

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI

FETAL ANOMALİ NEDENİYLE TERMİNASYON ÖNERİLEN
GEBELİKLERDE AİLENİN KARARINDA ETKİLİ OLAN
FAKTÖRLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Didem ALTIN

İstanbul-2009

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI

FETAL ANOMALİ NEDENİYLE TERMİNASYON ÖNERİLEN
GEBELİKLERDE AİLENİN KARARINDA ETKİLİ OLAN
FAKTÖRLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Didem ALTIN

İstanbul-2009

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
MATERYAL VE METOD.....	16
BULGULAR.....	18
TARTIŞMA.....	38
SONUÇ.....	44
ÖZET.....	46
KAYNAKLAR.....	48
ANKET FORMU	51

GİRİŞ VE AMAÇ

20. yüzyılın son çeyreğinde insanlarda üreme davranışının birçok yönü değişmiştir. Bunda teknik alandaki ilerlemeler ve kanunlarda meydana gelen değişiklikler de önemli rol oynamıştır(1). Prenatal tarama ve fetal anomali teşhisi çoğu gelişmiş ve birçok gelişmekte olan ülkede prenatal bakımın bir parçası haline gelmiştir(2). Gelişmiş ülkelerde konjenital anomaliler bebek ölümlerinin ana nedenidir. Konjenital anomaliler sıklıkla doğum öncesi tespit edilir. Majör yapısal anomalili doğum prevalansı %2-3 olarak belirtilmektedir(3).

Teknolojideki gelişmeler çoğu kromozomal ve yapısal anomalilerin doğru prenatal dönemde teşhisine imkân tanımıştır(2). Günümüzde ultrasonografi fetal konjenital anomalilerin prenatal teşhisinde en önemli araç olarak kabul edilmektedir(3,4). Ultrasonografik inceleme ile fetal anomalilerin hepsi olmamakla birlikte büyük çoğunluğu tespit edilebilir. Prenatal tanı için özelleşmiş merkezlerde fetal anomalilerin saptanma oranı %80 ile %95 arasında değişmektedir(3). Rutin sonografi gebeliğin nispeten erken döneminde fetal anomalileri tespit imkânı sağlamıştır(1). Ancak bir çok anomalinin teşhisi gebeliğin ilerleyen haftalarında mümkün olabilmektedir.

Konjenital anomaliler ölümcül olabilir, veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek derecede ağır olabilir. Bu durumda bazı ebeveynler gebeliğin sonlandırılması yönünde karar verirken diğerleri tercihen veya böyle bir alternatifleri bulunmadığı için gebeliği devam ettirirler(5).

Fetal anomali nedeniyle geç gebelik sonlandırılması malformasyonun tipine, teşhisteki gebelik haftasına ve terapotik düşüğün kanundaki yerine bağlı olarak farklı ülkelerde farklı uygulanmaktadır(4). Bazı ülkeler gebelik haftası kaç olursa olsun veya düşük için tıbbi endikasyon ne olursa olsun gebelik sonlandırılmasını yasaklamıştır. Bazı ülkeler fetal viabiliteyi göz önüne alıp genellikle 24. gebelik haftasını üst sınır olarak kabul etmektedirler. Bazı ülkelerde

fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması terme kadar uygulanabilmektedir. Dünyanın birçok bölgesinde prenatal genetik inceleme uygulanmasına rağmen fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması yasal değildir. Fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması 193 ülkenin 73'ünde yasal olarak uygulanmaktadır. Bu 73 ülkenin çoğu gelişmiş ülke olarak kabul edilmektedir(6).

Son on yılda prenatal dönemde fetal anomali tespiti sonrası gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde karar vermede etkili faktörlerin araştırılması amaçlı çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. Bu tür çalışmalar bize farklı durumlarda farklı terminasyon hızının olduğunu göstermede yarar sağlarken, hangi durumlarda ne tür karar verildiği konusunda realistik ve makul açıklama getirememiştir(7). Gebeler sadece tarama ve diagnostik prosedürlere yaklaşımlarında farklılık göstermekle kalmayıp ayrıca fetal anomali teşhisi sonrası gebeliğin devamı konusunda karar verirken de farklılık göstermektedirler(2).

Sonografi sonuçlarının gebeliğin sonlandırılması yönünde etki etmesi beklenirken, terapatik düşüğü etkileyebilecek diğer değişkenlerin araştırıldığı çeşitli sistematik araştırmalar mevcuttur(1). Prenatal dönemde fetal anomali tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik(8,9,10), kültürel, dini(8,10), maddi(10) faktörler de etkili olmaktadır. Böylece prenatal dönemde ciddi fetal anomali tespit edildiğinde tüm çiftler gebeliği sonlandırmamaktadır(8).

Prenatal olarak tespit edilen bulgular temelinde ebeveynler gebeliğin devamı yönünde karar verdiklerinde mevcut durumun farkında, mevcut durum hakkında bilgilendirilmiş olmalı ve eğer prenatal terapi mümkünse bu konuda araştırma yapabilir veya gebeliğin sonlandırılmasına karar verebilmelidirler(11).

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde verilen karar çok kişisel ve zordur(12). Prenatal dönemde tespit edilen fetal anomali çeşitliliği arttıkça ailelere verilen danışmanlık hizmeti de daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Anomaliler rutin tarama esnasında veya kalıtsal bir hastalık öyküsü nedeniyle spesifik olarak yapılan ultrasonografik değerlendirme sırasında tespit edilebilir. Her bir anomali minör ya da majör olsun bu durum aile için önemlidir(13). Doktorlar ve genetik danışmanlar doğru, açık olmalı(10) ve

önerilerinde yargılayıcı ve yönlendirici olmamalıdır(1,10,14). Prenatal olarak tespit edilen fetal anomalilerin uzun dönem sonuçları hakkında doğru ve açıklayıcı bilgi vermelidirler(1). Mevcut anormal durum hakkında bilgi verirken psikolojik destek verilmesi de önerilmektedir. Genetik danışmanlığın önemli bir amacı danışmanlık alan kişiler kararlarını kendi değer yargılarına göre vermelidirler(15).

Bu çalışmanın amacı hayatla bağdaşmayan ciddi fetal anomali saptandığında veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek fetal anomali varlığında ebeveynler gebeliğin devamı konusunda karar verirken hangi faktörlerden etkilenmekte olduklarını araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

FETAL ANOMALİ

İnsan vücudunun çoğu parçası gelişimsel sürecin 2-8. haftaları arasında oluşur. Böylelikle gelişimin negatif bir şekilde etkilenebileceği, hassas olunan dar bir zaman dilimi vardır. Bazı organlar, örneğin beyin, tüm fetal hayat boyunca ve hatta doğum sonrası da gelişimini devam ettirir(16).

Anomaliler embriyonik dönemdeki patolojik gelişimden kaynaklanır. Patolojik gelişim doğuştan, sonradan veya her ikisinin kombinasyonu şeklinde olabilir(16).

Anomalili konseptuslar veya embriyolar çoğunlukla ya implante olamaz ya da implantasyon sonrası ölürlür. Bu konseptusların az bir kısmı gelişmeye devam eder ve anomalili bebekler olarak doğarlar(16).

Yaşayan yenidoğanların %2-3'ünde doğumda veya yaşamın ilk aylarında tespit edilebilen major anomaliler vardır. Bazı major anomaliler erken tespit edilemez, genellikle yaşamın ilk beş yılı içerisinde tespit edilir ve bunların oranı doğumda tespit edilen oran ile eşitir (%2-3). Bazı iç anomaliler fizyolojik rahatsızlık yaratmaz ve tesadüfen cerrahi, radyografik tetkikler veya otopsi sırasında tespit edilir(16).

Dünyanın farklı lokalizasyonlarında doğumsal defektlerin prevalansı da farklılık göstermektedir (16). Gelişmiş ülkelerde konjenital anomaliler yenidoğan ölümlerinin ana nedenidir(3). Birçok anomalinin nedeni bilinmemektedir. Bu yaklaşık olarak anomalilerin %40'ına tekabül eder. İnsan anomalilerinin etiyolojinde kalıtsal faktörler, çevresel faktörler veya her ikisinin kombinasyonu seçeneklerinden biri kabul edilecek olursa, etiyolojisi bilinmeyen doğumsal anomaliler bu üç olasılıktan biri ile açıklanmaktadır. Kalıtsal ve çevresel faktörler dışında diğer etkenlerde belirlenmelidir(16).

Herhangi bir hastane, ülke veya yılda doğan çocukların %2-3'ünde ciddi konjenital anomali olacaktır. Bu tür anomaliler yenidoğanların yalnızca küçük bir kısmında görülmesine rağmen yenidoğan ve bebek ölümlerinin büyük bir kısmını oluşturur. Pediatrik polikliniğe yapılan başvuruların %30'unu doğumsal defekte sahip çocuklar oluşturmaktadır. Ayrıca bu problemler hayatın en başında başlar ve çoğu kişi yıllarca bakıma muhtaç kalır. Bu insanların, ailelerinin ve toplum üzerinde çok büyük bir yük vardır. Doğumsal defektlerin büyük bir kısmı prenatal tanı ile tespit edilemediği gibi önlenemez. Böylece diğer tüm pediatrik tıp alanındaki ilerlemelere rağmen bu problemlerin etkisi azalmaz(17).

Doğumsal defektlerin 4 major patogenezi tanımlanmıştır:

1) Deformasyon: Deformasyonel anomaliler normal yapıların mekanik güçlerle değiştirilmesi ile oluşur(17). Deformasyon simetri kaybı, doğrusallığın kaybı, anormal pozisyonlanma ve konfigürasyonda bozulma ile sonuçlanır. Genellikle organogenez sonrası oluşur, çoğunlukla iskelet kas sistemini içerir. Anormal dokular deformasyona daha duyarlıdır. Deformasyonlar doğum sonrası genellikle düzelirler. Düzelmeleri ne kadar süre maruz kaldıkları ve ilk kompresif etki başladıktan sonra büyümenin ne kadar gerçekleştiği ile ilişkilidir. Deformasyonlar genellikle dış kuvvetlerin etkisiyle oluşur, fakat bir iç kuvvet olan ödem etkisiyle de oluşabilir(16).

2) Disrupsiyon: Normal oluşan yapıların oluşum aşamasında veya sonrasında anormal yönetimler sonucu değişmesinden kaynaklanır(16). Deformasyonel anomalilerin aksine disrupsiyon sadece mekanik kuvvetler sonucu değil ayrıca iskemi, kanama ve adezyon sonucu da oluşabilir(17). Disrupsiyona sekonder (şekil ve konfigürasyonda değişiklikler, normalde bölünmeyen yapılarda bölünmeler, birleşmeyen yapılarda birleşmeler, daha önce mevcut olan yapıların kaybı gibi) çok sayıda morfolojik değişim olabilir. Disrupsiyonların nedenleri genellikle çevreseldir, fakat genetik nedenlerde(örneğin kalıtsal trombofililer) olabilir. Mekanik kuvvetler kompresyon, kanama, tromboz, emboli ve diğer damarsal yaralanmalara neden olup, oluşmuş yapıların zarar görmesine neden olabilirler(18). Örneğin amniyotik band fetusun alt kadranından geçtiğinde cilt, kas, kemik ve yumuşak dokuların embriyonik ilişkilerine bakmaksızın hepsini etkiler(17).

3)Displazi: Spesifik doku tipi içinde klinik olarak belirgin yapısal değişikliklere neden olan anormal hücrel organizasyon veya görevi tanımlar. Hemen hemen tüm displaziler major mutant gen sonucu oluşuyor gibi görünmektedir. Örnek olarak metabolik hastalıklar verilebilir. Çoğu displastik durumun önemli bir özelliği onların devam eden süreçleridir. Dokunun kendisi anormal olduğu için, doku büyümeye veya görevini yapmaya devam ettiği sürece klinik etkiler kötüleşebilir. Displazi hayat boyu dismorfik değişiklikler üretmeye devam edebilir(17).

4) Malformasyon: Malformasyon yapının oluşmaya başladığı başlangıç aşamasında ortaya çıkar. Yapı hatalı konfigürasyonda olabilir, tam olarak oluşmamış olabilir veya tam olarak oluşma başarısızlığı göstermiş olabilir. Malformasyonların oluşma nedeni genetik, çevresel veya her iki etkinin birleşimi ile olabilir. Yapıların oluşma aşamasında maruz kaldıkları anormal yönetim sonucu ortaya çıkar (organogenez aşamasında). Çoğu yapının organogenez aşaması fertilizasyon sonrası 8. haftada son bulur. Diş, beyin ve genital yapıların oluşumu 8 haftayı aşar(16).

Bu terimler insan konjenital anomalileri ile ilgilenen kişiler için anlamlı bir iletişim sağlamaktadır. Fakat buna rağmen birçok kişi tarafından malformasyon terimi prenatal dönemde meydana gelen herhangi bir yapısal değişiklik için kullanılmaktadır. Bu şekilde kullanımın açıklamasında malformasyon terimi kullanıldığında halk ve bilim adamları tarafından problemin doğası anlaşılabilir. Benzer şekilde deformasyon terimi ortopedistler tarafından iskelet sistem anomalisinin embriyolojik gelişim sırasındaki problemlerden kaynaklandığını anlatmak için kullanılır. Genetikçiler için ise bu terimlerin anlamı anomalilerin nedeni, patogenezi, prognozu ve tekrarlama olasılığı hakkında genellemeler yapma imkanı vermesindedir. Ayrıca yapısal anomaliler için daha doğru bir sınıflandırma olanağı verir(16).

