T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

ETİK AÇIDAN GEBELİĞİN İKİNCİ TRİMESTR VE SONRASINDA SONLANDIRILMASI KARARI: DOĞUM VE ÇOCUK HEKİMLERİNİN TUTUMLARINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA İLE BİRLİKTE

Selda OKUYAZ

TIP TARİHİ VE ETİK DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU

ADANA-2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

ETİK AÇIDAN GEBELİĞİN İKİNCİ TRİMESTR VE SONRASINDA SONLANDIRILMASI KARARI: DOĞUM VE ÇOCUK HEKİMLERİNİN TUTUMLARINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA İLE BİRLİKTE

Selda OKUYAZ

TIP TARİHİ VE ETİK DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TF2009D10 numaralı proje olarak desteklenmiştir

ADANA-2017

KABUL ve ONAY

Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan "Etik Açıdan Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma ile Birlikte" adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 13 / 06 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Funda Gülay Kadıoğlu
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Gürkan Sert
Marmara Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Gülay Yıldırım
Cumhuriyet Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Sultan Alan
Çukurova Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Selim Kadıoğlu
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 19/06/2017

Selda Okuyaz

Kayıtlı olunan Program : Tıp Tarihi ve Etik
Tezin Konusu : Etik Açıdan Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma ile Birlikte

Tezin Türü : Yüksek Lisans : ☐ Doktora: ☒

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç. Dr. Funda Gülay Kadıoğlu
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 05422174470
E-Posta : kadioglufg@gmail.com
Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 05336879689
E-Posta : okuyazs@gmail.com
Adresi : Limonluk Mahallesi 2419 Sokak Elit Sitesi A Blok Daire 11 Yenişehir / Mersin

**Bu belgenin Lisanüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

ÖNSÖZ

Tıp eğitimine başladığım andan itibaren içimde oluşan kaygının ne olduğunu öğrenimim boyunca bulmaya çalıştım. Hekimliği bir meslek olduğu kadar yaşam tarzı olarak değerlendirdim. Hekimlik mesleğinin insan hayatının çok değerli olmasından kaynaklanan ahlaki bir sorumluluk gerektirdiği, bu sorumluluk duygusuyla hasta için en doğru kararı vermeye çalışmanın kaygının kaynağı olduğunu keşfettim. Kimi zaman her hekimin haklı nedenlerle benzer kaygıları yaşadığına da şahit oldum. Bu alanda çalışmamda bu duygu durumunun beni yönlendirmesinin büyük katkısı olmuştur.

Doktora derslerimizin ilk yıllarında hocam Doç. Dr. Selim KADIOĞLU ile hayatın değeri konulu uzun soluklu okumalarımız ve karşılıklı yaşamın başlangıcına ilişkin tartışmalarımız ile sorgulamalarım arttı. Ayrıca hocamız Prof. Dr. İlter Uzel'in tıp tarihi dersleri ile tarihteki tıp uygulamalarında hayatın değerinin yerini öğrenme fırsatım oldu.

Doktora eğitimimizin ilerleyen dönemlerinde Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU ile yaptığımız makale saatlerinde yaşamın değeri ve klinikte etik karar verme sürecine ilişkin yapılan kuramsal ve alan çalışmalarını değerlendirmelerimiz bu konuya olan ilgimi daha da arttırdı. Tez dönemine geçilmesiyle konu belirlememiz istendiği zaman kendimi gebeliğin sonlandırılmasının etik karar verme sürecinde yaşamın değeri merkezli etik sorunları sorgularken buldum. Bu konunun olabilirliği konusunda danışman hocam Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU beni yüreklendirmiştir. Yaşamın değeri ile klinikte etik karar vermenin birlikteliğinin kaçınılmaz olduğu gebeliğin sonlandırılmasının etik sorunları üzerinde çalışma olanağım oluştu.

Tez metnine geçmeden önce doktora eğitim yaşamımın şekillenmesine ve yönlenmesine katkısı olan kişilere teşekkür etmek istiyorum.

Birlikte yürüttüğümüz çalışmalarda beni cesaretlendiren ve zorluklar karşısında ayaklarımın üzerinde durmamı sağlayan ve bilgisine ve özgüvenine hayran olduğum danışman hocam Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU'na, ilgilendiği her alanda üretkenliği dikkat çeken, enerjisi ile beni her zaman motive eden emektar hocam Prof. Dr. İlter Uzel'e, doktora eğitimimin başlangıcından bu yana beni gönülden destekleyen, bilgisi ve entelektüel duruşu ile örnek aldığım hocam Doç. Dr. Selim KADIOĞLU'na,

tez izleme aşamalarında önerileri ile yönlendiren, kürsümüzün yetiştirdiği hocalarımızdan Doç. Dr. Sultan ALAN'a, tezimin araştırmasını kurgularken bana destek olan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Neonatolog Prof. Dr. Aytuğ ATICI ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Perinatalog Prof. Dr. Talat Umut Kutlu DİLEK'e, tezimin araştırma verilerinin toplanması aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma arkadaşlarım Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Sebahat BAĞLARBAŞI, Orhan ALTINÖZ, Hem. Aysel YAZICIOĞLU ve Dr. Müzeyyen DAYAN'na, ayrıca bana her zaman destek olan tüm çalışma arkadaşlarıma, çalışmamın araştırmasına katılmayı kabul eden tüm katılımcı hekimlere, araştırmanın verilerini istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. İlker ÜNAL ile Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN'e ve deneyimlerini paylaşarak beni destekleyen Doç. Dr. Gülçin YAPICI'ya, bu eğitim yolculuğunda beraber olduğum doktora arkadaşlarıma, kürsüdeki tüm idari işlerle ilgili uzakta yaşadığımı bana hissettirmeden yardımcı olan Mehmet KARAKAŞ'a, tükendiğimi hissettiğim anda, yardım elini uzatan tezimde bana her türlü manevi ve lojistik desteğini sunan arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER'e, bana her zaman yanımda olduklarını hissettiren rahmetli annem Saniye BEŞBAŞ ve babam Ömer BEŞBAŞ'a, ablalarım Dr. Selmin BEŞBAŞ ve Dr. Semra IŞIK'a, yaşamımın her aşamasında beni destekleyen ve sırtlayan sevgili eşim Prof. Dr. Çetin OKUYAZ'a, tüm zorlukları ve sıkıntıları bana unutturan hayatımın anlamı, biricik kızım Duru OKUYAZ'a teşekkür ederim.

Çalışmamı beni bu günlere getiren sevgili annem ve babama ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ii
ÖNSÖZ iv
İÇİNDEKİLER vi
ÇİZELGELER DİZİNİ ix
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ xii
ÖZET xiii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Gebeliğin Oluşumu ve Gelişim Dönemleri 3
2.2. Gebeliğin Sona Erme Durumları 6
2.3. Gebelikle İlgili Uzmanlık Alanları 7
2.4. Prenatal Tanı ve Prenatal Danışmanlık Hizmeti 9
2.5. Gebeliğin Sonlandırılması 11
2.5.1. Tıbbi Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması 11
2.5.2. Yasal Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması 13
2.5.3. Etik Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması 16
2.6. Etik Karar Verme Süreci 22
2.6.1. Klinik Etik Karar Verme Süreci 23
2.6.2. Klinik Etik Karar Verme Yöntemleri 27
2.6.3. Gebeliğin Sonlandırılması Özelinde Klinik Etik Karar Verme Süreci 29
2.7. İkinci Trimestr ve Sonrası Dönemde Gebeliğin Sonlandırılmasının Etik Boyutu 31
2.7.1. Hayatın Değeri 32
2.7.2. Yaşam Kalitesi 35
2.7.3. Yarar Sağlama ve Özerkliğe Saygı Çatışması 37
2.8. Gebeliğin Sonlandırılması Kararının Etik Boyutuna İlişkin Akademik Yazında Yer Alan Tutum Araştırmaları 39

3. BİREY ve YÖNTEM 61
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 61
3.2. Araştırmanın Özgünlüğü 61
3.3. Araştırmanın Modeli ve Veri Toplama Formu 62
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 63
3.5. Araştırmanın İstatistiksel Analizi 63
3.6. Etik Kurul Onayı 63
4. BULGULAR 64
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 64
4.2. Katılımcıların Veri Toplama Formunun İkinci Bölümünde Yer Alan Tutum İfadelerine Ait Seçimlerinin Değerlendirilmesi 66
4.3. Katılımcıların Veri Toplama Formunun Üçüncü Bölümünde Yer Alan Karara Referans Oluşturma İçin Verdikleri Değerlerin Değerlendirilmesi 83
4.4. Katılımcıların Veri Toplama Formunun Dördüncü Bölümünde Yer Alan Örnek Vakalara Ait Seçimlerinin Değerlendirilmesi 86
5.TARTIŞMA 95
5.1. Prenatal Tanı Yöntemleri ve Danışmanlık Hizmetinin Etik Açıdan Değerlendirilmesi 95
5.2. Gebeliğin Sonlandırılması Kararının Etik Açıdan Değerlendirilmesi 102
5.2.1. Maternal ve Fetal Hak Çatışmaları 103
5.2.2. Yaşayabilirlik 106
5.2.3. Sınırlı Kaynakların Dağılımı ve Toplumsal Yarar 107
5.2.4. Karar Vericinin Belirlenmesi 111
5.2.5. Kararda Etkili Faktörler 115
5.2.6. Kararda Başvurulan Referanslar 117
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 121
6.1. Sonuçlar 121
6.2. Öneriler 123
KAYNAKLAR 125
EK-1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu 149

EK-2. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesine ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, 2 Sayılı Ek 152
EK-3. Etik Kurul Kararı 155
ÖZGEÇMİŞ 156

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri 65
Çizelge 4.2. Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri 65
Çizelge 4.3. Katılımcıların uzmanlığını aldığı kurumlar 66
Çizelge 4.4. Katılımcıların veri toplama formunun ikinci bölümünde yer alan tutum ifadelerine ait seçimlerinin dağılımı 69
Çizelge 4.5. Katılımcıların birinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 71
Çizelge 4.6. Katılımcıların ikinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 72
Çizelge 4.7. Katılımcıların üçüncü tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 72
Çizelge 4.8. Katılımcıların dördüncü tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 73
Çizelge 4.9. Katılımcıların beşinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 74
Çizelge 4.10. Katılımcıların altıncı tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 75
Çizelge 4.11. Katılımcıların yedinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 76
Çizelge 4.12. Katılımcıların sekizinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 77
Çizelge 4.13. Katılımcıların dokuzuncu tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 77
Çizelge 4.14. Katılımcıların 10. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 78
Çizelge 4.15. Katılımcıların 11. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 79
Çizelge 4.16. Katılımcıların 12. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 80
Çizelge 4.17. Katılımcıların 13. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 81
Çizelge 4.18. Katılımcıların 14. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 82
Çizelge 4.19. Katılımcıların 15. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı 82

Çizelge 4.20. Katılımcıların Veri toplama formunun Üçüncü Bölümünde Yer Alan Karara Referans Oluşturma İçin Verdikleri Değerlerin dağılımı 84
Çizelge 4.21. Katılımcı alt gruplarının referanslara verdikleri puanların ortalamaları 84
Çizelge 4.22. Katılımcıların başvurdukları referansların önem sıraları ile yaş ve uzmanlık süresi arasındaki korelasyonları 85
Çizelge 4.23. Katılımcıların birinci vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları 89
Çizelge 4.24. Katılımcıların ikinci vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları 90
Çizelge 4.25. Katılımcıların üçüncü vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları 91
Çizelge 4.26. Katılımcıların dördüncü vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları 93

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Fetal, perinatal ve neonatal dönemler 6

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

USG Ultrasonografi

TTB Türk Tabipleri Birliği

WMA Word Medical Association
(Dünya Tip Birliği)

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği)

ACOG The American College of Obstetricians and Gynecologists
(Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği)

CMA Canadian Medical Association
(Kanada Tıp Birliği)

ÖZET

Etik Açıdan Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma ile Birlikte

İkinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararı çatışan değerler arasında seçim yapmayı gerektiren zor bir süreçtir. Perinatoloji alanında çalışan hekimler, prenatal tanı yöntemlerinin sonuçları doğrultusunda fetusta var olan ya da olma olasılığı bulunan herhangi bir anomali nedeniyle veya gebenin yaşamını veya yaşam kalitesini tehdit edici durum varlığında gebeliğin sonlandırılmasına karar verme sürecinde, çeşitli etik sorunlar/ikilemler/çatışmalarla karşı karşıya kalmaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı, kapsamında yer alan araştırma ile, ikinci trimestr ve sonrasında gebeliği sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde doğum ve çocuk hekimlerinin tutum ve yaklaşımlarını belirleyip tıp etiği açısından değerlendirmektir. Araştırma Mersin'de çalışan 55 doğum ve 55 çocuk hekimi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara uygulanan veri toplama formu sırasıyla "mesleki kimlik bilgileri", "gebeliğin sonlandırılmasına dair etik sorunlar" ve "gebeliğin sonlandırılması kararında referans oluşturma" ve "vakalar" bölümlerinden oluşmaktadır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi Ki Kare testi, Spearman Rank korelasyon analizi kullanılarak yapılmış; istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05'in altı olarak alınmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, gebeliğin takibinde birlikte çalışan doğum ve çocuk hekimleri, gebenin/ailenin özerkliğine önem vermekte ve prenatal tanı yöntemlerini güvenilir bulmaktadır. Her iki disipline ait katılımcıların büyük çoğunluğu multidisipliner yaklaşımın uygunluğu yönünde görüş bildirmiştir. Bu bağlamda tek uzmanlık alanın karar vermesi yaklaşımından yavaş yavaş uzaklaşılarak sorumluluğun paylaşılması yoluna gidildiği, böylece daha güvenilir, daha doğru kararların verilebileceği söylenebilir.

Anahtar sözcükler: **İkinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması, Prenatal tanı, Tıp etiği, Klinik etik karar verme süreci, Perinatoloji.**

ABSTRACT

The Decision of the Termination of the Pregnancy at Second Trimester or Later in an Ethical Context: With a Research Regarding the Obstetricians and Pediatricians Attitudes

Decision-making regarding the termination of the pregnancy in the second trimester or later, is a difficult process which requires to make a choice between the conflicting values.

Perinatologists face ethical dilemmas in the decision-making process regarding the termination of the pregnancy. Foundings of the perinatal diagnostics, such as possible or actual fetal anomalies which can be life-threatening or cause reduced life quality for the pregnant women is a determinating factor for the perinatologists.

The aim of this study is to evaluate the attitudes and approaches of the obstetricians and pediatricians during the termination of the pregnancy from second trimester to delivery in the context of the medical ethics.

The research was applied to 55 obstetricians and 55 pediatricians who are working in Mersin. "Professional identity information", "ethical issues related to termination of the pregnancy", "creating a reference in the decision of the termination of the pregnancy" and "cases" were questioned in the survey.

The statistical evaluation of the data is done by the Chi square test and Spearman rank correlation analysis. Statistical significance level was taken less than 0.05.

According to the results of our research, the obstetricians and pediatricians who worked together during the pregnancy follow ups, respect for the autonomy of the pregnant women and find prenatal diagnostics reliable.

Moreover, the majority of the members of the both disciplines have expressed their opinion that multidisciplinary approach is more convenient. Therefore, it can be said that drawing away from one disciplinary approach to multidisciplinary approach which comes with the sharing of the responsibilities, is more reliable and leads to more correct decisions.

Key Words: Termination of pregnancy the second trimester and later, Prenatal diagnosis, Medical ethics, Clinical ethical decision-making, Perinatology.

1. GİRİŞ

Gebeliğin takibinde önemli bir yer tutan prenatal tanı yöntemleri, fetusun genel durumu hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olunmasına yardımcıdır. Ayrıca prenatal tanı yöntemleri sonucunda fetus bazen, fiziksel bozukluk ve olası zihinsel hastalık tanısı alabilmektedir. Eğer fetusun hastalığının ağırlığı ve ciddiyeti yaşamsal fonksiyonlarının devamlılığını etkiliyorsa gebeliğin sonlandırılması gündeme gelebilir. Böyle bir durumda hekim ve aile, kendilerini kritik bir karar verme sürecinin içinde bulabilirler. Bu herkes için etik ikilemlerin yaşandığı zorlayıcı bir süreçtir.

"Karar verme süreci", birden fazla olası müdahale/eylem/senaryo seçeneğinden birinin seçimiyle sonuçlanan bilişsel-mental bir süreçtir ve tıp alanında kimi durumlarda "yaşama ya da ölme" gibi bıçak sırtı seçeneklere ilişkin etik sorunları barındırması nedeniyle kritik bir öneme sahiptir. Ya doğrudan klinik karar verme sürecinde ortaya çıkan bir etik sorun için veya etik sorun içeren bir klinik duruma yönelik karar verme süreci için benimsenen her yaklaşım genellikle çok boyutlu bir yapı sergilemektedir.

Tıp etiğinin evrensel sorunlarından biri olan "gebeliği sonlandırma kararı" neden, ne zaman, nasıl gerçekleştirileceğinin önemli olması nedeniyle çok geniş bir yelpazede etik, sosyal ve hukuki boyutları ile birlikte ele alınmalıdır (1-3). Gebeliğin sonlandırılması, gerekçelendirilmesi oldukça güç ve çözümlenmeye de dirençli bir konudur (4). Kimi zaman birden fazla etik ikilemin birlikte yaşandığı ve harcanması gereken değerlerin birbirine yakın düzeyde olması nedeniyle temellendirmesi güç ve zorlayıcıdır. Tezimiz bağlamında "gebeliğin sonlandırılması" terimi ile gebeliğin ikinci trimester (ikinci üç ayı) ve sonrasında, herhangi bir tıbbi nedenle, sağlık çalışanı tarafından yapılan bir tıbbi müdahaleyle gebeliğin sonlandırılması kastedilmektedir.

Gebeliğin ikinci trimestrından itibaren fetusun yaşamsal organları hızlı gelişim göstermektedir (5). Bu hızlı gelişimle birlikte, prenatal tanı yöntemleri ile fetusta birçok gelişimsel kusur ve hastalık daha kolay fark edilebilmektedir (6-8). Çoğunlukla gebeliğin tıbbi olarak sonlandırılması kararı, ancak bu dönemden itibaren gündeme gelmektedir. Ayrıca gebelik haftasının ilerlemesiyle, fetusun yaşayabilirlik olasılığı da artmaktadır. Fetusun yaşayabilirliğindeki artış olasılığı, gebeliğin sonlandırılmasına ait değer sorunlarına neden olmakta ve sonuçta etik ikilemlere yol açmaktadır (6,9). Söz

konusu dönem ve sonrasındaki etik karar verme sürecinin unsurları, paydaşları, sorunları, zorlukları, yarattığı ve yaratacağı rahatsızlıklar genellikle hayatın değeri ve yaşamın ne zaman başladığı ile ilintilidir. Tarih boyunca sosyoloji, teoloji, felsefe, hukuk gibi birçok alanın ilgi duyduğu ve farklı argümanlara dayandırılarak açıklanan "hayatın değeri" kavramı etik açıdan da çok önemlidir.

Tez çalışmamızın amacı, prenatal tanı yöntemlerinin sonuçları doğrultusunda gebenin veya fetusun hayatını veya yaşam kalitesini tehdit eden durumlarda, gebeliğin ikinci trimestrında ve sonrasında sonlandırılmasıyla ilgili karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunları ele almaktır. Kuşkusuz bu sürecin etik sorunlarıyla en çok karşılaşan hekimler doğum ve çocuk uzmanlarıdır. Tezin amacına yönelik olarak etik sorunları vurgulamak üzere, söz konusu uzman hekimlerle Mersin ilinde, 2010 yılında bir tutum araştırması yapılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formu tarafımızdan akademik yazın taraması yapılarak hazırlanmıştır. Veri toplama formu dört bölümden oluşmaktadır. Formda sırasıyla "mesleki kimlik bilgileri", "gebeliğin sonlandırılmasına dair etik sorunlar" ve "gebeliğin sonlandırılması kararında referans oluşturma" ve "vakalar" bölümleri bulunmaktadır.

Tezi oluşturma sürecinde tezin ön-yan ürünü "Gebeliğin Sonlandırılmasına İlişkin Karar Verme Sürecinde Karşılaşılan Etik Sorunlar" başlıklı sözlü bildiridir[*].

[*] 4. Uluslararası Tıp Etiği Tıp Hukuku Kongresi Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Açısından Kadın Sağlığı 12-15 Kasım 2013, İstanbul.

2. GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler sekiz bölüm halinde düzenlenmiştir. İlk bölümde gebeliğin oluşumu ve gelişim dönemleri ile yaşayabilirlik kavramı ele alınmıştır. İkinci bölümde gebeliğin sona erme durumlarına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde gebelik süreciyle ilgilenen tıpta uzmanlık alanlarına ait tanımlamaları bulunmaktadır. Dördüncü bölümde prenatal tanının amacı ve yöntemleri tanıtılmış ve prenatal tanı sonrası verilmesi vazgeçilmez olan prenatal danışmanlık irdelenmiştir. Beşinci bölümde gebeliğin sonlandırılması genel olarak değerlendirilmiş; uygulamanın tıbbi, yasal ve etik boyutları üzerinde durulmuştur.

Özellikli bir dönem olan ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde etik sorunlarla karşılaşma ve sorunların zorlayıcı olma olasılığı artmaktadır. İkinci trimestr ve sonrası dönemde fetus, prenatal tanı ve prenatal danışmanlık üzerinde yoğunlaşan etik sorun kümeleri altıncı bölümde, bu sıralamada gündeme getirilmiştir. Yedinci bölümde, ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılmasında etik karar verme sürecine değinilmiştir. Sekizinci bölüm ise gebeliğin sonlandırılması kararının etik boyutuna ilişkin akademik yazında yer alan kavramsal çalışmaların ve tutum araştırmalarının tanıtımına ayrılmıştır.

2.1. Gebeliğin Oluşumu ve Gelişim Dönemleri

Bilindiği üzere gebelik, gebe-hamile-yüklü olma durumudur (10-12). Etimolojik kökeni Eski Türkçede şişme, karnı büyüme, dışa vurma olan gebe sözcüğü, dölyatağında gelişen bir cenini taşıyan, yüklü kadını ifade etmektedir (10-12). Tıp akademik yazınında gebelik insanın doğal üremesi çerçevesinde, erkek ve dişi eşey hücrelerinin birleşip dölyatağına yerleşmesiyle oluşan ceninin, plasenta (eş), göbek kordonu (göbek bağı) ve membranlar (zarlar) ile birlikte doğumla kadın bedeninden ayrılmasına kadar devam eden bir süreç olarak tanımlanmaktadır (13-15).

Gebeliğin süresi, 28 günde bir düzenli adet gören bir kadında ya son ovulasyon (yumurtlama) referans alınarak 266 gün-38 hafta ya da son âdet kanamasının ilk günü referans alınarak yaklaşık 280 gün-40 hafta olarak iki ayrı yoldan hesaplanmaktadır

(11,16). Bu süre gestasyonal yaş olarak da ifade edilmekte ve obstetrik (doğum ve gebelikle ilgili olan) kararlarda kritik önem taşımaktadır (16). Gebelik süresi haftalarla, aylarla ifade edilebildiği gibi dönemlerle de ifade edilebilmektedir. Dokuz aylık gebelik süresinin basitçe üç aydan oluşan her bir dönemi trimestr olarak tanımlanmaktadır. Gebeliğin birinci trimestri 14. hafta, ikinci trimestri 28. hafta, üçüncü trimestri ise 40. hafta tamamlanana kadar geçen zaman dilimleridir (16). Bu dönemsel ele alış biçimi gebeliğin gelişim aşamalarının anlaşılması yönünden oldukça önemli ve yararlıdır (5,17). Aşağıda sırasıyla gebelik sürecindeki gelişim dönemleri ve özellikle fetal dönem ve yaşayabilirlik kavramı yer almaktadır.

Yukarıda da değinildiği gibi gebelik, bir kadının döl yatağındaki cenin-fetus olarak adlandırılan gebelik ürünün gelişmekte olduğu dokuz ay süren dönemdir (18). Gebeliğin içinde bulunduğu her bir dönem gebelik ürünün farklı gelişim aşamasına karşılık gelmekte, bu da gebeliğin sona erme durumlarına abortustan doğuma kadar uzanan farklı anlamlar yüklemektedir. Genellikle tıp etiği-biyoetik akademik yazınında sürdürülen yaşamın başlangıcı tartışmalarında kuşkusuz gebeliğin içinde bulunduğu dönem dikkate alınmaktadır. Bu bağlamda gebeliği sonlandırmanın etiğe uygunluk açısından değerlendirilmesinde, gebelik ürününün hangi aşamada olduğu dolayısıyla gebeliğin dönemi önem kazanmaktadır (6,9,19,20).

Gebeliğin oluşumu ve gelişimi birbirini takip eden; dişiden gelen bir ovumun erkekten gelen bir sperm ile döllenmesi sonucu başlayan dinamik bir süreçtir (21). İntrauterin olarak gelişim üç döneme ayrılır: preembriyonik, embriyonik ve fetal dönem. Preembriyonik dönem, intrauterin gelişmenin döllenmeden 14. güne kadar olan kısmını kapsayan zaman dilimidir (22). Bu dönemde döllenme ürünü, son derece özelleşmiş ve totipotent bir hücre olan zigot**,** hücre bölünmesi**,** hücre göçü, programlı hücre ölümü, farklılaşma ve büyüme sonucu çok hücreli yapıya dönüşmektedir (21). Embriyonik dönem, sekizinci haftanın (56 gün) sonuna kadar sürmekte, bu dönemde vücudun esas yapıları oluşmaya başlamakta ve dış biçiminin önemli özellikleri fark edilebilir hale gelmektedir. Bu dönemdeki gebelik ürünü embriyo olarak adlandırılmaktadır (21-23). Fetal (fetusa ait- fetusla ilgili) dönem ise döllenmenin gerçekleşmesinden sonraki dokuzuncu haftadan itibaren başlayıp doğuma kadar sürmekte; bedenin hızla büyümesi, dokuların ve organların olgunlaşmasıyla karakterizedir (21-23). Bu dönemdeki gebelik ürünü fetus olarak adlandırılmaktadır

(21-23). Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin etik tartışmaların özünde yanıtlanması güç bir soru olan, cevabı konusunda görüş birliği bulunmayan yaşamın ne zaman başladığı yatmaktadır. Yaşamın başlangıcı -bir nevi fetusun korunma sınırı- için referans alınması en yaygın olarak dile getirilenler canlanma, bilincin başlangıcı, yaşayabilirlik ve doğumdur. Yaşamın başlangıcı tartışmaları bağlamında intrauterin gelişim dönemleri, özellikle de fetal dönem önem taşımaktadır (19,24-26).

Fetal dönemin ileri aşamalarında beklenen yaşayabilirlik durumunun yaşamın başlangıcı için en fazla üzerinde durulan referans noktası olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda fetusun dış dünyada yaşayabilirliği, gebeliğin sonlandırılması hakkındaki tıp etiği tartışmalarında en çok odaklanılan konulardan biridir. Bilimsel ve teknolojik hızlı ilerlemelerin etkisiyle değişim gösteren bu dinamik kavramı ifade etmekte sıklıkla kullanılan viyabilite (Fransızca viabilité) sözcüğü yaşama yeteneği, yaşayabilirlik, yaşarlık anlamındadır (19,27,28). Bazı yazarlar bebeğin hayatta kalış süresine, sağlık sorunu ya da engeline bakmaksızın yaşayabilirliği, canlı doğma (born alive) ile eşanlamlı olarak kullanmaktadır (27).

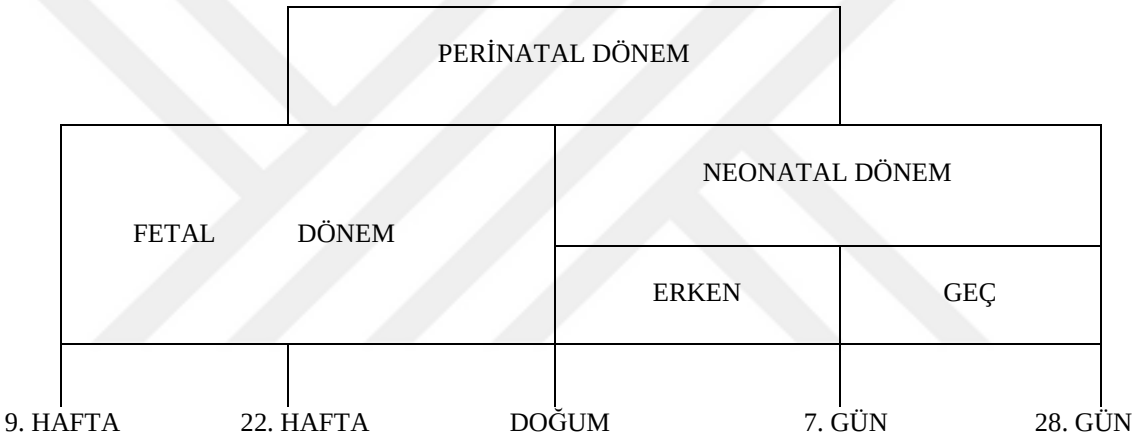
Yaşayabilirlik, genel olarak fetusun yapay yardım ile de olsa 20-28. haftalar arasında döl yatağı dışında yaşam olanağına ulaşması olarak tanımlanmaktadır (5,19,26,27)[*]. Fetusun gestasyonel yaşı ne kadar ileri ise yaşama şansı o kadar artmaktadır. Öyle ki gebeliğin 21-25. haftaları arasında dünyaya gelen yenidoğanın solunum sistemi tam olgunlaşmadığı için yaşama tutunma olasılığı azdır. Ancak 22. haftayı dolduran yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınarak desteklenmesi durumunda sağ kalım şansı bulunabilir (5). Bu şans 24. haftayı dolduranlar da yaklaşık % 50 oranına ulaşmaktadır (29). Eğer fetus, akciğerlerinin gaz değişimi için yeterli gelişime ulaştığı 26. ve 29. haftalar arasında doğarsa ve özenli bir yenidoğan bakımı alırsa yaşama şansı çok yükselmektedir (5). Fetusun 28. haftada, akciğerlerinin solunum yeteneğini kazanmasından dolayı % 90 sağ kalım oranına kavuştuğu bildirilmiştir (29).

Yaşayabilirlik sınırını saptama bağlamında birçok uzmanlık örgütü aralarında kimi farklılıklar bulunan kılavuzlar yayımlamıştır (11,30). Yaşayabilirlik değerlendirmeleri özellikle 23-25. gebelik haftaları arasında belirsiz ve tartışmaya açıktır. Bu dönem yenidoğan tıbbı (neonatoloji) ve doğum hekimliği (obstetri) alanları

[*]En fazla kabul edilen yaşayabilirlik ölçütünden biri, gebeliğin en az 20 hafta ya da fetusun en az 500 gram ağırlığında olmasıdır (22). Gebelik haftasını 23-24, fetus ağırlığını 500-600 gram kabul edenler de vardır (11).

açısından sorgulanmaya açık ve kesinlikten yoksundur. Yaşayabilirlik değerlendirmelerindeki belirsizlik sıklıkla etik ikilemlere yol açmaktadır (26,31,32).

Yaşayabilirlik durumunun da içinde bulunduğu fetal dönem ile büyük ölçüde örtüşen perinatal dönem, bu etik ikilemlerle oldukça fazla karşılaşıldığı dinamik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre perinatal dönem, gebeliğin 22. haftasında veya fetusun ağırlığı 500 grama ulaştığında başlayan ve doğum sonrası yedi gün içinde sona eren zaman dilimidir (33,34)* (Şekil1). Doğum sonrasında başlayan neonatal dönem erken ve geç şeklinde iki evreye ayrılmakta, erken neonatal dönem perinatal dönemle birlikte sona ererken geç neonatal dönem üç hafta devam edip 28. günün bitiminde son bulmaktadır (34) (Şekil1).



Şekil 1. (34) Fetal, perinatal ve neonatal dönemler

2.2. Gebeliğin Sona Erme Durumları

Hem yaşamın başlangıç anı için referans alınan hem gebeliğin sona erme durumlarından olan doğum, gebeliğin normal seyrinde gitmesi halinde beklenen sonuçtur. Doğum, yirminci gebelik haftasını tamamlamış 500 gram veya üzerinde, canlı veya ölü bir fetusun gebe kadının vücudundan kendiliğinden tahliyesi; farklı bir

*Temel ders kitaplarında perinatal dönemin gebeliğin 28. haftasından itibaren başladığını ifade etmektedir (11,35). Bir diğer kaynakta ise döllenmeden sonraki 26'ıncı hafta ile doğumdan sonraki dört haftalık dönemi kapsadığını belirtmektedir (5). Nuffield Council on Bioethics'e göre genellikle gebeliğin 24 haftasından doğum sonrası altıncı günün sonuna kadar olan zaman dilimini ifade etmektedir (30).

anlatımla gelişimini tamamlamış, yaşayabilir özellikler kazanmış fetusun döl yatağından ayrılması olayıdır (22). DSÖ doğum sınırını 22 hafta ve üzeri kabul etmektedir (13,14).

Doğum olayı dışında da gebeliğin sona erme durumları mevcuttur. Şöyle ki gebelik sürecinin normal seyrinden çıkıp doğumdan farklı bir biçimde sonlanması abortustur (düşük). 500 gramdan az olan (ölü veya canlı) bir fetus ile birlikte plasenta veya membranların bir bölümünün veya tamamının döl yatağından atılmasıyla veya çıkarılmasıyla gebeliğin sonlanması abortus olarak tanımlanmaktadır (11). Eğer abortus materyalinin ağırlığı bilinmiyorsa gestasyonal yaşı 20. haftanın altında olması yeterli bulunmaktadır (11,36).

Abortus oluş biçimi bağlamında, spontane (kendiliğinden) ve indüklenmiş (tetiklenmiş) olarak ikiye ayrılmaktadır. Spontane abortus, gebelik ürünlerinin kendiliğinden döl yatağından atılması ile gerçekleşir ve burada kasten sonlandırma söz konusu değildir (19,36). İndüklenmiş abortus gebe kadın tarafının talebi ya da hekimin tıbbi gerekçeli önerisi üzerine fetusun dış dünyada yaşama yeteneği kazanmasından önce tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle gebeliğin sonlandırılmasıdır (19,22,37). Tıbbi endikasyon (gereklilik) bağlamında indüklenmiş abortus, gebe kadına ait risk oluşturabilecek bazı hastalıklar veya fetusa ait yaşamla bağdaşmayacak anormalliklerin bulunmasında uygulanmaktadır (22,37). İndüklenmiş abortusa gerekçe oluşturabilen yaşamla bağdaşmazlık (incompatible with life) hali, giderilmesi olanaksız yapısal veya işlevsel bir soruna sahip olan ve desteklense bile orta-uzun vadede hayatta kalma olanağı bulunmayan fetusun durumunu ifade etmektedir (30).

2.3. Gebelikle İlgili Uzmanlık Alanları

Gebelik sürecini birincil konu olarak benimsemiş olan tıp alanı kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığıdır (20). Bununla birlikte öncesinde var olan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan çeşitli sistemik sağlık sorunları farklı alanlardan hekimlerin gebe takibi sırasında devreye girmesine yol açabilmektedir. Öte yandan gelişen intrauterin tanı olanakları gebelik ürünündeki sorunların belirlenmesini sağlamakta; bunların takibe alınması hatta bunlara yönelik müdahalelerde bulunulması çerçevesinde de farklı uzmanlık alanları ile iş birliği kurulmaktadır. Hem doğum öncesini hem doğum sonrasını kapsayan perinatal dönemde maternal (gebe kadına ait-gebe kadınla ilgili)

veya fetal herhangi bir sorunlu durum karşısında çok disiplinli yaklaşım gerekebilmektedir. Gebelik sürecinde görev üstlenen farklı uzmanlık dallarıyla ilgili etik sorunların gündeme gelmesi söz konusu olabilmektedir. Gebelik sürecinde devreye giren farklı alanların başlıcaları bir yandan çocuk sağlığı ve hastalıkları, radyoloji gibi klinik uzmanlık alanları, diğer yandan genetik, etik gibi tıp temel bilimleridir. Söz konusu alanlar doğal olarak sorunlu ileri dönem gebeliklerinin değerlendirilmesinde ve bunlar hakkında sürdürme ya da sonlandırma kararı alınmasında da rol oynamaktadır. Tüm bunlardan dolayı tezimizde söz konusu uzmanlık alanlarından kısaca söz etmekte yarar bulunmaktadır.

Kadın sağlığını korumayı, kadın üreme sistemi sorunlarına müdahale etmeyi, gebelikte annenin ve bebeğin iyilik durumunu sağlamayı kendine amaç edinmiş olan kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinin geniş bir uygulama alanı bulunmaktadır. Çağdaş tıbbın ilgi alanı daralmasını esas alan ileri uzmanlaşma eğilimi kapsamında kadın hastalıkları ve doğum hekimliği altında çeşitli yan dal uzmanlıklarının oluşturulması gündeme gelmiştir. Bunlardan biri perinatoloji yan dal uzmanlığıdır. Bu alan ilk olarak 2011 yılında bu alanda çalışmalarını kanıtlamış bir grup kadın doğum uzmanına Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından perinatoloji yan dal uzmanı unvanı verilmesiyle ülkemizde resmiyet kazanmıştır (38-40). Bu alanın temel amacı annenin ve çocuğun korunup hayatlarını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerinin sağlanması; böylelikle hem ailenin huzuruna ve refahına katkı sağlanması hem de genel olarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir (41). Maternal fetal tıp alanı perinatolojiden farklı alan olmayıp diğer bir ifade ediliş biçimidir. Fetal tıp da ayrı bir dal değil perinatoloji içi bir özelleşme olan; gebe kadının sağlığını da gözetmekle birlikte, öncelikle fetusa odaklanan ve onun sorunlarını ortadan kaldırıp sağlıklı olarak doğmasını sağlamaya çalışan bir alandır (41).

Gebeyle veya fetusla ilgili sorun bulunan gebeliklerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığına yardımcı olmak üzere danışılan ve desteği istenen öncelikli alanlardan biri çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimliği, özellikle neonatoloji ve pediatrik kardiyoloji yan dal uzmanlık alanlarıdır (40,42). Neonatoloji, yenidoğan dönemi boyunca bu döneme özgü ve genel sağlık sorunları ile ilgilenen perinatoloji ile yakın iş birliği içinde çalışan bir çocuk hekimliği yan dalıdır (40,43). Ayrıca fetal cerrahi bir sorun varsa devreye giren çocuk cerrahisi uzmanlık alanıdır.

Yukarıda değindiğimiz gibi kimi özel durumlarda çocuk hekimleri gebelik sürecinin erken aşamalarında da sorunlu fetusla ilgilenebilmekte; bu ilgi doğum öncesi çocuk hekimliği (prenatal pediatri) veya fetusa yönelik çocuk hekimliği yaklaşımı (pediatrics based fetal care) olarak adlandırılmaktadır (43,44). Bu yaklaşım bir yan dal halinde organize olmamıştır. Bunun nedeni fetustaki soruna göre yukarıda değindiğimiz gibi devreye farklı çocuk hekimliği yan dal uzmanlarının; pediatrik kardiyologların, pediatrik nörologların ve diğerlerinin girmesinin söz konusu olmasıdır (41).

Fetusta doğumdan hemen sonra müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunu saptanmış bulunması bağlamında bu iş birliği doğum öncesinde kurulmakta, böylelikle doğumun hemen sonrasında yenidoğan üzerinde gerekli uygulamalara başlanabilmektedir (43).

Bu uzmanlık alanları gebeliğin sonlandırılmadığı durumlarda doğumdan sonra da devrede kalmakta; yenidoğan ve çocukluk dönemlerinde de takibi ve tedaviyi sürdürmektedir (43,44).

Görüldüğü gibi fetus, bir yandan doğum hekimliğinin, perinatolojinin (maternal fetal tıp) ve fetal tıbbın diğer yandan neonatolojinin ve prenatal pediatri çerçevesinde çocuk hekimliğinin ilgi alanlarının kesişiminde yer almaktadır (41,43,44). İkinci ya da üçüncü trimestrdeki sorunlu bir gebeliğin sonlandırılması ile ilgili değerlendirme ve karar süreçlerinde genel olarak doğum ve çocuk hekimlerinin yanı sıra erişilebilir olmaları halinde sorunun niteliğine göre bu ileri formasyon sahibi uzmanlardan biri ya da birkaçı da dahil olabilmektedir.

2.4. Prenatal Tanı ve Prenatal Danışmanlık Hizmeti

Tıbbi teknolojinin ilerlemesi döl yatağında fetusun sağlık durumunu gösteren testlerin geliştirilmesini de sağlamıştır. Gebelik takibinde, prenatal tanı yöntemleri olarak adlandırılan bu testler rutin uygulamadaki yerini almıştır. Böylece, fetusta var olan veya olma olasılığı bulunan sağlık sorunlarının saptanması olanaklı kılınmıştır.

Prenatal tanı yöntemleri sayesinde fetusta belirlenen sağlık sorunlarının yol açtığı önemli bir durum gebeliğin sonlandırılmasıdır. Dolayısıyla günümüzde sağlık çalışanları hem prenatal tanının kullanılması hem de gebeliğin sonlandırılması gibi

zorlu süreçlerle karşı karşıyadır. Bu süreçlerin ayrılmaz bir parçası da prenatal danışmanlık hizmetleridir.

Bu bölümde sırayla prenatal tanının amaçları, yöntemleri ve prenatal danışmanlık hizmeti ana hatlarıyla tanıtılmıştır.

Prenatal tanı, gebelik sürecinde öncelikle genetik geçiş gösteren hastalıklar olmak üzere gerek prenatal gerekse postnatal dönemde morbidite ve mortaliteyi arttıran hastalıklar açısından, fetusun uygun yöntemlerle incelenip değerlendirilmesidir (15,45-48). Prenatal tanının amaçları bir yandan normalliği doğrulamak diğer yandan tedavisi olanaksız genetik hastalıkları ve doğuştan anomalileri olabildiğince erken saptayarak gebeliğin sonlandırılmasına imkân tanımak ya da mümkünse fetusu henüz döl yatağında iken tedavi edebilmektir (6-8,13,14,49). Bunların yanı sıra doğum şekli ve zamanlaması konusunda en uygun zamanı belirlemek, aileyi ve sağlık ekibini yenidoğan dönemindeki olası durumlara hazırlamak gibi farklı amaçlar da söz konusudur (6-8,13,14,49). Prenatal tanı ile fetus hakkında bilgi toplanması sayesinde sonraki gebeliklerde gündeme gelebilecek sorunların ve bunlara yönelik önlemlerin belirlenmesi de bu tanının önemli kazanımlarındandır (6-8,13,14,49).

Prenatal tanı yöntemleri, tarama ölçütleri ve tanı testleri olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir. Tarama ölçütleri gebe kadının yaşı, soy geçmişinde genetik sorun varlığı/yokluğu, özgeçmişindeki daha önceki gebelikleri ve bunlara ek olarak 11. ile 14. haftalar arasında yapılan ikili ve 15. ile 20. haftalar arasında yapılan üçlü tarama testlerinin sonuçlarından oluşmaktadır (16,49). Prenatal tanı testleri, girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar olarak iki alt başlık altında sınıflandırılmaktadır. Girişimsel olmayan prenatal tanı testleri ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemedir (7,49). Girişimsel prenatal tanı testleri ise amniyosentez, koryonik villus örneklemesi, fetal kan örneklemesi ve fetal doku örneklemesidir (7,49). Prenatal tanı yöntemlerinin özel bir uygulaması olan “implantasyon öncesi tanı”, gebelik sürecinin laboratuvarda yapay döllenme ile başlatılması çerçevesinde gündeme gelmektedir (49-51). Bu tanı yöntemi ile embriyonun döl yatağına yerleşmeden önce genetik yapısı incelenmekte ve genetik hastalıklarına tanı konabilmektedir (19,50,51).

Prenatal danışmanlık hizmeti, gebe ve yakınlarının gebelik sürecinde yapmaları gereken seçimler özellikle prenatal tanı yöntemlerinin sonuçlarından gebeliğin akıbeti

hakkındaki seçeneklerin sunulması ve seçeneklerin tarafları nasıl etkileyeceğine kadar geniş bir içeriğe sahip olan bilgilendirme ve destekleme eylemidir (51-59). Ailenin içinde bulunduğu sorunlu durum karşısında danışman zor bir görev üstlenerek sürece dahil olmaktadır. Danışmandan beklenen yönlendirici olmadan, aileye bütün seçenekleri sunması, böylece bilgilendirilmiş olarak seçim yapılabilme olanağı sağlamasıdır (51,52,57-59).

2.5. Gebeliğin Sonlandırılması

Yukarıda da değindiğimiz gibi gebelik, kendiliğinden veya müdahale ile sürecin değişik aşamalarında sona erebilir. Bu alt bölümde müdahale ile gebeliğin sonlandırılmasının tıbbi, yasal ve etik boyutları hakkında bilgi aktarılmıştır.

2.5.1. Tıbbi Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması

Gebelik sürecinin tıbbi bir müdahale ile sonlandırılması, istek üzerine olabileceği gibi gebeye veya fetusa ait bir sorun nedeniyle de gerçekleşebilmektedir.

Gebedeki sağlık sorunu nedeniyle gebeliği sonlandırmayı gerektiren durumlar arasında ilerlemiş kalp hastalıkları ve ağır hipertansiyon gibi vasküler hastalıklar sıklıkla görülmektedir (22,60,61).

Bu bağlamda bir başka önemli sorun olan gebelikteki serviks kanseridir. Gebelerde genel tedavi prensipleri gebe olmayanlarınkiyle aynıdır; acil tedavi şarttır. Eğer bu hastalığın tanısı 22. ve 26. haftalardan sonra konulursa, gebe kadın isterse fetus tam anlamıyla yaşayabilirliğini kazandığı yaklaşık 32. haftaya kadar gebeliği sürdürülebilir (62).

Fetusa ait gebeliği sonlandırma gerekçelerinin başında yaşamla bağdaşmayacak majör yapısal veya genetik anomali varlığı gelmektedir (22). Bu noktada tez çalışmasında kullanılan veri toplama formunda yer alan Down sendromu, Patau sendromu ve Turner sendromu hakkında kısaca bilgi vermek uygundur.

Down sendromu (trizomi 21), 21. kromozomda ekstra genetik materyal varlığı nedeniyle ortaya çıkan fiziksel ve mental bulgular bütünüdür. Bu sendrom hafiften ağıra değişen tablolar oluşturabilir. Görülme sıklığı kadının gebe kalma yaşının ileriliğine bağlıdır (56,63). Sendromun yönetiminde ve tedavisinde ilaç kullanım seçeneği yoktur.

Genetik ve kardiyak takip ile rehabilitasyon önerilir (63). Hastaların üçte birinde yaşamın ilk yılı normal gelişim görülür; sonrasında büyüme, konuşma ve mental gelişim yavaşlar. Yaşam süresi kardiyak ve diğer anomaliler nedeniyle kısalmıştır. Yaşam kalitesi belirgin kısıtlılık ile korunaklı ortamda yaşayabilme ve çalışabilme arasında değişir. Erken yaşlanma sıktır ve yaşam süresi 50-60 yıldır (63).

Patau sendromu (trizomi 13), 13. kromozomda görülen otozomal trizomik kromozom anomalisidir ve sıklıkla ölümcül olarak tanımlanır (56,63,64). Rastlanma oranı kadının gebe kalma yaşının ilerlemesine bağlıdır (56,65,66). Bu sendrom yaklaşık olarak 10.000 gebelikte bir görülüp genellikle kendiliğinden düşükle sonuçlanır (56, 65). Düşük erken gebelik döneminde olabileceği gibi nadiren 20. haftaya kadar gecikebilir, kimi zaman da erken doğum gerçekleşebilir (66,67). Patau sendromunda majör organ sistemlerinin anomalileri mental motor gerilik ve fiziksel yetersizlik başta gelen sorunlardır (65-67). Maksimum yaşam süresi literatürde 10 yıl olarak belirtilmektedir (66,68).

X kromozomlarından birinin yokluğu ile oluşan Turner sendromu**,** kısa boy, el ve ayaklarda ödem, kısa yeleli boyun, sol kalp ve aort anomalileri, primer amenoreye ve kısırlığa neden olan gonadal disgenezis gibi bulgular bütününü içermektedir (63,69-72). Bu sendromda, mental yetenekler normal olmakla birlikte matematik yeteneği, görsel-motor koordinasyon ve öğrenme sorunları vardır (63,73). Anomali doğumda var olmasına rağmen ergenlik (puberte) gecikmesine kadar tanı almayabilir (63,73). Turner sendromlu bireylerde öncelikle görülebilecek anomaliler için değerlendirmeler yapılmalı, boy kısalığı, seksüel farklılaşma ve doğurganlık konularında tıbbi tedavi verilmelidir (63,72,73). Fiziksel aktivite kısıtlamasına gerek yoktur ancak kalp ve böbrek tutulum açısından değerlendirme gereklidir (63). Aktarılan bir literatürde Turner sendromlu kadınların ortalama yaşam süresi 69 yıl olarak tahmin edilmiştir (72).

Gebeye veya fetusa bağlı gebeliğin sonlandırılmasında indüklenmiş abortusun önemli bir yeri vardır. İndüklenmiş abortus, gebe kadına ait risk oluşturabilecek bazı hastalıklar nedeniyle veya fetusa ait yaşamla bağdaşmayacak anormalliklerin varlığında uygulanan bir girişimdir (22). Bu girişim çerçevesinde, gebenin talebiyle veya hekimin tıbbı gerekçeli önerisiyle fetus dış dünyada yaşama yeteneği kazanmadan önce tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle döl yatağından uzaklaştırılmaktadır (19,22,37).

Fetosit, özel bir uygulama yöntemi ile gebeliğin sonlandırılması müdahalesidir ve fetus kalbi içine potasyum klorit enjeksiyonu yapılarak atımın durdurulması işlemini içerir (30). Çoğul gebeliklerde uygulanan seçici (selektif) fetosit ise, prenatal tanı yöntemleriyle fetuslardan birinde yaşamla bağdaşmayan anomalinin tespit edildiği durumlarda, diğer fetusu korumaya yönelik olarak yapılan anomalili fetusun canlılığını sonlandırma işlemidir (7).

2.5.2. Yasal Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması

Bu alt bölümde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yasal düzenlemeler sırayla dünya genelinde ve ülkemiz özelinde ele alınmıştır.

Genel olarak yasal düzenlemeler ikinci trimestr sonrası gebeliğin sonlandırılmasını, anne yaşamının tehdit altında olması, fiziksel ve zihinsel sağlık sorunu yaşanması, tecavüz sonucu gebe kalınması, fetal anomali, sosyoekonomik güçlük ve gebe kadının talebi durumları ile sınırlı tutmaktadır (74). İlgili yasal düzenlemelerde gebeliğin sonlandırılmasında ülkeden ülkeye değişen bir üst zaman sınırlamasının olduğu görülmektedir (75).

