



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2010-0001

AYDIN İL MERKEZİNDE AKRABA EVLİLİĞİ SIKLIĞI ve
GEBELİK SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Şennur Rabia ŞEN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU

AYDIN-2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2010-0001

AYDIN İL MERKEZİNDE AKRABA EVLİLİĞİ SIKLIĞI ve
GEBELİK SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Şennur Rabia ŞEN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU

AYDIN-2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

DOĞUM- KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora Programı öğrencisi Şennur Rabia Şen tarafından hazırlanan “Aydın İli Merkezinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Gebelik Sonuçları ile İlişkisi ” başlıklı tez, 05/07/2010 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU

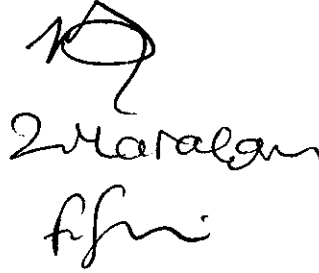
Adanan Menderes Üniversitesi

2- Doç. Dr. Zekiye Karaçam

Adanan Menderes Üniversitesi

3- Yrd.Doç.Dr. Filiz Ergin

Adanan Menderes Üniversitesi.



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Akraba evliliği dünya toplumun %20'si ve bazı toplumlarda daha fazlası tarafından tercih edilen bir durumdur. Yani her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evliliğinin esası, akrabaların ortak atalardan gelmeleri nedeniyle genel toplumun üstünde bir gen içeriğine sahip olmalarıdır. Yani kan yakını akrabalar genel toplumda görülen ortak gen yüzdesinin haricinde ayrıca akraba oldukları için, akrabalık derecesine göre daha fazla ortak (aynı) genlere sahiptirler. Bu nedenlerle akraba evliliklerinin çocuklarında her iki ebeveynden gelebilecek aynı allelin bir gen merkezinde toplanma riski genel toplum riskine göre daha yüksektir. Dolayısıyla hastalık oluşturma riski de genel topluma göre daha yüksektir.

Kan yakını akraba evlilikleri, ailede bilinen bir genetik hastalık yoksa bile bebek ölümü ve malformasyonların yüksek olmasına sebep olarak gösterilebilir. Aralarında kan bağı olan kişiler tıbbi ve obstetrik özgeçmişleri, var olan hastalıklar, mental retardasyon, doğum defektleri, infertilite ve düşük açısından incelenmelidir. Bazı ırksal ve etnik faktörler, belli resesif bozukluklar için yüksek risk taşıyabilir. Bu bağlamda toplumda bu tür riskleri ilk belirleyecek olan grup sağlık çalışanlarıdır. Özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu araştırma Aydın il merkezinde 15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında ana-çocuk sağlığı hizmetlerini sunan sağlık çalışanlarının, akraba evliliği yapan ailelere akraba evliliği konusunda gereken danışma, eğitim ve destek hizmetlerini verebilmelerini umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Genel Bilgiler.....	4
1.3.1. Akraba Evliliği.....	4
1.3.2. Akraba Evliliği Neden Sakıncalı.....	6
1.3.3. Akraba Evliliklerinin Sosyal Boyutu ve Tercih Edilme Nedenleri.....	9
1.3.4. Akraba Evliliğinin İncelendiği Araştırmalardan Elde Edilen Genel Bulgular.....	10
1.3.5. Dünyada Akraba Evlilikleri.....	11
1.3.6. Türkiye’de Akraba Evliliği.....	12
1.3.7. Genler.....	15
1.3.8. Genetik Hastalıklar ve Sınıflandırılması.....	17
1.3.8.1. Tek Gen Hastalıkları.....	19
1.3.8.1.1. Otozomal Resesif Hastalıklar.....	21
1.3.8.1.2. Otozomal Dominant Hastalıklar.....	23
1.3.8.1.3. X’e Bağlı Resesif Hastalıklar.....	24
1.3.8.1.4. X’e Bağlı Dominant Hastalıklar.....	24
1.3.8.2. Kromozom Hastalıkları.....	25
1.3.8.3. Multifaktöriyel Hastalıklar.....	27
1.3.9. Akraba Evliliği ve Genetik Hastalıklar.....	28
1.3.10. Genetik Danışma.....	30
1.3.11. Genetik Danışmanın Amaçları.....	32

1.3.12. Genetik Danışma Ekibi.....	35
1.3.13. Genetik Danışma İçin Endikasyonlar.....	36
1.3.14. Akraba Evliliğinde Genetik Danışma.....	37
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
2.1. Araştırmanın Şekli.....	38
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	38
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	40
2.4. Araştırmanın Evreni.....	41
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....	41
2.6. Araştırmaya Alma Kriterleri.....	43
2.7. Veri Toplama Aracı.....	43
2.7.1. Verilerin Toplanması.....	44
2.7.2. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
2.9. Araştırmada Etik.....	45
3. BULGULAR.....	46
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
3.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	50
3.3. Kadınların Yaşayan Çocuklarında Kendilerinde ve Ailelerinde Kalıtsal Hastalık Varlığı Dağılımı.....	53
3.4. Katılımcıların Akraba Evliliklerine Göre Dağılımı.....	55
3.5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Akraba Evliliği ile Karşılaştırma Dağılımları.....	56
3.5.1. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı	56
3.5.2. Kadınların ve Eşlerinin Çalışma Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	57
3.5.3. Kadınların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Yeri ve Aile Tiplerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	58
3.5.4. Kadınların Ekonomik Durumlarının ve sosyal Güvencelerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	59
3.5.5. Kadınların ve Eşlerinin İlk Evlenme Yaşı Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	60

3.6. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	61
3.6.1. Kadınların İlk Gebelik Yaşı ve İlk Doğum Yaşının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	61
3.6.2. Kadınların Toplam Düşük ve Toplam Kürtaj Sayılarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	64
3.6.3. Kadınlarda İnfertilite Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı.....	66
3.7. Kadınların Akraba Evlilikleri ve Gebelik Sonuçları Karşılaştırmaları.....	67
3.7.1. Kadınların Yaşayan Çocuklarında Sağlık Problemi Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	67
3.8.1. Katılımcıların Kendilerinde/Eşlerinde veya Ailelerinde Kalıtsal Hastalık Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları.....	69
3.9. Kadınların Akraba Evliliği ile İlgili Genel Tutumları.....	70
4. TARTIŞMA.....	76
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
5.1. Sonuçlar.....	92
5.2. Öneriler.....	97
ÖZET.....	98
SUMMARY.....	99
KAYNAKLAR.....	100
ÖZGEÇMİŞ.....	106
TEŞEKKÜR.....	107
EKLER.....	108
EK 1. Aydın İl Merkezinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğinin Gebelik Sonuçları ile İlişkisi Anket Formu.....	108
EK 2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	111
EK 3. Aydın Valiliği Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	112
EK 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Uygunluk Onayı.....	113
EK 5. Bilgilendirilmiş Olur Metni	114
EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Formu	115

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DM.	Diabetes Mellitus
HT:	Hipertansiyon
FMF:	Familial Mediterranean Fever (Ailesel Akdeniz Ateşi)
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiki Paket Programı
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı.....	40
Çizelge 2.5.1. Sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan 15-49 yaş evli kadın sayısı ve örnekleme alınan kadın sayısı.....	42
Çizelge 3.1.1. Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.	48
Çizelge 3.1.2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	49
Çizelge 3.2.1. Kadınların obstetrik özellikleri.....	51
Çizelge 3.2.2. Kadınların çocuklarının ilk beş yıl içindeki ölüm nedenlerine göre dağılımı.....	52
Çizelge 3.3.1. Kadınların yaşayan çocuklarında bulunan hastalık dağılımları....	53
Çizelge 3.3.2. Katılımcıların kendilerinde ve ailelerinde hastalık durumu dağılımları.....	54
Çizelge 3.3.3. Kadınların ve eşlerinin sahip oldukları kalıtsal hastalık tanılarına göre dağılımları.....	54
Çizelge 3.4.1. Araştırma kapsamına giren kadınların akraba evliliği dağılımı.....	55
Çizelge 3.4.2. Kadınların akraba evliliği ile ilgili tutumlarının dağılımı.....	56
Çizelge 3.5.1.1. Kadınların eğitim düzeyinin akraba evliliği durumuna göre dağılımı.....	57
Çizelge 3.5.1.2. Eşlerin Eğitim düzeyinin akraba evliliği durumuna göre dağılımı..	
Çizelge 3.5.2.1. Kadınların çalışma durumunun akraba evliliğine göre dağılımı....	58
Çizelge 3.5.2.2. Kadınların eşlerinin çalışma durumunun akraba evliliğine göre dağılımları.....	58
Çizelge 3.5.3.1. Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin ve aile tiplerinin akraba evliliğine göre dağılımı.....	59
Çizelge 3.5.4.1. Kadınların ekonomik durumlarının ve sosyal güvencelerinin akraba evliliğine göre dağılımı.....	60
Çizelge 3.5.5.1. Kadınların ve eşlerinin ilk evlenme yaşlarının akraba evliliğine göre dağılımı.....	61
Çizelge 3.6.1.1. Kadınların ilk gebelik ve ilk doğum yaşlarının akraba evliliğine göre dağılımı.....	62
Çizelge 3.6.1.2. Kadınların gebelik sonuçlarının akraba evliliğine göre dağılımları	64

Çizelge 3.6.2.1.	Kadınların toplam düşük ve toplam kürtaj sayılarının akraba evliliği durumuna göre dağılımları.....	65
Çizelge 3.6.2.2.	Kadınların düşük/kürtaj materyalinden alınan analiz sonuçları ile akraba evliliğine göre dağılımları.....	66
Çizelge 3.6.3.1.	Kadınlarda infertilite varlığının akraba evliliğine göre dağılımı....	66
Çizelge 3.7.1.1.	Yaşayan çocuklarda sağlık problemi varlığının akraba evliliğine göre dağılımı.....	68
Çizelge 3.8.1.1.	Kadınların kendilerinde/eşlerinde veya ailelerinde kalıtsal Hastalık varlığının akraba evliliğine göre dağılımları.....	69
Çizelge 3.9.1.	Akraba evliliği yapan kadınların genetik danışma hizmeti alma dağılımları.....	70
Çizelge 3.9.2.	Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliğini seçme nedenlerine göre dağılımı.....	70
Çizelge 3.9.3.	Kadınların akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığına sakıncası hakkındaki bilgilerinin dağılımı.....	71
Çizelge 3.9.4.	Kadınların akraba evliliğinin çocuklar üzerindeki sakıncalarına ait görüşleri ile akraba evliliği arasındaki ilişkiye göre dağılımı...	72
Çizelge 3.9.5.	Kadınların akraba evliliğinin sakıncalı olduğunu öğrendikleri bilgi kaynaklarına göre dağılımları.....	72
Çizelge 3.9.6.	Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliği yapmaktan memnuniyet durumlarına göre dağılımı.....	73
Çizelge 3.9.7.	Kadınların akraba evliliği durumlarına göre çocuklarının akraba evliliğini onaylama durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımı....	74
Çizelge 3.9.8.	Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliğine onay verme ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımları.....	74
Çizelge 3.9.9.	Kadınların akraba evliliğine onay verme durumu ile yaşları arasındaki ilişkiye göre dağılımları.....	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. TÜİK 2006 Türkiye’de Akraba Evliliği Yapanlar.....	15
Şekil 2. Genetik Hastalıkların Sıklığı.....	18
Şekil 3. Pedigree Sembolleri.....	20

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
EK 1. Aydın İl Merkezinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Gebelik Sonuçları ile İlişkisi Anket Formu.....	108
EK 2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	111
EK 3. Aydın Valiliği Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	112
EK 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Uygunluk Onayı	113
EK 5. Bilgilendirilmiş Olur Metni	114
EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Formu	115

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akraba evliliği, eşler arasında kan bağı bulunma yani aynı atadan gelme durumudur. Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen düşük, ölü doğum, beş yaş altı çocuk ölümü, konjenital anomali gibi olumsuz gebelik sonuçlarına yol açan ve tahminlere göre dünya toplumunun %20 tarafından tercih edilen bir durumdur. Yani her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Bu sıklık yöreler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir ve ülkenin batısından doğusuna doğru gidildikçe artmaktadır (Özvarış 1998, Uskun 2001, Tekbaş ve ark 2005, Tavukçu ve İrgil 2008). Ülkemizde de 2006 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun Aile Yapısı incelemesi sonuçlarına göre eşyle akraba olan kadınların oranı %20.9'dur. Türkiye'de bölgelere göre bakıldığında en yüksek oran Güneydoğu ve Doğu Anadolu'da sırasıyla %40.4 ve % 30.7, en düşük oran ise batı Marmara ve Ege'de sırasıyla %4.8 ve %17.4 olarak rapor edilmiştir (T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu 2006).

Akraba evliliği dünya genelinde eskiden beri mevcuttur ve halen yaygın olarak uygulanmaktadır (Sharkia ve ark 2008). Akraba evlilikleri gelişmiş ülkelerde azalmasına karşın, bu evliliklerin gelişmekte olan ülkelere Afrika, Orta Doğu ve Hindistan'da (%25-61) yaygın olduğu bilinmektedir (World Health Organization 1999). Akraba evliliği daha çok Doğu Akdeniz ülkelerindeki Müslüman toplumlarda ve Güney Asya'nın birçok

bölgesinde yaygındır. Bu bölgelerde şimdiki kuşağın yaptığı evliliklerin %20-50'si akraba evliliğidir (Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Hussain 2002, Tavukçu ve İrgil 2008).

İnsanlar arasında sosyal ve dini inanışlar nedeniyle akrabalar arası evlenme (kendileşme) çoğunlukla seyrekler. Kendileşmenin derecesi yakınlık düzeyine bağlıdır (Ayan ve ark 2001, Kutlubay 2007). Anne veya babalarından biri kardeş olan bir çiftin yaptığı evliliklere 1. derece akraba evliliği (kuzen evlilikleri) denir. Büyükanne veya büyükbabalarından biri kardeş olan çiftlerin yaptığı evliliklere ise 2. derece akraba evliliği (torun evlilikleri) denir. Diğer bir ifadeyle; kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine ikinci derece akraba evliliği denilmektedir (Ayan ve ark 2001, Özvarış ve ark 2002, Tavukçu İrgil 2008). Birinci derece kuzen evlilikleri medikal olarak en riskli evlilik şekli olup akraba evlilikleri arasında en sık görülenidir (Genç ve Erdemir 1997, Fuster ve Colantonia 2003).

Kan yakını akrabalar genel toplumda görülen ortak gen yüzdesinin haricinde ayrıca akraba oldukları için, akrabalık derecesine göre daha fazla ortak (aynı) genlere sahiptirler (Genç ve Erdemir 1997, Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Tekbaş ve ark 2005). Bu nedenlerle akraba evliliklerinin çocuklarında her iki ebeveynden gelebilecek aynı allelin bir gen merkezinde toplanma riski genel toplum riskine göre daha yüksektir. Dolayısıyla hastalık oluşturma riski de genel topluma göre daha yüksektir (Genç ve Erdemir 1997). Diğer bir ifadeyle; akraba evlilikleri ile bazı seyrek çekinik (resesif) etkili hastalık ya da niteliklerin ortaya çıkma şansı artar. Yani akraba evlilikleri heterozigot ya da taşıyıcı dediğimiz kişileri yan yana getirerek ilgili hastalık ya da nitelik için homozigotların doğma şansını artırmaktadır (Özcan 2008).

Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve doğan çocukların en azından %8.4'ü akraba evliliğinden doğmaktadır. Akraba evliliği yapan popülasyonda özürlü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak %8-9 olmaktadır (Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Tekbaş ve ark 2005, Özcan 2008).

Yapılan çalışmalarda akraba evliliklerinin düşük sosyoekonomik durum, okuryazarlık ve kırsal kesimde yaşamayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Akraba evliliği ile sosyal değişkenler arasındaki ilişki akraba evliliğinin genetik etkilerini değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Akraba evliliklerinin geleneksel olduğu yerlerde resesif olarak kalıtılan hastalıkların, fiziksel ve mental yetersizlikli çocukların sayısı önemli boyutlardadır. Akraba evliliği yapmış anne ve babaların çocuklarında şiddetli mental retardasyon, körlük, işitme bozukluğu ve sağırlık görülme sıklığı artmıştır (Bökesoy ve Karabulut 2005, Tavukçu ve İrgil 2008).

Akraba evliliği hala yaygın bir sorun olmakla birlikte eğitimin artması ve sosyoekonomik koşulların düzelmesi ile giderek sıklığı azalan ancak hala üzerinde durularak çözüm aranması gereken bir sorundur. Akraba evliliklerinden kaçınılması gerekliliği vurgulanmalı, akraba evliliği yapmış olan bireylerin genetik danışma almak için bir genetik uzmanı ile görüşmeleri sağlanmalı, bu gebelikler ve doğan bebekler yakından izlenmelidir. Ayrıca toplumda sık görülen otozomal resesif hastalıkların taşıyıcıları belirlenmeli ve erken teşhis için uygulanan tarama programları yaygınlaştırılmalıdır. Aydın il merkezinde yaşayan akraba evlisi kadınların mevcut sağlık durumlarının saptanması ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu kolaylaşabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışmada Aydın il merkezinde 15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Akraba Evliliği

Akraba evliliği, eşler arasında kan bağı bulunması yani aynı atadan gelme durumudur. Bir başka deyişle aynı atadan gelen eşler arasında yapılan evliliktir (Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Tekbaş ve ark 2005, Tavukçu ve İrgil 2008).

Akraba evliliği dünya genelinde eskiden beri mevcuttur ve halen yaygın olarak uygulanmaktadır (Sharkia ve ark 2008). Eski devirlerden beri toplum ve dini cemaatler akrabalar arası evlilikler için yasaklar getirmişlerdir. Bu sınırlamalar kökenini muhtemelen biyolojik bilgi ve deneyimden değil, aksine sosyal gereklilikten almıştır. Çünkü bir insan toplumunun ensest tabusu (baba-kız/anne oğul/kardeşler arası cinsel ilişki) olmaksızın kurulması mümkün değildir. Ensest tabusunun çeşitli toplumlarda hangi akrabalık derecesine kadar ulaştığı tarihsel nedenlere dayanır. İstisnai durumlarda kardeşler arası evlilikler bile tolere edilmiş veya firavunlarda olduğu gibi hatta teşvik edilmiştir. Mısırdaki yaşamış olan Ptolemaik sülalesinde döller boyunca kardeşler arasında evlenme bir gelenektir. Çünkü halktan biriyle evlenerek, asil (“mavi kan”) kanlarının sulandırılmasını ve bozulmasını istemiyorlardı. Cleopatra, kardeş evlenmesinin bir türüdür ve tarih en azından onun fiziksel olarak normal olduğunu yazmaktadır. Hristiyan aleminde ise birinci dereceden kuzen evlilikleri halen kabul görmez. Katolik kilisesinde böyle evlilikler için özel izin almak gerekir ve kural olarak izin verilir. Kilisenin aynı zamanda vaftiz baba ile onun vaftiz çocuğunun da evliliklerini yasaklamış olması bu yasakların biyolojik temellerin dışında başka inanışlara bağlı olduğunu göstermektedir. İslam dininde ise kuzen evlilikleri için bir sınırlama yoktur, kardeşle amca, teyze, dayı, hala gibi akrabalarla ve sütanne ile evlenmek yasaklanmıştır (Genç ve Erdemir 1997, Uskun 2001, Ayan ve ark 2002, Tekbaş ve ark 2005, <http://www.tdk.gov.tr/TR/genel/sozbul>). Çin’de 1981 Çin Cumhuriyeti Evlilik Kanunu ile birinci derecede kuzenler ve daha yakın akraba evliliklerine yasak getirilmiştir. İngiltere ve Avustralya’da birinci derece kuzen evlilikleri yasaldır. ABD’de ise 8 eyalette kötü suç sayılmakta 31 eyalette ise yasadışı kabul edilmektedir (Bittles 2001)

Çeşitli toplumlarda sosyo-ekonomik durum ve kültüre göre akraba evliliği sıklığı değişmektedir. Daha çok Doğu Akdeniz ülkelerindeki Müslüman toplumlarda, Güney Asya'nın birçok bölgesinde yaygındır. Bu bölgelerde şimdiki kuşağın yaptığı evliliklerin %20-50'si böyledir. Endüstrileşmiş ülkelerde akraba evlilikleri çok nadir olarak yapılmaktadır. Örneğin Almanya'da bu oran %0.3, hatta büyük şehirlerde yaklaşık %0.1'dir. Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya ve Rusya'da akraba evliliği tüm evliliklerin %1'inden azdır. Japonya'nın ada köyleri, Arap Ülkeleri, Güney Hindistan ve Türkiye gibi bazı toplumlarda ise akraba evliliği sıklığı oldukça yüksektir. Örneğin Türkiye'de bu oran %21 civarındadır (Genç ve Erdemir 1997, Bittles 2001, Tavukçu ve İrgil 2008).

Sosyal bilimler ve tıp bilimlerinde akraba evliliği kavramından kastedilen kardeş çocuklarının ve kardeş torunlarının evliliğidir. Kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine de ikinci derece akraba evliliği denilmektedir. İki koldan ilerlemeler belirleyicidir; akraba evliliğinin baba soyundan (amca ve hala çocukları) ve anne soyundan (dayı ve teyze çocukları) akraba evliliği şeklinde iki ana karakteri vardır (Ayan ve ark 2001, Özcan 2008).

Din, mitoloji ve tarih konularında yazılan eserlerden akraba evliliği olgusunun tarihin erken dönemlerinden beri görüldüğü anlaşılmaktadır. Akraba evliliğinin sosyolojik/antropolojik nedenleri vardır. Türk kültürünün uzun bir tarih döneminden beri içinde olduğu Müslümanlıkta ve diğer semavi dinlerde akraba evliliği yasaklanmamıştır. Toplumsal değişme süreçlerinde özellikle kentlerin ortaya çıkması ve ulaşım araçlarının insan hayatına girmesi ile akraba evliliklerinde bir azalma olmuştur. Bugün akraba evliliğinin gündemde olmasındaki önemli neden, bu tür evliliklerden doğan çocukların bazı genetik rahatsızlıkları taşımalarıyla ortaya çıkan tıbbi bir durumdur. Bir yandan kültür konuları üzerine yapılan çalışmalar devam ederken diğer yanda biyoloji, fizyoloji, kimya, genetik gibi temel tıp bilimlerinde kaydedilen gelişmeler kalıtsal olarak kan bağı akrabalıklarının evlilikler yoluyla sürmesinin sonuçlarına disiplinler arası yaklaşımı getirmiştir (Uskun 2001).

1.3.2. Akraba Evliliği Neden Sakıncalı

Akraba evliliği ile kalıtsal genetik hastalıklar ve konjenital malformasyonlar arasındaki ilişki uzun yıllardır incelenmiştir. Akraba evliliğinde önemli olan sorun, sağlıklı bireylerin genlerinde taşıdıkları hastalıkları çocuklarına aktarmasıdır. Bu açıdan önemli olanlar ise otozomal resesif ve bazı multifaktöriyel geçişli hastalıklardır (Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Özcan 2008, Sharkia ve ark 2008).