Major ve Minor Anomaliler:

Major yapısal anomalilerin tıbbi ve sosyal etkileri vardır. Major defekt insidansı düşüklerde en yüksek, yenidoğanlarda orta ve yaşayan yenidoğanlarda en düşüktür. Çoğu seride tespit edilen major anomali insidansı yaşayan yenidoğanlarda %2-3 dür. Beş yaşına gelindiğinde eşit sayıda ek major anomali tespit edilir.

Gelişimsel sürecin karmaşıklığı düşünüldüğünde anomali sıklığının yüksek olmayışı şaşırtıcıdır.

Minor anomaliler önemli sağlık ve sosyal yük taşımayan nispeten sık görülen yapısal değişikliklerdir. Minor anomalilerin varlığı daha önemli yapısal anomalilerin olabileceği konusunda araştırma yapmayı gerekli kılar. İki veya daha fazla minor anomalinin varlığı major bir defekt veya sendromun olabileceğini gösterir. Yaklaşık olarak yenidoğanların %15'inde bir veya daha fazla minor yapısal anomali vardır. Prematürelerde ve intrauterin gelişme geriliği olan bebeklerde daha yüksek bir insidans vardır. Major doğum defektine sahip olma riski minor defekt sayısı ile artar. Minor defekti olmayan infantlarda major malformasyon olma ihtimali yaklaşık olarak %1, bir adet minor defekti olanlarda major defekt olma ihtimali %3, iki adet minor defekti olanlarda major defekt olma ihtimali %10, üç veya daha fazla minor defekti olanlarda major defekt olma ihtimali % 20 olarak saptanmıştır. Normal varyasyon ile minor anomaliler arasında ve minor anomaliler ile major anomaliler arasında net bir farklılık yoktur. (16).

PRENATAL TANI

Prenatal tanı, gelişen fetustaki yapısal ve fonksiyonel anormallikleri tanımlama sanatı ve bilimidir. Tüm yenidoğanların %2-3'ünde doğumda keşfedilen major bir anormallik vardır. Konjenital anormalliklerin pediatrik popülasyonun sağlığına büyük etkileri vardır ve bunlar neonatal ölümün major bir nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla prenatal tanı obstetri ve pediatri arasında önemli bir köprüdür ve spesifik tıbbi, sosyal ve psikiyatrik ihtiyaçları olan bir hasta grubunu ilgilendirir. Birçok fetal anomali prenatal olarak tanımlanabilir ve teknoloji sürekli artan sayıda prenatal tedavi seçeneği sunmaktadır. Diğer olgularda prenatal tanı doğumun optimum şartlarda yapılmasına yada gebeliğin sonlandırılmasının değerlendirilebilmesine olanak sağlar(18)

Prenatal tanı tipik olarak 3 major hasta kategorisinin değerlendirilmesini içerir(18):

- Genetik ya da konjenital bozukluk açısından yüksek risk taşıyan fetuslar.

- Sık görülen konjenital anormallikler için riski bilinmeyenler.
- Sonografik olarak yapısal ya da gelişimsel anormallikleri olduğu tespit edilen fetuslar.

Ultrasonografi:

1950'lerden itibaren obstetrik amaçlı kullanıma başlanmış olsa bile anomalileri tarama amaçlı 1970-1980 arası yaygınlaşmıştır. Anne ve fetus üzerinde yan etkisi olmaması nedeniyle gelişmiş ülkelerde nerdeyse tüm gebeliklerde kullanılmaktadır. Rutin gebelik parametrelerinin (fetus sayısı, amniyotik sıvı miktarı, plasenta yerleşimi, fetal kardiyak aktivite, gebelik haftası, uterin veya pelvik anomaliler) yanı sıra anomalilerin tespitinde de faydalıdır. Ultrasonografi ayrıca amniyotik sıvı, plasental ve fetal örneklerin alınmasında aspirasyon iğnesi için bir kılavuz olmaktadır(16).

Günümüzde ultrasonografi konjenital anomalilerin prenatal teşhisinde en önemli araçtır. Ultrasonografi fetal anomalilerin önemli bir kısmını tespit eder. Prenatal tanıda özelleşmiş merkezlerin fetal anomali tespit oranı %80-95 arasında değişir. Genel taramada bu oran muhtemelen daha düşüktür. Ayrıca tespit oranı anomali tipi ve sayısına da bağlıdır. Örneğin nöral tüp defekt için %98 iken konjenital kalp defektte %38 civarındadır. Kullanılan ultrason cihazının çözünürlüğü, incelemeyi yapan kişinin tecrübe ve bilgisi, gebelik haftası ve maternal obezite de ultrasonun anomali saptama oranını etkileyebilir (3).

1960'lardan itibaren fetusun ilk ultrasonografik görüntülerinin alınmasının ardından ultrasonografi fetal tıpta en önemli diagnostik araç olmuştur. İlk olarak fetusun sadece statik görüntüsü, 1977'den itibaren hareketli görüntüler elde edilmeye başlandı. Daha sonra ultrasonografi klinik pratikte yaygın olarak kullanılır oldu(3).

Günümüzde çoğu gelişmiş ülkede rutin ultrasonografi, prenatal bakımın bir parçası haline gelmiştir. Rutin ultrasonografik inceleme gebeliğin ilk 3 ayında ve fetal anomali tarama amaçlı gebeliğin 18-20. haftalarında yapılmaktadır. Rutin

ultrasonografik inceleme yapan ülkelerde, konjenital major anomalilerin %74'ü, minor anomalilerin %46'sı tespit edilebilmektedir(3).

Maternal Serum Taraması:

1970'lerde artmış maternal serum alfa fetoprotein düzeylerinin açık nöral tüp defekti ve bazı anomaliler açısından güvenilir bir belirteç olduğu tespit edilmiştir. 1990 ortalarında ultrasonografi yerini alıncaya kadar nöral tüp defektinin tespitinde maternal serum alfa fetoprotein taraması primer tetkik olmuştur. Diğer testler hcG, UE3, PAPP-A fetal defektleri tespit etmede yararlılığını arttırmak için maternal serum taramaya eklenmiştir(16).

Amniyosentez:

1960'ların sonlarından itibaren amniyosentez ile birlikte sitogenetik, biyokimyasal ve moleküler analizler malformasyon ve malformasyon sendromlarının prenatal teşhisinde major metot olmuştur. Orta trimester amniyosentezinin güvenilirliği ve doğruluğu bu tetkiki yaygın ve kabul edilir kılmıştır. Sitogenetik, moleküler ve biyokimyasal temeli olan malformasyonlar amniyosentez ile prenatal olarak tespit edilebilirler(16).

Koryonik Villus Örnekleme (CVS):

10-12. gebelik haftaları arasında transservikal veya transabdominal CVS teknikleri ile plasental doku örneği alınabilir. CVS ile elde edilen hücre kültürleri sitogenetik, biyokimyasal ve moleküler çalışmalarda kullanılabilir(16).

Perkütan Umbilikal Kan Örnekleme:

Fetal kan gebeliğin geç döneminde ultrasonografi aracılığıyla umbilikal kordondan elde edilebilir. Kültüre edilmiş lenfositlerin kromozomal veya moleküler

analizleri yapılabilir. Tüm kan/serum/plazma bir takım hematolojik, immunolojik, mikrobiyolojik ve diğer yönlerden taranabilir. 2. veya 3. trimesterda kateter veya fetoskop aracılığı ile alınan solid organ biyopsileri mikroskopik olarak incelenebilir(16).

TEDAVİ AMACI İLE KÜRTAJ UYGULANMASI:

Dünya Tıp Birliğinin 1970 yılında yayınladığı Oslo Bildirgesi ‘Tedavi Amacı İle Kürtaj Uygulanması’ ile ilgilidir. Bu bildirmede Cenevre bildirgesinde belirtilen ‘İnsan yaşamına döllenme anından itibaren saygı göstereceğim.’ cümlesi vurgulandıktan sonra, ilgili ülkenin yasaları izin vermesi durumunda, gebeliği sonlandırmanın gerekli olduğunu iki hekimin yazılı olarak belirtmesi ve gebeliğin sonlandırılmasının yetkili mercilerce, yetkinlikleri kabul edilmiş hekimler tarafından gerçekleştirilmesi koşulu ile kürtaj uygulamalarını kabul etmektedir. Bununla birlikte hekimlerin özerkliğine saygı olarak, ‘inancı gereği kürtaj uygulamak veya önermek istemeyen’ hekimlere, hastanın bakımının devamlılığının güvence altına alınması koşulu ile, hasta bir başka hekimin sorumluluğuna verildikten sonra tedaviden çekilme hakkı tanınmıştır (19).

FIGO KOMİTE RAPORU: Prenatal Teşhis Sonrası Gebelik Sonlandırması ile ilgili Etik Görüşler (20)

a) Son on yılda prenatal tanı ile ilişkili araştırma teknikleri önemli ölçüde gelişme göstermiştir. Bu nedenle yenidoğanı ciddi bir ölçüde etkileyebilecek durumlar artan bir hızla doğum öncesi tespit edilebilmektedir. Bu metotlar Preimplantasyon Genetik Tanı (PGD), anne kanında fetal DNA taraması, koryonik villus örnekleme, Down sendromu veya nöral tüp defekti açısından serum biyokimyasal tarama testleri, amniyosentez, kordosentez. Moleküler biyoloji ile ilişkili teşhis teknikleri: PCR, moleküler genetik, FISH. Fetal görüntüleme ultrasound, doppler, MRI, helikoid tarama, fetoskopi.

b) Bu tekniklerin kullanılabildiği ülkelerde prenatal tanının amacı mevcut konjenital hastalıklar, bu konjenital hastalıkların pre veya postnatal terapi gerektirip

gerektirmeyeceği, veya gebelik sonlandırması ile sonuçlandırılabilceği konusunda aileyi bilgilendirmektedir.

c) Anomalili bebeğin doğumu ebeveynlere ve ailenin diğer çocuklarına fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak zarar verebilir. Bazı ebeveynler bu yúke hazırlanmak için önceden bilgilendirilmeyi isterken bazıları bu yükün kendilerine çok büyük zarar vereceğini düşünür.

d) Kültürel, dini veya kişisel inançlar çiftleri prenatal tedaviyi reddetmeye veya tıbbi tahliyeyi kabul etmemeye mecbur kılabilir. Örneğin Yahova Şahitleri anemik fetuslarına intrauterin kan transfüzyonu yapılmasını kabul etmeyebilirler. Katı dini kurallar gebelik sonlandırmasını ancak annenin hayati tehlikesi olması durumunda izin verir. İnvaziv fetal tetkikler düşük riski taşıdığı için çift için bu durum kabul edilmez olabilir.

e) Fetal anomali nedeniyle tıbbi gebelik sonlandırılması için yasal düzenlemeler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkeler gebelik haftası kaç olursa olsun veya düşük için tıbbi endikasyon ne olursa olsun gebelik sonlandırılmasını yasaklamıştır. Bazı ülkeler fetal viabiliteyi göz önüne alıp genellikle 24. gebelik haftasını üst sınır olarak kabul etmektedirler. Bazı ülkelerde fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması terme kadar uygulanabilmektedir.

f) Bazı ülkelerde tıbbi gebelik sonlandırılması ancak fetal anomali normal hayat ile bağdaşmaz belli bir ciddi derecede olduğunda yasal olarak kabul edilmektedir. Fakat fetal hastalığın ciddiyet eşiğini tarif eden tıbbi bir tanımlama olmadığı gibi yenidoğan için normal hayatın sosyal tanımı da yapılmamıştır. Önemli ölçüde etkilenmiş hayatın kabul edilebilirliği ailenin bebeğin durumu ile baş edebilme kapasitesine bağlıdır.

g) Gebelik sonlandırılması çoğunlukla kanıtlanmış fetal hastalık sonrası kabul edilir. Örneğin düzeltilemez konjenital kalp hastalığı, büyük beyin malformasyonu gibi. Fakat bazı durumlarda mental bozulma açısından yüksek risk varsa tıbbi tahliye kararı verilebilir. Örneğin korpus kallozum agenezisi. Ek olarak amniyosentez ile tespit edilen kromozomal anomaliler, rutin USG taramasında gözlemlenip MRI ile doğrulanan beyin malformasyonları ile aile gebeliğin sonlandırılmasını isteyebilir.

Endikasyonların kompleks olması nedeniyle tıbbi tahliyenin uygun olduğu hastalıklar listesi bulunmamaktadır. Karar her bir hasta için değişmektedir.

h) Fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması uygulanabilen çoğu ÷lkede prenatal teşhis multidisipliner merkezlerde konmaktadır. Obstetrisyenler, pediatristler, genetikçiler, çocuk cerrahları, patolojistler, psikiyatristler oluşturmaktadır. Uygun durumda gebeliğin tıbbi sonlandırılması çiftlere önerilir, hiçbir zaman empoze edilmez. Çiftler fetuslarının durumu hakkında tam olarak bilgilendirilirler. Fetal anomali, anomalinin derecesi ne olursa olsun çiftler için korkutucudur. Bu nedenle sadece tekniksel önerilere değil, psikolojik desteğe de ihtiyaç duyarlar.