Ayrıca, kültürel çeşitliliğin yaşandığı dünyamızda, yasal açıdan gebeliğin sonlandırılması konusunda her ülkede farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar, gebeliğin sonlandırılmasının tamamen yasak olmasından veya sadece kadının hayatını kurtarmak için yapılabilmesinden, hiçbir kısıtlama olmaksızın izin verilmesine kadar değişen bir yelpazede yer almaktadır (6,75-78).

Center For Reproductive Rigths kuruluşu tarafından yapılan, 2014 yılında revize edilen *"The World's Abortion Laws"* çalışması dünya kapsamında yasal durumun haritasını ortaya koymaktadır (76-78). Bu çalışmada aralarında Endonezya, Venezuela, Mısır, Haiti, Filipinler, Şili, El Salvador ve Nikaragua'nın da bulunduğu 66 ülkede gebeliğin sonlandırılmasının tamamen yasak olduğu veya sadece kadının hayatını kurtarmak için yapıldığı belirtilmektedir (6,75-77). Aynı çalışma Pakistan'ın, Peru'nun ve Kamerun'un dahil olduğu 37 ülkede kadının fiziksel sağlığını korumak için; İsrail'in, Kolombiya'nın ve Botsvana'nın dahil olduğu 22 ülkede fiziksel sağlığa ek olarak ruhsal sağlığı da korumak için gebeliğin sonlandırılabildiğini göstermektedir. Söz konusu ülkelerde tecavüz ve evlilik dışı ilişki sonucu gerçekleşen gebelikler ile ağır fetal anomali tanısı alma durumlarında sonlandırma yasal hale gelmektedir (6,75-77).

Aralarında İngiltere, Hindistan ve Zambiya bulunan 13 ülkede sosyoekonomik nedenlerle de gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmektedir (6,75-77). Araştırma çerçevesindeki son grupta 61 ülke yer almakta, gebeliği sonlandırmanın isteğe bağlı olarak gerçekleştirilebildiği bu grupta Çin, Fransa, Rusya Federasyonu, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye de bulunmaktadır. Bu son gruptaki ülkelerin genelinde maternal ve fetal nedenlerle yapılan sonlandırmalar için herhangi bir kısıtlama bulunmamakta, isteğe bağlı sonlandırmalarda gebelik süresi (10, 12, 18, 24 hafta), eş onayı, reşit olmayan kadınlar için anne-baba onayı gibi bazı sınırlamalar bulunmaktadır (6,75-77).

Ülkemizde gebeliğin sonlandırılması konusunun yer aldığı yasal düzenlemeler, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Türk Ceza Kanunu (TCK), Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'tür (79-85). Öte yandan embriyonun ve fetusun yasal statüsü Türk Medeni Kanunu'nda belirlenmiştir (83,84,85,86,87).

Türk mevzuatında rahim tahliyesi, gebeliğin 10 haftayı geçip geçmediğine göre farklı şartlara tabi tutulmuş; isteğe bağlı sonlandırma ilk 10 haftalık dönemle sınırlandırılmıştır (79,80,84,85,88).

Ülkemizde isteğe bağlı ya da tıbbi endikasyonla gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin yasal düzenleme, 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'dur. Bu kanunda yer alan ifade "*Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine döl yatağı tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir*" şeklindedir (79).

Bu kanun çerçevesinde gerekli hizmetlerin yürütülmesi ve denetlenmesine yönelik olarak 14. 11. 1983 tarihli ve 83/7395 numaralı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük yayımlanmıştır. Tüzüğün ilk maddesi "*Bu tüzüğün amacı, rahim tahliyesinde acil müdahale hallerinin nelerden ibaret olduğunu ve yapılacak ihbarların şekil ve mahiyetini, rahim tahliyesini ve sterilizasyonu kabul edenlerden istenecek izin belgesinin şeklini ve doldurulma*

esaslarını, rahim tahliyesi ve sterilizasyonun yapılacağı yerleri, bu yerlerde bulunması gereken sağlık koşulları ve diğer koşullarla buraların denetim ve gözetim esaslarını belirlemektir" şeklindedir (80).

Beşinci madde ise hem "*gebelik süresi 10 haftayı geçen kadınlarda, rahim tahliyesi yapılamaz*" hem de bunun istisnasını içermektedir (80). "*Bu durumdaki kadınlarda, ancak, Tüzük'e ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından rahim tahliyesi yapılabilir. Hastalığın, kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla bu hastalığın ilişkin olduğu uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, kesin klinik ve laboratuvar bulgulara dayanan, gerekçeli raporlarla saptanması zorunludur*" (80).

Bu maddede sözü geçen listede (bkz Ek 2) kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar sıralanmıştır (80). Söz konusu liste, kadına ait sorunları oluşturan sezaryenden, ortopedik nedenlere, kan hastalıklarından kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarına kadar tüm sistemlerin farklı hastalıklarını kapsamakta; fetusa ait sorunlar ise Down sendromundan nörofibramatözise kadar uzanan geniş bir spektrumda yer almaktadır (80).

Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi fetusun yasal statüsü Türk Medeni Kanunu'nda yeralmaktadır (83,84,86,87). Medeni Kanun'un 28. maddesinin ikinci fıkrasına göre birey sağ ve tam doğmak koşulu ile ana rahmine düştüğü andan itibaren hak sahibi olabilmektedir (84,86). Medeni Kanun, ceninin hak sahibi olabileceğini kabul etmekte ancak bunu tam ve sağ doğma koşuluna bağlamaktadır (84,86). Medeni Kanun madde 28'de "*Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer.Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder"* (86).

TCK da yer alan çocuk düşürme ve düşürtme suçları ile ilgili hükümlerde cenin korunmakta ancak kişi olarak kabul edilmemektedir (84). TCK'da madde 99 ve 100'de *"Çocuk düşürme veya düşürtme"* suçları olarak kabul edilmiştir (81,84). TCK'nın 99. Maddesinde gebeliğin sonlandırılması ilişkin "*Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*", "*Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur", "*Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir*" (G81). TCK'nın 100. Maddesinde "*Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi hâlinde, bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur"* (G81). TCK 10 hafta sonuna kadar olan gebeliklerde gebeliğin sonlandırılmasına annenin onam vermesi koşulu ile izin vermektedir (81,84). 10 haftada önceki dönemde annenin çocuğu düşürmesini de suç olarak tanımlanmamıştır (81,84). Hatta cinsel saldırı sonucu oluşan gebeliklerde annenin talebi halinde 20 haftadan fazla olmayan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmektedir (81,84). Bu hükümler TCK'ya göre fetüsün kişi olarak kabul edilmediğini göstermektedir (84).

2.5.3. Etik Açıdan Gebeliğin Sonlandırılması

İnsanlığın varoluşundan bu yana doğum yaşam döngüsünün ayrılmaz parçası olmuş; onun gerçekleşmesinin istenmediği durumlarda ise gebeliğin sonlandırılmasını sağlayan çeşitli yöntemler ilk çağlardan başlayarak hemen her dönemde gündeme gelmiştir (2,89-91). "Gebeliğin sonlandırılması", kabul edilebilir bir müdahale olup olmadığı konusunda yüzyıllardır birbirine karşıt görüşlerin dile getirildiği, bitmeyen tartışmaların sürdürüldüğü evrensel bir tıp etiği sorunudur (1,2,90,92). Singer'in saptamasına göre son kırk yıl içinde çok az etik sorun üzerinde gebeliğin sonlandırılması kadar kıyasıya çarpışılmıştır ve çarpışan tarafların hiçbiri karşı tarafın düşüncelerini değiştirme konusunda başarılı olamamıştır (24,25). Beauchamp ile Childress'a göre ise gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili tezlerin gerekçelendirilmesi oldukça güçtür ve bu sorun çözülmeye karşı dirençlidir (4). Kimi zaman birden fazla etik ikilemin birlikte yaşandığı ve harcanması gereken değerlerin birbirine yakın düzeyde olması nedeniyle temellendirmesi güç ve zorlayıcıdır. Tezin bu bölümünde gebeliğin sonlandırılması konusunun gündeme getirdiği etik sorun kümeleri kategorilere ayrılarak toplu halde sunulmuş ve bu konudaki farklı tutumlar-yaklaşımlar ele alınmıştır.

Gebelik, kadın bedeninde fetusun can bulmasıyla oluşmakta; doğal olarak gebeliğin sonlandırılmasından etkilenen iki varlık da yine gebe kadın ve fetus olmaktadır. Bu bağlamda etik sorunlar da gebe kadının ve fetusun etrafında gelişmektedir. Günümüzün ileri teknolojik olanakları sayesinde fetusta var olan bir hastalığa veya anomaliye tanı konulabilmekte, hatta saptanan sorun anne karnında tedavi edilebilmektedir. Bazı durumlarda tıbbi sorunlar gebe kadının tercihleri ile fetusun çıkarlarının ters düşmesine yol açabilmektedir. Kadının bedeni ve yaşamı üzerindeki devredilmez hakları ile doğmamışın çıkarları arasındaki çatışma, gebeliğin sonlandırılması ile ilgili etik ikilemlerin büyük kısmını kapsayan bir sorun kümesidir (2,19,93,94).

İnsanın insan olmasından kaynaklanan, doğuştan gelen, vazgeçilemez-devredilmez haklarının bulunduğu İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi başta olmak üzere, Oviedo Sözleşmesi gibi biyoetik metinleri de dahil, demokratik haklara dair tüm belgelerde kabul edilmiştir (95-97). Bu haklardan biri olan bireyin beden özgürlüğü, tıbbi uygulamalar özelinde hasta özerkliği çerçevesinde koruma altına alınmaktadır (96). Bu temel hak bağlamında, özerk bir varlık olan gebe kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı esas alınmakta ve fetusun varlığının sürmesi ya da sonlanması konusunda belirleyici olmaktadır (2,24,25,55,97-102).

Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili tartışmaların uzayıp gitmesinde etkili olan önemli bir unsur yaşamın başlangıcı ile ilgili belirsizliktir. Canlı üreme hücrelerinin birleşmesiyle oluşan fetusun biyolojik bir varlık olduğu genel kabul görmekte, ancak hayatının gösterdiği aşamalı gelişmenin hangi kademesinde başladığı konusunda farklı görüşler öne sürülmektedir (2,24,25,55,97-102). Yaşamın başlamamış kabul edilmesi, gebeliği sonlandırmanın “bir yaşama son vermek” anlamı taşımadığını ifade etmesini sağlaması bakımından önemli bulunmaktadır. Farklı görüşler yaşamın başlangıcını fetusun daha erken ya da daha geç gelişim aşamasına yerleştirmekte; böylelikle tartışma gebeliğin sonlandırılması-sonlandırılmaması arasında olmaktan çıkıp ne zamana kadar sonlandırılabileceği ne zamandan sonra sonlandırılamayacağı hakkında olmaya geçmektedir (1,2,24,25,55,90,92,94,98-101).

Gebeliğin sonlandırılabileceği aşamayı belirlemeye yönelik tartışmalar, yaşamın başlangıcı üzerinden yürütülmenin yanı sıra fetusun ahlaki statü kazanması mahiyetinde de sürdürülebilmektedir. Fetusun ahlaki statü kazanma aşaması hakkında da görüş

birliği bulunmamakta; bu statüyü kazanarak ahlaken değerli hale gelme zamanının belirlenmesinde döl yatağındaki gelişme aşamaları referans alınmaktadır (1,2,24,25,55,90,92,94,98-101). Farklı görüşlere göre fetusun ahlaki statü kazanması döl yatağına düştüğünde, beyin dalgaları ortaya çıktığında, acı hissedebilmeye başladığında, dölyatağı dışında yaşayabilme yeteneği kazandığında, doğduğunda veya bilinçli hale geldiğinde gerçekleşebilmektedir (1,2,24,25,55,90,92,94,98-101).

Gebeliğin sonlandırılmasına dair yapılan tartışmalarda iki uç yaklaşım, koşullar ne olursa olsun gebeliğin sonlandırılmasına karşı çıkma ile gebenin özerkliğine üst düzeyde saygı göstererek gebeliğin sonlandırılmasının temel bir hak olduğunu benimsemedir. Bu ikisinin arasında ise görece ılımlı farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (1,2,9,24,25,55,90,92,98-101). Tarafların kendilerini tanımlaması-adlandırması bağlamında, gebeliğin sonlandırılması karşıtları "yaşam taraftarı (pro-life)", gebeliğin sonlandırılması hakkı yanlıları "tercih taraftarı (pro-choice)" ifadelerini benimsemektedir (55,98,99,101).

Gebeliğin sonlandırılmasına karşı çıkanlar genellikle insan yaşamının ana rahmine düşme anından itibaren başladığını öne sürerler. Bu yaklaşıma göre fetus "masum bir insan"dır, masum insanın ise hayatı değerli ve kutsaldır, dolayısıyla onu öldürmek yanlıştır (1,2,24,25,55,90,92,98,99).

Gebeliğin sonlandırılması hakkı yanlıları ise kadınların bedenleri üzerinde mutlak hak sahibi olduğunu, bedenlerine yönelik her uygulamayı yapabileceklerini-yaptırabileceklerini dile getirirler (1,2,24,25,55,90,92,98,99,101). Bu yaklaşımda fetus "kadın bedeninin bir parçası"dır; yeni bir insan olarak yaşamının başlaması ancak doğumu gerçekleştiğinde söz konusu olacaktır. Dolayısıyla dölyatağında bulunduğu sürece fetusun akıbeti ile ilgili karar verme hakkı kadına aittir (1,2,24,25,55,90,92,97-99,101).

"Yaşam taraftarı" görüş ile "tercih taraftarı" görüş arasında yer alan "ılımlı yaklaşımlar" ise iki uç arasında dağılım göstermektedir (1,90,92,). Bu dağılım içinde fetusun yaşam hakkına olumlu bakarak gerekmedikçe gebeliğin sonlandırılmasını onaylamamakta ya da özellikle yaşamı ve yaşam kalitesi söz konusu olduğunda kadının haklarını ön plana çıkaranlar olabilmektedir. Diğer taraftan bazı ılımlı yaklaşımlar yaşam taraftarı görüşüne daha yakın bazı yaklaşımlarda tercih taraftarı görüşüne daha yakın yer alabilmektedir (1,92,90).

Ilımlı yaklaşımların kimini benimseyenler gerçekleştirilmesi zor bir arayışa girilmesini önererek gebeliğin sonlandırılmasının uygun olmadığı ve olduğu durumları ayıran etik sınırların belirlenmesi gereğini savunurlar (1,24,25,92,98,99,101,). Yukarıda değindiğimiz gibi etik sınırların belirlenmesi tartışmaları, fetusun değer kazandığı öne sürülen aşama alternatiflerinin karşı karşıya getirilmesi üzerinden yürütülmektedir. Bu bağlamda yaşamın başlangıcına dair tartışmaların bir ucunda hücresel düzeydeki canlılık ile insan yaşamı arasında fark olmadığı tezi, diğer ucunda insan yaşamını üst düzey bilişsel yetiler üzerinden tanımlayan yaklaşım yer almaktadır (19).

Gebeliğin sonlandırılması bağlamında fetusun doğmamış hayatının değeri ve genel olarak hayatın değeri, gebe kadının özerkliği ve genel olarak özerklik, yaşamın başlangıcı, kişi olma ve kişi olma potansiyeli ayrımı, yaşama hakkı gibi kavramlar üzerinden yapılan tartışmalar, birer değer sorunu niteliğini taşımaktadır (19,55,103,104). Bu noktada bir parantez açarak değer ve değer sorunu kavramları hakkında kimi hatırlatmalar yapmak uygun olacaktır.

Felsefe, psikoloji, sosyoloji ve ekonomi gibi birçok alanda kullanılan bir terim olan “değer” etimolojik olarak değmek kökünden türetilmiştir ve bir şeye biçilen öznel niteliği ifade etmektedir (10,105,106). Değerler felsefesinde “değer”, kişinin belli bir nesne veya durum karşısında ilişkileri dahilinde duyguları, istekleri, amaçları, ilgileri, gereksinimleri olan bir varlık olarak, eylediği davranışlarına yüklediği, insanca önemini belirleyen, nitelik olarak tanımlanmaktadır (2,12,103,105). Kişilerin gereksinim duyma biçimleri ile istemlerinin farklılığı ve değerlendirmelerinin öznelliği nedeniyle çeşitli değer türleriyle karşılaşılmaktadır (103). Birine yüksek bir değere sahip görünen, bir başkasına değeri az ya da değersiz görünebilir (103). Bir şeyin değeri o şeyin bir özelliği; kişinin değeri ise kişinin toplumla ilişkisi bakımından özel durumudur (106). Kişinin değeri bağlamında kişinin diğer kişilerle eşitliği ve hiçbir durumda hiçbir biçimde araç olarak kullanılmaması gerekliliği söz konusudur (106).

Değer sorunları durumların-koşulların farklı değerlerin birini diğerine tercih etmeyi zorunlu kılmasıyla, bir değeri korumak adına bir diğerini harcamanın gerekmesiyle karakterizedir. Hangi değere bağlı kalmanın daha uygun olacağı hakkındaki kararsızlık, değere dayalı davranışın nasıl olacağı konusunda belirsizliğe yol açmakta ve bu durum etik ikilem olarak adlandırılmaktadır. Farklı bir anlatımla, değer sorunu bir değerlendirme, insanın ve insanla ilgili olan nesnenin-olayın nitelendirilmesi

ve karşılaştırılması sorunudur (106).

Yaşam hakkındaki başlıca argümanlar yaşamın kendisi olmaktan kaynaklı bir değeri olması, bir amacı bulunması ve sadece kendisi için korunmasının gerekmesidir (19). İnsan yaşamının kendisinden kaynaklanan değeri, tıbbi uygulamaların her koşulda hastanın yaşamda kalmasını sağlamaya ve yararını gözetmeye yönelik olmasını gerektirir. Böylece tıp etiğinin temel yaklaşımlarından biri olan yaşama saygı ortaya çıkar (19,99). Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tartışmalarda "yaşam ne zaman değer taşımaya başlar", "hangi durumlarda korunmalıdır", "her koşulda hakkında kaygı duyulması gereken ilk ve en önemli şey midir", "hangi yaşamlar değerlidir", "bu değere hangi niteliklerinden ötürü sahiptir", "bu değeri ne zaman kaybeder" gibi cevaplandırılması zor sorular gündeme gelmektedir (24,25,55,97-99,107).

"Hangi yaşamlar değerlidir" sorusuna cevap arama bağlamında kişi kavramı önemli yer tutar. İnsanın gelişim seyri içinde kişinin ortaya çıkış noktasını bulmak önemlidir çünkü bu noktadan sonra yaşamı sonlandırmaya izin verilemeyecektir (98). Gebeliğin sonlandırılması tartışmalarında fetusun kişi haklarına sahip olup olamadığı kritik bir konudur (97). Bu noktada kişi kavramını farklı açılardan incelemek fetusun kişi olması-olmaması sorununa bir ölçüde ışık tutacaktır.

İnsan Hakları Sözlüğü'ndeki tanıma göre kişi algılama, coşku, duyarlık ve istenç gibi niteliklere sahip olan insandır (97). Hukuk ise kişiyi hak ve borç sahibi olabilme yetkisine, bir başka deyişle hak ehliyetine sahip varlık olarak ifade eder (108,109). Felsefi nitelikli bir diğer tanıma göre kişi, akılcı varlığın değişmeyen özü, dayandığı öz niteliğidir (103). Etik açıdan ise kişi ilişkinin ya eylemde bulunan ya da eylemin yöneldiği şey olarak, taşıyıcısı olan öznedir (19).

Kant'a göre kişi akla dayanan eylemlerde bulunan insandır; özerklik ise aklın ve akla dayanan eylemlerde bulunan kişinin özelliğidir (110). Harris'e göre, özerklik hayatın değeri açısından birincil öneme sahiptir ve kişinin temel niteliği kendi varlığına değer verebilmesi ve bunu bilinçli bir dille ifade edebilmesidir (99). Nuttal'a göre kişi olmak, kişiler arası ilişkiye rasyonel, bilinçli, dile sahip, kendi ayrımında olan bir varlık şeklinde girebilmektir (98). "Kişi olmaktan ne zaman çıkılır" sorusuna Harris "*kişi bilincini kalıcı olarak kaybetmişse kendi varlığının farkında olamayacağı yani öz bilinç ve hayatına değer verebilme yeteneğini kaybedeceği için kişi olmaktan çıkar*" şeklinde yanıt verir (99). Ona göre bu tanımlar hem bir fetusun ya da canlı bir insan dokusunun

ne zaman ve neden değer kazanabileceğine hem de insanların değerli olmaktan ne zaman ve neden çıkacağına açıklık getirmektedir (99). Nuttal'a göre, bebeğin bir kişi olarak davranma süreci doğumla başlar ve bu anlamda, doğum kişi olmanın başlangıcıdır (98).

Yaşamın başlangıcına dair tartışmalarda gündeme gelen bir kavram da "kişi olma potansiyeli"dir. Bu kavramın ortaya çıkışı "eğer yumurtanın döllendiği andan itibaren oluşan şey tam bir insan değilse onun potansiyel bir insan olduğundan söz edilebilir mi" sorusu üzerinden gerçekleşmiştir. Bu sorunun arkasında yatan düşünce, fetusun ileride zamanı gelince düşünen, konuşan, sevgi duyan ve adalet duygusuna sahip bir varlık olacağıdır (107,111). Harris döllenmiş yumurtanın insan dokusu; sperm ile yumurtanın ise sadece canlı olduğunu vurgulamaktadır (99). Nuttall ise bu konuda şunları dile getirmektedir: "*. . . Bir kere bir bebeğin doğumunu ve bir çocuk haline gelişini gördükten sonra bir fetusun alınmasının bu gelişmeyi önlediği gerçeğine gözleri kapamak kolay değildir. Bu değerlendirmenin sonucu vurgunun fetusun bir zamanlar ne olduğundan ne olacağına kaydırılmasıdır. Fetusun normal bir çocuğa mı yoksa engelli bir çocuğa mı gelişeceği, sevgi dolu bir aileye doğup doğmayacağı, istenip istenmediği gibi sorulara verilecek yanıtlar tümüyle gebeliğin sonlandırılmasının doğru mu yanlış mı olduğuna dair soruyla ilişkili olacaktır çünkü hepsi fetusun potansiyeli ile ilgilidir"* (98).

Her insanın doğuştan gelen yaşama hakkı vardır. Ailesi, onu besler, eğitir, sağlığını korur, yetişkin insan konumuna getirir. Bu koşulların aile tarafından sağlanamadığı durumlarda ise kişinin yaşama hakkı devlet tarafından korunur (97). Yaşama hakkı üzerinden değerlendirmeye gidildiğinde gebeliğin sonlandırılmasındaki temel sorun, fetusun bu hakkına saldırıda bulunulması olmaktadır. Bu yaklaşımı benimseyenlerin kullandığı terminoloji "doğmamış çocuğun yaşam hakkı"dır. Öte yandan yaşama hakkı gebeliğin sonlandırılmasını da gerekçelendirebilmekte; gebeliğin devamı gebenin yaşamını ve sağlığını tehdit eder hale geldiğinde kadının yaşam ve sağlık hakları adına müdahale edilebilmektedir (97).

2.6. Etik Karar Verme Süreci

Rutin klinik işleyiş sırasında ikinci trimestr ve sonrası bir gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde sağlık çalışanları kendilerini kritik bir karar verme sürecinin içinde bulurlar. Bu kritik süreç oldukça zorlayıcı, çok boyutlu ve çok paydaşlıdır. Tezin bu alt bölümünde etik karar verme süreci hakkında genel bilgilerle yapılan girişin ardından önce klinik etik karar verme sürecine, daha sonra kısaca klinik karar verme yöntemlerine yer verilmiş ve son olarak da ikinci trimestr ve sonrası dönemde gebeliğin sonlandırılması özelindeki etik karar verme sürecine odaklanılmıştır.

Günlük yaşamda kişi verdiği kararlara bağlı olarak tutum ve davranışlarını biçimlendirir (112). Davranışı belirleyen kararlar bilinçli ve hür irade sahibi olarak alındıkları ölçüde etiğin ilgi alanına girerler. Etik çerçevesinde karar, belli koşullarda gerçekleşebilecek eylemlerden birini seçme durumundaki kişinin algılama, kavrama, karşılaştırma gibi yollara başvurarak yaptığı değerlendirmeyle vardığı sonuçtur (12,103). Karar verme süreci ise genel anlamda temelinde çözümleme ve çözme işleminin yer aldığı, var olan seçenekler arasından belli bir eylem tarzının bilinçli olarak diğerlerine tercih edilmesiyle sonuçlanan zihinsel-bilişsel etkinlikler bütünüdür (12,103,104,112-115).

Kimi konularda hemen karar vermek zordur ve karar süreci eldeki verilere yenilerini eklemeye yönelik araştırmalar yapmayı ve ara kararlar vermeyi içerir, bir başka deyişle “ardışık” kararlar söz konusudur (114-117). Bu süreç karar vericinin algılamasının ve akılcılığının önemli rol oynadığı dinamik bir akıl yürütmedir (114-117). Bazı durumlarda kişi, etkileşimlerde olup bitenden rahatsızlık duyması nedeniyle içsel çatışmanın gerginliği içinde karar vermekte zorluk çekebilir (104,118-120). Kişideki bu rahatsızlık etik ikilemin kıskacına yakalanmaktan, bir tür kıstırılma hissi yaşamaktan kaynaklanmaktadır. Etik ikilem, kişinin her birinin farklı bir değeri koruyan eylem seçeneklerinden birini seçmesinin gerektiği ancak seçeneklerin hiçbirinin tam anlamıyla tatmin edici olmadığı dolayısıyla yapacağı seçim ile istemeden mutlaka bir değeri zedelemeye zorlandığı açmazlardır. Bir başka deyişle ikilem çatışan etik değerlerin veya ilkelerin arasında seçim yapılmasını gerektiren durumdur (2,12,19,103,114,120).

İkilem karşısında etik sorunun tespiti ile çözüm yolunda önemli bir adım atılmış olur (104,114,121). Bu tespiti yapabilmek her şeyden önce motivasyon ve etik bilinç

gerektirir (100,104,116,119,120,122,123). Etik bilinç etiğe karşı dikkatli bir odaklanma ve duyarlılıkla etik boyutu diğer boyutlardan ayırt etme becerisidir (120,123). Etik bilinç bazı yazarlara göre doğuştan var olan, bazılarına göre eğitimle edinilen bir özelliktir (100,104,119,122,123). Etik kaygı, klinisyenin etik değerlendirme yaparken olası bir etik sorunu atlamama ve saptadığı soruna en iyi çözümü bulma yolunda gösterdiği hassasiyettir (123). Kişinin etik hakkındaki bilgisi ve farkındalığı etik bilinci sahibi olmasında rol oynar. Etik bilinçle yapılan durum değerlendirmesi ile etik ikilem ortaya konulur. Daha sonraki etik değerlendirme aşaması, ikilemin insan değeriyle olan ilgisini kurarak, olaydaki paydaşların belirlenmesidir (104,114). Yani belli bir durumda, temel haklarının çiğnenip çiğnenmediğinin ve hangilerinin ne kadar korunduğunun belirlenmesi ile belli bir nedensel bağlantıda ortaya çıkacak sonucu belirleyen etkenlerin ortaya konulmasıdır (104). Söz konusu düşünsel değerlendirmeyi yapabilmesi için kişinin insan olanaklarına, insan haklarına ve diğer sorunlara ilişkin etik ilkeler ve öğretiler ile mesleki kodlar ve standartlar hakkında güçlü etik bilgiye sahip olması ve bu bilgiyle etik açıdan bakabilme eğitimi görmesi gereklidir (104,124).

Kısaca kişinin belli bir sorun karşısında en etkili kararı vermesi için, önce sorunu tanımlaması, ardından sorunun çeşitli çözüm yollarını ortaya çıkarması ve bu çözüm yollarının olumlu ve olumsuz yanlarının karşılaştırması sonucu birinde karar vermesi ile seçilen çözüm yolunun işleyişini kontrol etmesi önerilmektedir (114,118,116,120,125). Çünkü her sorun değişik boyutlara sahip birçok unsurdan oluşabilmektedir. Ayrıca bazen tek bir sorunla değil birbiri üzerine oturmuş, birbiriyle bağlantılı sorunlar karmaşası ile de karşılaşılmaktadır (114,116,118,125).

2.6.1. Klinik Etik Karar Verme Süreci

Sağlıkla ilgili her önemli kararın verilme sürecinde yaşananlar felsefe, psikoloji, sosyoloji ve hukuk gibi disiplinleri ilgilendiren çok boyutlu karmaşık bir yapıya sahiptir (112,116,118,125-128). Böyle bir deneyimi yaşama bağlamında sağlık çalışanı, aralarındaki etkileşimin keskin sınırları olmayan medikal, psikolojik, sosyal, etik ve hukuki boyutların üst üste bindiği dinamik bir karar verme sürecine dahil olur (116,114,124,126-128).

Klinik uygulamada karşılaşılan her sorun etik ikilem niteliği taşımaz (116,121,129). Sadece sağlık bakımında ortaya çıkan değer sorunlarıyla ilgili belirsizlik ve çatışma durumlarında bütün olası çözümlerin etik bir ilkeyi ihlal etmeyi gerektirdiği uç durumlardaki klinik sorunlar, klinik etik ikilemler olarak nitelendirilebilirler (116,120,121,129). Bu ikilemler ancak klinikte etik karar verme sürecinin yaşama geçirilmesi ile çözülebilir. Bunun için de doğru tıbbi ve sosyal verilerin toplanıp işlenmesi; bir etik ilkenin ihlal edilip edilemeyeceğinin belirlenmesi; eğer ilke ihlali kaçınılmaz ise bu ihlalin rasyonel gerekçelerinin neler olduğunun saptanması gereklidir. Tüm bunlar, en az değeri harcamayı hedefleyen bir etik muhakeme yoluyla gerçekleşebilir (114,116,121,129).

Klinik karar verme sürecinin işleyişinin temel öğelerinden biri olgunun medikal boyutunun irdelenmesidir. Bu aşamada yapılacak işlemin güvenilirliği, yararlılığı ve gerçekten gerekliliğinin sorgulanmasını önerilir (130). Ayrıca "uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin hastalığın prognozunu ne yönde etkileyecek" ile "tedaviden elde edilecek yarar, tedavinin getireceği olası zararlara değer mi" gibi soruların sorulması medikal boyutun, etik boyuta uzanan uçlarını değerlendirmeye yarayacaktır (114). Bu sürecin temel öğeleri, etik sorunun saptanması; olgudaki paydaşların potansiyel durumları ve konuya bakış açıları ile belirlenmesi; olguya ilişkin temel etik ilkelerin, kanunların, yönetmeliklerin ve kuralların belirlenmesi; seçeneklerin ortaya konması, karşılaştırılarak irdelenmesi ve hastanın da seçim sürecine katılımının sağlanması; çatışan ilkelerin ve sorumlulukların dengelenmesidir (114,120,131).

Klinik karar verme sürecinin çok boyutlu bir yapısı olması bu süreci etkileyen çeşitli faktörler bulunmasını da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda hem iç ve dış çevrenin anlık etkileri hem de daha önce verilmiş kararların geribildirimlerinin sürekli etkileri bulunur (112,116,127,132,133). Bu bağlamda etik karar verme sürecine etki eden faktörler; mesleğin bilimsel-teknik donanım-olanakları ile sağlık çalışanlarının klinik bilgi-yetkinliği, hastanın tutum ve davranışlarını etkileyen inanışları, sosyokültürel-ekonomik durumları, toplumun kültürel yapısı, sosyal güvenlik kurumunun kuralları, konu hakkındaki yasal düzenlemelerdir. Önemli bir diğer unsur da hastanın hukuksal anlamda karar verme yeterliliğidir (114,116,132).

Bazı durumlarda, etik karar verme sürecinde kararı kimin verip sorumluluğu üzerine alacağı, kararın kendisinden daha fazla önemlidir (134,135). Hasta-hekim

ilişkisi klinik karar verme sürecinde etkili olan önemli bir faktördür ve karar verme sürecini direkt olarak etkilemekte, özellikle kararı kimin neye göre nasıl vereceğinde rol oynamaktadır (114,116,124,132,134,135). Burada karar vericinin öznel yapısı devreye girmektedir. Kişinin öznel yapısı dinamiktir; zaman içinde fiziksel durumu değişir, bilgi ve deneyimi artar, düşünceler farklılık gösterir (104,116,124,132). Karar verme sürecinde kişi, duygularının ve mantığının dahil olduğu kendi değer sistemi ile etik sorunu tanımlar ve onunla başa çıkma yöntemini belirler. Dolayısıyla, etik ikilemlerin çözümünde ilgili kişilerin değer sistemlerinin tanımlanması gerekmektedir (104,124).

Bilindiği üzere hasta hekim ilişkisi genelinde hastaların kararlara katılımı farklı şekillerde-derecelerde olmakta; bu bağlamda babacıl, bilgilendirici, açıklayıcı, görüşmeye dayalı ve paylaşılan karar verme yaklaşımları şeklinde beşli bir kategorizasyon yaygın olarak kabul görmektedir (134-136). Söz konusu yaklaşımların oluşumunda belirleyici olan faktörler, hekimin karakteri (cinsiyeti ve mesleki deneyimi); hastanın karakteri (cinsiyeti, sosyal sınıfı, yaşı, eğitimi ve bilgi almaya yönelik isteği); iki tarafın sosyal sınıf, eğitim, tutum, inanç, beklenti bakımından farklılıkları; durumsal etkenler (hastanın endişeleri, tanışma derecesi ve karara konu olan sorunun doğası) şeklinde sıralanmaktadır (135).

Son yıllarda hasta özerkliğinin ön plana çıkması ile tıp çevrelerinde genel eğilim olarak hastanın karar verme sürecine dahil edildiği, bilginin paylaşıldığı, yapılacak uygulama konusunda fikir birliği arandığı söylenebilir (134,135). Ancak tıbbi eylemin planlanması aşamasında öncelik ve son söz söyleme hakkı hekime verilmekte, özellikle tıbbi sorumluluğun bir başkasına devredilemeyeceği savunulmaktadır (116,137,138). Bu klinikte oluşturulan etik kararda hastanın dışlanabileceği anlamına gelmez; tıbbi uygulamanın her aşamasında hastanın izninin alınması gerekmektedir (114,116,134,137,138). Hastanın öncelikli sorunu hastalığı yani medikal sorun olup, bizzat parçası olduğu etik sorun ise hekime aittir. Dolayısıyla etik kararı oluşturma yükümlülüğü de hekime aittir (114,116,137,138). Bu ahlaki bir yükümlülüktür ve bir başkasına devredilebilmesi mümkün değildir (100,104,110,137-139).

Karar verme sürecinde yapılan seçimin savunulabilir olması gerekir. Bu bağlamda verilen kararların gerek bilgi boyutunda gerek etik boyutunda gerekse hukuk boyutunda temellendirilmesi, gerekçelendirilmesi beklenir (100,110,120,139). Bundan dolayı kişiler karar verirken bir takım yol gösterici unsurlara başvururlar. Yukarıda söz

ettiğimiz süreçte etkili olan bazı faktörlerin yol gösterici özelliği de bulunmaktadır. Bir yandan etik ilkeler-öğretiler-kodlar, diğer yandan yasalar, yönetmelikler ve diğer resmi kurallar, üçüncü olarak da mesleki deneyim gibi faktörler hem kararı etkileyen hem de yol gösteren unsurlardır (57,59,114,116,127,131,140-142).

Eylemler bu unsurlardan etik öğretiler çerçevesinde kendilerine gerekçe olan niyetin-düşünüşün niteliğine ya da sonuçlarına göre değerli ya da değersiz olarak nitelendirilir (110). Kurala bağlanmamış durumlarla ilgili etik karar verme çabası içindeki sağlık çalışanlarının izleyebileceği yollardan biri, yol gösterici olarak etik öğretilerden yararlanmadır (141,143). Bilindiği üzere başlıca etik öğretiler deontoloji, sonuçsalcılık, ilkecilik ve erdem etiğidir (141,143)[*].

Etik karar verme kılavuzları-referansları bağlamında öğretilere ek olarak meslektaşlar arası görüş alışverişi ile deneyim ve birikimin paylaşımı, tıp etiği literatürü, meslek etiği kodları, hastane etik kurulları ve etik danışmanlık sistemleri de yer almaktadır (57,59,114,116,140-142). Dünya Hekimler Birliği'ne göre hekimler birçok durumda eylemin doğru olup olmadığına kendileri karar verirler, ancak benzer durumlarda diğer hekimlerin nasıl davrandıklarını bilmek onlara yardımcı olabilir (143). İşte bu bilgiyi sağlayan meslektaş görüşü, tıp etiği literatürü, etik kodlar, etik kurullar ve etik danışmanlık sistemleridir (57,59,114,116,128,140-142,144).

Etik kodları bir mesleğin ideallerinin çerçevesinde davranışlara rehberlik eden, kabul edilebilir davranış standartları geliştirilmesini sağlayan kurallar dizgesidir (57,59,128,142). Etik danışmanlık, klinikte etik ikilemlerin yaşandığı zorlayıcı durumlarda hastalara, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına yardım etmek üzere durumun her boyutu ile değerlendirilmesi ve çözüm önerileri sunulması şeklinde bireysel veya kurumsal düzeyde sağlanan bir hizmettir (19,59,120,128,134,140,145). Kurumsal düzeyde etik danışmanlık veren etik kurullar heterojen bir yapıya sahip olup

[*] Tıp deontolojisi, bir başka deyişle sağlık profesyonellerinin ödev kuramı, etik karar vermeyi sağlayacak iyi temellendirilmiş kurallar arayışı içinde olan deontolojinin bir alt dalıdır (100,103,141,143). Sonuçsalcılığı benimseyenler doğru eylemin, en iyi sonucu üreten olduğunu savunurlar. Bu öğretinin en iyi bilinen yaklaşımlarından Bentham ve Mill'in yararcılık için iyinin ölçüsü yarardır; yararlı olan iyidir (100,103,143). İlkecilik, etik kararlar verebilmek için hem kuralları hem de sonuçları dikkate alarak yapılması gereken doğru şeyin ne olduğunu belirleyebilmek adına etik ilkeleri özgün olaylara ya da durumlara uygular**.** Beauchamp ve Childress'ın tıp etiğinin dört ilkesi, özerkliğe saygı, yararlı olma, zarar vermeme ve adalet, tıp pratiğinde akılcı karar vermede önemli rol oynarlar (4,141,143). Karar verenin karakterine odaklanan erdem etiği, bilinçli bir tutum içinde bir işlevi yerine getirmeyi; yeterliliği, becerisi ve kapasitesiyle iyiye yönelmeyi esas almaktadır (100,103,143).

tıp etikçileri ve farklı toplumsal kurumların-kesimlerin temsilcileri ile birlikte, ağırlıklı olarak değişik uzmanlık alanlarına mensup hekimlerinden oluşmaktadır (57,59,116,128). Bu yapılar tıbbi eyleminde etik açıdan uygun davranışta bulunmak ve eylemini haklı temellere dayandırmak isteyen kişilere yol göstererek, yararlı olmaktadır (19).

Yukarıda karar verme sürecinde sorunun fark edilmesi, veri toplanması, seçeneklerin karşılaştırılması, her seçeneğin kazanımları ile kayıpları arasında denge kurma çabası ve seçim yapma aşamalarından bahsedilmiştir. Bu sürecin devamında, etik karar verme sürecinin irdelenmesi ile verilecek kararın etiğe uygunluğunun gözden geçirilmesi önerilmektedir (114,116,120,124,131). Yapılan seçimin sonucu olarak ortaya çıkan koşulları değerlendirerek seçimin doğru olup olmadığını yani verilen kararın etiğe uygunluğunu belirlemek olanaklıdır (120,124). Geriye dönük irdeleme sürecin bütün olarak değerlendirilmesini ve doğru eylem için izlenmesi gereken yolun görülmesini sağlamanın yanı sıra karar veren kişinin eylemin sorumluluğunu kendisi dışındaki bir kişiye ya da makama devretmesini önlemektedir (100,104,137,139).

2.6.2. Klinik Etik Karar Verme Yöntemleri

Klinik karar verme sürecinin medikal boyutuyla ilgili birçok yöntem ve model mevcuttur (115,130,146-148). Burada bunlara değinilmemiş ancak klinik karar verme sürecinin etik boyutuyla ilgili yöntemlerden bahsedilmiştir. Söz konusu yöntemlerden önemli görülenler hakkında bilgi notları aşağıda yer almaktadır:

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliğinin (ACOG) bu alanda çalışan sağlık çalışanları için hazırladığı etik karar verme rehberinde etik karar verme aşamalarını sırası ile karar vericiyi belirlemek, veri toplamak ve gerçekleri tespit etmek, tüm seçenekleri belirlemek, seçenekleri ilkelere göre değerlendirmek, etik çatışmaları ayırt etmek, en iyi seçeneği gerekçeli olarak seçmek, eylemi gerçekleştirdikten sonra kararı tekrar değerlendirmek olarak sıralamıştır (216).

Bir diğer uygulamalı yaklaşım olan "*Klinik Pragmatizm Yönteminin kökenleri O. W. Holmes ve W. James'in Amerikan pragmatik geleneğine dayanan, deneysel gözlemleri ve bilimsel yöntemi kullanarak teori ve uygulamayı birleştirmiştir. Etik ilkeleri mutlak doğrular olarak değil ama bağlamı belirleyen deneysel olguların ışığında sürekli olarak test edilmesi gereken hipotezler olarak kabul eder"* (121).

"*Klinik pragmatizm, hastaların bakımındaki klinik-etik ikilemleri çözmeye çabalarken çoğu etik danışman ve kurul tarafından kullanılan bir süreçtir* (121).

Etik çözümlemede önerilen uygulamalı yaklaşımlardan Siegler ve arkadaşlarının dört aşamalı yönteminin ilk aşaması tıbbi endikasyonların tanımlanmasıdır. Hastanın durumunun medikal boyutunun irdelenmesi ve etik uzantılarının sorgulanmasını içerir. İkinci aşamada hastanın tercihleri sorgulanır; zihinsel yeterlilikleri ve tedaviye bakışı hakkında bilgi sahibi olunur ve bunlar göz önünde bulundurulur. Üçüncü aşama hayatın niteliğine dair sorgulama yapılmasını, hastalığın tedavi edilmesi ve tedavisiz bırakılması durumlarındaki yaşam koşullarının irdelenmesini içerir. Dördüncü aşamada vakayı çevreleyen unsurlar değerlendirmeye alınır; ailenin ve tıbbi ekibin duruma bakışı, ekonomik-dini-sosyokültürel faktörler, yasal sınırlar, kurumsal mevzuat gözden geçirilir (120,121,127,133).

Namal'ın çalışmasında (120) belirttiği ve Almanca tıp etiği literatüründen dilimize kazandırdığı "Ethik in der Medizin" isimli eserde dile getirildiği gibi, Theil sağlık çalışanlarının etik ikilemi algılama ve karar verme sürecini altı adımda ele alır. Bu adımların birincisi hekimin davranışının etik boyutuna önem vererek duyarlılık kazanması, ikincisi tıbbi sorunların etik yönünü ayırt etme becerisini kazanarak motive olmasıdır. Yönelim-oryantasyon olarak adlandırılan üçüncü adımda hekimin tıbbi durumlar karşısında farklı görüşler olabileceğini kabul ederek kendi görüşü üzerinde düşünmesi söz konusudur. Dördüncü adım verilecek kararın sağlam şekilde gerekçelendirmesi-temellendirmesi, beşinci kararın eleştiriye sorgulanmaya açık olmasıdır. Davranma ve eylemde bulunma aşaması olan altıncı adımda hekimin kararını diğerleri ile tartışmaya açması ve hastanın kendi değerleri doğrultusunda karar alabileceğini kabul etmesi gerekmektedir (120).

Namal'ın çalışmasında (120) aktardığı Pellegrino'nun tıbbi uygulamalarda etik vaka analizinde ilk olarak teknik ve etik açıdan önemli verileri belirlemeyi ardından hasta için en iyi olanın belirlemesini ele almıştır. Daha sonraki adımda sağlık çalışanının kendi yükümlülüklerini belirlemesi gerektiğini belirtmiştir. Son adımda ise soruna ilişkin etik ilkeleri belirlemeyi ve değerlendirme yapmayı önermiştir (120).

2.6.3. Gebeliğin Sonlandırılmasında Özelinde Klinik Etik Karar Verme Süreci

İkinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılmasını gündeme getiren tıbbi sorunlar genellikle fetustaki sorunlar şeklindedir. Kimi çalışmalarda da fetusun durumunu tıbbi açıdan belirlemenin etik sorunların çözümünde yol gösterici olabileceği öne sürülmektedir (9,41,150,151). Her tıbbi sorunda olduğu gibi gebeliğin sonlandırılmasının söz konusu olduğu durumlarda da olguların biricikliği göz önünde tutulmalıdır. Bu alt bölümde ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması özelinde klinik etik karar verme süreci tıbbi sorunların çeşitliliği üzerinden ele alınmıştır.

Prenatal tanı yöntemleriyle belirlenen hastalığın-anomalinin beklenen prognozu (yaşam süresi-yaşam kalitesine etkisi, mümkünse fetal tedavi olanakları) hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi ile bağlantılı bir dizi etik sorun söz konusu olabilmektedir (61,152,153).

Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (FIGO)nun tespitine göre günümüzde prenatal tanı yöntemlerinin tedavi olanağı mümkün olmayan bir anormalliği işaret ettiği olgularda genellikle gebelik sonlandırılmaktadır (13,14). Bu nedenle prenatal tanının mümkün olduğunca fetus yaşayabilirlik sınırını geçmeden tamamlanması önerilmektedir (7,41,154). Prenatal danışmanlık hizmetinde amaç fetusta bir sorun tespit edilmesi durumunda, gebenin ve ailesinin “yönlendirici” olmadan bilgilendirilmesi ve böylelikle bilinçli bir karar verebilmelerinin sağlanmasıdır (8,51,54,58,60,154,155).

Bazı girişimsel prenatal tanı yöntemlerinin fetus açısından riskleri mevcuttur. Bu bağlamda söz konusu yöntemlerin düşük riskini gündeme getirmenin yanı sıra yanlış pozitif ya da negatif sonuç vererek gereksiz ya da eksik işlem yapılmasına yol açmasından söz edilebilir. Prenatal tanı yöntemlerinden yararlanırken risk/yarar değerlendirmesi yapılmalı ve düşük ya da doğum sonrasında bu yöntemlerle konulan tanının doğruluğu mutlaka denetlenmelidir (13,14).

Prenatal tanı yöntemleriyle fetusun tıbbi durumuna ilişkin elde edilen bilgiler ve öngörüler ışığında gebeliğin geleceği hakkında etik karar vermek oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Daha önceki bölümlerde değinildiği gibi bu süreçte karşılaşılan etik sorunların her biri kendi çapında önemlidir ve yarattıkları etik ikilemlerin çözümü güçtür.

Öncelikle sağlık çalışanlarının etik bilinç/duyarlılık sahibi olmasına ihtiyaç vardır ve gebeliğin medikal boyutu ile uğraşı içindeyken var olan/olabilecek etik sorunların farkında olmaları beklenir. Gebeliğin seyrinde tespit edilen sorunların iyi tanımlanması, hem gebe ve fetus için gerekli tıbbi/cerrahi tedavi uygulamalarının seçimi ile ilgili etik sorunların saptanması hem de yaşanan etik ikilemlerin/çatışmaların çözülmesi için önemli bir adımdır.

Daha önce de değinildiği gibi gebeliğin sonlandırılmasındaki etik sorunların temelinde yer alan çatışma gebe/ebeveyn özerkliğini tanıma ile fetusun yaşamına verilen değer ve duyulan saygı arasındadır. Tıbbi uygulamayı gerçekleştirecek dolayısıyla onun teknik boyutu ile ilgili seçenekleri ortaya koyacak olan kuşkusuz sağlık çalışanıdır (116,132,137). Ancak kendi bedeni üzerinde yapılacak işlemler hakkında son kararı verecek olan da gebedir. Bu bağlamda gebenin/hastanın iş birliği içinde olması ve kendi sorumluluklarını yerine getirebilmesi için de bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirilmesi halinde sağlanabilir (156). Gebenin özerkliğine saygı gösterilirken tıbbi uygulamalarda yarar/zarar dengesi de gözetilmelidir. Ayrıca gebeliğin özel durumu nedeniyle gebenin ve fetusun yararlarının ne olduğu ayrı ayrı dikkate alınmalıdır. Bu ikisinin çatışması halinde kimin yararının önceleneceği etik ikilem yaratmaktadır. Gebelik haftası, dolayısıyla fetusun yaşayabilme olasılığı bu ikilemi aşmaya yönelik etik karar verme sürecinde önemli bir unsurdur (6,9).

Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin etik karar verme sürecinde etkili olan çeşitli faktörler bulunmaktadır ve her olgu özelinde bunların nasıl bir kompozisyon oluşturduğu belirlenmelidir. Gebenin/ebeveynin değerleri, inançları, mensubu olduğu toplumun yapısı göz önüne alınırken sağlık çalışanlarının değerleri ve inançları da göz ardı edilmemeli; kısaca tarafların bireye özgü durumları değerlendirilmelidir (61,116,120,132,152,154). Kararın temellendirilmesinde sağlık çalışanlarının bunların yanı sıra tıp etiği ilkelerini, mesleki etik kodlarını ve soruna ilişkin rehberleri göz önüne almaları beklenir. Ayrıca konuyla ilgili akademik metinler ile mevzuat metinleri de dikkate alınmalıdır. Sorunun yaşandığı kurumda bulunmaları halinde etik kurullar veya etik konsültasyon sistemleri de kararı temellendirmede kullanılması önerilen mekanizmalardır. İkilemler bir biçimde çözüldükten sonra karar verme süreçlerinin

geriye dönük olarak gözden geçirilmesi gelecekte yaşanacak sorunlara daha etkili yaklaşabilme açısından önemlidir (57,59,116,128,132,140,141,157).

2.7. İkinci Trimestr ve Sonrasında Gebeliğin Sonlandırılmasının Etik Boyutu

Yukarıda da belirtildiği gibi ikinci trimestr ve sonrası, hem yaşamsal organları hızlı gelişim gösteren fetusun yaşayabilme olasılığının arttığı hem de prenatal tanı yöntemleri ile birçok gelişimsel kusur ve hastalık teşhis edilebildiği için gebeliğin tıbbi olarak sonlandırılması kararının gündeme gelebildiği bir dönem olması nedeniyle etik açıdan üzerinde durulmaya değerdir (5-8). Bu bağlamda gündeme gelen etik karar verme sürecinin kuramsal arka planında hayatın değerinin ne olduğu ve yaşamın ne zaman başladığı tartışmaları yer almaktadır.

Etik karar verme süreçleri etik ikilemleri aşma; başvurulabilecek etik ilkelerden hangisinin önceleneceğini ve hangisinin ihmal edileceğini belirleme çabası üzerine kuruludur (106,116,114,138). Etik karar verme sürecinde ilkelerin yanı sıra etik öğretilere de başvurulmaktadır. Örneğin maksimum fayda sağlamayı savunan yararcılık öğretisi, konumuz olan "gebe mi fetus mu" sorununu aşan biçimde, "toplum mu birey mi" sorununu merkeze çekmekte; dolaylı olarak sınırlı kaynakların adil dağıtımı, yaşamın ekonomik değeri, boşuna tedavi tartışmalarını gündeme taşımaktadır.