İnsan geni, yüzlerce resesif hastalıktan birine yol açabilecek 6-8 alleli heterozigot olarak taşır. Söz konusu tehlike aralarında akrabalık bağı bulunmayan ana-babalardan doğan çocuklarda %2'dir. Birinci derece kuzenler arası evliliklerde genlerin $1/8$ 'i paylaşıldığında genetik olarak belirlenen hastalık riski %3'dür. Birinci dereceden kuzenler arasındaki evliliklerde kendiliğinden düşük, ölü doğum, prematürite, beyin felci, multifaktöriyel durumlarla (kalça çıkığı gibi) sık karşılaşıldığı ancak bu insidans artışının düşük olduğu belirtilmektedir (Uskun 2001).

Yakın akrabalar arasındaki evlenmeler, genlerin homozigotluğunu arttırdığı için, bir zaman sonra yaşam gücünde azalma ve ilk yıllarda ölüm oranında çoğalmalar meydana gelir. Akrabalı yetiştirme çöküntüsü (inbreeding depression) olarak bilinen bu durum, çoğunlukla öldürücü ve yarı öldürücü etkiye sahip çekinik mutant genlerin oluşumuyla açıklanmaktadır. Yakın akraba evliliklerinin daha fazla anormal çocuk meydana getirdiği gözlemlendiği zaman, bunun yakın kan akrabalığından doğduğuna inanılmıştır. Gerçekte, bu çekinik zararlı genlerin homozigot halde ortaya çıkması şansının artmasından dolayıdır. Tüm diploit organizmalar, heterozigot halde çekinik zararlı gen taşımakla beraber, her birey değişik bir zararlı gen taşıdığı için, aynı özellik bakımından çekinik zararlı genlerin bir araya gelmeleri bu nedenle oldukça zordur. Yakın akrabalar, benzer özellikler için çekinik zararlı genleri taşıma şansları daha fazla olduğu için, meydana getirecekleri yavrularda bunların homozigot çekinik şekilde açığa çıkma olasılıkları yüksektir. Bireyler arasında akrabalık derecesi ne kadar uzaksa bu zararlı genlerin bir araya gelme şansı da (aynı özelliği oluşturan genler bakımından) o derece düşük olur. Atalar arasındaki akrabalık yakın olduğu zaman kalıtsal bozuklukların oranı da artar. Çift birinci dereceden kuzenler, yani baba ve anneleri de birbirinin kuzeni olan kişiler arasındaki evlenmelerde

genlerin 1/4'ü ortak kökenden gelme olur. Bu kuzenler dört ata yerine iki atalıdırlar ve özel genlerin homozigotlaşma şansı çocuklarında iki misli daha fazladır (Demirsoy 1997).

Zararlı genlerin çoğu çekinik ve frekansları da düşük olduğu için homozigot olarak ortaya çıkma şansları azdır. Fakat akrabalı evliliklerde bu oran oldukça yükselir. Hastane kayıtları, birinci dereceden kuzenler arasındaki evlenmelerden doğan çocukların yarısının herhangi bir kalıtsal bozukluğa sahip olduğunu göstermiştir. Buna karşılık akrabalı olmayan evliliklerde bu oran 1/25'dir. Bu bozukluklar küçük bozukluklardır. Cerrahi müdahalelerle ya da diğer yöntemlerle hemen düzeltilebilir. Fakat içlerinde tehlikeli olanlar ya da yaşamı tehdit edenler de vardır (Demirsoy 1997, Klug ve Cummings 2003, Harper 2004).

Diğer yandan genellikle akraba evliliğinin çocuk ölümlerine etkisini göstermek oldukça zordur. Akraba evliliklerinde ölü doğumlar, bebek ve çocuk ölümleri daha fazla gerçekleşiyorsa, bunlara neden olarak resesif hastalıklar gibi tek faktörlü gen hastalıkları düşünülmektedir. Akraba evliliklerinin etkilerini incelemek üzere yapılan araştırmalarda, akraba evliliklerinde görülen çocuk ölüm fazlalığının sadece akraba evliliğinden ileri gelmediği, çocuk ölümlerinde sosyo-ekonomik nedenlerin büyük payı olduğu, bu nedenler birbirinden ayırt edilmeden akraba evliliğinin etkisinin kesin olarak söylenemeyeceği sonucuna varılmıştır (Ayan ve ark 2001). Tunçbilek ve Koç (1994) çalışmalarında bebek ölümlerinin ilk kuzen evliliği yapanlarda anlamlı olarak daha yüksek orana sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Bittles (2002) çalışmasında birinci derece akraba evliliği yapanların özellikle gebeliğin ilk 6 ayında veya yaşamının ilk 10 yılında çocuk ölümleri riskinin akraba evliliği yapmayanlara göre %4.4 daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Bebek ölümleri ile akraba evlilikleri arasındaki ilişkiyi arayan çalışmaların hemen hepsi, çocuk temel alınarak yürütülen çalışmalar olup, ölüm nedenlerinden hareket edilmiştir. Kesin ölüm nedenlerinin saptanamamasından dolayı da arada ilişki kurulması genellikle zor olmaktadır. Ayrıca bebek ölümlerinde etkisi olan olumsuz sosyo-ekonomik faktörlerin akraba evliliklerinin sık yapıldığı grupta fazla oluşu, ölüm nedenlerinin akraba evliliği olduğu konusunda karara varmayı güçleştirmektedir (Ayan ve ark 2001).

Aileleri yanıltan en önemli nokta, kendi aile ve çevrelerinde başkalarının yaptıkları akraba evliliklerinden sağlıklı çocuklar doğmasıdır. Bu olay aileleri akraba evliliği yapmak üzere cesaretlendirmektedir. Halbuki akraba evliliği her gebelikte hasta çocuk anlamına gelmemektedir. Akraba evliliği yapan bazı aileler sağlıklı çocuk sahibi olabilirken diğerlerinden hasta çocuklar olabilir. Ailenin daha önceki gebeliklerinden sağlıklı çocukları olması daha sonraki gebeliklerdeki risk olmadığını göstermeyeceği gibi, daha önce hasta çocukları olması sağlıklı çocuklarının olmayacağını da göstermez (Özvarış 2001).

Genel olarak söylemek gerekirse kan yakını akraba evliliğinin esası, akrabaların ortak atalardan gelmeleri nedeniyle genel toplumun üstünde bir gen içeriğine sahip olmalarıdır. Yani kan yakını akrabalar genel toplumda görülen ortak gen yüzdesinin haricinde ayrıca akraba oldukları için, akrabalık derecesine göre daha fazla ortak (aynı) genlere sahiptirler. Bu nedenlerle akraba evliliklerinin çocuklarında her iki ebeveyn den gelebilecek aynı allelin bir gen merkezinde toplanma riski genel toplum riskine göre daha yüksektir. Dolayısıyla hastalık oluşturma riski de genel topluma göre daha yüksektir (Genç ve Erdemir 1997, Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002, Tekbaş ve ark 2005).

Aralarında kan bağı olan kişiler, tıbbi ve obstetrik özgeçmişleri, var olan hastalıkları, mental retardasyon, doğum defektleri, infertilite ve düşük açısından incelenmelidir. Bazı ırksal ve etnik faktörler, belli resesif bozukluklar için yüksek risk taşıyabilir. Aile hikayeleri her zaman doğru verilmeyebilir, fakat herhangi bir kaygı duyulduğunda bu bilgiler kontrol edilmelidir (Cunnigham ve ark 2005a).

Sonuç olarak vurgulanması gereken; kan yakını akraba evlilikleri, ailede bilinen bir genetik hastalık yoksa bile bebek ölümü ve malformasyonların yüksek olmasına sebep olarak gösterilebilir. Bu durum ensestte ve çok açık bir şekilde yakın akrabalar için de söz konusu olabilmektedir. Birinci dereceden kuzenlerde bu risk %3 olarak bilinirken diğer faktörlerin riskleri buna eklendiğinde toplam risk %5'i bulmaktadır. Bütün bu faktörler bir araya getirildiğinde görülmektedir ki kan yakını evliliklerde, ülkeden ülkeye değişen, hem yasal, hem toplumsal hem de ülke farkı gözetmeksizin genetik engeller veya sorunlar vardır. Bu nedenle evlenecek olan çiftler genetik riskler konusunda aydınlatılmalıdırlar (Genç ve Erdemir 1997).

1.3.3. Akraba Evliliklerinin Sosyal Boyutu ve Tercih Edilme Nedenleri

Akrabalar, içinde bulundukları sosyo-ekonomik şartlardan dolayı ortak beklenti ve yakın standartlara sahiptirler. Evlilik ve aile yaşantısına ilişkin anlayış ve felsefelerinde de örtüşen yönler çoğunluktadır. Bu ve benzeri sebeplerle akraba evliliklerinde eşlerin uyuşması ve mutluluk oranları yüksek olabilir. Ancak, bu tür evliliklerde ilişkiler iç içe olduğundan, evliliğe ilişkin beklenti seviyesi gerçekçi olmayabilir (Saygılı 1998, Tekbaş ve ark 2005). Çeşitli sosyal ve tıbbi çalışmaların ortaya koyduğu akraba evliliğinin tercih edilme sebepleri şu şekilde özetlenebilir;

- Soyun devam ettirilmesi,
- Damadın ebeveynlerine daha saygılı olacak bir gelin almaya imkan vermesi,
- Başlık parasının azalması,
- Evlilikte istikrarın sağlanması (karakteri önceden bilinen gelin alınırsa geçimin iyi olacağı inancı),
- Gelinin geçmişinin bilinmesi,
- Malın bölünmemesi, ekonomik çıkarlar,
- Akraba olan gelinin ataerkil geniş aile düzenine daha kolay uyum yapacağı,
- Aile içi ilişkileri güçlendirmesi,
- Sülale kabile dayanışması,
- Coğrafi konum,
- Çiftin ailelerinin birbirini daha yakın tanıyor olması,
- Ailelerin içlerine yabancı sokmak istememeleri,
- Karşı cinsle rahat iletişime geçememe,
- Üvey çocukların bakımı,
- Veraset işlerini kolay düzenlemek (Jaber ve ark 2000, Tekbaş ve ark 2005, Sharkia ve ark 2008, Şenel ve ark 2009, <http://www.sivas.meb.gov.tr>).

Ancak toplumda değişen aile yapıları ve ekonomik yapının akraba evliliklerinin sıklığını ve tercih edilme gerekçelerini ne şekilde etkilediği-etkileyeceği tam olarak bilinmemektedir (Tekbaş ve ark 2005). Miguel ve arkadaşlarının (2005) İspanya’da yaptığı

retrospektif bir incelemede akraba evliliğini geleneklerin dışında, coğrafi bölge ve coğrafyanın insanları, sosyoekonomik durumun ve endüstrileşmenin varlığı ve son olarak dil farklılığı gibi üç temel nedene dayandırmışlardır.

1.3.4. Akraba Evliliğinin İncelendiği Araştırmalardan Elde Edilen Genel Bulgular

1. Akraba evliliği yapanlar diğerlerine göre yaklaşık bir yıl daha erken evlenmektedirler.

2. Kadınların eğitim durumuyla akraba evliliği kıyaslandığında öğrenim durumunun yükselmesiyle akraba evliliği oranını azaldığı gözlenmektedir.

3. Çalışan kadınlarla ev hanımları bu konuda kıyaslandığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmaktadır. Akraba evliliği çalışan kadınların arasında daha az görülmektedir.

4. Ülkemizde yapılan akraba evliliklerinin %83'ü kardeş çocukları ve kardeş torunları (birinci ve ikinci dereceden kuzenler) arasındaki evliliklerden, dolayısıyla genetik olarak riskli evliliklerden oluşmaktadır.

5. Akraba evliliğinin nedenleri arasında; sevmeye, beğenmeye, anne-baba ya da yakınların isteği, gelenek, töre sıralanırken, özellikle bazı bölgelerde ise sosyo-ekonomik faktörler, bölgedeki coğrafik şekillenme dolayısıyla yerleşim özellikleri ve tradisyon (gelenek-görenek) ön plana geçmektedir (Genç ve Erdemir 1997, <http://www.tdk.gov.tr>).

1.3.5. Dünyada Akraba Evliliği

Akraba evliliği fenomeni uzun zamandır dünya çapında farklı toplumlar arasında yaygındır. Çeşitli toplumlarda akraba evliliği oranının demografi, sosyo-ekonomik durum, yerel gelenekler, eğitim seviyesi ve din gibi pek çok faktöre bağlı olduğu bildirilmektedir (Sharkia ve ark 2008).

Akraba evliliği, Kuzey Afrika, Batı ve Güney Asya'daki birçok ülkede tüm evliliklerin yüzde 20'si ile %55'i arasında değişen düzeylerde varlığını sürdürmektedir. Özellikle Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da çok yaygındır (Uskun 2001, Hussain 2002, Özcan 2008). Örneğin Sharkia ve arkadaşlarının (2008) İsrail Arap toplumundaki bir çalışmada akraba evliliği frekansı %44 olarak bulunmuştur. Bunların yarısı ilk kuzen evliliğidir ve insidansı kırsal kesimde daha yüksektir. Birleşik Arap Emirliklerinde Dubai ve Al Ain bölgelerinde 1994-1995 yılları arasında 2200 evli kişiyi içine alan bir çalışmada grubun akraba evliliği oranı %50,5'dir (Abdulrazzag ve ark 1997). Özcan (2008) tarafından bildirildiğine göre; İmaizumi Japonya'da yapılan çalışmalarda, akraba evlilikleri oranı %6 dolayında olduğunu fakat adalarda izolasyon nedeniyle %29'a yükselebildiğini vurgulamıştır. Ürdün'de akraba evliliğinin zaman içindeki gidişatını irdeleyen bir çalışmada da 3 kuşak üzerinde akraba evliliği oranı sırasıyla %20.2, %28.5 ve %19.5 olarak bulunmuştur (Hamamy ve ark 2005). Rao ve İnbaraj (1977) Güney Hindistan'da Tamil Nadu Eyaletinde kırsal kesimde akraba evliliği oranını %47 ve şehirde %29 olarak bulmuştur. Özvarış ve arkadaşları (2002) tarafından bildirildiğine göre Almanya'da kuzen evliliklerine çok ender rastlanmaktadır. Halkın eğitim düzeyinin ve genetik hastalıklar konusundaki bilgisinin artması, bu tür evliliklerin oranının %0.3'ün altına düşmesine ve hatta büyük şehirlerde daha da azalmasına neden olmuştur.

Filistin araplarında akraba evliliğinin araştırıldığı 1997 de 70 farklı köy, kasaba ve şehirden 2000 katılımcıyla çalışılan bir araştırmada; 76 tane beta-talasemili ailenin %84'ü, 31 konjenital hidrosefalili bebek sahibi Müslüman aileden %96.5'i, kistik fibrosizli 27 aileden 23'ü %89'u akraba evliliği yapanlardan oluştuğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca grubun akraba evliliği sıklığı %44.3 olarak rapor edilmiştir (Zlotogora 1997). Jaber ve arkadaşlarının (2000) İsrail Arap toplumunda 14'er yıllık zaman dilimleriyle yaptığı bir

çalışmada ise 1961-1975 yıllarında akraba evliliğinin oranı %51.2, 1976-1980 yıllarında %43.8 ve 1981-1985 yıllarında %40.6 olarak saptandığı bildirilmektedir.

1.3.6. Türkiye’de Akraba Evlilikleri

Ülkemizde kırsal ve kentsel alanlarda çeşitli fonksiyonlar itibariyle kendini gösteren akrabalık ilişkilerinin toplumsal alandaki yansımalarından biri de akraba evlilikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek akrabalık kurumu, gerekse akraba evlilikleri sosyo-kültürel sistemimizde yer alan önemli gerçekliklerdendir. Türkiye’de akraba evlilikleri, içinde yaşanan kültürel ve geleneksel yapının bir ürünü olup önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar Türkiye’de akraba evliliklerinin uzun yıllardır kuşaklar boyunca yaygın biçimde uygulandığını göstermektedir (Ayan ve ark 2001, Dönbak ve ark 2005, Özcan 2008).

Endüstrileşme nedeniyle toplumlarda göçlerin artacağı, aile boyutlarının küçüleceği ve okuryazarlık düzeyinde yükselme ile akraba evlilikleri prevalansında hızlı bir düşüş olabileceği öngörülmektedir. Ancak dünyanın birçok yerinde kültürel bir gelenek olan kuzen evliliği prevalansında bir değişme gözlenmemiştir (Bökesoy ve Karabulut 2005, Şenol ve Aslantekin 2006, Tavukçu ve İrgil 2008).

Türkiye’de akraba evliliğinin ülke çapındaki sıklığına, çeşitliliğine ve çeşitli sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular geniş çaplı sosyo-demografik araştırmalarının sonuçlarından elde edilmektedir. Bu konuda yapılan ilk çalışma Serim Timur’un Türk aile yapısını çeşitli formlarıyla ortaya koyduğu Türkiye Aile Yapısı (1968) adlı çalışmasıdır. Bu araştırma verilerine göre ülkemizde Ankara, İstanbul ve İzmir’de akraba evliliği oranı %17 iken, kırsal kesimde evli çiftlerden akrabalarıyla evli olanlar %36’dır. Akraba evliliklerinin %29’u kardeş çocukları evliliğidir. Kardeş çocukları evliliği arasında da amca çocukları evliliği %9’dur. İkinci kuşak kuzenler arası yani kardeş torunlarının evlenme oranı %5’tir. Bunların dışında kalan akraba evliliklerinin, diğer uzak akrabalar arasında yarı yarıya dağıldıkları görülmektedir. Bölgeler arası değerlendirmede en düşük

oran %22 ile Batı Anadolu'da, en yüksek oran ise %37 ile Doğu Anadolu'dadır. Ancak Batı Anadolu'da da ataerkil ailelerde çekirdek ailelere göre oranın yüksek olduğu görülmektedir (Timur 1972).

Yakın akraba evliliklerinin Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde daha yüksektir. Geleneksel yapısını koruyan, nispeten içe dönük toplumsal yapılarda, evliliklerin yakın akraba çevresinden yapıldığı ve bu durumun yaygın bir eğilim olduğu bilinmektedir. Bu olgunun çoğu kez sağlıksız doğumlara ve evlilikte problemlere yol açtığı da bir gerçektir. Bilinçli tercih yerine, geleneksel anlayış ya da teamüllerin (alışlagelmiş uygulama) etkisiyle gerçekleşen bu tür evlilikler, kuşkusuz kadın ya da erkeğin bu konuda bilinç düzeyinin düşük olmasıyla da ilişkilidir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 2000).

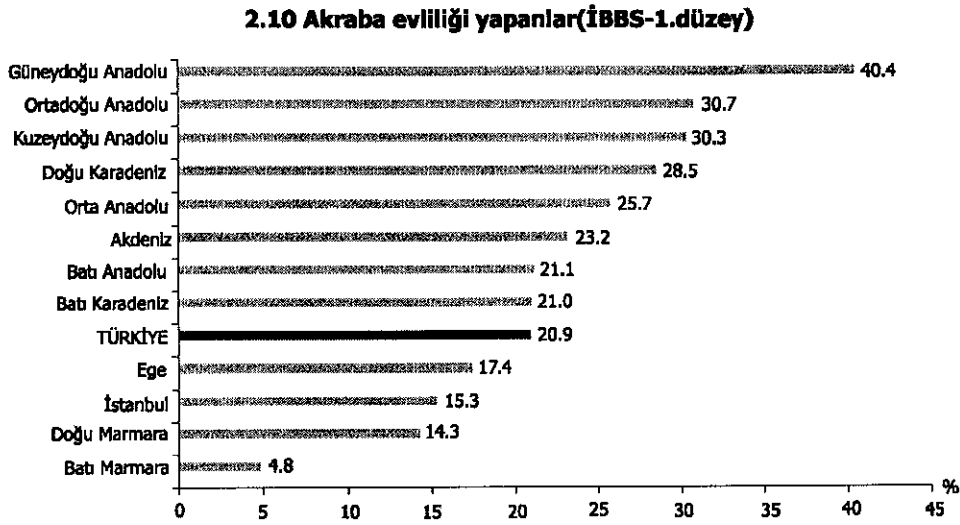
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 1983) verilerine göre de birinci ve ikinci derece akraba evliliklerinin tüm evlilikler içindeki payı %21'dir. TNSA (1988) sonuçlarına göre ise, akraba evlilikleri %20, yakın akraba evlilikleri ise %15 oranındadır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan Türk Aile Yapısı Araştırması'nda (1992) da akraba evliliği yapanların oranı %17 olarak tespit edilmiştir. TNSA (1993) verilerinde ise doğurgan çağıdaki kadınların %23'ü akraba evliliği yapmışlardır. Bulgular Türkiye'de son yıllarda akraba evliliklerinin sıklığında önemli bir değişme yaşanmadığını göstermektedir (Özvarış ve ark 2002). TNSA (1998) verilerinde ise oran %26,9 kadar yükselmiştir. Bu oranların tekrar yükselişe geçmesinin nedenleri araştırılmaktadır. Kapalı bir toplum şeklinde yaşama ve ailelerin dışarı açılma korkusu ve artan göçlerin bu artıştan sorumlu olabileceği tahmin edilmektedir (Tekbaş ve ark 2005). Ülkemizde akraba evliliğine ilişkin en son ve en geniş veri olan TÜİK'in 2006 yılındaki Türkiye'de akraba evliliği dağılımı Şekil 1'de sunulmuştur.

Akraba evliliği sıklığının ülkemizde Doğu, Güneydoğu, Karadeniz ve Akdeniz Bölgelerinde yüksek, fakat Batı'ya doğru gittikçe çeşitli nedenlerle düşüş gösterdiği farklı araştırmalarla kanıtlanmıştır. Başaran ve arkadaşlarının (1988) çalışmasında Diyarbakır'da %31, Ankara'da %25, Eskişehir'de %16'dır.

Ülkemizde akraba evliliği konusunda bölgesel olarak yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır. Tunçbilek ve Ulusoy (1989) akraba evliliği sıklığını genel olarak %29 olarak vermektedir. Güney’de ve Antalya’da yapılan bir araştırmada ise yaklaşık %35 oranında akraba evliliğinden bahsedilmektedir (Güz ve ark 1989). Yine Başaran ve arkadaşlarının 1970-1987 yılların arasında Ankara, Eskişehir ve Diyarbakır’ı içine alan 55.175 evli çifti kapsayan geniş çaplı araştırmasında akraba evliliği oranı %21,21 olarak bulunmuştur. Denizli popülasyonunda akraba evliliği sıklığını ve tıbbi etkilerini saptamak için 2003-2004 yıllarında 1335 evli kadını kapsayan bir çalışmada akraba evliliği sıklığı %20,4 olarak bulunmuştur. Akrabalık derecesine göre ilk sırayı %9,1 ile birinci kuzen evlilikleri almaktadır (Başaran ve ark 1988, Zencir 2005). Denizli’de yapılan bir başka çalışmada sosyoekonomik durumları farklı iki kırsal alanda akraba evliliği oranını %22,6 ve %12,8 olarak bulmuştur (Akın 2000). Düzce ilinde yapılan bir değerlendirmede ise il merkezinde akraba evliliği oranı %17,5’e çıkarken, bu değer ilçe merkezlerinde %9 a kadar düşmektedir (Ulusoy 2002).