GEBELİĞİN SONLANDIRILMASININ YASA BOYUTU:

İnsan haklarının üreme sağlığında belki de en çekişmeli olduğu alan gebeliğin sonlandırılması ile ilgili olan alanıdır(21). Gebeliğin sonlandırılması ‘yaşamın başlangıcı’ ve ‘yaşam’ın sorgulanmasını da beraberinde getirdiğinden çağlar boyunca tartışılmış ve hala tartışılmaya devam edilen bir konudur. Gebeliğin sonlandırılmasının yasalaşması göreceli olarak oldukça yeni olmasına rağmen günümüzde pek çok ÷lkede belli koşullar ve gebeliğin belli dönemi içinde gerçekleşmesi koşulu ile yasallık kazanmıştır(22). Kanunlar, ulusal ve uluslararası mahkemeler en çok bu konuda aktiftir(21).

Birinci ve ikinci trimester gebelik sonlandırılmasına çoğunlukla aşağıda bahsedilen konular zemininde izin verilmektedir(23):

- Kadının hayatını kurtarmak
- Kadının fiziksel sağlığını korumak
- Kadının akıl sağlığını korumak
- Tecavüz – ensest ilişki sonrası oluşan gebelik
- Fetal anomali

- Ekonomik veya sosyal nedenler
- Kadının isteği

TÜRKİYE; 24 Mayıs 1983 tarihli Türk Anayasasının 2827-5 nüfus planlama kanununa göre 10.gebelik haftası sonuna kadar isteğe bağlı gebelik sonlandırması uygulanabiliyorken, 10. gebelik haftasından sonra ise eğer gebelik anne sağlığına zarar veriyor veya bebekte ciddi anomali yada tedavisi mümkün olmayan bir hastalık var ise gebelik sonlandırması 2 uzman hekimin yazılı ifadesinin ardından uygulanabilmektedir (24-25). Kanunda gebelik haftası için belirtilen bir üst limit yoktur, terme kadar uygulanabilmektedir (25).

FRANSA, İNGİLTERE, GALLER, BELÇİKA, FİNLANDİYA, NORVEÇ, İSVEÇ; fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması terme kadar uygulanabilmektedir (25).

İSVİÇRE, NEPAL, BURKİNA FASO; fetal anomali nedeniyle terme kadar gebelik sonlandırılmasına izin veriliyor(23).

İSRAİL; Gebelik sonlandırma komitesi tarafından 24. gebelik haftasından önce major konjenital malformasyonlar yasal olarak sonlandırılabilir(8).

HONG KONG; fetal anomali nedeniyle 24. gebelik haftasına kadar terminasyon uygulanabiliyor, ancak 24. gebelik haftasından sonra tüm koşullarda yasal değil(2).

BRİTANYA, ÇİN, PORTEKİZ; fetal anomali nedeniyle 24. gebelik haftasına kadar gebelik sonlandırılmasına izin veriliyor(23).

HİNDİSTAN; fetal anomali nedeniyle 20. gebelik haftasına kadar gebelik sonlandırılmasına izin veriliyor(23).

LÜBNAN; fetal anomali nedeniyle 22. gebelik haftasına kadar gebeliğin sonlandırılması uygulanabiliyor (26).

HOLLANDA; fetal anomali nedeniyle 24. gebelik haftasına kadar terminasyon uygulanabiliyor, 24. gebelik haftasından sonra yasal değil (3,23).

VİETNAM; fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması terme kadar uygulanabilmektedir (4,27).

BREZİLYA; fetal nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırılması yasal değil. Ancak sadece doğum sonrası fetal ölümün gerçekleşeceği kesin olgularda avukatın yardımı ile yargıdan izin alınarak gebeliğin sonlandırılması işlemi yapılabiliyor(23).

SUUDİ ARABİSTAN; fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması konsepsiyondan sonraki ilk 120 gün içinde yasaldır(28).

İRAN; fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması 1. trimesterde yasaldır(28).

İNANÇLARIN GEBELİĞİN SONLANDIRILMASINA YAKLAŞIMI:

Kişilerin gebelik sonlandırılmasına yaklaşımlarında din en güçlü belirleyicilerden biri olarak saptanmıştır(29).

1) İSLAM: Bugün İslam dünyasında gebeliğin sonlandırılmasının kabul edilmediği ancak annenin yaşamının ve sağlığının tehlikede olduğu durumlarda veya ağır özürlü bir doğum söz konusu olduğunda gebeliğin sonlandırılmasına izin verildiği söylenebilir. Gebeliğin sonlandırılması için geçerli bir neden olmalıdır(22,28). Çoğu dini lider gebeliğin sonlandırılmasının ancak ruhun beden ile birleşmesinden önce gerçekleşirse olabileceği konusunda hemfikirdirler. Ruhun beden ile birleştiği gün inancı mezheplere göre farklılık göstermektedir. Konsepsiyondan 40, 90, 120 gün sonra gerçekleştiği şeklinde mezheplere göre değişen inançlar vardır.

2) HİRİSTİYANLIK: Günümüzde Katolik görüş, gebelik sonlandırılmasının her türüne karşıdır. 1965’de toplanan II. Vatikan Konsülü gebeliğin sonlandırılmasını yasaklar ve fetüsün dölleme anından itibaren korunmasına olabilecek en büyük özenin gösterilmesini ister. Ancak annenin tedavisi sırasında fetüsün öleceği biliniyorsa annenin tedavisine izin verilir. Diğer yandan Protestanlarda gebeliğin sonlandırılması ve ruhun bedenle birleşmesi konusunda Katolikler gibi tutucu bir görüş benimsediler. Tüm gebelik boyunca

fetusun insan ruhuna sahip olduğuna inanırlar. Bu nedenle gebeliğin sonlandırılmasına gebelin her aşamasında karşıdırlar(22).

3) MUSEVİLİK: Museviler yaşamın doğumdan sonra başladığına inandıklarından gebeliğin sonlandırılmasına olan temel yaklaşım annenin korunmasıdır. Bu nedenle annenin yaşamı tehlikede olduğunda gebeliğin sonlandırılmasına izin verilir(22). Karar bir haham ile görüşölüp, önerisi alındıktan sonra verilir(30).

4) BUDİZM: Yaşamın konsepsiyondan itibaren başladığına inanılır(22,30). Gebeliğin sonlandırılmasına yaklaşımda tek tip bir Budist görüşü yoktur. Çoğu modern Batı ve Japon Budistler gebeliğin sonlandırılmasının olabileceğine inanırlar. Buna karşın birçok diğeri Budist gebeliğin sonlandırılmasını cinayet olarak kabul ederler(30).

MATERYAL ve METOD

Çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesinde yürütüldü. Hasta grubunu 01/05/2008 - 01/05/2009 tarihleri arasında prenatal tanı ve tedavi ünitesinde fetal anomali tanısı koyulan ve fetal anomali nedeniyle gebeliğinin sonlandırılması seçeneği sunulan gebeler oluşturdu.

Major konjenital anomali tanısı koyulan gebeler içerisinde gebeliğin terminasyonu seçeneği sunulan 156 gebe çalışmamıza katıldı. Sonografik değerlendirmeler Aloka SSD 5000, Toshiba Xario ve Voluson 730 Expert-GE USG cihazları kullanılarak transabdominal ve transvaginal multiherz problemler ile prenatal tanı konusunda deneyimli öğretim görevlileri tarafından yapıldı. İnvaziv girişimler yine aynı hekimler tarafından uygulandı.

Fetal anomali tespit edildiğinde mevcut durum aileye ilk olarak sonografiyi yapan doktor tarafından açıklandı. Bunun yanı sıra haftanın belirli günlerinde prenatal tanı ve tedavi ünitesinde genetik, nöroloji, kardiyoloji, üroloji ve perinatoloji konseyleri yapılmaktadır. İlgili fetal anomaliler ilişkili konseyde yeniden değerlendirildi. Aileye mevcut anomali, olası nedenleri, ortalama yaşam süresi, yakın ve uzun dönem etkileri anlatıldı ve konseyin önerisi sunuldu. Gebeliğin sonlandırılması veya devamı şeklindeki karar yalnızca aile tarafından verildi.

Majör fetal anomali tespit edilen ve terminasyon önerilen çiftlerden çalışmamıza katılmaya rıza gösterenlere anket formları dağıtıldı. Anket formu 2 bölümden oluştu. 1. bölümde 11 soru, 2. bölümde 21 soru vardı. 1. Bölüm anketi uygulayan doktor tarafından, 2. bölüm gebe ve eşi tarafından birlikte dolduruldu. Anket formunun tamamlanması ortalama 10 dakika sürdü. Gebe ve eşinin yalnız kalabilecekleri bir oda da rahatsız edilmeden formların doldurulması sağlandı. Anket ve form ile ilgili sorular ilgili asistan doktor tarafından cevaplandırıldı. Tüm gebe ve eşlerine soruları doğru ve içtenlikle cevaplandırmaları konusunda destek verildi.

Anket formu gebe ve eşinin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik öyküyü, gebe kalma şeklini, anomali öyküsünü, akraba evliliği olup olmadığı, anomalinin özelliği – sayısı- teşhis edildiği gebelik haftası, teşhis edilme şekli, anomalinin nasıl tarif edildiği, fetusu ne derece etkileyeceğini düşündüğü, anomaliyi ne derece anladığı, ne derece etkilendiği, gebeliğin devamı veya sonlandırılmasında etkili olan faktörler ve bu faktörlerin ne derece etkili oldukları gibi sorulardan oluştu.

Ordinal değişkenlerde non-parametrik istatistikler kullanıldı. Median, minimum-maksimum bildirildi. Sayısal verilerde parametrik testler kullanıldı. SD bildirildi. Fischer's exact test ve chi-square testleri kullanıldı. şıkların sayısına göre 1'den itibaren numara verildi.

BULGULAR

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesinde çalışma döneminde toplam 5897 hastaya 8915 sayıda ultrasonografi incelemesi, 869 invazif girişim(amniyosentez, kordosentez, koryon villus biyopsisi, fetoskopi) uygulandı. Bu süre içerisinde 1038 fetusa anomali tanısı koyuldu. Major konjenital anomali tanısı koyulan gebeler içerisinde gebeliğin terminasyonu seçeneği sunulan 156 gebe çalışmamıza katıldı.

Prenatal tanısı koyulan gebelerin ve eşlerinin yaşı, eğitim durumu, aylık geliri, akraba evliliği olup olmadığı, konjenital anomalili gebelik öyküsü, anomali nedeniyle terminasyon öyküsü ve özürlü yaşayan çocuk varlığı gibi demografik özellikler değerlendirildi.

Tablo 1: Gebelerin ve eşlerin yaşa göre dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama
Gebenin Yaşı	16	46	27.7 (SD +/-5.736)
Eşinin Yaşı	16	52	31 (SD +/-5.914)

Gebe yaş ortalamasını 27.7 (SD +/-5.736), eş yaş ortalamasını 31 (SD +/-5.914) olarak saptadık.

Tablo 2: Gebelerin ve eşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı

	Okur-Yazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite
Gebe	4 (%2.6)	76 (%48.7)	48 (%30.8)	28 (%17.9)
Eş	0	75 (%48.1)	47 (%30.1)	33 (%21.2)

Gebeleri eğitim durumlarına göre değerlendirdiğimizde; 76 kişi (%48.7) ilköğretim mezunu, 48 kişi (%30.8) lise mezunu, 28 kişi (%17.9) üniversite mezunu iken 4 kişi (%2.6) okur yazar değil.

Eşleri eğitim durumlarına göre değerlendirdiğimizde; 75 kişi (%48.1) ilköğretim mezunu, 47 kişi (%30.1) lise mezunu, 33 kişi (% 21.2) üniversite mezunu olarak saptadık. Okur yazar olmayan eş saptanmadı.

Tablo 3: Aylık gelire göre dağılım

Gelir düzeyi	500 TL altı	500-2000 TL	2000-5000 TL	5000-10000 TL	10000 TL üstü
Frekans (%)	11 (%7.1)	108 (%69.2)	26 (%16.7)	6 (%3.8)	1 (%0.6)

Aileleri aylık gelirlerine göre değerlendirdiğimizde; 108 aile (%69.2) 500-2000 TL, 26 aile (%16.7) 2000-5000 TL, 11 aile (%7.1) 500 TL altı ve 1 aile (%0.6) 10000 TL üstü aylık gelir olarak saptadık.

Tablo 4: Akraba evliliğine göre dağılım

	Yok	Var
Akraba Evliliği	126 (%80.8)	30 (%19.2)

Akraba evliliği olup olmamasına göre değerlendirdiğimizde; 126 (%80.8) kişi de akraba evliliği yok iken, 30 (%19.2) kişi de akraba evliliği mevcut. Akraba evliliği olan 24 kişi de 2. derece, 6 kişi de ise 3. derece akraba evliliği var.

Tablo 5: Önceki gebeliklerde anomali öyküsü (Ö.G.A.Ö)

	Yok	Var
Ö.G.A.Ö	144 (%92.3)	11 (%7.7)

Önceki gebeliklerde anomali öyküsünün olup olmamasına göre değerlendirdiğimizde; 144 (%92.3) gebenin önceki gebeliklerine ait anomali öyküsü yok iken 11 (%7.7) gebenin anomali öyküsü mevcut.

Önceki gebeliğinde anomali öyküsü bulunan olguların önceki gebeliklerine ait tanılar; akondrojenesis, hidrops fetalis, hidrocefali, akrania, spina bifida, korpus kallozum agenezisi, kombine immün yetmezlik sendromu, osteopetrozis, renal ve kalp anomalisi olarak belirlenmiştir. Bunlardan hidrocefali 2 kişinin önceki gebeliğinde mevcut iken diğerleri birer kişide mevcuttur.