Fetusta var olan ya da olma olasılığı bulunan kimi anomaliler veya hastalıklar yaşam kalitesine ve süresine farklı derecelerde etki etmekte; bu etkiler yaşam kalitesini ve süresini "en az etkileme"den "kalıcı bir sakatlığa veya kısalmış bir ömre sahip olma"ya uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır (13,14). Öte yandan fetusta hiçbir sorun yokken gebenin yaşamını ve yaşam kalitesini tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalınması da söz konusu olabilmektedir (13,14). Her iki durumda da ya adım adım yaşama yaklaşan bir fetustaki ağır anomali nedeniyle ya da gebenin hayatını tehdit eden tıbbi bir gerekçe ile ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararı gündeme gelebilmektedir (41,151). Bu kararla ilişkili etik konular ise gebenin ve fetusun haklarının karşı karşıya gelip çatışmasından doğmaktadır (2,150,158,159).

Söz konusu çatışma "Yarar Sağlama İlkesi", "Özerkliğe Saygı İlkesi", "Adalet İlkesi" (Sınırlı Kaynakların Adil Dağılımı ve Ayrımcılık Yapmama), "Yararcılık Öğretisi", "Hayatın Değeri", "Yaşam Kalitesi", "Boşuna Tedavi" gibi önemli ilkeleri,

öğretileri ve kavramları gündeme taşıyan etik sorunlara neden olmaktadır. Bu ilke, öğreti ve kavramların keskin sınırlarla birbirinden ayrılmadığını; sınırlar arasında geçiş olduğunu hatta kimi zaman birbirini kapsadığını belirtmekte yarar vardır. Sınırlar arası geçiş nedeniyle konuyu ele alma bağlamında bunlar arasından üçü ötekileri de kapsayacak biçimde seçilmiş; izleyen alt bölümlerde ikinci trimestr ve sonrasında prenatal tanı uygulamaları doğrultusunda gebeliğin sonlandırılmasının etik boyutu "hayatın değeri", "yaşam kalitesi", "yarar sağlama ve özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması" alt başlıkları altında ele alınmıştır.

2.7.1. Hayatın Değeri

Hayat, biyolojik açıdan bir canlının var oluşuyla yok oluşu arasındaki zaman diliminde biçimlenen süreç; belirli koşullar ve olanaklar çerçevesinde gerçekleşen olaylar bütünüdür (12,28). İnsan hayatı ise biyolojik boyutunun ötesinde zihinsel ve toplumsal-kültürel boyutlara da sahip bulunmakta; insan hayatı özelinde özbilinç, özfarkındalık, algılama, eyleme, düşünme gibi niteliksel özellikler de gündeme gelmektedir. Bu özellikler insana "kişi" olma niteliğini kazandırmaktadır (19,24,25,99,160). Bu bağlamda doğal bir olgu olan "hayat/yaşam" birey hak ve özgürlüklerin öznesi olabilmektedir (84,85).

Hayatın değeri, yaşamın kendi başına değerli, kendisinin bir amaç, kendisi için korunması gerektiği düşüncesidir (19). "Hayatın değeri" geniş ölçekte etiğin, dar ölçekte tıp etiğinin temel kavramlarından biridir; genel olarak insanın tüm davranışlarına, özel olarak sağlık çalışanlarının mesleki eylemlerine yol gösterme potansiyeline sahiptir (19,99). İnsan hayatının değeri üzerine temellenen bir hekimlik anlayışı her koşulda hastanın yararını gözetmeyi, onun yaşamda kalmasını sağlamayı gerektirmektedir (19,99,138).

Hayatın kutsallığı ise, hayatın kutsal olduğu ve öldürülemeyeceği ilkesidir (15). Singer'e göre insan hayatının kutsallığı bağlamında "kutsallık" dini kökenli olsa da artık laik etiğinde bir parçasıdır (24,25). İnsan hayatının kutsallığı; insan hayatının çok özel ve diğer canlılardan daha ayrı bir değeri olduğunu söylemenin bir başka yolu olarak ifade edilir (24,25). Hayatın değeri ve hayatın kutsallığı aynı anlam yükünde kullanılabilmektedir (4). Singer insana salt insan olduğu için değer verme yaklaşımını

türcülük olarak nitelendirmekte, zihinsel kapasiteleri birbirinden farklı olan insanların eşit derecede korunmaya değer olmadığına öne sürmektedir (24,25,161).

Harris'e göre insan sağlığına saygı göstermek hayatın değerine verilen önemin en geçerli ölçütüdür (99,162). Sağlık çalışanlarının en temel görevi yaşama saygıdır (99,163). Harris, yaşama saygı duymayı-göstermeyi ana ilke olarak görmekte, diğer tıp etiği ilkelerini onun türevleri olarak yorumlamaktadır (99,123).

Yaşama hakkının ve yaşama saygının temelinde yatan esas unsur, kuşkusuz "hayatın değeri"dir (99,138,162). Yaşama saygı hayatın değeriyle bağlantılı olarak "yararlı olma"yı, "adil olma"yı ve "kişiye saygı"yı içerir (138,164).

"Yarar" terimi bazen maliyetten kaçınma ve risk azaltma anlamına gelir, ancak daha yaygın olarak biyotıpta yaşam ya da sağlık gibi olumlu bir değere işaret eder (4).

Hayatın değeri konusu prenatal tanı uygulamalarında -akademik ve mesleki etik metinlerinde- genellikle 'kimin yararının gözetileceği" tartışmasıyla öne çıkmaktadır. Bu uygulamaların sonucunda öne çıkan bir başka konu da anomali tanısı alan fetusun ayrımcılığa maruz kalma olasılığıdır (8,165-168).

Prenatal tanı uygulamaları, rahim içinde tedavisinin yapılması veya yenidoğan döneminde gerekli bakımın sağlanması açısından fetusun yararını gözetse de kimi zaman bu uygulamalarda fetusa yarar sağlama ile gebeye/ebeveyne yarar sağlama karşı karşıya gelip çatışabilmektedir (8,169).

Prenatal tanı uygulamaları maksimum yarar sağlamaya ve sınırlı kaynakları adil dağıtmaya yönelik olarak, yararcılık öğretisi ve adalet ilkesi çerçevesinde toplum yararı gözetilerek yapılmaktadır. Bu uygulamalar gebeliğin sonlandırılmasını gündeme getirirse söz konusu öğreti ve ilke ile fetusun potansiyel hayatının değeri, yaşama saygı ilkesi karşı karşıya gelir. Prenatal tanı uygulamaları ile fetusta anomali saptandığında, yaşama saygı ilkesine bağlılığın yanı sıra öjenik düşünüşten[*] uzak durma kaygısı da gündeme gelmekte; gebeliği sonlandırma ayrımcı-damgalayıcı bir anlayışın göstergesi olarak nitelendirilebilmektedir.

[*] Öjeni (soyu arındırma), etimolojik kökeni Yunanca "iyi doğum" olan bir sözcüktür. Soyu arındırma pozitif ve negatif soyu arındırma olmak üzere iki alt kümeyi kapsamaktadır. Soyu pozitif arındırma istenen bir özelliğin artırılmasına yönelik çabaları, soyu negatif arındırma ise istenmeyen bir özelliğin ortadan kaldırılmasına yönelik olanları ifade etmektedir. Tarihte soyun belirli üyelerinin sayıca artmalarını önlemek adına yapılan gebelik sonlandırmalarına rastlanmaktadır (15,19).

TTB Etik Bildirgelerinde de "*prenatal tanı testlerinin kimin yararına –fetusun, annenin, ailenin, toplumun –yapıldığı, elde edilecek yarar için katlanmak durumunda kalınan zararın ne kadar tarafsızca dengelendiği, maliyet hesaplarının ne kadar hakkaniyetli yapıldığı, ırk, cinsiyet, zekâ ve fiziksel özür ayrımcılığının yapılıp yapılmadığı"* konusundaki etik endişeler dile getirilmektedir (170). Henüz doğmamış, anomalili veya hastalıklı bir canlının yaşamını sonlandırmayla ilgili etik ikilemler, kişileri fetusun potansiyel hayatının değeri konusunda düşünmeye zorlamaktadır (13,14).

İleri gebeliğin sonlandırılması özelinde, gebenin ve fetusun yaşamda kalmasını sağlamak, sağlığını korumak gibi yaşama saygı ilkesi temelindeki temel tıbbi yaklaşıma bağlı kalmak sorunludur. Gebeliğin sonlandırılması kararı ile bağlantılı etik sorunlarda "hayatın değeri" kavramı hem gebenin hem de fetusun hayatı için söz konusu olmaktadır. Gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde fetusun hayatının değeri ile ilgili olarak yapılan tartışmalar fetusun kişi olup olmadığı noktasında yoğunlaşır. Genel kabul özfarkındalığının olmaması nedeniyle fetusun kişi olmadığı yönündedir (24,25,99). Bu bağlamda gebeye bağımlı bir canlılığının olması nedeniyle potansiyel hayatının değerinin ne olduğu da tartışmalıdır (24,25,99).

Gebeliğin sonlandırılmasının gündeme geldiği dönemde önemsenen bir diğer husus fetusun yaşayabilirliğidir. Fetusun yaşayabilirliği ne kadar fazla ve potansiyel yaşamı ne kadar kaliteliyse gebeliğin sonlandırılması kararını almak o ölçüde zorlaşmaktadır. Burada çözülmesi gereken ilk sorun, fetusun potansiyel yaşamına ne kadar saygı gösterilmesi gerektiğini belirlemektir. İkinci sorun ise bu potansiyel hayatının değeri ile gebenin hayatının değerinin karşılaştırılabilirliğidir. Gebenin yaşamını tehdit eden durum varlığında gebenin hayatının daha değerli olduğu tartışmasız kabul görmektedir (13,14,171).

Bazı durumlarda gebeliğin sonlandırılması bağlamında "yamaç aşağı kayma" argümanı gündeme gelmektedir[*]. Bir yandan tıbbi endikasyonla diğer yandan etik karar

[*] Bazı yazarlarca "buzda kayma" olarak adlandırır (59,57,99). Yamaç aşağı kayma argümanı daha çok felsefi tartışma bağlamında, etik ikilemlerde kullanılan bir argümandır (172). Eylemler arasında hangisinin bizleri etik anlamda kabul edilemez tehlikeli duruma götürdüğü ile ilgili açık bir ayırım çizgisi bulunmamaktadır. Tehlikeli duruma ulaşmamak, yani etik açıdan önemli bir değer kaybı yaşamamak için yamacın hangi aşamasına bir sınır çizgisi çizilmesi gerektiği de gri bir alandır. Etik açıdan olumsuz bir noktaya kaçınılmaz olarak sürüklenmemek adına çizilen çizgi ve yasal sınır nerede olmalıdır sorusunun yanıtı mutlak bir biçimde temellendirilemez (172).

süreciyle ilgili belirsizlikler, sonlandırılacak ve sürdürülecek gebelikler arasındaki sınırı belirsiz hale getirmekte; sonlandırma eğiliminin yamaç aşağı kayar gibi kontrolden çıkma olasılığı, vakalar özelinde seçim yapmayı büsbütün zorlaştırmaktadır (57,59,99,172). Örneğin -ilerleyen bölümlerde ele alacağımız gibi- fetus yaşayabilirlik sınırında ve yaşamla bağdaşan durumda ve gebenin yaşamını tehdit eden bir sorun söz konusu değilse fetusun potansiyel hayatının değeri ile gebenin özerkliğine saygı ilkesi arasında ikilem yaşanır. Seçilecek değere dayanarak atılacak adımlar tehlikeli alanlara doğru sürüklenmeye yol açabilir (57,59,99,172). Yaşamla bağdaşmayan, ağır major anomalili fetusun varlığında ise gebeliğin sonlandırılması kararında boşuna tedavi kavramı ve sınırlı kaynakların adil dağıtılması ilkesi gündeme gelmektedir. Yararcılık öğretisi çerçevesinde sağlanacak yararın kime (fetusa/gebeye/topluma) olduğu üzerinde durulması gereken bir husustur ve tarafların her birinin tıbbi yarar ve yaşam kalitesi ölçüt alınarak belirlenen durumlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmek gerekmektedir (17,170,173).

2.7.2. Yaşam Kalitesi

Hayatı değerli kılan şeyin ne olduğunun ve hangi hayatın yaşanmaya değer olduğunun yaşam kalitesi konusuyla yakından ilgili olduğu öne sürülmektedir (174) Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışıdır (174)[*]. Gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde hem gebenin hem de fetusun yaşam kalitesi üzerinde durulmaktadır (24,25,98,99,174).

Gebenin yaşam kalitesini etkileyen durum varlığında gebeliğin sonlandırılmasında yaşanan etik ikilem, fetusun potansiyel yaşamına saygı ile gebeye yarar sağlama ilkesi arasındaki seçimin zor olmasından kaynaklanır.

Fetus için sürdürülen tartışmalar anomalili yaşamın yaşanmaya değer olup olmaması bağlamında bir yandan fiziksel ve bilişsel yetersizliğin yol açacağı yaşam kalitesinin azlığı veya yokluğu, diğer yandan öjenik düşünüşün etkilediği, "yaşanmaya

---

[*] Yaşam kalitesi terimi tıp etiğini ilgilendirmekle birlikte içeriği konusunda evrensel bir uzlaşma söz konusu değildir (174). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini *"yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak hayattaki konumlarını bireylerin algılama biçimi"* olarak tanımlamaktadır (175). Türk Tabipleri Birliği'nin tanımı ise "*kişinin yaşamsal işlevlerini bağımsızca sürdürmesi, yaşamak için herhangi bir araca ya da kimseye bağımlı olmaması*" şeklindedir (170).

değer hayatlar" kavramı üzerinden yürütülmektedir (13,14,24,25,30,98,99,102,174, 176). Burada kime ve neye göre, hangi hayatların yaşanmaya değer olduğunun yanıtlanması gerekmektedir. Harris'e göre "*çoğu kişi ruhsal ve fiziksel engelleri olan insanların ötekilerden daha değersiz olduğunu düşünmez ama yine de fetusta bir özür bulunmasının gebeliği sonlandırmak için geçerli bir neden olduğunu düşünen biri, böyle bir kişinin bu gibi bir özrü olmayan birinden daha değersiz olduğunu, ya da olacağını; yani kurtarılmaya pek değmediğini ve yaşamayı daha az hak ettiğine göre, daha değersiz olduğunu kabul ediyor olsa gerektir. Bir başka deyişle kaynakları daha 'değecek' vakalara, ya da vaka türlerine yöneltirsek bu yaşamları daha değersiz, yardım etmeye karar verdiğimiz kişiler kıyasla korunmaya pek değmeyen kişiler olarak görüyoruz demektir*" (99).

Daha önce belirtildiği gibi yaşam kalitesi boşuna tedavi kararlarında da söz konusu edilmektedir. Boşuna tedavi bilindiği gibi bilimsel tıptaki ilerlemelere, artan olanaklara bağlı olarak ortaya çıkan, hastaya yararı ve etkisi olmayan, yaşam kalitesine çok az katkı sağlayan, hastanın beklentilerine yanıt verme olasılığı bulunmayan ve hastanın en üstün yararı tartışmalarını başlatan bir tıp etiği sorunudur (173,177)[**].

Bazı durumlarda fetusa yapılacak tıbbi işlemler yararsız-boşuna tedavi ve sınırlı kaynakların boşa harcanması olarak nitelendirilebilir (150,178,179). Burada tartışmalara adalet ilkesi ve yararcılık öğretisi rehberlik etmektedir (19,103,105). Yaşama saygı ilkesi ile adalet ilkesi çatışması ile eş zamanlı olarak fetusun yararı mı toplumun yararı mı çatışması da yaşanabilmektedir. Bir yanda fetusun potansiyel yaşamına saygı ve diğer yanda tıbbi işlemden yarar görmeyeceği düşüncesiyle var olan sınırlı kaynağın boşa harcanması nedeniyle yarar-bedel dengesi ikilemi içine düşülebilmektedir (60,169). Arda'nın tespitine göre gebeliğin sonlandırılmasını kabul eden toplumlarda fetustaki anomali bu uygulama için güçlü bir gerekçe oluşturmakta; anomali nedeniyle gebeliği sonlandırma "*üzerinde çok fazla düşünülmeyen çünkü toplumlarca onaylanan ve vicdanların müsterih olduğu bir konu"* niteliği taşımaktadır (169). Böyle bir durumda fetusun yararının da gözetildiğini savunanlar, gebeliği sonlandırmakla fetusun doğması halinde çekeceği acıların önleneceğini öne sürmektedir (30,99,177).

[**] Adalet ilkesi kapsamında ele alınan sınırlı kaynakların dağıtılması "boşuna tedavi" kavramıyla ilgili tartışmalarda yer almaktadır (173). Sınırlı kaynakların adil dağıtılması sağlık hizmeti için ayrılan kaynakların kurumsal ve toplumsal açıdan etkili ve verimli kullanılmasıdır (57,59). Sağlık hizmetinin sınırlı kaynaklar üzerinden sunumu durumunda değer sorunları ortaya çıkması kaçınılmazdır (57,59).

Anomalili fetuslu gebeliklerin sonlandırılmasında gündeme getirilen argümanlardan biri, böyle bir çocuk doğduğunda ailenin karşı karşıya kalacağı tıbbi-psikolojik zorluklar ve yaşanacak maddi sıkıntılardır. Bir diğeri ise, sınırlı kaynakların böyle ağır anomalili çocuk için harcanması yerine, iyileştirilebilme olasılığı olan daha sağlıklı çocuklara yönlendirilmesinin uygun olduğudur. Burada gebeye yarar sağlama ve onun özerkliğine saygı gösterme ilkeleri ile fetusun potansiyel yaşamına saygı ilkesi çatışmaktadır. Ayrıca "genetik piyangosu"ndan kötü bir pay alan bireylerin ayrımcılık gibi ek bir haksızlığa uğratılması sorunu, öjeni özelinde birey hakları ile toplumun çıkarlarının çatışmasının bir örneği olarak karşımıza çıkabilmektedir (19).

Fetusun potansiyel yaşamının değerine ekonomik açıdan bakıldığında etik çatışmaların meydana gelmesi kaçınılmazdır[*]. Etik kaygı duyulmadan fetusun doğduktan sonra ileriki yaşamında ekonomiye yapacağı katkıyı önemseyen bu düşünce yapısı yaşamla bağdaşan ağır anomalisi olan fetus ve anomalili yenidoğan için yapılacak harcamaların yapılmaya değip değmeyeceğini tartışmaya açmaktadır (24,25,30,98,99,102).

Yaşamın ekonomik değerinin öncelenmesi durumunda ihlal edilen ilke "yaşama saygı"dır.

2.7.3. Yarar Sağlama ve Özerkliğe Saygı Çatışması

Çağdaş tıp etiğinin ön plandaki iki ilkesi olan "yarar sağlama" ile "özerkliğe saygı"dan her birinin ayrı bir eylem seçeneğini gerekçelendirdiği durumlar, aşılması en güç etik ikilemler olarak ortaya çıkmaktadır (141). Bu ikilemlerin bir örneği de anomalili fetuslu gebeliğin saptanması ve sonlandırılmasına karar verilmesi sürecinde yaşanır. Yarar sağlama ilkesi açısından prenatal tanı testinin ilgili olduğu hastalığın/anomalinin özellikleri, testin geçerlilik ve güvenirliği, test zamanlaması; özerklik ilkesi bakımından ise uygulama hakkındaki bilgilendirme ve onam alma sürece dahil olan unsurlardır. Eğer prenatal tanı uygulamaları gebeye dayatılırsa özerkliğine saygı ilkesi ihlal edilmiş olur. Bu durumda fetusa yarar sağlama ile gebenin özerkliğine

[*] Yaşamın ekonomik değeri "kişinin etik kaygı duyulmadan üretimin bir parçası olarak görüldüğü; kişinin ekonomiye olan katkılarını önemseyen bakış açısının yansıtıldığı; kişinin değerinin ekonomik yarara indirgendiği" bir kavramı tanımlamaktadır (19).

saygı gösterme ilkelerinin yanı sıra gebenin özerkliğine saygı ile fetusun hayatının değeri de çatışmaktadır (2).

Bu bağlamda olası bir diğer çatışma fetusa yarar sağlama ile gebeye yarar sağlama arasındadır. Anomalili fetusun söz konusu olduğu gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde prenatal tanının uygulanmasının kimin yararına olacağı irdelenerek fetusun en iyi yararı ve gebenin en iyi yararı sorgulanır (170).

Diğer yandan özellikle uygulanacak müdahalede gebe ile sağlık çalışanı arasında fikir ayrılığı oluştuğu durumlarda fetusa yarar sağlama ile gebe kadının kendi geleceğine ilişkin karar verme hakkı karşı karşıya gelmektedir (2,159). Bu bağlamda bilgilendirme ekseninde gelişen prenatal danışmanlık hizmeti ile bağlantılı etik sorunlar önem kazanmaktadır. Eğer danışmanlık hizmeti sürecinde gebe prenatal tanı uygulanmasına zorlanırsa özerkliğe saygı ilkesi ile yararlı olma ilkesi karşı karşıya gelmektedir. Prenatal tanı uygulanması sonucuna göre yönlendirici bir danışmanlık hizmeti sunulmasında da yine özerkliğe saygı ilkesi ile yararlı olma ilkesi çatışmaktadır. Zorlayıcı ve yönlendirici bir danışmanlık hizmetinde özerkliğe saygı ilkesi ihlal edilmiş olmaktadır. Bu bağlamda yetkin kişi ve kurumlarca yürütülmesi, hiç kimsenin hizmet alma konusunda zorlanmaması ve gebe kadının özerkliğine saygı gösterilmesi önerilmektedir (51,54,58,154,15).

Her aile gerçekçi olmasa da mükemmel bir bebek, bir başka deyişle yapısal kusuru bulunmayan sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmeyi ister (13,14,153,176). Bunun bir yansıması olarak günümüzde, fetusun yaşamsal olmayan minör-hafif anomali tanısı alması nedeniyle ebeveynin gebeliğe son verilmesi talebiyle giderek daha çok karşılaşılmaktadır (180). Gerçekçi olmayan bu arzu karşında FIGO ebeveynlere gerekli danışmanlık hizmeti verilmesini ve fetustaki hastalık tedavi edilebilirse ve gelecekteki yaşamı önemli derecede etkilemeyecekse, sonlandırmanın uygun bulunmamasını önermektedir (13,14). Böyle bir durumda ebeveynlerin bilinçli bir karar verebilmelerinin anahtarı yönlendirici olmayan, özenli ve açık prenatal danışmanlık hizmetidir (73).

2.8. Gebeliğin Sonlandırılması Kararının Etik Boyutuna İlişkin Akademik Yazında Yer Alan Tutum Araştırmaları

Etik açıdan gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin olarak akademik yazında, felsefi bakış odaklı kavramsal çalışmalar ile uygulamaya odaklanan önemli araştırmalar bulunmaktadır. Tezimiz çerçevesinde akademik yazın analitik olarak taranmış ve araştırma konuları tezin içeriğine bağlı kalınarak sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırma bağlamında "isteğe bağlı" ve "tecavüz" gibi sosyal gerekçelerle gebeliğin sonlandırılması konuları dışarıda bırakılmıştır.

Bu bölümde "gebeliğin ikinci trimestr ve sonrasında sonlandırılması kararı"nın etik boyutuna ilişkin sağlık çalışanlarının görüşlerini belirleyen tutum araştırmalarından tezimizin tartışma bölümünde yer verilenler sistematik bir yaklaşım içinde tanıtılmıştır.

Akademik yazında ulaşabildiğimiz en erken tarihli tutum araştırması Little tarafından yapılan "Psikiyatristlerin Abortus Karşında Tutumları" başlığını taşıyan çalışma 1972 yılında yayımlanmıştır. İngiltere'de Klinik Psikiyatri Derneği'nin üyelerinin terapötik abortus karşısında tutumlarını tespit etmek üzere iki aşamalı bir anket düzenlemiştir. Çalışmanın birinci kısmı 1967 yılında 100 katılımcı ile ikinci kısmı 1971 yılında 140 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların kendilerine yöneltilen dört ifadeden akla yatkın olanı seçmeleri istenmiştir (İfadeler sırası ile: 1. Gebeliğin ilk üç ayında kadının isteğine bağlı olarak sonlandırma gerçekleştirilebilir 2. Kadının sağlığını veya hayatını tehdit eden ciddi bir sorun varlığında, tüm sosyal durumu da değerlendirilerek gebeliğin sonlandırılması önerilmelidir 3. Gebeliğin sonlandırılması yalnızca kadının sağlığını veya hayatını tehdit eden olası ciddi durum varlığında olabilir - Mevcut mevzuattan önce tıbbi görüş gelir 4. Hiçbir durum karşısında gebeliğin sonlandırılması önerilemez). Çalışmanın en çarpıcı bulgusu dört yıl içinde % 75 artışla değişim gösteren katılımcıların "gebeliğin ilk üç ayında kadının isteğine bağlı olarak sonlandırma gerçekleştirilebilir" ifadesini akla yatkın bulmasıdır (1967'de % 24, 1971'de % 42) (181).

Kanada Tıp Birliği (CMA) tarafından yapılan "Terapötik Abortus ve Ceza Kanunu: Hekim Görüşü Araştırması-CMA Abortus Araştırması" başlığını taşıyan çalışması 1983 yılında yayımlanmıştır. CMA üyelerinin abortus ile ilgili düşüncelerini araştırmak amacıyla yapılan 10 soruluk anket çalışmasına 1653 hekim (732 aile hekimi, 73 doğum uzmanı, 848 diğer alanlardan uzman) katılmıştır. Çalışmanın bulgularına

göre “gebeliğin sonlandırılmasına kim karar vermelidir” sorusuna katılımcıların % 41,7’si hastane komitesi, % 14,2’si bir başka doktor, % 28,7’si başka hiç kimse (kadın/aile) ve % 8,4’ü diğer (abortus karşıtı) olarak yanıt vermiştir. “Gebeliğin sonlandırılmasında endikasyon ne olmalıdır?” sorusuna birinci trimestr sonrası için katılımcıların % 11,5’i kadının isteğini, % 17,5’i sosyoekonomik zorlukları, % 70,6’sı şiddetli fetal anomaliyi, % 49,8 tecavüzü, % 38,5 kadının ruh sağlığını, % 55,5 kadının fiziksel sağlığını, % 73,9 kadının hayatını tehdit eden durumu endikasyon olarak görmüştür. Ayrıca katılımcıların % 94,9’nün abortusu onayladıkları, % 3,0’ünün açıkça onaylamadıkları, % 1,6’sının üstü kapalı bir şekilde onaylamadıkları bulunmuştur. “Terapötik Abortus Kurullarına karşı tutumunuz nedir?” sorusuna yanıtları % 20,7’si toplumsal olarak gerekli bir gecikme sağlamak, % 38,1’i gebeliğin sonlandırılması isteklerini “incelemeden imzalamak” olarak nitelendiren, % 23,2’si ciddi gereksiz gecikme nedeni, % 30,5’i toplumun hayati çıkarları gibi ciddi bir konuda temsilci, % 36,3’ü toplumsal açıdan “sorumluluğu başkasına yüklemek”, % 24,9’u yararlı tıbbi bir hizmet, % 48,3’ü kurulların standartlarını önemli ölçüde farklı bulmuştur. Ceza Kanununda düzeltmeler hakkında görüşlerinde % 22,6’sı düzeltmeye gerek olmadığını, % 19’u gebeliğin sonlandırılmasının diğer tıbbi/cerrahi işlemlerin dışında tutularak var olan tedbirlerin kaldırılması gerektiğini, % 53,5’i değiştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ceza Kanununda istenilen değişiklikler bakımından en önemlileri % 47,7’si gebeliğin sonlandırılması kararında kurulların devamını, % 46,4’ü kaldırılmasını, gebeliğin sonlandırılmasında var olan dayanakların % 32,4’ü devam etmesini, % 37,7’si kaldırılmasını, % 24,7’si değiştirilmesini uygun bulmuştur. Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili mesleki deneyimleri sorulduğunda % 67,3’ü konsültasyon sistemini kullandığını, % 18,5’nin gebeliğin sonlandırılmasına aktif olarak katıldığını, % 17,9’u terapötik abortus kurulunda bulunduğunu, % 75,3’ü terapötik tbortus kurulunun mevcut olduğu hastanede çalıştıklarını belirtmiştir (182).

Dunn ve Shaw tarafından yapılan 1983 tarihli bir diğer çalışma “Tıp Etiği: Pratisyen Hekimler Üzerinde Bir Tutum Araştırması” başlığını taşımaktadır. Çalışmanın amacı pratisyen hekimlerin yapay döllenme, gebelikten korunma, gebeliğin sonlandırılması, ötanazi ve beyin ölümü kriterleri gibi çeşitli tıp etiği konularına ilişkin görüşlerini belirlemektir. Batı İskoçya'da çalışan 301 pratisyen hekime anket formu posta yoluyla iletilmiştir. Katılımcılar genel olarak annenin hayatını tehdit eden sağlık

sorunlarında, spina bifida gibi prenatal tanı alan hastalıklarda ve tecavüz sonucu oluşma durumlarında gebeliğin sonlandırılmasını kabul edilebilir bulmaktadır. Gebeliğin sonlandırılmasını kabul eden katılımcı oranları annenin hayatını tehdit eden durum varlığında % 96, prenatal tanı sonrası spina bifida söz konusu olduğunda % 89'dur (183).

Marteau ve arkadaşları tarafından "Fetal Anomali Tanısı Ardından Danışmanlık: Doğum Uzmanları, Klinik Genetikçiler ve Genetik Hemşirelerinin Yaklaşım Farklılıkları" başlığını taşıyan çalışma 1994'de İngiltere'de yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı belirli bir fetal anomali tanısının ardından gebe kadına verilen danışmanlık hizmetinde sağlık çalışanlarının yaklaşımlarını saptamaktır. Araştırmaya 68 klinik genetikçi, 40 genetik hemşiresi ve 188 doğum uzmanı katılmıştır. Doğum uzmanlarının genetikçilere göre sayıca daha fazla, genetik hemşirelerinin ise diğerlerine göre daha etkin yönlendirici bir danışmanlık hizmeti sunduğu tespit edilmiştir. Katılımcı gruplar arasında bildirilen en belirgin yaklaşım farkı fetusta Down sendromu olması durumunda genetik hemşirelerinin % 94, genetikçilerin % 57 ve doğum uzmanlarının % 32 oranında yönlendirici olmayan danışmanlık vermeyi uygun bulmalarıdır (184).

Drake ve arkadaşlarının 1996 tarihli çalışması "Fetal Anomalide Sonlandırmaya Yönelik Tutum: Üç Avrupa Ülkesinin Karşılaştırması" başlığını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, Almanya'da, Portekiz'de ve İngiltere'de sağlık çalışanlarının ve sade vatandaşların dokuz farklı genetik hastalık varlığında gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması karşısında tutumlarını tanımlamak ve karşılaştırmaktır. Çalışmaya her üç ülkede genetikçiler, gebe kadınlar, tıbbi olmayan üniversite personeli ile İngiltere'den ve Portekiz'den kadın doğum uzmanları katılmıştır. Toplam 2022 katılımcının 322'si genetikçi, 287'si kadın doğumcu, geri kalanı gebe kadın ve sade vatandaştır. Genetikçilerin 137'si İngiliz, 45'i Portekizli, 140'ı Alman, kadın doğumcuların 188'i İngiliz, 99'u Portekizlidir. Katılımcılara yöneltilen sorular dudak damak yarığı, spina bifida, anensefali, kistik fibrozis, Huntington hastalığı, Alzheimer hastalığı, Turner sendromu, Down sendromu ve Klinefelter sendromu hakkındadır. Söz konusu genetik hastalıklardan her biri için aynı üç seçenek sunulmuş ve birini seçmeleri istenmiştir. Seçenekler "muhtemelen gebeliği sonlandırırım" (2 puan), "gebeliği sonlandırmam ancak başkası sonlandırabilmeli" (1 puan), "gebeliği sonlandırmam ve başkaları da sonlandırmamalı" (0 puan) ifadelerinden oluşmaktadır. Katılımcıların her biri

seçimlerine göre 0-18 arasında bir puan almaktadır. Puanın yüksek olması, fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması yönünde olumlu tavrı göstermektedir. Ülke ve meslek gruplarının puan ortalamaları İngiliz genetikçiler için 14,3; Portekizli genetikçiler için 14,6; Alman genetikçiler için 11,6; İngiliz kadın doğumcular için 13,3; Portekizli kadın doğumcular için 14,0 olarak bulunmuştur. "Kadınların 24 hafta öncesinden gebeliğin sonlandırılması hakkı olmalıdır" ifadesine kadın doğum hekimlerinin İngiltere'de % 40'ı, Portekiz'de % 30'u katılmışlardır (185). Kadın doğum hekimlerinin Anensefali için İngiltere'de % 98'i, Portekiz'de % 98'i; Down sendromu için İngiltere'de % 85'i, Portekiz'de % 90'ı; Turner sendromu için İngiltere'de % 40'ı, Portekiz'de % 70'i gebeliğin sonlandırılmasını tercih edeceklerini bildirmiştir. (185). Bağımsız değişkenlerden kiliseye bağlılık, ülke ve yaş sağlık çalışanlarının tutumlarını önemli ölçüde etkilemiştir. Sağlık çalışanın kiliseye bağlılığı arttığında gebeliğin sonlandırılması karşında daha olumsuz tavır sergilemiştir. Gebeliğin sonlandırılmasına en olumlu bakan Portekizli, en olumsuz bakan ise Alman katılımcılardır. Yaşlı katılımcılar genç olanlara göre gebeliğin sonlandırılmasına daha olumlu bakmaktadır (185).

Carnevale ve arkadaşları tarafından yapılan 1997 tarihli çalışma "Fetal Anormali Tanısında Danışmanlık: Meksika'da Farklı Klinik Uzmanlarının Karşılaştırılması**"** başlığını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı prenatal tanı ile fetusta 17 farklı genetik bozukluklardan birinin tespiti sonrası aileye verilen danışmanlık hizmeti ve verilecek kararda dahiliyeci, çocukçu, kadın doğumcu ve nörologların çok değişkenli rolünü analiz etmektir. Çalışmaya 56 dahiliyeci, 58 çocukçu, 47 kadın doğumcu ve 26 nörolog katılmıştır. Seçilen 17 genetik sorunun her biri için aynı beş seçenekten birini seçmeleri istenmiştir. Söz konusu sorunlar dudak damak yarığı, açık spina bifida, kapalı spina bifida, anensefali, kistik fibrozis, orak hücreli anemi, Huntington hastalığı, % 50 Alzheimer hastalığı, Alzheimer hastalığı, Turner sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, akondroplazi, hemofili, fenilketonüri, Duchenne müsküler distrofi, polikistik böbrek hastalığıdır. Bunların her biri için beş yaklaşım seçeneği sunulmuştur. Bunlar "gebeliğin sürdürülmesi için aileyi teşvik ediyorum", "mümkün olduğunca tarafsız olmaya çalışıyorum, ancak hastalığın olumlu yönlerini daha fazla vurguluyorum", "mümkün olduğu kadar tarafsızca hastalığın hem olumlu hem olumsuz yönlerini vurgulamaya çalışıyorum", "mümkün olduğunca tarafsız olmaya çalışıyorum,

ancak hastalığın olumsuz yönlerini daha fazla vurguluyorum" ve "gebeliğin sonlandırılmasını teşvik ediyorum"dur. Farklı alanlardan uzmanlar arasında sadece anensefalik fetus varlığında gebeliğin sonlandırılmasına teşvikte güçlü bir görüş birliği ile dudak damak yarığı varlığında gebeliğin sürdürülmesinin özendirilmesinde ılımlı bir görüş birliği bulunmuştur. Uzmanlıkların kendi içinde uzlaşısı incelendiğinde, dudak damak yarığı varlığında kadın doğum hekimleri gebeliğin sonlandırılmasına tamamen karşı çıkarken, nörologların yüksek oranda gebeliğin sonlandırılması yönünde danışmanlık verdikleri gözlenmiştir. Kadın doğumcuların % 50'sinden fazlası öteki uzmanlık gruplarına göre ankette yer alan genetik bozuklukların yaklaşık % 70'inde yönlendirici olmayan danışmanlık yaptığını ifade etmiştir. Danışmanlık hizmetlerinin türü açısından değerlendirildiğinde, Down sendromu için çocuk hekimlerinin % 37'si tarafsız, % 25'i gebeliğin devamını teşvik eden, % 38'i gebeliğin sonlandırılmasını teşvik eden bir yaklaşım benimserken; kadın doğum hekimlerinin % 55'i tarafsız, % 21'i gebeliğin devamını onaylayan ve % 24'ü ise gebeliğin sonlandırılmasını teşvik eden danışmanlık hizmeti verdiklerini belirtmiştir (186).

Turner sendromu için ise çocuk hekimlerinin % 44'ü tarafsız, % 26'sı gebeliğin devamını teşvik eden, % 30'u gebeliğin sonlandırılmasını teşvik eden bir yaklaşım benimserken; kadın doğum hekimlerinin % 52'si tarafsız, % 33'ü gebeliğin devamını onaylayan ve % 15'i ise gebeliğin sonlandırılmasını teşvik eden danışmanlık hizmeti verdiklerini belirtmiştir (186).

Norup'un "Danimarka'da Obstetri ve Pediatri Birimlerinde Çalışan Hekimlerin Abortusa Yönelik Tutumları" başlıklı çalışması 1998 yılında yayımlanmıştır. Amacı, perinatal tıp alanında çalışan hekimlerin sosyal gerekçelerden veya anormal prenatal tanılardan dolayı gebeliğin sonlandırılmasına yönelik tutumlarını saptamaktır. Çalışmaya 317 kadın doğum hekimi, 240 çocuk hekimi ve diğer alanlardan 130 uzman hekim olmak üzere toplam 687 kişi katılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşaması altı vaka senaryosu içeren bir anket kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Vaka senaryolarının ilki birinci trimestrde isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması; ikincisi ilk trimestrde Turner sendromu, Down sendromu veya trizomi 13 nedeniyle gebeliğin sonlandırılması; üçüncüsü ikinci trimestrde kistik fibrozis gibi ciddi fiziksel engellilik nedeniyle gebeliğin sonlandırılması; dördüncüsü yaşayabilirlik döneminde Turner sendromu, Down sendromu veya trizomi 13 nedeniyle gebeliğin sonlandırılması; beşincisi

yaşayabilirlik döneminde gebeliğin selektif sonlandırılması; altıncısı ise yaşayabilirlik döneminde sosyal nedenlerle gebeliğin sonlandırılması hakkındadır (187).

Yaşayabilirlik tartışmalarını beraberinde getirmesi dolayısıyla kritik bir gebelik haftası olan 21 haftada gebeliğin sonlandırılması kararını özel olarak incelediğimizde, bu çalışmada, Turner sendromunda gebeliğin sonlandırılmasını öneren kadın doğum hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin oranının sırasıyla % 48 ve % 32 iken, sonlandırmayı uygun bulan diğer alanlardan uzman hekimlerin oranın ise % 24 olduğu görülmektedir Down sendromu varlığında gebeliğin sonlandırılmasını öneren kadın doğum hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin oranı sırasıyla % 93 ve % 76 iken, diğer uzman hekimler % 60 oranında bu tutumu benimsediğini belirtmiştir. Trizomi 13 varlığında ise gebeliğin sonlandırılmasını öneren kadın doğum hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin oranı sırasıyla % 97 ve % 91 iken, diğer uzman hekimlerin oranı % 85'tir. Sonuçta katılımcıların fetustaki anomalilinin hafif ve gestasyonel yaşın ileri olduğu durumlarda gebeliğin sürdürülmesine daha yüksek oranda destek verdiği saptanmıştır (187).

Aiyer ve arkadaşlarının "Gebeliği Sonlandırma Müdahalesine Dahil Olmakta Hekim Tutumunun Etkisi" başlıklı çalışması 1999 yılında Bronx New York'ta yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı hekimlerin gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili tutumlarını ve bu tutumlarla ilişkili faktörlerin gebeliğin sonlandırma müdahalesinde nasıl etkili olacağını belirlemektir. Veriler bir tıp fakültesine bağlı 82 kadın doğum hekiminden posta yoluyla toplanmıştır. Yapılan anket altı bölümdür. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgileri, ikinci bölümde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili çalışmaları ve deneyimleri, üçüncü bölümde gebeliğin sonlandırılmasına yönelik 18 senaryoyla ilgili kişisel tutumları, dördüncü bölümde gebeliğin sonlandırılmasına destekçi olup olmadıkları, beşinci bölümde medikal ya da cerrahi küretaj seçimi, altıncı bölümde hekimlere hangi durumda gebeliği sonlandırmayacakları sorulmuştur. Katılımcıların 25'i gebeliğin sonlandırılmasına karşı iken, 30'u desteklediğini, 27'si ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tutumlarının sonlandırma gerekçesine bağımlı olduğu bulunmuş; örneğin önemli ölçüde benimsenen dini değerlerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca gebeliğin sonlandırılması işlemini yapmak istemeyen hekimler, hastayı başka bir hekime sevk edeceklerini bildirmiştir (188). Hekimin gebeliği sonlandırmama kararını etkileyen en

önemli faktör "fetusun yaşı" iken “uygun eğitim eksikliği” ile “etik gerekçe-dini inanç” düşük puan verilen faktörler olmuştur (188).

“Neonatal Yaşamı Sonlandırma Kararının Verilmesi: 10 Avrupa Ülkesinde Hekimlerin Beyan Ettikleri Uygulamalarda Tutumları ve İlişkileri” başlıklı ve 2000 tarihli EURONIC projesi, Rebagliato ve arkadaşları tarafından Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, İspanya, İsveç, Birleşik Krallık, Estonya, Macaristan ve Litvanya’da gerçekleştirilen çok uluslu bir araştırmadır. Çalışmada, 10 Avrupa ülkesinin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin organizasyonunu-politikalarını ve hekimlerin yaşamı sonlandırma kararının verilmesine ilişkin görüşleri/tutumları/uygulamalarını araştırmak üzere yapılandırılan 57 soruluk bir anket uygulanmıştır. Hekimlerin tutumları, inançları ve kendilerinin beyan ettikleri uygulamalar ile olan ilişkileri bu çalışmanın odak noktasıdır. Çalışmaya 142 yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 1391 hekim katılmıştır. Anket, katılımcıların demografik özellikleri, etik nedenlerden dolayı yoğun bakımın sınırlandırılması, karar vericilerin tanımlanması ve rolü, sağlık bakım masrafı, tıbbi bilgideki gelişmeler ile yasal sınırlamalar gibi etmenlerin karar vermeyle olan ilgisi ve hekimlerin uygulamada karşılaştıkları en sorunlu klinik vakada tutumlarına ilişkin görüşlerini içermektedir (189).

Katılımcılara sorulan sorular tıp etiğinin ana konuları ile (boşuna tedavi, yaşam kalitesi, sınırlı kaynakların adil dağılımı, özerkliğe saygı, yaşamın sonlandırılması ve örselenebilir grupların korunması) ilgilidir ve bu sorular “ciddi zihinsel engelin ölüme eşit hatta ölümden daha kötü olduğu ve belirli vakalara tedavi uygulanmamasına yönelik düzenlemeler yapılması halinde suiistimal riskinin bulunması”ndan, “çocuğunun yaşamının sonlandırılmasına karar vermeyi üstlenmenin ailede ağır bir külfet oluşturacağı”na uzanan ve “yamaç aşağı kayma” konularını da içeren geniş bir yelpazede yer almaktadır (189).

İtalya’da katılımcıların % 33’ü, Litvanya’da % 25’i ve Macaristan’da % 24’ü “İnsan yaşamı kutsal olduğu için, prognoz ne kadar şiddetli olursa olsun bir yenidoğanın hayatta kalması için mümkün olan her şey yapılmalıdır” görüşüne katılmıştır (189).

Tüm ülkelerde katılımcılar çoğunlukla ciddi zihinsel engelliliği ölüme eşit veya ölümden daha kötü bir sonuç olarak görmekteyken, ciddi fiziksel engellilikte böyle risk görmemektedir. İspanya, Almanya, Macaristan, Litvanya, Fransa ve İtalya’daki

katılımcıların büyük çoğunluğu tedavinin sınırlandırılmasının ihlallere neden olabilecek "yamaç aşağı kayma"ya yol açabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca tüm ülkelerde katılımcılar benzer çoğunlukla "yamaç aşağı kayma" tartışmasının bazen tam zıt yönde de çalışabileceğini ve yoğun bakımda fazla tedavinin de bir ihlal kaynağı haline gelebileceğini belirtmiştir. Tüm ülkelerde çok sayıda katılımcı, ailenin kendi çocuğunun yaşamını sonlandırma kararını üstlenmesini sıkıntılı, külfetli bulmuştur. Baltık ülkelerindeki hekimlerin yarısından fazlası yasal sınırlamaların yoğun bakımda tedaviyi sınırlandırma kararlarının olasılığını ortadan kaldırdığını ifade etmiş ancak bu oran İsveç % 3 ve Fransa % 5 gibi çok düşük bir oranda kalmıştır. Litvanya'da katılımcıların % 54'ü ve İtalya'da % 29'u sonuç ne olursa olsun her yenidoğan için tedaviyi desteklemiş ve buradan elde edilecek klinik deneyimlerin gelecekte başkalarına yararlı olabileceğini bildirmiştir. Tüm ülkelerdeki katılımcıların çoğunluğu sağlık bakımı masraflarının tedavi etmeme kararlarını etkileyeceğine inanmasa da Fransa, Birleşik Krallık ve Baltık ülkelerinden en az % 25 oranında katılımcı bu görüşü benimsemiştir. Litvanya dışında tüm ülkelerdeki katılımcıların çoğunluğu yoğun bakımın en baştan başlanmaması ve sonradan geri çekilmesi arasında etik açıdan fark olduğunu ifade etmiştir. Fransa, Hollanda ve Estonya'daki katılımcıların yaklaşık üçte biri yaşamın sonlandırılmasında tedavinin ve ilaç uygulamalarının geri çekilmesi ile aktif ötanazi arasında etik bir fark görmemiştir. Sonuç olarak yenidoğan özelinde yaşamın kutsallığı ile yaşam kalitesi karşılaştırmasında hekimlerin tutumlarının hem ülkeler içerisinde hem de ülkeler arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. İngiliz ve Hollandalı katılımcılar yaşam kalitesi pozisyonunda en yüksek puanı gösterirken Macaristan ve Baltık ülkelerinde olanlar İtalya, İspanya ve Almanya'nın ardından en güçlü yaşam taraftarı (pro-life) tavrına sahiptir. İtalya ve İspanya gibi yasamanın daha sınırlayıcı olduğu veya dinin etkisinin daha fazla olduğu ülkelerde kendi içinde değişkenlik daha büyük olma eğilimi göstermektedir. Fiziksel engelden ziyade zihinsel engelin bulunması, aileye verilen sıkıntı ve tedavinin başlanmaması ve geri çekilmesi ile aktif ötanazi arasında algılanan etik fark, çoğu ülkede katılımcıların büyük çoğunluğunca önemsenmiştir. Ancak yasal sınırlamalar, sağlık bakımı masrafları ve klinik deneyim edinimi ile ilgili durumlar, karar vermede daha önemsiz olarak beyan edilmiştir (189).

EUROBS projesi 2002 tarihli ve "Gelişen Perinatoloji Teknoloji ve Gebelik-Doğum sırasında Etik Karar Verme: Doğum Uzmanlarının Bakış Açısı" başlığına

sahiptir. Bu projenin amacı katılımcı sekiz ülkenin etik ve hukuki zemininde prenatal ve perinatal tıpta etik karar verme sürecini kadın doğum uzmanı perspektifinden incelemektir. Çalışma iki bölümde gerçekleştirilmiş; birinci bölümüne İtalya'dan kadın doğum uzmanları ile birlikte ebeler, Fransa'dan ise kadın doğum uzmanı ağırlıklı sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmiştir (190).

Çalışmanın ikinci bölümüne İtalya, İspanya, Fransa, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, İngiltere, İsveç'ten 89 obstetrik birim ve 1383 hekim katılmıştır. Katılımcılara anket posta yoluyla iletilmiştir. Klinik faaliyetleri sırasında karşılaşılan etik sorunlar, doğumhanedeki zor vakalar, gebeliği tıbbi sonlandırma (hangi gestasyonel yaşa kadar? sonlandırma nedenleri? hangi kadına ne kadar bilgi verilmeli?), karmaşık klinik durumlarla ilgili etik sorunlar ve sağlık çalışanlarının duyguları, etik karar vermeyi geliştirme yolları anketin beş ana konusunu oluşturmaktadır. Birinci bölümde İtalyan ebe katılımcıların birçoğu doğru davranışın ne olduğu bilmedikleri durumları "etik sorun" olarak nitelendirmiş ve böyle bir durumda "anne ve fetus yararına çalışanlar olarak en az kötüyü seçmek" gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca, İtalyan doğum uzmanları bir "maternal-fetal hak çatışması" varlığının etik karar verme sürecinin belirteci olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu artan prenatal tanı olanaklarının fetal anomali listelerini uzattığını belirtmiş ve yaşanan etik sorunların-çatışmaların kaynağı olarak tarif etmiştir (190).

Katılımcıların çoğu gebeliğin sonlandırılmasında karar vermenin en zor etik sorun olduğunu belirterek özellikle en yüksek endişenin minör anomalilerde gebeliğin sonlandırılması konusunda yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca "boşuna" olarak algılanan tekrarlayan düşükler ve üçüncü trimestrde ileri dönemde gebeliğin sonlandırılması da etik sorun olarak nitelendirilmiştir. Fransız kadın doğum uzmanlarının fetusun hayatta kalma şansının az olduğu durumlarda üçüncü trimestrde gebeliği sonlandırmaya diğer Avrupalı meslektaşlarına göre daha olumlu baktığı bulunmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde obstetrik birimlerin içinde bulundukları hastanede klinik faaliyetlerle ilgili etik sorunların görüşüldüğü ilgili etik kurul oranları Hollanda'da % 89, İtalya'da % 78, Fransa'da % 60, İsveç'te % 47, İspanya'da % 46, İngiltere'de % 33, Almanya'da % 14 iken Lüksemburg'da bu konu ile ilgili etik kurul bulunmamaktadır. Prenatal tanı (ultrason taraması) ve sonrasında karar verme ile ilgili tüm katılımcılar, prenatal ultrasonu rutin olarak kullandıklarını bildirmiştir. Prenatal taramaların isteğe bağlı

olduğu bilgisini hastaya aktaran hekim grubu Hollanda ve İngiltere'dendir. Fetal konjenital malformasyon prenatal tanısının alınması halinde, kadın doğum uzmanlarının sonlandırmaya ilişkin tutumları hastalığın şiddeti/prognozu ve tanının kesinlik derecesi ile yakından ilişkilidir. Katılımcılar anensefalide % 92, ciddi kalp anomalisiyle birlikte olan Down sendromunda % 72, Down sendromunda % 44, Turner sendromunda % 16 oranında gebeliği sonlandırma lehine görüş bildirmiştir (190).

