılarını renklendirmektedir. Amaç hastadaki insanı algılamak için kategorizasyon bağı kırılmaktır (Meleis, 2011, ss.258-263). Hemşire hastayı HSG işlemi sonrası vajinal kanama tanısıyla kontrol amaçlı kadın hastalıkları ve doğum servisine yatışı yapılan genç bir hasta olarak algılamıştır. Yatışı sırasında hemşirenin gözlemleri ile hastanın gergin, mutsuz ve iletişime kapalı (yatış işlemi sırasında sorulan sorulara gözlerini kapatması, yüz ifadesi, kalabalık ortamdan kaçma eğilimi) bir kadın olarak gözlenmiştir. Hasta da hemşireyi “hastane yatış işlemleri, rutin bakım, takip ve tedavisini yapacak ve infertilite ile ilgili herkesin sorduğu soruları soracak bir sağlık çalışanı” olarak algılamıştır.   |
| 2. GÜN | <b>Kimliklerin Ortaya Çıkma Aşaması</b> | Bu aşamada hem hemşire hem de birey ilk karşılaşma sürecindeki perspektiflerini aşmaya başlamış olup birbirlerini tek bir birey olarak görebilmektedir (Nelson, 2011, ss.295-298; Özkan, 2017, ss.224-238). Bu aşamada her birey diğerinin benzersizliğini takdir etmeye başlamaktadır. Böylece hemşire ve birey arasında bir bağ oluşmaktadır. Bağ, hemşire-birey etkileşimi yoluyla oluşturulur ve şekillendirilir, hemşirelik bilgisi ile birlikte, terapötik iletişimin kullanılmasyla da kolaylaştırılmaktadır (Peden ve ark., 2015, ss.67-81). Hemşire tarafından hastaya yatış işlemleri aşamasında “ <i>şu an görüşmek istemiyorsunuz, anlıyorum yorgunsunuz ve sorular dan sıkılıyorsunuz</i> ”. Şu an sadece yatış işlemleri ile ilgili sorular soracağını ifade etmiştir. Hemşire “ <i>daha sonra takip ve tedavilerinizi yapmak için yanınıza geleceğim, siz istediğinizde ve müsait olduğunuzda sizinle görüşmek isterim</i> ” mesajını vermiştir. Bu mesajdan sonra ki takip ve tedavi saatlerinde hasta görüşmek istediğini ifade etmiştir. Hasta hemşirenin kendini tanıtmayı ile “ <i>isminin R.D olduğunu, klinikte uygulamaya çıkan doktora öğrencisi olduğunu ve ihtiyaçlarını karşılayarak, takip ve tedavisi ile ilgilenen</i> ” kişi olduğunu öğrenmiştir. Hemşire ise, hastanın isminin M.B.A olduğunu, HSG sonrası vajinal kanama nedeniyle hastaneye başvurduğunu, 26 yaşında evlendiğini, üç yıldır infertilite tedavisi görmesine bağlı sosyal olarak hayata küsmüş, ümitsiz, mutsuz bir birey olduğunu gözlemlemiştir.                               |
| 3. GÜN | <b>Empati Aşaması</b>                   | Bu aşama, bir başkasının deneyimini paylaşmayı içermektedir (Özkan, 2017, ss.224-238). Bir başkasının davranışını tahmin etme yeteneği ile karakterize edilmektedir. Empati kurarken, harekete geçme eylemi yoktur (Nelson, 2011, ss.295-298). Empati aşamasında hemşire bireyi, dışa dönük davranışların ötesinde görmeye başlamaktadır. Hemşire bireyin içsel deneyimini de belirli bir zamanda doğru bir şekilde hissetmeye başlar. Empati ile hemşire, kişinin neler yaşadığını görmesini sağlamaktadır (Peden ve ark., 2015, ss.67-81). Hemşire hastanın HSG sonrası vajinal kanama + ağrı tanısı ve infertiliteye bağlı ümitsizlik korkuları nedeni ile yaşayabileceği olası sıkıntıları hastaya yardım etme arzusu içinde empati kurarak saptamaya çalışmıştır. Hasta ile empatiye dayalı bir iletişim kurulur (Hastanın duygularının anlaşıldığı, içinde bulunduğu durumun tahmin edilebildiği iletir). Bu aşamada hasta da hemşirenin ona yardım etme isteğini algılamıştır. Hemşireye nasıl destek olabileceğini sorgulamaya başlamıştır. Hasta empati aşamasında infertilite tedavisine başladığı süreç itibarıyla eşi ve sosyal hayatı ile iletişiminin giderek azaldığını ifade etmiştir. Ayrıca diğer stresli durumlarında (örneğin okulda çok fazla sayıda iş verildiğinde veya okuldaki aşırı gürültü gibi durumlarda) kullandığı ve farkında olduğu (gerçekçi hedef ve beklentiler koymak, sürekli kafenden uzak kalmak, rahatlatıcı müzik dinlemek, eve gelirken saksıya ekecek çiçek vb. almak) baş etme davranışlarının kendisi için anlamını ifade etmiştir. |
| 4. GÜN | <b>Sempati Aşaması</b>                  | Sempati bir kişiye sıkıntısını gidermek için yardım ya da yardım etme arzusu anlamına gelmektedir (Nelson, 2011, ss.295-298). Kişilerin stresini azaltmak için onlara yardım etme isteği ile ilişkilidir (Özkan, 2017, ss.224-238). Sempatiye başkalarının ne hissettiğini ve deneyimlediğini paylaşma, hissetme ile ulaşılmaktadır. Bu aşama duygusal katılımı gösterir. Hemşirenin görevi, sempatiyi yardımcı hemşirelik faaliyetlerine çevirmektir (Meleis, 2011, ss.258-263). Hemşire hasta için yardım etme arzusunu eyleme çevirir. Hemşire hastanın aile ve sosyal ilişkilerde bozulma probleminin nedenini infertilite ile ilgili soru, duyguların ilettilmesinde yaşadığı stres ve bu stresle baş etmede yetersizlik yaşamasına bağlı olduğunu anlatmıştır. Bu stres durumunda yaşadığı duyguları açıklayabilmesi için hastaya konuşma fırsatı verilmiştir. Hemşire hastanın eşi ile yaşadığı sıkıntıların nedenlerini empati ve sempati yaparak anlayabileceğini ifade etmiştir. Hastaya o andaki olumlu yönler gösterilmeye çalışılmıştır (eşinin yanında olması vb). Hasta hemşirenin stresle baş etmede önerdiği uygulamaları (düzenli egzersiz yapmak, ilgisini yoğunlaştıracağı ve enerjisini atabileceği aktiviteler yapmak, konuşmak istemediği ortamlardan çıkıp derin bir nefes almak, istediği zamanda konuşması için cesaretlendirmek) kolaylaştırmak için destek olmaya başlamıştır.  |