Tablo 6: Anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılma öyküsü

Evet	Hayır
7 (% 4.5)	149 (% 95.5)

Olguların 149 (% 95.5) tanesinin anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsü yok iken, 7 (% 4.5) tanesinin anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsü var olarak saptadık.

Tablo 7: Özürlü yaşayan çocuk varlığı

Evet	Hayır
2 (% 1.3)	154 (%98.7)

Özürlü yaşayan çocuk varlığı durumuna göre değerlendirdiğimizde; 154 (%98.7) gebenin özürlü yaşayan çocuğu yok iken, 2 (% 1.3) gebenin özürlü yaşayan çocuğu vardır.

Tablo 8: Mevcut şartlar altında gebeliğin devamı konusundaki karar

- A) Gebeliğe devam etmek istiyorum.
B) Gebeliğin sonlandırılmasını istiyorum.

A	B
39 (%25)	117 (%75)

Hayatla bağdaşmayan ciddi fetal anomali saptandığında veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek fetal anomali varlığında terminasyon seçeneği sunulan olguların 117 (%75) tanesi gebeliğin sonlandırılması yönünde karar verirken, 39 (%25) tanesi gebeliğe devam yönünde karar verdi.

Tablo 9: Gebelerin eğitim durumları ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumlarına göre dağılım

GEBE	Okur-Yazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite
Terminasyonu kabul edenler	3 (%75)	54 (%71)	38 (%79)	22 (%79)
Terminasyonu kabul etmeyenler	1 (%25)	22 (%29)	10 (%21)	6 (%21)
Toplam	4	76	48	28

P=0.737

28 üniversite mezununun 22'si(%79) terminasyonu kabul ederken, 6'sı(%21) terminasyonu kabul etmemiştir. 48 lise mezununun 38'i(%79) terminasyonu kabul ederken, 10'u(%21) terminasyonu kabul etmemiştir. 76 ilkokul mezununun 54'ü(%71) terminasyonu kabul ederken, 22'si(%29) terminasyonu kabul etmemiştir. 4 okur yazar olmayan kişinin 3'ü(%75) terminasyonu kabul ederken, 1'i(%25) terminasyonu kabul etmemiştir.

Farklı eğitim grupları karşılaştırıldığında terminasyona karar verme açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.737$).

Tablo 10: Eşlerin eğitim durumları ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumlarına göre dağılım

EŞ	Okur-Yazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite
Terminasyonu kabul edenler	0	56 (%75)	34 (%72)	26 (%79)
Terminasyonu kabul etmeyenler	0	19 (%25)	13 (%28)	7 (%21)
Toplam	0	75	47	33

$P=0.806$

33 üniversite mezununun 26'sı(%79) terminasyonu kabul ederken, 7'si(%21) terminasyonu kabul etmemiştir. 47 lise mezununun 34'ü(%72) terminasyonu kabul ederken, 13'ü(%28) terminasyonu kabul etmemiştir. 75 ilkokul mezununun 56'sı(%75) terminasyonu kabul ederken, 19'si(%25) terminasyonu kabul etmemiştir.

Farklı eğitim grupları karşılaştırıldığında terminasyona karar verme açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.806$).

Tablo 11: Aylık gelir ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	500 TL altı	500-2000 TL	2000- 5000 TL	5000- 10000 TL	10000 TL üstü
Terminasyonu kabul edenler	10 (%91)	80 (%74)	17 (%65)	5 (%83)	1 (%100)
Terminasyonu kabul etmeyenler	1 (%9)	28 (%26)	9 (%35)	1 (%17)	0
Toplam	11	108	26	6	1

$p=0.296$

Aylık geliri 500TL altı olan 11 aileden 10'u(%91) terminasyonu kabul ederken 1'i(%9) terminasyonu kabul etmemiştir. 500-2000TL aylık geliri olan 108 aileden 80'i(%74) terminasyonu kabul ederken, 28'i(%26) terminasyonu kabul etmemiştir. 2000-5000TL aylık geliri olan 26 aileden 17'si(%65) terminasyonu kabul ederken, 9'u(%35) terminasyonu kabul etmemiştir. 5000-10000TL aylık geliri olan 6 aileden 5'i(%83) terminasyonu kabul ederken, 1'i(%17) terminasyonu kabul etmemiştir. 10000TL üstü aylık geliri olan 1 aile terminasyonu kabul etmiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında aylık gelir dağılımı açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.296$).

Tablo 12: Önceki gebeliklerde anomali öyküsü varlığı ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	Var	Yok
Terminasyonu kabul edenler	9 (%82)	107 (%74)
Terminasyonu kabul etmeyenler	2 (%18)	37 (%26)
Toplam	11	144

$P=0.732$

Önceki gebeliğinde anomali öyküsü bulunan 11 gebeden 9'u(%82) gebeliğin terminasyonunu kabul ederken, 2'si (%18) gebeliğin terminasyonunu kabul etmemiştir. Önceki gebeliğinde anomali öyküsü bulunmayan 144 gebeden 107'si (%74) gebeliğin terminasyonunu kabul ederken, 37'si (%26) gebeliğin terminasyonunu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomali öyküsü açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.732$).

Tablo 13 : Anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılma öyküsü ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	Evet	Hayır
Terminasyonu kabul edenler	6 (%86)	111 (%74)
Terminasyonu kabul etmeyenler	1 (%14)	38 (%26)
Toplam	7	149

$P=0.681$

Anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılma öyküsü bulunan 7 gebeden 6'sı(%86) terminasyonu kabul ederken, 1'i (%14) terminasyonu kabul etmemiştir. Anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılma öyküsü bulunmayan 149 gebeden 111'i (%74) terminasyonu kabul ederken, 38'i (%26) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılma öyküsü açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.681$).

Tablo 14: Özürlü yaşayan çocuk varlığı ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	Evet	Hayır
Terminasyonu kabul edenler	1 (%50)	116 (%75)
Terminasyonu kabul etmeyenler	1 (%50)	38 (%25)
Toplam	2	154

P=0.439

Özürlü yaşayan çocuğu bulunan 2 olgudan 1'i (%50) terminasyonu kabul ederken, 1'i (%50) terminasyonu kabul etmemiştir. Özürlü yaşayan çocuğu olmayan 154 olgudan 116'sı (%75) terminasyonu kabul ederken, 38'i (%25) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında özürlü yaşayan çocuk öyküsü açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.439).

Tablo 15: Mevcut gebelikte gebe kalma şekillerine göre dağılım

Doğal	İlaç Tedavisi İle	OI-IUI	IVF-ICSI
145 (%92.9)	1 (%0.6)	2 (%1.3)	7 (%4.5)

Gebelerin 145'i (%92.9) doğal yöntemle gebe kalırken, 7'si (%4.5) IVF-ICSI, 2'si OI-IUI, 1'i (%0.6) ilaç tedavisi yöntemleri ile gebe kalmıştır.

Tablo 16: Mevcut gebelikte gebe kalma şekilleri ile gebeliğin terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumlarına göre dağılım

	Doğal	İlaç Tedavisi İle	OI-IUI	IVF-ICSI
Terminasyonu kabul edenler	110 (%76)	1 (%100)	2 (%100)	4 (%57)
Terminasyonu kabul etmeyenler	35 (%24)	0	0	3 (%43)
Toplam	145	1	2	7

P=0.646

Doğal yöntem ile gebe kalan 145 gebeden 110'u(%76) terminasyonu kabul ederken 35'i(%24) terminasyonu kabul etmemiştir. İlaç tedavisi ile gebe kalan 1 kişi, OI-IUI yöntemi ile gebe kalan 2 kişi terminasyonu kabul etmiştir. IVF-ICSI yöntemi ile gebe kalan 7 kişiden 4'ü(%57)terminasyonu kabul ederken, 3'ü (%43) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında gebe kalma şekillerine göre aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.646$).

Tablo 17: Mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası

İlk 3 ay	12 hft- bebek hareketleri	Bebek hareketleri-24hft	24hft sonrası
8 (%5.1)	42 (%26.9)	72 (%46.1)	34 (%21.8)

Mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftasına göre değerlendirdiğimizde 72 (%46.1) kişi bebek hareketleri-24hft, 42 (%26.9) kişi 12 hft-bebek hareketleri, 34 (%21.8) kişi 24 hft sonrası, 8 (%5.1) kişi de ilk 3 ay içerisinde tespit edilmiştir.

Tablo 18: Mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası ile gebeliğin terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumlarına göre dağılım

	İlk 3 ay	12 hft- bebek hareketleri	Bebek hareketleri-24hft	24hft sonrası
Terminasyonu kabul edenler	6 (%75)	36 (%86)	52 (%72)	23 (%68)
Terminasyonu kabul etmeyenler	2 (%25)	6 (%14)	20 (%28)	11 (%32)
Toplam	8	42	72	34

$P=0.055$

Mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası ilk 3 ay içerisinde olan 8 gebenin 6'sı(%75) terminasyonu kabul ederken, 2'si(%25) terminasyonu kabul etmemiştir. Teşhis 12 hft-bebek hareketleri arasında olan 42 kişiden 36'sı(%86) terminasyonu kabul ederken, 6'sı(%14) terminasyonu kabul etmemiştir. Teşhis bebek hareketleri-24 hft arası olan 72 kişiden 52'si(%72) terminasyonu kabul ederken, 20'si(%28) terminasyonu kabul etmemiştir. Teşhis 24 hft sonrası olan 34 kişiden 23'ü(%68) terminasyonu kabul ederken, 11'i (%32) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.055$).

Tablo 19: Anomalilerin dağılımı

Anomali	Frekans (%)
SSS	81 (%51.9)
KVS	43 (%27.6)
Kas-İskelet Sistemi	41 (%26.3)
GÜS	32 (%20.5)
GİS	19 (%12.2)
Yüz	17 (%10.9)
Anormal Karyotip	12 (%7.7)
Hidrops Fetalis	7 (%4.5)
Solunum Sistemi	6 (%3.8)
Abdominal Duvar	5 (%3.2)
IUGG	4 (%2.6)
Yapışık İkiz	1 (%0.6)

Terminasyon önerilen fetal anomalilerin dağılımı incelendiğinde; 1. sırada %51.9 ile SSS anomalileri, 2. sırada %27.6 ile KVS anomalileri, 3. sırada %26.3 ile kas iskelet sistem anomalileri, 4. sırada %20.5 ile GÜS anomalileri, 5. sırada %12.2 ile GİS anomalileri, 6. sırada %10.9 ile yüz anomalileri, 7. sırada %7.7 ile anormal karyotip olarak saptadık. Diğerlerini solunum sistem anomalileri, abdominal duvar anomalileri, hidrops fetalis, IUGG ve yapışık ikiz oluşturdu.

Tablo 20: Mevcut gebelikte var olan anomalilerin sayısı

1	2	3	3'ten fazla
45 (%28.8)	18 (%11.5)	22 (%14.1)	71 (%45.5)

Terminasyon önerilen gebeleri mevcut gebeliğinde var olan anomalilerin sayısına göre değerlendirdiğimizde 71'inde (%45.5) 3'ten fazla, 45'inde (%28.8) 1 adet, 22'sinde (%14.1) 3 adet, 18'inde (%11.5) 2 adet anomali tespit ettik.

Tablo 21: Anomali sayısı ile gebeliğin terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	1	2	3	3'ten fazla
Terminasyonu kabul edenler	31 (%69)	12 (%67)	18 (%82)	56 (%79)
Terminasyonu kabul etmeyenler	14 (%31)	6 (%33)	4 (%18)	15 (%21)
Toplam	45	18	22	71

P=0.191

Anomali sayısı 1 adet olan 45 gebenin 31'i(%69) terminasyonu kabul ederken, 14'ü(%31) terminasyonu kabul etmemiştir. Anomali sayısı 2 adet olan 18 gebenin 12'si(%67) terminasyonu kabul ederken, 6'sı(%33) terminasyonu kabul etmemiştir. Anomali sayısı 3 adet olan 22 gebeden 18'i(%82) terminasyonu kabul ederken, 4'ü(%18) terminasyonu kabul etmemiştir. Anomali sayısı 3'ten fazla olan 71 gebeden 56'sı(%79) terminasyonu kabul ederken, 15'i (%21) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomali sayısı açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.191).

Tablo 22: Mevcut gebelikte tarama testi pozitifliği

11-14	Üçlü Test	AFP Yüksekliği	Üçlü Test + AFP Yüksekliği
10 (%6.4)	7 (%4.5)	2 (%1.3)	1 (%0.6)

Fetal anomali nedeniyle terminasyon önerilen gebelerin 20'sinde tarama testi pozitifliği saptanmıştır. Bunlardan 10'unda(%6.4) 11-14 tarama testi, 7'sinde(%4.5) 3'lü test, 2'sinde(%1.3) AFP yüksekliği ve 1'inde(%0.6) AFP yüksekliği+üçlü tarama testi pozitifliği tespit edilmiştir.

Tablo 23: Anomalinin tespit edilme yöntemi

USG	Sadece İnvaziv Testler	USG + İnvaziv Testler
142 (%91)	0	14 (%9)

Anomalilerin 142'sinin (%91) USG ile, 14'ünü (%9) USG+İnvaziv Testler ile tespit edildiğini saptadık

Tablo 24: Anomalinin tarifi

- A) Çok yetersiz bir şekilde anlatıldı
- B) Yetersiz bir şekilde anlatıldı.
- C) Orta derecede açıktı.
- D) Yeterli anlatıldı.
- E) Çok açık bir şekilde anlatıldı.

