

# İnfertilitede Birey Merkezli Bakım Yaklaşımı\*

## Person Centered Care Approach in Infertility

İLKAY BOZ\*  
MEHTAP AKGÜN\*\*

\* Bu çalışma, "I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi"nde (22-24 Mart 2018) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 02.01.2018, Kabul Tarihi: 07.02.2018, Yayın Tarihi: 10.07.2019

Cite this article as: I Boz, M Akgün. İnfertilitede Birey Merkezli Bakım Yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16(2):170-175.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

© Telif Hakkı 2019 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) - Makale metnine www.kuhead.org web sayfasından ulaşılabilir.  
© Copyright 2019 by Koç University School of Nursing Publication of the Semahat Arsel Nursing Education and Research Center - Available online at www.kuhead.org

### ÖZ

Uzun vadeli tanı ve tedavi süreçleri nedeniyle infertilite tanısı alan bireylerin holistik bakıma olan ihtiyaçları göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Holistik bakım, yaşam ve varlık felsefesine dayanmaktadır. İnfertil bireylerin bakımına ilişkin mevcut biyomedikal modele alternatif, hasta merkezli ve birey merkezli bakım yaklaşımlarının olduğu bilinmektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımının, bakım kalitesi açısından bazı olumsuz eleştirilere maruz kaldığı bilinmektedir. İnfertil bireylerin hasta merkezli bakıma ilişkin olumsuz deneyimleri, bu yaklaşımının bireysellikten uzak olması noktasına odaklanmaktadır. İnfertil bireyler, bireysel tercih, ihtiyaç ve değerlerine uyumlanan bir bakım hizmeti almak istemektedir. Bu makalenin amacı infertilite tanısı almış çiftlere yönelik birey merkezli bakım yaklaşımını analiz ederek, sağlık bakım profesyonelleri için farkındalık yaratmaktır. Birey merkezli bakım, hastalığın fizyopatolojisi, prognozu ve tedavisinin yanı sıra bireylerin hastalığa ilişkin deneyimleri üzerine odaklanmaktadır. İnfertil bireylere verilen bakımın kalitesi, sağlıklı bir çocuğa sahip olmaktan ziyade bireylerin bu süreçle baş etmesi ve uyum sağlamasıyla değerlendirilmelidir. İnfertilitenin tüm aşamalarında bireylerin bu felsefeye dayanan bir bakım süreci deneyimlemeleri, ihtiyaçtan öte bir hak olarak kabul edilmelidir. Birey-merkezlilik, bireyselleşmiş bakım hizmeti verilmesini içermektedir. Birey merkezli bakım yaklaşımının hemşirelik bakım uygulamalarının kalitesi açısından önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bütüncül hemşirelik; bütüncüleyici sağlık; hasta merkezli bakım; hemşirelik bakımı; infertilite.

### ABSTRACT

Because of the long-term diagnosis and treatment processes in infertility, the need for holistic care in infertile individuals is a reality. Holistic care is based on the philosophy of life and the human being. Patient-centered and person-centered care approaches are known to be alternatives to the current biomedical model for infertile individuals. Patient-centered care has been subjected to negative criticism in terms of quality of care. The negative experiences of infertile individuals with respect to patient-centered care focus on the point that this approach is far from individualistic. Infertile individuals want to receive care that adapts to their preferences, needs and values. The aim of this article is to raise awareness in healthcare professionals by analyzing a person-centered care approach for a couple who was diagnosed with infertility. Person-centered care focuses on not only the pathophysiology, prognosis, and treatment of the disease but also the individual's experience. The quality of care given to infertile individuals should be assessed to the extent by which individuals cope and comply with this process rather than having a healthy child. In all stages of infertility, it should be accepted that individuals experience a care process based on this philosophy as a right beyond necessity. A person-centered approach includes the provision of individualized care. It is thought that the person-centered care approach plays an important role in improving the quality of nursing care.

**Keywords:** Holistic health; holistic nursing; infertility; nursing care; patient-centered care.

\* İ Boz, Doç. Dr.  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Dumluşar Bulvarı Kampüsü Konyaaltı / Antalya  
Tel: 0 242 310 69 17 Faks: 0 242 226 14 69  
e-posta: ilkayarslan@akdeniz.edu.tr

\*\* M Akgün, Araş. Gör.  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya  
e-posta: mhpdmr2015@gmail.com

**B**irçok ülkede çiftlerin çocuk sahibi olmaları toplumsal bir beklentidir. Doğurganlığa ilişkin beklentilerin gerçekleşmediği durumlarda çiftler, kendilerini yetersiz ve tamamlanmamış hissetmekte ve yoğun varoluşsal kaygılar yaşamaktadırlar.<sup>(1)</sup> Bir çok toplumda pronatal yaklaşımlarla erken yaşlardan beri erkekler genetik mirası devam ettirmek, kadınlar ise beklenen annelik rollerini yerine getirme kabiliyeti ile şartlandırılmaktadır.<sup>(2-4)</sup> Subfertilite durumunda infertilite tanı ve tedavilerinin bireylerin toplumsal rollerinde önemli bir gerginliğe neden olduğu bilinmektedir.<sup>(5)</sup>

Infertilite, günlük hayatın en büyük stres kaynaklarından biri olarak değerlendirilmektedir.<sup>(6-8)</sup> Infertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık potansiyel bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır.<sup>(9-11)</sup> Böylesi bir krizinin ortaya çıkmasıyla çiftler yaşamın anlam ve amaçlarını sorgulamaya başlamaktadır.