Şanlıurfa’da akraba evliliği prevalansını ve 5 yaş altı ölümlere etkisinin incelendiği bir sağlık ocağı bölgesindeki 365 kadınının %49.5’i akraba evlisi ve bunlarında 74.5’i de birinci dereceden akraba evliliği yapmıştır (Kayahan ve ark 2003). Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki evli bireylerin %40.4’ü akraba evliliği yaptığını belirtmiştir (T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu 2006). T.C. Devlet Planlama Teşkilatının Doğu Anadolu Projesi Ana Planı adlı çalışmasında akraba evliliği oranı %30.6 olarak bulunmuştur (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı 2000).

Şekil.1. TÜİK 2006 Türkiye’de Akraba Evliliği Yapanlar



Türkiye genelinde 18 ve üzeri yaşta evli bireyler içinde akraba evliliği yapanların oranı %20.9'dur. Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki evli bireylerin %40.4'ü akraba evliliği yaptığını belirtmiştir.

TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2006

1.3.7. Genler

Bir insanın sağlığı, görünümü, kişiliği ve yetenekleri, genetik yapısı ve içinde yer aldığı çevrenin etkileşimi ile belirlenir. Genler ailemizden bize geçen özellikleri taşıyan ve kromozomlar üzerine yerleşmiş, DNA dizininden oluşan en küçük yapı taşlarıdır. Kişinin genleri onun potansiyelini oluşturmakta, çevresi ise bu potansiyeli sınırlamada veya ortaya çıkarmada yardımcı olmaktadır. Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde çevrenin ve genetik yapının kontrolü giderek artan önem kazanmaktadır. Örneğin bazı ilaçların kullanımı, enfeksiyonlar, beslenme bozukluğu veya sosyo-ekonomik yoksunluk kişinin genetik potansiyeline göre farklı sonuçlar ortaya çıkarır (Gökkoca 2000, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002, Taşkın 2007).

Gen, dört pürin ve primidin bazının, bir protein molekülünün tek bir polipeptidinin aminoasid sırasını belirlediği benzersiz dizilerdir (Cunnigham ve ark 2005a). Genler yani kalıtımın temel birimleri, DNA molekülleridir. DNA genetik kodu oluşturur, binlerce gen kromozomlarca taşınır. Bu kromozomlar hücrelerin çekirdeklerinde bulunan çomak benzeri oluşumlardır. İnsanlarda her hücre normal olarak 23 çift halinde 46 tane kromozom taşır. Bunların 22'si homolog kromozomdur. Cinsiyet kromozomu olan bir çifti ise bireyin cinsiyetini belirler. Dişilerde XX ve erkeklerde XY'dir. Her bir çift kromozomun bir tanesi anneden, diğeri abadan gelmektedir, anne ve babadan eşit olarak geçen genler, bizdeki tüm yaşam duvarlarını örür (Uskun 2001, Nussbaum ve ark 2005, Çoğulu ve ark 2006, Tekşen 2006, <http://www.sivas.meb.gov.tr>).

Genler kromozomlar üzerinde lineer dizilmiştir ve her bir genin kendine özel bir yeri vardır. Bu yerlerin sayısı ve düzenlenişi homolog kromozomlarda (cinsiyet kromozomları dışındakilerde) birbirinin aynıdır. Canlıların çeşitli özelliklerini kontrol eden genler çiftler halinde bulunmakta olup, aynı genin alternatif formlarına allel adı verilir yani homolog yerlerde bulunan genler allel olarak adlandırılır. Her bireyde tüm genler için, her biri bir kromozom çiftinin tek bir tanesinde yer alan 2 allel vardır. Özel bir gen konusunda bir çift birbirinin aynı allel taşıyan bir kimse homozigot; birbirinin aynı olmayan alleller taşıyan kimse heterozigottur. Eğer bir gen etkisini yalnızca tek bir kromozom üzerinde bulunduğu halde gösterebiliyorsa bu dominant gendir. Resesif bir gen ise etkisini yalnızca bir kromozom çiftinin iki üyesi üzerinde bulunduğu gösterir. Bir özelliği belirleyen aleller homolog kromozomlar üzerinde lokus olarak tanımlanan karşılıklı bölgelerde bulunurlar. Farklı özellikleri etkileyen genler birbirinin alleli değildir (Uskun 2001, Tekşen 2006, Taşkın 2007).

Genotip, bir kişinin toplam olarak tüm lokuslardaki veya daha tipik olarak tek bir lokustaki genetik yapısını oluşturan aleller kümesidir. Fenotip ise bir genotipin morfolojik, klinik, biyokimyasal veya moleküler özellik olarak gözlenebilen ekspresyonudur. Fenotip bir kişide normal veya anormal olabilir. Homolog kromozomların belli bir lokusunda bulunan aleller identik yani birbirinin aynı ise birey bu özellik için homozigot'tur. Örneğin AA veya aa'dır. Bir çift homolog kromozom üzerinde belli bir

lokusta iki farklı allel taşıyan birey veya genotiptir ve heterozigot olarak adlandırılır (Nussbaum ve ark 2005, Tekşen 2006, Taşkın 2007).

Mutasyon, kodlayan bir bölgede (gen) oluşan, protein yapı ya da fonksiyonunda değişikliğe neden olan ve gelecek nesillere geçen, DNA sırasındaki bir değişikliktir. Mutasyonlar, delesyonlar ve insersiyonlar gibi görülebilir kromozom değişiklikleri olabileceği gibi, tek bir genin pürin ya da pirimidin bazlarından birinde ya da daha fazlasında bir değişikliği de içerebilirler (Cunnigham ve ark 2005a).

1.3.8. GENETİK HASTALIKLAR ve SINIFLANDIRILMASI

Klinik uygulamada genetiğin başlıca önemi, büyük bir grup hastalığın etiyolojisinde mutasyon ve genetik farklılıkların rolünü açıklamaktır. Hemen hemen bütün hastalıklar çevre ve genlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkarlar. Ancak genetik kısmın göreceli rolü küçük veya büyük olabilir (Nussbaum ve ark 2005).

Genetik hastalıklar özellikle gelişmiş ülkelerde dikkati çekmekle birlikte, tüm dünyada bebek ölümü ve çocukluk çağı yeti yitimlerinde büyük rol oynamaktadır (Gökkoca 2000). Yenidoğan döneminde bebeğin hayatını tehdit eden dört büyük sorun; doğuştan anomaliler, düşük doğum ağırlığı, enfeksiyonlar ve doğum travmalarıdır. Yenidoğan bebeklerin %2-3'ünde çoğu genetik bozukluk sonucu oluşan doğuştan anomaliler saptanmaktadır. Yaşamın daha sonlarındaki evrelerinde ortaya çıkan genetik hastalıklarla bu oran %7-8'e ulaşmaktadır. Çocukluk çağında birçok ciddi hastalığın nedenleri arasında genetik predispozisyon (yatkınlık) rol oynar. Bu hastalıkların bir bölümü prenatal tanı ya da genetik danışma yöntemleri ile önlenabilmektedir. Çok daha az bir bölümü de erken tanı konulduğunda tedavi edilebilmektedir. Tıp alanındaki ilerlemeler modern toplumun sağlığını olumlu yönde değiştirmiştir. Özellikle tıp alanındaki son yıllarda sağlanan ilerlemelerle sağlıklı çocuk sahibi olabilmek mümkün olabilmektedir.

Yapılan çalışmalar çocuklarda genetik hastalıkların büyük bölümünün multifaktöryel (genetik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu) olduğunu, yaklaşık %9' unun tek gen kalıtımı ile geçtiğini, %1-2' sinin ise kromozom hastalıklarına bağlı olduğunu göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002).

Kısmen veya tamamen genetik faktörlerin rol oynadığı hastalıklar üçe ayrılabilir.

1. Tek gen hastalıkları
2. Kromozom hastalıkları
3. Multifaktöryel hastalıklar

(Stephenson ve O'Connor 2000, Asova 2005, Cunnigham ve ark 2005b, Nussbaum ve ark 2005, Çoğulu ve ark 2006).

Şekil 2. Genetik hastalıkların sıklığı

Hastalık	Her 1000 Canlı Doğumda
Kromozomal rahatsızlıklar	6.0
Monogenik hastalıklar	
Otozomal-dominant	10.0
Otozomal-resesif	2.0
X-kromozomal-resesif	2.0
Multifaktöryel hastalıklar ya da kusurlu oluşumlar ve doğumda henüz, teşhis edilemeyen hastalıklar	90.0

Kaynak: Erdemir AD (1998) *Genetik danışmana gerek duyulan genetik hastalıklar ve tıbbi elikteki yeri*, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 6:73-82.

1.3.8.1. Tek Gen Hastalıkları:

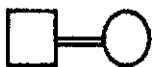
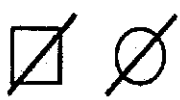
Tek gen hastalıkları, insanda var olduğu tahmin edilen 35.000 kadar genden herhangi birinin değişikliğe uğraması sonucu ortaya çıkar. Kalıtım şekli farklı olmakla birlikte bu hastalıklar ailede yüksek oranda tekrarlama riskine sahiptirler. Hastalığa sebep olan gen sayısı çok fazla olduğundan bulgular da çok değişiktir. Hastalık zeka geriliği, doğuştan sakatlık, kan hastalığı, kas hastalığı, görme bozukluğu, cilt hastalığı, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, ishal, zattüre gibi çok değişik bulgularla karşımıza çıkabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002).

Tek gen özellikleri sıklıkla Mendelyen Kalıtım olarak adlandırılır. Tek gen hastalıkları, tek bir genin mutasyona uğraması sonucu ortaya çıkarlar. Mutasyon kromozom çiftlerinden sadece biri üzerindeki gende olabilir (homolog kromozom üzerindeki allel normaldir) veya her iki kromozom üzerindeki gen mutasyona uğramıştır. Pek az vakada mutasyon mitokondrilerdedir. Hepsinde de tek bir gen tarafından taşınan genetik bilgide önemli bir hata olmuştur. Tek gen hastalıkları genellikle belirgin ve karakteristik bir aile ağacına sahiptir. Bu bozuklukların çoğu nadir olup, sıklıkları bazen 1:500 kadar olabilmekle birlikte çoğunlukla bundan daha azdır. Her ne kadar tek tek nadir olsalar da bir grup olarak tek gen hastalıkları hastalık ve ölümlerin önemli bir kısmından sorumludurlar. Tek gen hastalıkları daima olmasa bile, primer olarak pediatrik yaş grubunun hastalıklarıdır, ancak %10'dan azı puberteden sonra sadece %1'i üreme çağı bittikten sonra görülür. Toplumu bir bütün olarak aldığımızda tek gen hastalıkları bütün hayat süresi boyunca toplumun %2 kadarını etkilemektedir. Bir milyondan fazla canlı doğumda yapılan bir çalışmada ciddi tek gen hastalıklarının sıklığı çocukluk yaş grubunda %0.36 olup, hastaneye yatan çocukların %6-8'inde tek gen hastalığı olması söz konusudur (Nussbaum ve ark 2005).

Tek gen hastalıkları ailelerdeki kalıtım şekilleri ile karakterize edilirler. Kalıtım şeklinin belirlenmesinde ilk basamak; hastanın aile öyküsü hakkında bilgi edinmek ve standart semboller kullanarak bazı ayrıntıları aile ağacının grafikte temsili olan aile ağacı (pedigree) biçiminde özetlemektir (Şekil 3). Genetik bozukluğu olan bir ailenin dikkate

gelmesine neden olan aile bireyine, eğer hastalıktan etkilenmiş ise proband (propositus, indeks vaka) denir. Bir genetikçiye danışarak aileyi dikkate getiren kişiye ise konsültand denir; bu kişi etkilenmiş kişi veya probandın etkilenmemiş bir yakını olabilir. Birden fazla kaynaktan dikkate gelirse, bir ailede birden fazla proband bulunabilir. Tek gen veya mendeliyen bozukluklar yeni doğan infantların yaklaşık %1'inde meydana gelir. Tek gen mutasyonuna bağlı hastalıklar otozomal dominant, otozomal resesif, X'e bağlı dominant ve X'e bağlı resesif olmak üzere başlıca 4 kalıtım şeklini gösterirler (Callen 2000, Beksaç 2001, Taşkın 2007).

Şekil 3. Pedigree sembolleri

	Normal erkek		Normal evlilik
	Normal kadın		Akraba evliliği
	Ölüdoğum		Çift yumurta ikizi
	Abortus		Tek yumurta ikizi
	Propozitus (proband, indeks olgu)		Otozomal resesif taşıyıcı
	Hasta		X kromozomal resesif taşıyıcı

Kaynak: Başaran N (1999) *Tıbbi Genetik Ders Kitabı*, 7.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Günümüzde tek gen hastalıklarının tedavisi ciddi biçimde yetersizdir. Mendelyen geçiş gösteren 372 adet hastalık incelendiğinde, bugün için tedavinin %12'sinde tümüyle etkili, %54'ünde kısmen etkili, %34'ünde ise tümüyle etkisiz olduğu gösterilmiştir. Kalıtsal hastalıkların genetik ve biyokimyasal temellerinin aydınlatılmasına yönelik araştırmaların hastalara büyük faydası vardır ancak yine de günümüzdeki tedavi şekilleri, tek gen hastalığı olan hastaların büyük çoğunluğunu sağlığa kavuşturamamaktadır. Tespit edilememiş gen veya patogenezin anlaşılamaması, fetüsün tanı öncesi zarar görmesi ve ağır fenotiplerin ilk önce tanımlanması gibi nedenler genetik hastalıkların tedavisini yetersiz kılmaktadır (Nussbaum ve ark 2005).

1.3.8.1.1. Otozomal Resesif Hastalıklar: En sık rastlanılan genetik hastalık grubu otozomal resesif hastalıklardır. Anne-baba genellikle sağlıklı görünümde heterozigot taşıyıcıdır. Hasta kişide gen homozigot olarak bulunur. Hastalıklar her iki cinsiyette genellikle aynı oranda görülür. Otozomal resesif bir hastalığı olan kişi çoğunlukla o aile içinde hasta olan tek kişidir. Özellikle de endüstrileşmiş ülkelerde olduğu gibi aile birey sayısı çok küçük ise, ebeveynler sağlıklı taşıyıcılardır (Beksaç 2001, Genç ve Erdemir 1997).

Ailedeki diğer çocuklar için tekrarlama riski %25'dir. Ailenin doğacak olan her çocuğu için ebeveyn gibi heterozigot olma olasılığı %50 ve homozigot sağlıklı çocuk ihtimali ise %25'dir. Sağlıklıların hastalara oranı 3:1'dir. Buradan çıkan sonuç hasta bir çocuğun sağlıklı kardeşlerinin 2/3 oranında heterozigot olmaları olasılığı vardır (Genç ve Erdemir 1997, Beksaç 2001, Çoğulu ve ark 2006, Taşkın 2007). Çocuklarda hastalığın görülme oranını etkileyen faktörlerden biri akraba evlilikleridir. Nadir rastlanan resesif bir gen heterozigot durumda jenerasyonlar boyunca bir kuşaktan diğerine iletebilir. Heterozigotların bir araya gelmesi durumunda homozigot hasta bir çocuk olabilir. İki çift arasında akrabalık derecesi ne kadar yakınsa, iki heterozigotun bir araya gelme ihtimali de o kadar yüksektir. Böyle bir durumda sonuç olarak; akraba evliliklerinden olan çocuklarda resesif kalıtım gösteren hastalıklara rastlama sıklığının, rastlantısal olarak beklenilenin daha üstünde olduğu söylenebilir (Genç ve Erdemir 1997, Asova 2005).

Genetik bilgilere göre çocukların ebeveynlerinden birini kalıtım materyalinin yarısını miras aldıklarını biliyoruz. Kuzenler kardeş çocuklarıdır ve kalıtım materyalinin 1/8'i büyük ebeveynleri nedeniyle ortaktır. Şayet bir kimse resesif bir kalıtım materyali için heterozigot ise bu ihtimal kuzeni içinde 1/8 oranında bir olasılıkla geçerli olacaktır. Örneğin otozomal resesif konjenital hidrosefaliden etkilenen çocukların ailelerinin %96.5'inin akraba evliliği yaptığı bulunmuştur (Genç ve Erdemir 1997, Zlotogora 1997).

Otozomal resesif hastalıklar da aile tarafından sıklıkla sorulan soru, hastanın, kendi çocuklarının veya ailenin normal çocuklarının bu hastalık bakımından riskinin ne olacağıdır. Her iki durumda da aynı geni taşıyan bir akraba ile evlenilmediği durumda bu risk çok düşüktür. Otozomal resesif hastalıklı bireylerin aileleri araştırıldığında akraba evlilikleri göze çarpan bir unsurdur. Bir hastalık ne kadar nadir görülürse, etkilenmiş bireyin ebeveynlerinin akraba olması o kadar yüksek olasılıktır. Bunun tersi, otozomal resesif bir hastalık ne kadar sık görülüyorsa, etkilenmiş bireyin ebeveynlerinin akraba olma ihtimali o kadar düşüktür. Örneğin kistik fibrozis kuzeybatı Avrupa ülkelerinde en sık görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Bu hastalığı olan etkilenmiş bireylerin anne-babaları arasında akrabalık oranı toplumun genel ortalamasından çok az daha yüksektir. Alkaptonüri çok nadir bir metabolik hastalıktır ve olguların 3/4 ünden fazlasında anne-baba arasında akrabalık söz konusudur (Beksaç 2001, Çoğulu ve ark 2006).

➤ Otozomal Resesif Hastalıklarda Genetik Geçişin Özellikleri:

- ❖ Bu tür kalıtımda cinsiyet ayrımı yoktur.
- ❖ Sağlıklı ana-babadan doğan çocuk hasta ise hem anne hem de baba taşıyıcıdır (heterozigot).
- ❖ Normal olan anne-babanın çocuklarının 1/4'ünde hastalık görülmesi, 1/2'sinin taşıyıcı olması, 1/4'ünün ise genotipik olarak da tamamen sağlıklı olması beklenir.
- ❖ Hasta kişi ile genotipik olarak da tamamen sağlıklı birey evlenecek olursa çocuklarını hepsi taşıyıcı olacaktır.
- ❖ Hastalıklı bireyle, taşıyıcı kişi evlenecek olursa çocuklarını yarısı hasta, yarısı taşıyıcı olacaktır.

- ❖ Taşıyıcılar, fenotipik olarak tamamen sağlıklıdırlar ama hasta genleri bir sonraki kuşaklara geçiren taşıyıcı görevini görürler. Hastalığın nedeni protein eksikliği gibi bir durumsa taşıyıcılar sağlıklı olmakla birlikte çoğu zaman bu protein onlarda da normalin altındadır.
- ❖ Hastalıklı bir çocuğun kardeşlerinde hastalık çıkma riski %25'dir ve aile bu tehlikenin her gebelik için aynı olduğunu iyice kavramalıdır. Yani ailenin bir tane hasta çocuğu oldu diye bu risk azalmış değildir (Uskun 2001, Özcan 2008).

Kan bağı olmadan da bu hastalıklar, iki taşıyıcı bireyin evlenmesi ile ortaya çıkabilir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi, aynı tip hastalıklı genle karşılaşma riski akrabalık olduğunda daha yüksek olacağından, özellikle ailesinde otozomal resesif geçişli hastalık bulunan bireylerin mutlaka genetik danışmanlık almaları ve yakın akrabası ile evlenmiş olmaları durumunda ortaya çıkacak tehlikeler hakkında bilgilenmeleri gerekmektedir (Uskun 2001, Özvarış ve ark 2002).

1.3.8.1.2. Otozomal Dominant Hastalıklar: En kolay tanınan hastalık grubudur. Hasta olan kişinin anne veya babası genellikle hastadır. Buna bağlı olarak her gebelikte görülme olasılığı %50'dir. Hastalıklar her iki cinsiyette genellikle aynı oranda görülür. Yani otozomal dominant kalıtımda hasta gen, muzdarip olan ebeveyn tarafından (anne ya da baba olabilir) cinsiyetlerinden bağımlı olmaksızın çocukların yarısına taşınır (Genç ve Erdemir 1997, Beksaç 2001). Bu ailelerde genetik danışma oldukça kolay ve basittir. Ancak bazı faktörler genetik danışmayı etkileyebilir. Eğer kişi otozomal dominant bir hastalık için kesin olarak heterozigot ise cinsiyetine bakmaksızın çocuklarının %50'sine bu hastalığı geçirecektir. İki heterozigot durumda otozomal dominant özellik taşıyan kişi evlenirse çocuklarının %25'i normal olup, %25'i homozigot olarak ve %50'si heterozigot olarak hastalığı gösterecektir. Otozomal dominant özellikler, vücudun sadece tek bir organını ya da bölümünü etkilerler. Polidaktili en sık görülen örnektir. Bununla birlikte, birçok otozomal dominant bozukluk vücudun değişik sistemlerinde değişik yollarla etkili olur ve klinik bulgular kişiden kişiye farklılık gösterir. Buna değişken ekspressivite denir. Problem hastalığın geç ortaya çıktığı veya ekspressivitenin değişken ya da penetransın tam

olmadığı durumlarda ortaya çıkar. Geç ortaya çıkan otozomal dominant hastalıklar da genetik danışma alan kişi kendi ailesini kurmuş ve çocukları olan bir kişi olabilir. Bu durum da genetik danışma hem kendi, hem de o zamana kadar sahip olduğu çocuklar bakımından psikolojik olarak travmaya neden olabilir. Genetik danışmanın bu bakımdan çok dikkatli olması gerekir (Beksaç 1996, Callen 2000, Çoğulu ve ark 2006, Taşkın 2007). Bazı hastalıkların ortaya çıkmasında ebeveynin cinsiyeti veya yaşı etkili olabilmektedir. Olgular sporadik (arada sırada olan) olarak da görülebilir (Beksaç 2001). Zlotogara'nın (1997) çalışmasında otozomal bozukluğa sahip 29 ailenin 14'ü (%48.5) akraba olarak bulunmuştur.