|        |                            |  |
|--------|----------------------------|--|
| 5. GÜN | <b>Dostça Uyum Aşaması</b> | Hemşire ve bireyin birbirleri ile iyi iletişim kurdukları, birbirlerinin duygularını veya fikirlerini anladıkları, yakın ve uyumlu bir ilişkinin olduğu aşamadır (Nelson, 2011, ss.295-298). İlişkiler kurulduğunda hemşire, hastalarının deneyimlerinde anlamlarını kabul etmelerine ve bulmalarına ya da insanlıklarını dolaylı (benzer kişisel deneyimleri paylaşarak doğrudan yüzleşmeden kaçınarak) ya da doğrudan (ilgili sorular sormak veya durumu mantıksal olarak açıklamak) yöntemlerle kabul etmelerine yardımcı olabilmektedir. Hemşire-hasta ilişkilerinde ilişki kurmak ve acı çekmede anlam bulmak, sonunda hastalarda umut gelişimine yol açmaktadır (Meleis, 2011, ss.258-263). İnsan-İnsana İlişkiler Model'inin ilk dört aşaması olan; ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati ve sempati aşamaları bu aşama içinde sonuçlanmaktadır. Hemşire ve hasta arasındaki bütün duygu, düşünce, tutum, paylaşma ve iletme dostça ilişki aşamasında açığa kavuşmuştur. Bütün kararlar hasta ile birlikte verilmiştir. Hastayla hemşire arasındaki bağın gelişmesiyle dostça ilişki kurulmuş ve taburculuk sonuna kadar iş birliği devam etmiştir. M.B.A ilk karşılaşma aşamasında hayata küsmüş, üzgün, iletişime kapalı, kalabalık ortamlardan kaçma eğilimi olan bir bireyken, modelde uygulanan hemşirelik yaklaşımları sonucunda olumlu değişimlerle birlikte taburcu edilmiştir. Dostça ilişki aşamasında hastanın umudunun yüksek olduğu gözlenmiştir. |
|--------|----------------------------|--|