Francome ve Edward'ın İngiltere'de yaptığı "Gebeliğin Sonlandırılması Karşısında İngiliz Aile Hekimlerinin Tutumları" başlığını taşıyan çalışma 2000 yılında yayımlanmıştır. Çalışmada aile hekimlerinin gebeliğin sonlandırılması karşısında tutumlarını belirlemek ve Gebeliğin Sonlandırılması Yasası ile ilgili görüşleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Ankete 702 aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların % 82'si gebeliği sonlandırma hakkı yanlısı (tercih taraftarı) iken % 18'i gebeliği sonlandırma karşıtı (yaşam taraftarı) olduklarını beyan etmiştir. "Aile hekiminin bir gebeliği sonlandırma karşında vicdani ret durumunu beyan etmesi, gebeliğinin sonlandırılmasını isteyen bir kadının bu hizmete erişimi için gereklidir" ifadesine katılımcıların % 85'i katılmıştır. Gebeliğin 12 haftasından sonra sonlandırılması durumuna katılımcıların sadece % 21'i "kadının kendi kararının uygulanması gerektiğini" ifade etmiştir. Ayrıca, katılımcıların yarısı gebeliğin sonlandırılması kararının kadının "tek başına" ya da "en fazla iki doktor ile birlikte" vermesi gerektiğini belirtirken, % 40'ı kararın hekimlerce verilmesi gerektiğini bildirmiştir (191).

Hemminki ve arkadaşlarının 2000 yılında yayımlanan çalışması "Fetal Tarama ile İlgili Finlandiyalı Hekimlerin Görüşleri" başlığını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, fetal tarama hakkında Finlandiyalı hekimlerin görüşlerini saptamak ve farklı hekim grupları arasında karşılaştırma yapmaktır. Anket kadın doğum ve çocuk uzmanları ile pratisyen hekimlere posta yoluyla uygulanmıştır. Çalışmanın katılımcıları kadın doğum ve çocuk profesörlerinden, kadın doğum ve çocuk uzmanları ile pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Katılımcıların neredeyse tümü Down sendromu için prenatal serum tarama testleri ile malformasyonlarda USG taramalarının tüm gebe kadınlar için ulaşılabilir-kullanılabilir olması gerektiğini bildirmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu Down sendromu için serum tarama testlerinin "engelli çocukların doğumunun önlenmesi" açısından bir avantaj sağladığını savunurken yarıdan fazlası bu taramayı "aileyi gebelik sürecinde engelli bir çocuğun doğumuna hazırlaması" açısından

bir avantajlı bulmuştur. Down sendromu için serum taramasının "engellileri azaltmak demek engelli bakımı için harcanan toplumsal maliyetleri azaltmak" açısından bir avantaj sağladığı görüşünü savunanların oranları ise her grupta %50 civarındadır ve en düşük oran ise % 36 ile çocuk uzmanlarına aittir. Down sendromu taramasının istenme gerekçelerinin arasında "yalancı pozitif bulguların, kadınlarda endişeye yol açması" katılımcılar tarafından ortalama % 75 oranında benimsenirken (çocuk uzmanları % 83); bir başka gerekçe olan "tarama nedeniyle geç düşük/gebeliğin sonlandırılmasının hekimler için duygusal zorluk yaratması" ise katılımcıların ortalama % 20'si tarafından (pratisyen hekimler % 31) desteklenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu "engelli bireylere yönelik tutumlar daha olumsuz hal almaktadır" ifadesini benimsememiştir. Down sendromlu gebeliği sonlandırmada zaman üst sınırının gebeliğin 20. haftası olması gerektiğini katılımcıların ortalama % 50'si kabul etmektedir. "Down sendromu taramasının temelinde öjeni düşüncesi var mıdır" sorusunu çocuk uzmanları (% 48) ile pratisyen hekimlerin (% 42) dışında kalan grubun yarıdan fazlası "hayır" olarak yanıtlamıştır (192).

Savulescu "Gebeliği Geç Sonlandırmakta Öjeni ve Ayrımcılık Mevcut mu: Gebe Kadının Çıkarları ve Abortus" başlığını taşıyan çalışmasını 2001'de Avustralya'da gerçekleştirmiştir. Savulescu, çalışmasında güncel bir tartışma konusu olan gebe kadının çıkarları doğrultusunda ileri gebeliğin sonlandırılmasının öjeni ve ayrımcılıkla ilgisini tartışmaktadır. Hafif ya da şiddetli fetal anomali durumlarında ve tıbbi olmayan nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırılması hakkında sağlık çalışanlarının yaklaşımlarını belirlemeyi amaçlayan çalışmaya 31 klinik genetik uzmanı, 23 genetik danışman, 41 obstetrik ultrason uzmanından oluşan toplam 101 katılımcı alınmıştır. Obstetri uzmanlarının % 63'ü Down sendromu, % 88'i anensefali nedeniyle 24. haftada gebeliği sonlandırma müdahalesine olanak sağlayacağını belirtirken, bu oranlar klinik genetikçilerde sırayla % 72 ile % 82'dir. Çalışmada gebeliğin sonlandırılmasında mevcut uygulamaların, ayrımcılık ve öjeniye yol açtığı iddia edilmekte ve ayrıca mevcut yasa ve uygulamaların gebe kadının çıkarları yönünde değiştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (167).

"Prenatal Tanıda ve Gebeliğin Sonlandırılmasında Etik Karar Verme: Doktorlar ve Ebeler Arasında Niteliksel Bir Araştırma" başlığını taşıyan 2002 tarihli çalışma Garel ve arkadaşları tarafından Fransa'nın üç farklı şehrindeki doğum ve yenidoğan

yoğun bakım ünitelerinde yürütülmüştür. Derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmelerin kaydedilmesiyle gerçekleştirilen araştırmaya 17 doğum hekimi ve 30 ebe katılmıştır. Katılımcıların klinik uygulamalarında etik sorunlarla karşılaşıp karşılaşmadığı sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, % 94'ünün olumlu yanıt verdiği ve spontane olarak fetal anomali için prenatal tanı ve gebeliğin sonlandırılmasını işaret ettikleri görülmüştür. Ayrıca en çok "minör anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması"nın talep edilmesi durumunda ve tanının, prognozun belirsiz olduğu Klinefelter, Turner sendromu, dudak damak yarığı vakalarında etik karar verme sürecinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte engelli çocuklara bakım vermenin zorluklarına, öjenist baskılara, gebe kadınlara bilgi aktarma bağlamında yaşanan iletişim sıkıntılarına dikkat çeken katılımcılar sorunlu gebelik yaşayan kadınlara rehberlik hizmeti verilmesi, fetal anomalilerin açık ve geniş katılımlı tartışmalara konu edilmesi ve anomalili yenidoğanların tedavisi için daha fazla kaynak ayrılması konularında görüş birliği içinde bulunmaktadır (193).

Cignacco tarafından yapılan 2002 tarihli çalışma "Ebe ve Gebeliğin Seçici Sonlandırılması: Mesleki Ödev ve Etik Karmaşa Arasında" başlığını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı ebelerin fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yaşadıkları duygusal deneyimlerde mesleki duruşlarını ve etik çatışmalarını saptamaktır. Çalışmaya İsviçre'de üniversite doğum servisinde çalışan 20 ebe katılmıştır. Ebelerle gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yaşadıkları duygusal deneyimler ve mesleki tutum ve etik ikilemler hakkında görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan 13 ebe istisnasız olarak gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde, hüzün, öfke, aciz kalma, tutarsızlık hissi gibi karmaşık ağır duygusal yük altında endişe içinde rutine bağlı kalarak sadece görevlerini yerine getirdiklerini ifade etmiştir. Ayrıca gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde tüm katılımcılar gebe kadının özerkliğine saygıyı desteklemektedir. Ebeler bir yanda kadının özerkliğine saygı diğer yanda mesleki sorumluluk gereği fetusun yaşamının korunması arasında etik ikilem yaşadıklarını belirtmiştir (194).

Rehan tarafından yapılmış "Pakistan'da İndüklenmiş Abortus Karşısında Sağlık Çalışanlarının Tutumları" başlıklı çalışma 2003 yılında yayımlanmıştır. Pakistan'ın üç büyük kentinde yürütülen çalışmada obstetri ve jinekoloji servislerinde çalışan 114 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Rehan'ın görüşü, Pakistan'daki sağlık

çalışanlarının, annenin yaşamını tehdit eden durumlarda gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin olarak ceza kanununu farklı biçimde yorumladığı ve bu yorum farklılıklarının tıbbi endikasyonla gebeliğin sonlandırılması uygulamalarında önemli farklılıklara yol açtığı yönündedir. Araştırma bu görüşten hareketle biçimlendirilmiş; katılımcıların gebeliğin sonlandırılması hakkındaki kişisel görüşleri ile konuya ilişkin yasalar hakkındaki farkındalığın belirlenmesi amaçlanmıştır. Gebeliğin sonlandırılması konusunda katılımcıların % 67,3'ü olumsuz, % 25'i olumlu görüş bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının sadece % 15,2'si medikal sorunların gebeliğin sonlandırılması için neden oluşturduğunu ifade etmiştir (195).

"Nöral Tüp Defektli Fetuslar: Türk Sağlık Kurumlarında Etik Yaklaşımlar ve Sağlık Çalışanlarının Rolü" başlığını taşıyan çalışma Doğan ve Şahinoğlu tarafından 2005 yılında ülkemizde yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı dört perinatoloji ünitesinde klinik etik sorunlarının değerlendirilme-çözüm süreçlerinde benimsenen etik çerçevelerini ve karar verme gerekçelerini belirlemek; sağlık çalışanlarının bu süreçlerdeki rolünü netleştirmek, kurumsal etik kurullarının ve etik karar verme süreci rehberlerinin oluşturulmasının önemini ortaya koymaktır. Araştırmanın veri toplama aşamasında Türkiye'nin üç büyük kentindeki üniversite hastanelerinin jinekoloji ve obstetri servislerinden rastgele seçilen 15 hekime ve 10 hemşireye bir anket uygulanmıştır. Hastanelerin hiçbirinde etik kurul ya da jinekoloji bölümüne yönelik etik konsültasyon hizmeti veya standart uygulama kodları bulunmadığı saptanmıştır. Etik sorunlara çözüm arama bağlamında genellikle perinatoloji uzmanları ile birlikte hasta takibi yapılmakta ve yasal düzenlemeler dikkate alınmakta, kimi zaman klinik komiteleri devreye girmektedir. Kliniklerin tümünde benimsenen görüş 24-25 haftalıktan ileri gebeliklerin sonlandırılmasının uygun olmadığıdır. Katılımcılar şiddetli malformasyon vakalarında gebeliği 24 haftadan önce sonlandırmak için bile en az üç imza gerektiğini ifade etmiştir (196).

"Gebeliğin Geç Sonlandırılması: Dört İngiliz Fetal Tıp Ünitesinde Hukuk, Politika ve Karar Verme" başlığını taşıyan çalışma Statham ve arkadaşları tarafından İngiltere'de yürütülmüş ve 2006 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı İngiltere'de fetomaternal ünitelerde (Perinatoloji Ünitesi) ileri gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde hukuksal ve kurumsal düzenlemelerin etkilerini ortaya çıkarmaktır. Araştırmanın verileri dokuz doktor ve altı ebenin yarı

yapılandırılmış görüşmeye katılımı ile toplanmıştır. Görüşmede katılımcıların gebeliğin sonlandırılmasına dair genel tutumları ile fetal anomali varlığında yaklaşımları, ileri gebeliğin sonlandırılması ve fetosit hakkında kurum politikaları, kurumsal uygulamalar, personelin eğitim ve destek ihtiyaçları, karşılaşılan etik sorunların içeriği ve bu alanda çalışmanın zorlukları üzerinde durulmuştur. Katılımcılar yaşayabilirlik sonrası gebeliğin sonlandırılması hakkında karar verirken yasalar ve kendi etik değerleri çerçevesinde zorluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, uygulamada yasal kriterlere uygun anomali varlığında gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde, büyük ölçüde kendi içlerinde olmak üzere diğer birimlerden uzmanlarla da tartışarak meslektaşlar arası uzlaşma zemininde karar vermeye çalıştıkları belirtilmiştir. Katılımcılar ölümcül anomali varlığında gebeliğin sonlandırılmasında görüş birliği halindedir. Hekimler diğer anomalilerde, mevcut engelin riskleri ve şiddetinden emin olmaları gerektiğini; emin olmamaları durumunda kılavuz, meslektaş görüşü veya diğer disiplinlerden (pediatri gibi) konsültasyona başvurmaya ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Bazı hekimler dudak damak yarığı ve akondroplazi gibi durumlarda ileri gebeliğin sonlandırılmasını önermediklerini ve bu hastaları başka bir hekime yönlendirdiklerini bildirmiştir. Dört fetomaternal ünitedeki hekimlerden en az bir tanesi Down sendromlu gebeliğin ileri dönemde sonlandırılmasını önermiştir (197).

Garel ve arkadaşlarının "Fetal Anomalili Gebeliğin Sonlanmasında Fransız Ebelerin Yaklaşımı: Psikolojik ve Etik Külfet" başlığını taşıyan çalışması 2007 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışma fetal anomalili gebeliğin sona erdirilmesi sürecinde Fransız ebelerin karşılaştığı klinik, duygusal ve ahlaki zorlukları incelemek amacıyla altı kadın doğum hastanesinde çalışan 92 ebeye anket uygulanarak yapılmıştır. Bu çalışmaya katılan ebelerin büyük çoğunluğu gebeliğin sonlandırılması sürecinde zor bir role sahip olduklarını bildirmişlerdir. Elde edilen veriler ebelerin çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılması uygulamasında psikolojik ve etik külfet altında olduklarını göstermiştir. Sonuçta bu alanda ebelere destek çalışmalarının geliştirilmesi önerilmiştir (198).

"Birinci/İkinci Trimestrde Prenatal Tanı ve Gebeliğin Sonlandırılması Üzerine Jinekologların Görüşleri ve Etik Bakış" başlığını taşıyan çalışma Szymanska ve Knapp tarafından Polonya'da yapılmış olup 2007 tarihlidir. Bu çalışmanın amacı rutin jinekolojik uygulamalar özelinde, birinci ve ikinci trimestrde etik açıdan prenatal tanının değerlendirilmesidir. Katılımcılar 164 kadın doğum hekiminden oluşmaktadır.

Uygulanan ankette birinci ve ikinci trimestrde prenatal tanının gerçekleştirilme amacı sorgulanmış ve katılımcıların % 35'i "gebeliğin sonlandırılmasına hizmet etmemek şartıyla olumlu bulduklarını", % 60'ı ise "gebeliğin sonlandırılmasına hizmet etse bile olumlu bulduklarını" belirtmiştir. "Gebeliğin sonlandırılmak istenmemesi ve gebenin başka bir yere sevk edilmesi" ile ilgili etik ikilemlere yönelik olarak katılımcıların % 29'u gebeye başka bir yer önermeye gerek olmadığını, % 67'si ise başka bir yer önermenin gerekli olduğunu ifade etmiştir (199).

De Silva ve arkadaşları "Sri Lanka'da Bir Grup Sağlık Çalışanının Genetik Bozukluklarda Prenatal Tanıya ve Gebeliğin Sonlandırılmasına Yönelik Tutumları" başlığını taşıyan 2008 tarihli çalışmayı yapmıştır. Bu çalışmanın amacı Down sendromu, hemofili, ölümcül otozomal resesif bozukluk, geç başlangıçlı nörodejeneratif bozukluk tablolarında prenatal tanı ve gebeliğin sonlandırılması hakkında Sri Lankalı sağlık çalışanlarının tutumlarını belirlemektir. Araştırmada 218 tıp ve 368 hemşirelik öğrencisi ile 127 hekim ve 178 hemşireye anket uygulanmıştır. Katılımcıların % 87,1'i Budist, % 8,9'u Hıristiyan, % 1,3'ü Hindu, % 1,0'ı Müslümandır. Down sendromu için "eğer aile isterse prenatal tanı olanağı sağlanması"nı hekimlerin % 93'ü, tüm katılımcıların % 91'i olumlu bulmaktadır. Down sendromu için "eğer aile isterse ve yasal ise gebeliği sonlandırmanın sağlanması"nı ise hekimlerin % 85'i, tüm katılımcıların % 84'ü olumlu bulmaktadır. "Sizin ya da eşinizin gebeliğinde Down sendromu varlığı halinde gebeliğin sonlandırılmasını kabul eder misiz" sorusuna hekimlerin % 76'sı, tüm katılımcıların % 80'i "evet" demiştir. "Down sendromu varlığı tespit edilen gebeliği sonlandırmaya hazır mısınız" sorusuna hekimlerin % 53'ü, tüm katılımcıların % 54'ü "evet" demiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar dini inançlarının etkisi yönünden karşılaştırıldığında Budistlerin Hıristiyanlara göre gebeliğin sonlandırılmasına daha olumlu yaklaştıkları görülmüştür. Sonuçta katılımcıların dine yatkınlıklarının prenatal tanı ve gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecini etkilediği ve Sri Lanka'da hekimlerin ve hemşirelerin genetik hastalıklardan etkilenmiş gebeliğin sonlandırılmasına destek oldukları ve gelecekte de olacakları ortaya çıkmıştır (166).

Karimi ve arkadaşları tarafından yapılan "İranlı Hekimlerin Görüşleri: Talasemi Major, Hemofili ve Down Sendromu Nedeniyle Gebeliğin Sonlandırılması" başlığını taşıyan çalışma 2008 yılında yayımlanmıştır. Güney İran'da bulunan tıp fakültesi

hastanesinde 10 departmanda (dahiliye, cerrahi, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum, halk sağlığı, psikiyatri, patoloji, kulak burun boğaz, oftalmoloji ve radyoloji) çalışanlardan randomize olarak seçilip davet edilen 384 hekimden 323'ü bu çalışmaya katılmış; onlara 20-30 dakika süren bir görüşme yapılarak anket uygulanmıştır. Araştırmanın amacı talasemi majör, hemofili ve Down sendromu nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin İranlı hekimlerin görüşlerini belirlemektir. Katılımcıların % 80,8'inin talasemi major, % 38,7'sinin hemofili ve % 52,9'unun Down sendromu için prenatal tanıyı uygun gördükleri bulunmuştur. Katılımcıların % 91,3'ü talasemi major, % 40,6'sı hemofili ve % 78,6'sı Down sendromu için gebeliğin sonlandırılması yönünde görüş bildirmiştir. Prognozun kötü olması nedeniyle gebeliğin sonlandırılması görüşünün benimsenmesi oranı talasemi majör için % 72 ve Down sendromu için % 80'dir (200).

"Sağlık Çalışanlarının Gebeliğin Sonlandırılması Karşısında Tutumları: Güney Afrika'da Niteliksel Bir Araştırma" başlıklı 2009 yılında yayımlanmış çalışma Harries ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmanın amacı Güney Afrika'da sağlık çalışanlarının gebeliğin sonlandırılması karşısındaki davranışlarını değerlendirmek ve güvenli abortus hizmetlerinin önündeki engelleri ortaya çıkarmaktır. Gebeliği sonlandırma hizmeti veren 34 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme ile odak grup tartışması gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarından 19'u Hıristiyan inancına bağlı olduğunu, bir kişi başka bir inanca bağlı olduğunu belirtmiş, 18 kişi ise inancı hakkında bilgi vermemiştir. Katılımcılar gebeliğin sonlandırılması hakkında ahlaki seçimlerinin mesleki uygulamalarına farklı biçimlerde yansıdığını belirtmiştir. Bir kısmı gebeliği sonlandıran agresif uygulamalardan hoşlanmadıklarını, sadece bazal gerekli bakımda yardımcı olup ileri bakıma dahil olmadıklarını ifade etmiştir. Bir kısmı ise hoşlanmasalar da bu hizmetleri yargılayamayacaklarını vurgulamıştır. Sağlık çalışanlarına hizmet sunumunda etkili bir faktör olarak dinin rolü sorulduğunda, çoğunluk çalışma ortamında gebeliğin sonlandırılmasında dini ve ahlaki gerekçelerin karışımı olan muhalif bir yaklaşımla karşı karşıya kaldıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılmasına yönelik yaklaşımlarının dini inançlarından etkilendiği, ancak bir kısmının da kişisel değerleri ile profesyonel uygulamalarını ayrı tutabildikleri ortaya çıkmıştır (201).

Phadke ve arkadaşlarının "Fetal Anomali Varlığında İleri Gebeliğin Sonlandırılması: Hintli Sade Vatandaşların ve Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı" başlığını taşıyan çalışması 2011 yılında yayımlanmıştır. Hindistan'da yürütülen bu çalışmada 150 sade vatandaş ile 120 sağlık çalışanına iki farklı anket uygulanmış ve prenatal tanı alan farklı şiddetteki fetal anomalilerin varlığında ileri gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin görüşleri sorulmuştur. Katılımcı sağlık çalışanlarının % 42,5'i kadın doğum uzmanı, % 57,5'i ise diğer uzmanlık alanlarından hekimlerdir. "Prenatal ultrasonda Down sendromu tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması için önerdiğiniz gestasyonel yaş sınırı nedir" sorusuna hekimlerin verdiği yanıtlar 20. hafta için % 32,5, 24. hafta için % 36,7, 24. haftadan sonrası için % 7,5'tir. Katılımcıların yarısından fazlası (% 55,8) bu soruyu "tanının konulduğu zaman" olarak yanıtlamıştır. Aynı soru anensefali tespiti için sorulduğunda önerilen gestasyonel yaş sınırı % 0,8 oranında 20. hafta, % 11,7 oranında 24. hafta, % 1,7 oranında 24. hafta sonrası olmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (% 86,7) bu soruyu "tanının konulduğu zaman" olarak yanıtlamıştır. "Fetus hangi gestasyonel yaşta yaşama hakkına sahiptir" sorusuna hekimlerin verdiği yanıtlar ise % 19,2 oranı ile döllenme anı, % 2,5 oranı ile 12. hafta, % 0,8 oranı ile 16. hafta, % 27,5 ile 20. hafta, % 0,8 oranı ile 22. hafta, % 10,8 oranı ile 24. hafta ve % 38,3 oranı ile "28. hafta ve üstü"dür (202).

Utine ve arkadaşlarının 2011'de ülkemizde yaptıkları çalışma "Fetal Bozukluklarda Gebeliğin Sonlandırılması Karşısında Türk Hekimlerinin Görüşleri" başlığına sahiptir. Bu çalışmanın amacı, fetal bir anomali ile karşılaşıldığında hekimlerin bakış açısını incelemektir. Çalışmanın katılımcıları, Ankara'da üçüncü basamakta çalışan ve kadın doğum uzmanı, çocuk uzmanı, klinik genetikçi, çeşitli tıp alanları uzmanları ile dördüncü-altıncı sınıf tıp öğrencilerinden oluşan toplam 250 kişidir (203).

Çalışmanın ilk bölümünde "Fetusta 'anensefali, frajil X sendromu, müsküler distrofi, Down sendromu, trizomi 13, fenilketonüri, nörofibromatosis, Turner sendromu, Klinefelter sendromu, spina bifida, kistik fibrozis, dudak damak yarığı, sağırlık, istenmeyen fetal cinsiyet' durumlarına rastlandığında uygun genetik danışmanlık sağlanırsa gebeliğin sonlandırılması için ailenin kararı onaylar mısınız" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruda katılımcıların % 95,2'si anensefalide (kadın doğum uzmanları % 100, çocuk uzmanları % 97,8); % 78'i Down sendromunda (kadın doğum uzmanları

% 94,4, çocuk uzmanları % 74,4); % 89,2'si trizomi 13'de (kadın doğum uzmanları % 97,2, çocuk uzmanları % 94,4); % 46,8'i Turner sendromunda (kadın doğum uzmanları % 55,6, çocuk uzmanları % 47,8) uygun genetik danışmanlık sağlanması koşuluyla gebeliğin sonlandırılmasını onayladıklarını bildirmiştir (203).

Çalışmanın ikinci bölümünde ailelere yeterli genetik danışmanlık verilmek şartıyla hangi durumları onaylayacakları sorulmuştur. Bu soru bağlamında katılımcıların % 39,6'sı minör anomalilerde gebeliğin sonlandırılmasını kabul etmemiş (kadın doğum uzmanları % 44,4, çocuk uzmanları % 42,2); % 11,2'si fetal anomali ile karşılaşıldığında gebeliğin sonlandırılmasında ebeveynlerin yerine hekimlerin karar vermesini uygun bulmuş (kadın doğum uzmanları % 27,8, çocuk uzmanları % 13,3); % 64,8'i fetal anomali ile karşılaşıldığında gebeliğin sonlandırılmasında kararı tamamen ebeveynlere bırakmayı (kadın doğum uzmanları % 41,7, çocuk uzmanları % 65,6) uygun görmüştür (203).

Yine ülkemizden Kadıoğlu ve arkadaşlarının "Hekimlerin Klinik Etik Danışmanlığına İlişkin Tutumları: Türkiye'den Bir Araştırma" başlığını taşıyan çalışması 2011 yılında yayımlanmıştır. Üç ayrı şehirde yürütülen bu çalışmada hekimlerin etik danışmanlık talep etme ya da etmeme gerekçelerini saptamak ve hangi konularda danışmanlık talebinin öncelikli olduğunu belirlemek amaçlanmış; veri toplama aşamasında üç ayrı tıp fakültesi hastanesinde görev yapmakta olan 270 klinisyene anket uygulanmıştır. Araştırma çerçevesinde katılımcılardan, etik danışmanlık isteyebilecekleri (yaşam destek sisteminin kapatılması kararı, gebeliğin sona erdirilmesi, ağır anomalili yeni doğana yönelik yaklaşım, hekim-hasta arasında yapılacak tıbbi uygulama konusunda görüş ayrılığı, dinsel ve kültürel faktörlerin tıbbi uygulamayı etkilemesi gibi) tıp etiği konularının önem sırasına göre sıralanması istenmiştir. Etik danışmanlık talebinde "yaşam destek sisteminin kapatılması" durumu % 60'lık oranla ilk sırada yer almıştır. Tıbbi uygulamalarda hekim-hasta arasında görüş ayrılığı olduğunda etik danışmanlığa başvurulmasını uygun bulanların oranı ise % 21,1'dir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, hekimlerin etik danışmanlık alma gereksinimi dile getirilmiştir. Çalışmada dikkat çekilen bir başka konu ise ülkemizdeki klinik etik danışmanlıkla ilgili birimlerin eksikliğidir (140).

Janvier ve arkadaşlarının "Farklı Fetal Anomalilerde Gebeliğin Sonlandırılmasına İlişkin Sağlık Çalışanlarının Tutumları" başlığını taşıyan çalışması 2012 yılında

yayımlanmıştır. Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının farklı şiddetteki fetal anomaliler nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tutumlarını ve görüşlerini belirlemektir. Anket Kanada'nın Quebec Üniversitesinde çalışan kadın doğum ve çocuk uzmanları ile doğumhane ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerine, grup çalışması halinde uygulanmıştır. Katılımcılara prenatal tanı ile kendilerinin veya eşlerinin gebeliğinde trizomi 21, trizomi 18, dudak damak yarığı, Turner sendromu ve hipoplastik sol kalp sendromundan herhangi birinin saptanması ve gebeliğin sonlandırılmasının gündeme gelmesi halinde nasıl davranacakları hakkında sorular sorulmuştur. Katılımcılardan % 10'u hiçbir sorunda gebeliğin sonlandırılmasını düşünmeyeceğini ifade etmiştir. Diğer katılımcıların, sorunların her biri için gebeliği sonlandırmayı düşünme oranları farklılık göstermektedir. Söz konusu oranlar trizomi 21 için % 56, Turner sendromu için % 37'dir. Trizomi 21 için çocuk uzmanlarının % 43'ü, kadın doğum uzmanlarının % 73'ü sonlandırma isterken; Turner sendromu için çocuk uzmanlarının % 19'u, kadın doğum uzmanlarının % 38'i sonlandırma isterken; Trizomi 18 için çocuk uzmanlarının % 74'ü, kadın doğum uzmanlarının % 75'i; sonlandırma istemiştir. Çocuk uzmanlarının gebeliğin sonlandırılmasını seçme eğilimi hemşirelere ve doğum uzmanlarına göre daha az bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının gebeliğin sonlandırılması karşısında tutumlarının prenatal tanıya ve mesleki gruplara göre değiştiği sonucuna varılmıştır (204).

Rimon-Zarfaty ve Jotkowitz tarafından yapılan "İsrail'in Gebeliği Sonlandırma Kurullarında Karar Verme Süreci: Etik Analiz" başlığını taşıyan çalışma 2012 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, İsrail'de hafif-orta-büyük fetal anomali varlığında gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde görevli kurulların karar verme sürecini etik açıdan değerlendirmektir. Kurullarda müzakerelerin gizli yapılmasından dolayı kurul üyeleri ve danışmanları ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla niteliksel bir araştırma yapılmıştır. Kurulun daimî üyesi olan iki hekim ve 11 sosyal hizmet uzmanı ile daimî üye olmayıp sadece danışmanlık yapan, öneri getirebilen yedi genetik danışmandan oluşan 20 katılımcı ile görüşülmüştür. Görüşmede özellikle hafif-orta-büyük fetal anomali olasılığından dolayı gebeliğin sonlandırılması talebi durumunda yaşadıkları çatışma-ikilem deneyimleri ve alınan kurul kararları ile kendi kişisel görüşlerinin-değerlendirmelerinin ne ölçüde bağdaştığı sorulmuştur. Kurul üyeleri karar verirken durumla ilgili çeşitli faktörleri göz önünde bulundurduklarını bildirmiştir. Ailenin durum karşındaki dayanma gücü, başa çıkabilme olasılığı ve

yeterlilikleri bu faktörlerdendir. Bir diğer faktör kadının-ailenin fetusla ilişkisi ve ona yönelik ilgisi-bağlılığıdır. Katılımcıların çoğunluğu kadının özerkliğini fetusun yaşamının değerinden daha çok önemsediklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte ileri dönem gebeliğin sonlandırılması müzakerelerinde fetusun yaşamının değeri tartışmalarının arttığını da bildirmişlerdir. Katılımcıların altını çizdikleri bir husus fetal anomali nedeniyle gebeliğin geç sonlandırılması değerlendirmelerinde karşılaştıkları etik ikilemlerin artış gösterdiğidir (205).

"İkilemle Yüzleşmek: Gebeliğin Geç Sonlandırılması Durumunda Danimarkalı Ebelerin Deneyimleri ve Tutumları" başlığını taşıyan 2013 tarihli çalışma Christensen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı ileri gebeliğin sonlandırılması karşısında Danimarkalı ebelerin deneyimleri ve tutumlarını belirlemektir. Veriler, ileri gebeliğin sonlandırılmasında görev alan on ebeyle yarı yapılandırılmış bireysel görüşme yapılarak toplanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu ileri gebeliğin sonlandırılması karşında kadının-ailenin yaşadığı kederin gebeliğin erken sonlanmasından ya da vadesi gelmiş bir çocuğun kaybının ardından yaşanan kederden hiç ayırt edilemeyeceğini ifade etmiştir. Katılımcılar kadının-ailenin içinde bulunduğu duygu durumunu kabul etmenin ve saygı göstermenin önemini vurgulamıştır. Hepsi de kadının gebeliğini sonlandırmayı tercih etme hakkını desteklediğini ve böylece fetusun hakları ile ilgili endişelerini bastırabildiklerini ifade etmiştir. Ancak fetusun yaşam belirtileri gösterdiği durumlarda ileri gebeliğin sonlandırılması karşısında ikilem yaşadıklarını belirtmişlerdir (206).

Brown ve arkadaşları tarafından yapılan 2014 tarihli çalışma "Mesleki Yetkinlik Etik Duyarlılığı Getirir mi: Fetus, Gebe Kadın ve Gebeliğin Sonlandırılması Karşısında Çocuk ve Doğum Uzmanlarının Tutumları" başlığını taşımaktadır. Amerika'da yürütülen bu çalışmanın doğum ve çocuk uzmanı katılımcılarına elektronik posta ile ulaşılmıştır. Çalışmanın amacı katılımcıların gebe kadına ve fetusa yönelik sorumluluk algılarının klinik uygulamalardaki tutumlarıyla ilişkisini ve konjenital fetal durumlar nedeniyle gebeliğin sonlandırılması hakkında farklı tutumları olup olmadığını belirlemektir. Çalışmaya 192 çocuk ve 242 kadın doğum uzmanı katılmıştır. Veri toplama formunda altı ifade yer almaktadır. Elde edilen veriler üzerinden katılımcıların engellilik, vicdani ret, prenatal tanı, hekim-anne-fetus ilişkileri ve gebeliği sonlandırma ile ilgili tutumları analiz edilmiştir. "Fetal anomali varlığı bir ailenin gebeliği

sonlandırmayı düşünmesi için uygun bir sebep değildir" ifadesine çocuk uzmanlarının % 63,5'i, kadın doğum uzmanlarının % 78,4'ü; "engelli doğan çocuğun evlilik ve aile ilişkileri üzerinde yaratabileceği etkiler bir ailenin gebeliği sonlandırmayı düşünmesi için uygun bir sebep değildir" ifadesine çocuk uzmanlarının % 70,2'i, kadın doğum uzmanlarının % 80,5'i; "çocuğun gelecekteki sağlık maliyeti bir ailenin gebeliği sonlandırmayı düşünmesi için uygun bir sebep değildir" ifadesine çocuk uzmanlarının % 55,9'u, kadın doğum uzmanlarının % 73,5'i katılmadıklarını bildirmiştir (207).

"Bir gebe kadını değerlendirip danışmanlığını yaptığımda mesleki sorumluluğumun önceliği gebe kadının iyiliğidir" ifadesine çocuk uzmanlarının % 37'si, kadın doğum uzmanlarının % 25'i, "bir gebe kadını değerlendirip ve danışmanlığını yaptığımda mesleki sorumluluğumun önceliği fetusun iyiliğidir" ifadesine çocuk uzmanlarının % 47'si, kadın doğum uzmanlarının % 64'ü katılmadıklarını bildirmiştir. "Fetal tanı ve tedavi göz önüne alındığında fetusun gebe kadından ayrı bir hasta olarak dikkate alınması mantıklıdır" ifadesine her iki grup da % 37 oranında katılmıştır (207).

Wilkinson ve arkadaşlarının "Trizomi 18 Perinatal Yönetimi: Avustralya, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallıkta Doğum Uzmanlarına Yönelik Bir Araştırma" başlığını taşıyan çalışması 2014 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere'de kadın doğum uzmanlarının prenatal tanıda fetusun trizomi 18 tanısı alması durumundaki tutumlarını ortaya koymaktır. Araştırma doğum uzmanlarına bir elektronik anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Avustralya ile Yeni Zelanda'dan 436, Birleşik Krallık'tan 582 kadın doğum uzmanı katılmıştır. "Trizomi18 ölümcül bir anormalliktir" ifadesine katılma oranı % 84,5; "trizomi 18'li fetusun tedavisi diğer fetuslardan farklı olarak olmamalıdır" ifadesine katılma oranı % 11,4; "trizomi 18'li fetus veya yenidoğanın aktif tedavisi boşuna tedavidir" ifadesine katılma oranı % 62,5; "trizomi 18 yaşamla bağdaşan anlamlı bir ömre sahiptir" ifadesine katılmama oranı % 78,9; "trizomi 18 yaşamla bağdaşmaz" ifadesine katılmama oranı % 28,5; "trizomi 18'li bebeklere doğumda yeniden canlandırma uygulanmamalıdır" ifadesine katılmama oranı ise % 28,4'dür. Trizomi 18 varlığında gebeliğin yönetimi konusunda cinsiyet ve din ile ilişkili faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır. Kendisini dindar olarak tarif edenler (% 32), dini inancı olmayanlara (% 3) ve agnostiklere (% 12) göre gebeliğin sonlandırılmasına daha fazla karşı çıkmaktadır (208).

Black ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışma “Gebeliğin 20. Haftasından Sonra Fetal Kromozom Anomalilerinde Kadınların Gebeliğin Sonlandırılmasına Erişimi: New South Wales ve Queensland Hekimlerinin Deneyimleri ve Görüşleri” başlığını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Avustralya’da Queensland ve New South Wales eyaletlerinde gebeliğin 20. haftasından sonra gebeliğin sonlandırılması hizmetine erişimin önündeki engelleri belirlemektir. Veriler dört maternal-fetal tıp uzmanı, dört cinsel sağlık uzmanı, özel kliniklerde gebeliğin sonlandırılması uygulaması yapan 10 hekim, üç obstetri uzmanı ve bir de gebeliğin sonlandırılması için sevk yapan ama bu işlemi bizzat uygulamayan aile planlaması hekimi olmak üzere toplam 22 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılarak toplanmıştır. On sekiz hekim 20 haftalık gebelik sonrası fetal anormali varlığında kadınlar için özel ve kamu hastanelerinde gebeliği sonlandırma hizmetlerine erişimde zorluk olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılara göre ilgili kurullar yavaş toplanmakta ve kararlarında tutarsızlık göstermektedir. Katılımcılar gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili yasal düzenlemelerin ve bu uygulamayı klinik etik kurullara bildirme zorunluluğunun iki önemli faktör olduğunu belirtmiştir (209).

O’Grady ve arkadaşlarının “İrlanda'da Tıp Fakültesinde Eğitim Gören Lisans ve Lisansüstü Öğrencilerinin Gebeliğin Sonlandırılmasına Yönelik Tutumları” başlığını taşıyan çalışması 2016 yılında yayımlanmıştır. İrlanda’da tıp öğrencilerinin gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgilerini ve tutumlarını belirlemek ve yürürlükteki gebeliğin sonlandırılması yasası hakkındaki değerlendirmelerini almak üzere 18 maddelik bir anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılan 525 öğrencinin % 83,1’i annenin yaşamının tehdit altında olduğu ve fetusun yaşayabilir olmadığı durumlarda; % 58,2’si ise belirli fetal anomalilerde gebeliğin sonlandırılmasını uygun bulmuştur. Öğrencilerin % 56,6’sı meslek yaşamlarında gebeliğin sonlandırılması hizmetini yasal çerçevede verebileceklerini ifade etmiştir. Katılımcıların dini bağlılıklarının ve aile kökenlerinin gebeliğin sonlandırılmasına yönelik yaklaşımları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır (210).

3. BİREY ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

İkinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararı çatışan değerler arasında seçim yapmayı gerektiren zor bir süreçtir. Söz konusu kararın verilmesi öncelikle doğum hekimlerine düşmekte, çocuk hekimlerinin devreye girişi ve kararı etkileyişi ise giderek daha sık gündeme gelmektedir. Bu genel çerçevede perinatoloji çatısı altında buluşan iki uzmanlık alanının mensuplarının farklı endikasyonlarla ileri gebeliğin sonlandırılmasının söz konusu olduğu durumlar hakkındaki görüşleri-yaklaşımları-tutumları önem taşımaktadır.

Araştırmamızın amacı doğum ve çocuk hekimlerinden oluşan bir grubun gebeye veya fetusa ait farklı sorunlarda ileri gebeliği sonlandırmayla ilgili tutum ve yaklaşımlarını belirlemektir. Araştırmanın önemi alandaki durum hakkında aktardığı bilginin bir yandan kuramsal tartışmaların gerçekçi bir temele oturtulmasına katkı sağlama diğer yandan konu hakkında yapılacak yasal ve kurumsal düzenlemelerde yol gösterici olma potansiyelinden kaynaklanmaktadır. Araştırma sürecinin başlangıcındaki öngörümüz doğum hekimlerinin kadını, çocuk hekimlerinin fetusu esas alan yaklaşımlara sahip olması nedeniyle doğum hekimlerinin gebeliği sonlandırma eğiliminin çocuk hekimlerine göre daha güçlü olacağıdır.

Araştırmamızın kısıtlılığı açısından gebeliğin isteğe bağlı olarak veya tecavüz gibi sosyal gerekçelerle sonlandırılması ayrı bir tez konusu olabileceğinden bu tez çalışmasının kapsamına alınmamıştır.

3.2. Araştırmanın Özgünlüğü

Türkiye ölçeğinde gebeliğin sonlandırılmasının etik boyutu hakkında yapılmış kimileri alan araştırması niteliğinde çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte doğum ve çocuk hekimlerinin ileri gebeliğin sonlandırılması konusundaki tutumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılmış kısıtlı sayıda alan araştırması bulunmaktadır. Araştırmamızın özgünlüğü, iki ayrı uzmanlık dalı mensuplarının farklı endikasyonlara bağlı olarak ileri

gebeliğin sonlandırılmasının gündeme geldiği durumlara yönelik tutumları hakkında bir veri tabanı oluşturmasından kaynaklanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Modeli ve Veri Toplama Formu

Tez çalışmamız tanımlayıcı araştırma türündedir.

Araştırmada kullanılan veri toplama formu tarafımızdan literatür taraması yapılarak hazırlanmış ve pilot uygulaması Kasım 2009'da Mersin Üniversitesi'nde çalışan bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile 12 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, toplam 13 kişi üzerinde yapılmıştır. Dört bölümden oluşmaktadır; bunlar sırasıyla "mesleki kimlik bilgileri", "gebeliğin sonlandırılmasına dair etik sorunlar" ve "gebeliğin sonlandırılması kararında referans oluşturma" ve "vakalar"dır.

"Gebeliğin sonlandırılmasına dair etik sorunlar" bölümü 15 tutum ifadesinden oluşmakta olup katılımcılardan seçenekleri "çok katılırım", "katılırım", "kararsızım", "karşıyım", "çok karşıyım" olan beşli Likert ölçeği üzerinden tutumlarını belirtmeleri istenmektedir. Seçeneklerin karşılığı olan puanlar 1, 2, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 numaralı ifadelerde sırasıyla 5, 4, 3, 2, 1'dir. Tersine dönmüş olan 3, 4, 5, 6, 7 ve 10 numaralı ifadelerde ise sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5'dir.

Katılımcılardan gebeliğin sonlandırılması kararında hangi referansı ne ölçüde dikkate alacaklarını belirtmeleri istenen bölümde beş referans alternatifi bulunmakta ve bunların her birine 1-5 arasında bir puan verilmesi istenmektedir. Referans alternatifleri "klinik deneyim", "deneyimli meslektaş görüşü", "yasal düzenleme metinleri", "tıp etiği öğretim üyelerinden edindiğim görüşler", "akademik metinler" ve "diğer"dir. Verilen puanlar bağlamında "5" en fazla ağırlık ve öncelik sahibi olmaya, "1" ise, en az ağırlık ve öncelik sahibi olmaya karşılık gelmektedir.

"Vakalar" bölümünde dört vaka senaryosu bulunmakta ve katılımcılardan bunlarla ilgili toplam yedi adet çoktan seçmeli soruyu yanıtlamaları istenmektedir. Vakalar sırasıyla ilki "anensefalik ve Turner sendromlu fetusların bulunduğu ikiz gebelikte fetosit uygulanmasına yaklaşımı", ikincisi, "gebeliği sırasında servikse kanseri tanısı alan gebe kadına yaklaşımı", üçüncüsü Down sendromlu fetusun bulunduğu gebeliğe yaklaşımı", son olarak Patau sendromlu gebeliği sonlandırmak istemeyen aileye yaklaşımı" içermektedir.

Veri toplama formu EK-1 olarak tezin sonunda yer almaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreninin veri toplama aşamasının gerçekleştirildiği tarihlerde Mersin ilinde görev yapmakta olan tüm kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekimler olarak belirlenmiş, örneklemin evrene özdeş olması öngörülmüştür. Verilerin toplandığı Ocak-Şubat 2010 döneminde araştırma evreni 63 doğum ve 61 çocuk hekimi toplam 124 kişiden oluşmakta olup bunlardan 55 doğum ve 55 çocuk hekimi toplam 110 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve veri toplama formunu doldurmuştur. Evrenin % 88,7'sine ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı (211). Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Uzmanlık alanı, cinsiyet, çocuk sahibi olma-olmama gibi alt grup karşılaştırmalarında Ki Kare testi kullanılmıştır. Yaş ve uzmanlık süresi ile referans olarak başvurulan durumların öncelik sıraları arasında korelasyon Spearman Rank korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi 0,05'in altı olarak alınmıştır ($p<0,05$).

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırma projesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunulmuş ve 14. 04. 2009 tarihli toplantıda alınan 4/14 numaralı kararla onaylanmıştır. Etik kurul kararı EK-3 olarak tezi sonunda yer almaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular, dört bölüm halinde tasnif edilmiştir. Birinci bölümde demografik özellikler, ikinci bölümde tutum ifadelerine verilen yanıtların dağılımı, üçüncü bölümde referans alternatiflerine verilen önem derecelerinin dağılımı, dördüncü bölümde örnek vakalarla ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Doğum ve çocuk hekimlerinin ikinci üç ay ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin görüşlerini ve yaklaşımlarını saptamak amacıyla düzenlenen bu çalışmaya, 55 kadın doğum, 55 çocuk hekimi alınmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri Çizelge 4. 1'de sunulmuştur.

Katılımcıların genel yaş ortalaması 44,8 ± 9,9'dur. Alt grupların yaş ortalamaları doğum hekimlerinde 44,98 ± 10,04, çocuk hekimlerinde 44,54 ± 9,91'dir. Yaş grupları olarak incelendiğinde, 39 yaş ve altında 39 kişi (% 35,5), 40-49 yaş arasında 35 kişi (% 31,8) ve 50 yaş ve üzerinde 31 kişi (% 28,2) bulunmaktadır. Katılımcıların 67 kişisi (% 61,5) erkek ve 42 kişisi (% 38,5) kadındır. Çocuk sahibi olan katılımcılar 97 kişi (% 89,8), olmayanlar ise 11kişidir (% 10,2).

Katılımcının tümü (110 kişi, % 100) uzman ve 16 kişisi (% 15,0) ayrıca yan dal uzmanıdır. Muayenehanesi olan katılımcı sayısı 27'dir (% 25,7). Katılımcıların, 49 kişisi (% 45,0) devlet hastanesinde, 39 kişisi (% 35,8) özel hastanede ve 21 kişisi (% 19,3) üniversite hastanesinde görev yapmaktadır.

Akademik düzey bakımından katılımcılardan 47 doğum (% 85,5) ve 43 çocuk hekimi (% 78,2) uzman, iki doğum (% 3,6) ve dört çocuk hekimi (% 7,3) yardımcı doçent, üç doğum (% 5,5) ve üç çocuk hekimi (% 5,5) doçent, üç doğum (% 5,5) ve üç çocuk hekimi (% 5,5) profesördür.

Görev yaptıkları kurumlar bakımından katılımcılardan 23 doğum (% 41,8) ve 26 çocuk hekimi (% 47,3) devlet hastanesinde, 25 doğum (% 45,5) ve 14 çocuk hekimi (%

25,5) özel hastanede, yedi doğum (% 12,7) ve 14 çocuk hekimi (% 25,5) üniversite hastanesinde görev yapmaktadır.

Doğum hekimlerinin 20 kişisinin (% 36,4) muayenehanesi bulunmakta, 32 kişisinin (% 58,2) bulunmamakta, çocuk hekimlerinin ise 7 kişisinin (% 12,7) muayenehanesi bulunmakta, 46 kişisinin (% 83,6) bulunmamaktadır.

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler		**Tüm Katılımcılar**		**Doğum Hekimleri**		**Çocuk Hekimleri**	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	**≤39**	39	35,5	18	32,7	21	38,2
	40-49	35	31,8	20	36,4	15	27,3
	≥50	31	28,2	13	23,6	18	32,7
Cinsiyet	**Kadın**	42	38,5	15	27,8	27	49,1
	Erkek	67	61,5	39	72. 2	28	50,9
Çocuk	**Var**	97	89,8	48	90,6	49	89,1
	Yok	11	10,2	5	9,4	6	10,9
Muayenehane	**Var**	27	25,7	20	38,5	7	13,2
	Yok	78	74,3	32	61,5	46	86,8
Unvan	**Uzman**	90	83,3	47	85,5	43	81,1
	Yrd. Doç.	6	5,6	2	3,6	4	7,5
	Doç.	6	5,6	3	5,5	3	5,7
	Prof.	6	5,6	3	5,5	3	5,7
Görev Yeri	**Devlet Hast.**	49	45,0	23	41,8	26	48,1
	Özel Hast.	39	35,8	25	45,5	14	25,9
	Üniversite Hast.	21	19,3	7	12,7	14	25,9
Ortalama Yaş		44,75 ± 9,93		44,98 ± 10,04		44,54 ± 9,91	
Uzmanlıkta Geçen Ortalama Süre		14,76± 9,47		13,69± 9,022		15,90± 9,898	

Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri incelendiğinde en çok Çukurova ve Ankara Üniversitesi mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri Çizelge 4. 2'de sunulmuştur.

Çizelge 4.2. Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri

Mezun olunan fakülte	**Sayı**	**%**
Çukurova Tıp	26	23,4
Ankara Tıp	21	19,1
İstanbul Tıp	14	13,0
Hacettepe Tıp	13	12,7
Cerrahpaşa Tıp	8	7,3
Ege Tıp	4	3,6
Erciyes Tıp	3	2,7
Uludağ Tıp	3	2,7
Dicle Tıp	2	1,8
Akdeniz Tıp	2	1,8

Anadolu Tıp	2	1,8
Selçuk Tıp	2	1,8
Marmara Tıp	2	1,8
Dokuz Eylül Tıp	1	0,9
Erzurum Atatürk Tıp	1	0,9
Fırat Tıp	1	0,9
Gazi Tıp	1	0,9
GATA Tıp	1	0,9
Karadeniz Teknik Tıp	1	0,9

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldığı kurumlar incelendiğinde ise en sık gözlenen kurum 10 kişi ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastaneleridir. Katılımcıların uzmanlığını aldığı kurumlar Çizelge 4. 3'de sunulmuştur.