1.3.8.1.3. X'e Bağlı Resesif Hastalıklar: Bu hastalıklarda mutant gen X kromozomu üzerinde bulunur ve hastalık hemen daima erkeklerde görülür. X'e bağlı kalıtılan hastalıklarda kalıtsallık, sağlıklı heterozigot kadınlardan erkeklere geçer; bunlardan da kız çocuklarına zorunlu olarak hastalık taşınır. Anne taşıyıcı olduğunda erkek çocuk %50 olasılıkla hasta, %50 olasılıkla sağlıklı olur. Ancak bazı durumlarda risk oranlarının değerlendirilmesinde zorluklar olabilir. Özellikle sağlıklı normal kadın ile (taşıyıcı olmayan), sağlıklı heterozigot taşıyıcı kadınları (yüksek riskli gebelik) birbirinden ayırt edebilme zorluğu ile karşılaşılır. Son yıllarda geliştirilen moleküler sitogenetik ve moleküler biyolojik yöntemler, klinik ya da biyokimyasal yöntemlerle açıklanamayan olguların tanınmasını sağlamıştır (Stenchever ve Jones 1994, Beksaç 2001, Çoğulu ve ark 2006).

1.3.8.1.4. X'e Bağlı Dominant Hastalıklar: X'e bağlı dominant kalıtımda, mutant gen heterozigot durumda da kendini göstereceğinden hastalık hem kadınlarda hem de erkeklerde görülür. Bu kalıtım şekli otozomal dominant kalıtıma benzemekle birlikte burada hasta babadan, erkek çocuğa hastalık geçişi olmaz, ancak hasta anneden bütün çocuklara geçiş olur. X'e bağlı dominant kalıtım gösteren hastalıklara en güzel örnek D

vitaminine dirençli raşitizmdir (Beksaç 2001, Nussbaum ve ark 2005, Çoğulu ve ark 2006).

1.3.8.2. Kromozom Hastalıkları: Kromozom hastalıkları insanlarda bulunan 46 kromozomun sayı ve şekil olarak normalden farklı olması sonucu ortaya çıkar. Sık görülen hastalıklardır (1/700-1/1000). Ağır gelişme ve zeka geriliğine neden olurlar. Hasta çocuklarda bu zeka ve gelişme geriliğine ek olarak çeşitli organları ilgilendiren doğuştan sakatlıklar vardır. Her yaştaki annenin çocuğunda görülmekle birlikte annenin yaşı ilerledikçe bu hastalıkların görülme sıklıkları artar. Otuzbeş yaşından sonra gebe kalmak isteyen annelerin mutlaka bir genetik merkezine başvurmaları tavsiye edilir. Gebeliğin 15-20. haftaları arasında teşhis edilmeleri mümkündür. Kromozom anomalilerinin yol açtığı hastalıklara doğumdan önce (prenatal) ya da sonra (postnatal) tanı konulabilmektedir. Özellikle prenatal tanı olanaklarının ülkemizde de pek çok üniversite hastanesinde mevcut olması nedeni ile bu hastalıklar en sık danışma verilen ve prenatal tanı yapılan hastalıklardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002).

Kromozom hastalıklarında problem bir gende olmayıp fazla veya eksik sayıda kromozom veya kromozom parçası bulunmasındandır. Örneğin kromozom üzerindeki hiçbir gende hata olmamasına rağmen bir fazla kromozom 21 bulunması Down Sendromu adı verilen tipik bir hastalığa neden olur. Bir grup olarak kromozom hastalıkları sık görülen hastalıklar olup canlı doğumların 7:1000'i, ilk trimestir düşüklerinin yarısı kadarından sorumludur (Nussbaum ve ark 2005).

Kromozom hastalıklarının büyük çoğunluğunun aile içinde tekrarlama riski yoktur. Ancak aile üyelerinden biri, translokasyon taşıyıcısı ise veya anne yaşı olayı etkiliyorsa tekrarlama ihtimali söz konusu olur. Tekrarlama riski düşük olmasına rağmen, özellikle yüksek risk taşıyanlarda fetal karyotipin bilinmesi gerekir. Bu nedenle bu hamileliklerde

amniyotik mayi veya koryon villüs örneklerinden kromozom analizi endikasyonu vardır (Beksaç 1996).

Genetik danışma bakımından en önemli ve sık görülen kromozom hastalığı Down Sendromudur. Hastalığın görülme sıklığı 1/700 civarındadır ve vakaların %95'i trizomi 21 şeklindedir. Görülme sıklığının anne yaşı ile arttığı çok iyi bilindiğinden genetik danışma da bu noktada önemle dikkate alınmalıdır. Anne yaşının 35'in üstünde olduğu durumlar da görülme sıklığı ortalamanın üstüne çıkmakta ve bu yüksek risk 40 yaş ve daha üstünde hızla artmaktadır. Amniyo sentezlerden elde edilen riskler yenidoğanlardakinden biraz daha yüksektir. Bu da hastaların bir kısmının ölü doğum ya da düşük şeklinde kaybedildiğini göstermektedir (Stenchever ve Jones 1994, Beksaç 1996).

Toplumda her 800 -1200 gebeden birinin çocuğunun Down sendromu olma olasılığı vardır. 35 Yaşında her 300 gebeden birinin, 40 yaşında her 100 gebeden birinin çocuğunun Down sendromu olma riski vardır. Bu nedenle annelerin 35 yaşından sonra çocuk sahibi olmamaları tavsiye edilir. Eğer bu yaştan sonra gebelik isteniyorsa mutlaka prenatal tanı yapılabilen genetik merkezine başvurulmalıdır. Gebeliğin 15. haftasında amniyosentez ile kromozomlar incelenir ve Down Sendromu başta olmak üzere bütün kromozom hastalıkları teşhis edilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002).

Anne yaşı ile ilgili tek kromozom hastalığı Down Sendromu değildir. Diğer bazı otozomal kromozom hastalıkları ve XXY ve XXX seks kromozom hastalıkları da yaşlı annelerin çocuklarında daha sık görülür. Seks kromozom hastalıklarında XYY ve XO sendromlarının ise anne yaşı ile ilgili olmadığı bilinmektedir (Beksaç 1996).

Ailede de bir translokasyon taşıyıcılığı söz konusu değilse kromozom anomalilerinin tekrarlama riski son derece düşüktür. Ancak anne yaşının getirdiği risk akılda tutulmalıdır. Down Sendromlu bir çocuktan sonra, aynı şekilde bir başka çocuğa sahip olma riski, özellikle 35 yaşın üstündeki anneler de, bir miktar artar. Amniyosentezlerden elde edilen

bilgiler ikinci çocuk için bu riskin %0.5-1 artığını göstermektedir (Beksaç 1996, Başaran 1999).

Yapılan geniş araştırma serilerinde yeni doğanlarda kromozom hastalığına sahip olma riskinin 1/150 olduğunu göstermektedir. Kromozomal abnormalitenin 1/3'ü otozomal anöploidi (haploid sayının (23) tam katı olmayan kromozom sayısı) ve 2/3'ü ise seks-kromozomal anöploidi'dir. Kromozomal hastalıkların aile bireylerinde dengeli translokasyon taşıyıcılığı ya da anne yaşı ile bağlantılı olması dışında, büyük çoğunluğunun aile içinde tekrarlama riski yoktur (Beksaç 1996, Beksaç 2001).

Ölü doğum veya neonatal ölüm olgularında çeşitli araştırma sonuçlarında %6–7 oranında ve gebeliğin erken devresinde görülen düşüklerde, %50'nin üzerinde kromozom anomalisi bulunduğu gösterilmiştir. Bunların %1'den fazlası seks kromozom anomalisi, %3'ü otozomal trizomiler ve geri kalanları yapısal ve diğer anomalilerdir. Erken spontan abortus fetuslarında büyük çoğunluğu anöploidi olan kromozom aberasyonlarının %25–60 arasında olduğu gösterilmiştir. Abortus materyalinde %3-4 arasında strüktürel anomaliler saptanmıştır. Tekrarlayan abortusları olan çiftlerden yapılan çalışmalarda anne-babadan birinin dengeli kromozom anomalisi taşıma olasılığı yaklaşık %12 bulunmuştur. Bu nedenle herhangi bir nedenle açıklanamayan tekrarlayan düşükleri olan çiftlerin gebeliklerinde prenatal tanı yapılması gereklidir (Beksaç 2001, Taşkın 2007).

1.3.8.3. Multifaktöriyel Hastalıklar:

Bu grup hastalıkların ortaya çıkmasında birden fazla mutant genle birlikte çevresel faktörlerin rolü vardır. Hastalıkları oluşturan genler minör genlerdir. Bu hastalıklar Mendeliyen kalıtım göstermedikleri, yani belli kurallara göre izleyen kuşağa geçmedikleri için tekrarlama riskini de kesin olarak hesaplama olanağı yoktur. Bu nedenle genetik danışma bu tip hastalığı gösterenlerden elde edilmiş olan ampirik risk (deneye dayalı)

rakamlarına dayanılarak verilir. Genellikle böyle bir hastalığı gösteren bir çocuktan sonra, ikinci bir çocuk için risk %5 dolaylarındadır (Beksaç 2001, Asova 2005).

Multifaktöriyel kalıtım konjenital malformasyonlar ve yetişkin yaş grubu hastalıklarını pek çoğundan sorumludur. Bu hastalıkların çoğunda genetik bilgide tek bir hata yoktur. Hastalıklar genlerdeki küçük farklılıkların bir bileşkesidir, bu değişiklikler çevresel faktörlerle birlikte ciddi bir hataya yol açar veya kişiyi o probleme yatkın hale getirir. Multifaktöriyel hastalıkların çocuk yaş grubunun %5, bütün toplumun %60'ından fazlasını etkilediği tahmin edilmektedir (Asova 2005, Nussbaum ve ark 2005).

Hemen bütün doğumsal anomaliler bu şekilde kalıtılır. Bunlar doğuştan kolaylıkla fark edilebilen veya ilk bakışta tanımlanamayan ancak özel muayene ve tetkiklerle ortaya çıkarılabilen sakatlıklar olabilir. Fazla parmak gibi oldukça zararsız olabileceği gibi hayatı ciddi şekilde tehdit eden ağır sakatlıklar şeklinde de görülebilir. Multifaktöriyel kalıtımla geçen hastalıkların aile bireylerinde görülme olasılığı 1. derece akrabalar (anne, baba ve kardeş) arasında yaklaşık %2-10 'dur. Bu sıklık genel toplumda görülme olasılığına göre 20-40 kat fazladır. Yenidoğanlarda nöral tüp defektleri, gelişimsel kalça displazisi, doğuştan kalp hastalıkları, yarık damak ve dudak, pilor stenoz, yetişkinlerde ise iskemik kalp hastalıkları, şizofreni, alerjik hastalıklar, hipertansiyon, kanser multifaktöriyel kalıtımla geçen bozukluklara örneklerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002, Çoğulu ve ark 2006).

1.3.9. AKRABA EVLİLİĞİ VE GENETİK HASTALIKLAR

Akraba evlilikleri sonucu en sık görülen sağlık sorunları arasında Fenilketonüri, Akdeniz anemisi, Alzhemier, Parkinson, Huntington hastalığı gibi sinir sistemini tutan bazı hastalıklar yer almaktadır. Bu nedenle, akraba evlilikleri gebelik kararı alındığı andan itibaren özel bir risk grubu olarak danışmanlık ve izlem sürecine alınmalıdır (Okyay ve ark 2006).

Anne ve babası akraba olmayan çocuklar arasında bebek ölüm hızı binde 45.9 düzeyinde iken akraba evliliği sonucunda doğan çocuklar arasında binde 72.1 düzeyine çıkmaktadır. Neonatal (Yenidoğan) ölüm hızları da akraba olan veya olmayan evliliklerde doğan bebeklerde önemli farklılık göstermektedir (binde 42 ve binde 25). Perinatal ölüm hızlarının akraba evliliği olduğunda binde 59, akraba evliliği olmadığında binde 37 düzeyinde olduğu görülmektedir. Çocukların yaşatılmasına ilişkin stratejilerin akraba evliliği faktörünü göz ardı ettiği sürece ancak sınırlı ölçüde başarılı olabileceği görülmektedir. Hızlı ekonomik sosyal ve demografik değişimlerin yaşandığı Türkiye'de akraba evliliğinin yaygınlığının devam etmekte olduğu görülmektedir. Gerek sosyal bilimcileri gerek sağlık bilimcilerini ilgilendiren bu konunun disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınması uygun olacaktır. Akraba evliliği yapmak otozomal resesif kalıtsal hastalıklar ve bir dereceye kadar da multifaktöriyel kalıtsal hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle akraba evliliği yapmaktan kaçınmak bu hastalıklardan korunmak için çok önemli ve çok kolay bir yoldur. Akraba evliliği yapmış çiftlere, Türkiye'de sık görülen hastalıklardan biri olan, Akdeniz Anemisi de denilen Talasemi Hastalığı için, hastalığın sık görüldüğü bölgelerde evlenecek çiftlerde taşıyıcılık testi yapılması önerilmelidir. Tedavisi çok güç kalıtsal bir hastalık olan Talasemi için Türkiye genelinde her 50 kişiden birinin Antalya, Adana ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise her 10 kişiden birinin taşıyıcı olduğu belirlenmiştir. Anne ve baba adayının her ikisinin de taşıyıcı olması hasta bir çocuk doğurma riskini önemli oranda artırır (%25). Riskli ailelerin doğum öncesi tanı olanağından yararlanabilmeleri için DNA testi ile anne ve babanın mutasyonlarının gebelikten önce belirlenmiş olması gerekir. Mutasyonlar bilindiği takdirde gebeliğin erken bir evresinde Korion Villus Aspirasyonu ile elde edilen dokuda hastalık tanısı kısa sürede yapılabilir. Mutasyonların önceden bilinmediği durumlarda ise gebeliğin daha sonraki haftalarında (18. Haftadan sonra) Kordon kanında Hemogloblin Zincir analizi yapılarak hastalık tanınabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2002).

1.3.10. GENETİK DANIŞMA

Genetik danışmanlık, genetik geçişli bir hastalığa sahip hasta ya da yakınlarına, hastalığın sonuçları, varsa önleneme, korunma, iyileştirme yolları ve hastalığın kalıtım biçimiyle ilgili bilgi ve önerilerin aktarılması sürecidir. Genetik danışmanlık hızla yaygınlaşan ve gün geçtikçe önemi artan bir hizmet dalıdır. Günümüzde ölümlerin %40'ı kalıtsal kökenli hastalıklar sonucu meydana gelmekte, yeni doğanların %3'ünde genetik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Dönbak ve ark 2005, Şenol ve Aslantekin 2006).

Tıbbi genetikte genetik danışma; bireyin kendisinde, diğer aile bireylerinde veya ait olduğu toplumda sık görülen bir hastalık hakkında tekrarlama veya ortaya çıkma olasılığının anlatılması ve sorunun çözümü için yönlendirici olmayan bilgi vermedir (Erdemir 1998, Beksaç 2001).

Günümüzde daha çok tıbbi genetik uzmanları tarafından verilmekle birlikte temel genetik ilkelerini bilen hekim, ebe ve hemşire bu konuda bireylere yardımcı olabilir. Genetik hastalıkların önemli bir bölümünün tıbbi veya cerrahi tedavisi olmadığından korunma önlemlerinin bilinmesi ve tüm toplumlarda uygulanması insidans ve prevalansın azaltılmasında en yararlı yöntemdir. Korunma yöntemlerinin en başında, kişilerin ve ailelerin bilgilendirilerek genetik hastalıklar için risk faktörü olanların (taşıyıcı ve hasta) tarama yöntemlerine yönlendirilerek erken tanınması gelir. Yapılan tetkikler, bilgilendirmeler ve alınan önlemlerle anne, çocuk, aile ve toplum sağlığı korunmuş olacaktır (Şenol ve Aslantekin 2006).

Genetik hastalıklarla ve bunların kalıtımıyla ilgili bilgilerin artması ve birçok genetik hastalığın henüz tedavisinin olmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerini gerekli duruma getirmiştir. Ülkemizde de çeşitli tıp fakültelerinin tıbbi biyoloji anabilim dallarında, özel hastanelerde ve kuruluşlarda prenatal ve postnatal analizleri de kapsayan genetik danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Akraba evliliği, genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli bir etmendir ve genetik danışmanlık hizmetlerinin

verilmesini gerektirmektedir. Ailede genetik geçişli bir hastalık ortaya çıkmış ise; akraba evlilikleri, doğacak çocuklarda bu hastalığın ortaya çıkma riskini önemli oranda arttırmaktadır. Herhangi bir hastalık ortaya çıkmasa bile, akraba evliliği yapan aileler çocuklarının taşıyacakları olası risklerle ilgilenebilmektedirler. Birinci derece kuzen evlilikleri akraba evliliklerinin en sık görülenidir ve çoğunlukla bu tür evli çiftler genetik danışma almak için müracaat ederler (T.C. Hükümeti-Unicef İşbirliği Programı/Ülke Programı 1995, Genç ve Erdemir 1997, Dönbak ve ark 2005).

Akrabalık kavramı ve akraba evliliklerine kültürel yaklaşım ülkelere göre farklılık göstermektedir. Daha çok sıklığı ve olası olumsuz sonuçları nedeni ile akraba evlilikleri, sadece ülkemizde değil sosyo-ekonomik koşulları iyi olmayan başka ülkelerde de genetik danışmanlık açısından önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Gökkoca 2000). Avrupa ve Amerika'da kuzen evliliklerinden doğacak çocukların sakat, kalıtsal hastalıklı veya zeka özürlü olacağı görüşü yaygındır. Bu nedenle bu ülkelerde bu tip evliliği olan çiftler sıklıkla genetik danışmanlık istemektedirler (Uskun 2001, Tekbaş ve ark 2005).

Ciddi bir toplum sorunu olarak karşımıza çıkan bu kalıtsal hastalıklar, kimilerinde sadece fiziksel kusur, kimilerinde ise zihinsel etkilenme yapmakta, bazen de hem zihinsel hem de fiziksel etkilenme olmaktadır. Ancak bu hastaların çoğuna sağlanan sosyal destek ve tıbbi rehabilitasyon sınırlı olmaktadır, tedavileri güç ve pahalıdır. Bu nedenle bu tip bir çocuğa sahip ailenin çektiği sıkıntılar da düşünülürse bu tür hastalıklara daha duyarlı olma gereği ortaya çıkmaktadır. Bu tür geçiş gösteren hastalıklarda amaç tedavi değil bu hastalıkları önleyebilmektir. Burada en önemli önlem bu tür evliliklerin riskleri konusunda toplumu bilgilendirmektir. Akraba evliliği yapmış olanlarda gözlenen bu artmış riski önemli ölçüde azaltmak da mümkün değildir. Çünkü bu kalıtsal hastalıkların sayıları oldukça fazladır. Bu rakamın tahmini olarak 10.000 civarında olduğu söylenebilir. Bu kadar çeşitlilik gösteren ve kişide kendini doğrudan göstermeyen bu taşıyıcılarda sınırlı sayıda hastalık tetkikleri yapılabilir. Bu nedenle akraba evliliği yapmış olan bireylerin gebelikten önce sınırlı sayıda incelenebilen hastalıkları araştırılmalı ve gebelik olunca da genetik hastalıkların teşhisinde deneyimli tıp merkezleri tarafından gebeliklerin takibi yapılmalıdır. Akraba evliliğinden kaynaklanan hastalığa sahip çocuğu olan aileler ise yeni bir bebek düşünmeden önce genetik hastalıklar ve tanı merkezlerine

başvurmalıdırlar (T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı 2003).

Genetik danışmanlıkta izlenecek aşamalar; Doğru ve eksiksiz tanı, soy ağacı analizi, hastanın ya da akrabalarının ek muayenesi, gerekli durumlarda diğer uzmanların görüşü, varsa hastalığın kalıtım yolunun bilinmesi, literatür verileri ve sonunda özel bir kalıtım prognozu çıkarılır (Özcan 2008).

Herhangi bir hastalık nedeniyle genetik danışma verilmeden önce belirli konuların yerine getirilmesi uygun olacaktır, buna göre;

- a. Hastalık tanısı kesin olmalıdır.
- b. Ayrıntılı bir aile öyküsü alınarak aile ağacı (pedigree) çıkarılmalıdır.
- c. Hastalığın incelenmesinde özel tetkik olanakları olmalıdır.

Aile ağacı çıkarılırken çocuğun ya da hastanın hem annesi hem de babası birlikte bulunmalıdır, öyküde tüm doğumlar ve ölümler eksiksiz alınmalıdır. Danışmanlıkta önemli olan iki konu vardır. Bunlar; başvuran kişilere saygılı olunması, onlara önem verildiğinin gösterilmesi, diğeri ise başvuranın anlayabileceği biçimde açık anlaşılır bilgi verilmesidir (Başaran 1999, Özvarış 2001, Taşkın 2007).

1.3.11. Genetik Danışmanın Amaçları

Genetik hastalıklar genellikle ciddi, tedavileri mümkün olmayan veya çok zor olan hastalıklardır. Bu nedenlerle bu hastalıklardan korunma son derece önemlidir. Günümüzde en etkili korunma yöntemi ciddi genetik hastalıklı çocukları olan ailelere genetik danışma ve mümkün olduğu durumda prenatal tanı hizmetleri vermektir (Beksaç 1996, Özcan 2008).

Geleneksel olarak genetik danışma bu bakımdan yardım isteyen kişilere gelecekteki doğurganlıklarına karar verebilmek bakımından yol göstermek şeklinde olmaktadır. Etkili bir genetik danışma vermenin en önemli şartı toplumda bu hizmete ihtiyacı olan kişileri bilebilmektir. Daha az kullanılan şeklide toplum taramaları ile genetik hastalıklar bakımından riskli kişileri belirlemektir (Beksaç 1996). Tüm bunlar doğrultusunda genetik danışmanın amaçları;

* Tıbbi gerçeklerin anlatılması: Kesin tanı konduktan sonra aile ile tanı, prognoz, uygun incelemeler ve hastalığın daha sonraki izlemi konuşulur. Genetik hastalıklar hakkında bilgi verirken zamanlama ve yöntem çok önemlidir. Bu işlemi aceleyle getirmemek için dikkatli olunmalıdır. Genetik ve tıbbi işlemler tanımlarken, danışman genelde anlaşılabilir terimler kullanmaya özen göstermelidir.

* Kalıtım modelinin ve tekrarlama riskinin hesaplanması ve anlaşılması: Kalıtım şekli aileye ve diğer aile üyelerine anlaşılır bir şekilde açıklanmalıdır (şekil ve örnek kullanımı yardımcıdır). Olasılık ve istatistikleri anlamlı yapan birden fazla yol vardır. Ancak genetik danışman, bireylerin genetik hastalık konusundaki yargılarını öğrenirse ve bireylerin rahat olabilecekleri ortamı yaratırsa bu konuda başarılı olma şansı artar. Kesin olmamaları yanında, istatistiklerin insanlar için başka yönlerden de anlaşılabilirliği güçtür. Bazı insanlar, hastalığın ciddiyetini değerlendirme şekillerine göre, %25'i yüksek, diğerleri ise düşük kabul edeceklerdir. Bu aşamada danışmanın verdiği ve açıkladığı bilgiler çerçevesinde aile karar verme durumuna gelmiştir. Danışman ailenin şu veya bu yönde karar vermelerine karışmaz ve etkilemez.