**Tablo 3: Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişkiler Modeli çerçevesinde NANDA-I, NIC, NOC sınıflandırma sistemlerine (Ackley ve ark., 2019, ss.1-1016; Bulechek ve ark., 2017, ss.107-434) göre hemşirelik süreci bakım planı**

| Hemşirelik Tanımları   | Hedeflenen NOC Çıktıları  | Hemşirelik Girişimleri NIC  | Değerlendirme  |
|--|---|---|--|
| HSG'ye bağlı <b>'Akut Ağrı'</b><br><b>Alan 12.</b> Konfor<br><b>Sınıf 1.</b> Fiziksel Konfor<br><b>Kod:</b> 00132                                  | -Hastanın ağrı puanı 6'dan 4'e düşecek<br>-Ağrısının azaldığını ifade edecek<br>-Ağrı yönetimi ve konforu sağlanacak. | - Ağrının yeri ve şiddeti değerlendirildi (hastaya ağrı şiddetini tanımlaması için Vizüel Anolog Skalası uygulandı)<br>(Ağrı yeri: alt karın bölgesi, VAS: 6)<br>-Hastanın vital bulguları ölçüldü (Solunum: 18/dk, nabız:78/dk, kan basıncı:110/70 mmHg, ateş: 36,6 °C).<br>-Hekimin istemine göre analjezik kullanımı değerlendirildi ve yan etkilerinin olup olmadığı belirlendi (mide bulantısı, solunum depresyonu, iştahsızlık, kaşıntı, konstipasyon vb.),<br>-Hastaya non-farmakolojik yöntemler önerildi (Gevşeme, hayal kurma, müzik terapi, dikkati başka yöne çekme, sıcak/soğuk uygulama, masaj) ve uygulamak için hasta ve yakınları ile uygun şekilde iş birliği yapılarak hastaya abdominal ve sırt bölgesine iki gün boyunca 30 dk masaj uygulandı,<br>-Ağrıyı artıran uyaranlar (ısı, ışık, gürültü, invaziv girişimler, aynı pozisyonda uzun süre kalma vb.) en aza indirildi.<br>-Ağrılı aktivitelerden önce, sonra ve mümkünse aktivite sırasında ağrı meydana gelmeden ya da artmadan önce; diğer ağrı hafifletme/giderme yöntemleriyle birlikte non-farmakolojik tekniklerden (örn; biyolojik geri bildirim, hipnoz, gevşeme, rehberli hayal etme, müzik tedavisi, dikkati başka yöne çekme, oyun terapisi, aktivite terapisi, akupres, sıcak/soğuk uygulama ve masaj) bahsedildi.<br>-Ağrının azaltılmasını kolaylaştırmak için yeterli dinleme/uykunun öneminden bahsedildi. | M.B.A uygulanan analjezik ve masaj uygulaması sonrası ağrısının 6'dan 4'e düştüğünü, ağrısının azaldığını ifade etti.  |
| HSG'ye bağlı <b>'Vajinal Kanama'</b><br><b>Alan 11.</b> Güvenlik/Koruma<br><b>Sınıf 2.</b> Fiziksel Yaralanma<br>Kanama Riski<br><b>Kod:</b> 00206 | -Kanama belirti bulguları izlenecek (hipotansiyon, taşikardi vb.),<br>-Hastanın vajinal kanama miktarı azalacak.      | -Kanama kontrolü ped takibi ile yapıldı.<br>-Bol sıvı almasının öneminden bahsedildi.<br>-Aşırı kan kaybı belirtileri hakkında bilgilendirildi.<br>-Şok belirtileri yönünden izlendi.<br>-15 dakikada bir yaşam bulguları gözlemlendi.  | İlk güne göre kanama miktarının azaldığı gözlemlendi, yaşam bulgularının normal sınırlarda olduğu (Kan basıncı: 120/80 mmHg, ss: 16/dk, nabız: 72/dk, ateş 36.2 °C) tespit edildi. |