İnfertil çiftlerin ihtiyaç ve beklentilerine dayanan bireye odaklı sağlık hizmetinin sağlanması çiftlerin doğal hakkı olarak kabul edilmektedir.<sup>(12,13)</sup> İnfertil bireylerin karşılanmamış bakım ihtiyaçlarını gidermek, subfertiliteye uyum sağlamaları, yaşadıklarından anlam bulmaları ve baş etmelerini desteklemek üzere hemşirelik uygulamalarının holistik bakım felsefesine dayanması gerektiği düşünülmektedir. Bu felsefe ile infertilite tanısına sahip olan çiftin bütüncül olarak ele alınması, çiftin bakımın öznesi haline getirilmesi infertilite bakımında son derece önem arz etmektedir.<sup>(14)</sup> Bu bakım anlayışı infertilite bakım kalitesi açısından en önemli faktörlerden biridir.<sup>(15)</sup> İnfertil çiftlerin ilgili ihtiyaçlarını karşılamada hemşirelik bakım uygulamalarına birey merkezli bütüncül bakım yaklaşımının entegre edilmesi gerekliliği kaçınılmaz görünmektedir.

### Kavramsal Çerçeve: Holistik Bakım

Holizm, bütünü kendisini oluşturan parçalardan öte bir şey olduğu görüşünü öne çıkaran felsefi yaklaşımların ortak adıdır.<sup>(16)</sup> Holistik yaklaşım, yaşam ve varlık felsefesine dayanmaktadır.<sup>(17)</sup> Bu yaklaşıma göre bütün, onu oluşturan parçaların birbiriyle ilişkilerinin değerlendirilmesiyle anlaşılabilir. Bu yaklaşım akıl, beden ve ruh arasında bir ilişkinin var olduğunu kabul etmektedir. Hemşirelik bakım felsefesinde holistik yaklaşım, bireyin kendi hedeflerine odaklanarak onu iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Holistik hemşirelik felsefesi esas olarak bireyselliğe odaklanmaktadır.<sup>(16)</sup>

“Holistik bakım” teriminin 1980’li yıllardan itibaren Rogers, Parse, Newman gibi teorisyenlerle hemşirelik literatürüne girdiği bilinmektedir. Bununla beraber tarihsel süreçte hemşirelerin bireylere geleneksel olarak holistik bir yaklaşım içinde bakım verdiği bilinmektedir.<sup>(18)</sup> Hemşirelik tarihinde hemşireliğin yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlandığı herhangi bir dönem yoktur.<sup>(17)</sup> Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, akıl, beden ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır.<sup>(19)</sup> Bu nedenle bireyin

varlığının tüm boyutlarıyla bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde hemşirelerin holistik bakımı sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir.<sup>(20)</sup>

Bu makalenin amacı infertilite tanısı almış çiftlere yönelik birey merkezli bakım yaklaşımını analiz ederek, sağlık bakım profesyonelleri için farkındalık yaratmaktır. Makalede aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- İnfertilitede mevcut sağlık bakım yaklaşımları nelerdir?
- Hasta merkezli bakım yaklaşımı mı? Birey merkezli bakım yaklaşımı mı?
- Birey merkezli bakım yaklaşımı infertilite bakımında gerekli midir?

### İnfertilitede Bakım Gereksinimlerinin Karşılanma Durumu

Global toplum sağlığında infertil bireylerin bakımı ihmal edilen bir konudur. İnfertil çiftlerin %56’sının infertilite bakım kalitesine uygun bakımı alamadıkları bilinmektedir.<sup>(21)</sup> İnfertil bireylerin bakımının iyileştirilmesinde çiftlerin sağlık bakım profesyonelleri ile açık iletişim kanallarına, nitelikli bilgi edinmeye, gerçekçi umudun aşılınmaya, güçlenmeye, bakım hizmetlerinin erişilebilirliğine ihtiyaç duydukları saptanmıştır.<sup>(22-24)</sup> Bu çiftlerin deneyimlerine yönelik nitel çalışmalardan da onların karşılanmamış bakım gereksinimleri olduğunu ve yüksek kalitede bakıma ihtiyaç duyduklarını anlaşılmaktadır.<sup>(25,26)</sup>