* Karar seçenekleri: Danışma alan çift için kontrasepsiyon yöntemleri, evlat edinme, donör spermi ile suni dölleme, donör ovumu kullanma ve hasta fetüslü gebeliğin sonlandırılıp sonlandırılmayacağını içeren prenatal tanı gibi seçenekler söz konusu olabilir.

* Hareket şeklinin seçimi ve izlem: Çift, yinleme riski, ailenin hedefine göre sorumluluklarını (ekonomik, psikolojik, sosyal) algılama biçimi, dini ve etik standartları

göz önüne alınarak kendileri için en iyi yolu seçmeye yönlendirilir. Tıbbi genetik ekibi veya bir psikolog tarafından izlenen ailede karar seçenekleri, ailenin düşüncesini değiştirmesi ya da tıbbi gelişmeler sonucu yeni olanakların sağlanması ile tekrar gözden geçirilebilir (Erdemir 1998, Beksaç 2001).

Genetik danışmanın amacının sağlanabilmesi için, aile sunulan bilgileri anlayabilmelidir ve gerçekleri kendi kararlarına uygulayabilmelidir. Danışma ekibinin etkili olarak aile ile ilişkiye girebilecekleri yollar şöyle sıralanabilir;

- Tanı ile ilişkili psikolojik ve emosyonel sıkıntıların tanınması: Aile içinde genetik bir hastalık tanısından sonra aile değişik derecede suçluluk ve utanç duygusuna kapılır. Hastaların bazıları ise yasal hareketle başlayan tavırları benimser.
- Danışmayı etkileyen faktörlerin tanınması: Ailenin etnik bir kökenden gelmesi veya ailenin sosyo-ekonomik durumu genetik danışmayı etkiler.
- Zorlayıcı olmayan danışma verilmesi: Ailenin karar vermek için zorlayıcı olmayan, tüm seçenekleri açıklayan, desteğe ihtiyacı vardır. Yararlı bir yöntem, özel seçeneklerin değerini arttırmadan diğer aile örneklerini kullanmaktır (örneğin; bazı aileler donör inseminasyonunun onlar için en iyi yöntem olduğunu düşünürken bazıları prenatal tanıyı seçer).
- Aileye, utanç ve suçluluk duygusunun kaldırılması için yardım: Danışman, özellikle tanını erken dönemlerinde bazı durumların “onların hatası olmadığını” söyleyebilir. Sonra aile üyeleri bu güveni rahatlıkla hatırlayabilir. Direkt olarak duyguları söyleyerek ve benzer durumdaki diğer ailelerle karşılaştırılarak onları normalleştirerek yardım edilebilir. Ailelere çocuğun durumuna ait özelliklerden

hangilerinin kontrol edilip, hangilerinin edilemeyeceği konusunda açıklama yaparak yardım etmek, anne babanın kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar.

- Kişisel amaçları saptayarak aileye yardım: Aileye danışma toplantısından bekledikleri sorularak gündem saptanır ve bu danışmana ek konuları vurgulamayı sağlar.
- Danışmanın eğilimlerinin bilinmesi: Bunu anlatmanın yollarından biri aileye yargılayıcı olmayan bir şekilde seçim yapmalarını önermektir. Danışman hamilelikteki prenatal tanı için görüşlerini belirli bir sıra olmadan farklı ailelerin farklı görüşleri seçtiğini vurgulayabilir (Genç ve Erdemir 1997, Beksaç 2001, Klug ve Cummings 2003).

1.3.12. Genetik Danışma Ekibi

Genetik danışmada, tıbbi gerçekler yanında psiko-sosyal gerçekler de önem taşır. Uygun bir genetik danışma için ideal şart; klinik genetik konusunda uzmanların ve genetik danışmanların yanında tıbbi sosyal hizmet uzmanları ve bazen de psiko-sosyal uzmanların bulunduğu bir ekip tarafından verilmesidir.

⇒ Tıbbi Uzman: klinik genetikçi olarak ilave öğretim almış, özel tıbbi deneyimi olan uzmandır. Tıbbi veya klinik genetikçinin işi tanın konması ve hastaya, bozukluğun tıbbi yönleri dikkate alınarak, danışma verilmesidir.

⇒ Genetik Danışman: Genetik danışma konusunda özel yetişmiş veya genetikte deneyimi olan kişidir. Danışmanlar, hemşirelik, sosyal hizmet ve eğitim uzmanlığı gibi, değişik

branşlardan gelebilir. Danışman kişinin rolü, danışmanlık, destek ve ailenin izlenmesidir.

⇒ Diğer Üyeler: özel araştırmalar ve fikirler için danışılan uzmanlardır. Aile desteğinin sürdürülmesi sosyal danışman, din görevlileri, ana-baba ve diğer gönüllü gruplardan sağlanır (Beksaç 2001, Cunnigham ve ark 2005a).

1.3.13. Genetik Danışma İçin Endikasyonlar

1. İlerlemiş anne yaşı,
2. Ailede bilinen veya şüphelenilen kalıtsal bozukluk,
3. Tek veya multiple malformasyonları olan doğumsal defektli bir fetus veya çocuk,
4. Mental retardasyon,
5. Yineleyen spontan abortuslar,
6. Bilinen veya şüphelenilen teratojen veya ışın ile karşılaşma,
7. Kandaşlık (Akraba Evliliği),
8. Eşlerin biri ya da her ikisinde birden genetik kökenli olabilecek bir hastalık varlığı,
9. Eşlerden en az birinin akrabalarında genetik kökenli olabilecek bir hastalık varlığı,
10. Bir ya da her iki eşin genetik bir defektin taşıyıcısı olduğunun saptanması,
11. Gebelik sırasında virütik hastalık, alkol, uyuşturucu vb. maddelere maruz kalınmasıdır (Başaran 1999, Beksaç 2001, Tekşen 2006, Özcan 2008,).

1.3.14. Akraba Evliliğinde Genetik Danışma

Çocuklarında artmış doğumsal anomali riski olduğu genel olarak kabul gören bir bilgi olduğu için akraba evliliği yapan çiftler çocuk sahibi olmadan önce genetik danışma isteyebilirler. Bu çiftlere iki önemli nokta açıklanmalıdır. Birincisi; anormal bir çocuk için göreceli risk akraba olanlarda, olmayanlardan daha yüksek olmakla birlikte bu risk düşük bir risktir: Herhangi bir ebeveynin herhangi bir çocuğunun herhangi bir anormallik için temel riski %3 kadardır ve bu risk birinci derece kuzenlerin çocuğu için %4.5-5'e yükselir. Bu artmış risk sadece tek bir otozomal resesif hastalık için olmayıp bütün tek gen ve kompleks hastalıkları kapsar. İkincisi; otozomal resesif hastalığa sahip bir çocuğu olan akraba olsun ya da olmasın herhangi bir çiftin daha sonraki hamileliklerinde hastalığın tekrarlama riski, hasta çocuğa sahip olmadan önceki risklerine bakmaksızın %25'dir. Bu risk şüphesiz aynı çiftin diğer çocukları için söz konusu olan bir risktir. Çünkü hasta çocuğu olan iki ebeveynin de taşıyıcı olması gerekir ve taşıyıcılar, normal homozigotlara göre daha azdırlar ve otozomal resesif hastalıklı bir çocuğu olan bir ebeveynin farklı bir eşten aynı şekilde hasta bir çocuğu olma ihtimali taşıyıcı sıklığına bağlı olarak daha azdır (Nussbaum ve ark 2005, Carey ve Rayburn 2006).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Aydın il merkezinde 15-49 yaş grubu evli kadınların akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisini incelemek için kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırmada Aydın il merkezindeki 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No'lu sağlık ocaklarına bağlı 15-49 yaş grubundaki evli kadınlar ile çalışılmıştır. Bu sağlık ocağı bölgelerinde toplam 32.993 tane 15-49 yaş grubu evli kadın yaşamaktadır.

Sağlık Ocakları Bölgeleri'nin özelliklerini öğrenmek için 02.12.2008 tarihinde Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Nermin Erol ile bir görüşme yapılmıştır. Görüşme sonucunda Sağlık Ocakları ile ilgili gerekli bilgilere ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık ocağı çalışanları ve gözlemlerimize dayanarak;

* Bir ve Yedi No'lu Sağlık Ocağı bölgesi, şehrin merkezinde yer alan, farklı

sosyo-kültürel özellikleri bulunan ve yaş ortalaması yüksek bir bölgedir. Bu bölgede oturanların birçoğu memur ve esnafır. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim ve gelir durumları orta düzeydedir. Binaların çoğu apartman, tek katlı ve bahçeli müstakil evlerdir.

- * İki ve Üç No'lu Sağlık Ocakları bölgelerinde kadınların çoğu ev hanımıdır ve eğitim düzeyleri düşüktür. Kadınların eşleri ise esnaf veya memurdur. Bu bölgede evler apartman tarzında ve müstakildir. Bu bölgede yaşayan insanların çoğu sağlık hizmetlerini bu sağlık ocaklarından almaktadırlar.
- * Dört No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların çoğu ev hanımıdır, eşleri ise bölgede yer alan sanayide çalışmaktadır Ayrıca kadınların bir kısmı mevsimlik tarım işlerinde çalışmaktadır. Bölgedeki evlerin tek katlı ya da iki katlıdır ve odun-kömürle ısınmaktadır. Bu bölgede yaşayan bireyler sağlık ocağından aile planlaması hizmetlerinin yanında diğer sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadırlar.
- * Beş No'lu Sağlık Ocağı bölgesi şehir dışından daha çok göç alan, eğitim seviyesi düşük, çoğunlukla kadınların ev hanımı, erkeklerin işçi olduğu bir bölgedir.
- * Altı No'lu Sağlık Ocağı, Aydın'ın en dışında yer alan ve küçük nüfusa sahip olan bir bölgedir. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim düzeyleri ve gelir durumları düşüktür. Kadınlar ve erkekler geçici tarım işçiliği ile uğraşmaktadır. Evler tek katlı, bahçelidir ve bazı evlerin tuvaleti dışarıda bulunmaktadır. Bu bölgedeki evlerin birçoğu sağlıklı yaşam koşulları için uygun görülmemektedir.
- * Sekiz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu daha çok doğu bölgelerimizden göç alan bireylerden oluşmaktadır. Bölgede eğitim durumları oldukça düşük, hatta okuma yazma bilmeyen ve Türkçe konuşamayan kadınlar bulunmaktadır. Bölge halkının gelir düzeyi oldukça

düşüktür ve daha çok inşaat işçiliği ve mevsimlik tarım işçiliği ile uğraşmaktadırlar.

- * Dokuz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların sosyo-ekonomik durumu, gelir durumu ve eğitim seviyesi yüksektir. Daha çok genç bireylerin bulunduğu bölgede doğurganlık hızı diğer bölgelere göre daha yüksektir. Konutlar apartman, site ve müstakil evlerden oluşmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmayla ilgili olarak yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	18.06.2008
Soru formunun oluşturulması	1.07.2008- 2.08.2008
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izinin alınması	03.09.2008
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ön onayının alınması	30.10.2008
Soru formunun ön uygulamasının yapılması	3.11.2008
Araştırma verilerinin toplanması	15.11.2008-15.01.2009
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	03.03.2009
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı onayının alınması	25.03.2009

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Aydın il merkezindeki 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No'lu sağlık ocakları bölgelerinde kentsel alanda ikamet eden 15–49 yaş grubundaki 33.993 evli kadın oluşturmuştur.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma, randomize olarak seçilen 310 kadın ile yapılmıştır. Örneklem alınan birey sayısı evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Çalışılan 9 sağlık ocağı bölgesinden araştırmaya alınacak olan kadın sayısı nüfusa ağırlandırılarak sistematik örneklem yöntemiyle belirlenmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2004).

Evreni Bilinen Örneklem Hesaplama Yöntemi:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Örneklem alınacak birey sayısı

N = Evrendeki birey sayısı = 33.993

p = İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) = %21

q = İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (1-p)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri = 1.96

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri = 0.05

$$n = \frac{33.993 \times (1.96)^2 \times (\%21 \times 0.79)}{(0.05)^2 \times 33.992 + (1.96)^2 (0.21 \times 0.79)} = 254$$

Kadınlara ulaşamama ve araştırmaya katılmayı reddetme olasılığı nedeniyle %30 yedek alındığında, toplam örneklem büyüklüğü 330 olarak tespit edilmiştir.

$$\text{Yedek: } 330 \times \%30 = 76$$

$$n = 254 + 76 = 330$$

Ancak 20 kadından 15'ine çalışma hayatı sebebiyle (tarımsal etkinliklerin başladığı dönem olduğu için), 2 kadın çalışmaya katılmayı kabul etmediği için ve 3 kadına da şehir dışında oldukları için ulaşamamıştır. Ulaşamayan kadınlar 3 kez evlerinde ziyaret edilmiştir ve araştırma 310 evli kadın ile tamamlanmıştır. Sağlık ocağı bölgelerine göre 15–49 yaş grubu evli kadınlar ve örnekleme alınan kadınların sayısı Çizelge 2.5.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.5.1. Sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan 15–49 yaş evli kadın sayısı ve örnekleme alınan kadın sayısı

Sıra No	Sağlık Ocakları	Bölgede yaşayan 15–49 yaş evli kadın sayısı	Örnekleme alınan kadın sayısı
1	1 No'lu Sağlık Ocağı	4816	48
2	2 No'lu Sağlık Ocağı	4807	48
3	3 No'lu Sağlık Ocağı	3642	36
4	4 No'lu Sağlık Ocağı	2682	26
5	5 No'lu Sağlık Ocağı	3323	34
6	6 No'lu Sağlık Ocağı	647	6
7	7 No'lu Sağlık Ocağı	3841	38
8	8 No'lu Sağlık Ocağı	3174	32
9	9 No'lu Sağlık Ocağı	6061	62
Toplam	9 Bölge	32.993	330

2.6. Araştırmaya Alma Kriterleri

Araştırmaya alma kriterleri 15–49 yaş grubunda olma, evli olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

2.7. Veri Toplama Aracı

Veri toplama, kadınlara kendi evlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile 53 soruluk anket formu (EK 1) uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anket formu kadınların ve eşlerinin yaşı, kadınların ve eşlerinin eğitim durumu, meslekleri, sosyal güvence/ gelir durumu/ aile tipi, kadınların doğurganlık özellikleri (gebelik, canlı doğum, düşük, kürtaj), beş yaş altı ölen çocuk sayısı, yaşayan çocuklarda herhangi bir sağlık problemi varlığı, akraba evliliği ve akrabalık dereceleri, akraba evliliği ile ilgili tutumlarını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Soru formunun anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası;

1. Sizce akraba evliliği yapmanın doğacak çocukların sağlığı açısından herhangi bir sakıncası var mı? sorusunun var ve yok olan şıklarına bilmiyorum şıkkı,
2. Çocuklarınızın akraba evliliği yapmasını nasıl karşılırsınız? Sorusunun iki şıkkına (onaylarım ve onaylamam) diğer şıkkı,

öneriler doğrultusunda bazı sorular yeniden düzenlenmiştir.

Ayrıca kadınlara doğumsal defekt (kol-bacak ve diğer vücut uzuvlarının eksikliği ve fazlalığı veya şekilsel bozukluklar), mental retardasyon (hiç algılamama, geç algılama

veya algılamada güçlük, konuşama, zeka geriliği), psikiyatrik problem (depresyon, panik atak, otizm, şizofreni, kişilik bozuklukları), gelişim bozukluğu (çocuğunun yaşının boy ve kilo ile uyumsuzluğu, yaşa göre boy ve kilonun çok az veya çok fazla olması, devlik, cücelik), cinsiyet gelişim bozukluğu (kız çocuğunda erkek çocuğu, erkek çocuğun kız çocuğu gibi vücut şekline sahip olması ve davranışlar sergilemesi) ve kronik metabolik hastalıklar (diyabet, guatr, fenilketonüri, protein üretim bozukluğu) soruları toplumda sık görülen hastalıklar örnek verilerek açıklanmıştır.

2.7.1. Verilerin Toplanması

Örnekleme alınan kadınların adresleri sağlık ocağı otomasyon bilgi bankasından elde edilmiştir. Adresleri belirlenen kadınlar evlerinde ziyaret edilmiş, kadınlar ile tanışılmış ve kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onamları (onayları) alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

Veri toplama işlemi 15.11.2008–15.01.2009 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Ayrıca araştırma sırasında akraba evliliği ile ilgili bilgi eksikliği olan kadınlara danışmanlık verilmiş, sağlıkları ile ilgili sordukları sorular cevaplandırılmış ve akraba evliliği yapan kadınlar genetik polikliniğine yönlendirilmiştir.

2.7.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formlarının doldurulması ile elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows 13.0 (Statistical Package for Social Sciences,) istatistiksel paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında ortalama sayı ve yüzde kullanılmıştır. Değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir. Akrabalık derecesi sınıflanırken, kardeş

çocuklarının evliliği birinci derece, kardeş torunlarının evliliği ikinci derece, daha uzak akrabaların evliliği üçüncü derece olarak değerlendirilmiştir.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

2.9.Araştırmada Etik

Araştırmanın Aydın İl Merkezindeki tüm sağlık ocaklarında yapılabilmesi için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 03.09.2008 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK 2). Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 30.10.2008 tarihinde ön onay verilmiştir (EK 3). Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 25.03.2009 tarihinde uygunluk onayı verilmiştir (EK 4). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, yazılı onamları alınmıştır (EK 5 ve EK 6).

3.BULGULAR

Aydın il merkezinde incelenen 15-49 yaş evli 310 kadının oluşturduğu araştırma grubu ile yürütülen bu çalışmada akraba evliliği sıklığı ve gebelik sonuçları ile ilişkisi incelenmiştir. Akraba evliliklerinin sıklığı ve çeşidi, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik öyküleri, yaşayan çocuklarda ve ölen çocuklarda sağlık durumlarının sorgulanması, akraba evliliği seçme nedenleri ve akraba evliliği ile ilgili görüş ve tutumları, akraba evliliği ve gebelik sonuçları ile karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen bulgular verilmiştir.

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında en küçük yaş 16 en büyük yaş 49'dur. Gruptaki kadınların yaş ortalaması $31,57 \pm 9,00$ 'dur. Gruptaki erkeklerin yaş ortalaması $36,15 \pm 9,62$ ve en küçük yaş 18 en büyük yaş 62 olarak bulunmuştur. Katılımcıların yaşları TNSA'nın 15-49 gruplamasına uygun şekilde kendi içinde gruplandırılmıştır. Bulgular Çizelge 3.1.1.'de sunulmuştur. Katılımcı kadınların %33.9'u 35 yaş ve üstünde iken bunu sırasıyla %24.8 ile 25-29, %18.7 ile 20-24, %16.5 ile 30-34 ve en az yüzde ile %6.1 ile 15-19 yaş grubu izlemektedir. Katılımcı kadınlarının eş yaşlarının dağılımına bakıldığında yarısının (%49.8) 35 yaş ve üstünde olduğu görülmektedir.

Kadınların %53.5'i ilkokul mezunu, %27.4'ü ortaokul ve lise mezunu, %8.4'ü okur-yazar değil, %8.1' üniversite-yüksekokul mezunu ve %2.6'sı okur-yazar değildir. Eşlerin eğitim durumu incelendiğinde ise; %49'unun ilkokul mezunu, %33.8'inin ortaokul ve lise mezunu, %14.2'sinin üniversite mezunu, %1.6'sının okur-yazar değil, %1.3'ünün okur-yazar olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.1'de de sunulduğu gibi kadınların %78.7'sinin ev hanımı olduğu, erkeklerin ise %46.8'si serbest meslek il uğraştığı görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların ilk evlenme yaşları 18 ve altı, 19-29 ve 30-49 olarak üç gruba ayrılmış ve en küçük evlilik yaşı 13 ve en büyük evlilik yaşı 34 olarak bulunmuştur. Kadınların %58.4'ü 19-29 yaş arasında, %39.7'si 18 yaş ve altında, %1.9'u ise 30 yaş ve üstünde ilk evliliklerini yaşamıştır (Çizelge 3.1.1). Gruptaki kadınların ortalama ilk evlilik yaşı 19.98 ± 3.58 iken erkeklerde ilk evlilik yaşı ortalaması 24.61 ± 4.28 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.1.1. Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Kadın		Erkek	
Yaş	n	%	n	%
15-19	19	6.1	1	0.3
20-24	58	18.7	26	8.4
25-29	77	24.8	69	22.3
30-34	51	16.5	59	19.0
35 ve üstü	105	33.9	155	50.0
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	26	8.4	5	1.6
Okur-yazar	8	2.6	4	1.3
İlkokul mezunu	166	53.5	152	49.0
Ortaokul mezunu	40	12.9	42	13.5
Lise mezunu	45	14.5	63	20.3
Yüksekokul Mezunu	25	8.1	44	14.2
Çalışma Durumu				
Ev hanımı	244	78.7		
Memur	20	6.5	40	12.9
İşçi	19	6.1	84	27.1
Emekli	5	1.6	145	6.1
Serbest meslek	22	7.1	19	46.8
Herhangi bir işte çalışmıyor			22	7.1
İlk evlilik yaşı				
18 yaş ve altı	123	39.7	26	8.4
19-29	181	58.4	254	81.9
30 yaş ve üstü	6	1.9	30	9.7

Araştırmaya alınan kadınlar yaşamlarında en uzun süre %46.1'i şehir merkezinde, %28.1' i köyde ve %25.8'i kasabada en uzun süre yaşamıştır. Aile tipleri sorgulandığında ise, büyük çoğunluğun (%81.9) çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Ailelerin %92.9'u sosyal güvencelerinin olduğunu, %7.1'i sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Kadınların %53.5'i gelir gidere eşit, %25.5'i gelir giderden az ve %21'i gelir giderden fazla olarak ekonomik durumlarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler		
En uzun süre yaşanan yer	n	%
Köy	87	28.1
Kasaba	80	25.8
Şehir merkezi	143	46.1
Aile tipi		
Çekirdek aile	254	81.9
Geniş aile	56	18.1
Sosyal güvence		
Var	288	92.9
Yok	22	7.1
Ekonomik durum		
Gelir giderden fazla	65	21.0
Gelir gidere eşit	166	53.5
Gelir giderden az	79	25.5

3.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Katılımcı kadınların ilk gebelik ve ilk doğum yaşları, toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum, ilk beş yıl içinde ölen bebek, toplam düşük ve toplam kürtaj sayıları, infertilite öyküleri ve yaşayan çocuk sayılarını içeren verilerin bulguları değerlendirilmiş ve bulgular Çizelge 3.2.1’de sunulmuştur.