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| İnfertiliteye bağlı<br>"Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma"<br>Alan 7. Rol ilişkileri<br>Sınıf 2. Kesintiye uğrayan aile süreçleri<br>Kod: 00060 | -Ailenin psikososyal, ekonomik ve fizyolojik fonksiyonlarını sürdürmesinin desteklenmesi sağlanacak | -Ailenin durumu değerlendirilmesine yardım edildi.<br>-Aileye hasta hakkında doğru ve tam bilgi vererek, sorularını yanıtlayarak hasta ile ilgili gerçekçi bir bakış açısına sahip olması sağlandı.<br>-Aile üyelerinin rahat iletişime girebilecekleri bir ortam sağlandı.<br>-Ailenin güçlü yönleri vurgulandı.<br>-Aileye hasta olan bireyden beklentilerinin gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesi için yardım edildi.<br>-Hasta ve aileyi gereksinimleri doğrultusunda kurumlara ve kaynaklara yönlendirilme konusunda eğitim verildi.   | M.B.A'nın eşi, annesi ve kayınvalidesi ile görüşüldü, infertilite tedavisine bağlı psikososyal, ekonomik ve fizyolojik fonksiyonlara yönelik bilgilendirme sonrasında hastanın eşi, kayınvalidesi ile iletişiminin arttığı gözlemlendi. |
| İnfertiliteye bağlı<br>"Sosyal ilişkilerde bozulma"<br>Alan 12. Konfor<br>Sınıf 3. Sosyal Konfor<br>Kod: 00053   | -Hastanın sosyal ilişkileri artırılacak   | -Hastayla konuşularak sorunun kaynağı belirlendi. (Hastaya infertilite damgalanma ölçeği ve İnfertilite etkilenme ölçeği kullanıldı. Ölçeklerden sırasıyla 100 ve 60 puan aldı)<br>-Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlandı.<br>-Bireye yaşadığı stres durumu ile ilgili başa çıkma yöntem ve teknikleri öğretildi.<br>-Bu süreç içerisinde ailenin desteği alındı.<br>-Günlük sosyal aktiviteler planlandı ve mümkün olduğunca kişinin uyması sağlandı.<br>-Bireyin sevdiği ile sık sık zaman geçirmesinin öneminden bahsedildi.  | Yapılan girişimler sonucu; ilk yatış günü hastanede çalışan personellerden ve aynı servisteki hastalardan kaçınma davranışı gösteren M.B.A'nın bu eğiliminin azaldığı gözlemlendi.  |
| İnfertiliteye bağlı<br>"Baş Etmede Eksiklik"<br>Alan 9. Baş Etme / Stres Toleransı<br>Sınıf 2. Başa Çıkma Yanıtları<br>Kod: 00069                        | -Etkili ve etkisiz baş etme kalıplarını tanımlayacak ve etkili baş etme stratejilerini kullanacak   | -Hastanın kısa ve uzun vadeli gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edildi.<br>-Ortak ilgi ve hedefleri olan hastalarla ilişki kurmaya teşvik edildi.<br>-Hastanın hastalık sürecini nasıl algıladığı değerlendirildi.<br>-Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi verildi.<br>-Çaresizlik duyguları ile baş etmenin bir yolu olarak gerçekçi umut etme tutumunu benimsemeye teşvik edildi.<br>-Sosyal ve toplumsal aktivitelere teşvik edildi.<br>-İstenirse manevi kaynakları kullanmasına izin verilip cesaretlendirildi.<br>-Kendi güçlerini ve yeterliklerini tanıması için hasta cesaretlendirildi.<br>-Uygun destek sistemlerini belirlemesi için hastaya yardım edildi. | M.B.A. hemşirelik girişimleri sonucunda farklı stres durumlarında yaptığı etkinlikleri tekrar yapmak istediğini belirtti (...kitap okuma, amigurumi yapma, çiçek satın alıp çiçek fideleme vb.)   |