İnfertilite sayısız psikososyal probleme neden olmasına rağmen, tüp bebek merkezlerinde infertilitenin psikoanalitik yönlerine yeterli önem verilmediği bilinmektedir.<sup>(27)</sup> Tüp bebek merkezleri ağırlıklı olarak gebelik ve canlı doğum sayısını yansıtan infertilite başarı şansını en üst düzeye çıkarmak üzerine odaklanmaktadır. Ancak tedavi başarısının yaşam tarzı, distres gibi birçok faktörden etkilendiği unutulmaktadır.<sup>(28,29)</sup>

### İnfertilitede Hasta Merkezli Bakıma Karşı Birey Merkezli Bakım

Bakım kalitesinde hasta merkezli (patient centered care) ve birey merkezli bakım (person centered care) olmak üzere birbirine benzer ancak farklılıkları olan iki temel yaklaşım bulunmaktadır. İnfertilite bakımında hangi yaklaşımın daha üstün olduğu yanıtlanması gereken bir sorudur.

### Hasta Merkezli Bakım

Hasta ve klinisyen arasındaki iletişim ve etkileşim olarak tanımlanmaktadır.<sup>(30)</sup> Hasta merkezli yaklaşım, hasta ve klinisyen arasında çift yönlü bir etkileşim kurarak; hastanın değer ve tercihlerini keşfetmek, uygun bakıma ulaşmada kolaylaştırıcı rol oynamak, hasta ve yakınlarına klinik karar verme aşamasında yardımcı olmak ve gerekli davranış değişikliklerini desteklemek temeline dayanmaktadır.<sup>(31)</sup> Picker Enstitüsü tarafından hasta merkezli bakımın sekiz boyutu tanımlanmıştır. Hasta merkezli bakım, hasta, aile üyeleri, sağlık

bakım profesyonelleri ve diğer hastane personellerinin dahil edildiği; “hastaların değer, tercih ve ifade ihtiyaçlarına saygı”, “bakım koordinasyonu ve entegrasyonu”, “bilgi, iletişim ve eğitim”, “fiziksel konfor”, “duygusal destek, korku ve kaygı hafifletilmesi”, “aile ve arkadaşların katılımı”, “geçiş ve süreklilik” ve “bakıma erişim” olmak üzere sekiz boyuttan oluşan bir yaklaşımdır.<sup>(32)</sup>

Birçok çalışma hasta merkezli bakımın, hasta memnuniyetini artırdığını, sağlık maliyeti ve eşitsizlikleri azaltırken bakım kalitesi ve sağlık sonuçlarını geliştirdiğini göstermektedir.<sup>(33-35)</sup> Ancak yapılan kalitatif çalışmalarda hasta merkezli bakım yaklaşımının uygulanmasına rağmen katılımcıların bakıma ilişkin ifadeleri düşündürücüdür. Hasta merkezlilik kavramı, biyomedikal modelden biyopsikososyal modele geçiş aşamasında ortaya çıkmaktadır. Biyomedikal model, hastalıkları anatomik, biyokimyasal ve nörofizyolojik bozulmaların neden olduğu patofizyolojik nedenlere dayandırarak açıklamakta ve hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını ihmal etmektedir. Gerçek bir patolojinin dışlanması şartıyla, birey ortada medikal olarak bir sorun yokken kendini rahatsız hissedebilir ya da tersine tanılanmış bir hastalığa sahip olmasına rağmen kendini hasta hissetmeyebilir.<sup>(36)</sup> Bu bağlamda hastalık subjektiftir, insanlar “hastalık” duygusu hissetirler, kendilerini rahatsız olarak tanımlarlar, sağlıklı hissettiklerinden farklı olarak hissettikleri şekle uygun davranırlar ve pek çok durumda tıbbi yardım ararlar.<sup>(17)</sup> Hasta merkezli bakım yaklaşımında, hastayla yapılan görüşmede öne çıkan hastalıktır ve hastalık öyküsü hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla görünmez kılmaktadır. Dolayısıyla bu yaklaşımda hastanın bütüncül olarak değerlendirilmediği bireysel farklılıkların göz ardı edildiği görülmektedir.