A	B	C	D	E
1(%0.6)	0	10(%6.4)	49(%31.4)	96(%61.5)

Tespit edilen anomalinin ebeveynlere nasıl tarif edildiği konusu ile ilgili bir değerlendirme yaptığımızda; 96'sı (%61.5) tarifi 'çok açık bir şekilde anlatıldı' şeklinde yorumlarken, 49'u (%31.4) 'yeterli anlatıldı', 10'u 'orta derecede açıktı' ve 1'i 'çok yetersiz bir şekilde anlatıldı' şeklinde yorumladığını tespit ettik.

Tablo 25: Anomalinin tarifi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	A	B	C	D	E
Terminasyonu kabul edenler	1(%100)	0	3(%30)	36(%73.4)	77(%80.2)
Terminasyonu kabul etmeyenler	0	0	7(%70)	13(%26.6)	19(%19.8)
Toplam	1	0	10	49	96

P=0.020, median (terminasyonu kabul edenler): 5, median (terminasyonu kabul etmeyenler): 4

Anomalinin tarifi 'Çok yetersiz bir şekilde anlatıldı' diyen 1 kişi terminasyonu kabul etmiştir. 'Orta derecede açıktı' diyen 10 kişiden 3'ü(%30) terminasyonu kabul ederken, 7'si (%70) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Yeterli anlatıldı' diyen 49 kişiden 36'sı(%73.4) terminasyonu kabul ederken, 13 kişi(%26.6) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Çok açık bir şekilde anlatıldı' diyen 96 kişiden 77'si(%80.8) terminasyonu kabul ederken, 19'u(%19.8) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomalinin tarifi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır(p=0.020).

Tablo 26: Tarif edilen anomaliyi anlama derecesi

- A) Hiç anlamadım
- B) Pek iyi anlamadım.
- C) Orta derecede anladım
- D) İyi anladım.
- E) Mükemmel anladım.

A	B	C	D	E
1(%0.6)	2(%1.3)	27(%17.3)	80(%51.3)	46(%29.5)

Tespit edilen anomaliyi ebeveynlerin ne derece anladığı konusu ile ilgili bir değerlendirme yaptığımızda; 80'i (%51.3) 'iyi anladım', 46'sı (%29.5)

‘mükemmel anladım’, 27’si (%17.3) ‘orta derecede anladım’, 2’si (%1.3) ‘pek iyi anladım’ ve 1’i (%0.6) ‘hiç anlamadım’ şeklinde yorumladığını tespit ettik.

Tablo 27: Anomaliyi anlama derecesi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	A	B	C	D	E
Terminasyonu kabul edenler	1(%100)	1(%50)	15(%55.5)	62(%77.5)	38(%82.6)
Terminasyonu kabul etmeyenler	0	1(%50)	12(%44.5)	18(%22.5)	8(%17.4)
Toplam	1	2	27	80	46

P=0.020, median (terminasyonu kabul edenler): 4, median (terminasyonu kabul etmeyenler): 4

Anomaliyi ‘Hiç anlamadım’ diyen 1 kişi terminasyonu kabul etmiştir. ‘Pek iyi anlamadım’ diyen 2 kişiden 1’i(%50) terminasyonu kabul ederken, 1’i (%50) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Orta derecede anladım’ diyen 27 kişiden 15’i(%55.5) terminasyonu kabul ederken, 12 kişi(%44.5) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘İyi anladım’ diyen 80 kişiden 62’si(%77.5) terminasyonu kabul ederken, 18’i(%22.5) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Mükemmel anladım’ diyen 46 kişiden 38’i(%82.6) terminasyonu kabul ederken, 8’i(%17.4) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomaliyi anlama derecesi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır(p=0.020).

Tablo 28 : Saptanan anomalinin bebeği ne şekilde etkileyeceğini düşünme

- A) Fiziksel özür beklentisi yüksek
- B) Zihinsel özür beklentisi yüksek
- C) Fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek
- D) Tedavi edilebilir fiziksel özür
- E) Yaşam beklentisi
 - i. Kısa ii. Orta iii.Uzun iv Bilmiyorum

A	B	C	D	E i	E ii	E iii	E iv	Toplam
31 (%12)	14 (%5)	86 (%33)	9 (%3)	51 (%20)	3 (%1)	5 (%2)	63 (%24)	262

Ebeveynlere tespit edilen anomalinin bebeği ne şekilde etkileyeceği ile ilgili bir değerlendirme yapmalarını istediğimizde; 86’sı (%33) ‘fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek’, 31’i (%12) ‘fiziksel özür beklentisi yüksek’, 14’ü (%5) ‘zihinsel özür beklentisi yüksek’, 9’u (%3) ‘tedavi edilebilir fiziksel özür’, 63’ü (%24)

‘yaşam beklentisi konusunda fikri yok’ iken, 51’i (%20) ‘yaşam beklentisinin kısa’, 5’i(%2) ‘yaşam beklentisini uzun’, 3’ü(%1) ‘yaşam beklentisini orta’ olarak değerlendirdi.

Tablo 29: Anomali teşhisi konulduktan sonra etkilenme derecesi

- A) Çok strese girdim
- B) Biraz strese girdim
- C) Fazla strese girmedim
- D) Hiç strese girmedim

A	B	C	D
126 (% 80.8)	23 (% 14.7)	6 (% 3.8)	1 (% 0.6)

Anomali teşhisi sonrası etkilenme derecesi ile ilgili yapılan değerlendirmede 126’sının (%80.8) ‘çok strese girdim’, 23’nün (%14.7) ‘biraz strese girdim’, 6’sının (%3.8) ‘fazla strese girmedim’ ve 1’nin (%0.6) ‘hiç strese girmedim’ şeklinde yorum yaptığını saptadık.

Tablo 30: Anomali teşhisi konulduktan sonra etkilenme derecesi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılım

	A	B	C	D
Terminasyonu kabul edenler	96 (%76)	17 (%74)	3 (%50)	1 (%100)
Terminasyonu kabul etmeyenler	30 (%24)	6(%26)	3 (%50)	0
Toplam	126	23	6	1

P=0.441

Anomali teşhisi sonrası ‘çok strese girdim’ diyen 126 gebeden 96’sı (%76) terminasyonu kabul ederken 30’u (%24) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Biraz strese girdim’ diyen 23 gebeden 17’si (%74) terminasyonu kabul ederken 6’sı (%26) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Fazla strese girmedim’ diyen 6 gebeden 3’ü (%50) terminasyonu kabul ederken 3’ü (%50) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Hiç strese girmedim’ diyen gruptan 1 kişi (%100) ise terminasyonu kabul etmiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anomaliden etkilenme derecesi açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır(p=0.441).

‘Çok strese girdim’ ve ‘Biraz strese girdim’ diyen olgular kabul edilip, ‘Fazla strese girmedim’ ve ‘Hiç strese girmedim’ diyen olgular değerlendirme dışı bırakıldığında terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır($p=0.815$).

Tablo 31: Karar verme süresi

Hemen	Birkaç gün içinde	Bir haftadan geç sürede
59 (%37.8)	30 (%19.2)	65 (%41.7)

Fetal anomali nedeniyle terminasyon seçeneği sunulan ebeveynlerin karar verme süresi ile ilgili yapılan değerlendirmede 65’inin (%41.7) bir haftadan geç sürede karar verdiğini, 59’unun (%37.8) hemen karar verdiğini, 30’unun (%19.2) ise birkaç gün içinde karar verdiğini saptadık.

Hayatla bağdaşmayan ciddi fetal anomali saptandığında veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek fetal anomali varlığında terminasyon seçeneği sunulan olguların 117 (%75) tanesi gebeliğin sonlandırılması yönünde karar verirken, 39 (%25) tanesi gebeliğe devam yönünde karar vermiştir.

Tablo 32: Gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörler

- A) Aile büyüklerim, arkadaşlar, sosyal çevre etkisiyle karar verdim.
- B) Din adamlarına danıştım, onların etkisiyle karar verdim.
- C) Doktorların ifadelerinden etkilendim.
- D) İnançlarım nedeniyle kendim sonlandırmak istemedim.
- E) Bu bebek son şansım, mutlaka istiyorum.
- F) Diğer

Gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörlerin etkileme derecelerine göre dağılımı

	1. sırada
A	4 (%10)
B	0
C	2 (%5)
D	30 (%77)
E	1 (%3)
F	2 (%5)
Toplam	39 (%100)

Terminasyon seçeneğini kabul etmeyip gebeliğe devam yönünde karar veren ebeveynlere böyle bir karar vermede etkili olan faktörler ile ilgili sorulan sorunun yapılan değerlendirilmesi sonucu 1. sırada 30 kişi ile(%77) ‘inançlarım nedeniyle

kendim sonlandırmak istemedim' faktörü, 2. sırada 4 kişi ile 'Aile büyüklerim, arkadaşlar, sosyal çevre etkisiyle karar verdim' faktörü, 3. sırada 2'şer kişi ile 'Doktorların ifadelerinden etkilendim' ve 'Anne içgüdüğü ve ilk bebek' faktörleri, 4. sırada 1 kişi ile 'Bu bebek son şansım mutlaka istiyorum' faktörü gelmiştir.

Tablo 33: Gebeliğin sonlandırılmasına karar vermede etkili olan faktörler

- A) Aile büyüklerim tarafından telkin edildi.
- B) Doktorların ifadelerinden etkilendim.
- C) Annenin sağlığına zarar gelebileceğinden endişe duydum.
- D) Anne ve babası olarak bizler üzerinde oluşması muhtemel psikolojik nedenleri düşündüm.
- E) Anne ve babası olarak bizleri maddi açıdan etkileyebilecek nedenleri düşündüm.
- F) Bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sıkıntılarını düşündüm.
- G) Kesinlikle sağlıklı olmayan bir çocuk istemiyorum.
- H) Diğer

Gebeliğin sonlandırılmasına karar vermede etkili olan faktörlerin etkileme derecelerine göre dağılımı

	1. sırada
A	0
B	55 (%47)
C	3 (%3)
D	4 (%3)
E	2 (%2)
F	47 (%40)
G	6 (%5)
Toplam	117 (%100)

Terminasyon seçeneğini kabul edip gebeliğin sonlandırılması yönünde karar veren ebeveynlere böyle bir karar vermede etkili olan faktörler ile ilgili sorulan sorunun yapılan değerlendirilmesi sonucu 1. sırada 55 kişi (%47) ile 'Doktorların ifadelerinden etkilendim' faktörü, 2. sırada 47 kişi(%40) ile 'Bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sıkıntılarını düşündüm' faktörü, 3. sırada 6 kişi(%5) ile 'Kesinlikle sağlıklı olmayan bir çocuk istemiyorum' faktörü, 4. sırada 4 kişi(%3) ile 'Anne ve babası olarak bizler üzerinde oluşası muhtemel psikolojik nedenleri düşündüm' faktörü, 5. sırada 3 kişi(%3) ile 'Annenin sağlığına zarar gelebileceğinden endişe duydum' faktörü, 6. sırada 2 kişi(%2) ile 'Anne ve babası olarak bizleri maddi açıdan etkileyebilecek nedenleri düşündüm' faktörlerinin etkili

olduğunu saptadık. Anket formunda belirtilen faktörler dışında gebeliğin sonlandırılması yönünde karar vermede etkili bir başka faktör alternatifi belirtilmemiştir.

Tablo 34: Gebeliği sonlandırmaya karar vermede güçlük derecesine göre dağılım

Çok Güç	Güç	Biraz Güç	Kolay
47 (%30.1)	41 (%26.3)	16 (%10.3)	13 (%8.3)

Gebeliği sonlandırmaya karar vermede güçlük derecesine göre dağılım açısından değerlendirdiğimizde 47'sinin (%30.1) çok güç, 41'nin (% 26.3) güç, 16'sının (%10.3) biraz güç ve 13'nün (% 8.3) kolay olarak değerlendirdiğini saptadık.

Tablo 35: Dini inanç konusunda tanımlama

- A) İbadetlerimi eksiksiz yerine getiririm.
- B) İnançlıyım, ancak ibadetlerimi bazen aksatırım.
- C) İnançlıyım, ancak ibadetlerimi nadiren yerine getirebiliyorum.
- D) Tanrının varlığına inanıyorum, gerisi bence önemli değil.
- E) Ateistim.

A	B	C	D	E
22 (%14.1)	67 (%42.9)	59 (%37.8)	7 (%4.5)	0

Ebeveynler, kendilerini dini inanç konusunda tanımlarken 67'si (%42.9) 'inançlıyım, ancak ibadetlerimi bazen aksatırım', 59'u (%37.8) 'inançlıyım, ancak ibadetlerimi nadiren yerine getirebiliyorum', 22'si (%14.1) 'ibadetlerimi eksiksiz yerine getiririm', 7'si (%4.5) 'tanrının varlığına inanıyorum, gerisi bence önemli değil' şeklinde değerlendirmiştir.