## 4. TARTIŞMA

İnfertilite sürecinde yapılan tetkik ve tedaviler çiftler için psikolojik ve ekonomik yük oluşturmaktadır (Yılmaz ve Şahin, 2020, ss.84-85). İnfertilite tedavi merkezlerinin yaşanılan bölgede olmaması ailenin ekonomisine fazladan yük getirerek özellikle gelir düzeyi düşük olan çiftleri etkileyebilmektedir. Bu durum çiftlerde daha fazla strese neden olabilmektedir (Demir ve ark., 2019, ss.117-123). Olgumuzda M.B.A. tedavi sürecinde ekonomik olarak zorlandığını şu şekilde ifade etmiştir: "... il dışına gidip geldiğimiz için bu durum enerjimi düşürmekte ve tedavi sürecinde aldığımız ilaçlar, gidiş gelişler ekonomik anlamda zorlamakta..." Yapılan bir çalışmada da infertilite tedavisine yönelik sadece ilaç kullanan çiftlerin maliyetlerinin 912\$ olduğu, In Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavi sürecinde ise bu maliyetin daha da arttığı belirtilmiştir (Wu ve ark., 2014, ss.427-432).

İnfertilite süreci sosyal izolasyona ve damgalanmaya da neden olabilmektedir. İnfertilite damgalanma ölçeği ve infertilite etkilenme ölçeği ile puanları değerlendirilen olgumuzda ölçek

puanlarının (sırasıyla 100 ve 60 puan) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca olgumuzda M.B.A ile rol-ilişkileri konuştuğumuz örüntüde “... ve kayınvalidem bir torun istediği için onunla her zaman bir araya gelmek istemiyorum. İmalî sözlerinden yoruldum...” cümlesi ile damgalanma yaşadığını desteklemektedir. Hasanpoor-Azghdy ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada katılımcıların, bazı sosyal etkinliklerde çevrelerindeki kişilerin bazı eylem ve ifadelerinden kaynaklanan damgalanma deneyimleri yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda kendilerini eleştirenlerle temastan kaçınmayı ve sosyal etkinliklere katılmak istemediklerini ifade etmişlerdir (Hasanpoor-Azghdy ve ark., 2015, ss.409-420). Yapılan başka bir çalışmada da kadınların infertil olduklarının bilindiği sosyal ortamlarda ve konuşmanın konusu çocuklar olduğunda utandıkları bildirilmiştir. Aynı zamanda kadınların bu tür toplantılardan kaçınmayı tercih ettikleri ve sosyal olaylardan uzaklaştıkları belirtilmiştir (Daibes ve ark., 2018, ss.516-530).

İnfertilite sürecinin getirmiş olduğu sosyal izolasyon ve damgalanma bireylerde strese de neden olmaktadır. Bireyler stres durumlarında etkili veya etkisiz baş etme yöntemlerini tercih edebilmektedir. Olguda M.B.A stresle baş etme örüntüsündeki konuşmamızda: “*Stresle baş etme konusunda çok şeyde başarılıyım ama infertilite konusunun sonuçlarını kabul edemiyorum, kendimi çaresiz hissediyorum. Farklı stres durumlarında kitap okuma, amigurumi yapma, çiçek satın alıp çiçek fideleme vb. yapardım. Ama artık hiçbirini yapamıyorum...*” şeklinde ifade etmiştir. Sosyal destek grupları, uzmanlardan destek almak, durumu kabullenme iyimser olma ve kendine güvenme ve umut olumlu başa çıkma yöntemleri arasındayken, kendini çaresiz hissetme, kötümser olma, sosyal izolasyon, kendi kendine suçlama, tükenmişlik olumsuz başa çıkma yöntemlerindedir (Dağ ve ark., 2015, ss.1457-1462).