Geleneksel bakım yaklaşımlarının ötesinde sağlık bakım kalitesine ulaşmak ve sürdürmek için birey merkezli yaklaşımın bakım uygulamalarına entegre edilmesi önerilmektedir.<sup>(37)</sup> “Birey merkezli bakım”, bireylerin değer ve tercihlerinin ortaya çıkartılması, gerçekçi sağlık ve yaşam hedeflerini destekleyerek sağlık bakımının tüm yönlerinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması anlamına gelmektedir. Birey merkezli bakım, optimal düzeyde kaliteli sağlık bakımının sunulmasında önemli rol oynamaktadır.<sup>(38)</sup> Bu yaklaşım, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine aktif katılımını teşvik etmekte ve sağlık bakım profesyonelleriyle açık iletişim kanalları oluşturmasını sağlamaktadır. Birey ve sağlık bakım profesyonelleri arasında gelişmiş bir etkileşim, bireyin problemlerini çözme ve gereksinimlerini karşılamada daha doğru bir tanımlama yapılmasını yani sıra sunulan hizmete ilişkin hasta memnuniyetini artırmayı sağlamaktadır.<sup>(38,39)</sup> DSÖ (2007), birey merkezli bakım yaklaşımının, “bakım kültürü ve iletişim”, “duyarlı, sorumlu, denetimli hizmet ve kurumlar” ve “destekleyici bakım çevresi”ni içermesi gerektiğini vurgulamıştır. Son yıllarda birey merkezli bakım yaklaşımının kapsamı; “bireyselleştirilmiş bakım planı”, “bakım planının bireyin kendi hedeflerine odaklanılarak gözden geçirilmesi”, “birey bakımın bir üyesi olarak görülmesi ve sağlık bakım profesyonelleri tarafından desteklenmesi”, “sağlık bakım

ekibinin primer ve öncü iletişim kaynağı olması”, “tüm sağlık hizmetleri ve destek hizmet sağlayıcıları arasında aktif koordinasyonun sağlanması”, “sürekli bilgi paylaşımı ve iletişim”, “sağlık bakım profesyonelleri tarafından bireye verilen eğitim” ve “birey ve sağlık bakım profesyonellerinin geri bildirimine dayalı performans değerlendirmesi” olmak üzere genişletilmiştir.<sup>(40)</sup>

Hasta merkezli yaklaşımı, artan hasta memnuniyeti, daha iyi uyum ve gelişmiş sağlık çıktıları şeklinde olumlu sonuçlar ile ilişkili gösterilse de ancak her hastaya bu şekilde yaklaşımın doğruluğu konusunda bazı soru işaretleri mevcuttur. Hasta merkezli bakımda, hastada basit bir hastalık olması halinde bu yaklaşıma gerek duyulup duyulmadığı tartışılırken,<sup>(41)</sup> birey merkezli bakımda bireyi tanıma yoluyla bireyin hastalıktan etkilenme düzeyi belirlenmektedir. Sağlık bakım profesyoneli ve hasta arasında ortaya çıkan görüş ayrılıklarında hasta merkezli bakım yaklaşımının ortak karar alma sürecinde yetersiz olduğu tartışılırken birey merkezli bakım yaklaşımı bireye özelleştirilmiş bakım sunmaktadır. Birey merkezli karar vermede birey ekibin bir üyesi olarak görülmekte ve karar alma sürecine aktif katılımı sağlanmaktadır. Hasta merkezli bakımda hasta ile geçirilen sürenin ne kadar olması gerektiğine ilişkin tartışmalar sürerken birey merkezli bakımda zaman sorunu yerine bireyi tanıma yöntemleri kullanılmakta ve bakım kalitesine odaklanılmaktadır. Hasta merkezli bakımda, sağlık bakım profesyonelleri hastanın somut ve fiziksel sorunlarının ötesinde psikososyal problemleri ile karşılaştığında baş etmede yetersiz kalabileceği tartışılırken, birey merkezli bakımda hastanın sağlığına ve hastalığına ilişkin tüm süreçlerine tanık ve destek olma ön plandadır. Hasta ve birey merkezli bakım yaklaşımlarının farklılıklarını sistematik şekilde Tablo 1’de ele almıştır.<sup>(42)</sup> Hasta merkezli bakımın aksine, birey merkezli bakım hastalığın fizyopatolojisi, prognozu ve tedavisinin yanı sıra bireylerin hastalığa ilişkin deneyimleri gibi psikososyal boyutu ele aldığı görülmektedir (Tablo1).

**Tablo 1. Hasta ve Birey Merkezli Bakım Yaklaşımlarının Temel Farklılıkları**

Hasta Merkezli Bakım	Birey Merkezli Bakım
Genellikle kontrol, ziyaret ve takip sürecine odaklanma	Birey ile iletişim sürecinin devamlılığına odaklanma
Vaka ve hastalığa ilişkin bakım	Bireyin hastalığa ilişkin deneyimlerine odaklı bakım sunma
Bakımın merkezi hastalık yönetimi	Bakımın merkezi birey ve hastalıkla ilişkili olabilecek tüm durumlar
Hastalığın direkt olarak etkilediği sisteme odaklanma	Hastalığın, bireyin tüm sistemlerini etkileyebileceğine yönelik farkındalığa sahip olma
Hastalığı somut ve fiziksel olarak tanılama	Hastalığa ilişkin bireylerin olası psikososyal kaygılarını da içeren bütüncül tanılama
Hastalığın prognozunu değerlendirme	Hastalığın prognozu kadar bireylerin hastalığa ilişkin deneyimlerini değerlendirme