Katılımcıların ilk gebeliklerini %66.1’inin 19-29 yaş, %28.1’nin 18 yaş ve altı, %4.2’sinin 30 yaş üstünü kapsayan yaş grubunda yaşadıkları belirlenmiştir. İlk doğum yaşları 18 yaş ve altı, 19-29, 30 yaş ve üstü olarak 3 gruba ayrıldı ve dördüncü grubu gebe ve infertil olanlar oluşturdu. Bu yaş sınıflamasına göre; katılımcıların %69.8 gibi büyük bir çoğunluğu doğurganlık çağı olan 19-29 yaş grubunda ilk doğumlarını yaşamıştır. Bunu sırasıyla %22.6 ile 18 yaş ve altı, %4.5 ile 30 yaş ve üstü izlemektedir. Kadınlardan henüz doğum yapmamış veya infertil olan 9 kişi de %2.9’luk dilime girmiştir. Katılımcıların %44.5’i 3 ve üzerinde gebelik yaşarken, %28.7’sinin 1 gebelik yaşadığı ve %24.8’i 2 gebelik ve kalan %1,9’luk payı ise infertil kadınların oluşturduğu gözlemlenmiştir. Doğurganlığın bir diğer ölçüsü olan canlı doğum sayıları incelendiğinde, canlı doğum yapan kadınların %34.2’si 1 kez, %32.6’sı 2 kez ve %19.7’si 3 kez, %10’u 4 ve daha fazla canlı doğum yapmıştır, hiç canlı doğum yapmayanları oranı ise %3.5’tir. Ölü doğum yapanların sayıları incelendiğinde ise; %4.5’inin 1, %0.3’ünün 3 ve %0.3’ünün 7 kez ölü doğum yaptığı bulunmuştur. Doğumdan sonraki ilk beş yıl içinde bebek ölümü gerçekleşenlerin sayıları incelendiğinde; %93.5’inin ilk beş yıl içinde ölen çocuğu yok, %5.8’inin 1 tane ve %0.6’sının 2 tane ölen çocuğu olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların %34.7’sinin bir, %34.7’sinin iki ve %18.3’ünün üç ve %8.7’sinin 4 ve daha fazla yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %15.5’inin bir kez ve %8.4’ünün iki ve daha fazla düşük yaptığı; %12.6’sının bir kez, %5.4’ünün iki ve daha fazla kürtaj olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun düşük ortalaması 0.34, kürtaj ortalaması 0.27 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %7.7’si tanımlanmış infertilitenin olduğunu bildirmişlerdir.

Çizelge 3.2.1 Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=310)

Obstetrik Özellikler	n	%
İlk gebelik yaşı		
18 yaş ve altı	87	28.1
19-29 yaş	205	66.1
30 yaş ve üstü	13	4.2
İnfertil	5	1.6
İlk doğum yaşı		
18 yaş ve altı	70	22.5
19-29 yaş	217	69.8
30 yaş ve üstü	14	4.5
İnfertil/ gebe	9	2.9
Toplam gebelik sayısı		
1	89	28.8
2	77	24.8
3 ve üstü	138	44.5
Yok	6	1.9
Canlı doğum sayısı		
1	106	34.2
2	101	32.6
3	61	19.7
4 ve üstü	31	10.0
Yok	11	3.5
Ölü doğum sayısı		
Yok	294	94.8
1	14	4.5
3	1	0.3
7	1	0.3
İlk 5 yıl içinde ölen bebek sayısı		
Yok	290	93.5
1	18	5.8
2	2	0.6
Yaşayan çocuk sayısı		
1	108	34.8
2	108	34.8
3	57	18.4
4 ve üstü	27	8.8
Yok	10	3.2
Toplam düşük sayısı		
Yok	236	76.1
1	48	15.5
2	19	6.1
3	7	2.3
Toplam kürtaj sayısı		
Yok	254	81.9
1	39	12.6
2	9	2.9
3	6	1.9
4 ve üstü	2	0.7
İnfertilite öyküsü		
Yok	285	91.9
Var	24	7.7
Bilmiyorum	1	0.3

İlk beş yıl içinde kaybedilen çocukların ölüm nedenleri Çizelge 3.2.2’de verilmiştir. Prematürite, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği ve trafik kazaları baş nedenlerdendir. İlk beş yıl içindeki ölüm nedenleri incelendiğinde %20’sinin nedeni bilinmiyor, %20’si kalp ve solunum yetmezliği, %15’i prematürite, %15’i yüksek ateş/viral ve bakteriyel enfeksiyon, %10 trafik kazası, %10 yenidoğan sarılığı ve kızamık, kalan %10’u pnömöni ve hidrosefali sebebiyle kaybedilmiştir.

Çizelge 3.2.2. Kadınların çocuklarının ilk beş yıl içindeki ölüm nedenlerine göre dağılımı

İlk beş yıl içinde ölüm nedenleri	n	%
Nedenini bilmiyor	4	20
Prematürite	3	15
Kalp yetmezliği	2	10
Solunum yetmezliği	2	10
Trafik kazası	2	10
Yüksek ateş	1	5
Enfeksiyon	1	5
Yenidoğan sarılığı	1	5
Kızamık	1	5
Viral enfeksiyon	1	5
Pnömöni	1	5
Hidrosefali	1	5
Toplam	20	100

3.3. Kadınların Yaşayan Çocuklarında Kendilerinde ve Ailelerinde Kalıtsal Hastalık Varlığı Dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuklarında bulunan hastalık durumları incelendiğinde; %3.7'sinde doğumsal defekt, %0.7'sinde mental retardasyon, %2.0'ında psikiyatrik hastalık, %2.3'ünde gelişim bozukluğu ve %3.7'sinde kronik metabolik hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşayan çocukların hiçbirinde cinsiyet gelişim bozukluğu bulunmamaktadır (Çizelge 3.3.1).

Kadınların kendilerinde veya eşlerinde (%13.5) ve ailelerinde (%58.4) kalıtsal hastalık bulunma durumlarının dağılımı ve bu hastalıkların sıklığı Çizelge 3.3.2 ve Çizelge 3.3.3'te görülmektedir.

Çizelge 3.3.1. Kadınların yaşayan çocuklarında bulunan hastalık dağılımları

Hastalıklar	n	%
Doğumsal Defekt		
Var	11	3.7
Yok	289	96.3
Mental Retardasyon		
Var	2	0.7
Yok	284	94.6
Bilmiyorum	14	4.7
Psikiyatrik Hastalık		
Var	6	2.0
Yok	280	93.3
Bilmiyorum	14	4.7
Gelişim bozukluğu		
Var	7	2.3
Yok	280	93.3
Bilmiyorum	13	4.4
Kronik metabolik hastalık		
Var	11	3.7
Yok	275	92.0
Bilmiyorum	13	4.3

Çizelge 3.3.2. Katılımcıların kendilerinde ve ailelerinde hastalık durumu dağılımları

Hastalık Bulunma Durumu	n	%
Kadınlarda ve eşlerinde		
Var	42	13.5
Yok	265	85.5
Bilmiyorum	3	1.0
Ailelerinde		
Var	181	58.4
Yok	119	38.4
Bilmiyorum	10	3.2

Çizelge 3.3.3. Kadınların ve eşlerinin sahip oldukları kalıtsal hastalık tanılarına göre dağılımları

Kalıtsal hastalıklar	n	%
HT	10	23.2
DM	5	11.6
FMF	2	4.6
Kalp Hastalığı	3	6.9
HT+DM	5	11.6
Astım	2	4.6
Kolesterol	1	2.3
Osteoporoz	1	2.3
Epilepsi	1	2.3
Hepatit	1	2.3
Guatr	3	6.9
Talasemi	2	4.6
HT+Kolesterol+Astım	1	2.3
Romatizma	1	2.3
Migren	1	2.3
HT+DM+Kalp hastalığı	2	4.6

3.4. Katılımcıların Akraba Evliliklerine Göre Dağılımı

Aydın il merkezi 9 Sağlık ocağı bölgesinde ikamet eden 15-49 yaş evli kadınlar arasında akraba evliliği yapanlar %23.9 (74 kişi) olarak belirlendi. Bunların %45.9'u birinci derece kuzen evliliği, %24.3'ü ikinci derece kuzen evliliği ve %29.8'si uzak akraba evliliği yapmışlardır. (Çizelge 3.4.1).

Çizelge 3.4.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Akraba Evliliği Dağılımı

Akraba evliliği	n	%
Akrabalık var	74	23.9
Akrabalık yok	236	76.1
Toplam	310	100
Akrabalık derecesi		
Birinci derece kuzen evliliği	34	45.9
İkinci derece kuzen evliliği	18	24.3
Uzak akraba evliliği	22	29.8
Toplam	74	100

Katılımcı kadınların akraba evliliği yapmanın doğacak çocukların sağlığına zararı olup olmadığına ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde; kadınların %77.7'si bu soruya evet yanıtı vermiştir. Çalışma grubundaki katılımcı kadınların akraba evliliğini onaylama durumuna bakıldığında, %71.3'ünün çocuklarının akraba evliliğine onay vermeyecekleri, %20.3'ünün kararı çocuğu/çocuklarına bırakacağı ve %8.4' ünün buna karşı olmayacağı belirlenmiştir (Çizelge 3.4.2)

Çizelge 3.4.2. Kadınların akraba evliliği ile ilgili tutumlarının dağılımı

Akraba evliliği		
Doğacak çocukların sağlığına	n	%
Sakıncalı	241	77.7
Sakıncalı değil	41	13.2
Bilmiyorum	28	9.1
Onaylama durumu		
Onaylarım	26	8.4
Onaylamam	221	71.3
Diğer	63	20.3

3.5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Akraba Evliliği ile Karşılaştırma Dağılımları

3.5.1 Katılımcıların Eğitim Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı

Grubun eğitim düzeyi ile akraba evliliği dağılımına bakıldığında hem kadının (Çizelge 3.5.1.1) hem erkeğin eğitim düzeyi (Çizelge 3.5.1.2) arttıkça akraba evliliğini tercih etme durumu azalmaktadır. Eğitim durumu ilköğretim mezunu ve altı grup ve ortaokul mezunu ve üstü grup olarak sınıflandırılmıştır. Kadınların eğitim düzeyi ve akraba evliliği karşılaştırıldığında bulgular istatistikî açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). Erkeklerin eğitim düzeyi ve akraba evliliği arasında da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.044$). Eğitim durumu arttıkça akraba evliliğini tercih etme azalmaktadır.

Çizelge 3.5.1.1. Kadınların eğitim düzeyinin akraba evliliği durumuna göre dağılımı
(n=310)

Eğitim Durumu	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
İlkokul mezunu ve altı	62	83.8	138	58.5	200	64.5	1	X ² =15.763 P=0.000
Ortaokul mezunu ve üstü	12	16.2	98	41.5	110	35.5		

Çizelge 3.5.1.2. Kadınların eşlerinin eğitim düzeyinin akraba evliliği durumuna göre dağılımı (n=310)

Eğitim Durumu	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
İlkokul mezunu ve altı	46	62.2	115	48.7	161	51.9	1	X ² 4.073 P=0.044
Ortaokul mezunu ve üstü	28	37.8	121	51.3	149	48.1		

3.5.2. Kadınların ve Eşlerinin Çalışma Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Akraba evliliği yapmayan kadınların %24.6'sı gelir getiren bir iş ile uğraşmakta iken, bu oran akraba evliliği yapanlarda %10.8'dir (Çizelge 3.5.2.1). Kadınların çalışma yaşamı ile akraba evliliği seçme durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.012).

Çizelge 3.5.2.1. Kadınların çalışma durumunun akraba evliliğine göre dağılımı

Çalışma durumu	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ P değeri
	n	%	n	%	n	%		
Gelir getiren bir işte çalışıyor	8	10.8	58	24.6	66	21.3	1	X ² =6.370 P= 0.012
Gelir getiren bir işte çalışmıyor	66	89.2	178	75.4	244	78.7		

Araştırmaya alınan erkeklerin meslek yaşamları ile akraba evliliği durumları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 3.5.2.2, p=0.698). Erkeklerin çalışma hayatı akraba evliliğini tercih etmesini etkilememektedir.

Çizelge 3.5.2.2. Kadınların eşlerinin çalışma durumunun akraba evliliğine göre dağılımları

Çalışma durumu	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ P değeri
	n	%	n	%	n	%		
Gelir getiren bir işte çalışıyor	68	91.9	220	93.2	288	92.9	1	X ² =0.151 P=0.698
Gelir getiren bir işte çalışmıyor	6	8.1	16	6.8	22	7.1		

3.5.3. Kadınların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Yeri ve Aile Tiplerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Kadınların hayatları boyunca en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin akraba evliliği ile aralarındaki fark incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.5.3.1). Akraba evliliğini tercih etme durumu köy ve kasaba/ilçede yaşayanlar arasında daha fazla görülmektedir (P=0.004).

Çizelge 3.5.3.1’de görüldüğü gibi çalışma grubunun büyük çoğunluğunu çekirdek aile oluşturmalarına rağmen geniş ailede yaşayanlar arasında akraba evliliği daha fazla görülmüştür ve akraba evliliği ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Geniş ailede yaşayanların akraba evliliğini tercih etme oranı daha yüksektir (P=0.003).

Çizelge 3.5.3.1. Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin ve aile tiplerinin akraba evliliğine göre dağılımı

En uzun süre yaşadıkları yer	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ P değeri
	n	%	n	%	n	%		
Köy	32	43.2	55	23.3	87	28.1	2	X ² =11.215 P=0.004
Kasaba/ilçe	14	18.9	66	28.0	80	25.8		
Şehir merkezi	28	37.8	115	48.7	143	46.1		
Aile tipi								X ² =8.937 P=0.003
Çekirdek aile	52	70.3	202	85.6	254	81.9	1	
Geniş aile	22	29.7	34	14.4	56	18.1		

3.5.4. Kadınların Ekonomik Durumlarının ve Sosyal Güvencelerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Kadınların %53.5'i gelir gidere eşit, %25.5'i gelir giderden az ve %21'i gelir giderden fazla olarak ekonomik durumlarını belirtmişlerdir. Grubun ekonomik durum ile akraba evliliği arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (Çizelge 3.5.4.1, p= 0.592). Katılımcı ailelerin %92.9'u sosyal güvenceye sahip ve %7.1'i sosyal güvenceye sahip değildir. Akraba evliliği yapanların ve yapmayanların sosyal güvenceye sahip olma durumları arasındaki ilişki irdelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (Çizelge 3.5.4.1). Kadınların sahip oldukları sosyal güvence akraba evliliğini tercih etmelerini etkilememektedir (p=0.516).

Çizelge 3.5.4.1. Kadınların ekonomik durumlarının ve sosyal güvencelerinin akraba evliliğine göre dağılımı

Ekonomik durum	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ P değeri
	n	%	n	%	n	%	2	X ² =1.049 P=0.592
Gelir giderden fazla	18	24.3	47	19.9	65	21.0		
Gelir gidere eşit	36	48.6	130	55.1	166	53.5		
Gelir giderden az	20	27.1	59	25.0	79	25.5		
Sosyal güvence								X ² =0.422 P=0.516
Var	70	94.6	218	92.4	288	92.9	1	
Yok	4	5.4	18	7.6	22	7.1		

3.5.5. Kadınlarının ve Eşlerinin İlk Evlenme Yaşı Durumlarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı

Araştırma grubundaki kadınların ilk evlenme yaşları 18 ve altı, 19-29 ve 30-49 olarak üç gruba ayrılmış ve en küçük evlilik yaşı 13 ve en büyük evlilik yaşı 34 olarak bulunmuştur. Gruptaki kadınların ortalama ilk evlilik yaşı $19,98 \pm 3,58$ iken erkeklerde ilk evlilik yaşı ortalaması $24,61 \pm 4,28$ olarak bulunmuştur ve akraba evliliği ile kadınların evlenme yaşları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.007$). İlk evlilik yaşı ilerledikçe akraba evliliğini tercih etme oranı azalmaktadır. Erkeklerin ilk evlilik yaşı ve akraba evliliği durumu karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamsızdır ($p=0.088$, Çizelge 3.5.5.1).

Çizelge 3.5.5.1. Kadınların ve eşlerinin ilk evlenme yaşlarının akraba evliliğine göre dağılımı

Kadınların ilk evlenme yaşları	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ P değeri
	n	%	n	%	n	%		
18 yaş ve altı	41	55.4	82	34.7	123	39.7	2	X ² =10.050 P=0.007
19-29 yaş	32	43.2	149	63.1	181	58.4		
30 yaş ve üstü	1	1.4	5	2.2	6	1.9		
Erkeklerin ilk evlenme yaşı								X ² =4.868 P=0.088
18 yaş ve altı	9	12.1	17	7.2	26	8.4	2	
19-29 yaş	62	83.8	192	81.4	254	81.9		
30 yaş ve üstü	3	4.1	27	11.4	30	9.7		

3.6. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

3.6.1. Kadınların İlk Gebelik Yaşı ve İlk Doğum Yaşının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı

Kadınlarda 18 yaş ve altında ilk evliliklerini yaşayanlar akraba evliliği yapanlarda %42.5 iken, akraba evliliği yapmayanlarda %24.1'dir. Çizelge 3.6.1.1. incelendiğinde ilk gebelik yaşları ile akraba evliliğini seçme arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. ($X^2 = 10.166$, $p = 0.006$). İstatistikî değerlendirmede akraba evliliği yapan grubun daha erken yaşlarda gebelik yaşadığı sonucuna varılmıştır. İlk doğum yaşları ile akraba evliliği arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2 = 6.908$, $p = 0.032$).

Çizelge 3.6.1.1. Kadınların ilk gebelik ve ilk doğum yaşlarının akraba evliliğine göre dağılımı

İlk Gebelik Yaşı (n=305)	Akrabalık durumu						df	Ki-kare/ p değeri	
	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam				
	n	%	n	%	n	%	2	X ² =10.166 p=0.006	
18 yaş ve altı	31	42.5	56	24.1	87	28.5			
19-29 yaş	41	56.1	164	70.7	205	67.2			
30 yaş ve üstü	1	1.4	12	5.2	13	4.3			
İlk doğum yaşı (n=301)								2	X ² =6.908 p=0.032
18 yaş ve altı	24	33.3	46	20.1	70	23.3			
19-29 yaş	47	65.3	170	74.2	217	72.1			
30 yaş ve üstü	1	1.4	13	5.7	14	4.7			

Akraba evliliği yapanlardan %53.4'ü 3 ve üstü gebelik yaşarken, akraba evliliği yapmayanlarda bu oran %42.9 olarak bulunmuştur. Fakat gebelik sayılarına göre akrabalık durumları incelendiğinde istatistikî olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (p=0.276). Kadınların yaşamları boyunca toplam gebelik sayılarının akraba evliliği bulunma durumuna göre dağılımları Çizelge 3.6.1.2'de sunulmuştur.

Doğurganlığın diğer bir ölçüsü olan canlı doğum sayıları ve canlı doğumun akraba evliliğine göre dağılımı Çizelge 3.6.1.2'de yansıtılmıştır. Tüm grubun canlı doğum ortalaması 2.1 iken akraba evliliği yapan ve yapmayan grupta bu oran sırasıyla 2.5 ve 2.0 olarak bulundu. Kadınlardan akraba evliliği yapanlarda %37.1'i 1 canlı doğum yaparken, akraba evliliği yapmayan kadınlarda bu oran %30.0 olarak bulunmuştur. Akraba evliliği yapan kadınların %24.3'ü 4 ve üstü canlı doğum, akraba evliliği yapmayan kadınların %6.1'i 4 ve üstü canlı doğum sayısına sahiptir. Akraba evliliği yapan grupta 4 ve üstü canlı doğum sayısı daha fazladır ve bulgular istatistikî açıdan anlamlı sonucuna varılmıştır (p=0.000).

Araştırmaya alınan 310 kadının ölü doğum öyküleri sorgulandığında, 16 kişinin ölü doğum yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunlardan 14 kişi 1 kez, 1 kişi 2 kez ve 1 kişi 7 kez ölü doğum yapmıştır. Ölü doğum yapan gruptan 7 kez bunu yaşayan bir kişi akraba evliliği yapmıştır. Akraba evliliği yapan kadınların %75'i, akraba evliliği yapmayan kadınların %91.7'si 1 kez ölü doğum yapmıştır. Akraba evlisi olan kadınların %25'i 2 ve üstü ölü doğum yaparken bu oran akraba evlisi olmayan kadınlarda %8.3'dür. Fakat ölü doğumun akraba evliliğine dağılımda istatistiki açıdan anlamlı sonucuna ulaşılmamıştır (Çizelge 3.6.1.2, $p=0.383$). Katılımcıların %29.5'i ölü doğum yaptıktan sonra ölü doğum materyalinden analiz yapıldığını, %52.9'u analiz yapılmadığını ve %17.6'si ise analiz yapıp yapılmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Ayrıca akraba evliliği yapan ve yapmayan kadınların büyük çoğunluğu ölü doğum yaptıktan sonra bunun nedenlerini araştırmamıştır.

Araştırma grubu içinde ilk beş yılda kaybedilen çocuk sayısı 20'dir. Bunların 10 tanesi akraba evliliği olan grupta 10 tanesi akraba evliliği olmayan grupta tanımlanmıştır. Akraba evliliği yapanlarda ilk beş yıl içinde çocuk kaybı oranı %13.5 iken akraba evliliği olmayan grupta bu oran %4.2'dir. Her iki grupta da eşit sayıda ölen çocuk olmasına rağmen tüm grupta akraba evliliği ve ilk beş yaşından önce çocuk kaybı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.005$). Ölen çocukların ailelerinin akraba evliliği dağılımı Çizelge 3.6.1.2'de verilmiştir. Kadınların yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde, akraba evliliği yapanların daha fazla sayıda çocuğa sahip olduğu bulunmuş ve yaşayan çocuk sayısı ile akraba evliliği arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır (Çizelge 3.6.1.2, $p=0.001$).

Çizelge 3.6.1.2. Kadınların gebelik sonuçlarının akraba evliliğine göre dağılımları

Toplam gebelik sayıları (n=304)	Akrabalık durumu						df	Ki-kare/ p değeri	
	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
1	19	26.1	70	30.3	89	29.3	2	X ² =2.578 p=0.276	
2	15	20.5	62	26.8	77	25.3			
3 ve üstü	39	53.4	99	42.9	138	45.4			
Canlı doğum sayıları (n=299)								3	X ² =19.609 p=0.000
1	21	30.0	85	37.2	106	35.5			
2	18	25.7	83	36.2	101	33.8			
3	14	20.0	47	20.5	61	20.4			
4 ve üstü	17	24.3	14	6.1	31	10.4			
Ölü doğum sayısı (n=16)								1	X ² =0.762 p=0.383
1	3	75.0	11	91.7	14	87.5			
2 ve üstü	1	25.0	1	8.3	2	12.5			
İlk beş yıl içinde ölen çocuk sayısı (n=20)								1	X ² =8.032 p=0.005
Var	10	13.5	10	4.2	20	6.5			
Yok	64	86.5	226	95.8	290	93.5			
Yaşayan çocuk sayısı (n=300)								1	X ² =11.317 p=0.001
1 ve 2	40	56.3	176	76.9	216	72.0			
3 ve üstü	31	43.7	53	23.1	84	28.0			

3.6.2. Kadınların Toplam Düşük ve Toplam Kürtaj Sayılarının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Katılımcıların toplam düşük ve toplam isteyerek düşük (kürtaj) sayıları incelendiğinde düşük yapan kadın sayısı 74'dür. Akraba evliliği yapan kadınlardan 1 düşük yapanlar %63.2, akraba evliliği yapmayan kadınlardan 1 düşük yapanların oranı %65.5'dir. kadınlardan 2 ve üstü düşük yapanlar incelendiğinde akraba evlisi olanlar %36.8, akraba

evlisi olmayanlar %34.5 oranına sahiptir. Toplam düşük sayıları ve akraba evliliği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çizelge 3.6.2.1, $p=0.857$).