Çizelge 4.3. Katılımcıların uzmanlığını aldığı kurumlar

Uzmanlığın alındığı kurum	**Sayı**	**%**	**Uzmanlığın alındığı kurum**	**Sayı**	**%**
Çukurova Tıp	10	9,0	Karadeniz Teknik Tıp	1	0,9
Hacettepe Tıp	10	9,0	Haseki Hastanesi	1	0,9
Dr Sami Ulus Hastanesi	10	9,0	Fırat Tıp	1	0,9
Zekai Tahir Burak Doğum Hast	8	7,5	Osmangazi Tıp	1	0,9
Dicle Tıp	8	7,5	Haydarpaşa Numune Hast	1	0,9
Mersin Tıp	8	7,5	Gaziantep Tıp	1	0,9
Ankara Hastanesi	5	4,7	Konya Selçuk Tıp	1	0,9
Ankara Numune Hastanesi	4	3,7	SSK Tepecik	1	0,9
Ege Doğum Hastanesi	3	2,8	Pamukkale Tıp	1	0,9
Gazi Tıp	3	2,8	Kocaeli Tıp	1	0,9
Şişli Etfal Hastanesi	2	1,9	Akdeniz Tıp	1	0,9
İstanbul Tıp	2	1,9	Dışkapı SSK Hastanesi	1	0,9
GATA	2	1,9	İzmir Devlet Hastanesi	1	0,9
Erciyes Tıp	2	1,9	Ankara Doğum Evi	1	0,9
Ankara Tıp	2	1,9	Zeynep Kâmil Hastanesi	1	0,9
Erzurum Tıp	2	1,9	19 Mayıs Tıp	1	0,9
Behçet Uz Hastanesi	2	1,9	Trakya Tıp	1	0,9
Göztepe Araştırma Hastanesi	2	1,9	Celal Bayar Tıp	1	0,9
İst. Süleymaniye Doğum Hast	2	1,9	Bakırköy Doğum Hastanesi	1	0,9
SSK Ok Meydanı Hastanesi	1	0,9			

4.2. Katılımcıların Veri Toplama Formunun İkinci Bölümünde Yer Alan Tutum İfadelerine Ait Seçimlerinin Değerlendirilmesi

Veri toplama formumuzun ikinci bölümündeki gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili 15 tutum ifadesinde, katılımcılar görüşlerin beşli Likert üzerinden belirtmiştir.

“Hekim hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır” tutum ifadesinde 50 katılımcı (% 45,5) “çok katılırım”, 50 katılımcı (% 45,5) “katılırım”, 3 katılımcı (% 2,7) “kararsızım”, 6 katılımcı (% 5,5) “karşıyım”, 1 katılımcı (% 0,9) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı doğum hekimi çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir” tutum ifadesinde 47 katılımcı (% 42,7) “çok katılırım”, 51 katılımcı (% 46,5) “katılırım”, 6 katılımcı (% 5,5) “kararsızım”, 5 katılımcı (% 4,5) “karşıyım”, 1 katılımcı (% 0,9) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Genetik danışmalık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken yönlendirici olmalıdır” tutum ifadesinde 18 katılımcı (% 16,4) “çok katılırım”, 48 katılımcı (% 43,6) “katılırım”, 9 katılımcı (% 8,2) “kararsızım”, 24 katılımcı (% 21,8) “karşıyım”, 10 katılımcı (% 9,1) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır” tutum ifadesinde 19 katılımcı (% 17,3) “çok katılırım”, 58 katılımcı (% 52,7) “katılırım”, 18 katılımcı (% 16,4) “kararsızım”, 13 katılımcı (% 11,8) “karşıyım”, 2 katılımcı (% 1,8) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir” tutum ifadesinde 11 katılımcı (% 10,0) “çok katılırım”, 23 katılımcı (% 20,9) “katılırım”, 9 katılımcı (% 8,2) “kararsızım”, 50 katılımcı (% 45,5) “karşıyım”, 17 katılımcı (% 15,5) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması toplumsal ölçekte anomalili doğumları engellenmesi açısından gereklidir” tutum ifadesinde 42 katılımcı (% 38,2) “çok katılırım”, 50 katılımcı (% 45,5) “katılırım”, 11 katılımcı (% 10,0) “kararsızım”, 5 katılımcı (% 4,5) “karşıyım”, 1 katılımcı (% 0,5) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir” tutum ifadesinde 3 katılımcı (% 2,7) “çok katılırım”, 3 katılımcı (% 2,7) “katılırım”, 7 katılımcı (% 6,4) “kararsızım”, 48 katılımcı (% 43,6) “karşıyım”, 49 katılımcı (% 44,5) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmişlerdir. “Sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir” tutum ifadesinde 9 katılımcı (% 8,2) “çok katılırım”, 18 katılımcı (% 16,4) “katılırım”, 29 katılımcı (% 26,4) “kararsızım”, 41 katılımcı (% 37,3) “karşıyım”, 12 katılımcı (% 10,9) “çok

karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Gebenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerlidir” tutum ifadesinde 17 katılımcı (% 15,5) “çok katılırım”, 46 katılımcı (% 41,8) “katılırım”, 12 katılımcı (% 10,9) “kararsızım”, 27 katılımcı (% 24,5) “karşıyım”, 6 katılımcı (% 5,5) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir” tutum ifadesinde 47 katılımcı (% 42,7) “çok katılırım”, 42 katılımcı (% 38,2) “katılırım”, 8 katılımcı (% 7,3) “kararsızım”, 9 katılımcı (% 8,2) “karşıyım”, 4 katılımcı (% 3,6) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir” tutum ifadesinde 5 katılımcı (% 4,5) “çok katılırım”, 22 katılımcı (% 20,0) “katılırım”, 13 katılımcı (% 11,8) “kararsızım”, 37 katılımcı (% 33,6) “karşıyım”, 32 katılımcı (% 29,1) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmişlerdir. “Gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir” tutum ifadesinde 5 katılımcı (% 5,5) “çok katılırım”, 22 katılımcı (% 20,0) “katılırım”, 24 katılımcı (% 21,8) “kararsızım”, 38 katılımcı (% 34,5) “karşıyım”, 20 katılımcı (% 18,2) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir” tutum ifadesinde 12 katılımcı (% 10,9) “çok katılırım”, 37 katılımcı (% 33,6) “katılırım”, 10 katılımcı (% 9,1) “kararsızım”, 35 katılımcı (% 31,8) “karşıyım”, 15 katılımcı (% 13,6) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir” tutum ifadesinde 4 katılımcı (% 3,6) “çok katılırım”, 35 katılımcı (% 31,8) “katılırım”, 32 katılımcı (% 29,1) “kararsızım”, 23 katılımcı (% 20,9) “karşıyım”, 16 katılımcı (% 14,5) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir. “Yasal düzenleme çerçevesinde Down sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi tartışmaya açık bir konudur” tutum ifadesinde 6 katılımcı (% 5,5) “çok katılırım”, 39 katılımcı (% 35,8) “katılırım”, 33 katılımcı (% 30,0) “kararsızım”, 22 katılımcı (% 20,0) “karşıyım”, 9 katılımcı (% 8,2) “çok karşıyım” yönünde tercih belirtmiştir.

Tutum ifadeleri için katılımcıların beşli Likert üzerinden belirttikleri görüşlerin dağılımı, frekansları ile birlikte Çizelge 4. 4’de yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Katılımcıların veri toplama formunun ikinci bölümünde yer alan tutum ifadelerine ait seçimlerinin dağılımı

Tutum İfadeleri	Çok Karşıyım		Karşıyım		Kararsızım		Katılırım		Çok Katılırım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır	1	0,9	6	5,5	3	2,7	50	45,5	50	45,5
Prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı doğum hekimi çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir	1	0,9	5	4,5	6	5,5	51	46,5	47	42,7
Genetik danışmalık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken yönlendirici olmalıdır	10	9,1	24	21,8	9	8,2	48	43,6	18	16,4
Sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır	2	1,8	13	11,8	18	16,4	58	52,7	19	17,3
Prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir	17	15,5	50	45,5	9	8,2	23	20,9	11	10,0
Prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması toplumsal ölçekte anomalili doğumları engellenmesi açısından gereklidir	1	0,9	5	4,5	11	10,0	50	45,5	42	38,2
Sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir	49	44,5	48	43,6	7	6,4	3	2,7	3	2,7
Sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir	12	10,9	41	37,3	29	26,4	18	16,4	9	8,2
Gebenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerlidir	6	5,5	27	24,5	12	10,9	46	41,8	17	15,5
Yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir	4	3,6	9	8,2	8	7,3	42	38,2	47	42,7
Hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir	32	29,1	37	33,6	13	11,8	22	20,0	5	4,5
Gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir	20	18,2	38	34,5	24	21,8	22	20,0	6	5,5

Gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir	15	13,6	35	31,8	10	9,1	37	33,6	12	10,9
Gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir	16	14,5	23	20,9	32	29,1	35	31,8	4	3,6
Yasal düzenleme çerçevesinde Down sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi tartışmaya açık bir konudur	9	8,2	22	20,0	33	30,0	39	35,8	6	5,5

Veri toplama formu içindeki 15 ifade arasında katılımcıların "çok katılırım" seçeneğini en fazla işaretlediği "Hekim hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır" olup seçimi bu yönde olanlar 50 kişidir (% 45,5). "Katılırım" seçeneğinin en çok işaretlendiği ifade "Sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır" olup 58 katılımcının (% 52,7) seçimidir. "Kararsızım" seçeneğinin en çok işaretlendiği ifade "Yasal düzenleme çerçevesinde Down sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi tartışmaya açık bir konudur" olup 33 katılımcının (% 30,0) seçimidir. "Karşıyım" seçeneğinin en çok işaretlendiği ifade "Prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir" olup 50 katılımcının (% 45,5) seçimidir. "Çok karşıyım" seçeneğinin en çok işaretlendiği ifade "Sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir" olup 49 katılımcının (% 44,5) seçimidir.

Çalışmamızda tüm katılımcıların tutum ifadeleri için yaptıkları seçimleri demografik bilgilerine göre istatistiksel olarak incelenmiş, her bir tutum ifadesi için elde edilen bulgular çizelgeler halinde hazırlanarak aşağıda sunulmuştur. Bu çizelgelerde karşılaştırma yapmayı kolaylaştırmak adına çok karşıyım ile karşıyım, katılırım ile çok katılırım seçimleri birleştirilmiştir.

Birinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 5'de yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Katılımcıların birinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Hekim, hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	2	4,8	3	7,1	37	88,1	0,077
	Erkek	5	7,5	0	0,0	62	92,5	
Yaş	**≤39**	3	7,7	0	0,0	36	92,3	0,091
	40-49	3	8,6	0	0,0	32	91,4	
	≥50	1	3,2	3	9,7	27	87,1	
Çocuk	**Var**	6	6,2	3	3,1	88	90,7	0,791
	Yok	1	9,1	0	0,0	10	90,9	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	2	3,6	0	0,0	53	96,4	0,098
	Çocuk	5	9,1	3	5,5	47	85,5	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	2	5,0	0	0,0	38	95,0	0,057
	11-20 yıl	3	8,8	0	0,0	31	91,2	
	≥21 yıl	1	3,7	3	11,1	23	85,2	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	**-0,197**						
	p*	**0,044**						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,046						
	p*	0,663						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ile seçimler arasında zayıf negatif korelasyon bulunmakta; yaş arttıkça katılma oranı düşmektedir (r*=-0,197 ve p*=0,044). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

İkinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 6'da yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Katılımcıların ikinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı, doğum hekimi, çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	3	7,1	1	2,4	38	90,5	0,458
	Erkek	3	4,5	5	7,5	59	88,1	
Yaş	**≤39**	2	5,1	1	2,6	36	92,3	0,654
	40-49	2	5,7	1	2,9	32	91,4	
	≥50	2	6,5	3	9,7	26	83,9	
Çocuk	**Var**	6	6,2	6	6,2	85	87,6	0,465
	Yok	0	0,0	0	0,0	11	100,0	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	4	7,3	4	7,3	47	85,5	0,473
	Çocuk	2	3,6	2	3,6	51	92,7	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	1	2,5	1	2,5	38	95,0	0,602
	11-20 yıl	2	5,9	2	5,9	30	88,2	
	≥21 yıl	1	3,7	3	11,1	23	85,2	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	**-0,223**						
	p*	**0,022**						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,055						
	p*	0,602						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ile seçimler arasında zayıf negatif korelasyon bulunmakta; yaş arttıkça katılma oranı düşmektedir (r*=-0,233 ve p*=0,022). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Üçüncü tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 7'de yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Katılımcıların üçüncü tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Genetik danışmanlık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararını verirken yönlendirici olmalıdır. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	15	36,6	2	4,9	24	58,5	0,467
	Erkek	19	28,4	7	10,4	41	61,2	
Yaş	**≤39**	17	43,6	4	10,3	18	46,2	**0,032**
	40-49	12	34,3	4	11,4	19	54,3	

	≥50	4	13,3	1	3,3	25	83,3	
Çocuk	**Var**	27	28,1	9	9,4	60	62,5	0,154
	Yok	6	54,5	0	0. 0	5	45,5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	19	34,5	6	10,9	30	54,5	0,367
	Çocuk	15	27,8	3	5,6	36	66,7	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	17	42,5	7	17,5	16	40,0	**0,008**
	11-20 yıl	9	27,3	0	0,0	24	72,7	
	≥21 yıl	5	18,5	2	7,4	20	74,1	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	**0,259**						
	p*	**0,008**						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,025						
	p*	0,816						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerden yaş ve uzmanlık süresi alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (sırayla p=0,032 ve p=0,008); yaşı 50 ve üzerinde olanların katılma, eğiliminin güçlü olduğu, uzmanlık süresi 10 yıl ve altında olanlar ile yaşı 39 ve altında olanların ise bu ifadede görüş ayrılığı yaşadıkları görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ile seçimler arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmakta; yaş arttıkça katılma oranı artmaktadır (r*=0,259 ve p*=0,008). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Dördüncü tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 8'de yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Katılımcıların dördüncü tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır."								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	7	16,7	7	16,7	28	66,7	0,774
	Erkek	8	11,9	11	16,4	48	71,6	
Yaş	**≤39**	6	15,4	7	17,9	26	66,7	0,086
	40-49	7	20,0	3	8,6	25	71,4	
	≥50	0	0,0	7	22,6	24	77,4	
Çocuk	**Var**	13	13,4	14	14,4	70	72,2	0,133
	Yok	2	18,2	4	36,4	5	45,5	

Uzmanlık Alanı	**Doğum**	7	12,7	4	7,3	44	80,0	**0,027**
	Çocuk	8	14,5	14	25,5	33	60,0	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	5	12,5	6	15,0	29	72,5	0,239
	11-20 yıl	6	17,6	2	5,9	26	76,5	
	≥21 yıl	2	7,4	7	25,9	18	66,7	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	0,049						
	p*	0,618						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,188						
	p*	0,069						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerden uzmanlık alanları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,027); doğum hekimlerinde ifadeye katılma, çocuk hekimlerinde ise kararsız kalma eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Beşinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 9'da yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Katılımcıların beşinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	27	64,3	3	7,1	12	28,6	0,880
	Erkek	40	59,7	6	9,0	21	31,3	
Yaş	**≤39**	28	71,8	3	7,7	8	20,5	0,066
	40-49	24	68,6	4	11,4	7	20,0	
	≥50	14	45,2	2	6,5	15	48,4	
Çocuk	**Var**	59	60,8	8	8,2	30	59,0	0,555
	Yok	8	72,7	0	0,0	3	8,0	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	25	45,5	5	9,1	25	45,5	**0,003**
	Çocuk	42	76,4	4	7,3	9	16,4	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	28	70,0	3	7,5	9	22,5	0,225
	11-20 yıl	20	58,8	4	11,8	10	29,4	
	≥21 yıl	12	44,4	2	7,4	13	48,1	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	**0,308**						
	p*	**0,001**						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,114						
	p*	0,272						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerden uzmanlık alanları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,003); çocuk hekimlerinde doğum hekimlerine göre ifadeye karşı olma, eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ile seçimler arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmakta; yaş arttıkça katılma oranı artmaktadır (r*=0,308 ve p*=0,001). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Altıncı tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 10'da yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Katılımcıların altıncı tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması, toplumsal ölçekte anomalili doğumları engellemesi açısından gereklidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	1	2,4	4	9,5	37	88,1	0,498
	Erkek	5	7,6	7	10,6	54	81,8	
Yaş	**≤39**	3	7,7	5	12,8	31	79,5	0,812
	40-49	2	5,9	4	11,8	28	82,4	
	≥50	1	3,3	2	6,5	28	90,3	
Çocuk	**Var**	5	5,2	11	11,5	80	83,3	0,451
	Yok	1	9,1	0	0,0	10	90,9	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	3	5,6	4	7,4	47	87,0	0,653
	Çocuk	3	5,5	7	12,7	45	81,8	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	1	2,5	7	17,5	32	80,0	0,350
	11-20 yıl	3	9,1	2	6,1	28	84,8	
	≥21 yıl	1	3,7	2	7,4	24	88,9	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	0,091						
	p*	0,358						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,135						
	p*	0,198						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Yedinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 11'de yer almaktadır.

Çizelge 4.11. Katılımcıların yedinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	38	90,5	2	4,8	2	4,8	0,816
	Erkek	58	86,6	5	7,5	4	6,0	
Yaş	**≤39**	36	92,3	2	5,1	1	2,6	0,661
	40-49	31	88,6	2	5,7	2	5,7	
	≥50	25	80,6	3	9,7	3	9,7	
Çocuk	**Var**	86	88,7	6	6,2	5	5,2	0,796
	Yok	9	81,8	1	9,1	1	9,1	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	48	87,3	2	3,6	5	9,1	0,138
	Çocuk	49	89,1	5	9,1	1	1,8	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	36	90,0	2	5,0	2	5,0	0,711
	11-20 yıl	31	91,2	2	5,9	1	2,9	
	≥21 yıl	22	81,5	2	7,4	3	11,1	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	**0,235**						
	p*	**0,016**						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,164						
	p*	0,114						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ile seçimler arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmakta; yaş arttıkça katılma oranı artmaktadır (r*=0,235 ve p*=0,016). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Sekizinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 12'de yer almaktadır.

Çizelge 4.12. Katılımcıların sekizinci tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	28	66,7	6	14,3	8	19,0	**0,009**
	Erkek	25	37,3	23	34,3	19	28,4	
Yaş	**≤39**	17	43,6	11	28,2	11	28,2	0,839
	40-49	17	48,6	10	28,6	8	22,9	
	≥50	17	56,7	6	20,0	7	23,3	
Çocuk	**Var**	47	48,5	25	25,8	25	25,8	0,719
	Yok	5	45,5	4	36,4	2	18,2	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	23	42,6	16	29,6	15	27,8	0,459
	Çocuk	30	54,5	13	23,6	12	21,8	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	18	45,0	13	32,5	9	22,5	0,841
	11-20 yıl	16	47,1	8	23,5	10	29,4	
	≥21 yıl	14	53,8	6	23,1	6	23,1	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	-0,018						
	p*	0,855						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,019						
	p*	0,857						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerden cinsiyet açısından istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,009); kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre ifadeye karşı olma, eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Dokuzuncu tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 13'de yer almaktadır.

Çizelge 4.13. Katılımcıların dokuzuncu tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Gebenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerlidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	16	39,0	3	7,3	22	53,7	0,279
	Erkek	17	25,8	9	13,6	40	60,6	
Yaş	**≤39**	13	33,3	8	20,5	18	46,2	0,074
	40-49	10	29,4	1	2,9	23	67,6	

	≥50	7	23,3	2	6,7	21	70,0	
Çocuk	**Var**	31	32,6	10	10,5	54	56,8	0,253
	Yok	1	9,1	2	18,2	8	72,7	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	18	33,3	4	7,4	32	59,3	0,444
	Çocuk	15	27,8	8	14,8	31	57,4	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	15	37,5	7	17,5	18	45,0	0,085
	11-20 yıl	12	35,3	2	5,9	20	58,8	
	≥21 yıl	4	15,4	2	7,7	20	76,9	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	0,156						
	p*	0,115						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,123						
	p*	0,240						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

Onuncu tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 14'de yer almaktadır.

Çizelge 4.14. Katılımcıların 10. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin, tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	3	7,1	1	2,4	38	90,5	0,111
	Erkek	10	14,9	7	10,4	50	74,6	
Yaş	**≤39**	5	12,8	3	7,7	31	79,5	0,941
	40-49	3	8,6	2	5,7	30	85,7	
	≥50	3	9,7	3	9,7	25	80,6	
Çocuk	**Var**	12	12,4	4	4,1	81	83,5	**0,001**
	Yok	1	9,1	4	36,4	6	54,5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	5	9,1	3	5,5	47	85,5	0,479
	Çocuk	8	14,5	5	9,1	42	76,4	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	6	15,0	2	5,0	32	80,0	0,808
	11-20 yıl	4	11,8	3	8,8	27	79,4	
	≥21 yıl	2	7,4	3	11,1	22	81,5	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	-0,063						
	p*	0,525						
Uzmanlık Süresi	**r***	**0,256**						
	p*	**0,013**						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerden çocuk varlığı açısından istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,001); çocuk sahibi olan hekimlerin ifadeye katılma, eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Uzmanlık süresi ile seçimler arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmakta; uzmanlık süresi arttıkça katılma oranı artmaktadır (r*=0,256 ve p*=0,013). Yaş ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

On birinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 15'de yer almaktadır.

Çizelge 4.15. Katılımcıların 11. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	30	71,4	4	9,5	8	19,0	0,347
	Erkek	38	57,6	9	13,6	19	28,8	
Yaş	**≤39**	22	57,9	3	7,9	13	34,2	0,290
	40-49	21	60,0	7	20,0	7	20,0	
	≥50	22	57,9	3	7,9	13	34. 2	
Çocuk	**Var**	60	62,5	12	12,5	24	25,0	0,943
	Yok	7	63,6	1	9,1	3	27,3	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	31	57,4	6	11,1	17	31,5	0,273
	Çocuk	38	69,1	7	12,7	10	18,2	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	21	53,8	6	15,4	12	30,8	0,483
	11-20 yıl	25	73,5	2	5,9	7	20,6	
	≥21 yıl	21	53,8	6	15,4	12	30,8	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	-0,039						
	p*	0,697						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,130						
	p*	0,214						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

On ikinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 16'da yer almaktadır.

Çizelge 4.16. Katılımcıların 12. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	24	57,1	9	21,4	9	21,4	0,670
	Erkek	33	49,3	15	22,4	19	28,4	
Yaş	**≤39**	18	46,2	8	20,5	13	33,3	0,720
	40-49	20	57,1	8	22,9	7	20,0	
	≥50	16	51,6	8	25,8	7	22,6	
Çocuk	**Var**	54	55,7	20	20,6	23	23,7	0,197
	Yok	3	27,3	4	36,4	4	36,4	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	28	50,9	14	25,5	13	23,6	0,645
	Çocuk	30	54,5	10	18. 2	15	27,3	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	18	45,0	9	22,5	13	32,5	0,588
	11-20 yıl	21	61,8	5	14,7	8	23,5	
	≥21 yıl	14	51,9	7	25,9	6	22,2	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	-0,040						
	p*	0,682						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,134						
	p*	0,199						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

On üçüncü tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 17'de yer almaktadır.

Çizelge 4.17. Katılımcıların 13. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Gebeliğin 20. Haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	17	41,5	4	9,8	20	48,8	0,815
	Erkek	32	47,8	6	9,0	29	43,3	
Yaş Grubu	**≤ 39**	18	46,2	4	10,3	17	43,6	0,523
	40-49	13	37,1	2	5,7	20	57,1	
	≥ 50	15	50,0	4	13. 3	11	36,7	
Çocuk	**Var**	43	44,8	9	9,4	44	45,8	0,999
	Yok	5	45,5	1	9,1	5	45,5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	27	49,1	6	10,9	22	40,0	0,543
	Çocuk	23	42,6	4	7,4	27	50. 0	
Uzmanlık Süresi	**≤ 10 yıl**	19	47,5	5	12,	16	40,0	0,639
	11-20 yıl	13	38,2	2	5,9	19	55,9	
	≥ 21 yıl	13	48,1	3	11,1	11	40,7	
Korelasyon[*]								
Yaş	**r***	-0,031						
	p*	0,758						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,051						
	p*	0,627						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

On dördüncü tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 18'de yer almaktadır

Çizelge 4.18. Katılımcıların 14. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Gebeliğin 25. Haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	11	26,2	15	35,7	16	38,1	0,284
	Erkek	27	40,3	17	25,4	23	34,3	
Yaş	**≤39**	17	43,6	9	23,1	13	33,3	0,313
	40-49	10	28,6	14	40,0	11	31,4	
	≥50	8	25,8	9	29,0	14	45,2	
Çocuk	**Var**	35	36,1	29	29,9	33	34,0	0,738

	Yok	3	27,3	3	27,3	5	45. 5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	24	43,6	14	25,5	17	30,9	0,200
	Çocuk	15	27,3	18	32,7	22	40,0	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	17	42,5	10	25,0	13	32,5	0,280
	11-20 yıl	12	35,3	12	35,3	10	29,4	
	≥21 yıl	6	22,2	7	25,9	14	51,9	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	0,151						
	p*	0,125						
Uzmanlık Süresi	**r***	-0,104						
	p*	0,320						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

On beşinci tutum ifadesi için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları ve yaş ile uzmanlık süresi ile seçimler arasındaki korelasyon Çizelge 4. 19'da yer almaktadır

Çizelge 4.19. Katılımcıların 15. tutum ifadesine ait seçimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

"Yasal düzenleme çerçevesinde Down sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle, 20. Haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi, tartışmaya açık bir konudur. "								
Özellikler[x]		**Karşıyım**		**Kararsızım**		**Katılırım**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	12	28,6	13	31,0	17	40,5	0,968
	Erkek	19	28,8	19	28,8	28	42,4	
Yaş	**≤39**	13	33,3	9	23,1	17	43,6	0,499
	40-49	8	23,5	11	32,4	15	44,1	
	≥50	8	25,8	13	41,9	10	32,3	
Çocuk	**Var**	28	29,2	26	27,1	42	43,8	0,169
	Yok	2	18,2	6	54,5	3	27,3	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	18	33,3	12	22,2	24	44,4	0,178
	Çocuk	13	23,6	21	38,2	21	38,2	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	14	35,0	7	17,5	19	47,5	0,218
	11-20 yıl	10	29,4	10	29,4	14	41,2	
	≥21 yıl	6	22,2	12	44,4	9	33,3	
Korelasyon*								
Yaş	**r***	-0,033						
	p*	0,742						
Uzmanlık Süresi	**r***	0,092						
	p*	0,379						

[x] Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).
* Spearman Rank korelasyon kullanılmıştır (p<0,05).

Demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yaş ve uzmanlık süresi ile seçimler arasında korelasyon bulunmamaktadır.

4.3. Katılımcıların Veri Toplama Formunun Üçüncü Bölümünde Yer Alan Karara Referans Oluşturma Seçenekleri İçin Verdikleri Puanların Değerlendirilmesi

Katılımcıların ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararını alırken farklı referanslara verdiği ağırlık ve öncelik puanları incelendiğinde sıralamanın yasal düzenlemeler, akademik metinler, tıp etiği öğretim üyelerinin görüşleri, klinik deneyim ve deneyimli meslektaşlarının görüşleri şeklinde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yasal düzenlemelere verdikleri puanlar incelendiğinde, 37 kişisi (% 39) beş puan, 16 kişisi (% 17) dört puan, 17 kişisi (% 18) üç puan, dokuz kişisi (% 9) iki puan, 16 kişisi (% 17) bir puan vermiştir, ortalama 3,03±1,50'dir. Katılımcıların akademik metinlere verdikleri puanlar incelendiğinde, 38 kişisi (% 42) beş puan, 14 kişisi (% 15) dört puan, 13 kişisi (% 14) üç puan, yedi kişisi (% 8) iki puan, 19 kişisi (% 21) bir puan vermiştir, ortalama 2,89±1,59'dur. Katılımcıların tıp etiği öğretim üyesinden görüş almaya verdikleri puanlar incelendiğinde, 22 kişisi (% 23) beş puan, 27 kişisi (% 28) dört puan, 19 kişisi (% 20) üç puan, 15 kişisi (% 16) iki puan, 12 kişisi (% 13) bir puan vermiştir, ortalama 2,88±1,33'dür. Katılımcıların klinik deneyime verdikleri puanlar incelendiğinde, 27 kişisi (% 28) beş puan, 13 kişisi (% 14) dört puan, 21 kişisi (% 22) üç puan, 21 kişisi (% 22) iki puan, 14 kişisi (% 15) bir puan vermiştir, ortalama 2,78±1,43'dür. Katılımcıların deneyimli meslektaş görüşüne verdikleri puanlar incelendiğinde, 10 kişisi (% 11) beş puan, 19 kişisi (% 20) dört puan, 25 kişisi (% 27) üç puan, 22 kişisi (% 23) iki puan, 18 kişisi (% 19) bir puan vermiştir, ortalama 2,39±1,27'dir.

Çizelge 4. 20'de beş referansın puan dağılımları ve ortalama puanları ile standart sapmaları yer almaktadır.

Çizelge 4.20. Katılımcıların Veri Toplama Formunun Üçüncü Bölümünde Yer Alan Karara Referans Oluşturma İçin Verdikleri Değerlerin dağılımı

Kararda öncelikli referanslar	Referansların değerlendirme puanlamalarının dağılımı*										
	5 puan		4 puan		3 puan		2 puan		1 puan		Ort±SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yasal düzenleme	37	39	16	17	17	18	9	9	16	17	3,03±1,50
Akademik metin	38	42	14	15	13	14	7	8	19	21	2,89±1,59
Tıp etiği öğretim üyesi	22	23	27	28	19	20	15	16	12	13	2,88±1,33
Klinik deneyim	27	28	13	14	21	22	21	22	14	15	2,78±1,43
Deneyimli meslektaş	10	11	19	20	25	27	22	23	18	19	2,39±1,27

*"5" en fazla ağırlık ve öncelik sahibi olmaya, "1" ise, en az ağırlık ve öncelik sahibi olmaya karşılık gelmektedir.

Katılımcı alt gruplarının referanslara verdikleri puanların ortalamalarına bakıldığında, cinsiyet alt gruplarının yasal metinlere verdikleri puanların ortalaması kadınların 3,65±1,39, erkeklerin 3,45±1,58'dir (p>0,05), akademik metinlere verdikleri puanların ortalaması kadınların 3,72±1,53, erkeklerin 3,41±1,60'dır (p>0,05), tıp etiği öğretim üyesinden görüş almaya verdikleri puanların ortalaması kadınların 3,69±1,24, erkeklerin 3,14±1,36'dır (p=0,49), klinik deneyime verdikleri puanların ortalaması kadınların 3,05±1,45, erkeklerin 3,24±1,42'dır (p>0,05), deneyimli meslektaş görüşüne verdikleri puanların ortalaması kadınların 2,53±1,26, erkeklerin 2,93±1,26'dır (p>0,05).

Çizelge 4. 21'de demografik özelliklere göre katılımcı alt gruplarının ortalamaları ve standart sapmaları yeralmaktadır.

Çizelge 4.21. Katılımcı alt gruplarının referanslara verdikleri puanların ortalamaları

Özellikler		Referans				
		Yasal düzenleme	***Akademik metin***	***Tıp etiği öğretim üyesi***	***Klinik deneyim***	***Deneyimli meslektaş***
Cinsiyet Ort±SS	**Kadın**	3,65±1,39	3,72±1,53	3,69±1,24	3,05±1,45	2,53±1,26
	Erkek	3,45±1,58	3,41±1,60	3,14±1,36	3,24±1,42	2,93±1,26
	p	0,546	0,382	**0,049**	0,535	0,141
Yaş Ort±SS	**≤ 39**	3,67±1,38	3,84±1,44	3,42±1,35	3,03±1,33	2,67±1,27
	40-49	3,38±1,57	3,62±1,72	3,27±1,26	3,40±1,50	2,72±1,19
	≥ 50	3,55±1,50	3,04±1,56	3,22±1,40	3,07±1,51	3,07±1,41
	p	0,748	0,148	0,823	0,552	0,434
Çocuk Ort±SS	**Var**	3,45±1,54	3,58±1,55	3,35±1,35	3,20±1,40	2,72±1,27
	Yok	4,20±1,140	3,30±1,70	3,5±1,27	2,70±1,57	3,2±1,23

	p	0,138	0,593	0,738	0,293	0,260
Uzmanlık Alanı Ort±SS	**Doğum**	3,40±1,53	3,51±1,63	3,23±1,43	3,38±1,47	2,98±1,26
	Çocuk	3,62±1,48	3,48±1,56	3,44±1,24	3,00±1,38	2,62±1,27
	p	0,476	0,922	0,460	0,201	0,178
Uzmanlık Süresi Ort±SS	**≤10 yıl**	3,35±1,52	3,79±1,45	3,18±1,42	3,21±1,30	2,65±1,23
	11-20 yıl	3,73±1,48	3,13±1,72	3,52±1,15	3,10±1,49	2,83±1,26
	≥21 yıl	3,42±1,59	3,36±1,53	3,65±1,30	3,42±1,64	3,26±1,29
	p	0,581	0,237	0,356	0,721	0,196

Katılımcıların yasal düzenleme metinlerine verdikleri puan ile yaş (r*=-0,054 ve p*=0,614), uzmanlık süresi ile (r*=0,031 ve p*=0,781) korelasyon bulunmamaktadır (p>0,05). Katılımcıların akademik metinlere verdikleri puan ile yaş (r*=-0,178 ve p*=0,100), uzmanlık süresi ile (r*=-0,117 ve p*=0,296) korelasyon bulunmamaktadır (p>0,05). Katılımcıların tıp etiği öğretim üyesi görüşü almaya verdikleri puan ile yaş (r*=-0,070 ve p*=0,513), uzmanlık süresi ile (r*=-0,093 ve p*=0,404) korelasyon bulunmamaktadır (p>0,05). Katılımcıların klinik deneyime verdikleri puan ile yaş (r*=-0,023 ve p*=0,832), uzmanlık süresi ile (r*=-0,028 ve p*=0,803) korelasyon bulunmamaktadır (p>0,05). Katılımcıların deneyimli meslektaş görüşüne verdikleri puan ile yaş (r*=-0,122 ve p*=0,251), uzmanlık süresi ile (r*=-0,036 ve p*=0,748) korelasyon bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 4. 22'de ise referansların önem puanları ile yaş ve uzmanlık süresi arasındaki korelasyon yer almaktadır.

Çizelge 4.22. Katılımcıların başvurdukları referansların önem sıraları ile yaş ve uzmanlık süresi arasındaki korelasyonları*

Referanslar	**Yaş**		**Uzmanlık süresi**	
	r*	**p***	**r***	**p***
Yasal düzenleme	-0,054	0,614	0,031	0,781
Akademik metin	-0,178	0,100	-0,117	0,296
Tıp etiği öğretim üyesi	-0,070	0,513	0,093	0,404
Klinik deneyim	0,023	0,832	-0,028	0,803
Deneyimli meslektaş	0,122	0,251	0,036	0,748

*Spearman Rank Korelasyonu kullanılmıştır (p<0,05).

4.4. Katılımcıların Veri Toplama Formunun Dördüncü Bölümünde Yer Alan Örnek Vakalara Ait Seçimlerinin Değerlendirilmesi

Veri toplama formumuzun dördüncü bölümündeki gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili dört vaka senaryosu üzerinden katılımcılar görüşlerini sunulan seçeneklerden birini tercih ederek belirtmiştir.

"IVF yoluyla oluşan ikiz gebeliğin 16. haftasında rutin USG sonucunda fetuslardan birinde (fetus A) ileri iskelet displazisi, anensefali saptanmış. 17. haftada ileri iskelet displazisi mevcut olana fetüse fetosit uygulanmıştır. Ardından yapılan amniyosentez sonucunda diğer fetusun (fetus B) Turner sendromu/45X0 olduğu saptanmıştır. Gebeliğin devamına karar verilmiştir. 24. haftada fetusun erken doğumu riski nedeniyle gebe hastaneye yatırılmıştır. Gebeliğin devamının sağlanması için yüksek dozda ilaçlar uygulanması nedeniyle gebe solunum sıkıntısı gibi bir takım klinik sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca gebe yaklaşık beş ayını hastane odasından çıkmadan geçirmesi nedeniyle psikolojik travma yaşamıştır. Bu bilgileri dikkate aldığınızda, sizce aşağıdakiler arasında en uygun yaklaşım hangisidir?" vaka senaryosunda yapıkları seçimlere bakıldığında 39 kişisi (% 38,2) "Fetus A'ya fetosit uygulanması ve Fetüs B'yle gebeliğe devam edilmesi kararı doğru bir karardır" seçeneğini 12 kişisi (% 11,8) "Fetus B'yi ve gebeyi riske sokmamak için, Fetus A ve Fetus B ile gebeliğe devam edilmesi uygundur" seçeneğini, 51 kişisi (% 50,0) "Her iki fetuse de fetosit uygulanması doğru bir karardır" seçeneği olan yönünde tercih belirtmiştir.

"22 yaşında ve ilk gebeliğinin 24. haftasında olan hastaya serviks kanseri tanısı konmuş ve henüz kendisine bildirilmemiştir. Fetus sağlıklıdır, gebe bebeğinin doğmasını heyecanla beklemekte, eşine bir çocuk vermek istemektedir. Bu gibi durumlarda genel olarak önerilen yaklaşım, fetusun akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar bekleyip doğumu gerçekleştirmek ve kadının tedavisine başlamaktır. Ancak hastalığın seyri agresif ve gebenin yaşamını tehdit edici potansiyele sahiptir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?" vaka senaryosunda yapılan seçimlere bakıldığında katılımcıların "Gebeliğin sürdürülmesi (kanser tedavisinin ertelenmesi) ya da gebeliğin sonlandırılması (kanser tedavisinin hemen başlatılması) konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaparak" önermesi doğrultusunda, katılımcıların 2 kişisi (% 1,9) "Kararı

gebeye açıklama yapmadan tek başına alması ve gebeyi bu kararı kabul etmeye yönlendirmesi uygundur" seçeneği, 47 kişisi (% 45,6) "Durumu açık ve ayrıntılı olarak anlattıktan sonra kararı gebeye bırakması uygundur" seçeneği, 6 kişisi (% 5,8) "Hekimin gebeye açıklama yapmadan konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur" seçeneği, 48 kişisi (% 46,6) "Hekimin gebeye durumu açık ve ayrıntılı olarak anlatmasını takiben konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur" seçeneği yönünde tercih belirtmiştir. "Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar" önermesi doğrultusunda katılımcıların 43 kişisi (% 48,3) "Hastanın tedavisinin ertelenip fetusun akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar beklenerek doğumun gerçekleştirilmesi doğru bir karardır" seçeneği yönünde, 46 kişisi (% 51,7) "Annenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerli olduğu için gebeliğin sonlandırılıp tedavinin hemen başlatılması doğru bir karardır" seçeneği yönünde tercih belirtmiştir.

"Üçüncü çocuğuna hamile olan 40 yaşındaki kadının gebeliğinin 20. haftasında fetusun Down sendromlu olduğu tespit edilmiştir. Diğer iki çocuğu sağlıklıdır. Aile gebeliğin sonlandırılmasını istemektedir. Down sendromlu bir çocuğa sahip olmanın diğer iki çocuğa haksızlık olacağını düşünmektedir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?" vaka senaryosunda yapılan seçimlere bakıldığında katılımcıların "Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;" önermesi doğrultusunda, 51 kişisi (% 50,0) "Ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sonlandırılmasını desteklemesi uygundur" seçeneği yönünde, 8 kişisi (% 7,8) "Ailenin Down sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur" seçeneği yönünde, 4 kişisi (% 3,9) "Bu tür bir gebeliğin sonlandırılmasına kişisel olarak karşı ise gebeyi başka bir hekime yönlendirmesi uygundur" seçeneği yönünde, 39 kişisi (% 38,2) "Ailenin Down sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur" seçeneği

yönünde tercih belirtmiştir. Katılımcılar “Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;” bölümde 65 kişisi (% 70,7) “Ailenin kendi geleceğine ilişkin kararına saygı duyularak gebeliğin sonlandırılması doğrudur” seçeneği yönünde, 27 kişisi (% 29,3) “Down sendromlu çocukların özel eğitimle yaşamlarını devam ettirebilecekleri gerçeğine dayandırılan gebeliğin sürdürülmesi kararı doğrudur” seçeneği yönünde tercih belirtmiştir.

“18 yaşında ilk gebeliğini yaşayan bir kadına 20. haftada yapılan USG de, fetuste omfalosel ve hidrosefali olduğu tespit edilmiştir. USG eşliğinde umbilikal kordondan fetal kan örneği alınarak yapılan sitogenetik analiz sonucunda trizomi 13 (Patau sendromu) tanısı konulmuştur. Aileye fetusun ağır bir genetik anomaliye sahip olduğu ve doğum sonrası prognozunun iyi olmayacağı hakkında bilgi verilmiş; birincisi gebeliği sonlandırmak, ikincisi doğumdan sonra bebeğe palyatif bakım uygulaması şeklinde iki seçenekleri olduğu bildirilmiştir. Aile dini inançları gereğince gebeliği sonlandırma düşüncesine sıcak bakmamıştır. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?” vaka senaryosunda yapılan seçimlere bakıldığında katılımcılar “Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;” önermesi doğrultusunda 28 kişisi (% 28,0) “Hekimin ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur” seçeneği yönünde, 29 kişisi (% 29,0) “Hekimin aileye sosyal destek sağlayarak gebeliği sonlandırması uygundur” seçeneği yönünde, 43 kişisi (% 43,0) “Hekimin gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin görüşünü doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından ele alınması uygundur” seçeneği yönünde tercih belirtmiştir. Katılımcılar “Hekimin tek başına aldığı ya da kurulda alınan karar;” önermesi doğrultusunda, 35 kişisi (% 35,7) “Ailenin kendi inancı doğrultusunda aldığı karara saygı duyularak gebeliğin sürdürülmesi doğrudur” seçeneği yönünde, 65 kişisi (% 64,3) “Riskler ve kötücül prognoz göz önünde bulundurulduğunda ailenin gebeliğin sonlandırılmasına ikna edilmesi doğrudur” seçeneği yönünde tercih belirtmiştir.

Birinci vaka senaryosu için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları Çizelge 4. 23’de yer almaktadır.

Çizelge 4.23. Katılımcıların birinci vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları

Vaka Senaryosu								
IVF yoluyla oluşan ikiz gebeliğin 16. haftasında rutin USG sonucunda fetuslardan birinde (fetüs A) ileri iskelet displazisi, anensefali saptanmış. 17. haftada ileri iskelet displazisi mevcut olana fetüse fetosit uygulanmıştır. Ardından yapılan amniyosentez sonucunda diğer fetusun (fetüs B) Turner sendromu / 45X0 olduğu saptanmıştır. Gebeliğin devamına karar verilmiştir. 24. haftada fetusun erken doğumu riski nedeniyle gebe hastaneye yatırılmıştır. Gebeliğin devamının sağlanması için yüksek dozda ilaçlar uygulanması nedeniyle gebe solunum sıkıntısı gibi bir takım klinik sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca gebe yaklaşık beş ayını hastane odasından çıkmadan geçirmesi nedeniyle psikolojik travma yaşamıştır. Bu bilgileri dikkate aldığınızda, sizce aşağıdakiler arasında en uygun yaklaşım hangisidir?								
Seçenekler							**n**	**%**
a.	*Fetüs A' ya fetosit uygulanması ve Fetüs B' yle gebeliğe devam edilmesi kararı doğru bir karardır*						39	38,2
b.	*Fetüs B'yi ve gebeyi riske sokmamak için, Fetüs A ve Fetüs B ile gebeliğe devam edilmesi uygundur.*						12	11,8
c.	*Her iki fetüse de fetosit uygulanması doğru bir karardır.*						51	50,0
Demografik Alt Gruplar								
Özellikler		**a**		**b**		**c**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	15	36,6	6	14,6	20	48,8	0. 779
	Erkek	23	38,3	6	10,0	31	51,7	
Yaş	**≤39**	19	51,4	3	8,1	15	40,5	**0,043**
	40-49	12	36,4	3	9,1	18	54,5	
	≥50	6	21,4	6	21,4	16	57,1	
Çocuk	**Var**	32	36,0	12	13,5	45	50,6	0,416
	Yok	5	45,5	0	0,0	6	54,5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	20	38,5	6	11,5	26	50,0	0,997
	Çocuk	19	38,0	6	12,0	25	50,0	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	20	52,6	3	7,9	15	39,5	**0,020**
	11-20 yıl	12	37,5	5	15,6	15	46,9	
	≥21 yıl	6	21,4	6	21,4	16	57,1	

Demografik özelliklerden yaş ve uzmanlık süresi alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (sırayla p=0,043 ve p=0,020); yaşı 40 ile 49 arasında olanlar ile yaşı 50 ve üzerinde olanların yarıdan fazlasının ikili fetosit seçeneğine, uzmanlık süresi 10 yıl ve altında olanların tekli fetosit seçeneğine eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

İkinci vaka senaryosu için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları Çizelge 4. 24'de yer almaktadır.

Çizelge 4.24. Katılımcıların ikinci vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları

Vaka Senaryosu										
22 yaşında ve ilk gebeliğinin 24. haftasında olan hastaya serviks kanseri tanısı konmuş ve henüz kendisine bildirilmemiştir. Fetüs sağlıklıdır, gebe bebeğinin doğmasını heyecanla beklemekte, eşine bir çocuk vermek istemektedir. Bu gibi durumlarda genel olarak önerilen yaklaşım, fetusun akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar bekleyip doğumu gerçekleştirmek ve kadının tedavisine başlamaktır. Ancak hastalığın seyri agresif ve gebenin yaşamını tehdit edici potansiyele sahiptir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?										
I.	*Gebeliğin sürdürülmesi (kanser tedavisinin ertelenmesi) ya da gebeliğin sonlandırılması (kanser tedavisinin hemen başlatılması) konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaparak;*									
Seçenekler									**n**	**%**
a.	*Kararı gebeye açıklama yapmadan tek başına alması ve gebeyi bu kararı kabul etmeye yönlendirmesi uygundur*								2	1,9
b.	*Durumu açık ve ayrıntılı olarak anlattıktan sonra kararı gebeye bırakması uygundur*								47	45,6
c.	*Hekimin gebeye açıklama yapmadan konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*								6	5,8
d.	*Hekimin gebeye durumu açık ve ayrıntılı olarak anlatmasını takiben konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*								48	46,6
Demografik Alt Gruplar										
Özellikler[x]		**a**		**b**		**c**		**d**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	1	2,4	19	45,2	2	4,8	20	47,6	0,897
	Erkek	1	1,7	28	46,7	4	6,7	27	45,0	
Yaş	**≤39**	1	2,6	14	36,8	2	5,3	21	55,3	0,638
	40-49	0	0,0	19	57,6	1	3,0	13	39,4	
	≥50	1	3,6	13	46,4	2	7,1	12	42,9	
Çocuk	**Var**	2	2,2	42	46,7	6	6,7	40	44,4	0,623
	Yok	0	0,0	5	45,5	0	0,0	6	54,5	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	1	1,9	26	49,1	4	7,5	22	41,5	0,382
	Çocuk	1	2,0	21	42,0	2	4,0	26	52,0	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	1	2,6	16	41,0	1	2,6	21	53,8	0,572
	11-20 yıl	0	0,0	17	53,1	2	6,2	13	40,6	
	≥21 yıl	1	4,0	10	40,0	3	12,0	11	44,0	
II.	*Hekimin tek başına aldığı ya da kurulda alınan karar;*									
Seçenekler									**n**	**%**
a.	*Hastanın tedavisinin ertelenip fetusun akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar beklenerek doğumun gerçekleştirilmesi doğru bir karardır.*								43	48,3
b.	*Annenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerli olduğu için gebeliğin sonlandırılıp tedavinin hemen başlatılması doğru bir karardır.*								46	51,7
Demografik Alt Gruplar										
Özellikler[x]		**a**				**b**				**p**
		n		**%**		**n**		**%**		
Cinsiyet	**Kadın**	14		35,9		25		64,1		**0. 047**
	Erkek	28		57,1		21		42,9		
Yaş	**≤39**	15		41,7		21		58,3		0,456
	40-49	16		57,1		12		42,9		
	≥50	10		45,5		12		54,5		
Çocuk	**Var**	37		47,4		41		52,6		0,866
	Yok	4		44,4		5		55,6		
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	28		68,3		13		31,7		**0,001**
	Çocuk	15		31,2		33		68,8		

Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	16	45,7	19	54,3	0. 198
	11-20 yıl	17	60,7	11	39,3	
	≥21 yıl	7	35,0	13	65,0	

[x]Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

Birinci bölümünde, demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

İkinci bölümünde, demografik özelliklerden cinsiyet ve uzmanlık alanı alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (sırayla p=0,047 ve p=0,001); kadın katılımcıların çoğunluğunun ve çocuk uzmanlarının gebeliği hemen sonlandırma seçeneğine eğiliminin güçlü olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Üçüncü vaka senaryosu için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları Çizelge 4. 25'de yer almaktadır.

Çizelge 4.25. Katılımcıların üçüncü vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları

Vaka Senaryosu										
Üçüncü çocuğuna hamile olan 40 yaşındaki kadının gebeliğinin 20. haftasında fetusun Down sendromlu olduğu tespit edilmiştir. Diğer iki çocuğu sağlıklıdır. Aile gebeliğin sonlandırılmasını istemektedir. Down sendromlu bir çocuğa sahip olmanın diğer iki çocuğa haksızlık olacağını düşünmektedir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?										
I.	*Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;*									
Seçenekler								**n**	**%**	
a.	*Ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sonlandırılmasını desteklemesi uygundur.*							51	50,0	
b.	*Ailenin Down sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur.*							8	7,8	
c.	*Bu tür bir gebeliğin sonlandırılmasına kişisel olarak karşı ise gebeyi başka bir hekime yönlendirmesi uygundur.*							4	3,9	
d.	*Ailenin Down sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*							39	38,2	
Demografik Alt Gruplar										
Özellikler[x]		**a**		**b**		**c**		**d**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	19	45,2	4	9,5	2	4,8	17	40,5	0,479
	Erkek	32	54,2	4	6,8	2	3,4	21	35,6	
Yaş	**≤39**	19	50,0	3	7,9	2	5,3	14	36,8	0,327
	40-49	20	60,6	1	3,0	0	0,0	12	36,4	
	≥50	10	37,0	3	11,1	2	7,4	12	44,4	
Çocuk	**Var**	44	49,4	8	9,0	3	3,4	34	38,2	0,364
	Yok	7	63,6	0	0,0	1	9,1	3	27,3	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	30	56,6	0	0,0	2	3,8	21	39,6	**0,022**
	Çocuk	21	42,9	8	16,3	2	4,1	18	36,7	
Uzmanlık	**≤10 yıl**	22	56,4	4	10,3	1	2,6	12	30,8	0,105

Süresi	**11-20 yıl**	16	50,0	2	6,2	0	0,0	14	43,8	
	≥21 yıl	9	37,5	1	4,2	3	12,5	11	45,8	

II.	*Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;*		
Seçenekler		**n**	**%**
a.	*Ailenin kendi geleceğine ilişkin kararına saygı duyularak gebeliğin sonlandırılması doğrudur.*	65	70,7
b.	*Down sendromlu çocukların özel eğitimle yaşamlarını devam ettirebilecekleri gerçeğine dayandırılan gebeliğin sürdürülmesi kararı doğrudur.*	27	29,3

Demografik Alt Gruplar

Özellikler[x]		**a**		**b**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	31	79,5	8	20,5	0. 098
	Erkek	33	63,5	19	36,5	
Yaş	**≤39**	28	75,7	9	24,3	0. 537
	40-49	17	63,0	10	37,0	
	≥50	18	72,0	7	28,0	
Çocuk	**Var**	56	70,0	24	30,0	1,000
	Yok	7	70,0	3	30,0	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	34	75,6	11	24,4	0,311
	Çocuk	31	66,0	16	34,0	
Uzmanlık Süresi	**≥10 yıl**	27	77,1	8	22,9	0,427
	11-20 yıl	19	67,9	9	32,1	
	≥21 yıl	15	68,2	7	31,8	

[x]Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

Birinci bölümünde, demografik özelliklerden uzmanlık alanı alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,022); doğum uzmanlarının hiçbiri Down sendromu hakkında bilgiye erişme yolunu göstererek gebeliği sürdürtme seçeneğine eğilim göstermemektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

İkinci bölümünde, demografik özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Dördüncü vaka senaryosu için cinsiyete, yaş gruplarına, çocuk varlığına, uzmanlık alanına ve uzmanlık süresine göre seçim dağılımları Çizelge 4. 26'de yer almaktadır.