Infertilite bakımında bu yaklaşımların sonuçlarını inceleyen dört araştırmaya ulaşılmıştır. İlk çalışmada, Aarts ve ark. (2012) infertilitede hasta merkezli bakımın, daha yüksek yaşam kalitesi, daha düşük anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca hasta merkezli bakımın hastaların yaşadığı izolasyon hissi ve konsantrasyon düzeyi üzerine kısa süreli potansiyel etkileri olduğu belirlenmiştir.<sup>(43)</sup> Dancet ve ark. (2011)'nin yaptıkları kalitatif çalışmada hasta merkezli infertilite bakımına ilişkin sistem kaynaklı ve insan kaynaklı faktörler olmak üzere iki ana tema ve 10 alt tema belirlenmiştir. Sistem kaynaklı faktörler temasının “klinik ve personel yetkinliği” alt temasında bir hasta yaşadığı sorunu şöyle ifade etmiştir: “Jinekologum üç kez aynı soruları sordu ve dosyalar üç kez kayboldu. Bu beni gerçekten rahatsız ediyor”. Üçüncü alt tema olan erişilebilirliğe ilişkin başka bir hasta “Haftada üç kez ultrasonlar sabah saat 8.30 ile sabah 9.30 arasında yapılıyordu. Biraz geç gelsek, trafik sıkışıklığı gibi...büyük sorun yaratmaktaydı.” şeklinde deneyimlerini paylaşmıştır. Bu deneyimlerden hastaların bakımına ilişkin randevularda sağlık bakım profesyonellerinin esnek olması beklentisi içinde oldukları görülmektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımında “bakıma erişim” boyutunun mevcut olmasına rağmen, hastaların şartlarının yeterince değerlendirilmediği görülmektedir.<sup>(25)</sup> Yapılan başka bir kalitatif çalışmada, Inhorn ve ark. (2017) yumurta dondurma işlemi deneyimleyen ve hasta merkezli bakım alan kadınların deneyimlerine ilişkin sistem kaynaklı faktörler ve insan kaynaklı faktörler olmak üzere 2 ana tema elde etmiştir.<sup>(26)</sup> Yapılan çalışmalardan elde edilen temalar incelendiğinde, hasta merkezli bakım yaklaşımının infertil bireylerin bakımında yetersiz kaldığı söylenebilir. Infertil bireylerin tedavi, planlama ve bakım süreçlerine aktif katılmayı istedikleri anlaşılmıştır. Çalışmada infertilitenin uzun tedavi süreci nedeniyle bireyler, sağlık bakım profesyoneli ile görüşme zamanının planlanmasında ortak karar alınması gerektiğine inandıkları, bununla birlikte, kendilerine ilişkin kayıtların saklanması ve sağlık bakım profesyonellerinin kayıtlara hakim olmasını bekledikleri anlaşılmaktadır.

## Infertilitede Birey Merkezli Bakım

Son yıllarda hastaların tedavi boyunca yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve iyilik halini artırma hizmetlerinin verilmesine dikkat çekilmektedir.<sup>(44)</sup> Önemli duygusal yüke neden olan ve uzun vadeli tedavi planlarıyla ilişkili her tür sağlık hizmetinde birey merkezli bakım yaklaşımından yararlanılabilir.<sup>(38,39)</sup> Infertilite bakımı, bu gibi hassas alanlara bir örnektir.<sup>(45)</sup>

Infertilite uyumunda birey merkezli bakımda her bireyin özgünlüğüne, kişisel tercihlerine ve değerlerine saygılı olmak en az bakım vermek kadar önemlidir.<sup>(14)</sup> Infertilite yönetiminde birey merkezli bakım yaklaşımı, çiftlerin tedavi uyumu ve iyilik hali ile doğrudan ilişkilidir. Infertilitede birey merkezli bakımda, hastaların ihtiyaçları, tercihleri ve toplumun sosyokültürel özelliklerini tanımlama ve değerlerine saygılı olmayı gerektirmektedir.<sup>(29)</sup>