Tablo 36: Dini inanç konusunda tanımlama ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	A	B	C	D	E
Terminasyonu kabul edenler	16 (%64)	48 (%72)	48 (%81)	5 (%71)	0
Terminasyonu kabul etmeyenler	6 (%36)	19 (%28)	11 (%19)	2 (%29)	0
Toplam	25	67	59	7	0

$$P=0.329$$

‘İbadetlerimi eksiksiz yerine getiririm’ diyen 25 gebeden 16’sı(%64) terminasyonu kabul ederken, 6’sı(%36) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘İnançlıyım, ancak ibadetlerimi bazen aksatırım’ diyen 67 gebeden 48’i(%72) terminasyonu kabul ederken, 19’u(%28) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘İnançlıyım, ancak ibadetlerimi nadiren yerine getirebiliyorum.’ diyen 59 gebeden 48’i(%81) terminasyonu kabul ederken, 11’i(%19) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Tanrının varlığına inanıyorum gerisi bence önemli değil.’ diyen 7 gebeden 5’i(%71) terminasyonu kabul ederken, 2’si(%29) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında inanç tanımlama açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır(p=0.329).

Tablo 37: Dini inancın karar vermede etkisi

- A) Hiç etkilemedi.
- B) Biraz etkili oldu.
- C) Etkili oldu.
- D) Çok etkili oldu.
- E) Tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim.

A	B	C	D	E
32 (%20.5)	41 (%26.3)	46 (%29.5)	24 (%15.4)	13 (%8.3)

Gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde karar verirken dini inancın karar vermede etkisi açısından incelediğimizde 46 kişi (%29.5) ‘etkili oldu’, 41 kişi (%26.3) ‘biraz etkili oldu’, 32 kişi (%20.5) ‘hiç etkilemedi’, 24 kişi (%15.4) ‘çok etkili oldu’, 13 kişi (%8.3) ‘tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim’ şeklinde değerlendirmiştir.

Tablo 38: Dini inancın karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	A	B	C	D	E
Terminasyonu kabul edenler	31 (%97)	34 (%83)	36 (%78)	16 (%67)	0
Terminasyonu kabul etmeyenler	1 (%3)	7 (%17)	10 (%22)	8 (%23)	13 (%100)
Toplam	32	41	46	24	13

P=0.000, terminasyonu kabul edenlerde median: 2, terminasyonu kabul etmeyenlerde median: 4

Dini inancın karar vermede etkisi açısından ‘Hiç etkilemedi’ diyen 32 kişiden 31’i(%97) terminasyonu kabul ederken, 1’i(%3) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Biraz etkili oldu’ diyen 41 kişiden 34’ü(%83) terminasyonu kabul ederken, 7’si(%17) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Etkili oldu’ diyen 46 kişiden 36’sı(%78) terminasyonu kabul ederken, 10’u(%22) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Çok etkili oldu’ diyen 24 kişiden 16’sı(%67) terminasyonu kabul ederken, 8’i(%23) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim’ diyen 13 kişinin tamamı terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında dini inancın karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır.(p=0.000).

Tablo 39: Ailenin karar vermede etkisi

Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
82 (%52.6)	35 (%22.4)	30 (%19.2)	9 (%5.8)

Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması yönünde karar verirken ailenin etki derecesi açısından yapılan incelemede 82’sinin (%52.6) ‘hiç etkilemedi’, 35’nin (%22.4) ‘biraz etkili oldu’, 30’unun (%19.2) ‘etkili oldu’, 9’unun (%5.8) ‘çok etkili oldu’ şeklinde bir değerlendirme yaptığını tespit ettik.

Tablo 40: Ailenin karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
Terminasyonu kabul edenler	61 (%74)	26 (%74)	22 (%73)	8 (%89)
Terminasyonu kabul etmeyenler	21 (%26)	9 (%26)	8 (%27)	1 (%11)
Toplam	82	35	30	9

p=0.727

Ailenin karar vermede etkisi açısından ‘Hiç etkilemedi’ diyen 82 kişiden 61’i(%74) terminasyonu kabul ederken, 21’i(%26) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Biraz etkili oldu’ diyen 35 kişiden 26’sı(%74) terminasyonu kabul ederken, 9’u(%26) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Etkili oldu’ diyen 30 kişiden 22’si(%73) terminasyonu kabul ederken, 8’i(%27) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Çok etkili

oldu' diyen 9 kişiden 8'i(%89) terminasyonu kabul ederken, 1'i(%11) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında ailenin karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.(p=0.727).

Tablo 41: Ekonomik durumun karar vermede etkisi

Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
100 (%64.1)	26 (%16.7)	20 (%12.8)	10 (%6.4)

Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması yönünde karar verirken ekonomik durumun etkisi açısından yapılan incelemede 100'nün (%64.1) 'hiç etkilemedi', 26'sının (% 16.7) 'biraz etkili oldu', 20'sinin (% 12.8) 'etkili oldu', 10'unun (%6.4) 'çok etkili oldu' şeklinde bir değerlendirme yaptığını tespit ettik.

Tablo 42: Ekonomik durumun karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
Terminasyonu kabul edenler	68 (%68)	22 (%85)	17 (%85)	10 (%100)
Terminasyonu kabul etmeyenler	32 (%32)	4 (%15)	3 (%15)	0
Toplam	100	26	20	10

p=0.005, terminasyonu kabul edenlerde median: 1, terminasyonu kabul etmeyenlerde median:1

Ekonomik durumun karar vermede etkisi açısından 'Hiç etkilemedi' diyen 100 kişiden 68'i(%68) terminasyonu kabul ederken, 32'si(%32) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Biraz etkili oldu'diyen 26 kişiden 22'si(%85) terminasyonu kabul ederken, 4'ü(%15) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Etkili oldu' diyen 20 kişiden 17'si(%85) terminasyonu kabul ederken, 3'ü(%15) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Çok etkili oldu' diyen 10 kişiden tamamı terminasyonu kabul etmiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında ekonomik durumun karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır(p=0.005).

Tablo 43: Doktorların tavrının karar vermede etkisi

Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
18 (%11.5)	28 (%17.9)	41 (%26.3)	69 (%44.2)

Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması yönünde karar verirken doktorların tavrının etkisi açısından yapılan incelemede 69'unun (%44.2) 'çok etkili oldu', 41'nin (%26.3) 'etkili oldu', 28'inin (%17.9) 'biraz etkili oldu', 18'nin (%11.5) 'hiç etkilemedi' şeklinde bir değerlendirme yaptığını tespit ettik.

Tablo 44: Doktorların tavrının karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
Terminasyonu kabul edenler	2 (%11)	16 (%57)	33 (%80)	66 (%96)
Terminasyonu kabul etmeyenler	16 (%89)	12 (%43)	8 (%20)	3 (%4)
Toplam	18	28	41	69

P=0.000, terminasyonu kabul edenlerde median: 4, terminasyonu kabul etmeyenlerde median: 2

Doktorların karar vermede etkisi açısından 'Hiç etkilemedi' diyen 18 kişiden 2'si(%11) terminasyonu kabul ederken, 16'sı(%89) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Biraz etkili oldu'diyen 28 kişiden 16'sı(%57) terminasyonu kabul ederken, 12'si(%43) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Etkili oldu' diyen 41 kişiden 33'ü(%80) terminasyonu kabul ederken, 8'i(%20) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Çok etkili oldu' diyen 69 kişiden 66'sı(%96) terminasyonu kabul ederken, 3'ü(%4) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında doktorların tavrının karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır.(p=0.000).

Tablo 45: Din adamlarının görüşünün karar vermede etkisi

Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
97 (%62.2)	31 (%19.9)	20 (%12.8)	8 (%5.1)

Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması yönünde karar verirken din adamlarının görüşünün etkisi açısından yapılan incelemede 97'sinin (%62.2) 'hiç

etkilemedi', 31'nin (%19.9) 'biraz etkili oldu', 20'sinin (%12.8) 'etkili oldu', 8'nin (%5.1) 'çok etkili oldu' şeklinde bir değerlendirme yaptığını tespit ettik.

Tablo 46: Din adamlarının görüşünün karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılım

	Hiç Etkilemedi	Biraz Etkili Oldu	Etkili Oldu	Çok Etkili Oldu
Terminasyonu kabul edenler	76 (%78)	23 (%74)	14 (%70)	4 (%50)
Terminasyonu kabul etmeyenler	21 (%22)	8 (%26)	6 (%30)	4 (%50)
Toplam	97	31	20	8

P=0.140

Din adamlarının görüşünün karar vermede etkisi açısından 'Hiç etkilemedi' diyen 97 kişiden 76'sı(%78) terminasyonu kabul ederken, 21'i(%22) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Biraz etkili oldu'diyen 31 kişiden 23'ü(%74) terminasyonu kabul ederken, 8'i(%26) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Etkili oldu' diyen 20 kişiden 14'ü(%70) terminasyonu kabul ederken, 6'sı(%30) terminasyonu kabul etmemiştir. 'Çok etkili oldu' diyen 8 kişiden 4'ü(%50) terminasyonu kabul ederken, 4'ü(%50) terminasyonu kabul etmemiştir.

Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında din adamlarının görüşünün karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.(p=0.140).

TARTIşMA

Prenatal dönemde ciddi fetal anomali tespit edildiğinde bazı aileler gebeliğın sonlandırılmasını istemektedir. Ancak tüm çiftler gebeliğı sonlandırmamaktadır. Fetal anomali tespit edildiğinde gebeliğın devamı veya sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik, kültürel, dini, maddi faktörler de etkili olmaktadır. Biz bu çalışmada ailelerin ciddi fetal anomalisi tanısı koyulduktan sonra gebeliğın devamı veya sonlandırılması yönündeki kararlarını etkileyen faktörleri araştırmak istedik.

Çalışma grubumuzda major anomalili gebelik öykü insidansı %7.7 olarak bulundu. Normal populusyondaki oranın %2-3 olduğu düşünülürse bu oran en az iki kat yüksek olup, çalışmaya katılan ailelerin fetal anomaliler açısından yüksek riskli bir grup olduğu söylenebilir. Akraba evliliğı insidansı ise %19.2 olarak saptandı. Ülkemizde Tekbaş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada akraba evliliğı insidansı çalışmamızla uyumlu olarak %18.7 olarak saptanmıştır(31). Diğer ülkelere baktığımızda ise İtalya’da Romeo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada akraba evliliğı insidansı %1.1, Arjantin’de Castilla ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %0.4, Norveç’te Stoltenberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %0.1 olarak saptanmıştır(32). Çalışma grubumuzdaki anomalilerin etyolojisinde akraba evliliğinin kısmen rol oynadığı d ş n lm ştir.

Çalışmamızda major anomalilere sahip gebeliklerde ailelerin %75’i gebeliğın sonlandırılması yönünde karar vermiştir. Benzer bir şekilde Hamamy ve arkadaşlarının(12) İsviçre’de yaptığı bir çalışmada seks kromozom anomalisi nedeniyle terminasyon önerilen olguların %72.1’i, Sagi ve arkadaşlarının(15) İsrail’de yaptığı bir diğer çalışma da ise %80’i terminasyonu kabul etmiştir. Schechtman ve arkadaşlarının Amerika’da yaptığı bir çalışmada izole SSS anomalilerin olduğu olgularda gebeliğın sonlandırılma insidansı %73.5 olarak bulunurken, SSS dışı anomalilerde gebeliğın sonlandırılma insidansı %37.3 olarak

saptanmıştır(1). Bizim çalışma popülasyonumuzun davranış şekli İsviçre, İsrail ve Amerika ile benzerlik göstermektedir.

Gebeliğin sonlandırılmasını kabul eden ve etmeyen ailelerin eğitim durumları irdelendiğinde eğitim durumu ile tercih arasında bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Diğer bir ifadeyle daha az eğitilmişlerde daha çok eğitilmişler kadar terminasyonu tercih etmiştir. Benzer bir şekilde Sagi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üniversite mezunları ile daha az eğitilmiş kişilerin terminasyonu kabul oranları benzer olarak saptanmıştır(15). Schechtman ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise eğitim durumu ile terminasyon hızı arasındaki ilişki ters orantılı olarak bulunmuştur. Eğitim seviyesi düştükçe terminasyon hızı artmaktadır(1).

Ailelerin gelir durumları irdelendiğinde gelir durumu ile tercih arasında bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Leung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise düşük aile gelirinin gebeliğin sonlandırılması yönünde pozitif yaklaşımda önemli bir etken olduğu saptanmıştır(2).

Çalışmamızda ailelerin önceki gebeliklerinde anomali öyküsü varlığı irdelendiğinde bu öykü ile tercih arasında bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Sheiner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise anomalili çocuk öyküsü olan ailelerin terminasyona eğilimleri diğer aileler ile karşılaştırıldığında daha fazla olmuştur (8).

Gebe kalma şekli ile gebeliğin sonlandırılması arasındaki ilişki gözden geçirildiğinde yardımcı üreme tekniği yöntemleriyle (IVF/ICSI) gebe kalanlarda anomali nedeniyle gebeliği sonlandırmayı tercih edenlerin oranının daha az (%57) olduğu görülmüştür. Ancak bu gruptaki olgu sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Mevcut gebelikte anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası ile gebeliğin terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumlarına göre dağılıma bakıldığında gebelik haftası ilerledikçe terminasyon seçeneğini kabul etme eğiliminin azaldığı görülmüştür. Ancak hesaplama yapıldığında bu eğilimin belirgin bir istatistikî farklılık yaratmadığı anlaşılmaktadır. Sheiner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erken gebelik haftasında teşhis ile terminasyon kabulü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır(8).

Çalışmamızda terminasyon önerilen fetal anomalilerin dağılımı incelendiğinde; 1. sırada %51.9 ile SSS anomalileri, 2. sırada %27.6 ile KVS anomalileri gelmiştir. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise fetal anomali nedeniyle terminasyon önerilen olgularda 1. sırayı SSS anomalileri, 2. sırayı kromozomal anomaliler oluşturmuştur(25).