Çizelge 4.26. Katılımcıların dördüncü vaka senaryosunda yaptıkları seçimlerin demografik özelliklere göre dağılımları

Vaka Senaryosu								
18 yaşında ilk gebeliğini yaşayan bir kadına 20. haftada yapılan USG de, fetüste omfalosel ve hidrosefali olduğu tespit edilmiştir. USG eşliğinde umbilikal kordondan fetal kan örneği alınarak yapılan sitogenetik analiz sonucunda trizomi 13 (Patau sendromu) tanısı konulmuştur. Aileye fetusun ağır bir genetik anomaliye sahip olduğu ve doğum sonrası prognozunun iyi olmayacağı hakkında bilgi verilmiş; birincisi gebeliği sonlandırmak, ikincisi doğumdan sonra bebeğe palyatif bakım uygulaması şeklinde iki seçenekleri olduğu bildirilmiştir. Aile dini inançları gereğince gebeliği sonlandırma düşüncesine sıcak bakmamıştır. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?								
I.	*Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;*							
Seçenekler							**n**	**%**
a.	*Hekimin ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur.*						28	28,0
b.	*Hekimin aileye sosyal destek sağlayarak gebeliği sonlandırması uygundur.*						29	29,0
c.	*Hekimin gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin görüşünü doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından ele alınması uygundur.*						43	43,0
Demografik Alt Gruplar								
Özellikler[x]		**a**		**b**		**c**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	**Kadın**	10	23,8	15	35,7	17	40,5	0,447
	Erkek	18	31,6	14	24,6	25	43,9	
Yaş	**≤39**	12	31,6	11	28,9	15	39,5	0,182
	40-49	10	32,3	8	25,8	13	41,9	
	≥50	4	14,8	9	33,3	14	51,9	
Çocuk	**Var**	25	28,7	25	28,7	37	42,5	0,866
	Yok	3	27,3	4	36,4	4	36,4	
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	14	27,5	13	25,5	24	47,1	0,573
	Çocuk	14	28,6	16	32,7	19	38,8	
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	15	39,5	9	23,7	14	36,8	**0,021**
	11-20 yıl	10	32,3	8	25,8	13	41,9	
	≥21 yıl	2	8,3	8	33,3	14	58,3	
II.	*Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;*							
Seçenekler							**n**	**%**
a.	*Ailenin kendi inancı doğrultusunda aldığı karara saygı duyularak gebeliğin sürdürülmesi doğrudur.*						35	35,7
b.	*Riskler ve kötücül prognoz göz önünde bulundurulduğunda ailenin gebeliğin sonlandırılmasına ikna edilmesi doğrudur.*						63	64,3
Demografik Alt Gruplar								
Özellikler[x]		**a**		**b**				**p**
		n	**%**	**n**	**%**			
Cinsiyet	**Kadın**	12	29,3	29	70,7			0,232
	Erkek	23	41,1	33	58,9			
Yaş	**≤39**	16	42,1	22	57,9			0,066
	40-49	11	36,7	19	63,3			
	≥50	5	19,2	21	80,8			
Çocuk	**Var**	32	37,6	53	62,4			0,501
	Yok	3	27,3	8	72,7			
Uzmanlık Alanı	**Doğum**	17	34,7	3	65,3			0,833
	Çocuk	18	36,7	31	63,3			
Uzmanlık Süresi	**≤10 yıl**	20	51,3	19	48,7			**0,008**
	11-20 yıl	11	35,5	20	64,5			
	≥21 yıl	4	17,4	19	82,6			

[x]Ki Kare testi kullanılmıştır (p<0,05).

Birinci bölümünde, demografik özelliklerden uzmanlık süresi alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,021); uzmanlık süresi 21 yıl ve üzerinde olanların ailenin gebeliği sürdürme kararına saygı gösterme seçeneğine eğiliminin çok zayıf olduğu görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

İkinci bölümünde, demografik özelliklerden uzmanlık süresi alt grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmakta (p=0,008); uzmanlık süresi 10 yıl ve altında olanların kendi aralarında ikiye bölündüğü ailenin gebeliği sürdürme kararına saygı gösterme ile aileyi aksi yönde davranmaya ikna etme seçeneklerine hemen hemen eşit eğilimde oldukları görülmektedir. Diğer özelliklerin hiçbirinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızın veri toplama formundaki iki ana tematik gruba koşut olacak biçimde, tartışma "prenatal tanı yöntemleri ve danışmanlık hizmetinin etik açıdan değerlendirilmesi" ve "gebeliğin sonlandırılması kararının etik açıdan değerlendirilmesi" başlıkları üzerinden yürütülmüştür. Buna ek olarak "gebeliğin sonlandırılması kararının etik açıdan değerlendirilmesi" başlıklı ana tema "maternal ve fetal hak çatışmaları", "sınırlı kaynakların öne çıkarılması", "karar vericinin belirlenmesi", "kararda etkili faktörler", "kararda başvurulan referanslar" başlıklarından oluşan beş alt temayı kapsamaktadır. Tartışma bölümünde öncelikle, araştırmamıza katılan doğum ve çocuk hekimlerinden her bir tema için elde edilen veriler kendi içinde karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Takiben, araştırmamızın bulguları kuramsal etik literatüründeki bilgiler ile akademik yazında yer alan benzer araştırmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

5.1. Prenatal Tanı Yöntemleri ve Danışmanlık Hizmetinin Etik Açıdan Değerlendirilmesi

Bu bölümdeki değerlendirmeler veri toplama formunun ilk altı ifadesi (bkz Ek1) olan "hekim, hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır", "prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı, doğum hekimi, çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir", "genetik danışmalık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken yönlendirici olmalıdır", "sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır", "prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir", "prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması, toplumsal ölçekte anomalili doğumların engellenmesi açısından gereklidir" ifadeleri üzerinden yapılmıştır.

Prenatal tanı yöntemlerinin uygulanmasının öncesinde bilgi verilmesine odaklanan **"hekim, hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama**

yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır” ifadesinde doğum ve çocuk hekimlerinin büyük çoğunluğu genel kabul gören çağdaş yaklaşım olan “bilgilendirme yapmayı ve onam almayı” benimsemiştir. Katılımcılarımızın böyle bir seçimde bulunmaları, “hastanın iyiliği için en doğru kararı yine hastanın kendisinin vereceği” düşüncesini benimsemeleri ile açıklanabilir. Öte yandan, bu seçimin bir başka nedeni de hasta-hekim çatışmalarından kaynaklanan hukuki bir sorun yaşanma olasılığının hekimleri savunmacı tıp uygulamalarına yönlendirilmesi olabilir. Prenatal tanı testleri ve sorunlu gebeliklerde aydınlatmanın özellikle önem taşıdığı ve çok paydaşlı olarak gerçekleştirilmesi gerektiği kuramsal etik çalışmalarında ve konuya ilişkin uluslararası bildirgelerde-kılavuzlarda vurgulanan bir husustur (13,14,17,24,26,31,50,55,98,99,101,150,152,154,170,171,212-218). Konuyla ilgili yapılan alan çalışmaları da bu konuda genel bir farkındalığın ve eğilimin bulunduğunu göstermektedir (136,141,166,190,219-221). Tezimiz bağlamında genel tıp etiği literatürü incelendiğinde Harris’in, hastaları etkileyecek herhangi bir kararda, hekimlerin özel bir konumunun olmaması gerektiğini savunduğu, ancak hekimlerin bu kararı öncelikle tıbbi nitelik taşıması ve bizzat uygulayıcısı olmalarından dolayı tek başlarına vermek istediği saptamasını yaptığı görülmektedir (99). Çalışmamızın verileri, Harris’in saptamasının aksine, katılımcılarımızın “hasta özerkliğini önceleme” eğiliminde olduklarını ortaya koymakla birlikte, 40 yaş üstü grubunun bilgilendirme ve onam alma eğilimlerinde azalma söz konusudur. Bu durum, bu yaş grubunun aslında “geleneksel hasta hekim ilişkisi” doğrultusunda yetişmeleri ve dolayısıyla paternalist yaklaşımı daha çok benimsenmeleri ile açıklanabilir (222,223). Genç katılımcıların özerkliği daha çok gözetmesi ise çağdaş tıp etiği bilgileriyle donanmış sağlık çalışanlarının paternalist yaklaşımdan ziyade hastanın özerkliğinin öncelendiği bir anlayışla yetiştirilmelerinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çağdaş tıbbın “multidisipliner anlayış” içinde yapılması gerektiğine odaklanan **“prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı, doğum hekimi, çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir”** ifadesinde dile getirilmiştir. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu multidisipliner yaklaşımın uygunluğu yönünde görüş bildirmiştir. Nitekim, konuya ilişkin kimi kuramsal ve alan çalışmalarında da prenatal tanı sonrası aileye danışmanlık hizmeti verilmesinde veya gebeliğin devamına ilişkin karar aşamasında farklı uzmanlık

alanlarının rollerinin önemli olduğu belirtilerek "multidisipliner yaklaşım" önerilmektedir (134,186,224,225). Prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye danışmanlık hizmetinin ekip halinde verilmesi sayesinde, farklı uzmanlık alanlarının getirdiği bakış açılarının çeşitliliği dolayısıyla bilgilendirmenin eksiksiz ve tamamlayıcı olması sağlanacaktır. Böylece aile en iyi/doğru kararı verebilecektir. Ayrıca sorumluluğun paylaşılması, karar sürecinin sağlık çalışanları üzerinde yarattığı manevi yükü hafifletecektir.

Çalışmamızda, yaş arttıkça multidisipliner yaklaşımın benimsenme oranının azaldığı görülmektedir. Bu, yaşı ileri hekimlerde karşımıza çıkan "geleneksel hekimlik anlayışında yetkinin tek elde toplanması eğilimi"nin bir yansıması olabilir.

Prenatal tanı testlerinin sonucunda verilecek olan danışmalık hizmetinde yönlendiriciliği irdeleyen **"genetik danışmanlık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararını verirken yönlendirici olmalıdır"** ifadesindeki seçimlerin dağılımı, katılımcıların yarısından fazlasının danışmanlık hizmeti verirken yönlendirici olma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Yaş ve uzmanlık süresi arttıkça bu eğilim daha güçlü hale gelmekte; bu durum yukarıda değindiğimiz geleneksel paternalist yaklaşıma bağlılık oranının kıdemli meslektaşlarda yüksek olması saptamasını desteklemektedir (222). Ancak genetik danışmanlık konusunda kuramsal literatürdeki genel eğilim, hekimlerin bilgilendirme yaparken hastayı yönlendirmemesinin, kendilerine ait olmayan bir sorumluluğu üstlenmemesinin uygun olduğu yönündedir (99,102,152).

Burada üzerinde durulması gereken bir konu, sonlandırma seçeneğinin aileye bir öneriden ziyade bir alternatif olarak sunulmasıdır. Hekimler danışmanlık hizmeti verirken kendi duygu ve düşüncelerini yansıtmadan, ayrıntılı bir biçimde seçeneklerden bahsetmelidir. Anne adaylarının veya ailelerin gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması konusundaki kararlarını hiçbir etki altında kalmadan özgürce verebilmesine olanak sağlanmalıdır (6,84,85). Araştırmamızın katılımcıları Marteau ve arkadaşlarının çalışmasındaki klinisyenlere benzer biçimde yönlendirici olma eğilimi göstermektedir. Carnevale ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum hekimlerinin öteki uzmanlık alanlarından olanlara göre yönlendirici olmayan danışmanlık yapma eğiliminin daha fazla olduğu ortaya konmaktadır ve bu sonuç araştırmamızın bulgularıyla uyumludur (184,186). Çalışmamızda doğum hekimlerinde yönlendirici

olmama eğiliminin çocuk hekimlerine göre yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, fetusun doğum ve çocuk hekimliği olmak üzere her iki uzmanlık alanının birden hastası olmasına rağmen, doğum sonrası dönemde bebeğin sağlık durumuyla bizzat ilgilenen ve ailenin yaşadıklarıyla yüz yüze kalan hekim grubunun sadece çocuk hekimleri olması ile açıklanabilir.

Genetik danışmanlıkta yönlendirici olmak hem ailenin kararına etki ederek özerkliğe saygının göz ardı edilmesinin hem de fetusun potansiyel yaşamına değer biçilmesinin göstergesidir. Sağlık çalışanlarının genetik danışmalıkta yönlendirici olmamakla birlikte ayrıntılı ve anlaşılır bir dille sonlandırma ve sonlandırmama seçeneklerinin olası sonuçları hakkında bilgilendirme yaparak ailenin kendi kararlarını vermesini desteklemesi önerilmektedir (154,188). Bu sayede ailenin "geleceği hakkında karar verme hakkı"nın ihlal edilmesi riski ortadan kalkarken sağlık çalışanının gereksiz sorumluluk üstlenmesinin de önüne geçilebilecektir.

Teknolojik tıbba bakışın değerlendirildiği; gebeliği sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmanın güvenilirliğinin sorgulandığı **"sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır"** ifadesinde katılımcıların çoğunluğu prenatal tanı yöntemlerini güvenilir bulduğu yönünde görüş bildirmiştir. Bu ifadeye verilen yanıtlar açısından uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,027). Doğum hekimlerinin % 80'i ile çocuk hekimlerinin % 60'ı prenatal tanı testlerini güvenilir bulurken çocuk hekimlerinin % 25'i bu konuda kararsız kaldığını belirtmiştir. Doğum hekimlerinin güvenilir bulduğu yönünde görüş bildirmesi, tanı yöntemlerinin doğrudan kendi mesleki alanlarını ilgilendiren bir konu olması ve pratik uygulamada altın standart olarak kullanılması ile açıklanabilir (226-230). Drake ve arkadaşlarının, Szymanska ve Knapp'ın, De Silva ve arkadaşlarının, Karimi ve arkadaşlarının farklı ülkelerde, farklı gruplar üzerinde yürüttüğü araştırmalarda genel olarak prenatal tanı uygulamalarına güven duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır (166,185,199,200).

Gedikbaşı ve arkadaşlarının bu konuya ilişkin çalışmasında da USG taramalarındaki yetersizliğin sonlandırma kararında gecikmelere yol açtığı ve fetal anomaliler açısından sistematik taramanın önemi vurgulanmaktadır (231). Öte yandan çocuk hekimliğinin bu konuyla ikincil derecede ilişkili olması ve dolayısıyla prenatal tanı yöntemlerine daha tarafsız yaklaşması nedeniyle, çocuk hekimlerinin kararsız

kaldıkları düşünülebilir. Çocuk hekimlerinin bu yaklaşımını destekleyen çalışmalar literatürdeki alan araştırmalarında da mevcuttur. Örneğin, Varol prenatal tanıda etik ve yasal boyutu incelediği çalışmasında ultrasonografinin konjenital anomalileri yakalamada öneminin ve doğruluk derecesinin hala tartışma konusu olduğunu; yalancı negatifliğin emosyonel, medikal, sosyal ve ekonomik sıkıntılara, yalancı pozitifliğin ise normal fetusların sonlandırılmasına neden olabileceğini ifade etmiştir (232).

Ayrıca literatürde prenatal tanı yöntemlerini etik sorun ve endişe kaynağı olarak yorumlayan çalışmalar da bulunmaktadır (190,192,193). Örneğin EUROBS projesinin katılımcılarının çoğunluğu artan prenatal tanı olanaklarının fetal anomali listelerini uzattığını ve etik sorunların-çatışmaların yaşanmasına neden olduğunu belirtmiştir (190). Hemminki ve arkadaşlarının çalışmasında Down sendromu taramasında ortaya çıkması olası "yalancı pozitif bulguların, kadınlarda endişeye yol açması" riski katılımcıların hemfikir olduğu bir konudur (192). Prenatal tanı yöntemlerinin her ne kadar güvenilir olsalar da endişeye yol açtığının daha çarpıcı bir göstergesi Garel ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların hemen hepsinin klinik uygulamalarda yaşanan etik sorun örneği olarak "fetal anomali için prenatal tanı ve gebeliğin sonlandırılmasını" vermesidir (193).

Janvier ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ise güven ve güvensizlik eğilimlerinin ikisinin birden saptandığını; gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tutumların prenatal tanıya ve mesleki gruplara göre değiştiğini gösteren ilginç bir örnektir (204) ve bu çalışma ile araştırmamızın bulguları benzemektedir.

Burada üzerinde durulması gereken bir diğer konu, prenatal tanı yöntemlerinden yararlanma bağlamında "teknolojik tıbbın öncelenmesi" konusudur. Gebeliğin sonlandırılması kararının, medikal ve etik yönü göz ardı edilerek sadece tıbbi teknolojinin sonuçlarına dayandırılmasının kimi zaman önemli bir etik sorun olan "yamaç aşağı kaymaya" yol açabileceği unutulmamalıdır.

Gebeliği sonlandırmaya götürecek prenatal tanı yöntemlerinin sonuçlarının multidisipliner bir anlayış içinde değerlendirilmesine ilişkin **"prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir"** ifadesine katılımcıların yarıdan fazlası karşı çıkmıştır, ki bu çağdaş multidisipliner anlayışa uygundur. Bu ifadede uzmanlık alanları arasında

çocuk hekimlerinin multidisipliner yaklaşımı daha yüksek oranda benimsemesinden kaynaklanan anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,003).

Tek uzmanlık alanının karar vermesi yaklaşımından yavaş yavaş uzaklaşılarak sorumluluğun paylaşılması yoluna gidildiği ve böylece daha güvenilir, daha doğru kararların verilebileceği literatürdeki ortak görüştür (6,140,225,233,234). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar da gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde multidisipliner kurulların karar verme sürecine dahil olması gerektiği konusunu vurgulamaktadır (182,186,190,205,209). Gebeliğin sonlandırılmasına özgü etik kurullar yurt dışında pek çok hastanede bulunmakla birlikte (190); bu kurulların ciddi ve gereksiz gecikmelerin nedeni olarak görüldüğünü, geç toplanmalarının ve kararlarında tutarsızlık bulunmasının şikâyet konusu edildiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (182,209).

Ülkemizdeki genel eğilim, anomali nedeniyle gebeliği sonlandırma kararının doğum hekimi ile aile tarafından verilmesi yönündedir ve nadiren de olsa kimi zaman kurulların devreye girdiği görülmektedir (196,234). Genel eğilime koşut biçimde, Türkiye'de yapılan çok merkezli bir çalışmada da hastanelerin hiçbirinde etik kurul, jinekoloji bölümüne yönelik etik konsültasyon hizmeti ve standart uygulama kodlarının bulunmadığı da saptanmıştır (196). Perinatoloji alanında etik konsültasyona veya hastane etik kurullarına ihtiyaç duyulduğunu, ancak bu olanaklara yeterince ulaşılamadığını belirten çalışmalar bu yapılanmalara olan gereksinimin altını çizmektedir (140,189,196,197,234). Kurulların bulunmadığı ortamlarda izlenen yola örnek oluşturan ve İngiltere'de yapılan bir araştırma ise perinatoloji ünitesi çalışanlarının bu kararı hem kendi içlerinde hem de diğer birimlerdeki uzmanlarla tartışarak verme eğiliminde olduklarını göstermektedir (197).

Varol, prenatal tanıda etik ve yasal boyutu incelediği çalışmasında multidisipliner yaklaşıma dikkat çekerek, ekip çalışmasının tanı ve tanı sonrası doğabilecek yasal sorunlar konusunda bilinçli bir yaklaşımı destekleyebileceğini ifade etmiştir (232). Ayrıca Arda'ya göre bu konulara özgü etik kurulların oluşturulması ve geriye dönük olarak etik vaka çözümlemeleri yapılması özel deneyim ve bilgi birikimi sağlayacaktır (169).

Gebeliğin sonlandırılmasından kaynaklanabilecek etik sorunların kümelendiği özel bir durumda sağlık çalışanlarının tek başına karar vermelerinin önerilen bir

yaklaşım olamayacağı açıktır. Böyle bir yaklaşımın benimsenmesi etik duyarlılık eksikliğini veya mesleki özerkliğin baskınlığını akla getirebilmektedir. Bireysel karardan ziyade, multidisipliner karar yaklaşımı, olası etik ihlallerin azaltılması ve sorumluluğun paylaşılması gibi kazanımları sağlaması açısından önemlidir. Ayrıca çalışmamızın katılımcıları arasında, ilerleyen yaşla birlikte multidisipliner yaklaşımdan uzaklaşılması söz konusudur ve bu durumu ileri yaştaki uzmanlık gruplarında meslekî özerkliğin baskın olması ile ilişkilendirmek olanaklıdır.

Prenatal tanı yöntemlerinin sorgulandığı **"prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması, toplumsal ölçekte anomalili doğumları engellemesi açısından gereklidir"** ifadesinde katılımcıların büyük çoğunluğu anomalili doğumların engellenmesinin toplumun yararına olacağı yönünde görüş bildirmiştir.

Genel olarak, prenatal tanı uygulamalarına olumlu yaklaşanların sorun saptanması halinde gebeliğin sonlandırılmasına ve böylelikle toplumda engelli bireylerin artışının önlenmesine sıcak bakma eğilimi -çalışmamızın bulgularını destekler biçimde- Szymanska ve Knapp'ın, Karimi ve arkadaşlarının, Hemminki ve arkadaşlarının çalışmalarında da farklı biçim ve derecelerde görülmektedir (192,199,200). Ayrıca artan prenatal tanı olanakları sonucunda ailenin tercihi doğrultusunda gebeliklerin sonlandırılmasının hem aileyi hem de toplumu ekonomik ve sosyal problemlerden koruduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (6).

Toplumun yararı gözetilerek, anomalili fetusun bulunduğu gebeliklerin sonlandırılması amacıyla her gebeye prenatal tanı yöntemlerinin uygulanması ilk bakışta kabul edilebilir görünmektedir. Ancak ne var ki, henüz birey olmayan fetusun anomalisinin ağırlık derecesinin yaşamla bağdaşıp bağdaşmadığı bilinmeden, gebeliğin sonlandırılmasına sıcak bakma eğiliminin benimsenmesi oldukça düşündürücüdür. Olayların kendi biricikliği içinde ele alınması gerekliliği göz ardı edilerek, toplumun yararının merkeze çekilmesi ve anomalili doğumların engellenmesinin artması olasılıkları da etik açıdan kaygı vericidir.

Bu etik kaygıların odağında "öjenik yaklaşım" bulunmaktadır. Öjeniye yol açılması veya genetik bilgiye yönelik mahremiyetin zedelenmesi kaygıları nedeniyle prenatal tanı uygulamalarına kuşkuyla yaklaşan çalışmalar bulunmaktadır (185,235). Gillon'ın dile getirdiği gibi, her ne kadar sonlandırma kararını veren kişilerin doğrudan insan soyuna, ırkına veya genomuna yönelik "kötücül" niyetleri bulunmasa da yalnızca

belirli bir hastalığa sahip bir bebeğin dünyaya gelmesini istememe veya hastalığı taşıyan çocuk sayısını azaltma çabası Galton'un öjeni tanımına girebilmektedir (236). Benzer biçimde Savulescu da prenatal tanı uygulamalarının ayrımcılık ve öjeni temelli olduğunu iddia etmekle birlikte yasal düzenlemelerin ve medikal uygulamaların gözden geçirilip gebe kadınların çıkarlarına uygun hale getirilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır (167).

Bu konuda gündeme gelen, nispeten yeni olmakla birlikte toplumsal çıkarlara vurgu yapan bir öteki durum da engelliliğin tıbbi ve sosyal programlama maliyetleridir. Bu durum, prenatal tanı sonrası gebeliğin sonlandırılmasının maliyet-etkin olmasının ve prenatal tanının kullanımının bir halk sağlığı ihtiyacını karşılamasının altını çizmektedir (237). Bu bağlamda "halk sağlığı" modeli, prenatal tanıyı seçilen doğum kusurlarının sıklığını azaltma yöntemi olarak sunulmaktadır (238). Öte yandan DSÖ'nün bu eğilimden farklılaşan bir tutum olan "engelliliğin erken tanımlanmasının, engellilerin eğitilmesi gibi ana hizmetlerde ayrımcılığı ve dışlamayı önlemeye yönelik katkı sağlayacağı" tutumuna yaptığı vurgu da unutulmamalıdır (239).

5.2. Gebeliğin Sonlandırılması Kararının Etik Açıdan Değerlendirilmesi

Bu bölüm "maternal ve fetal hak çatışmaları", "yaşayabilirlik", "sınırlı kaynakların dağılımı ve toplumsal yarar", "karar vericinin belirlenmesi", "kararda etkili faktörler", "kararda başvurulan referanslar" başlıklı 6 alt tema içermektedir.

Temalar bağlamında veri hazırlama formunda sırasıyla "sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir", "sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir", "gebenin yaşam kalitesi fetusun yaşamından daha değerlidir", "yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin, tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir", "hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir", "gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir", "gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir", "gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri

yaşam desteği verilmelidir", "yasal düzenleme çerçevesinde Down Sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle, 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi, tartışmaya açık bir konudur" başlıklarını taşıyan toplam dokuz ifade yer almaktadır. Ayrıca "sonlandırma kararına referans oluşturma" bölümü ile "ikiz gebelikte fetosit uygulanması", "serviks kanser tanısı alan gebelik", "Down sendromlu gebelik" ve son olarak "Patau sendromlu gebeliklere yaklaşım"ın konu edildiği vakalar da bu bölümde tartışılmıştır.

5.2.1. Maternal ve Fetal Hak Çatışmaları

Bu alt bölümde sırasıyla "gebenin yaşam kalitesi dölütün yaşamından daha değerlidir" ifadesi ile "ileri gebelik döneminde serviks kanseri tanısı almış bir kadına yönelik yaklaşımın ele alındığı vaka", "Down sendromlu fetus vakası" ve "fetuslardan birinin anensefalik ötekinin ise Turner sendromlu olduğu ikiz gebelikte fetosit uygulanması vakası" yer almaktadır.

Gebe kadının yaşam kalitesinin mi fetusun yaşamının mı daha değerli olduğu sorusu ile maternal-fetal hak çatışmalarını sorgulayan **"gebenin yaşam kalitesi dölütün yaşamından daha değerlidir"** ifadesinde araştırmamıza katılan doğum ve çocuk hekimlerinin yarıdan fazlası (% 57) gebenin yaşam kalitesinden yana görüş bildirmiştir. Katılımcıların kadının durumunu öncelemeleri fetusun yaşamına saygı duymadıklarının değil, var olan yaşamın en iyi şekilde devamını potansiyel bir yaşama göre daha fazla önemsediklerinin göstergesi olarak yorumlanabilir. Yaşı ve meslek yaşı daha ileri olan katılımcılarda kadının yaşam kalitesini önceleme eğiliminin daha belirgin bulunması ise yine geleneksel hekimlik eğilimlerinin ileri yaş grubunda baskın olması ile açıklanabilir.

İkinci vaka senaryosunda **ileri gebelik döneminde serviks kanseri tanısı almış bir kadına yönelik yaklaşımı**n ne olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Vakanın "maternal-fetal hak çatışması teması" ile ilgili ikinci bölümünde iki karar seçeneğinden birine yönelme bağlamında katılımcıların yarıdan biraz fazlası "gebeliği hemen sonlandırma"yı, yarıya yakını ise "bebeğin yaşama şansını arttırmak adına birkaç hafta sonra sonlandırma"yı uygun bulmuştur. Bu hassas denge gebenin çıkarını önceleyen geleneksel yaklaşımın zayıflayarak da olsa varlığını sürdürdüğünü göstermektedir (89).

Katılımcılarımızın görüşlerini destekleyen Dunn ile Shaw'un ve O'Grady ile arkadaşlarının yaptığı iki ayrı çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu "annenin hayatını tehdit eden durum varlığında gebeliğin sonlandırılması"nı kabul etmiştir (183,210). Ancak katılımcılarımızın aksine Rehan'ın çalışmasında katılımcıların sadece çok az bir kısmı medikal sorunların gebeliğin sonlandırılması için neden oluşturduğunu ifade etmiştir (195).

Bu vakanın alt grupları değerlendirildiğinde, kadın katılımcılarımız erkek katılımcılara göre (p=0,047) ve çocuk hekimleri de doğum hekimlerine göre (p=0,001) "gebeliği hemen sonlandırarak gebeyi kurtarmayı" öncelemiştir. Çocuk hekimleri gebenin çıkarını öncelerken, doğum hekimlerinin fetusun çıkarını esas alması araştırmamızın hipotezini desteklememiştir. Bu durum, doğum hekimlerinin kendi alanlarına özgü süreçlerin ve risklerin yönetiminde daha yetkin olmalarından kaynaklanabilir. Öte yandan, literatürde doğum hekimlerinin gebe kadının iyiliğini fetusun iyiliğine önceledeği çalışmalara da rastlanmaktadır (207). EUROBS projesinde İtalyan ebeler, doğru davranışın ne olduğunu kestiremedikleri durumları "etik sorun" olarak nitelendirerek anne ve fetus yararına çalışanların bir çatışma varlığında kötülük derecesi en az olanı seçmesi gerektiğini belirtmiştir. Aynı çalışmadaki doğum hekimleri ise bir "maternal-fetal hak çatışması" varlığının etik karar verme sürecinin göstergesi olduğu görüşünü benimsemiştir (190).

Maternal-fetal hak çatışmalarının temelinde her iki yaşamın değer sorunları yer almakta ve kuramsal etik alanında genellikle hayatın değeri tartışmaları ile yaşamın başlangıcı tartışmaları birlikte yürütülmektedir (98,99,24,25). Bu konu aynı zamanda Dünya Tıp Birliği tarafından da ele alınmış ve maternal fetal hak çatışmalarından doğan etik ikilemin kadının yaşamı ve/veya yaşam kalitesi karşısında fetusun potansiyel hayatının değeri ile ilgili olduğu belirtilmiştir (240,241). Bu ikilem kadına ait "var olan bir hayatı riske atma ya da yaşam kalitesinin etkileme" olasılıklarının hemen karşısında "henüz kişi olmamış fetusun potansiyel hayatının değeri"nin bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcılarımızın benimsediği kadının yaşam kalitesi adına gebeliğin sonlandırılabileceği görüşü görece yenidir. Bu eğilimi ortaya koyan ilk yayınlar arasında Little'ın 1972 yılında İngiltere'de ve Kanada Tıp Birliği'nin 1983 yılında Kanada'da gerçekleştirdiği çalışmalar bulunmaktadır (181,182).

Üçüncü vaka senaryosunda **“fetusta Down sendromu teşhis edilmesi ve aile tarafından gebeliğin sonlandırılması talebinin dile getirilmesi durumunda yaklaşımın ne olması gerektiği”** üzerinde durulmaktadır. Vakanın maternal-fetal hak çatışması teması ile ilgili ikinci kısmında fetusta Down sendromu teşhis edilen gebeliğin sonlandırılması bağlamında katılımcılarımızın çoğunluğu (% 70) ailenin isteği doğrultusunda gebeliğin sonlandırılması seçeneğini tercih etmiştir. Bu bulguyu, sorunlu fetusun bulunduğu gebelikleri sonlandırma eğilimini özerkliğe veya yaşam kalitesine gösterilen saygı ile ilişkilendirerek açıklamak olanaklıdır.

Literatürde, katılımcılarımızın da benimsediği Down sendromu tanısı konan fetusta gebeliğin sonlandırılması kararını desteleyen birçok araştırma mevcuttur (166,167,192,197,200,202,203). Bunlara örnek olarak Brown ve arkadaşlarının “katılımcılarının çoğunluğunun engelli doğacak çocuğun aile ilişkileri üzerinde yaratabileceği etkilerin gebeliği sonlandırılması için uygun bir sebep olduğunu” belirten çalışması (207); Drake ve arkadaşlarının “özellikle İngiliz ve Portekizli doğum hekimi katılımcılarının çoğunluğunun Down sendromu gibi fetal anomalilerde gebeliğin sonlandırılmasını benimsedikleri” çalışması (185); Norup’un “Down sendromu varlığında 21. haftada gebeliğin sonlandırılmasının doğum hekimlerinin büyük çoğunluğu ve çocuk hekimlerinin yarısından fazlası tarafından benimsendiği” çalışması (187) verilebilir. Janvier ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların çoğunluğu Down sendromu tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılmasını benimsemekle birlikte, çocuk hekimlerinin, çocuk sahibi olanların ve Müslüman olanların sonlandırmayı benimseme oranlarının düşük olduğu görülmektedir (204).

Katılımcılarımızdan elde edilen bulguların aksine EUROBS projesinin İtalyan katılımcıları genel olarak fetus haklarını önceleyen ve özel olarak Down sendromlu fetus konusunda daha ılımlı olan bir yaklaşım sergilemektedir (190).

İkiz gebeliklerde ortaya çıkabilecek fetal-fetal hak çatışması temasına vurgu yapan **“fetuslardan birinin anensefalik ötekinin ise Turner sendromlu olduğu ikiz gebelikte fetosit uygulanması vakası”**nda araştırmamıza katılan doğum ve çocuk hekimlerimizin yarısı yaşamla bağdaşan bir anomaliye sahip Turner sendromlu fetusu da gözden çıkartarak gebeliğin sona erdirilmesi seçeneğini benimsemiştir. Görece yeni bir prosedür olan tekli fetosite uzmanlık süresi kısa olan dolayısıyla tıbbi yeniliklere yakın olması beklenebilecek katılımcılarımız daha çok yönelirken, ilerleyen yaşla

birlikte ikili fetositi seçme oranı yükselmektedir.

İkiz gebeliklerde sonlandırma kararının, daha sağlıklı olan fetusun merkeze alınarak verilmesi yaygın olarak benimsen bir yaklaşımdır (225,242). Anensefali gibi bir anomaliye sahip fetusun yaşamla bağdaşır olmamasının yanı sıra gebelik sürecine verebileceği potansiyel zarara dayandırılarak selektif fetositin uygun olduğu bildirilmektedir (6,242). Ayrıca işleme bağlı erken doğum riski nedeniyle selektif fetositin, fetusun yaşayabileceği bir haftaya (örneğin 32. hafta) ertelenmesi de bir seçenektir (6,242).

Vakamızda yer alan anensefali ve Turner sendromunun tespit edildiği durumların ele alındığı birçok araştırmada, özellikle anensefali gibi fetal anomalilerde sağlık çalışanlarının çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılmasından yana olduğu bulunmuştur (167,185,186,190,197,202,203). Ancak, Garel ve arkadaşlarının araştırmasının katılımcıları fetusta minör anomali varlığında gebeliğin sonlandırılmasının talep edildiği durumlarda, örneğin prognozun belirsiz olduğu Turner sendromu gibi vakalarda, etik karar verme sürecinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir (193). Öte yandan birçok araştırmada Turner sendromunda terminasyon seçeneğinin değişik oranlarda benimsendiği bulunmuştur (185-187,190,203,204,225). Drake ve arkadaşlarının çalışmasından çıkan ilginç bir sonuç, doğurganlığa önem verilen ülkelerde fetusta infertiliteye yol açan Turner sendromunun ve diğer kromozom anomalililerin varlığı halinde gebeliğin sonlandırılması eğiliminin güçlü olduğudur (185). Katılımcılarımızın yarısının her iki yaklaşımı da benimsemeyip ikili fetositi seçmeleri oldukça tartışmalıdır. Ancak görüldüğü gibi yapılan birçok araştırmada da Turner sendromunun sonlandırılması görüşü desteklenmektedir.

Turner sendromuna sahip olduğu halde yaşamını sürdürebilecek bir fetusun bulunduğu durumlarda gebeliğin sonlandırılmasının benimsenmesi ciddi bir etik kaygıya yol açmakta ve “mükemmel bir toplum yaratma” arzusunun olası kötücül sonuçlarını akla getirmektedir.

5.2.2. Yaşayabilirlik

Bu bölümde “sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir” ifadesi irdelenmiştir.

Gebeliğin sonlandırılmasında önemli bir kriter olan yaşayabilirlik ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı **"sonlandırma kararında fetusun yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir"** ifadesinde katılımcılarımızın çoğunluğunun fetusun yaşayabilirliğini önceledeği görülmektedir. Bu ifadeyle ilgili görüşler bakımından cinsiyet alt grupları arasında kadın katılımcıların erkeklere göre yaşam kalitesini daha fazla önemsemesinden kaynaklanan anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,009). Kadına özgü merhamet duygusu ile empati kurmalarından kaynaklığı yorumu olanaklıdır.

Literatürde yer alan çalışmalara baktığımızda, EURONIC projesinin İngilizler ve Hollandalılar dışındaki katılımcıları gebeliğin sonlandırılması kararında yaşayabilirliğe önem verirken (189); EUROBS projesindeki Fransız doğum hekimlerinin yaşam kalitesini önceledeği görülmektedir (190).

Yaşayabilirlik bağlamında, fetusun Down sendromlu olması halinde gebeliği sonlandırma sınırı konusunda farklı haftalara işaret eden çalışmalar yaşayabilirliğin önemsendiğinin ve fetusun potansiyel hayatına verilen değerin göstergesi olabilir (167,192,202,209). Bazı çalışmalarda ise yaşayabilirlik sınırından sonra gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken etik sorunlar yaşanabileceği ve fetusun potansiyel yaşamının değerine yönelik tartışmaların arttığı belirtilmektedir (197,205,206).

Ülkemizde yapılan ve Doğan ve Şahinoğlu tarafından yürütülen çalışmada benimsenen ortak görüş 24-25 haftalıktan ileri gebeliklerin sonlandırılmasının uygun olmadığı yönündedir (196). Yaşayabilirlik lehine yorumlanabilecek olan bu yaklaşım araştırmamızın bulgularıyla uyumludur.

Gebeliğin sonlandırılması kararında fetusun yaşayabilirliği çağdaş tıp etiği çerçevesinde fetusun potansiyel yaşamına saygı gösterme ilkesi açısından sağlık çalışanlarının gözden kaçırmaması gereken önemli bir konudur ve katılımcılarımızın yaklaşık üçte birinin bu konuda kararsız kalması ise dikkat çekicidir.

5.2.3. Sınırlı Kaynakların Dağılımı ve Toplumsal Yarar

Bu bölümde sırasıyla "yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin, tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir", "gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana

ileri yaşam desteği verilmelidir", "gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir" ve "gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir" ifadeleri ele alınmıştır.

Yaşamla bağdaşmayacak ağır anomalilerin gebeliğin sonlandırılması için geçerli bir neden olduğunun belirtildiği **"yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin, tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir**" ifadesi katılımcılarımızın büyük çoğunluğu tarafından desteklenmiştir. Bu ifadeyle ilgili görüşler bakımından katılımcı alt gruplarından çocuk sahibi olanlar ile olmayanlar arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,001). Çocuk sahibi olmayanların önemli bir kısmı bu konuda kararsız kalmıştır. Çocuk sahibi olanların büyük çoğunluğunun bu ifadeye katılmasının tıbbi ve sosyal açıdan ödenecek bedelleri öngörebilmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Uzman olarak hizmet etme süresi uzadıkça da bu ifadeye katılma eğilimi artmaktadır. Mesleki deneyimdeki artışın karşılaşılabilecek zorluklara ilişkin yaşanmışlıkları da arttırması, bu eğilimin gerekçesi olabilir.

Yaşam kalitesinin gündeme geldiği her vaka kaçınılmaz olarak "sınırlı kaynakların dağılımı"nda karşılaştığımız etik sorunları da gündeme getirmektedir. Literatürde anomalili gebelikleri sonlandırmanın engelli bireyleri sayıca azaltarak engelli bakımının toplumsal maliyetini düşürme açısından bir avantaj sağladığı; çocuğun gelecekteki sağlık maliyetinin gebeliğin sonlandırılmasına uygun bir gerekçe oluşturacağı görüşlerini irdeleyen kuramsal ve alan çalışmaları mevcuttur (192,207,208,243). Bu durumda sınırlı kaynakların fetusun potansiyel hayatının değerinin karşısında öncelendiğini söylemek mümkündür. Ancak engelli çocukların sağlık bakım masraflarının ilgili kurumlarca karşılanabilir olması durumunda belki verilecek kararlar farklı olabilecektir.

Yaşayabilirlik sınırında iken doğmuş ve ağır sekel bırakacak sorunu olan anomalili bebeğe ileri yaşam desteği verilmesi gerektiğini belirten **"gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir**" ifadesini katılımcılarımızın yarısı benimsememiştir. Bu konuda kararsız olanların oranının (% 22), diğer ifadelerdeki kararsızlık oranlarına göre yüksek oluşu dikkat çekicidir. Bu karşı oluşun "sınırlı kaynakların boşa harcanmasını

kabul etmeme”nin yanı sıra “toplumsal yarardan yana görüş bildirme” ile açıklanması olanaklıdır.

“Gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir” ifadesinde katılımcılarımızın yarısı yaşamla bağdaşmayan yenidoğanın durumunda temel yaşam desteğinin verilmemesi yönünde görüş bildirmiştir. İfadeye karşı çıkan katılımcıların gerekçeleri iki farklı olasılık çerçevesinde değerlendirilebilir. Bu olasılıklardan ilkini “sadece temel yaşam desteği vermeyi yeterli bulmayıp ek olarak ileri yaşam desteği vermeyi ön görmeleri”dir. İkinci olasılık ise “sadece yaşam desteğini bile boşuna tedavi olarak değerlendirip gereksiz bulmaları”dır.

“Gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir” ifadesi çok sayıda (% 29) katılımcının kararsız kalmasına yol açmıştır. Bu bulguyu, daha önce dile getirildiği gibi, kararını prenatal tanı yöntemlerine dayandıran hekimlerin gebeliği sonlandırmaya görece daha kolay karar verebildiği; ancak anomalili bebek doğduktan sonraki süreçte hastaya yaklaşım konusunda kararsız kaldığı olarak yorumlamak olanaklıdır.

Arda, fetus ve yenidoğanı etik açıdan değerlendirdiği çalışmasında, gebeliğin sonlandırılmasıyla ilintili “toplumsal yarar” sorununun da bulunduğu ve gebeliği sonlandırma nedeninin anomali olması halinde kararın toplumca onaylandığı saptamalarını yapmaktadır (169).

İlgili meslek örgütleri, fetus ve yenidoğanda yaşamla bağdaşmayan anomali tespit edilmesi durumundaki yaklaşımları ele alarak, Barselona Deklarasyonunda ve FIGO’nun Bildirgelerinde bazı öneriler sunmuştur (13,14,171). Tıbbi rehber niteliğindeki bu metinlerde 25. haftada ve sonrasında doğmuş yenidoğana ileri yaşam desteği verilmesi önerilmektedir (30,244,245). Mesleki bilgi açısından yenidoğanın yaşatılması doğrultusunda böyle bir algoritma bulunmasına rağmen, ağır sekel gibi unsurların varlığında hekimlerin önemli bir referansı göz ardı etmesi söz konusu olabilmektedir.

Harris’e göre ileri derecede özürlü çocuklara yaşamaya devam etmesinler diye besin verilmemesi veya enfeksiyon tedavisinin yapılmaması bir çeşit ötanazi olarak yorumlanabilecek “seçici tedavisizlik”tir (99). Arda’ya göre hem yenidoğan ötanazisi

hem de boşuna tedavi kararları üzerinde kötüye kullanım açısından titizlikle durulmalıdır (169).

Katılımcılarımızın yarısının temel yaşam desteğini uygun bulmamaları oldukça düşündürücüdür. Nitekim ağır anomalili yenidoğanlarda yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya çekilmesi kararları özellikle aileler ve sağlık çalışanları için sancılı bir süreçtir.

Arda'nın tespitine göre "sınırlı kaynakların adil dağıtılması" ilkesi sağlıkla ilgili harcamalarda ön plana çıkmakta ve bu bağlamda yapılan değerlendirmelerde eldeki olanakların, sonucunun daha iyi olması beklenen vakalara ayrılması görüşü ağırlık kazanmakta; adeta ortam bizi bu görüşü haklı çıkarmaya zorlamaktadır (169). Zorlayıcı ortamın varlığı elbette uygulamayı doğrulamamakta; ancak sınırlı kaynaklardan yararlanması daha yüz güldürücü olacak vakaya öncelik tanıyan tedavi ekibine rahatlık yaşatabilmektedir (169).

Harris'e göre, yaşamla bağdaşmayan yenidoğanlar gibi durumlarda hastaya ileri destek vermeme kararına varan hekimler, hasta için en iyi yararının böyle olduğuna inanma ile her vakayı tedavi etmenin zorlayıcı bir yükümlülük olması gibi bağdaşması olanaksız iki temel referansın arasında kalmaktadır. Hasta bebek olduğunda karar için kendisine danışma imkânı yoktur ve bu nedenle hasta için en iyisinin ölmek olduğu iddiası daima tartışmaya açıktır (99).

Dunn ve Shaw tarafından yapılan çalışma ile Wilkinson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçları araştırmamızın sonuçlarını desteklemekte; katılımcıların çoğunluğu ağır özürlü bir yenidoğana tedavi başlatmamayı doğru bulduğunu belirtmektedir (183,208). EURONIC projesinde, "insan yaşamı kutsal olduğundan, prognoz ne kadar kötü olursa olsun bir yenidoğanın hayatta kalması için mümkün olan her şey yapılmalıdır" ifadesini sadece İtalyan, Litvanyalı, Macar katılımcıların belli bir bölümü benimsemiştir (189). Bu araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu tedavinin sınırlandırılmasının, tedavisiz bırakılma endikasyonlarının giderek artmasına neden olabileceğini; "yamaç aşağı kayma"ya yol açabileceğini ifade etmiştir (189). Bir kısım katılımcı ise farklı bir yaklaşım göstermiş, olumlu sonuç olasılığı bulunmasa da yenidoğana tedavi uygulanmasını elde edilecek klinik deneyimlerin gelecekte başkalarına yararlı olabileceği gerekçesiyle desteklemiştir (189).

Garel ve arkadaşlarının çalışmasının katılımcıları anomalili yenidoğanların tedavisi için daha fazla kaynak ayrılması konularında görüş birliği içindedir. Bu çalışmada anomalili yenidoğana müdahale konusuna farklı açıdan yaklaşılmış ve sınırlı kaynakların arttırılması önerilmiştir (193).

Yukarıda değindiğimiz tüm temalarda etik sorunlar iç içe geçmiş kümeler halinde bulunmaktadır. Yaşanan bu etik ikilem durumlarında rehberlerin kullanılmasına gereken önemin verilmediği görülmektedir. Oysaki bu rehberler etik karar verme sürecine yardımcı olarak tutarsız uygulamalarda bulunmanın önüne geçebilecek, etik ihlalleri azaltabilecek bir seçenektir. Hastane etik kurulları da konunun farklı formasyona sahip ilgili kişilerce tartışılmasını, bilgi alışverişi ile daha sağlam bir karar verilmesini ve sorumluluğun paylaşılmasını sağlaması açısından önem taşımaktadır.

5.2.4. Karar Vericinin Belirlenmesi

Bu bölümde veri toplama formunun yedinci ifadesi olan "sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir" ifadesi ve ikinci, üçüncü ve dördüncü vakanın ilgili kısımları üzerinde durulmuştur.

Ebeveynin fetusun üzerindeki hakları açısından babanın karara katılım hakkına ve annenin özerkliğine ilişkin "**sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir"** ifadesinde gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecine dahil olacak kişilerin seçiminin önemi vurgulanmıştır. Katılımcılarımızın % 90'ının babanın karara katılma hakkından yana olduğu görülmektedir. Ayrıca, gebeliğin sonlandırılması kararında sadece annenin karar vermesini yeterli bulma eğilimi katılımcıların yaşı arttıkça artmaktadır ($r=0,235$; $p=0,016$).

Gebeliğin sonlandırılmasında ebeveynler arasında görüş ayrılığının bulunması halinde, çoğu yazarın ve bildirgenin önerisi kadının kararının öncelenmesi yönündedir (13,14,84,85,90,99,171). Ancak araştırmamıza katılan doğum ve çocuk hekimlerinin bu konudaki görüşleri literatürle örtüşmemektedir. Kadının özerkliğini öteleme eğilimi olduğunu söylemek olanaklıdır.

Diğer yandan yasal düzenlemeler kadının kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkına sınırlamalar getirmekte, kadının evli olması durumunda rahim tahliyesi için eşinin de rızasının alınması gerekmektedir (79,80,84,88). Kadının bedeni üzerinde karar verme hakkına aykırılık içeren bu hüküm ile kadının beden bütünlüğü konusunda kendisi dışında bir kişi daha yetkili kılınmaktadır (84,90). Bu bilgilerin ışığında, katılımcı doğum ve çocuk hekimlerimizin tercihlerinin daha ziyade yasalarla uyumlu olduğu saptamasını yapmak olanaklıdır. Ancak "eş rızası aranması"nın, Türkiye'nin de imzaladığı Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi'ndeki, kadınla erkek arasında ayrımcılık yapılmaması kuralına aykırı olduğu da öne sürülmektedir (84,88,90,246).

Gebeliğin sonlandırılmasında kadının özerkliği konusunda farklı düşünceler de bulunmaktadır. Macer'a göre özerklik, insan davranışının en baskın özelliği bile olsa, biyoetiğin en değerli ilkesi olmamalı ve dikkatler yalnızca bireyin özerkliğine değil, bireyin ve ailenin çıkarlarını göz önüne almaya odaklanmalıdır (213). Bir başka deyişle Macer, aile içinde annenin ve fetusun yüksek menfaatini dikkate alır ve etik ikilem durumunda annenin ve fetusun yararına olduğu düşünülen tıbbi endikasyonla uyumlu anne isteğini uygulanabilir bulur (213). Buna karşılık feminist düşünürler, özerklik ve adalete saygı duyulan ilkeleri reddetmek yerine, bu ilkeleri yorumlar ve çeşitli hakimiyet, zulüm ve önyargıda telafi etmek için uygularlar. Feminist biyoetik yaklaşımda kadının kendi bedeni ve geleceği üzerinde karar verme hakkı önemle vurgulanır (216).

Tüm bu referanslar göz önünde bulundurulduğunda, katılımcılarımızın babanın fetusun akıbeti üzerinde söz sahibi olma hakkı konusundaki kaygılarının uluslararası literatürde karşılık bulmadığını; dolayısıyla kadının özerkliğine farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarına göre daha az önem verildiğini saptamak olanaklıdır. Gözlemlerimize dayalı olarak bu yaklaşımın ülkemiz genelinde yaygın olduğu ve katılımcılarımızın görüşlerinin toplumu yansıttığı tespitini yapabiliriz. Babanın süreçteki rolü elbette önemlidir ancak kadının beden bütünlüğüne saygı duyulması da göz ardı edilemeyecek bir unsurdur.