Infertilite ünitelerinde çalışan sağlık bakım profesyonellerinin birey merkezli bakım yaklaşımını benimsemeleri için birçok neden olduğu düşünülmektedir. İlk olarak, birey-merkezliliğin, Amerikan Sağlık Sektörü Kalite Danışma Komisyonu ve Tıp Enstitüsü (2008) tarafından belirlenen bakım kalitesinin altı temel hedefinden birisi olduğu bilinmektedir.<sup>(46)</sup> İkinci olarak, infertil çiftlerin üçte birinin tedavisi mevcut Yardımcı Üreme Tekniklerine (YÜT) rağmen başarıyla sonuçlanamamaktadır.<sup>(47,48)</sup> Bu çiftlerin neredeyse %55'inin uzun vadeli tanı ve tedavi süreçlerine maruz kalması birey merkezli bakım yaklaşımının önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu birkaç aydan yıllara kadar devam eden, büyük zararlara neden olan ve psikosomatik yük meydana getiren bir süreçtir. Üçüncüsü, infertilite ve tedavisinin fiziksel ve duygusal yükün tedaviyi terk etme oranlarını artırmaktadır.<sup>(48-55)</sup> Huppelschoten ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada bu çiftlerin %23'ünün, sürecin getirdiği fiziksel ve duygusal yüklerden dolayı tedaviye devam etmedikleri anlaşılmıştır.<sup>(56)</sup> Pedro ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık bakım profesyonelinin empati eksikliği ve tedavinin psikolojik yönlerine yeterli özeni göstermemesi, hastaların tedavi sürecini sona erdirmeye nedenleri olarak saptanmıştır.<sup>(57)</sup> Uzun vadeli tedavi sürecinde uzak etkileşimler ve etkisiz iletişim, infertilite tedavisinin bırakılmasının başlıca nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir.<sup>(58)</sup> Son olarak, hastalar tıbbi tedavinin yanı sıra, birey merkezli infertilite bakım hizmeti almak istemektedirler.

Amerikan Sağlık Sektörü Kalite Danışma Komisyonu ve Tıp Enstitüsü (2008) tarafından belirlenen bakım kalitesinin altı hedefinden birisi olan etkililik,<sup>(46)</sup> infertilitede doğumla sonuçlanan tek, sağlıklı bir yenidoğan anlamına gelmektedir. Ancak infertilite tedavisinde bakım kalitesi, tek ve sağlıklı bir yenidoğana sahip olmanın çok daha ötesindedir. Bakım sürecinde sadece etkililiğin ön planda olması bireye odaklılığın unutulmasına neden olmaktadır.<sup>(45)</sup>

Birey merkezli bakım yaklaşımının uygulanması ile hastaların görüşleri, ihtiyaçları ve endişeleri açık bir şekilde tanımlanması, onların olumlu bir tedavi deneyimi yaşamalarını sağlamaktadır. Hasta ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki profesyonel ilişki tedavinin tüm aşamalarında hastaların bakıma katılma ve karar verme süreçlerini etkilemektedir. Infertilite tedavi merkezlerinin ilgili bakımı sağlaması, infertilite tedavisinin neden olduğu duygusal ve fiziksel gerginliklerin çözümlenmesine yol açabilir.

Infertil bireylerde umudun aşılması, yaşamın anlam ve amacının açıklanması gibi manevi ihtiyaçlarının karşılanmasında, tutarlı ve açık bir bakım yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>(3,15)</sup> Infertilite tanı ve tedavi sürecinin her basamağında YÜT merkezlerinin kurum bakım stratejilerine birey merkezli bakım yaklaşımının entegre edilmesi önerilebilir. Birey merkezli bakım paradigması sosyopsikolojik bir yaklaşım olup sağlık bakım profesyonellerini infertil çiftlerin ruhsal yolculuklarını değerlendirmeye yönlendirmektedir.<sup>(3)</sup> Infertilitenin uzun tanı ve tedavi süreci nedeniyle, bireylerin sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkisi sadece ziyaretlerle

kısıtlanmamalıdır. İnfertil bireylerin sağlık bakım profesyoneline olan erişimini kısıtlamayacak bir organizasyon şeması gereklidir. Sağlık bakım organizasyonlarının birey merkezli bakıma ilişkin sorumlulukları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmeti alan bireylere ve sağlık bakım profesyonellerine iyileştirici bir çevre sağlama,
- Bakımın etkin ve verimli koordinasyonunun sağlanması,
- Multidisipliner bakım ekiplerinin kurulması ve güçlendirilmesi,
- Hasta eğitimi, aile katılımı, öz yönetim ve sağlık bakımı konusunda danışmanlık entegrasyonlarının güçlendirilmesi,
- Güvenli, kaliteli ve etik hizmetler için standartlar oluşturma ve teşvik sağlama,
- Bakım modelinin güçlendirilmesi ve tanımlanması,
- Sağlık hizmetleri yöneticilerinin liderlik kapasitesini artırarak birey merkezli bakım hizmetlerini savunmak şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>(37)</sup>

Hemşirelikte birey merkezli bakım yaklaşımı yalnızca infertilite alanında değil kadın sağlığının tüm alanlarına entegre edilmesi ve bütüncül bir yaklaşım sunulmasının kadın sağlığı açısından önemli bir adım olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak, insanlara daha yüksek bir bakım kalitesi sunmak, kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları geliştirmek hemşirelik ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin sorumlulukları arasındadır.<sup>(59)</sup>