İnfertilite ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. İnfertilite varlığı durumunda cinsellik üreme fonksiyonunun gerisinde kalabilmektedir. Bu durumda yetersizlik hissine, suçluluk duygusuna, benlik hissini azalması gibi birçok sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Küçükdurmaz ve ark., 2015, ss.285-288). Olguda M.B.A cinsellik- üreme örüntüsüyle ilgili konuşmamızda: “*...sadece çocuk yapma odaklı bir cinsellik var. Cinselliği çocuğa odaklamış durumdayız, duygusal dokunma beraber bir şey yapma vb. unuttuğumuz zamanlar oluyor. Cinsellik bizim için görev mantığına dönüşüyor. Cinselliği sadece çocuk yapma eylemi olarak görüyorum. O yüzden cinsellikten nasıl zevk alınır bilmiyorum. Bazen cinsel istek kaybı bile oluyor. Bir gerginlik ve stres altında birlikte oluyoruz. Acaba bu sefer olacak mı diye sürekli düşünceler geliyor...*” şeklinde açıklamıştır. Literatürde bu durumu desteklemektedir. İnfertilite tedavisi sürecinde, çiftlerin %50-60’ı cinsel tatminlerinde kayda değer düzeyde azalmayla karşılaştığını ifade etmektedir. Cinsel istek kaybı, cinsel ilişki sayısında azalma ve cinsel tatminsizlik, orgazma ulaşmada değişiklik, düşük benlik saygısı infertil çiftlerin yaşadığı sorunlardan bazılarıdır (Mirblouk ve ark., 2016, ss.117-124).

İnfertilite tedavi süreci hem birey hem de aile için oldukça stresli ve ekonomik olarak da pahalı olmakla beraber eş ve sosyal hayatla olan ilişkileri etkileyebilen bir kriz durumudur. Bu kriz durumlarında bireyle iletişim halinde olan hemşirelerin bireyin yaşadığı ve yaşayabileceği sorunları önceden belirlemesi, uygun hemşirelik sürecini planlaması gerekmektedir. Bu süreçler planlanırken hemşirelik modellerinden de yararlanılabilmektedir. Hemşirelik modelleri kavramlar aracılığıyla verileri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında hemşirelik sürecini sistematize ederek hastaya bütüncül bir yaklaşım ile bakımın sunulmasına katkı sağlamaktadır.

Joyce Travelbee insan insana ilişki modelinde etkileşim ve iletişim sayesinde hemşire ile hasta arasında bağın güçlendiğini belirtmektedir. Travelbee insan insana ilişki modelinde

insanın eşsiz ve benzersiz bir varlık olduğunu vurgulamaktadır. Bu benzersiz varlık hayatın her aşamasında gelişir ve değişir. Gelişim ve değişim aşamasında olan insan birtakım acılarla karşılaşır. Bu acıları her insan öznel bir şekilde yorumlamakta ve anlam çıkarmaktadır. Travelbee acıyla karşılaşan her insanın umudunun olduğunu ifade eder. Travelbee bu umudun açığa çıkmasında hemşirenin rolünün acı ve stresin üstesinden gelmek için insanın umut yaşamasına yardımcı olmak olduğunu ifade etmektedir (Özkan, 2017, ss.224-238).

İnfertilite tedavisinin başlangıcıyla beraber çiftlerle iyi ilişkiler oluşturulması oldukça önemlidir. Bu ilişkiler oluşturulurken hassas olan infertil çiftlere sorunlarını güvenle paylaşabileceği rahat bir ortam sağlanmalı ve terapötik iletişim kurulmalıdır. İnfertil çiftlerle iletişimde çiftlere ne fazla umut verme ne de umutsuzluğa yönlendirilmemelidir. Toplumdan sosyal damgalanma nedeniyle izole olan bu çiftlere duygusal destek ve doğru kaynaktan doğru bilgi sağlayacak sosyal destek grupları oluşturulmalıdır. Aynı zamanda çiftler sosyal aktivitelere de yönlendirilmelidir (Şirin, 200, ss.2-54; Murray ve Mckinney, 2006, ss.731-748).