Karar verme bölümünde veri toplama formundaki vakalar da ele alınmış; aşağıda etraflıca tartışılmıştır.

"**İleri gebelik döneminde serviks kanseri tanısının alınması**" vakasında karar

vericinin belirlenmesinde katılımcıların “gebeliği sonlandırma kararını gebeyi bilgilendirmeksizin vermemesi” yaklaşımını yeğlemeleri “bireyin özerkliğine saygı”nın benimsendiğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

“**Down sendromlu**” vakada ailenin gebeliğin sonlandırılması talebi karşısında, katılımcılarımızdan özellikle doğum hekimlerinin ailenin kararı doğrultusunda hareket etme eğiliminin benimsenmesi “ailenin özerkliğine saygı”nın bir göstergesi olabilir. Ailenin bilgilendirilmesine ve bir kurulun devreye girmesine genel olarak olumlu bakılması ise “fetusun potansiyel yaşamının değeri” ile olası “yaşam kalitesi” arasında yaşanan ikilem nedeniyle “karar verme yükünü ve sorumluluğunu paylaşma” yöneliminin bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Kuramsal çalışmalarda ve bildirge niteliğindeki metinlerde de gebeyi fetusa önceleme eğilimi daha güçlüdür (20,84,85,98,171). Bu görüşü destekleyen alan çalışmaları da vardır (185,187,194,203,205-207). Bu çalışmalarda kadının/ailenin özerkliği karşısında yaşayabilirlik, bir diğer deyişle fetusun potansiyel hayatının değeri gündeme gelmektedir.

Araştırmamızın bulgularına göre doğum hekimlerimiz (% 57) çocuk hekimlerimize (% 43) göre ailenin kararını daha çok öncelemektedir (p=0,022). Utine ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada, bulgularımızla benzer biçimde, sonlandırma kararı alan ailenin isteğinin dikkate alınması gerektiği görüşü öne çıkmaktadır, ancak özerkliğe saygı eğilimi çocuk hekimlerinde daha yüksek bulunmuştur (203). Diğer yandan bulgularımızın aksine, Drake ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ile Norup’un çalışmasında fetusun yaşayabilirliğinin gebenin özerkliğine öncelendiği görülmektedir (185,187).

Vakalarımızda anomali tespit edilmesi durumunda aileye yeterli bilgi sağlamasına da vurgu yapılmıştır. Garel ve arkadaşları tarafından yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, engelli çocuklara bakım vermenin zorluklarına, öjenist baskılara, gebe kadınlara bilgi aktarma bağlamında yaşanan iletişim sıkıntılarına dikkat çeken katılımcılar sorunlu gebelik yaşayan kadınlara rehberlik hizmeti verilmesi konularında görüş birliği içinde bulunmaktadır (193).

Farklı bir durum da EURONIC projesinde olduğu gibi, ailenin kendi çocuğunun yaşamını sonlandırma kararını üstlenmesinin sıkıntılı, külfetli bulunmasıdır (189). Her durumda, sıkıntı da yaratsa külfetli de olsa “her kadın/aile kendisi için en iyi olanı ancak

kendisi bilebilir ve kararı kendisi, kendi sorumluğunu alarak, özerkliği doğrultusunda vermelidir" yaklaşımı kabul gören çağdaş yaklaşımdır.

Çalışmamızın dördüncü vaka senaryosunda, fetusta "**Patau sendromu"** varlığında ailenin gebeliğin devamını talep etmesi durumunda yaklaşımın ne olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Karar vericiyi belirlerken, uzmanlık yaşı genç olan hekimlerin (% 40) diğer gruplara göre daha özerkliği gözeten ve ailenin kararına saygılı olan yaklaşımı benimsedikleri dikkati çekmektedir (p=0,008). Aile istemediği halde sosyal destek sağlayarak gebeliğin sonlandırılmasını katılımcılarımız önemli oranda (% 29) benimsemiştir. Norup'un araştırmasında, çalışmamızın bulgularıyla benzer biçimde, perinatal tıp alanındaki sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu fetusta Patau sendromu varlığında 21. haftada gebeliğin sonlandırılmasını benimsemiştir (187). Gebeliğin sonlandırılması kararının alınmasında multidisipliner yaklaşımı uygun bulan katılımcılarımızın oranı, kararın tıbbi otorite tarafından alınmasını uygun bulanların oranından daha düşüktür. Oysa literatürdeki birçok çalışmada gebeliğin sonlandırılması sürecinde kadının ve ailenin özerkliği göz ardı edilmeden multidisipliner kurulların da karar verme sürecine dâhil olmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (140,182,186,191,196,205,234).

Fetusta anomali saptanmasını takiben gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde kararı etkileyen faktörler anomalinin şiddetinden ailenin tepkisine değin uzanan bir yelpaze üzerinde sıralanmaktadır. Ailenin kararını biçimlendiren etmenler arasında gestasyonel yaş, eğitim durumu, anomalinin ciddiyeti ve yaşamla bağdaşma derecesi yer almaktadır (6). Ancak ailelerin rutin dışı bir talepte bulunmaları da beklenmedik bir durum değildir. Örneğin tedavisi mümkün olan bir minör anomalide gebeliğin sonlandırılması talep edilirken, yaşamla bağdaşmayacak anomali varlığında gebeliğin sürdürülmesi de istenebilir. Gebenin/ailenin talebi ne olursa olsun, sağlık çalışanlarının ailenin "özerkliğine saygı" ile gebeye veya fetusa "yarar sağlama" ilkeleri arasında ikilem yaşamaları kaçınılmazdır. Hekimlerin genel eğiliminin kadının sağlığını öncelemek olsa da kendi geleceği hakkında karar verme hakkının kadına ait olduğu unutulmamalıdır. Seçeneklerin avantajlarına ve dezavantajlarına ilişkin gerekli bilgilendirmeler yapılarak gebenin/ailenin vereceği karar desteklenmelidir. Bu tür etik ikilemler karşısında tutarlı bir kararın verilmesinde, çoğulcu multidisipliner yaklaşımların benimsenmesinin faydalı olacağı açıktır.

5.2.5. Kararda Etkili Faktörler

Bu bölümde “hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir” ifadesi ile “yasal düzenleme çerçevesinde Down sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle, 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi, tartışmaya açık bir konudur” ifadesi ve üçüncü vakanın ilgili kısmına yer verilmiştir.

“Hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir” ifadesini katılımcıların yarıdan fazlası benimsememiştir. Bu durumdan hareketle katılımcıların kişisel değerleri ile profesyonel kararlarını ayrı tutma eğiliminde oldukları söylenebilir. Bu ifadeyle ilgili olarak katılımcı alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamakla birlikte, bu ifadeyi benimsemeyen kadın katılımcıların (% 71) oranlarının, erkek katılımcıların oranından (% 57) yüksek olması dikkat çekicidir.

Konuya ilişkin kuramsal ve alan çalışmalarında kişilerin etik ikilemlere yaklaşımını ve kararlarını çoğu kez köklü inançlarının ve değerlerinin yönlendirdiği vurgulanmaktadır (99,166,185,188,195,201,208,210,). Ayrıca hekimin kendi değerleri nedeniyle gebeliği sonlandırmayı reddetme hakkına saygı gösterilmesi ve hastanın başka bir hekime yönlendirilmesi konusunda da birçok çalışma ve bildirge bulunmaktadır (13,14,26,240,241). Farklı kültürlere mensup sağlık çalışanları üzerinde yürütülen araştırmalarda dini inancın gebeliğin sonlandırılması kararında etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin Güney Afrika'da yürütülen bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu gebeliğin sonlandırılmasına yönelik yaklaşımlarının dini inançlarından etkilendiğini dile getirmiştir (201). Araştırmamızın katılımcıları inançların kararlar üzerinde belirleyici olmasını benimsememekte; inançların mesleki uygulamalara yansıtılmaması gerektiğini düşünmektedir.

“Down sendromlu fetus” vakasında “hekimin kendi değerlerine uymadığı için gebeliği sonlandırmayı reddedip hastayı başka bir hekime yönlendirmesi” yaklaşımının düşük oranda benimsenmesi hekimlerin “mesleki özerkliğe” sahip çıkılması açısından ele alınması gereken bir durumdur. Literatürde, hekimlerin mesleki-kişisel değerleriyle bağdaşmayan isteklerde bulunan hastayı başka bir hekime yönlendirme eğilimini inceleyen farklı çalışmalar bulunmaktadır (191,188,199). Bu bağlamda, gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin her türlü kararda sağlık çalışanının değerlerinden

etkilenmesinin saygı ile karşılanıp karşılanmayacağı ve sağlık çalışanının değerlerini öne sürerek verdiği kararda ayrımcılığa maruz kalıp kalmayacağı etik açıdan üzerinde durulması gereken önemli bir konudur.

Gebeliğin sonlandırılması kararında belirleyici bir faktör de hukuki durumdur. Bununla ilgili olan **"Yasal düzenleme çerçevesinde Down Sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle, 20. Haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi, tartışmaya açık bir konudur"** ifadesinde, katılımcılarımızın %41'i konunun tartışmaya açık olduğu görüşüne katıldığını bildirirken %30'u kararsız kalmıştır.

Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar prognozu hafiften ağıra uzanan geniş bir yelpazeye yayılan Down sendromunun gebeliğin sonlandırılması gerekçeleri arasında ön planda yer aldığını göstermektedir (167,185-187,192,200,202,204). Down sendromlu bireylerin bakımı zor olmakla birlikte sorun her zaman ölümcül nitelik taşımamaktadır. Öte yandan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesine ve Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesine ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 2 numaralı listesine göre Down sendromu varlığında gebeliğin sonlandırılmasına olanak tanınmaktadır (79,80,247). Ancak ne var ki, bir konuya ilişkin yasal düzenlemelerin varlığı o konudaki etik sorunların çözümlendiği, tartışmaların sona erdiği anlamına gelmemektedir (169). Yaşamla bağdaşır bir sağlık sorunu nedeniyle ileri gebeliğin sonlandırılabilmesi soru işaretleri ve kuşkular barındıran bir durumdur.

Çorbacıoğlu ve Yüksel "Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum" başlıklı yayınlarında yukarıda belirtilen yasanın tüzük kısmını yorumlarken "*Listedeki Down sendromu da çok muhtemelen anne adayının Down sendromudur*" "*Özetle, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun fetal nedenlerle gebelik sonlandırması açısından liberaldir, ama gerekli hizmetlerin yürütülmesi ve denetlenmesine yönelik olan tüzük yetersizdir*" demektedir (6). Bu da bir yasanın bile yoruma açık olabileceğine işaret etmektedir.

Arda gebeliğin sonlandırılması ile ilgili tüm düzenlemelerde fetusa yönelik girişimlerin etik yönünün açık bırakıldığını ya da derinlemesine tartışılmadığını vurgulamakta; bu yönü güçlendirmek ve tartışmaları derinleştirmek için sağlık örgütleri düzeyinde çaba göstermek gerektiğini belirtmektedir (169). İnceoğlu'na göre, fetusta

ağır sakatlıklar saptandığında, gebeliğin sonlandırılması seçeneği değerlendirilirken ailenin karşılaşabileceği maddi manevi yüke odaklanmak; yasal düzenlemeleri de bu yaklaşımla hazırlamak uygundur (247). Diğer yandan eğer aile uygun bulmadığı sakat/hasta bir fetusa sahipse bu gebeliğin sonlandırılması için annenin özerkliği dikkate alınarak yasal düzenlemelerin genişletilmesi de önerilmektedir (20). Ayrıca değişen tıbbi bilgiler ve tanı koyma teknikleri ışığında bu yasaların gözden geçirilmesi gereklidir (225). Yaşamla bağdaşma kriterlerini, yaşayabilirlik sınırını, yaşayabilirlik sınırını geçen gebelik haftalarında izlenecek yola ilişkin yasal düzenlemeler henüz bulunmamaktadır. Bu konuların perinatoloji uzmanları, tıbbi etik uzmanları ve hukukçular tarafından ele alınması, çağa uygun hale getirilmesi gereklidir (225).

Mevcut düzenlemeleri kısmen tatminkâr bulan Dölen'e göre, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve Rahim Tahliyesiyle ilgili Tüzük, insan hakları ve hasta hakları açısından eksik-tartışmalı noktaları olmakla beraber 10 haftaya kadarki gebeliklerde sorunlara çözüm olabilmekte, 10-22 hafta arasındaki gebelikler konusunda ise yetersiz kalmaktadır (20). Sadece Türkiye'de değil başka ülkelerde de yasalar tartışılmakta ve geliştirilmelerine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir (200).

5.2.6. Kararda Başvurulan Referanslar

Bu bölümde veri toplama formumuzda yer alan gebeliğin sonlandırılması kararına referans olabilecek unsurlar olan "klinik deneyim", "deneyimli meslektaş görüşleri", "yasal düzenleme metinleri", "tıp etiği öğretim üyelerinden edinilen görüşler" ve "akademik metinler" üzerinden elde edilen bulgular tartışmaya açılmıştır.

Tüm katılımcılarımız tarafından en yüksek puan verilen referanslar yasal düzenlemeler ve akademik metinlerdir. Bunları sırayla tıp etiği öğretim üyesinden görüş alma, kişisel klinik deneyimlerine dayanma ve deneyimli meslektaşa danışma izlemektedir. Alt gruplar özelindeki puan ortalamalarında kimi sıralama değişiklikleri görülmektedir. Örneğin kadın katılımcılar tıp etiği öğretim üyesinden görüşü almayı yeğlerken, doğum uzmanları ise kendi deneyimlerine dayanmayı en geçerli gerekçelendirme yolu olarak görmektedir.

Katılımcılarımızın etik karar vermede yasal düzenlemeleri öncelikli referans kabul etme yaklaşımı Türkiye ölçeğinde yapılmış çeşitli araştırmalarda da saptanmış bir

durumdur (141,248). Benzer biçimde Little'ın çalışmasında katılımcılar gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bir ifadede mevcut mevzuatı tıbbi görüşe göre daha fazla önemsemektedir (181).

Farklı ülkelerde yapılmış araştırmalarda ise genel olarak yasal düzenlemelerin göz önünde tutulduğu ancak bunlara uyma uymama konusunda kimi zaman ikilem yaşandığı saptanmıştır. EURONIC projesinde, Baltık ülkelerindeki hekimlerin yarısından fazlası yasal sınırlamaların yoğun bakımda seçici tedavi kararı alma olasılığını ortadan kaldırdığını ifade etmektedir (189). O'Grady ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp öğrencilerinden oluşan katılımcıların yarısı ise meslek yaşamlarında gebeliğin sonlandırılması hizmetini ancak yasal çerçevede verebileceklerini belirtmektedir (210).

Yasalar uyulması gereken, düzeni sağlayan ve yaptırım gücüne sahip metinler olmakla birlikte sorgulanamaz ve üzerinde tartışılamaz da değildir (249). Ancak tıbbi müdahalelerin etiğe uygunluğunun ötesinde yasaya da uygunluğu kaçınılmazdır (143). Bu bağlamda yasal düzenlemeler karar verme sürecinin olmazsa olmaz referanslarından biridir. Dolayısıyla katılımcılarımızın gebeliğin sonlandırılması ile ilgili kararlarda referans olarak ilk sıraya yasal metinleri yerleştirmelerinde haklılık payı vardır. Ancak yasa her zaman yol gösterici olamayabilmektedir. Örneğin, Statham ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcılar yaşayabilirlik sonrası gebeliğin sonlandırılması hakkında karar verirken yasalarla kendi etik değerleri arasında ikilem yaşadıklarını ifade etmiştir (197). Literatürde farklı kaynaklarda, kimi kararların yasal sınırlar içinde olmakla birlikte etiğe uygun olmayabileceği; buna karşın yasal olmayan kimi kararların da etiğe uygun olabileceği, öte yandan kimi zaman da yasaların etiğe aykırı olabileceği dile getirilmektedir (143,249,250). Bu oldukça zorlayıcı durumda kişinin etiğe uygun davranmayı seçmesinin sonucu, yasaya uymama veya karşı gelme olabilir (139,141,143,249,250).

Akademik metinler katılımcılarımız tarafından referans sıralamasında ikinci sıraya yerleştirilmiştir. Hekimlerin mesleki yeterliliklerini üst düzeyde tutması ve sürekli olarak koruması profesyonel bir zorunluluktur (143). Hızla gelişen ve değişen tıbbi bilginin gerisinde kalmamak ancak güncel akademik metinlerin takibi ile mümkündür (251). Akademik metinler tıp dergilerinde yayımlanan makaleler, kılavuzlar, kongre bildirileri, ilgili alanda çalışanların deneyimlerini paylaştığı yazılar

gibi çeşitlilik arz eden bilgi kaynaklarıdır (251). Özellikle rehber/kılavuz metinler sıkça güncellenmeleri açısından önemli akademik metinlerdendir. Ancak alan araştırmalarının sonuçları, prenatal tanıda ve gebeliğin sonlandırılmasında önemli etik ikilemler karşında karar verilmesine yardımcı olabilecek kılavuzların bulunmadığını ortaya koymaktadır (193,196).

Araştırmamızın sonuçlarından farklı bir biçimde, Yıldırım'ın çalışmasında sağlık çalışanlarının, referans başvuru sıralamasında akademik metinleri son sıralara yerleştirdiği görülmektedir (141). Yıldırım'ın araştırmasındaki katılımcıların genel hekim olması ve genel etik sorunlarla karşılaşıldığında nereden destek aldıklarının irdelenmesi söz konusu farkın sebepleri olabilir. Katılımcılarımızın uzmanlık ilgi alanlarına giren gebeliğin sonlandırılması gibi kritik bir konuyu derinlemesine ele alma ihtiyacı hissettiğini ve bunun bir göstergesi olarak akademik metinlere daha çok yöneldiklerini düşünmek olanaklıdır.

Katılımcılarımızın referans sıralamasında "tıp etiği öğretim üyeleri" üçüncü sıradadır. Nuttall, felsefecilerin akıl yürütme, argümanları çözümleme ve varsayımları sorgulama alışkanlıklarının yanında analitik zihniyetlerinin de ahlaki sorunlara çözüm üretirken yararlı olduğu görüşündedir (98). Sağlık alanında karşılaşılan etik sorunları çözmede tıp etikçilerinin kendi mesleki gelişimleri sonucu sahip oldukları etik analiz becerileri ve deneyimlerinin klinisyenlerle paylaşılması önemlidir. Bu temelde etik konsültasyona işaret etmektedir. Kanada Tıp Birliği'nin yaptığı çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılması ile ilgili mesleki deneyimlerinde etik konsültasyon sistemini kullandıklarını açıklaması dikkate değer bir bulgudur (182).

Yıldırım'ın çalışmasında katılımcıların tıp etiği öğretim üyesine başvurmayı üçüncü sıraya yerleştirmiş olması araştırmamızda saptanan eğilimle uyumludur (141). Nitekim ülkemizde Karlıkaya tarafından tek merkezde, Kadıoğlu ve arkadaşları tarafından üç merkezde yürütülen çalışmalarda hekimlerin çoğunluğu etik danışmanlık olanağını istediklerini belirtmektedir (140,248). Türkiye'de yapılan çalışmalarda öteki ülkelerde yapılanlardan farklı olarak hekimlerin etik danışmanlık almanın kendilerine yasal açıdan destek sağlayacağını düşündüklerinin saptanması dikkat çekicidir (140). Ayrıca etik sorunlar karşısında hekimlerin "kararın çok disiplinli bir ekip tarafından verilmesi" beklentisi öneri düzeyinde kalmaya devam etmektedir (234), çünkü klinik etik danışmanlık talep edilebilecek birimlerin sayısı halen çok yetersizdir (140,196).

Çalışmamızın katılımcıları klinik deneyimi referans olarak dördüncü sırada görmekte, doğum hekimleri (ortalama puan: 3,38) çocuk hekimlerine (ortalama puan: 3,00) nazaran bu referansa daha fazla yönelmektedir. Gökaslan doğum hekimliğinde birçok kararda deneyimin etkili olduğunu ifade etmektedir (252). Bu saptama katılımcılarımızın görüşleri ile uyumludur. Pieper kişinin belli tipteki bir eylem ve davranışın genelde hangi tür sonuçlara yol açabileceğini ve diğer insanların, çevrenin ve doğanın bu eylemden ne kadar etkileneceğini geçmişteki deneyimleri sayesinde kestirebileceğini savunmaktadır (139). Harris'e göre deneyim, insanların algılama ve ayırt etme duygusu, zihinsel aktivite ve hatta ahlaksal tercih yeterliliği ancak seçim yapmakla gelişir; zihin ve ahlak tıpkı kas gücü gibi ancak kullanmakla güçlenir (99). Bu bağlamda birikmiş deneyimler yaşanan karar verme süreçlerini besleyen kazanımlar durumundadır.

Çalışmamızın katılımcılarına göre deneyimli meslektaş görüşü referans olarak beşinci sıradadır. Tıp eğitimindeki önemi sıklıkla dile getirilen "usta-çırak ilişkisi" modeli ile branşlar arası danışmanlık olan konsültasyon ve hastane etik kurulları meslektaşlar arası görüş alış-verişinin yapılandırılmış örnekleridir (28,253-255). Meslektaşlar arası resmi olmayan görüş alışverişi ise tıbbın gündelik yaşamının olağan bir unsurudur. Bu ilişki düzeneklerinin tümü hekimlik yaşamında edinilen klinik deneyimin meslektaşlarla paylaşılmasını sağlamaktadır. Hariharan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcı hekimler etik sorun çözümünde deneyimli meslektaşlarından görüş alacaklarını belirtmiştir (256). Yıldırım'ın çalışmasının katılımcılarının referans sıralamasında deneyimli meslektaşlarından görüş alma seçeneği ikinci sıradadır (141).

Statham ve arkadaşlarının çalışmasının katılımcıları fetusun sağlık durumundan emin olmamaları halinde kılavuzlara, meslektaş görüşüne veya diğer disiplinlerden konsültasyon almaya ihtiyaç duyduklarını ve gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde, kendi içlerinde veya diğer birimlerden uzmanlarla tartışarak meslektaşlararası uzlaşma zemininde karar vermeye çalıştıklarını belirtmiştir (197). Black ve arkadaşlarının çalışmasının katılımcılarına göre gebeliğin 20. haftasından sonra sonlandırılmasıyla ilgili kurullar yavaş toplanmakta ve kararlarında tutarsızlık göstermektedir. Ayrıca ilgili yasal düzenlemeler ile uygulamayı klinik etik kurullara bildirme zorunluluğu, gebeliğin sonlandırılması hizmetine erişimin önündeki iki önemli engeldir (209).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Doğum ve çocuk hekimlerinin katılımıyla gerçekleştirdiğimiz araştırmamızda ikinci trimestr ve sonrasında gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar, ikilemler, çatışmalar ile hekimlerin bu durumlar karşısındaki tutumları ve yaklaşımları tıp etiği açısından irdelenmiştir. Tez kapsamında incelenen kuramsal çalışmalar ile akademik yazındaki alan çalışmalarından elde edilen bilgiler araştırmamızın bulgularını farklı açılardan yorumlamamıza olanak sağlamıştır.

Tez çalışmamızdan çıkardığımız sonuçlar aşağıda maddeler halinde yer almaktadır:

1. Araştırmamıza katılan doğum ve çocuk hekimleri gebe kadının özerkliğine saygı gösterdiğini belirtmektedir.

2. Araştırmamızın katılımcıları prenatal danışmanlık hizmetinde multidisipliner yaklaşımın uygun olduğu yönünde görüş bildirmektedir.

3. Araştırmamız prenatal danışmanlık hizmetinde katılımcılarımızın yarısından fazlasının yönlendirici olma eğiliminde olduklarını göstermektedir.

4. Araştırmamızın katılımcılarında artan yaşla birlikte bilgilendirme ve onam alma eğilimi ve çok disiplinli ekip çalışması yaklaşımının benimsenme oranı azalmakta; prenatal danışmanlık hizmetinde yönlendirici olma eğilimi artmaktadır.

5. Literatürde prenatal tanı yöntemlerinin güvenilirliği konusunda zıt görüşler yer alsa da katılımcılarımız prenatal tanı yöntemlerini güvenilir bulmaktadır.

6. Katılımcılarımız prenatal tanı yöntemlerinin sonucunda gebeliğin sonlandırılması kararının çağdaş multidisipliner anlayışa uygun olarak bir kurulda verilmesi yönünde görüş bildirmektedir.

7. Katılımcılarımızdan çocuk hekimleri gebenin çıkarını öncelerken, doğum hekimleri fetusun çıkarını esas almaktadır.

8. Sendromlu fetus veya serviks kanserli gebe olgularında, maternal-fetal hak çatışması yaşanan gebeliklerin sonlandırılması kararında, katılımcılarımızın çoğunluğu ailenin isteği doğrultusunda gebeliğin sonlandırılmasını yeğlemektedir.

9. Tekli veya ikili fetosit olgusunun gündeme geldiği ikiz gebeliklerde ortaya çıkabilecek fetal-fetal hak çatışmasında katılımcılarımız, genellikle yaşamla bağdaşan bir anomaliye sahip fetusu da gözden çıkartarak gebeliğin sona erdirilmesini tercih etmektedir.

10. Uzmanlık yaşı genç olan katılımcılarımız yüksek oranda "ailenin seçimlerine-kararlarına saygılı" bir yaklaşımı benimsemektedir.

11. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu, yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalinin tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olmasının gebeliği sonlandırmak için bir gerekçe olabileceğini belirtmektedir.

12. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu, babanın gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması kararına katılma hakkı olduğunu savunmaktadır.

13. Katılımcılarımız gebeliğin sonlandırılması kararında kişisel değerleri ile profesyonel kararlarını ayrı tutma eğilimindedir.

14. Katılımcılarımız gebeliğin sonlandırılması kararını verirken referans olarak öncelikle yasal düzenlemelere ve akademik belgelere başvurmaktadır. Etik danışmanlık talebi henüz rutin uygulamaya girememiştir.

15. Gebeliğin sonlandırılması kararında fetusun yaşayabilirliği çağdaş tıp etiği çerçevesinde fetusun potansiyel yaşamına saygı gösterme ilkesi açısından sağlık çalışanlarının gözden kaçırmaması gereken önemli bir konudur.

16. Etik ikilem durumlarında, etik karar vermeye yardımcı olacak ve etik ihlalleri azaltabilecek kılavuzların/rehberlerin hazırlanmasında veya mevcudun kullanılmasında bir eksiklik söz konusudur.

17. Gebeliğin sonlandırılmasından kaynaklanabilecek etik sorunların çözümünde sağlık çalışanlarının tek başına karar vermelerinin önerilen bir yaklaşım olamayacağı açıktır. Bireysel karardan ziyade, multidisipliner karar yaklaşımı, olası etik ihlallerin azaltılması, sorumluluğun paylaşılması, karar sürecinin sağlık çalışanları üzerinde yarattığı manevi yükü hafifletmesi gibi kazanımları sağlaması açısından önemlidir.

18. Sahip olduğu sendroma rağmen yaşamını sürdürebilecek bir fetusun bulunduğu durumlarda gebeliğin sonlandırılmasının benimsenmesi önemli bir etik kaygıya yol açmakta ve "mükemmel bir toplum yaratma" arzusunun olası kötücül sonuçlarını akla getirmektedir.

19. Araştırmamızda henüz birey olmayan fetusun anomalisinin ağırlık derecesinin yaşamla bağdaşıp bağdaşmadığı bilinmeden, gebeliğin sonlandırılmasına sıcak bakma eğiliminin benimsenmesi oldukça düşündürücüdür. Olayların kendi biricikliği içinde ele alınması gerekliliği göz ardı edilerek, toplumun yararının merkeze çekilmesi ve anomalili doğumların engellenmesinin artması olasılıkları da etik açıdan kaygı vericidir.

6.2. Öneriler

Tez çalışmamızdan çıkan sonuçlar doğrultusunda biçimlenen önerilerimiz aşağıda yer almaktadır.

1. Gebeliğin sonlandırılması kararının etik uzmanı, doğum hekimi, çocuk hekimi ile fetusta tespit edilen anomaliye göre danışılan ilgili uzmanlar (genetikçi, çocuk cerrahı, çocuk nöroloğu, çocuk kardiyoloğu vb.) ve hastanın hemşiresi/ebesi, sosyal hizmet uzmanı ve hukukçudan oluşturulan bir kurulda alınması rutin uygulamanın bir parçası olmalıdır. Bu bağlamda hastane etik kurulları daha işlevsel hale getirilerek konunun farklı formasyona sahip ilgili kişilerce tartışılmasına, sorumluluğun paylaşılmasına ve etik danışmanlık hizmetine ulaşılmasına olanak sağlanmalıdır.

2. Gebeliğin sonlandırılmasına müdahil olan hekimlerce, anne adaylarının veya ailelerin gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması konusundaki kararlarını hiçbir etki altında kalmadan özgürce verebilmesi mümkün kılınmalıdır.

3. Sağlık çalışanları, gebeliğin sonlandırılması konusunda seçeneklerin avantajları ve dezavantajları hakkında gerekli bilgilendirmeleri yaparak, her gebe kadının veya ailenin vereceği özerk kararı desteklemelidir. Eğer gebe kadın ile baba arasında görüş ayrılığı oluşursa, babanın süreçteki rolü önemli olmakla birlikte, kadının beden bütünlüğüne ve kendi geleceğine ilişkin karar verme hakkına saygı duyulması gerektiği unutulmamalıdır.

4. Yaşamla bağdaşan anomalili ve minör anomalili çocukların bakımında ve özel eğitiminde ailelerin yalnız bırakılmadığı merkezler desteklenmeli ve ihtiyaca yanıt verebilmelidir. Ayrıca aileler doğum sonrası sosyal hizmet desteği alabilecekleri ve gerektiğinde çocukların bakımının üstlenilebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Engelli çocukların sağlık bakım masraflarının ilgili kurumlarca karşılanabilir olması,

gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin kararların yeniden gözden geçirilmesine katkıda bulunacaktır.

5. Gebeliğin sonlandırılması hakkında ülkemizde yürürlükte olan yasal düzenlemeler çağdaş bilimsel bilgilerin ışığında yeniden ele alınarak, maternal ve fetal durumları, yaşayabilirlik sınırını, yaşayabilirlik sınırını geçen durumlarda izlenecek yolları da içerecek biçimde perinatoloji uzmanları, diğer ilgili alanların uzmanları, tıbbi etik uzmanları ve hukukçular tarafından çağın gereklerine uygun hale getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Çobanoğlu N**. Kürtaj: Sosyal ve etik boyutlarıyla. *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, 1.Baskı, Ankara: Eflatun Yayınevi, **2009**: 217-223.

2. **Cevizci A**. *Felsefe Sözlüğü*. 6. Baskı, İstanbul: Paradigma Yayıncılık, **2005.**

3. **Burcu E, Şenocak Z.** Gebe kadın-hekim ilişkisinin sosyolojik ve hukuki boyutları. Beksaç S, Öcal Akipek Ş, Katoğlu T, Şenocak Z, Şuğle MA Eds**.** *Doğum Hekimliği, Maternal- Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut*. Ankara: Medikal Network, **2004**:1-19.

4. **Beauchamp LT, Childress FJ**. Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition, Oxford University Press, **1994**.

5. **Erbil G, Pekçetin Ç.** Fetal dönem: Dokuzuncu haftadan doğuma kadar. Moore LK, Persaud TVN. Çeviri Ed: Dalçık H, Yıldırım M. *Klinik Yönleriyle İnsan Embriyolojisi.* 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2009**: 95-109

6. **Çorbacıoğlu Esmer A, Yüksel A**. Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **2011**; 10: Özel sayı: Düşükler: 83-93. Erişim Tarihi: 17.12.20.25. Erişim Adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/özel% 20sayı% 201.pdf_2012.pdf

7. **Yüksel A**. Prenatal tanı ve tedavi. Sinan Berkman, Has R Eds. *Doğum Bilgileri, İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitaplar.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004**: 183-194.

8. **Aksoy Ş**. Prenatal tanı yöntemlerini çevreleyen etik sorunlar. *T Klin J Med Ethics*, **1998**; 6: 69-72.

9. **Yayla M**. Fetus hakları. *Perinatoloji Dergisi*, **2005**; 13(5): 189-195. Erişim Tarihi: 23.12.2015. Erişim Adresi: "http://www.perinataldergi.com/Journal_Files/PD-20050131137tr.pdf"

10. **Eyüpoğlu İZ.** *Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü.* 4.Baskı, İstanbul: Sosyal Yayınları, **2004**: 419.

11. **Bernstein HB, Weinstein M.** Uludağ S Çev. Normal gebelik ve doğum öncesi bakım. Decheney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N Eds. Traş B Çev Ed. *Lange Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi.* 10. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevleri, **2010**: 187-202.

12. **Hançerlioğlu O.** *Türk Dili Sözlüğü*. 3. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi, **2000.**

13. **FIGO.** *Obstetri ve Jinekolojide Etik Konular FIGO Etik Komitesi Üreme ve Kadın Sağlığında Etik Görüşler Çalışması*. Çev Ed Dölen İ. 2. Baskı, TJOD Yayını, **2011**. Erişim Tarihi: 23.12.2015. Erişim Adresi: http://www.tjod.org/wp-content/uploads/2012/12/etik_konular_fibo_komitesi.pdf

14. **FIGO.** Ethical Issues in Obstetrics And Gynecology by The FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. **2012.** Erişim Tarihi: 19.07.2016. Erişim Adresi: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English% 20Ethical% 20Issues% 20in% 20Obstetrics% 20and% 20Gynecology.pdf

15. **UNESCO/IUBS**. *UNESCO/IUBS/Eubios Living Bioethics Dictionary version 1.3.* Editor-in-chief: Macer DRJ. **2003**. Erişim Tarihi: 05.01.2016. Erişim Adresi: http://homepage.univie.ac.at/herbert.gottweis/WiSe2005/Se_BioPolWiSe2005/EUBIOS-Bioethics% 20Dictionary.pdf

16. **Ergun B, Sezer H**. Antenatal takip. Berkman S, Has R Eds. *Doğum Bilgileri, İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitaplar.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004**: 19-27.

17. **AMA**. Code of Medical Ethics of the American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs: Current Opinions with Annotations 2008-2009 Ed. AMA, **2008**.

18. **World Health Association**. *Health Topics, Pregnancy***.** Erişim Tarihi: 08.07.2011. Erişim Adresi: http://www.who.int/topics/pregnancy/en/

19. **Oğuz Y, Büken Örnek N, Tepe H.** *Biyoetik Terimleri Sözlüğü.*, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, **2005**.

20. **Dölen İ.** Kürtaj gerçeği-Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **2011**; 10: Özel sayı: Düşükler: 75-82. Erişim Tarihi: 17.12.2015. Erişim Adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/özel%20sayı%201.pdf_2 012.pdf

21. **Dalçık H, Okar İ.** Gelişmekte olan insan: Giriş. Moore LK, Persaud TVN Eds. Dalçık H, Yıldırım M Çev Ed. *Klinik Yönleriyle İnsan Embriyolojisi.* 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2009**: 1-13.

22. **Köker İ**. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri, **2006.**

23. **Sadler TW**. *Langman's Medikal Emriyoloji*. Çev Ed: Başaklar C. 6. Baskı, Ankara: Palme Kitapevi, **1990.**

24. **Singer P.** Taking life: the embryo and fetus. *Practical Ethics*. 3nd Ed. New York, USA: Cambridge University Press**, 2011:** 123-155.

25. **Singer P.** Can Alma: Embriyo ve fetüs. *Pratik Etik*. Çev: Çatlı N. İstanbul: İthaki Yayınevi. **2015**: 191-236.

26. **Görkey Ş**. Gebeliğin sonlandırılmasında karşılaşılan etik sorunlar. Hatemi H, Doğan H. Eds. *Medikal Etik*, **2001**: 80-109.

27. **British Medical Association.** *Abortion Time Limits.* **2005.** Erişim Tarihi: 14.04.2011. Erişim Adresi: http://www.bma.org.uk/ethics/reproduction_genetics/AbortionTimeLimits.jsp?page=6

28. *Türk Dil Kurumu Genel Türkçe Sözlük*. Erişim Tarihi: 22.05.21017. Erişim Adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.561544540750f7.27483188

29. **Knuppel RA**. Maternal-Plasental-Fetal ünite; fetal ve erken neonatal fizyoloji. Deren Ö, Velipaşaoğlu M Çev. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N Eds. Tıraş BM Çev Ed. *Lange Tıp Kitapları "Current Diagnosis And Treatment" Serisi, Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi*. 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2010**: 159-186.

30. **Nuffield Council on Bioethics.** *Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues.* Erişim Tarihi:18.11.2015. Erişim adresi: http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/CCD-web-version-22-June-07-updated.pdf.

31. **Hellmann J, Baylis F.** Ethics in perinatal and neonatal medicine. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC Eds. *Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of Fetus and Infant*. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier MOSBY, **2006**: 35-46.

32. **Seri I, Evans J.** Limits of viability: definition of the gray zone. *Journal of Perinatology*, **2008**: 28: 4-8. Erişim Tarihi: 17.12.2015. Erişim Adresi: http://www.nature.com/jp/journal/v28/n1s/pdf/jp200842a.pdf

33. **WHO.** *Maternal Perinatal Health*. **2008**. Erişim tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

34. *Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine.* World Association of Perinatal Medicine

(WAPM) and Matres Mundi International. Carrera J.M. Ed in Chief. **2007**. By Matres Mundi. Erişim Tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.wapm.info/images/guidelines_1.pdf

35. **Walsh MC, Fanaroff AA.** Epidemiology and perinatal services. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC Eds. *Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of Fetus and Infant*. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier MOSBY,**2006**: 19.

36. **Uzelac PS, Garmel SH.** Erken gebelik riskleri. Alper T, Tosun M, Çelik H Çev. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N Eds. Tıraş BM Çev Ed. *Lange Tıp Kitapları "Current Diagnosis And Treatment" Serisi, Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi*. 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2010**: 259-272.

37. **Burkman RT**. Kontrasepsiyon ve aile planlaması. Eren S, Ayas S Çev. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N Eds**.** Tıraş BM Çev Ed. *Lange Tıp Kitapları "Current Diagnosis And Treatment" Serisi, Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi*. 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2010**: 579-597.

38. **Tıpta Uzmanlık Kurulu.** Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Dallarının Çekirdek Müfredat ve Standartları. Son Güncelleme January 13, **2014**. Erişim Tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/

39. Resmî Gazete. Karar: 2009/15153 Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği. 18.Temuz. **2009**. Cumartesi Sayı: 27292. Erişim Tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm

40. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219 11/4/1928.Sayı: 863. Erişim Tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf

41. **Beksaç S, Çakar M, Öcal Akipek Ş, Katoğlu T**. Embriyo ve fetus; etik ve yasal boyut. Beksaç S, Öcal Akipek Ş, Katoğlu T, Şenocak Z, Şuğle MA Eds**.** *Doğum Hekimliği, Maternal- Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut*. Ankara: Medikal Network, **2004**: 119-156.

42. **Tıpta Uzmanlık Kurulu.** Tıpta Uzmanlık Kurulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çekirdek Eğitim Müfredatı. Erişim Tarihi: 20.07.2016. Erişim Adresi: http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf1/32_cocuk_sagligi_ve_hastaliklari_v.1.0.pdf

43. **Yurdakök M.** Önsöz. *Prenatal Pediatri*. Yurdakök M, Deren Ö, Yiğit Ş, Özyüncü Ö, Korkmaz A Eds. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, **2012**: vii.

44. **Brown DS, Lyerly DA, Little OM, Lantos DJ**. Paediatrics-based fetal care: unanswered ethical questions. *Acta Pædiatrica,* **2008**: 97(12): 1617–1619. Erişim Tarihi: 15.02.2016. Erişim Adresi:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829752/pdf/nihms87112.pdf

45. Concise Medical Dictionary. Oxford Reference. Erişim Tarihi: 11.01.2017. Erişim Adresi: http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-8155?rskey=KORhX7&result=2

46. Medical Dictionary. E medicine health. Erişim Tarihi: 11.01.2017. Erişim Adresi: http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=11900

47. **Swedish National Council On Medical-Ethics.** Prenatal Diagnosis: the Ethics. **2006**. Erişim Tarihi: 29.06.2016. Erişim Adresi: http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/04/Prenatal-diagnosis-the-Ethics.pdf

48. **Dilek TUK**. Prenatal Tanı Sunuş. Talat Umut Kutlu Dilek (umutdilek@gmail.com) - Çetin Okuyaz (okuyazc@superonline.com) – Selda Okuyaz (okuyazs@hotmail.com) özel yazışma. 18.02.2011.

49. **Cockell A, Rodeck C.** Prenatal tanı. Harper J.C, Delhanty JDA, Handyside AH Eds. Başaran N. Çev Ed. *Preimplantasyon Genetik Tanı Kitabı*. İstanbul: Güneş&Nobel, **2005**: 29-47.

50. **Harper J**. Başaran N Çev. Preimplantasyon genetik tanının tarihçesi. Harper J.C, Delhanty JDA, Handyside AH Eds. Başaran N Çev Ed. *Preimplantasyon Genetik Tanı Kitabı*. İstanbul: Güneş&Nobel, **2005:** 3-13.

51. **World Health Organization Human Genetics Programme.** Review of Ethical Issues in Medical Genetics. Report of Consultants to WHO: Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, Switzerland, **2003**. Erişim Tarihi: 13.01.2017. Erişim Adresi: http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical_issuesin_medgenetics%20report.pdf

52. **Baeburn S.** Çev: Özkınay F. Genetik danışma. Harper J.C, Delhanty JDA, Handyside AH Eds. Çev Editor: Başaran N. *Preimplantasyon Genetik Tanı*. İstanbul: Güneş&Nobel, **2005**: 49-56.

53. The Free Dictionary By Farlex. Erişim Tarihi: 11.01.2017. Erişim Adresi: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/prenatal+counseling

54. **SOGC Committee.** SOGC Committee Opinion. Counselling Considerations for Prenatal Genetic Screening. *J Obstet Gynaecol Can*, **2012**; 34(5): 489–493. Erişim Tarihi: 11.01.2017. Erişim Adresi: https://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/gui277CO1205E.pdf

55. **Dickenson LD.** *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine*. First Edition, Cambridge UK, The pres syndicate of the University of Cambridge, **2002.**

56. **Hudgins L, Cassidy SB.** Congenital anomalies. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC Eds. *Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of Fetus and Infant*. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier MOSBY, **2006**: 561-582.

57. **Aydın E**. *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitapevi, **2006**.

58. **Demirhan Erdemir A.** Genetik hastalıklarda genetik danışman, hasta ilişkileri ve etik ikilemler. Erdemir Demirhan A, Öncel Ö, Aksoy Ş Eds. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Kitapevleri, **2003**: 252-275.

59. **Aydın E**. *Tıp Etiğine Giriş*. Ankara: Pegem Yayıncılık, **2001**.

60. **Mungan MT, Akipek Öcal Ş**. Gebe ve hekim ilişkisi. Beksaç S, Akipek Öcal Ş, Katoğlu T, Şenocak Z, Şuğle MA Eds**.** *Doğum Hekimliği, Maternal- Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut.* Ankara: Medikal Network, **2004**: 109-118.

61. **Antony J.** Obstetrik hastanın kritik bakımı. Tanır MH Çev. James D, Steer P.J, Weiner P.C, Gonik B Eds. Güner H Çev Ed. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri.* 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**: 1624-1640.

62. **Hacker NF.** Özsoy M, Özgönen H Çev. Servikal displazi ve kanser. Hacker NF, Moore JG, Gambone JC Eds. Üstün C, Koçak İ Çev Ed. *Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri*. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. **2009**: 447-458.

63. **Smith R**. Genetik ve endokrin durumlar. Yoldemir T Çev. Erenus M, Yoldemir T Çev ed. *Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Doğum*. Ankara: Güneş Kitapevi, **2008**: 354-359.

64. **Wilkinson D, de Crespigny L, Xafis V.** Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, **2014**: 19: 306-311. Erişim Tarihi: 23.12.2016. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339700/pdf/main.pdf

65. **Schwartz S.** Genetic aspects of perinatal disease and prenatal diagnosis. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC Eds. *Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of Fetus and Infant*. 8th Edition, Philadelphia: Elsevier MOSBY, **2006**: 113-140.

66. **Pawelec M, Dżugalik M, Pietras J, Bełza Ł, Latkowski Ł.** Medical and Ethical Considerations

Related to Viable Fetusas with Trisomy 13 in the 36th Week of Pregnancy – a Review of the Literature. *Adv Clin Exp Med*, **2015**: 24(5): 911–921. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2015/24/5/911.pdf

67. **Fogu G, Maserati E, Cambosu F, Moro MA, Poddie F, Soro G, Bandiera P, Serra G, Tusacciu G, Sanna G, Mazzarello V, Montella A.** Patau syndrome with long survival in a case of unusual mosaic trisomy 13. *European Journal of Medical Genetics*, **2008**: 51: 303-314. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/5353849_Patau_syndrome_with_long_survival_in_a_case_of_unusual_mosaic_trisomy_13

68. **Balkan M, Erdemoğlu M, Alp MN, Budak T**. Patau Sendromlu Bir Prenatal Tanı Olgu Sunumu. *Dicle Tıp Dergisi*, **2008**; 35(2): 145-148. Erişim Tarihi: 19.12.2015. Erişim Adresi: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/dicletip/article/viewFile/5000104179/5000097302

69. **Faienza MF, Ventura A, Colucci S, Cavallo L, Grano M, Brunetti G.** Bone fragility in Turner syndrome: mechanisms and prevention strategies. *Frontiers in Endocrinology*, **2016**: 7(34): 1-8. Erişim Tarihi: 03.10.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4844601/pdf/fendo-07-00034.pdf

70. **Mavinkurve M, O'Gorman CS**. Cardiometabolic and vascular risks in young and adolescent girls with Turner syndrome. *BBA Clinical*, **2015**: (3): 304–309. Erişim Tarihi: 03.10.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661589/pdf/main.pdf

71. **Atton G, Gordon K, Brice G, Keeley V, Riches K, Ostergaard P, Mortimer P, Mansour S**. The lymphatic phenotype in Turner syndrome: an evaluation of nineteen patients and literature revie. *Eur J Hum Genet*, **2015**: 23(12): 1634–1639. Erişim Tarihi: 03.10.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486366/pdf/emss-61745.pdf

72. **Wasserman D, Asch A.** Reproductive medicine and Turner syndrome: ethical issues. *Fertility and Sterility*, **2012**: 98(4): 792-796.

73. **Saal M.H.** Prenatal diagnosis: when the clinician disagrees with the patient's decision. *American Cleft Plate-Craniofacial Journal*, **2002**; 39 (2): 174- 178. Erişim Tarihi: 27.10.2016. Erişim Adresi: http://www.cpcjournal.org/doi/pdf/10.1597/1545-1569%282002%29039%3C0174%3APDWTCD%3E2.0.CO%3B2

74. **Boland R.** Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reproductive Health Matters*, **2010**; 18(36): 1–23. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/rhm36_521.pdf

75. **Boland R, Katzive L.** Developments in Laws on Induced Abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, **2008**; 34(3): 110–120. Erişim Tarihi: 10.02.2016. Erişim Adresi:

https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3411008.pdf

76. **Center For Reproductive Rights.** The World's Abortion Laws, 2014. Erişim Tarihi: 17.04.2017. Erişim Adresi: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF

77. **Center For Reproductive Rights.** Safe and Legal Abortion ıs a Woman's Human Right. Erişim Tarihi: 17.04.2017. Erişim Adresi: http://worldabortionlaws.com/about.html

78. **Finer L, Fine JB.** Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *American Journal of Public Health*, **2013**: 103 (4): 585-589. Erişim Tarihi: 17.04.2017. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673257/pdf/AJPH.2012.301197.pdf

79. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. *27.05.1983 Tarihli ve 18059 Sayılı Resmî Gazete.* Erişim Tarihi: 14.10.2015. Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf

80. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesine ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Erişim Tarihi: 14.10.2015. Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.837395.pdf

81. Türk Ceza Kanunu. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf

82. **Hakeri H**. *Tıp Hukuku*. 3. Baskı, İstanbul: Seçkin Yayınevi, **2010**: 412-434.

83. **Şenocak Z**. Mevzuat. Beksaç S, Akipek Öcal Ş, Katoğlu T, Şenocak Z, Şuğle MA Eds**.** *Doğum Hekimliği, Maternal- Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut*. Ankara: Medikal Network, **2004**: 38-47.

84. **Sert G.** *Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul: **2013**. Erişim Tarihi: 23.05.2017. Erişim Adresi: http://www.ikgv.org/pdf/Ureme_Haklarinin_Yasal_Temelleri_ve_Etik_Degerlendirme.pdf

85. **Sert G.** Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1. Basım. **2012**. Erişim Tarihi: 23.05.2017. Erişim Adresi: http://www.hayad.org.tr/wp-content/uploads/2014/11/Vakalarla-Turkiyede-Ureme-Hakları.pdf

86. Türk Medeni Kanun'u. Erişim Tarihi: 23.12.2015. Erişim Adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf

87. **Hakeri H.** Tıp Hukukunda Kürtaj ve Sezaryen. İstanbul Barosu. *Kadın Vücut Bütünlüğüne Hukuki ve Tıbbi Yaklaşım.* İstanbul Barosu Yayınları. **2013**. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: http://www.istanbulbarosu.org.tr/Yayinlar/BaroKitaplari/KADIN122013B.pdf

88. **Tek GS.** Türk hukukunda kadının vücudu üzerindeki tasarruf hakkımı sınırlayan düzenlemeler. *Kadın Vücut Bütünlüğüne Hukuki ve Tıbbi Yaklaşım.* İstanbul Barosu Yayınları. **2013**. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: http://www.istanbulbarosu.org.tr/Yayinlar/BaroKitaplari/KADIN122013B.pdf

89. **Ögenler O**. *Soranus'dan Sabuncuoğlu'na Anadolu'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliği*. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Türkiye, **2009**.

90. **Çokar M**. *Kürtaj*. Babil Yayınları, İstanbul: **2008**.

91. **Şahinoğlu S**. Tıp etiği: konuları ve sınıflandırması. *Bilimden Felsefeye Akademik Bir Çevrenin Serüveni Bilim ve Bilimsel Felsefe Çevresi Bilim ve Gelecek Kitaplığı 20*. Der: Şahinoğlu S, Arapgirlioğlu K, Çelebi H, Örs Y. 7 Renk Basım Yayın ve Filmcilik Ltd. Şti. Ankara, **2011**.

92. **Çobanoğlu N**. Kürtaj: sosyal ve etik boyutlarıyla. *Tıp Etiği*. 1.Baskı, Ankara: İlke Yayınevi, **2007**: 168-175.