## Sonuç

Sağlık hizmetlerinde biyomedikal modele temelli, sadece hastalık ve teknoloji odaklılığın bakım kalitesine ulaşmanın önünde önemli bir engel olduğu bilinmektedir. Birey merkezli bakım, bireylerin sağlık hizmetinin en önemli paydaşları olduğunu görüşünü kabul etmektedir. Birey merkezli bakım, infertil bireylerin tercih ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasında sağlık bakım profesyonellerine rehberlik edebilir. İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımının stratejik olarak eyleme geçirilmesi ve bu yaklaşımın sonuçlarını yansıtıcı kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Boz İ, Okumuş H. The "everything about the existence" experiences of Turkish women with infertility: Solicited diaries in qualitative research. *J Nurs Res*. 2016;25(4):268-75. doi: 10.1097/JNR.0000000000000166
2. Gurnath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility-A systematic review of prevalence studies. *Human Reprod Update*. 2011;17:575-88. doi: 10.1093/humupd/dmr015
3. Cunningham N, Cunningham T. Women's experiences of infertility-Towards a relational model of care. *JOCN*. 2013;22:3428-37. doi: 10.1111/jocn.12338
4. Hudson N, Culley L. The bloke can be a bit hazy about what's going on: Men and cross-border reproductive treatment. *Reproductive Bio Medicine Online*. 2013;27:253-60. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.06.007
5. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociol Health Illn*. 2010;32:140-62. doi:

- 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
6. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*. 2005;20(10):2969-75. doi: 10.1093/humrep/dei219
7. Hammerli K, Znoj H, Berger T. What are the issues confronting infertile women? A qualitative and quantitative approach. *The Qualitative Report*. 2010;15(4):766-82. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss4/1/>
8. Ramezanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Forooshani AR, Naghizadeh MM. Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2011;18(1):16-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216204/>
9. Oğuz HD. Infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri [master's thesis]. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004. Available from: [http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/ruh\\_sag\\_hast/dr\\_havva\\_deniz\\_oguz.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/ruh_sag_hast/dr_havva_deniz_oguz.pdf)
10. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Turk J Obstet Gynecol*. 2008;5(2):105-10. Available from: [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_9446/105-110.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_9446/105-110.pdf)
11. Jafarzadeh-Kenarsari F, Ghahiri A, Zargham-Boroujeni A, Habibi M, Hashemi M. Patient-centered fertility care: From theory to practice. *J Midwifery Reprod Health*. 2016;4(3):712-9. doi: 10.22038/JMRH.2016.7186
12. Akhondi M, Kamali K, Ranjbar F, et al. Prevalence of primary infertility in Iran in 2010. *Iran J Public Health*. 2013;42(12):1398-404. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441936/>
13. Zargham-Boroujeni A, Jafarzadeh-Kenarsari F, Ghahiri A, Habibi M. Empowerment and sense of adequacy in infertile couples; a fundamental need in treatment process of infertility: A qualitative study. *Qual Rep*. 2014;19(6):1-14. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss6/1/>
14. Roudsari RL, Helen TA, Pam AS. Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: A review of the literature. *Hum Fertil (Camb)*. 2007;10:141-9. doi: <https://doi.org/10.1080/14647270601182677>
15. van Empel IW, Nelen WL, Tepe ET, van Laarhoven EA, Verhaak CM, Kremer JA. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Hum Reprod*. 2010;25:142-9. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep362>
16. Demirsoy N. Eski uygarlıklardan günümüze yansıyan holistik tıp uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2014;22(3):106-19. Available from: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-eski-uygarliklardan-gunumuze-yansiyen-holistik-tip-uygulamaları-69733.html>
17. Montgomery-Dossey B, Keegan L. *Holistic Nursing: A Handbook For Practice*. 5th ed. Canada: Jones & Bartlett publishers International; 2009.
18. Cox T. Theory and examplars of advanced practice spiritual intervention. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2003;9(1):30-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S1353-6117\(02\)00103-8](https://doi.org/10.1016/S1353-6117(02)00103-8)
19. American Holistic Nurses Association. Available from: <https://www.ahna.org/> (cited 2017 December 25)
20. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;23(1):90-104. doi: <https://doi.org/10.1177/01939450122044970>
21. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007;22:1506-12. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
22. Peters K. Inpursuit of motherhood: The IVF experience. *Contemp Nurse*. 2003;14:258-70. doi: <https://doi.org/10.5172/conu.14.3.258>
23. Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Hum Reprod*. 2005;20:1944-51. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
24. Roudsari RL, Allan HT. Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: A multifaitth dialogue. *Int J Fertil Steril*. 2011;5(3):158-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122831/>
25. Dancet EA, Van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, d'Hooghe TM. Patient- centred fertility care: A qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod*. 2011;26(4):827-33. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>