Stresle etkisiz baş etme yöntemi tercih eden olgumuzda insan insana bir ilişki geliştirilmiş olup, NANDA-I, NIC ve NOC sınıflama sistemlerinden de yararlanarak bir hemşirelik bakım planı oluşturulmuş ve uygulanmıştır. Modelin beş aşamasında uygulanan hemşirelik girişimleri (Tablo 2) sonucunda infertilitenin getirmiş olduğu olumsuz sonuçlar birey ve ailesi ile konuşulmuştur. Önceden stresli durumlarında kullandığı ve farkında olduğu baş etme davranışlarının kendisi için anlamını ifade etmesine fırsat verilmiştir. Bu anlamı içinde bulunduğu durum içinde kullanabileceği belirtilmiştir.

## 5. SONUÇ

İnfertilite tedavi süreci bireyler için fiziksel ve psikososyal anlamda zor bir süreçtir. Bu zor süreçte etkin rol alan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. Literatürde infertilite sürecinde bireylerin içinde yaşadığı durumu ele alan çalışmalar mevcut iken model çerçevesinde ele alınan çalışmalarda bilgi sınırlıdır. Bu olgu sunumunda, infertilite problemi yaşayan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı J. Travelbee'nin "İnsan İnsana İlişki Modeli" doğrultusunda ele alınmış olup, model çerçevesinde sunulan bakım ile bireylerin biyopsikososyal yönden ele alındığı ve bireylerin yaşadığı deneyimden anlam bulmasını sağladığı, infertilitenin getirmiş olduğu sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmak ve umudu güçlendirmek için hemşirelik bakımının önemli olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın infertilite problemi yaşayan çiftlere hizmet veren hemşireler için bakımın güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

**Onam:** olguya çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Olgunun sözlü ve yazılı onamı alınmıştır.

**Çıkar çatışması:** Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya hasta ve hasta yakınları arasında bir çıkar çatışması olabilecek herhangi bir bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, birliktelik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışma sırasında, herhangi bir kurum, firma, şirket veya bireyden destek alınmamıştır.

## 6. KAYNAKLAR

Ackley, B.J, Ladwig, G.B., Makic, M.B.F. (2019). Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıta Dayalı Rehber. 11. Baskı. (Çev Ed: Gürhan N, Fidancı BE, Polat ÜG.). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, s. 1-1016.

Aimagambetova, G., Issanov, A., Terzic, S., Bapayeva, G., Ukybassova, T., Baikoshkarova, S., Terzic, M. (2020). The effect of psychological distress on IVF outcomes: Reality or speculations? PLoS One, 15(12), e0242024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242024>

Akyüz, A., Gürhan, N., Bakir, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(6), 469-476.

Bijur, P.E., Silver, W., Gallagher, E.J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. Academic Emergency Medicine, 8(12), 1153-1157. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01132.x>

Bulecek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.B., Wagner, C. (2017). Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC). 6. Baskı. (Çev Ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A.). Nobel Tıp Kitabevleri, s.107-434.

Çapık, A., Aksoy, M., Yılmaz, E., Yılmaz, F. (2019). Infertility Stigma Scale: A psychometric study in a Turkish sample. Perspectives In Psychiatric Care, 55(2),328-335.

Dağ, H., Yigitoglu, S., Aksakal, B.I., Kavlak, O. (2015). The association between coping method and distress in infertile woman: A cross-sectional study from Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences, 31(6), 1457-1462.

Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E. (2018). ‘Half a woman, half a man; that is how they make me feel’: a qualitative study of rural Jordanian women’s experience of infertility. Culture, Health and Sexuality, 20(5), 516-530. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1359672>

Dancet, E.A.F., Van Empel, I.W.H., Rober, P., Nelen, W.L.D.M., Kremer, J.A.M., D’Hooghe, T.M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. Human Reproduction, 26(4), 827-833. <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>

Demir Çaltekin, M., Başer, E., Aydoğan Kırmızı, D., Onat, T., Kara, M., Yalvaç, E.S. (2019). İnfertilitenin Sosyokültürel ve Ekonomik Durumla İlişkisi. The Relationship Between Infertility With Sociocultural and Economic Situation. Bozok Tıp Dergisi, 9(4), 117-123.