Kadınların isteyerek düşük (kürtaj) sayılarına bakıldığında, akraba evliliği yapanların %90.9'u 1-2 kez kürtaj, akraba evliliği yapmayanların %84.4'ü 1-2 kez kürtaj yaşamıştır. Kadınlardan 3 ve üzeri kürtaj yaşananların oranı akraba evliliği yapanlarda %9.1 iken akraba evliliği yapmayanlarda %15.6 olarak Çizelge 3.6.2.1'de gösterilmiştir. Akraba evliliği yapan ve yapmayan grup ile kürtaj sayıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.583$).

Çizelge 3.6.2.1. Kadınların toplam düşük ve toplam kürtaj sayılarının akraba evliliği durumuna göre dağılımı

Toplam düşük sayısı (n=74)	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
1	12	63.2	36	65.5	48	64.9	1	X ² =0.033 p=0.857
2 ve üstü	7	36.8	19	34.5	26	35.1		
Toplam kürtaj sayısı (n=56)								
1-2	10	90.9	38	84.4	48	85.7	1	X ² =0.302 p=0.583
3 ve üzeri	1	9.1	7	15.6	8	14.3		

Düşük/kürtaj öyküsü olan kadınların %14.7'si düşük/kürtaj materyalinden biyopsi örneği alındığını, %79.4'ü alınmadığını ve %5.9'ü düşük/kürtaj materyalinden biyopsi alınıp alınmadığını bilmediğini ifade etmişlerdir. Çizelge 3.6.2.2.'de düşük/kürtaj materyalinden alınan analiz sonuçları dağılımı sunulmuştur.

Çizelge 3.6.2.2. Kadınların düşük/kürtaj materyalinden alınan analiz sonuçları ile akraba evliliğine göre dağılımları

Analiz sonuçları	Akrabalık var	Akrabalık yok
	n	n
Trizomi 21	1	1
Rh uyumsuzluğu	1	3
İlaç toksisitesi	0	2
Toksoplazma	0	3
Enfeksiyon	0	1
Problem yok	2	2

3.6.3. Kadınlarda İnfertilite Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımı

Araştırmaya alınan kadınlarda akraba evliliği yapanlarda infertilite %8.1 olarak, akraba evliliği yapmayanlarda %8.6 olarak bulunmuştur. İstatistiki değerlendirmede infertilite ile akraba evliliği arasında anlamlı bir fark yoktur (Çizelge 3.6.3.1, $p=0.893$).

Çizelge 3.6.3.1. Kadınlarda infertilite varlığının akraba evliliğine göre dağılımı

İnfertilite	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Var	6	8.1	18	7.6	24	7.7	1	$X^2=0.018$ $p=0.893$
Yok	68	91.9	218	92.4	286	92.3		

3.7. Kadınların Akraba Evlilikleri ve Gebelik Sonuçları Karşılaştırmaları

3.7.1. Kadınların Yaşayan Çocuklarında Sağlık Problemleri Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Akraba evliliği olan kadınların çocuklarındaki doğumsal defektlerin böbrek anomalisi (n=1), sağırılık (n=1), kalp defekti (n=2), yarık damak-dudak (n=1) olduğu; akraba evliliği bulunmayan kadınların çocuklarındakinin ise böbrek anomalisi (n=1), kol-bacak deformitesi (n=1), beyin ödemi (n=1), şaşılık (n=1), kalp defekti (n=2) ve skolyoz (n=1) olduğu belirlenmiştir. Doğumsal defektlerin varlığının akraba evliliği ile karşılaştırılmasında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. (p=0.313). Mental retardasyonlu sadece iki çocuk sayısı (geç algılama) belirtilmiştir ve bu çocuklardan biri akraba evliliği sonucu diğeri akraba evliliği olmadan dünyaya gelmiştir. Mental retardasyon varlığı ile akraba evliliği arasındaki fark istatistiksel değerlendirmede anlamsız olarak saptanmıştır (p=0.379). Akraba evliliği yapan kadınların çocuklarında hiperaktivite (n=2), depresyon (n=1) ve akraba evliliği yapmayan kadınların çocuklarında panik atak (n=1), hiperaktivite (n=1) ve otizm (n=1) gibi psikiyatrik hastalıklar tanımlanmıştır. Kadınların çocuklarında psikiyatrik problem varlığının akraba evliliğine farkı anlamsızdır (Çizelge 3.7.1.1, p=0.125).

Yaşayan çocuklarda gelişim bozukluğu ve kronik metabolik hastalıkları sorulduğunda 7 çocukta gelişim bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılırken gruptaki kadınlarının hiçbirinin çocuğunda cinsiyet gelişim bozukluğuna rastlanmamıştır. Gelişim bozukluğu varlığı kadınlara sorulduğunda; akraba evliliği yapan kadınların çocuklarında düşük kilo (n=1), gelişim geriliği (n=1) ve kemik gelişim geriliği (n=1), akraba evliliği yapmayan kadınların çocuklarında ise boy kısalığı (n=1), gelişim geriliği (n=1), Down Sendromu (n=1) ve paralizi (n=1) cevapları alınmıştır. Kadınların yaşayan çocuklarında gelişim bozukluğu varlığı ile akraba evliliği durumları karşılaştırılmış ve bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.227). Kadınların yaşayan çocuklarında kronik metabolik hastalık durumu incelendiğinde; 12 çocukta kronik metabolik hastalık mevcuttur ve bunlardan FMF (Ailesel Akdeniz Ateşi) tanısı alan sadece 1 çocuk akraba

evliliği sonucu doğmuştur. Akraba evliliği olmayan ailelerin yaşayan çocuklarında ise; epilepsi (n=4), alerjik astım (n=2), hipoglisemi (n=1), Talasemi (n=1), Down Sendromu (n=1), Diyabet (n=1) ve Tay-Sachs Hastalığı (heksosaminidaz A enzimi eksikliği) (n=1) tanıları almışlardır. Kadınların yaşayan çocuklarında kronik metabolik hastalık varlığı ve kadınların akraba evliliği durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.244, Çizelge 3.7.1.1).

Çizelge 3.7.1.1. Yaşayan çocuklarda sağlık problemleri varlığının akraba evliliğine göre dağılımı (n=300)

Sağlık Problemi	Akraba evliliği var		Akraba evliliği yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri	
	n	%	n	%	n	%			
Doğumsal defekt								1	X ² =1.019 p=0.313
Var	4	5.6	7	3.1	11	3.7			
Yok	67	94.4	222	96.9	289	96.3			
Mental retardasyon								1	X ² =0.773 p=0.379
Var	1	1.4	1	0.4	2	0.7			
Yok	70	98.6	228	99.6	298	99.3			
Psikiyatrik problem								1	X ² =2.350 p=0.125
Var	3	4.2	3	1.3	6	2.0			
Yok	68	95.8	226	98.7	294	98.0			
Gelişim bozukluğu								1	X ² =1.461 p=0.227
Var	3	4.2	4	1.7	7	2.3			
Yok	68	95.8	225	98.3	293	97.7			
Kronik metabolik hastalık								1	X ² =1.355 p=0.244
Var	1	1.4	10	4.4	11	3.7			
Yok	70	98.6	218	95.6	288	96.3			

* Kadınlardan “bilmiyorum” cevabını verenler “yok” grubuna dahil edilmiştir.

** Kadınlardan infertil ve gebe olan 10 kişi hesaba katılmamıştır.

3.8.1. Katılımcıların Kendilerinde/Eşlerinde veya Ailelerinde Kalıtsal Hastalık Varlığının Akraba Evliliğine Göre Dağılımları

Akraba evlisi olan ve olmayan kadınların kendilerinde veya eşlerinde kalıtsal hastalık durumunun dağılımı Çizelge 3.8.1.1’de gösterilmiştir. Kendilerinde veya eşlerinde kalıtsal hastalık olan kişilerle akraba evlisi olan ve olmayan grup arasında bulgular istatistiki açıdan anlamsızdır ($p=0.239$). Katılımcıların kendilerinin veya eşlerinin ailelerinde kalıtsal hastalık varlığının akraba evliliğine göre dağılımı Çizelge 3.8.1.1’de gösterildiği gibi bulgular arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p=0.551$).

Çizelge 3.8.1.1. Kadınların kendilerinde/eşlerinde veya ailelerinde kalıtsal hastalık varlığının akraba evliliğine göre dağılımları

Kalıtsal Hastalık	Akrabalık var		Akrabalık yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
Kendilerinde veya eşlerinde	n	%	n	%	n	%	1	X ² =1.388 p=0.239
Var	7	9.5	35	14.8	42	13.5		
Yok	67	90.5	201	85.2	268	86.5		
Ailelerde								
Var	41	55.4	140	59.3	181	58.4	1	X ² =0.356 p=0.551
Yok	33	44.6	96	40.7	129	41.6		

3.9. Kadınların Akraba Evliliği ile İlgili Genel Tutumları

Akraba evliliği yapan 74 kişiden şimdiye kadar genetik danışma hizmeti alıp almadıkları sorulduğunda kadınların %86,5'i hayır ve %13,5'i evet yanıtını vermiştir.

Çizelge 3.9.1. Akraba evliliği yapan kadınların genetik danışma hizmeti alma dağılımları

Genetik Danışma Hizmeti	Akraba evliliği yapan kadınlar (n=74)	
	n	%
Evet	10	13.5
Hayır	64	86.5
Toplam	74	100

Araştırma grubunda akraba evliliği yapan 74 kişinin akraba evliliği seçme nedenleri Çizelge 3.9.2'de belirtilmiştir. Bu nedenler arasında %44.5 ailelerin karar vermesi/görücü usulü, %37.9 birbirimizi sevdik, %10.9 bizde gelenekseldir (mecburi), %2.7 görücü usulü ve birbirimiz sevdik, %2.7 önceden tanıdık olduğu için ve %1.3 ile birbirimizi sevdik ve bizde gelenekseldir yanıtı sıralanmıştır.

Çizelge 3.9.2. Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliğini seçme nedenlerine göre dağılımı

Akraba evliliği seçme nedenleri	n	%
Aileler karar verdi+görücü usulü ile	33	44.5
Birbirimizi sevdik	28	37.9
Geleneksel+mecburi	8	10.9
Görücü usulü+sevdik	2	2.7
Önceden tanıdık olduğu için	2	2.7
Sevdik+geleneksel	1	1.3
Toplam	74	100

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gruplara “akraba evliliğinin doğacak olan çocuklara sizce bir sakıncası var mıdır?” sorusu yöneltilerek her iki grubun bu konuda ki fikri alınmış ve aralarındaki ilişki incelenmiştir (Çizelge 3.9.3 ve Çizelge 3.9.4).

Çizelge 3.9.3. Kadınların akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığına sakıncası hakkındaki bilgilerinin dağılımı

Akraba evliliğinin sakıncası	n	%
Var	241	77.7
Yok	41	13.2
Bilmiyorum	28	9.1
Toplam	310	100

Katılımcı kadınların akraba evliliği yapmanın doğacak çocukların sağlığına zararı olup olmadığına ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde; kadınların %77.7’si bu soruya evet yanıtı vermişlerdir ve bunların %65.5’i akraba evliliği yapmayan kadınlardan, %12.3’ü akraba evliliği yapan kadınlardan oluşmaktadır. Akraba evliliğinin doğacak olan çocukların sağlığına bir sakıncasının olmadığını düşünen %13.2 kadının %9.7’si akraba evliliği yapan kadınlardan ve %3.5’si akraba evliliği yapmayan kadınlardan oluşmaktadır. Bu konu hakkında herhangi bir görüşü olmayan %9.1 oranında kadının %7.1’i akraba evliliği yapmayan grup ve %1.9’u ise akraba evliliği yapan gruptan oluşmaktadır. Akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığı açısından sakıncalı olup olmadığının akraba evliliği yapan ve yapmayan kişilerin bakış açıları arasındaki farklılık istatistiki olarak anlamlı saptanmıştır. Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliği yapmanın doğacak çocukların sağlığı üzerinde etkili olmayacağı görüşü anlamlı olarak daha yaygındır ($p=0.000$).

Çizelge 3.9.4. Kadınların akraba evliliğinin çocuklar üzerindeki sakıncalarına ait görüşleri ile akraba evliliği arasındaki ilişkiye göre dağılımı

Akraba evliliğinin sakıncaları	Akraba evliliği var		Akraba evliliği yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Var	38	51.4	203	86.0	241	77.7	2	X ² =63.634 p=0.000
Yok	30	40.5	11	4.7	41	13.3		
Bilmiyorum	6	8.1	22	9.3	28	9.0		

Katılımcı kadınların akraba evliliğinin sakıncalı olduğunu nereden ya da kimden öğrendikleri incelendiğinde; %30'unun medya+çevre ve %25.8'inin çevreden ve sadece %3.7'sinin sağlık personelinin öğrendikleri bulunmuştur (Çizelge 3.9.5).

Çizelge 3.9.5. Kadınların akraba evliliğinin sakıncalı olduğunu öğrendikleri bilgi kaynaklarına göre dağılımları

Akraba evliliğinin sakıncalarının öğrenildiği kaynaklar	n	%
Sağlık personeli	9	3.7
Medya iletişim araçları	35	14.3
Çevre (komşu-arkadaş)	63	25.8
Sağlık personeli+Medya	21	8.6
Sağlık Personeli+Çevre	11	4.5
Medya+Çevre	73	30.0
Hepsi	32	13.1
Toplam	244	100

Evlilik yapacağı kişiyi çeşitli sosyal ve bireysel nedenlerle akrabasından seçenlerin %87.9'i akraba evliliği yapmaktan memnun, %12.1' i memnun olmadığını belirtmişlerdir (Çizelge 3.9.6).

Çizelge 3.9.6. Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliği yapmaktan memnuniyet durumlarına göre dağılımı

Memnuniyet	Akraba evliliği yapan kadınlar	
	n	%
Memnunum	65	87.9
Memnun değilim	9	12.1
Toplam	74	100

Çalışma grubundaki katılımcı kadınların akraba evliliğini onaylama durumuna bakıldığında, %71.3'ünün çocuklarının akraba evliliğine onay vermeyecekleri, %20.3'ünün kararı çocuğu/çocuklarına bırakacağı ve %8.4' ünün buna karşı olmayacağı belirlenmiştir. Onay veren ve vermeyen kişilerin akraba evliliği durumu irdelendiğinde, akraba evliliği yapan grubun onay verme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Çizelge 3.9.7, p=0.000).

Çizelge 3.9.7. Kadınların akraba evliliği durumlarına göre çocuklarının akraba evliliğini onaylama durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımı

Onay verme durumu	Akraba evliliği var		Akraba evliliği yok		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Onaylarım	22	29.7	4	1.7	26	8.4	2	X ² =69.917 p=0.000
Onaylamam	30	40.6	191	80.9	221	71.3		
Diğer	22	29.7	41	17.4	63	20.3		

İlkokul mezunu olan %53.5 oranındaki akraba evliliği yapmış kadınların %38.7'si onay vermem, %9.4'ü diğer ve %5.5'i onay veririm yanıtını vermiştir. Eğitim durumunda ikinci sırayı alan %14.5 oranındaki lise mezunu akraba evliliği yapan kadınlardan %11.3'ü onay vermem, %2.9' diğer ve %0.3'ü onay veririm yanıtını seçmiştir. Eğitim durumları ile onay verme ve onay vermeme durumları Çizelge 3.9.8'de sunulmuştur. Eğitim durumu ile çocuklarının akraba evliliğine onay verme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.001). Eğitim durumu yükseldikçe çocuklarının akraba evliliğine onay verme durumu azalmaktadır.

Çizelge 3.9.8. Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliğine onay verme ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımı (n=310)

Eğitim durumu	Onay veren		Onay vermeyen		Diğer		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlkokul mezunu ve altı	24	92.3	135	61.1	41	65.1	200	64.5	2	X ² =9.917 p=0.007
Ortaokul mezunu ve üstü	2	7.7	86	38.9	22	34.9	110	35.5		

Katılımcı kadınların %33.9 olarak yoğunluk gösterdiği 35 ve üstü olan yaş grubunun %27.1'i çocuklarının akraba evliliğine onay vermezken, %4.5'i diğer ve %2.3'si onay vermektedir. Diğer yaş grubu olan (%24.8) 25-29 yaş grubunun %16.5'i çocuklarının akraba evliliğine onay vermezken, %5.8'i diğer ve %2.6'sı onay vermektedir (Çizelge 3.9.9). Katılımcı kadınların çocuklarının akraba evliliğine onay verme durumu ve yaş dağılımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.359$).

Çizelge 3.9.9. Kadınların akraba evliliğine onay verme ile yaşları arasındaki ilişkiye göre dağılımı (n=310)

Yaş dağılımı	Onay veren		Onay vermeyen		Diğer		Toplam		df	Ki-kare/ p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%		
15-19 yaş	2	7.7	10	4.5	7	11.1	19	6.1	8	$X^2=8.930$ $p=0.348$
20-24 yaş	5	19.2	41	18.6	12	19.0	58	18.7		
25-29 yaş	8	30.8	51	23.1	18	28.6	77	24.8		
30-34 yaş	4	15.4	35	15.8	12	19.0	51	16.5		
35 ve üstü	7	26.9	84	38.0	14	22.2	105	33.9		

4. TARTIŞMA

Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve dünya toplumunun yaklaşık %20'si tarafından tercih edilmektedir. Bu durum kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını olumsuz etkilemekte ve toplum sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır (Tavukçu ve İrgil 2008). Bu nedenle ülkemizde de yüksek oranda görülen akraba evlilikleri için, genetik danışma hizmetinin sağlık hizmetleri içinde yer alması, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerin içinde yaygın olarak verilmesi önemlidir. Bu bölümde Aydın il merkezindeki akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğinin gebelik sonuçlarına etkisinin incelendiği araştırmadan elde edilen bulguların literatür eşliğinde tartışması yer almaktadır.

Çalışma grubundaki kadınların yaş ortalaması 31.57, erkeklerin yaş ortalaması 36.15 olarak bulunmuştur. Ülkemizde farklı illerde Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002), Kayahan ve arkadaşlarının (2003), Tavukçu ve İrgil'in (2008), Mayda ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Akraba evliliği ile ilgili araştırmalarda genelde 15-49 yaş üreme çağı kadınlarla çalışılmıştır ve kadınların yaş ortalaması benzerlik göstermektedir. Bu çalışma bulguları da diğer çalışmalarla paraleldir.

Çalışma grubundaki kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında, büyük bölümünün ilkokul mezunu oldukları görülmüştür. Okuryazar olmayan kadınların oranı %8.4 ve erkeklerde bu oran %1.6 olarak bulunmuştur. Topuzoğlu (2006) okuma yazma

bilmeyenlerin oranını %6.8 olarak bulmuştur. Ayan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ilkokul mezunu kadın oranı %67 iken, erkeklerde bu oran %40'dır. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında okuryazar olmayan kadın oranı %12.1 ve okuryazar olmayan erkek oranı %3.6'dır. TNSA (2008) kapsamındaki hane halklarında kadınların %18.3'ü ya hiç eğitim almamış, ya da ilkokulu tamamlamamıştır. Bu çalışmada ilkokul mezunu kadınların oranı TNSA (2008) Ege Bölgesinde yapılan araştırmadakinden (%40.5) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmada kadınların %78.7'sinin ev hanımı olduğu, erkeklerin yarıya yakınının (%46.8) serbest meslekle uğraştığı bulunmuştur. Ayan ve arkadaşlarının (2001) Ankara'da yürüttükleri çalışmada kadınların %84'ü ev hanımı, erkeklerin ise %42'sinin serbest çalışanlardan oluştuğu, Mayda ve arkadaşları (2010) da kadınların %78.5'inin ev hanımı olduğu sonucu ile yakın bulgular elde etmişlerdir.

Türkiye'de evlilik, hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir (TNSA 2008). İlk evlenme yaşı kadının gebelik riski değerlendirmesinde önemli bir demografik veridir. Çalışma grubundaki kadınların ve erkeklerin ilk evlenme yaşları incelendiğinde, kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 20 iken erkeklerin ilk evlilik yaşı ortalaması 24 olarak bulunmuştur. Tavukçu ve İrgil (2008) çalışmalarında ilk evlilik yaşı ortalamasını 19.6 olarak sunmuşlardır. Endokrinoloji ve metabolizma polikliniğine başvuran 506 kadın grubunda akraba evliliğini inceleyen Tabak (2008), çalışmasında ilk evlilik yaşı ortalamasını 21.2 olarak bildirirken, Ayan ve arkadaşları (2001) 19 olarak bildirmişlerdir. Bu bulgular çalışma bulgularına benzerdir. Kayahan ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada ortalama ilk evlilik yaşı 17 ve Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) Çorum'da yürüttükleri çalışmada 17.7 olarak bulunmuştur. İlk evlenme yaşının yerleşim yerine bağlı olarak değişiklik gösterdiği görülmektedir. TNSA (2008) kayıtlarına göre, ortalama ilk evlenme yaşının 20.8 olduğunu ve 25-49 yaş aralığındaki kadınların %43'ünün 20 yaşından önce evlendiği sonucu bulunmuştur. Türkiye'de son 20 yılda ilk evlilik yaşında düzenli bir artış olmuştur. Ortanca yaş kırklı yaşların sonlarındaki kadınlar için 19.5 iken yirmili yaşlardaki kadınlar için

22.1'e çıkmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular Türkiye geneli ile paralellik göstermektedir.

Çalışma grubundaki ailelerin aile tipleri incelendiğinde %81.9'unun çekirdek ailede yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Karaoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmalarında çekirdek aile oranını %68.9 olarak tespit etmişlerdir. Mayda ve arkadaşları (2010) kadınların %68.6'sının çekirdek ailede, %31.4'ünün geniş ailede yaşadığını bildirmişlerdir. Ailelerin %92.9'unun sosyal güvencelerinin olduğu, %7.1'i sosyal güvencelerinin olmadığı sonucuna varılmıştır. TNSA 2008 araştırmasında Türkiye'deki kadınların %16'sının sağlık güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Mayda ve arkadaşları (2010) ise sosyal güvenceye sahip olanların oranını %83.6, sosyal güvenceye sahip olmayanların oranını %16.4 olarak bildirmişlerdir. Aydın ilinin Ege Bölgesinde olması sebebiyle kadınların daha yüksek oranda sosyal güvenceye sahip oldukları görülmektedir. Katılımcı ailelerin %53.5'i gelir gidere eşit, %25.5'i gelir giderden az ve kalan %21'i gelir giderden fazla yanıtını vermişlerdir. Tavukçu ve İrgil (2008) çalışmasında ekonomik durumunu kötü olarak ifade edenlerin oranı %18.5 ile bu çalışma ile yakın bir değere sahip iken, Mayda ve arkadaşları (2010) %48.5'inin orta düzeyde, %43.8'inin düşük düzeyde ve %7.7'sinin yüksek düzeyde gelire sahip olduğu sonucu ile bu çalışmadan farklı değerler bildirmişlerdir.