26. Inhorn MC, Birenbaum-Carmeli D, Westphal LM, Doyle J, Gleicher N, Meirou D, et al. Medical egg freezing: The importance of a patient-centered approach fertility preservation. *Assist Reprod Genet.* 2017. doi: <https://doi.org/10.1007/s10815-017-1081-5>
27. Azad-Fallah P. Analysis of stressors, coping styles, and mental health in infertile men and women. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2011;5(3):185-93. Available from: [http://www.behavsci.ir/article\\_67733\\_42391caf955e5210ceafaf3aabfcb69.pdf](http://www.behavsci.ir/article_67733_42391caf955e5210ceafaf3aabfcb69.pdf)
28. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of life style factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: A review. *Hum Reprod Update.* 2007;13:209-23. doi: 10.1093/humupd/dml056
29. Van Empel IWH, Nelen WLD, Hermens RPMG, Kremer JAM. Coming soon to your clinic: High-quality ART. *Hum Reprod.* 2008;23:1242-5. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/den094>
30. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff.* 2010;29(8):1489-95. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
31. Şahin G, İğde FAA. Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2014;5(3):38-43. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Fusun\\_Igde/publication/278765160\\_Hasta\\_Merkezli\\_Bakim-Ortak\\_Karar\\_Alma\\_Sureci\\_ve\\_Kalite/links/55852cd708ae71f6ba8c64a1/Hasta-Merkezli-Bakim-Ortak-Karar-Alma-Suereci-ve-Kalite.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fusun_Igde/publication/278765160_Hasta_Merkezli_Bakim-Ortak_Karar_Alma_Sureci_ve_Kalite/links/55852cd708ae71f6ba8c64a1/Hasta-Merkezli-Bakim-Ortak-Karar-Alma-Suereci-ve-Kalite.pdf)
32. Picker Institute. Principles of Patient-centered Care; 2017. Available from: <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
33. Epstein RM, Shields CG, Franks P, Meldrum SC, Feldman M, Kravitz RL. Exploring and validating patient concerns: relation to prescribing for depression. *Ann Fam Med.* 2007;5(1):21-8. doi: 10.1370/afm.621
34. Epstein RM, Street RL, Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225; 2007. Available from: [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/docs/pcc\\_monograph.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/docs/pcc_monograph.pdf)
35. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Med Care.* 2007;45(4):340-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5
36. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087-110. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
37. World Health Organization. People-Centred Health Care. A Policy Framework. In *People at the Centre of Health Care Harmonizing Mind and Body, People and Systems* World Health Organization. Western Pacific Region; 2007. Available from: [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5420/9789290613176\\_eng.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5420/9789290613176_eng.pdf)
38. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:1395-415. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
39. Parse RR. Person-centered care. *Nurs Sci Q.* 2004;17:193. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318404266314>
40. Goodwin, C. Person-centered care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(1):15-8. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
41. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
42. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care?. *Perm J.* 2011;15(2):63-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/>
43. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, et al. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: A study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod.* 2012;27(2):488-95. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/der386>
44. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Hum Reprod.* 2011;26:2084-91. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/der171>
45. Dancet EAF, Nelen WLD, Sermeus W, de Leeuw L, Kremer JAM, d'Hooghe TM. The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Hum Reprod Update.* 2010;16:467-87. doi: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>
46. Corrigan JM, Donaldson MS, Kohn LT, Maguire SK, Pike KC. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, National Academy Press; 2001.
47. Pinborg A, Hougaard CO, NyboAndersen A, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating in fertility treatment. *Hum Reprod.* 2009;24:991-9. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/den463>
48. Brandes M, Hamilton CJ, de Bruin JP, Nelen WL, Kremer JA. The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort. *Hum Reprod.* 2010;25:118-26. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep341>
49. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res.* 2007;21:293-308. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
50. Peterson BD, Gold L, Feingold T. The experiences and influence of infertility: Considerations for couple counselors. *Family J.* 2007;15:251-7. doi: <https://doi.org/10.1177/1066480707301365>
51. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update.* 2007;13:27-36. doi: <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
52. Malik SH, Coulson N. The male experience of infertility: A thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *J Reprod Infant Psychol.* 2008;26:18-30. doi: <https://doi.org/10.1080/02646830701759777>
53. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Hum Reprod.* 2009;24:1656-64. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep061>
54. Johansson M, Adolffson A, Berg M, Francis J, Hogstrom L, Janson PO, et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4.5-5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol.* 2010;89:636-91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00016341003657892?needAccess=true>
55. Van den Broeck U, Holvoet L, Enzlin P, Bakelants E, Demyttenaere K, D'Hooghe T. Reasons for drop out in infertility treatment. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;68:58-64. doi: <https://doi.org/10.1159/000214839>
56. Huppelschoten AG, van Duijnhoven NT, Hermens RP, Verhaak C, Kremer JA, Nelen WL. Improving patient-centredness of fertility care using a multifaceted approach: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2012;13(1):175. doi: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-175>
57. Pedro J, Canavarró MC, Boivin J, Gameiro S. 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. *Hum Reprod.* 2013;28(9):2462-72. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/det259>
58. Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wischmann TH, Fauser CJM, Verhaak C. Tackling burden in ART: An integrated approach for medical staff. *Hum Reprod.* 2012;27:941-50. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/der467>
59. Romero J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2017;26:3917-35. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13813>