Anomali sayısı ile gebeliğin terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme dağılımına bakıldığında anomali sayısı arttıkça terminasyon seçeneğini kabul etme eğiliminin arttığı görülmüştür. Ancak hesaplama yapıldığında bu eğilimin belirgin bir istatistiki farklılık yaratmadığı anlaşılmaktadır. Anomali sayısı tek bile olsa anomalinin majör olması terminasyon tercihi için yeterli görülmektedir.

Teknolojideki ilerlemeler çoğu kromozomal ve yapısal anomalilerin doğru prenatal teşhisine imkan sağlamıştır. Fakat ne yazık ki çoğu bu durumun in utero tedavisi yoktur(2). Günümüzde ultrasonografi fetal konjenital anomalilerin prenatal teşhisinde en önemli araç olarak kabul edilmektedir(3,4). Fetal anomalilerin hepsi olmamakla birlikte büyük çoğunluğunu tespit eder(3). Sheiner ve arkadaşlarının(8) yaptığı çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda teşhiste en çok kullanılan metot %91'lik bir oran ile ultrasonografi olarak tespit edilmiştir. Bu da ultrasonografinin gebelik takibindeki öneminin göstergesi sayılabilir.

Tespit edilen anomalinin ebeveynlere nasıl tarif edildiği konusu ile ilgili bir değerlendirme yaptığımızda 'yeterli şekilde' veya 'çok açık bir şekilde anlatıldı' diyenlerin oranı %93'ü bulmuştur. Orta derecede olduğunu düşünenler %7' de kalırken sadece bir kişi çok yetersiz olduğunu düşünmüş, fakat buna karşın gebeliğin sonlandırılmasını tercih etmiştir. Anomalinin tarifi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılıma bakıldığında anomalinin tarifiyle ilgili 'yeterli' veya 'çok yeterli' anlatıldığını düşünenlerin terminasyonu kabul etme oranı %73.4 ve %80.2 iken, 'orta derecede açıklı' diyen 10 kişiden 3'ü(%30) terminasyonu kabul etmiş, 7'si (%70) terminasyonu kabul etmemiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 'Orta derecede anlatıldı' diye düşünen grubun anomalilerle ilgili tereddütlerinin 'yeterli anlatıldı' diyen gruba göre daha fazla olduğu ve bu nedenle terminasyonu daha az tercih ettikleri düşünülebilir. Aynı şekilde anomaliyi anlama derecesi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılıma bakıldığında, anomaliyi anlama oranı arttıkça terminasyon kabul

seçeneğinin de daha fazla olduğu görülmektedir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Benzer bir şekilde Menahem ve arkadaşlarının(14) yaptığı bir çalışmada ciddi fetal kalp anomalisi nedeniyle terminasyon önerilen ebeveynlerden terminasyonu kabul eden grup anomaliyi mükemmel-iyi anladıklarını ve kendilerine anlatımın da açık-çok açık olduğunu yorumlarken terminasyonu kabul etmeyen grup ise anomaliyi orta derecede anladıklarını ve anlatımında yine orta derece olduğu yorumunu yapmışlardır. Schechtman ve arkadaşlarının(1) yaptığı bir diğer çalışmada da terminasyonu kabul etmeyen grupta bilgi eksikliği olduğu sonucuna varılmıştır.

Anomali teşhisi konulduktan sonra etkilenme derecesi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumuna göre dağılıma bakıldığında terminasyon seçeneğini kabul edenlerin çoğunun önemli derecede veya orta derecede strese girdiği anlaşılmaktadır. Leung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ebeveynlerde anksiyete derecesi gebeliği sonlandırma yönünde karar vermede önemli bir etken olarak saptanmıştır(2).

Gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında birinci sırada (%77) inanç faktörü yer almaktadır. Dini inanç konusunda çalışma grubundaki kişilerin tamamı tanrının varlığına inandığını, %95'i inançlı olduğunu, %80'i ibadetlerini tam olarak yerine getirmediklerini, % 14'ü de ibadetlerini eksiksiz olarak yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Gebeliğin sonlandırılmasını istememekte en önemli faktör dini inanç olsa da 'İbadetlerimi eksiksiz yerine getiririm' diyen 25 gebeden 16'sı (%64) terminasyonu kabul ederken, 6'sı(%36) terminasyonu kabul etmemiştir. Yani kendini oldukça inançlı gören kesimin de çoğunluğu terminasyonu tercih etmiştir. Gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde karar verirken dini inancın karar vermede etkisi açısından incelediğimizde 13 kişi (%8.3) 'tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim' derken 32 kişi (%20.5) 'hiç etkilemediğini', çoğunluk ise az ya da çok dini inançlarının etkisi altında kaldığını belirtmişlerdir. Dini inancın karar vermede etkisi açısından 'Hiç etkilemedi' diyen 32 kişiden 31'i(%97) terminasyonu kabul ederken, 'Tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim' diyen 13 kişinin tamamı terminasyonu reddetmiştir. Din adamlarının görüşünün karar vermede etkisi açısından 'Hiç etkilemedi' diyen 97 kişiden 76'sı (%78) terminasyonu kabul ederken, 'Çok etkili oldu' diyen 8 kişiden 4'ü (%50) yine

terminasyonu kabul etmiştir. Leung ve arkadaşlarının(2) yaptığı bir çalışmada dini inancın Down sendromu, Edward/Patau sendromu ve Klinefelter sendromunda önerilen terminasyon seçeneğine karşı negatif davranışta önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Wyszynski ve arkadaşlarının(11) yaptığı bir diğer çalışma, Arjantin’de non-sendromik oral klefti olan çocukların aileleri bu şekilde izole tedavi edilebilir doğumsal defektin varlığı gebeliğin sonlandırılması için bir neden olmamalıdır şeklinde ki yorum için olası etkenlerden biri ‘din’ olarak gösterilmiştir. Buna karşın Sagi ve arkadaşlarının(15) yaptığı bir çalışmada ise kendilerini dindar veya konservatif olarak tanımlayan çoğu Musevi kadın seks kromozom anomalisi nedeniyle önerilen terminasyon seçeneğini kabul etmişlerdir.

Gebeliğin sonlandırılmasına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında ise ilk iki sırada doktorların ifadeleri ve bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sıkıntılarının düşünülmesi gelmiştir. Doktorların karar vermede etkisi açısından ‘Hiç etkilemedi’ diyen 18 kişiden 16’sı (%89) terminasyonu kabul etmemiştir. ‘Çok etkili oldu’ diyen 69 kişiden 66’sı (%96) terminasyonu kabul etmiştir. Terminasyonu kabul edenler ile kabul etmeyenler karşılaştırıldığında doktorların tavrının karar vermede etkisi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Eldadah ve arkadaşlarının(26) yaptığı bir çalışma doktorların görüşleri ve bu görüşleri ifade şekillerinin karar vermede etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bir anomalinin ciddiyeti, danışma sırasındaki yönlendiricilik ve kişinin kararı arasında direkt bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır.

Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması yönünde karar verirken aile büyüklerinin etki derecesi açısından yapılan incelemede %52.6’sı ‘hiç etkilemedi’, derken diğer yarısının az ya da çok aile büyüklerinin etkisinde kaldığını tespit ettik. Ancak bu etki, terminasyonu tercih etme oranlarını değiştirmede için ailenin karar vermedeki etkisinin her iki yönde de eşit oranda olduğu düşünüldü. Leung ve arkadaşlarının(2) yaptığı çalışmada ise ‘sosyal çevre’ gebeliğin sonlandırılması yönünde bir etken olarak tespit edilmiştir.

Ekonomik durumun karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılıma bakıldığında çoğunluk ekonomik durumun karar vermede etkili olmadığını belirtmiştir. Ancak ekonomik durumun karar vermede etkili olduğunu düşünen kişilerin büyük çoğunluğu, çok etkili

olduğunu düşünenlerin hepsi terminasyonu tercih etmiştir. Leung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada düşük aile geliri olanlarda finansal nedenler terminasyonunun desteklenmesinde önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir(2).

Sonuç olarak, major anomalilere sahip gebeliklerde ailelerin %75'i gebeliğin sonlandırılması yönünde karar vermiştir. Karar vermede doktorların, ekonomik durumun, dini inancın, anomalinin tarifinin ve anomaliyi anlama derecesinin etkili olduğu saptanmıştır. Buna karşın eğitim durumunun, aylık gelir dağılımının, anomali öyküsünün, daha önce anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsünün, özürlü yaşayan çocuk öyküsünün, gebe kalma şeklinin, anomalinin teşhis edildiği gebelik haftasının, anomali sayısının, din adamlarının, ailenin etkili olmadığı tespit edilmiştir.

SONUÇ

Hayatla bağdaşmayan ciddi fetal anomali saptandığında veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek fetal anomali varlığında terminasyon seçeneği sunulan ailelerin %75'i gebeliğin sonlandırılması yönünde karar verirken %25'i gebeliğin devamı yönünde karar vermiştir. Fetal anomalilerin dağılımı incelendiğinde; 1. sırada %51.9 ile SSS anomalileri, 2. sırada %27.6 ile KVS anomalileri gelmiştir. Çalışmaya katılan ailelerin %7.7'sinde anomalili gebelik öyküsü mevcut olup akraba evliliği insidansı %19.2 olarak saptanmıştır.

Gebeliğin sonlandırılmasını kabul eden ve etmeyen ailelerin eğitim durumları, aylık gelirleri irdelendiğinde aralarında bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Yardımcı üreme tekniği yöntemleriyle (IVF/ICSI) gebe kalanlarda anomali nedeniyle gebeliği sonlandırmayı tercih edenlerin oranının daha az (%57) olduğu görülmüştür. Anomali sayısı arttıkça terminasyon seçeneğini kabul etme eğiliminin arttığı, gebelik haftası ilerledikçe terminasyon seçeneğini kabul etme eğiliminin azaldığı görülmüştür. Gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında birinci sırada 'inanç faktörü', gebeliğin sonlandırılmasına karar vermede etkili faktörlere bakıldığında ise 1. sırada 'doktorların ifadeleri' yer almıştır. Ekonomik durumun karar vermede etkisi ile terminasyon seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki dağılıma bakıldığında çoğunluk ekonomik durumun karar vermede etkili olmadığını belirtmekle birlikte ekonomik durumun karar vermede etkili olduğunu düşünen kişilerin büyük çoğunluğu, çok etkili olduğunu düşünenlerin hepsi terminasyonu tercih etmiştir.

Sonuç olarak, prenatal dönemde fetal anomali tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik, kültürel, dini, maddi faktörler de etkili olabilmektedir. Böylece prenatal dönemde ciddi fetal anomali tespit edildiğinde tüm çiftler gebeliği sonlandırmamaktadır. Bu nedenle ebeveynlerin karar verme

dönemi yalnızca rasyonel zeminde değil; duygusal zeminde de ele alınmalıdır. Bu dönemde ve kararlarından sonraki süreçte psikolojik destek verilmelidir.

ÖZET

Çalışmanın amacı hayatla bağdaşmayan ciddi fetal anomali saptandığında veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek fetal anomali varlığında ebeveynler gebeliğin devamı konusunda karar verirken hangi faktörlerden etkilenmektedirler.

Çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prenatal Tanı ve Tedavi Ünitesince yürütüldü. Hasta grubunu 01/05/2008 - 01/05/2009 tarihleri arasında prenatal tanı ve tedavi ünitesinde fetal anomali tanısı koyulan ve fetal anomali nedeniyle gebeliğinin sonlandırılması seçeneği sunulan 156 gebe oluşturdu. Dağıtılan anket formunda gebe ve eşinin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik öyküyü, gebe kalma şeklini, anomali öyküsünü, akraba evliliği olup olmadığı, anomalinin özelliği – sayısı- teşhis edildiği gebelik haftası, teşhis edilme şekli, anomalinin nasıl tarif edildiği, fetusu ne derece etkileyeceğini düşündüğü, anomaliyi ne derece anladığı, ne derece etkilendiği, gebeliğin devamı veya sonlandırılmasında etkili olan faktörler ve bu faktörlerin ne derece etkili oldukları gibi sorulardan oluştu.

Çalışmamıza katılan gebe yaş ortalaması 27.7, eş yaş ortalaması 31; gebelerin %48.7, eşlerin %48.1 ilköğretim mezunu; 108 ailenin(%69.2) aylık geliri 500-2000TL; 30 ailede (%19.2) akraba evliliği var; 11'nin (%7.7) önceki gebeliğinde anomali öyküsü mevcut; 7'sinde (%4.5) anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsü mevcut; 2'sinin (%1.3) özürlü yaşayan çocuğu var, 145'i (%92.9) doğal yöntemle gebe kalırken, diğerleri ek üreme teknikleri kullanmış; 72'sinde (%46.1) anomali bebek hareketleri-24 hafta içinde tespit edilmiştir. Fetal anomali dağılımını 1. sırada %51.9 ile SSS anomalileri, 2. sırada %27.6 ile KVS anomalileri oluşturmuştur.

Major anomalilere sahip gebeliklerde ailelerin %75'i gebeliğin sonlandırılması yönünde karar vermiştir. Gebeliğin devamı yönünde karar vermede

1. derece etkili faktör ‘inanç’ iken, gebeliğin sonlandırılması yönünde karar vermede
1. sırada etkili faktör ‘doktorların ifadeleri’ olarak tespit edilmiştir.