93. Hukuki Açıdan Açıklamalara Dayanak Uluslararası Hukuk Normları. *Kadın Vücut Bütünlüğüne Hukuki ve Tıbbi Yaklaşım.* İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları. **2013**. Erişim Tarihi: 18.02.2016. Erişim Adresi: http://www.istanbulbarosu.org.tr/Yayinlar/BaroKitaplari/KADIN122013B.pdf

94. **Işıl Ülman Y.** Yaşamın başlangıcı ile ilgili tıp etiği sorunları. *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*. Sarı N, Altıntaş A, Başağaoğlu İ, Özaydın Z, Doğan H, Ülman IY, Dinç G, Hot İ Eds. İstanbul: Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, **2007**: 371-379.

95. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim Tarihi: 30.03.2016. Erişim Adresi: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf

96. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun No: 5013, Kabul Tarihi: 3.12.**2003**. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html

97. **Timuroğlu V**. *İnsan Hakları Sözlüğü*. Ankara: Özkan Matbaacılık, **2007**.

98. **Nuttall J.** *Ahlak Üzerine Tartışmalar*. Yılmaz A Çev. 1.Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1997**.

99. **Harris J**. *Hayatın Değeri: Tıp Etiğine Giriş*. Sertabiboğlu S Çev. 1.Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1998**.

100. **Özlem D**. *Etik Ahlak Felsefesi*. 2. Baskı, İstanbul: Say Yayınları. **2010**.

101. **Callahan JC Ed**. *Reproduction, Ethics, and The Law Feminist Perspectives*. Indiana University Press Bloomington and Indianapolis: **1995**.

102. **User İ.** Biyoteknolojiler ve Kadın Bedeni. *Dişillik, Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni.* İnceoğlu Y, Kar A Eds., İstanbul: Ayrıntı Yayınları **2010:** 133-166.

103. **Akarsu B.** *Felsefe Terimleri Sözlüğü.* 9. Baskı, İstanbul: İnkılap Yayınları, **1998**.

104. **Kuçuradi İ**. *Etik.* Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, **2006.**

105. **Hançerlioğlu O**. *Felsefe Ansiklopedisi(A-D)*. 4. Baskı, İstanbul Remzi Kitapevi, **2005.**

106. **Kuçuradi İ**. *İnsan ve Değerleri*. 4. Baskı, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu: **2010.**

107. **Billington R**. *Felsefeyi Yaşamak*. 2. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **2011.**

108. **Yılmaz E.** *Öğrenciler İçin Hukuk Sözlüğü.* 4. Basım, Yetkin Yayınları, Ankara, **2010**: 425.

109. **Akıntürk T**. *Hukuka Giriş*. Okan N Ed. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1359, Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 726, 6. Baskı, Eskişehir; **2002.**

110. **Akarsu B**. *Mutluluk Ahlakı*. 3. Baskı, İstanbul: İnkılap Kitabevi, **1998**.

111**. Çokar M**. Benim bedenim, benim kararım: isteyerek düşüğün yasaklanmasına karşı sivil tepkinin etik boyutu. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **Kasım 2011**: 10 (Özel sayı Düşükler): 94-105. Erişim Tarihi: 17.12.2015. Erişim Adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/özel% 20sayı% 201.pdf_2012.pdf

112. *Sosyal Bilimler El Sözlüğü*, Arda E, Kılıçgedik N, Bakan S, Bakan İ, Kemer B Eds. İstanbul: Alfa Yayıncılık, **2003**: 329.

113. **Cevizci A.** *Eğitim Sözlüğü*. 1.Baskı, İstanbul: Say Yayınları, **2010.**

114. **Kadıoğlu FG**. Diş Hekimliği karar verme süreçlerinde etik. *H.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Asistan Etik Eğitimi, 21-23 Şubat **2015** Sunuşu***.*** Erişim tarihi: 23.07.2015. Erişim adresi: http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/daset_15_bahar/etik_karar_verme.pdf

115. **Muir N.** Clinical decision-making: theory and practice**.** *Nursing Standard*, **2004**; 18(36): 47-52.

116. **Kadıoğlu F, Kadıoğlu S.** Klinik uygulamada etik karar verme süreci. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Eds. *Klinik Etik*. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, **2001**: 44-64.

117. **Borlandi M, Boudon R, Cherkaoui M, Valade B.** Arıbaş B Çev. *Sosyolojik Düşünce Sözlüğü*. 1.Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, **2011**: 388-391.

118. **Cüceloğlu D**. *İnsan ve Davranışı*. 25. Baskı, İstanbul: Remzi kitapevi, **2012.**

119. **Heller A.** *Bir Ahlak Kuramı*. Yılmaz A, Tütüncü K, Demirel E Çev., İstanbul: Ayrıntı Yayınları: **2006.**

120. **Namal A**. Etik ikilemlere yaklaşımda yöntem kullanımı üzerine. Hatemi H, Doğan H Eds. *Medikal Etik. 9*. İstanbul: Yüce Yayım, **2010**: 33-42.

121. **James LB.** Resolving Ethical Dilemmas.*Ethical Issues in Neurology*. 3. Baskı, Philadelphia, USA: Lippcott Williams & Wilkins Wolters Kluwer Health, **2008**: 134-147.

122. **Changeux JP.** *Etiğin Doğal Temelleri*. Çev: Acar N., İstanbul: Doruk Yayınları, **2002.**

123. **Kadıoğlu S.** Deontoloji Ders Notları. **2003.** Yayımlanmamış.

124. **Burkhardt M, Nathaniel A**. Etik karar verme. Alpar EŞ, Bahçecik N, Karabacak Ü Çev Ed. *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. Eds. Burkhardt MA. 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2013**: 116-146.

125. **Cüceloğlu D**. *İyi Düşün Doğru Karar Ver, Etkili Yaşamın Temel Boyutları Üzerine Yakup Bey'le Söyleşiler*. İstanbul: Sistem Yayıncılık, **1993**.

126. *Kadın Hareketlerinin Kurumlaşması Fırsatlar ve Rizikolar.* Akkent M Çev. İstanbul, Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı. Metis Yayınları. **1994**.

127. **Doğan H.** *Tıp Etiğinde Kliniğe Geçiş, Sağlıklı Kararlar İçin Pratik Bir Rehber*. İstanbul: Yüce Yayım, **2010**.

128. **Yıldırım G, Kadıoğlu S.** Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,**2007**; 29 (2): 7-12.

129. **Doğan H.** Klinik etik uygulamalarda metodoloji. *Klinik Etik*. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Eds. *Klinik Etik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2001**: 26-35.

130. **Lyndon GAW, Gregory FPS**. Clinical decision-making to facilitate appropriate patient management in chiropractic practice: 'the 3-question model'. *Chiropr Man Therap*, **2012**; 20: 6. Erişim Tarihi:16.12.2015. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3316132/pdf/2045-709X-20-6.pdf

131. **Aydın İ.** *Etik karar verme.* Erişim tarihi: 22.12.2015. Erişim Adresi: www.osmangazihem.gen.tr/etik/etik_karar_verme.ppt

132. **Kadıoğlu Taşdemir FG.** Tıbbi Etik Açısından Dişhekiminin Karar Sorunu. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, **1994**: 2 (2): 89-91.

133. **Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ**. *Clinical Ethics a Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Seventh edition*, USA: The McGraw-Hill Companies, **2010**.

134. **Demirhan Erdemir A.** Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. Erdemir Demirhan A, Öncel Ö, Aksoy Ş Eds. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Kitapevleri, **2003**:130-139.

135. **Okay A.** *Sağlık İletişimi.* İstanbul: Media Cat Kitapları Kapital Medya Hizmetleri, **2009**: 101-109.

136. **Murry E, Pollack L, White M, Lo B**. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. *BMC Family Practice*, **2007**; 8: 10. Erişim Tarihi: 09.12.2016 Erişim Adresi: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-8-10.pdf

137. **Tepe H.** *Etik ve Meslek Etikleri -Tıp, Çevre, İş, Basın, Hukuk ve Siyaset-*. , Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları: **2000**.

138. **Tepe H**. *Pratik Etik Etiğin Pratik Sorunları*. BilgeSu Ankara, **2016.**

139. **Pieper AM**. *Etiğe Giriş*. Atayman V, Sezer G. Çev. İstanbul: Ayrıntı Yayınları,**1999.**

140. **Kadıoğlu FG, Can R, Okuyaz S, Yalçın SÖ, Kadıoğlu NS.** Physicians' attitudes toward clinical ethics consultation: a research study from Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences,* **2011**; 41(6): 1081-1090. Erişim Tarihi: 16.08.2016. Erişim Adresi: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tbtkmedical/article/view/5000026922/5000027159

141. **Yıldırım G.** Sağlık *Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri.* Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Türkiye, **2008**.

142. **Okuyaz S**. *Ortak ve farklı yönleri ile etik kodlar*. Seminer. **2008**.

143. **Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi, Williams JR.** *Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı*. M. Civaner Çev, Ankara: TTB yayınları-Ankara Tabip Odası, **2005**.

144. **Sugarman J, Sulmasy DP Eds,** *Methods in Medical Ethics.* Second Edition. Washington, D.C: Georgetown University Press, **2010**.

145. **Uzel İ.** *"Etik" Toplumda ve Gündelik Yaşamda Yeri ve Önemi*. Yayımlanmamış. Erişim Tarihi: 17.04.2015. Erişim Adresi: http://ilteruzel.com/etik.pdf

146. **Borry P, Schotsmans P, Dierickx K.** What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? A ethical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, **2004**; 7(1): 41-53.

147. **Smith M, Higgs J, Ellis E.** Factors influencing clinical decision making. *Clinical Reasoning And Decision Making* –nature and contex: 89-100. Erişim tarihi: 21.01.2015. Erişim Adresi: http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780750688857/9780750688857.pdf

148. **Shi H, Lyons-Weiler J**. Clinical decision modeling system. *BMC Medical Information and Decision Making,* **2007**; 7: 23. Erişim tarihi: 21.01.2015. Erişim Adresi: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-7-23.pdf

150. **Chervenak FA, McCullough B**. *The Professional Responsibility Model of Perinatal Ethics*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG. Berlin/Boston. **2014**: Ebook. Erişim Adresi: https://play.google.com/books/reader?printsec=frontcover&output=reader&id=GHHnBQAAQBAJ&pg=GBS.PP10

151.**Gross ML**. After Feticide: Coping with Late-Term Abortion in Israel, Western Europe and the United States. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. **1999**; 8: 449-462.

152. **Farndon PA, Kilby MD.** Kadayıfçı O, Ürünsak İF, Ünal EA Çev. Genetik, riskler ve genetik danışmanlık. James D, Steer P.J, Weiner P.C, Gonik B Eds. Güner H Çev Ed. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri*. 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**: 43-63.

153. **Yeo L, Vintzileos MA.** Fetal Anormallikler için İkinci Trimester Taraması. Başaran A, Önderoğlu Çev. L.S. James D, Steer P.J, Weiner P.C, Gonik B Eds. Güner H Çev Ed. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri.* 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**: 157-190.

154. **Kerzin-Storrar L, Vause S.** Anormal fetal tarama veya tanı testi sonuçlarında yönetim ve danışmanlık. Arıoğlu PF, Şen C Çev. James D, Steer PJ, Weiner PC, Gonik B Eds. Güner H Çev Ed. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri.* 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**: 191-208.

155. **Genç Z, Erdemir A**. *Genetik Sorunlar ve Tıbbi Genetik*. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, **1997.**

156. **Kadıoğlu FG.** Tıbbi Karar Sürecinde Hastanın Artan Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, **2012**; *20*(2): 69-73.

157. **Aydın E, Ersoy N**. Klinikte karar verme süreci. *Klinik Tıbbi Etik*, **1995**: 12.

158. **Steinbock B.** *Abortion.* Life Before Birth The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses. Second Edition. Oxford University Press, Newyork. 2011: 54-62. Ebook.

159. **Cevizci A.** Biyoetik. *Uygulamalı Etik*. İstanbul: Say Yayınları, **2013**: 89-120.

160. **Burkhardt M, Nathaniel A**. Değerlerin Aydınlatılması. Alpar EŞ, Bahçecik N, Karabacak Ü Çev Ed. *Çağdaş Hemşirelikte Etik.* Eds Burkhardt MA. 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2013**: 82-97.

161. **Edisan Z, Kadıoğlu FG.** Engelli Bireylerin Yaşam Hakkı: Peter Singer'in Yaklaşımına Eleştirel Bakış. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe.* Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, **2009**: 339-344.

162. **Kadıoğlu S.** Hayatın Değeri Umulmadık Bir Kapıdan ya da Aykırı bir Kılavuzla Tıp Etiğine Giriş. *Türkiye Klinikleri Tıp Dergisi*, **2000**; 8 (1): 60 – 61.

163. **Demirhan Erdemir A.** Tıp Etiği İlkeleri. *Tıp Etiğinde Esaslar (İlkeler, Haklar ve Hekim- Hasta İlişkileri Bağlamında) (Olgu Örnekleriyle Klinik Etik Gözlemler)*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2015**: 3-42.

164. **The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.** *The Belmont Report, Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research Appendix Volume I,* **1975**. Erişim Tarihi: 01.05.2017. Erişim Adresi: https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_1.pdf

165. **Heyd D.** Prenatal diagnosis: whose right? *Journal of Medical Ethics*, **1995**; 21: 292-297.

166. **De Silva DC, Jayawardana P, Hapangama A, Suraweera EGDN, Ranjani D, Fernando S, Karunasena C, Jinadasa S**. Attitudes toward prenatal diagnosis and termination of pregnancy for genetic disorders among healthcare workers in a selected setting in Sri Lanka. *Prenatal Diagnosis*, **2008**: 28: 715-721. Erişim Tarihi: 19.08.2016. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2021/abstract

167. **Savulescu J.** Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion. *Journal of Medical Ethics*, **2001**; 27: 165-171 Erişim Tarihi: 16.08.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733410/pdf/v027p00165.pdf

168. **Boyle RJ, Savulescu J.** Prenatal diagnosis for "Minor" genetic abnormalities is ethical. *The American Journal of Bioethics*, **2003**; 3(1): 60-65.

169. **Arda B**. Etik açıdan fetus ve yenidoğan. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **1998**; 41: 395-402.

170. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, **2010**. Erişim Tarihi: 09.02.2017. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf

171. **Atasay B, Arslan S.** Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. *Sted*, **2001**; 10 (12): 457.

172. **Topçu E, Yalım Y**. Preimplantasyon genetik tanının öjeniye ve insanın araçsallaştırılmasına yol açıp açmayacağının tıp etiği açısından yamaç, aşağı kayma argümanı ile değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **2015**; 2 (3): 187-201. Erişim Tarihi: 23.02.2017. Erişim Adresi: https://www.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB-52824-ORIGINAL_ARTICLE-TOPCU.pdf

173. **Okuyaz S, Kadıoğlu FG.** Türk Tabipleri Birliği'nin, Amerikan Tıp Birliği'nin ve İngiliz Tıp Birliği'nin Boşuna Tedavi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. 21.Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri Etik ve Hukuksal Yönler 2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi-Bildiri Kitabı. Erdemir Demirhan A, Erer S, Öncel Ö. Eds. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, **2009**: 317-329.

174. **Edisan Z**. *Tıp Etiği Açısından Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi.* Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Türkiye, **2014**.

175. **WMA.** *WHOQOL Measuring Quality of Life.* **1997**. Erişim tarihi: 21.11.2016. Erişim Adresi: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

176. **Erbaş H, Evsel G.** Yeni Annelikler ve Yeni Öjeni: Sosyolojik Bir Değerlendirme. *Biyoetik Araştırmaları.* Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XV, İstanbul. **2012:** 337-345.

177. **Ersoy N**. Yaşamın sonuna ilgili etik konular: I. Erdemir Demirhan A, Öncel Ö, Aksoy Ş Eds. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2003**: 328-357.

178. **Wilkinson DJC, Thiele P, De Crespigny L.** Fatally flawed? A review and ethical analysisof lethal congenital malformations. *BJOG*, **2012**; 119: 1302–1308. Erişim Tarihi: 13.01.2017. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03450.x/epdf

179. **Gülova Özsoy S**. Meta olarak annelik. *Biyoetik Araştırmaları*. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No:XV, İstanbul. **2012:** 299-312.

180. **TJOD.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Açısından Etik Konuları. Erişim Tarihi: 13.06.2016. Erişim Adresi: http://www.tjod.org/kadin-hastaliklari-ve-dogum-hekimligi-acisindan-tibbi-etik-konulari/

181. **Little JC.** Psychiatrists Atitudes To Abortion. *British Medical Journal*, **1972**; 110. Erişim Tarihi: 13.09.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1789305/pdf/brmedj02184-0064d.pdf

182. **CMA**. CMA abortion survey Therapeutic abortion and the criminal code: physician opinion survey. *Can Med Assoc J*, **1983**; 129: 261-272. Erişim Tarihi: 13.09.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1875104/pdf/canmedaj01396-0047.pdf

183. **Dunn WM, Shaw RW.** Medical ethics: a survey of general practitioners' attitudes. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, December **1983**; 763-767. Erişim Tarihi: 01.08.2016. Erişim Adresi http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971081/pdf/jroyalcgprac00084-0014.pdf

184. **Marteau T, Drake H, Bobrow M.** Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: the differing approaches of obstetricians, clinical geneticists, and genetic nurses. *J Med Genet*, **1994**; 31: 864-867. Erişim Tarihi:13.09.2016. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1016660/pdf/jmedgene00001-0048.pdf

185. **Drake H, Reid M, Marteau T.** Attitudes towards termination for fetal abnormality: comparisons in three European countries. *Clin Genet*, **1996**; 49: 134-140.

186. **Carnevale A, Lisker R, Villa AR, Casanueva E, Alonso E.** Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: comparison of different clinical specialists in Mexico. *Am J Med Genet*, **1997**; 69(1): 23-8.

187. **Norup M.** Attitudes towards abortion among physicians working at obstetrical and paediatric departments in Denmark. *Prenatal Diagnosis*, **1998**; 18: 273-280.

188. **Aiyer AN, Ruiz G, Steinman A, Ho GYF**. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstetrics & Gynecology*, **1999**; 93(4): 576-580. Erişim Tarihi: 18.08.2016. Erişim Adresi: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/1999/04000/Influence_of_Physician_Attitudes_on_Willingness_to.20.aspx#

189. **Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, Vonderweid U, Hansen G, Kaminski M, Kollee LAA, Kucinskas A, Lenoir S, Levin A, Persson J, Reid M, Saracci R.** Neonatal end-of-life decision making Physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European Countries. *JAMA*, **2000**; 284 (19): 2451-2459. Erişim Tarihi: 08.08. 2016. Erişim Adresi: http://eutanasia.ws/hemeroteca/t367.pdf

190. **Biomedical and Health Research Programme (BIOMED 2)**. Developments of Perinatal Technology and Ethical Decision-Making during Pregnancy and Birth: the Obstetricians' Perspective (EUROBS Project). FINAL REPORT: Part B. Contract N° BMH4-CT98-3376. **2002.** Erişim Tarihi: 08.10.2016. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/bmh4_ct98_3376_partb.pdf

191. **Francome C, Freeman E.** British General Practitioners' Attitudes Toward Abortion. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, **2000**; 32(4): 189-191. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2000/07/british-general-practitioners-attitudes-toward-abortion

192. **Hemminki E, Toiviainen H, Santalahti P.** Views of Finnish doctors on fetal screening**.** *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2000**; 107: 656-662. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13309.x/full

193. **Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, Cuttini M.** Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*, **2002**; 22: 811-817.

194. **Cignacco E.** Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nurs Ethics*, **2002**; 9(2): 179-91: 191-3.

195. **Rehan N.** Attitudes of health care providers to induced abortion in Pakistan. *JPMA Journal of Pakistan Medical Association*, **2003**; 53(7): 293. Erişim tarihi: 07.12.2016. Erişim Adresi: http://jpma.org.pk/PdfDownload/224.pdf

196. **Doğan H, Şahinoğlu S.** Fetusas with neural tube defects: ethical approaches and the role of health care professionals in Turkish health care institutions. *Nursing Ethics*, **2005**; 12(1): 59-78. Erişim Tarihi: 12.08.2016. Erişim Adresi: http://nej.sagepub.com/content/12/1/59.long

197. **Statham H, Solomou W, Green J**. Late termination of pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2006**; 1402-1411. Erişim tarihi: 17.08.2016. Erişim adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01144.x/epdf

198. **Garel M, Etienne E, Blondel B and Dommergues M.** French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenat Diagn*, **2007**; 27: 622–628. Erişim Tarihi: 05.08.2016. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.1755/epdf

199. **Szymanska M, Knapp P.** Opinions of gynaecologists on prenatal diagnostics in first/second trimester and abortion--ethical aspect. *Adv Med Sci*, **2007**; 52: 182-5.

200. **Karimi M, Bonyadi M, Galedari RM, Zareifar S.** Termination of pregnancy due to Thalassemia major, Hemophilia and Down's syndrome: the views of Iranian physicians. *BMC Medical Ethics*, **2008**; 9: 19. Erişim Tarihi: 19.08.2016. Erişim Adresi: http://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-9-19

201. **Harries J, Stinson K, Orner P.** Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*, **2009**; 9:296. Erişim tarihi: 16.08.2016. Erişim adresi: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-296.pdf

202. **Phadke SR, Agarwal M and Aggarwal S.** Late termination of pregnancy for fetal abnormalities: The perspective of Indian lay persons and medical practitioners. *Prenat Diagn*, **2011**; 31: 1286–1291. Erişim Tarihi: 05.08.2016. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2887/pdf

203. **Utine GE, Kiper PÖ, Salancı BV, Alanay Y, Aktaş D, Alikaşifoğlu M, Boduroğlu K, Tunçbilek E.** Opinions of Turkish Physicians towards termination of pregnancy for fetal disorders. *Genetic Counseling*, **2011**; 22(4): 401-409.

204. **Janvier A, Couture E, Deschenes M, Nadeau S, Barrington K, Lantos J.** Health care professionals' attitudes about pregnancy termination for different fetal anomalies. *Paediatr Child*

Health, **2012**; 17(8): 65-67. Erişim Tarihi: 19.08.2016. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474393/

205. **Rimon-Zarfaty N, Jotkowitz A.** The Israeli abortion committees' process of decision making: an ethical analysis. J Med Ethics, **2012**; 38: 26-30. Erişim Tarihi:17.04.2015. Erişim Adresi: http://jme.bmj.com

206. **Christensen A V, Christiansen A H, Petersson B**. Faced with a dilemma: Danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *Scand J Caring Sci*, **2013**; 27: 913–920. Erişim Tarihi: 05.08.2016. Erişim Adresi: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12004/epdf

207. **Brown DS, Donelan K, Martins Y, Sayeed AS, Mitchell C, Buchmiller TL, Burmeister K, Ecker JL**. Does professionel orientation predict ethical sensitivities? Attitudes of paediatric and obstetric specialists toward fetusas, pregnant women and pregnancy termination. *J. Med Ethics*, **2014**; 117-122. Erişim Tarihi: 05.08.2016. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23572566

208. **Wilkinson DJC, de Crespigny L, Lees C, Savulescu J, Thiele P, Tran T, Watkins A.** Perinatal management of trisomy 18: a survey of obstetricians in Australia, New Zealand and the UK. *Prenatal Diagnosis*, **2014**; 34: 42–49. Erişim Tarihi: 01.08.2016. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3963474/pdf/pd0034-0042.pdf

209. **Black KI, Doudlas H, de Costa C.** Women's access to abortion after 20 weeks' gestation for fetal chromosomal abnormalities: Views and experiences of doctors in New South Wales and Queensland. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* **2015**; 55(2): 144-8.

210. **O'Grady K, Doran K, O'Tuathaigh CMP.** Attitudes towards abortion in graduate and non-graduate entrants to medical school in Ireland. *J Fam Plann Reprod Health Care*, **2016**; 42: 201–207. Erişim Tarihi:18.09.2016. Erişim Adresi: http://jfprhc.bmj.com/content/42/3/201.full.pd

211. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. Released **2011.**

212. **Sommer R.** Decision to know and decision to act. Fischmann T, Hildt E. Eds. *Ethical Dilemmas in Prenatal Diagnosis.* London New York: Springer Science+Business Media B. V. **2011**: 155-166.

213. **Macer DRJ.** Ethics and prenatal diagnosis. *Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention and Treatment,* Milunsky A. Eds. John Hopkins University Press 1998: 999-1024. Erişim Tarihi: 19.12.2015 Erişim Adresi: http://www.eubios.info/PAPERS/PRENATAL.htm

214. **German National Ethics Counsil**. Genetik diagnosis before and during pregnancy. Berlin: **2003**. Erişim tarihi: 15.12.2015. Erişim adresi: http://www.ethikrat.org/files/Opinion_genetic-diagnosis-before-and-during-pregnancy.pdf

215. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** *Termination of Pregnancy of Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales Report of a Working Party.* London: **2010**. Erişim Tarihi: 27.03.2017. Erişim adresi: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf

216. **ACOG.** ACOG Committee Opinion. *Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology*. Number 390. December **2007,** Reaffirmade **2013.** Erişim Tarihi: 16.12.2015. Erişim Adresi: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-onEthics/co390.pdf?dmc=1&ts=20151216T0403006564

217. **Lippman A.** Prenatal genetic testing and screennig: counstucting needs and reinforcing inequeities. *American Journal of Low &Medicine*, **1991**; 7(1&2): 15-50. Erişim Tarihi: 27.10.2016. Erişim Adresi: http://web.ntpu.edu.tw/~markliu/prenatal_genetic_testing.pdf

218. **Smolska A.** Selective abortion on the basis of prenatal genetic diagnosis: ethical problems faced by the doctor. Centrum för tillämpad etik Linköpings Universitet, Sweden: **2006**.

219. **Zlotogora J, Haklai Z, LeventhalA.** Utilization of prenatal diagnosis and termination of pregnancies fort he prevention of Down syndrome in Israel. *IMAJ*, **2007**; 9: 600-602. Erişim Tarihi: 27.10. 2016. Erişim Adresi: http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/46/23150.pdf

220. **Durukan H.** *İleri Maternal Yaş Grubundaki Gebelerde Artmış Anöploidi Riskini Belirlemede Biyokimyasal Risk Skorlaması ve Ultrasonografik İnceleme ile Rutin Amniyosentez ve Karyotip Analizinin Karşılaştırılması.* Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye, **2007**.

221. **Alan S.** Adana'da eğitim hastanelerinde sağlık hizmetini alanlar ile verenlerin özerkliğe saygı ve paternalizme yatkınlıkları. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Türkiye, **2005**.

222. **Falkum E, Forde R.** Patenalism, patient autonomy, and moral delibration in the physician- patient relationship Attitudes among Norwegian physicians**.** *Social Science and Medicine*, **2001**; 239-248. (Abstract).

223. **Kalaça Ç.** Tıbbi Girişimi Reddeden Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. **1994.**

224. **Köse AS**. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ndeki dört yıllık genetik amniyosentez sonuçlarının retrospektif bir analizi. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg*, **2005**; 12(2): 14-18. Erişim Tarihi: 07.12.2016. Erişim Adresi: http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/sdutfd/article/viewFile/966/1068

225. **Koyuncu FM, Tamay AG**. Fetal anomaliler: Anomalili fetusun takip veya terminasyon kriterleri ile terminasyon yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **2011**; 4(3): 192-198.

226. **Başaran S.** Sık görülen Anöploidilerin Noninvaziv Prenatal Taramasında cf-DNA Analizi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: http://tmftp.org/webkontrol/uploads/files/SEHER%20BAŞARAN_KOCAELİ%20BÖLGE%20TOPLANTISI%202014.pdf

227. **Özkınay F.** Talasemide prenatal tanıda karşılaşılan güçlükler ve prenatal tanı yöntemlerinde gelişmeler. *5. Uluslararası Talasemi Yaz Okulu*, **2008**: 53-60. Erişim Tarihi: 05.11.2016. Erişim Adresi: http://www.talasemifederasyonu.com.tr/pdf/5utyobilimsel/6prenentaltanida_guclukler_yontemler.pdf

228. **Koçak Eker H, Altungöz O, Sakızlı M, Altıntaş N.** Down sendromunun hızlı doğum öncesi tanısında d21s1411 kısa tandem tekrar (str) belirteci kullanılarak kantitatif floresan polimeraz zincir reaksiyonu (qf-pcr) tekniğinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast. Derg*, **2010**; 4(3): 140-149. Erişim Tarihi: 05.11.2016. Erişim Adresi: http://tchdergisi.org/index.php/tchd/article/viewFile/204/205

229. **Öztaş E, Özler S, Bakır A, Savaşçıoğlu Keskin İ, Uygur D.** Kliniğimizin üç yıllık CVS tecrübesi ve sonuçları. *İKSST Derg*, **2016**; 8(2): 81-87. Erişim Tarihi: 05.11.2016. Erişim Adresi: http://www.journalagent.com/iksst/pdfs/IKSST _8_2_81_87.pdf

230. **Tayyar M.** İnvaziv Prenatal Tanı Yöntemleri. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Erişim Tarihi: 21.12.2016. Erişim Adresi: http://slideplayer.biz.tr/slide/4260671/

231. **Gedikbaşı A, Gül A, Öztarhan K, Akın AM, Sargın A, Özek S, Kavuncuoğlu S, Ceylan Y**. Termination of pregnancy and reasons for delayed decisions. Gebelik sonlandırılması ve karar almada gecikme nedenleri. *J. Turkish-German Gynecol Assoc*, **2010**; 11: 1-7. Erişim Tarihi: 18.08.2016. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939299/pdf/jtgga-11-1-1.pdf

232. **Varol FG**. Prenatal tanıda etik ve yasal boyut. Beksaç S, Akipek Öcal Ş, Katoğlu T, Şenocak Z, Şuğle MA Eds**.** *Doğum Hekimliği, Maternal- Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut*. Ankara: Medikal Network, **2004**: 206-209.

233. **Kandel I, Merrick J**. Late termination of pregnancy, professional dilemmas. *The Scientific World Journal,* **2003**; 3: 902-912. Erişim Tarihi: 16.08.2016. Erişim Adresi: http://www.hindawi.com/journals/tswj/2003/357356/citations/

234. **Sayan A, Karaçay Ş, Okay T, Arıkan A**. Perinatoloji konsey sonuçları: 6 yıllık verilerin değerlendirilmesi. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, **2007**; 21(2): 68-73.

235. Consent and confidentiality in clinical genetic practice: Guidance on genetic testing and sharing genetic information A report of the Joint Committee on Medical Genetics 2nd edition September **2011**. Erişim Tarihi: 14.01.2017. Erişim Adresi: http://www.bsgm.org.uk/media/678746/consent_and_confidentiality_2011.pdf

236. **Gillon R**. Eugenics, contraception, abortion and ethics. *Journal of Medical Ethics,* **1998**; 24: 219-220. Erişim Tarihi: 23.12.2015. Erişim Adresi: http://jme.bmj.com/content/24/4/219.full.pdf+html

237. **Lawson K L, Pierson R A.** Maternal Decisions Regarding Prenatal Diagnosis: Rational Choices or Sensible Decisions? *J Obstet Gynaecol Can*. **2007**; 29(3): 240–246. Erişim Tarihi: 17.03.2017. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896965/pdf/nihms581.pdf

238. **Lippman A.** Prenatal_Genetic_Testing and Screenig: Constructing Need and Reinforcing Inequities. *American Journal of Law Medicine,* **1991**; 17(1&2): 15-49. Erişim Tarihi: 13.01.2017. Erişim Adresi: http://web.ntpu.edu.tw/~markliu/prenatal_genetic_testing.pdf

239. **WMA**. *Early Childhood Development and Disability*. **2012.** Erişim tarihi: 21.11.2016. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf

240. **Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler, Unesco, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu.** Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. *Türk Tabipleri Birliği Füsun Sayek TTB Raporları.* Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, **2009.** Erişim Tarihi: 10.01.2017. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler,2009.pdf

241. **WMA.** *WMA Declaration on Therapeutic Abortion.* Oslo, 1970, 1983, **2006**. Erişim Tarihi: 20.03.2017. Erişim Adresi: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a1/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]

242. **Sanchez L, Delke I.** Doğum indüksiyonu ve fetal anomaliler için gebeliğin sonlandırılması. Balcı O, Şimşek B, Çapar M Çev. James D, Steer P.J, Weiner P.C, Gonik B Eds. Güner H Çev Ed. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri.* 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, **2008**: 1392-1425.

243. **Edisan E, Kadıoğlu FG.** Ekonomik Ölüm: Etik Açıdan Eleştirel Bir Yaklaşım. 2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Bildiri Kitabı, Ed: Demirhan Erdemir A. Erer S, Öncel Ö. Ankara:

Nobel Yayınevi, **2009**; 445-451.

244. **Kaempf JW, Tomlinson M, Arduza C, Anderson S, Campbell B, Ferguson LA, Zabari M, Stewart VT.** Medical Staff Guidelines for Periviability Pregnancy Counseling and Medical Treatment of Extremely Premature Infants. *Pediatrics,* **2006**; 117: 22-29.

245. **Batton DG.** Antenatal Counseling Regarding Resuscitation at an Extremely Low Gestational Age**.** *Pediatrics,* **2009**; 124; 422-427.

246. **Birleşmiş Milletler.** Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi. **UNICEF 2004.** Erişim Tarihi: 09.12.2016. Erişim Adresi: https://www.unicef. org/turkey/pdf/_gi18.pdf

247. **İnceoğlu S**. *Ölme Hakkı (Ötanazi).* İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1999**.

248. **Karlıkaya E**. *"Etik Konsültasyon/danışmanlık" konusunda kliniklerde çalışan sağlık görevlilerinin tutum ve beklentileri.* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, **2007**.

249. **Aydın İ.** *Yönetsel, Mesleki ve Örgütsel Etik.* 3. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık, **2003**.

250. **Resnik DB**. *Bilim Etiği*. Çev Mutlu V. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **2004**.

251. **Kadıoğlu FG.** *Türk ve Batı Literatüründe Ortodonti Eğilimlerinin Karşılaştırılması.* Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Türkiye, **2007**.

252. **Gökarslan H.** *Kadın Hastalıkları ve Doğum.* Tıpta Uzmanlık Seçimi. Yoney H, Gogas Yavuz D. Eds. Marmara Üniversitesi yayınları, **2010**: 95-101. Erişim Tarihi: 21.03.2017. Erişim Adresi: http://www.marmaramedicaljournal.org/pdf/uzmanlik.pdf

253. **Aksoy Ş.** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Ders Notları **2010.** Yayımlanmamış.

254. **Çobanoğlu N**. Tıp Etiği Işığında Hasta Hekim İlişkisi. Sağlık ve İnsan, Mart. **2016**: 18-20. Erişim Tarihi: 21.03.2017. Erişim Adresi: http://saglikveinsandergisi.com/wp-content/uploads/2016/05/K.Konusu-51-2.pdf

255. **Güven T.** Tıp etiği açısından meslek ve profesyonellik kavramlarının incelemesi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2009**; 40: 84-88. Erişim Tarihi: 21.03.2017. Erişim Adresi: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2009/sayi_2/baslik5.pdf

256. **Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H**. Knowledge, Attitudes And Practice Of Healthcare Ethics and Law Among Doctors And Nurses in Barbados. *Biomed Centra, Medical Ethics*, **2006**; 7 (7). Erişim Tarihi: 24.03.2017. Erişim Adresi: http://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-7-7

EK-1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu

DOĞUM ve ÇOCUK HEKİMLERİNİN İKİNCİ TRİMESTER ve SONRASINDA GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA İLİŞKİN TUTUM VE BEKLENTİLERİ ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU

Doğum ve çocuk hekimlerinin ikinci trimester ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin görüşlerini ve yaklaşımlarını saptamak amacıyla düzenlenen bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı doktora tezi olarak Yar. Doç. Dr. Funda Kadıoğlu danışmanlığında doktora öğrencisi Dr. Selda Okuyaz tarafından yürütülmektedir. Katılımcıların kimlik bildiriminde bulunması istenmemektedir ve kişisel bilgileri gizli tutulacaktır. Derlenen veriler toplu olarak ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmamızın veri toplama formu ilki mesleki kimlik bilgilerinizle ilgili 10 diğer ikisi konuyla ilgili 20 soruyu içeren üç bölümden oluşmaktadır. İkinci bölüm ikinci trimester ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tıp etiği ile ilgili-bağlantılı durumlara; üçüncü bölümde ise örnek vakaların etik analizlerine ilişkin soruları içermektedir. Yanıtlama süresi yaklaşık olarak 20 dakika sürmektedir. İlginize teşekkür ederiz.

I. BÖLÜM

Yaşınız:. . . . . **Cinsiyetiniz:** K ( ) E ( )**Çocuğunuz var mı:**Var ( ) Yok ( )

Mezun olduğunuz tıp fakültesi ve mezun olduğunuz yıl: . . . . . .

Uzmanlık eğitimini aldığınız kurum ve uzman olduğunuz yıl: . . . . . .

Uzmanlık eğitimi aldığınız alan:

Kadın Hastalıkları ve Doğum ( )Varsa Yandal Uzmanlığınız: . . . . . .

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ( )Varsa Yandal Uzmanlığınız: . . . . . .

Akademik Unvanınız: Uzman ( ) Yardımcı Doçent( ) Doçent ( ) Profesör ( )

Görev yaptığınız kurum: Devlet Hastanesi ( )Özel Hastane ( )Üniversite Hastanesi ( )

Muayenehaneniz var mı: Var ( )Yok ( )

II. BÖLÜM

Lütfen, aşağıda yer alan her cümleyi okuyunuz ve altındaki beş seçenekten kendi görüşünüze en uygun olanı işaretleyiniz.

1- Hekim, hastaya prenatal tanı testlerini uygulamadan önce açıklama yapmalı ve test hasta istiyorsa yapılmalıdır.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

2- Prenatal tanı testlerinin sonuçları hakkında aileye genetik danışmanlık hizmetini genetik uzmanı, doğum hekimi, çocuk hekimi ve etik uzmanı birlikte vermelidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

3- Genetik danışmalık hizmetini veren hekim gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken yönlendirici olmalıdır.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

4- Sonlandırma kararını prenatal tanı testlerinin sonuçlarına dayandırmak güvenilir bir yaklaşımdır.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

5- Prenatal tanı testlerinin sonlandırma kararı gerektiren sonuçları sadece doğum hekimlerinden oluşan bir konseyde değerlendirilmelidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

6- Prenatal tanı testlerinin her gebeye uygulanması, toplumsal ölçekte anomalili doğumları engellenmesi açısından gereklidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

7- Sonlandırmaya ilişkin karar verme sürecinde sadece annenin yer alması yeterli olup babanın devreye sokulması gerekli değildir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

8- Sonlandırma kararında fetüsün yaşayabilirliği yaşam kalitesine göre daha önemli bir kriterdir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

9- Gebenin yaşam kalitesi fetüsün yaşamından daha değerlidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

10- Yaşamla bağdaşmayacak ağır bir anomalisi olan bebeğin, tıbbi ve sosyal açıdan yüksek bedelli olması sonlandırma için sağlam bir gerekçedir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

11- Hekimin dini görüşü gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutumunda etkilidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

12- Gebeliğin 25. haftasında ağır sekel bırakacak bir anomali ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir.

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

13- Gebeliğin 20. haftasında yaşamla bağdaşmayan anomali ile dünyaya gelen yenidoğana sadece temel yaşam desteği verilmelidir**.**

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

14- Gebeliğin 25. haftasında trizomi 13 ve konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelen yenidoğana ileri yaşam desteği verilmelidir**.**

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

15- Yasal düzenleme çerçevesinde Down Sendromu gibi kimi zaman hafif seyredebilecek bir genetik anomali nedeniyle, 20. haftaya kadar sonlandırma izni verilmesi, tartışmaya açık bir konudur**.**

a) çok katılırım b) katılırımc) kararsızımd) karşıyıme) çok karşıyım

III. BÖLÜM

İkinci trimester ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararınıza referans oluşturma açısından aşağıdaki seçeneklerin her birini, en fazla ağırlık ve öncelik sahibi olanı "5"puan, en az ağırlık ve öncelik sahibi olanı "1" puan olacak şekilde değerlendiriniz.

( ) Klinik deneyimim( ) Tıp etiği öğretim üyelerinden edindiğim görüşler
( ) Deneyimli meslektaşlarımın görüşleri( ) Akademik metinler
( ) Yasal düzenleme metinleri( ) Diğer…….

IV. BÖLÜM

Vaka 1- IVF yoluyla oluşan ikiz gebeliğin 16. haftasında rutin USG sonucunda fetuslardan birinde (fetüs A) ileri iskelet displazisi, anensefali saptanmış. 17. haftada ileri iskelet displasi mevcut olana fetüse fetosid uygulanmıştır. Ardından yapılan amniyosentez sonucunda diğer fetüsün (fetüs B) Turner Sendromu / 45X0 olduğu saptanmıştır. Gebeliğin devamına karar verilmiştir. 24. haftada fetüsün erken doğumu riski nedeniyle gebe hastaneye yatırılmıştır. Gebeliğin devamının sağlanması için yüksek dozda ilaçlar uygulanması nedeniyle gebe solunum sıkıntısı gibi bir takım klinik sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca gebe yaklaşık beş ayını hastane odasından çıkmadan geçirmesi nedeniyle psikolojik travma yaşamıştır. Bu bilgileri dikkate aldığınızda, sizce aşağıdakiler arasında en uygun yaklaşım hangisidir?

a)*Fetüs A' ya fetosid uygulanması ve Fetüs B' yle gebeliğe devam edilmesi kararı doğru bir karardır.*
b)*Fetüs B'yi ve gebeyi riske sokmamak için, Fetüs A ve Fetüs B ile gebeliğe devam edilmesi uygundur.*
c)*Her iki fetüse de fetosid uygulanması doğru bir karardır.*

Vaka 2- 22 yaşında ve ilk gebeliğinin 24. haftasında olan hastaya serviks kanseri tanısı konmuş ve henüz kendisine bildirilmemiştir. Fetüs sağlıklıdır, gebe bebeğinin doğmasını heyecanla beklemekte, eşine bir çocuk vermek istemektedir. Bu gibi durumlarda genel olarak önerilen yaklaşım, fetüsün akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar bekleyip doğumu gerçekleştirmek ve kadının tedavisine başlamaktır. Ancak hastalığın seyri agresif ve gebenin yaşamını tehdit edici potansiyele sahiptir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?

I. *Gebeliğin sürdürülmesi (kanser tedavisinin ertelenmesi) ya da gebeliğin sonlandırılması (kanser tedavisinin hemen başlatılması) konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaparak;*

a) *Kararı gebeye açıklama yapmadan tek başına alması ve gebeyi bu kararı kabul etmeye yönlendirmesi uygundur.*

b) *Durumu açık ve ayrıntılı olarak anlattıktan sonra kararı gebeye bırakması uygundur.*

c) *Hekimin gebeye açıklama yapmadan konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*

d) *Hekimin gebeye durumu açık ve ayrıntılı olarak anlatmasını takiben konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*

II. *Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;*

a) *Hastanın tedavisinin ertelenip fetüsün akciğer matürasyonunun yeterli hale geldiği 32. haftaya kadar beklenerek doğumun gerçekleştirilmesi doğru bir karardır.*

b) *Annenin yaşam kalitesi fetüsün yaşamından daha değerli olduğu için gebeliğin sonlandırılıp tedavinin hemen başlatılması doğru bir karardır.*

Vaka 3- Üçüncü çocuğuna hamile olan 40 yaşındaki kadının gebeliğinin 20. haftasında fetüsün Down Sendromlu olduğu tespit edilmiştir. Diğer iki çocuğu sağlıklıdır. Aile gebeliğin sonlandırılmasını istemektedir. Down Sendromlu bir çocuğa sahip olmanın diğer iki çocuğa haksızlık olacağını düşünmektedir. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?

I. *Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;*

a) *Ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sonlandırılmasını desteklemesi uygundur.*

b) *Ailenin Down Sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur.*

c) *Bu tür bir gebeliğin sonlandırılmasına kişisel olarak karşı ise gebeyi başka bir hekime yönlendirmesi uygundur.*

d)*Ailenin Down Sendromlu çocuklar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlayarak konuyu doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından alınması uygundur.*

II. *Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;*

a) *Ailenin kendi geleceğine ilişkin kararına saygı duyularak gebeliğin sonlandırılması doğrudur.*

b) *Down Sendromlu çocukların özel eğitimle yaşamlarını devam ettirebilecekleri gerçeğine dayandırılan gebeliğin sürdürülmesi kararı doğrudur.*

Vaka 4- 18 yaşında ilk gebeliğini yaşayan bir kadına 20. haftada yapılan USG de, fetüste omfalosel ve hidrosefali olduğu tespit edilmiştir. USG eşliğinde umbilikal kordondan fetal kan örneği alınarak yapılan sitogenetik analiz sonucunda trizomi 13 (Patau Sendromu) tanısı konulmuştur. Aileye fetüsün ağır bir genetik anomaliye sahip olduğu ve doğum sonrası prognozunun iyi olmayacağı hakkında bilgi verilmiş; birincisi gebeliği sonlandırmak, ikincisi doğumdan sonra bebeğe palyatif bakım uygulaması şeklinde iki seçenekleri olduğu bildirilmiştir. Aile dini inançları gereğince gebeliği sonlandırma düşüncesine sıcak bakmamıştır. Bu bilgiler dikkate alındığında, aşağıdaki I. ve II. bölümde yer alan en uygun yaklaşım sizce hangisidir?

I. *Gebeliği sürdürme ya da sonlandırma konusunda hekimin tıbbi değerlendirme yaptıktan sonra;*

a) *Hekimin ailenin kararına saygı duyarak gebeliğin sürdürülmesini desteklemesi uygundur.*

b) *Hekimin aileye sosyal destek sağlayarak gebeliği sonlandırması uygundur.*

c) *Hekimin gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin görüşünü doğum hekimi, yenidoğan uzmanı, etik uzmanı, din adamı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir kurula yönlendirmesi ve kararın bu kurul tarafından ele alınması uygundur.*

II. *Hekimin tek başına aldığı ya da Kurulda alınan karar;*

a) *Ailenin kendi inancı doğrultusunda aldığı karara saygı duyularak gebeliğin sürdürülmesi doğrudur.*

b) *Riskler ve kötücül prognoz göz önünde bulundurulduğunda ailenin gebeliğin sonlandırılmasına ikna edilmesi doğrudur.*

EK-2. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, 2 Sayılı Ek Liste

Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi : 14/11/1983, No: 83/7395

Dayandığı Kanunun Tarihi : 24/5/1983, No: 2827

Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi : 18/12/1983, No: 18255

Yayımlandığı Düsturun Tertibi : 5, Cildi: 23, S. 1636

(2) SAYILI LİSTE

On haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar:

A – Doğum ve Kadın Hastalıklarına bağlı nedenler

1) Daha önceki major uterin harabiyet ve hasarları

a) Sezeryan Ameliyatı

b) Miyomektomi

c) Uterus rüptürü

d) Geniş perforasyon

e) Geçirilmiş vajinal plastik operasyonlar

2) Rekürren preeklampsi-eklampsi

3) İzoimmünizasyon

4) Mole hidatidiform

B – Ortopedik nedenler

1) Osteogenezis imperfekta

2) Ağır kifoskolyoz

3) Doğumu güçleştiren osteomiyelit

4) Faaliyet halinde bütün mafsalları ilgilendiren osteoartiküller hastalıklar

C – Kan hastalıklarına bağlı nedenler

1) Lösemi

2) Kronik anemiye neden olan hastalıklar

3) Lenfomalar

4) Pıhtılaşma defektleri

5) Hemolitik sarılıklar

6) Agranülositozis

7) Tromboembolik hastalıklar

8) Hemoglobinopatiler ve thalasemi sendromları (ağır klinik ve hematolojik bozukluğa neden olan)

9) Gamaglobulinopatiler

D – Kalb ve dolaşım sistemi hastalıkları

1) Doğumu engelleyen konjenital ve akkiz kalb hastalıkları
2) Kalp yetmezliği, perikardit, miyokardit, miyokarad enfarktüsü aşikâr koroner yetmezliği, arteriyel sistem anevrizmaları

3) Ağır tromboflebitler ve lenfatik sistem hastalıkları

4) Ağır bronşektaziler

5) Solunum fonksiyonunu bozan kronik akciğer hastalıkları

E – Böbrek hastalıkları

1)Akut ve kronik böbrek hastalıkları

F – Göz hastalıkları

1) Dekolman

2) Renal hipertansif ve diyabetik retinopatiler

G – Endokrin ve metabolik hastalıklar

1) Feokromositoma

2) Adrenal hiperfonksiyon ya da yetmezliği

3) Kontrol altına alınamayan hipotiroidi veya hipertiroidi

4) Pratiroid hiperfonksiyon ya da yetmezliği

5) Ağır hipofiz hastalıkları

H – Sindirim sistemine bağlı nedenler

1) Gebeliğin devamını engelleyen sindirim organları hastalıkları

İ) İmmünolojik nedenler

1) İmmün yetmezliği hastalıkları

2) Kollajen doku hastalıkları

J – Bütün malign neoplastik hastalıkları

K – Nörolojik nedenler

1) Grand mal epilepsi

2) Multipl skleroz

3) Muskuler distrofi

4) Hemipleji ve parapleji

5) Gebeliğin devamını engelleyen ağır nörolojik hastalıklar

L – Ruh hastalıklarına bağlı nedenler

1) Oligofreni

2) Kronik şizofreni

3) Psikoz manyak depresif (PMD)

4) Paranoya

5) Uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm

M – Enfeksiyon hastalıkları

1) Teratojen intra üterin enfeksiyonlar

a) Kızamıkçık

b) Toksoplazmozis

c) Sitomegalovirus

d) Herpes virus grubu hastalıklar

2) Cüzzam

3) Sıtma

4) Frengi

5) Brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonlar

N – Konjenital nedenler

1) Marphan sendromu

2) Mesane ekstrofisi

3) Down sendromu

4) Sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar

5) Gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç

6) Teratogenik ilaçlar

7) Nörofibromatozis

EK-3. Etik Kurul Kararı

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
4		14.04.2009

KARAR No 14- Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay Kadıoğlu yönetiminde, doktora öğrencisi Selda Okuyaz tarafından doktora tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Doğum ve çocuk hekimlerinin ikinci trimester ve sonrasında gebeliğin sonlandırılması kararına ilişkin tutum ve beklentileri" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Üsal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

01330 Balcalı-ADANA Telefon: 0-322 338 60 60/3465 Fax: 0-322 338 65 72

ÖZGEÇMİŞ

Selda Okuyaz, 1972 yılında Antalya'da doğdu. 1978-1989 yılları arasında ilk, orta ve lise öğrenimini Antalya'da sürdürdü. 1998 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Pratisyen hekim olarak 1998-2003 yılları arasında Ankara'da Yenidoğan Niyazi Karabey Sağlık Ocağı, 2003-2006 yılları arasında Mersin'de 15 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı, 2006-2009 yılları arasında Mersin İl Sağlık Müdürlüğünde çeşitli birimlerde görev yaptıktan sonra 2009-2012 yılları arasında Mersin Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü görevi yaptı. 2012 yılında memuriyetten istifa etti.

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine 2007 yılı bahar döneminde başladı.

Selda Okuyaz evli ve bir çocuk annesidir.