Erbaş, N., Demirel, G. (2016). Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2), 84-91.

Fu B, Qin N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Lei, J. (2015). Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. Journal of Psychosomatic Research, 79(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>

Gameiro, S., Boivin, J., Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and sterility*, 100(2), 302-309. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.015>

Gipson, J.D., Bornstein, M.J., Hindin, M.J. (2020). Infertility: a continually neglected component of sexual and reproductive health and rights. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(7), 505–506. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252049>

Grill, E. (2015). Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertility and Sterility*, 104(2), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.027>

Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2015). The Social Consequences of Infertility among Iranian Women: A Qualitative Study. *International journal of fertility and sterility*, 8(4), 409–420. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4181>

Hocaoglu, C. (2019). The psychosocial aspect of infertility. (Ed: Sultan Sheriff D.). *Infertility, Assisted Reproductive Technologies And Hormone Assays*. IntechOpen.

İldan Çalım, S., Saruhan, A. (2019). Travelbee kuramı'na göre verilen kişilerarası iletişim eğitiminin ebelerin iletişim becerilerine ve annelerin doğum memnuniyetine etkisi. *Life Sciences*, 14 (4), 104-121.

Küçükdurmaz, F., Taşkiran, M., Akbulut, F.M, Gökçe, A. (2015). Erkek infertilitesi ve cinsel fonksiyon ilişkisi. *Erkek Üreme Sağlığı*, 17(63), 285-288.

McDowell, S., Murray, A. (2011). Barriers to continuing in vitro fertilisation—why do patients exit fertility treatment? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(1), 84-90.

McKenna, H., Pajnkihar, M., Murphy, F. (2014). *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*, with Wiley E-Text. Second Edition. John Wiley and Sons, p.143-160.

Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Fifth edition. Lippincott Williams and Wilkins, p.258-263.

Mirblouk, F., Asgharnia, M., Solimani, R., Fakor, F., Salamat, F., Mansoori, S. (2016). Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 14(2), 117-124.

Murray, S.S, Mckinney, E.S. (2006). Infertility. In: *Foundations of MaternalNewborn and Women Health Nursing*. 6th Edition. Saunders Elsevier, p. 731-748.

Nelson, S. (2011). *Theories Focused on Interpersonal Relationships*. Butts JB, Rich KL, editors. *Philosophies and theories for advanced practice nursing*. Fourth Edition. Jones and Bartlett Publishers, p.295-298.

Özkan, B. (2017). Joyce Travelbee: İnsan İnsana İlişkiler Modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, editors. *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. 1. Baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık, s. 224-238.

Peden, AR., Staal, J., Rittman, M., Gullett, D.L. (2015). Nurse–Patient Relationship Theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee and Ida Jean Orlando. Parker ME, Smith MC, editors. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Fourth Edition. FA Davis Company, p.67-81.





Pedro, J., Canavarro, M.C, Boivin, J., Gameiro, S. (2013). Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction*, 28(9), 2462-2472.

Shelton, G. (2016). Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. *Journal Of The Advanced Practitioner In Oncology*, 7(6), 657-661. doi: 10.6004/jadpro.2016.7.6.7

Şirin, A. (2001). Tüp bebek uygulaması ve bu uygulamalardan yararlanan çiftlere yaklaşım. İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, s.2-54.

Travelbee, J. (1969). *Intervention in psychiatric nursing: process in the one-to one relationships*. Philadelphia: F.A. Davis Company, p.1-294.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Second Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, p.1-258.

Vander Borcht, M., Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset, s.1-120.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s. 234-258.

World Health Organization (WHO). (2020). *Infertility*. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infertility> Erişim Tarihi: 19.03.2023.

Wu, A.K., Odisho, A.Y, Washington III, S.L., Katz, P.P., Smith, J.F. (2014). Out-of-pocket fertility patient expense: data from a multicenter prospective infertility cohort. *The Journal Of Urology*, 191(2), 427-432.

Yılmaz, B., Şahin, N. (2020). İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: bir sistematik derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 84-85.

Yılmaz, E., Kavak, F. (2019). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 378-382.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., Van Der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801.