Karar vermede doktorların, ekonomik durumun, dini inancın, anomalinin tarifinin ve anomaliyi anlama derecesinin etkili olduğu saptanmıştır. Buna karşın eğitim durumunun, aylık gelir dağılımının, anomali öyküsünün, anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsünün, özürlü yaşayan çocuk öyküsünün, gebe kalma şeklinin, anomalinin teşhis edildiği gebelik haftasının, anomali sayısının, din adamlarının ve ailenin etkili olmadığı tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Kenneth B. Schechtman, Diana L. Gray, Jack D. Baty, Steven M. Rothman. Decision-Making for Termination of Pregnancies With Fetal Anomalies: Analysis of 53 000 Pregnancies. *Obstetrics and Gynecology* 2002; Vol.99, NO. 2, 216-222.
2. Tse Ngong Leung, Macy Mo Ching Chau, Joseph Jeremy Chang, Tak Yeung Leung, Tak Yuen Fung, Tze Kin Lau. Attitudes towards termination of pregnancy among Hong Kong Chinese women attending prenatal diagnosis counselling clinic. *Prenatal Diagnosis* 2004; 24:546-551.
3. Hilmar H Bijima, Agnes van der Heide, Hajo IJ Wildschut. Decision-Making after Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormality. *Reproductive Health Matters*.2008;16:82-89.
4. Tine Gammeltoft, Tran Minh Hang, Nguyen Thi Hiep, Nguyen Thi Thuy Hanh. Late-Term Abortion for Fetal anomaly: Vietnamese Women's Experiences. *Reproductive Health Matters* 2008; 16; 46-56.
5. Helen Statham, Wendy Solomou, Lyn Chitty. Prenatal diagnosis of fetal abnormality: psychological effects on women in low-risk pregnancies. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology* Vol. 14, No. 4, pp 731-747, 2000.
6. E. Gadow, F. Petracchi, L. Igarzabal, A. Gadow, R. Quadrelli, H. Krupitzki. Awareness and attitude toward prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities in patients with no Access to legal termination of pregnancy. *Prenatal Diagnosis* 2006; 26: 885-891.
7. David W. Britt, Samantha T. Risinger, Virginia Miller, Mary K. Mans, Eric L. Krivcenia, Mark I. Evans. Determinants of Parental Decisions After the Prenatal Diagnosis of Down Syndrome. *American Journal of Medical Genetics* 93:410-416 (2000).
8. Eyal Sheiner, Ilana Shoham-Vardi, Dalia Weitzman, Josef Gohar, Rivka Carmi. Decisions regarding pregnancy termination among Bedouin couples referred to third level ultrasound clinic. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 76 (1998) 141-146.
9. Hilmar H. Bijma, Hajo I.J. Wildschut, Agnes van der Heide, Jan Passchier, Juriy W. Wladimiroff, Paul J. Van der Maas. Parental Decision –Making after Ultrasound Diagnosis of a Serious Foetal Abnormality. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2005; 20: 321-327.

- 10.** Maurizio Clementi, Elena Di Gianantonio, Rossella Ponchia, Marilena Petrella, Alessandra andrisani, Romano Tenconi. Pregnancy outcome after genetic counselling for prenatal diagnosis of unexpected chromosomal anomaly. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 128: 77-80.
- 11.**Diego F. Wyszynski, Claudia Perandones, Ricardo D. Bennun. Attitudes toward prenatal diagnosis, termination of pregnancy, and reproduction by parents of children with nonsyndromic oral clefts in Argentina. *Prenatal Diagnosis* 2003; 23: 722-727.
- 12.** Hanan A. Hamamy, Sophie Dahoun. Parental decisions following the prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 116 (2004) 58-62.
- 13.** Samuel Menahem, James Grimwade. Prenatal counselling-helping couples make decisions following the diagnosis of severe heart disease. *Early Human Development* 2005; 81: 601-607.
- 14.** Samuel Menahem, James Grimwade. Pregnancy termination following prenatal diagnosis of serious heart disease in the fetus. *Early Human Development* 73(2003) 71-78.
- 15.** Michal Sagi, Vardiella Meiner, Nurith Reshef, Judith Dagan, Joel Zlotogora. Prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidy: possible reasons for high rates of pregnancy termination. *Prenatal Diagnosis* 2001; 21: 461-465.
- 16.** Roger E. Stevenson, Judith G. Hall. *Human Malformations and Related Anomalies* .
- 17.** John M. Aase. *Diagnostic Dysmorphology*. 5-10.
- 18.** F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom. *Williams Obstetrics*, 2001, 21. baskı, sayfa 974.
- 19.** Oslo Bildirgesi. Tedavi amaçlı düşüğe ilişkin duyuru.Sağlıkla ilgili Uluslararası Belgeler. Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler, UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu. Yayına hazırlayan F. Sayek.Türk Tabipler Birliği. Haziran 1998., s21.
- 20.** FIGO Committee Report. Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis. *Gynecology and Obstetrics*. (2008) 102, 97-98.
- 21.** Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens. From reproductive choice to reproductive justice. *Gynecology & Obstetrics*. 2009,
- 22.** [http:// www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diger/GebSon.pdf](http://www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diger/GebSon.pdf) Prof Dr Ş Görkey . Gebeliğin sonlandırılmasında karşılaşılan etik sorunlar.

- 23.** Marge Berer. A critical appraisal of laws on second trimester abortion. *Reproductive Health Matters* 2008; 16:3-13.
- 24.** 24 Mayıs 1983 tarihli Türk Anayasasının 2827-5 no'lu nüfus planlama kanunu.
- 25.** H. Aslan, G. Yıldırım, C. Ongut, Y. Ceylan. Termination of pregnancy for fetal anomaly. *Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: 221-224.
- 26.** Lama T. Eldahdah, Kelly E. Ormond, Anvar H. Nassar, Tayma Khalil, Laila F. Zahed. Outcome of chromosomally abnormal pregnancies in Lebanon: Obstetricians' roles during and after prenatal diagnosis. *Prenatal Diagnosis* 2007; 27: 525-534.
- 27.** Tine Gammeltoft, Hanh Thj Thuy Nguyen. Fetal conditions and fatal decisions: Ethical dilemmas in ultrasound screening in Vietnam. *Social Science and Medicine* 2007; 64: 2248-2259.
- 28.** Leila Hessini. Abortion and İslam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(29): 75-84.
- 29.** Amy Adamczyk. The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research* 2008; 37: 657-672.
- 30.** Kiarash Aramesh. Abortion: An İslamic Ethical View. *Iran J Allergy Asthma İmmunology* 2007; 6: 29-33.
- 31.** Ömer Faruk Tekbaş, Muharrem Uçar, Recai Oğur. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4(3).
- 32.** [http// www.consang.net/index.php/Global](http://www.consang.net/index.php/Global) prevalence tables (10.08.2009)

ANKET FORMU

BU FORMUN 1. SAYFASI DOKTOR, DİĞER SAYFALARI GEBE VEYA EŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

1. Adı- Soyadı: Tarih:
2. Gebenin yaşı: Eşinin yaşı:
3. Akraba evliliği: Yok: Var: Derecesi:
4. G: P: Abortus: SEK: Ektopik: Yaşayan Çocuk Sayısı:
5. Önceki Gebeliklerde Anomali Öyküsü:
a) Yok b) Var Tanı:
6. Mevcut gebelikte gebe kalma şekli:
a. Doğal b) İlaç Tedavisi ile c)OI-IUI d)IVF-ICSI
7. Mevcut gebeliğinizde anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası?
a) İlk üç ay b) 12 hf-bebek hareketleri c) Bebek hareketleri-24 hf d)24 hf sonrası
8. Mevcut gebelikte var olan anomaliler ;
a. KVS:
b. SSS:
c. GÜS:
d. GİS:
e. Kas-iskelet sistemi:
f. Hidrops fetalis
g. Abdominal duvar
h. Anormal karyotip
i. Diğer:
9. Mevcut gebelikte var olan anomalilerin sayısı:
a.)1 b)2 c)3 d)Üçten fazla
10. Mevcut gebelikte tarama testi pozitifliği
a. 11-14 b) Üçlü test c)AFP yüksekliği

11. Anomali nasıl tespit edildi?

- a. USG b) İnvaziv testler

12. Yaşadığınız

a. İl:

İlçe:

Köy:

13. Eğitim Durumu:

- a. Gebe: a) Okur-Yazar değil c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite
b. Eş: a) Okur-Yazar değil c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite

14. Meslek:

- a. Gebe:
b. Eş:

15. Ailenizin aylık geliri:

- a. 500 YTL altı b) 500-2000YTL c) 2000-5000YTL d) 5000-10.000YTL
e) 10.000 üstü

16. Anomali nedeniyle daha önce gebeliğiniz sonlandırıldı mı?

- a. Evet
b. Hayır

17. Özürlü yaşayan çocuğunuz var mı?

- a. Evet
b. Hayır

18. Bu gebeliğinizde bebeğinizde saptanan anomalinin size tarifi nasıldı?

- a. Çok açık bir şekilde anlatıldı
b. Yeterli anlatıldı
c. Orta derecede açıklı
d. Yetersiz bir şekilde anlatıldı
e. Çok yetersiz bir şekilde anlatıldı

19. Bu gebeliğinizde bebeğinizde saptanan anomalinin ne olduğunu anladınız mı?

- a. Mükemmel anladım
b. İyi anladım
c. Orta derecede anladım
d. Pek iyi anlamadım
e. Hiç anlamadım

20. Bu gebeliğinizde saptanan anomalin bebeğinizi ne şekilde etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

- a. Fiziksel özür beklentisi yüksek
b. Zihinsel özür beklentisi yüksek
c. Fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek
d. Tedavi edilebilir fiziksel özür
e. Yaşam beklentisi:
i. Kısa ii. Orta iii. Uzun iv. Bilmiyorum

21. Anomali teşhisi konulduktan sonra ne kadar etkilendiniz?

- a. Çok strese girdim
- b. Biraz strese girdim
- c. Fazla strese girmedim
- d. Hiç strese girmedim

22. Mevcut şartlar altında gebeliğin devamı konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Gebeliğe devam etmek istiyorum (Bu tercihi yapmışsanız 24. Soruyu boş bırakınız)
- b. Gebeliğin sonlandırılmasını istiyorum (Bu tercihi yapmışsanız 23. Soruyu boş bırakınız)

23. Bu kararı vermeniz ne kadar sürdü?

- a. Hemen karar verdim
- b. Birkaç gün içinde karar verdim
- c. Bir haftadan geç sürede karar verdim

24. Gebeliğin devamına karar vermenizde etkili olan faktörler nelerdir? (Size etkileme derecesine göre birden beşe kadar numaralandırınız)

- a. Aile büyüklerim, arkadaşlar, sosyal çevre etkisiyle karar verdim
- b. Din adamlarına danıştım, onların etkisiyle karar verdim
- c. Doktorların ifadelerinden etkilendim
- d. İnançlarım nedeniyle kendim sonlandırmak istemedim
- e. Bu bebek son şansım, mutlaka istiyorum
- f. Diğer (açıklayınız):

25. Gebeliğin sonlandırılmasına karar vermenizde etkili olan faktörler nelerdir? (Size etkileme derecesine göre birden altıya kadar numaralandırınız)

- a. Aile büyüklerim tarafından telkin edildi
- b. Doktorların ifadelerinden etkilendim
- c. Annenin sağlığına zarar gelebileceğinden endişe duydum
- d. Anne ve babası olarak bizler üzerinde oluşması muhtemel psikolojik nedenleri düşündüm
- e. Anne ve babası olarak bizleri maddi açıdan etkileyebilecek nedenleri düşündüm
- f. Bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sıkıntılarını düşündüm
- g. Kesinlikle sağlıklı olmayan bir çocuk istemiyorum
- h. Diğer (açıklayınız):

26. Gebeliğinizi sonlandırmaya karar vermeniz güç oldu mu?

- a. Çok güç oldu?
- b. Güç oldu
- c. Biraz güç oldu
- d. Kolay oldu

27. Kendinizi dini inanç konusunda nasıl tanımlarsınız?

- a. İbadetlerimi eksiksiz yerine getiririm
- b. İnançlıyım, ancak ibadetlerimi bazen aksatırım
- c. İnançlıyım, ancak ibadetlerimi nadiren yerine getirebiliyorum
- d. Tanrının varlığına inanıyorum, gerisi bence önemli değil
- e. Ateistim

28. Dini inancınız kararınızda ne kadar etkili oldu?
- a. Hiç etkilemedi
 - b. Biraz etkili oldu
 - c. Etkili oldu
 - d. Çok etkili oldu
 - e. Tamamen dini inanç sebebiyle bu kararı verdim
29. Aileniz kararınızda ne kadar etkili oldu?
- a. Hiç etkilemedi
 - b. Biraz etkili oldu
 - c. Etkili oldu
 - d. Çok etkili oldu
30. Ekonomik durumunuz kararınızda ne kadar etkili oldu?
- a. Hiç etkilemedi
 - b. Biraz etkili oldu
 - c. Etkili oldu
 - d. Çok etkili oldu
31. Doktorların tavrı kararınızda ne kadar etkili oldu?
- a. Hiç etkilemedi
 - b. Biraz etkili oldu
 - c. Etkili oldu
 - d. Çok etkili oldu
32. Din adamlarının görüşleri kararınızda ne kadar etkili oldu?
- a. Hiç etkilemedi
 - b. Biraz etkili oldu
 - c. Etkili oldu
 - d. Çok etkili oldu