İlk doğumda anne yaşı, anne ve çocuğun sağlığı, kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyicidir (TNSA 2008). Çalışmaya alınan kadınların doğurganlık özellikleri incelenmiş, %70 gibi büyük bir çoğunluğun 19-29 yaş grubunda ilk gebeliklerini yaşadıkları bulunmuştur. Çalışma grubundaki kadınların ortalama ilk doğum yaşı 21.05 olarak saptanmıştır. Türkiye'de, ortalama ilk doğum yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar için 22.3'tür. Batı Bölgesinde 22.8 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bulguları Türkiye geneli ile paraleldir. TNSA (2008) verilerine göre ortalama ilk doğum yaşı, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan 25-49 yaş grubundaki kadınlar arasında, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlara göre yaklaşık 1.5 yıl daha yüksektir. Bölgelere göre bakıldığında, İstanbul (22.9) en yüksek, Orta Anadolu Bölgesi (21.0) ise en düşük ortalama ilk doğum yaşına sahiptir. Bu bulgu, Orta Anadolu Bölgesi'ndeki kadınların ilk doğumlarını İstanbul'da yaşayan kadınlara göre ortalama olarak yaklaşık iki yıl daha erken yaptığını göstermektedir. Orçan ve Kar (2008)

Bismil’de yaptıkları çalışmalarında kadınların %54.3’ünün 18 yaş ve altında anne oldukları sonucunu bulmuşlardır. Bulgular ortanca ilk doğum yaşında kır-kent arasında fark olduğunu göstermektedir.

Kadınların %44,5’inin 3 ve üstü, %24.8’inin 2 ve %28.8’inin 1 kez gebelik yaşadığı ve ortalama gebelik sayısının 2.19 ± 0.87 olduğu bulunmuştur. Karaoğlu ve arkadaşları (2002) Çorum ilinde yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısı 3.66 ± 0.14 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın Aydın ilinin merkezinde yürütülmesi sebebi ile gebelik sayısı oranı diğer çalışmalara göre daha düşük olması Türkiye’nin batı bölgesinde doğurganlığın düşük olması ile açıklanabilir.

Katılımcı kadınların canlı doğum sayılarına bakıldığında, %66.8’inin 1 ve 2 canlı doğumu olduğu bulunmuştur. Grubun ortalama canlı doğum sayısı 2,08’dir. TNSA 2008 Türkiye için toplam doğurganlık hızı (kadınların doğurganlık yaşamları süresince doğuracakları toplam çocuk sayısı) kadın başına 2.16 doğumdur. Sonuçlar araştırma bulguları ile örtüşmektedir.

TNSA (2008) sonuçlarında beş yaş altı ölüm hızının bin canlı doğumda 24 olduğu ve her bin canlı doğan çocuktan 2’sinin beşinci yaş gününe ulaşmadan öldüğü görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk beş yıl içinde bebek ölümü incelendiğinde; kadınların %93.5’inin ilk beş yıl içinde ölen çocuğu olmadığı, %5.8’inin 1 tane ve %0.6’sının 2 tane ölen çocuğu olduğu belirlenmiştir. Ayan ve arkadaşları (2001) araştırmalarında kadınların %81’inin doğumdan sonra ölen çocukları olmadığı, %19’unun ise doğumdan sonra ölen çocuklarının olduğunu ve bunların %14’ünün 1 çocuğu, %3’ünün 2 çocuğu, %1’inin de 3 çocuğu doğumdan sonra öldüğü bildirmişlerdir. Bulgular bu çalışmayla benzerlik göstermemektedir.

Araştırmada bebek ölümlerinin %20’sinin nedeni bilinmiyor, %20’si kalp ve solunum yetmezliği, %15’i prematürite, %15’i yüksek ateş/viral ve bakteriyel enfeksiyon, %10 trafik kazası, %10 yenidoğan sarılığı ve kızamık kalan %10’u pnömöni ve hidrosefali olarak saptanmıştır. Benzer şekilde, Okyay ve arkadaşlarının (2006) Aydın il merkezinde

yaptığı çalışmada; prematürite (%18.6) konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri (10.6) ile solunum yetmezliği (%9.7) ilk üç sırayı almıştır.

Kadınların %34.8'inin bir, %34.8'inin iki ve %18.4'ünün üç ve %8.8'inin 4 ve daha fazla yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir. Ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.10'dur ve yakın bir değer Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında 2.46 olarak bulunmuştur.

Kadınların %15.5'inin bir kez ve %8.4'ünün iki ve daha fazla düşük yaptığı ve ortalama düşük sayısının 0.34 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %12.6'sının bir kez, %4.8'inin iki ve daha fazla kürtaj olduğu saptanmıştır. Grubun kürtaj ortalaması 0.27'dir. kadınların doğurganlığını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada ortalama düşük sayısı 0.75 olarak bildirilmiştir ve bunların üçte ikisi istemli düşüklere oluşmaktadır (Karaoğlu ve ark 2002). TNSA 2008 verilerine göre evli kadınların %79.6'sı hiç düşük yapmamış, %14.2'si bir kez, %5.8'i iki ve daha fazla düşük yapmış ve kadınların %77.9 ise hiç kürtaj olmamış, %14.2'si bir kez ve %8.9'u iki ve daha fazla kürtaj olmuştur. Ortalama düşük sayısı 0.28 ve ortalama kürtaj sayısı 0.34 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bulguları Türkiye geneliyle benzerlik göstermektedir. Katılımcıların %7.7'sinde tanılanmış infertilite mevcut iken, %91,9'unda infertilite saptanmamıştır.

Çalışma kapsamındaki kadınlarda toplam **akraba evliliği** sıklığı **%23,9 olup** (n=74), bu akraba evlilikleri arasında tıbbi açıdan en riskli olan birinci derece kuzen evliliği sıklığı **%45.9** (n=34), ikinci derece kuzen evliliği **%24.3** (n=18) ve uzak akraba evliliği sıklığı **%29.8** (n=22) olarak bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2006 yılı sonuçlarına göre, akraba evliliği sıklığı %20.9'dur. Kutlubay'ın (2007) Malatya'da yaptığı çalışmada, akraba evliliği sıklığı %28.4, bunların %74.2'si birinci derece kuzen evliliği ve %12,9'u uzak akraba evliliği şeklinde bulunmuştur. Yine Malatya'da İzollu adlı bir aşiret ile yapılan çalışmada akraba evliliği oranı %62.6 olarak bulunmuştur (Çetintaş 2002). Tabak (2008)'in endokrinoloji ve metabolizma polikliniği arşivinden faydalanarak 772 akraba evliğinden doğan çocukların kayıtlarından %62.2'sinin birinci derece kuzen evliliğinden, %17.2'sinin ikinci derece akraba evliliğinden ve %20.1'inin uzak akraba evliliğinden doğduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kayahan ve arkadaşlarının (2003)

Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada akraba evliliği %49.6 bunların %37'si birinci derece %12.6'sı uzak akraba evliliğidir. Mayda ve arkadaşları (2010) Düzce'de akraba evliliği oranını %20.1 olarak bildirmişlerdir ve bunların %34.1'inin birinci derece, %20.5'i ikinci derece ve %45.4'ü uzak akraba evliliği yapmışlardır. Bulgular akraba evliliği sıklığı açısından yakın bir değere sahip iken, akrabalık dereceleri oranları bu çalışma bulgularıyla örtüşmemektedir. Ayan ve arkadaşlarının (2001) Ankara'da yürüttükleri bir çalışmada akraba evliliği yapanlarda birinci derece kuzen evliliği oranı %81 ile daha yüksek bir orana sahiptir. Ülkemizde çeşitli illere göre de akraba evliliği sıklığı farklılıklar göstermektedir. İstanbul %15.3, Ankara %25.7, Denizli (%20.4), Manisa %13, Eskişehir %16.8, Şanlıurfa %49.6, Batman %40, Diyarbakır %31,50, Trabzon %20, Çorum %18,9, Konya %23, Antalya kentsel bölgede %28 ve kırsal bölgede %40, Bursa %9.8 olarak bulunması Türkiye'de kırsal ve kentsel arasında olduğu kadar bölgesel farklılıklarında etkili olduğu tespit edilmiştir. Akraba evliliğinin bölgelere göre dağılımına bakıldığında, sıklık sırasına göre; Güneydoğu Anadolu %40,5, Doğu Anadolu %30.5, Karadeniz %25, Akdeniz 23.2, Ege %17,4 ve Marmara %10 olduğu görülmektedir (Başaran ve ark 1988, Karaoğlu ve ark 2002, TUIK 2006, Tavukçu ve İrgil 2008, Özcan 2008).

Akraba evliliği dünya çapında da oldukça yaygın olarak tercih edilmektedir. Özellikle Afrika ve Orta Asya ülkelerinde yapılan araştırmalar bunun göstergesidir. Akraba evliliğinin en sık görüldüğü ülkeler olan Suudi Arabistan ve Kuveyt'te halkın yarısı (%54) akraba evlisidir bunu sırasıyla Birleşik Arap Emirlikleri (50.5), Ürdün (%50), Pakistan ve Hindistan (%38-49), İsrail Arap toplumu (%44), Suriye (%33), Mısır (%28), Lübnan (%25), Cezayir (%23) izlemektedir (Stoltenberg ve ark 1997, Jaber ve ark 2000, Sharkia ve ark 2008, Hussain ve ark 2001, Hussain 2002, Hamamy ve ark 2005). Khlat (1989) yaptığı bir çalışmada akraba evliliği oranı %25 ve birinci derece kuzen evliliği oranı da %63 olarak bulunmuştur. Sharkia ve arkadaşları (2008) akraba evliliği oranını %29.5 ve bunların %71'inin birinci derece kuzen evliliği olduğunu bildirmişlerdir. Avrupa'da akraba evliliği oranı Doğu ve Akdeniz ülkelerine göre oldukça düşüktür. Fuster ve Colantonia'nın (2003) İspanya'da Hristiyan kilisesinin arşivlerinden 1888-1976 yıllarındaki akraba evliliğinin gidişatını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada akraba evliliği sıklığında fazla bir değişme görülmemiş ve ortalama oran %3.6 olarak bulunmuştur. Bu değer ile Avrupa ülkelerindeki en yüksek orana sahip ülkelerden biri olan İspanya olarak bulunurken, araştırmacılar bunu Bask popülasyonundan (İspanya'nın kuzeyi

ve Fransa'nın güney batısındaki özerk bölgede yaşayan halk) kaynaklandığını düşünmektedir. Miguel ve arkadaşları (2005) da Baskların alanlarındaki küçük veya büyük nüfus çalışmalarında yakın akraba çiftleşmelerinin oranı genellikle İberian ve Avrupa'nın nüfus standartları ile karşılaştırıldığında aşırı derece de yüksek olduğunu pekiştirmektedirler ve bu farkın coğrafi bölge ve coğrafyanın insanları, sosyoekonomik durum ve dil farklılığından kaynaklanabileceğini savunmaktadırlar.

Bu çalışmada yaş grupları ve akraba evliliği arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Çalışma bulgularına göre akraba evliliği yapanların 20-29 yaş grubunda %29.7, 30-34 yaş grubunda %12.2 ve 35 yaş ve üstü grupta %31.1 iken, akraba evliliği yapmayanlarda 20-29 yaş grubunda %23.3, 30-34 yaş grubunda %17.8 ve 35 yaş ve üstü grupta %34.7 olduğu bulunmuştur. Kayahan ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da 20-29 yaş grubundaki kadınların %34.7'sinin, 30-39 yaş grubundaki kadınların %42.9'nun, 40 yaş ve üzerinde olanların ise %33.3'ünün akraba evliliği yaptığı bulunurken akraba evliliği ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Kadınların yaş gruplarının akraba evliliğini tercih etme durumunu etkilemediği görülmektedir.

Kadınların eğitim durumu ve akraba evliliği yapma dağılımları arasında ters bir ilişki mevcuttur. Aydın il merkezinde kadınların ve erkeklerin eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliğini seçme oranı azalmaktadır. Malatya'da 2007 yılında yapılan bir çalışmada da kadınların eğitim durumu arttıkça akraba evliliği yapma sayısı azaldığı fakat eğitim durumu ve akraba evliliği arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ve erkeklerin eğitim durumunun da akraba evliliğini seçme durumunda etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Kutlubay 2007). Şenel ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kadınların eğitim düzeyinin akraba evliliğini etkilemediği ve erkeklerin eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliğinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada temel sosyo-demografik ve sosyo-kültürel değişkenlerden biri olan eğitim olgusunun düzeyindeki artışın kadının ve erkeğin akraba evliliğine eğilimini azalttığı görülmektedir.

Bu araştırmada çalışmayan kadınlarda akraba evliliği daha fazla görülmüştür. Erkeklerin meslek yaşamı ve akraba evliliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamsız bulunmuştur. Kutlubay'ın (2007) çalışmasında kadınların ve erkeklerin meslek yaşamları ile akraba evliliği arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Fakat Tavukçu ve İrgil (2008) yaptığı çalışmada kadınların çalışma durumları ve akraba evliliği arasındaki ilişki anlamlı bulmuşlardır. Bulgular çalışma bulgularını desteklemektedir.

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri incelendiğinde akraba evliliğini tercih eden kadınların %43.2'sinin, akraba evliliğini tercih etmeyen kadınların ise %23.3'ünün köyde yaşadıkları sonucu bulunmuştur. Rao ve İnbaraj (1977) kırsal kesimde akraba evliliği oranını %47 ve şehirde %29 olarak bulmuştur. Zencir (2005) akraba evliliği sıklığının kırsal bölgede doğmuş ve on iki yaşına kadar kırsal bölgede yaşamış olan kadınlarda daha yüksek olduğunu ve yaşanan yer açısından değerlendirildiğinde kentsel bölgeden kırsal bölgeye doğru gidildikçe artma eğiliminde olduğu tespit etmiştir. Akraba evliliği ile yerleşim yeri arasındaki ilişki anlamlıdır. Hayatlarının büyük çoğunluğunu kırsal kesimde geçiren kadınların akraba evliliğine eğilimlerinin daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Kırsal alanlarda geleneklerin daha yaygın uygulanması ve alışkanlıkların devam etmesi ve coğrafi konum bunda etkili olabilir.

Akraba evliliğinin daha çok geniş ailede yaşayanlar arasında olduğu göze çarpmaktadır (Saygılı 1998). Katılımcı ailelerin aile yapıları incelendiğinde büyük çoğunluğun (%81.9) çekirdek ailede yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Ancak akraba evliliği yapan ailelerde geniş ailede yaşama oranı %29.7 iken, akraba evliliği yapmayan ailelerde bu oran %14.4'tür. Kadınların yaşadıkları aile tipi ve akraba evliliği arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Tabak (2008)'ın yaptığı çalışmada da geniş ailelerde akraba evliliğinin daha çok görülmesi ile benzer bulgular elde edilmiştir.

Bu çalışmadaki katılımcıların ekonomik durumları ve akraba evliliği arasında ve bir sosyal güvenceye sahip olma durumları ve akraba evliliği karşılaştırıldığında istatistiki anlam bulunmamıştır. Kadınların ekonomik durumları ve sahip oldukları sosyal güvence akraba evliliğini tercih etmelerini etkilememektedir. Ancak ekonomik durumu kötü olan ailelerde akraba evliliğinin daha sık olduğu belirtilmektedir (Tunçbilek ve Koç 1994, Altuntek 2001).

Çalışma grubunda 18 yaş ve altında evlenen akraba evliliği yapan kadınlar %55.4 iken, akraba evliliği yapmayan kadınlarda %34.7'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer sonuçlara Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) Çorum ilinde, Zencir (2005) Denizli ilinde ve Tavukçu ve İrgil (2008) Bursa ilinde yaptıkları çalışmalarda da rastlanmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, evlilik yaşı arttıkça akraba evliliği seçme eğilimi azalmaktadır. Çalışmadaki akraba evlisi erkeklerde 18 yaş ve altında evlenenler %12.1, akraba evlisi olmayan erkeklerde %7.2'di. Fakat erkeklerin ilk evlenme yaşının ve akraba evliliğine dağılıma bakıldığında istatistiksel anlam bulunmamaktadır.

Akraba evliliği yapan kadınlarda 1 ve 2 kez gebelik yaşayanların oranı %46.6 iken, 3 ve üstü gebelik yaşayanların oranı %53.4'dür. Akraba evliliği yapmayan kadınlarda 1 ve 2 kez gebelik yaşayanların oranı %57.1 iken, 3 ve üstü gebelik yaşayanların oranı %42.9 olarak bulunmuştur. Akraba evliliği yapan kadınların daha fazla gebelik yaşadığı görülmektedir. Fakat yaşanan gebelik sayısı ve akraba evliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Denizli'de yapılan bir çalışmada da akraba evliliği yapan grupta toplam gebelik sayısı ortalaması anlamlı olarak akraba evliliği yapmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur (Zencir 2005).

Kadınlardan 1, 2 ve 3 kez canlı doğum yapanların oranı akraba evliliği yapan ve yapmayan kadınlarda yakın değerlere sahip iken, 4 ve üstü gebelik yaşayan akraba evlisi kadın oranı %24.3 akraba evlisi olmayan kadın oranı ise %6.1'dir. Akraba evliliği yapan grupta canlı doğum sayısı daha fazladır ve canlı doğum sayısı ile akraba evliliği arasındaki ilişki anlamlıdır. Tavukçu ve İrgil (2008) yaptığı çalışmada da akraba evliliği yapanlarda canlı doğum sayısının daha fazla görülmesi ile benzer sonuca ulaşmıştır.

Çalışmada akraba evliliğinin gebelik sonuçlarını araştırmak için akrabalığın kendiliğinden düşük, ölü doğum, çocuk ölümleri ve sakat doğan-sağlık problemi olan çocuk sayısı bakımından ilişkisine yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan 310 kadının 14'ünün (%4.5) 1 ölü doğum yaptığı, %0.6'sının 2 ve üstü sayıda ölü doğum yaptığı bulunmuştur. Akraba evliliği yapan kadınlarda 2 ve üstü ölü doğum yapma oranı akraba evliliği yapmayan kadınlardan yüksektir fakat aradaki fark anlamlı

bulunmamıştır. Malatya örneğinde de akraba evliliği yapan ve yapmayan grupta ölü doğum sayıları karşılaştırıldığında benzer şekilde istatistiki açıdan anlamsız tespit edilmiştir (Kutlubay 2007). Tabak'ın (2008) çalışmasında ölü doğum ve akraba evliliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki ölümlerin düzeyi, ülkenin sosyoekonomik durumunu ve ülke nüfusunun yaşam kalitesini daha iyi anlamamıza katkıda bulunmaktadır. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2006)'nın verilerine göre ana ve babası akraba olmayan çocuklar arasında bebek ölüm hızı binde 45.9 düzeyinde iken akraba evliliği sonucu doğan çocuklar arasında ölüm hızı binde 72.1 düzeyine çıkmaktadır. Yenidoğan ölüm hızlarının akraba evliliği olduğunda binde 59, akraba evliliği olmadığında binde 37 düzeyinde olduğu görülmektedir. Çalışmada akraba evliliği yapan kadınların beş yaş altı ölen çocukları olan kadın oranı %13.5, akraba evliliği olmayanlarda bu oran %4.2'dir. Sonuç olarak akraba evliliğinin beş yaşına gelmeden ölen çocuklar ile ilişkisi incelendiğinde akraba evliliği yapmayan gruptan daha yüksek sayı elde edilmesiyle aradaki fark anlamlı olarak bulunmuştur. Kayahan ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında akraba evliliği yapan kadınların %55.8'inin, akraba evliliği yapmayan kadınların ise %44.2'sinin beş yaş altında çocuğunun öldüğünü bildirmişler ve aradaki farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ölü doğumla sonuçlanan gebelik oranı %8 ile bu çalışmadan daha yüksek bir oran bulmuşlardır. Kutlubay (2007)'in araştırmasında ilk kuzen evliliği yapan grupta beş yaş altı ölüm sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tabak'ın (2008) çalışmasında da ölen çocuk sayısı akraba evliliği olan grupta yüksektir ve bunların %75'i birinci derece kuzen evliliğindendir. Hussain ve arkadaşları (2001) Hindistan ve Pakistan'da yaptığı çalışmada Hindistan'da infant ölümü %7.7, beş yaş altı çocuk ölümü %11.3 iken, Pakistan'da bu oranlar sırasıyla; %9.0 ve %11.8 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar bu durumu Pakistan'da akraba evliliği sıklığını sebep olarak göstermektedirler.

Kadınların yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde, akraba evliliği yapan gruptaki kadınlarda 3 ve üstü yaşayan çocuk sayısı akraba evliliği yapmayan kadınların yaklaşık olarak iki katı fazladır. Akraba evliliğine göre yaşayan çocuk sayısı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır.

Akraba evliliği yapmış grupta kendiliğinden düşük oranı %25.6, akraba evliliği yapmayan grupta bu oran %23.3 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamsızdır. Çalışma grubunun toplam düşük hızı kadın başına 0,34'dür. TNSA (2008) verileri önceki beş yıla ilişkin toplam düşük hızının kadın başına 0.28 düşük olduğunu göstermektedir. Kutlubay'ın (2007) çalışmasında uzak akraba evliliği yapan grupta düşük sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Fakat Tabak (2008)'in yaptığı çalışmada abortusların %70'i birinci dereceden akraba evliliği yapan grupta olsa da istatistiki değerlendirmesinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Akraba evliliğinin oldukça yaygın olduğu Filistin Araplarında yapılan bir çalışmada Zlotogora (1997), 117 alışılmış düşük vakasından 65'inin (%55.5) akraba olduğunu bulmuştur.

Kadınların isteyerek düşük (kürtaj) sayıları incelendiğinde, 1 ve 2 kürtajı olan kadın sayısı akraba evliliği yapanlarda daha fazla, 3 ve üzeri kürtaj olanlar ise akraba evliliği yapmayanlarda daha fazladır. Akraba evliliği yapan ve yapmayan grup ile kürtaj sayıları arasındaki fark anlamlı olarak saptanmamıştır.

Çalışma grubundaki 310 kadından 24'ünde infertilite öyküsü kaydedilmiştir. Akraba evliliği yapan ve yapmayan grupla infertilite arasındaki ilişki anlamsızdır. Zlotogora (1997)'nin yaptığı çalışmada infertil erkeklerde %54.5 ve infertil kadınlarda da %60.5 oranında akraba evliliği tespit edilmiş ve akraba evliliği yapanlarda infertilitenin daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmadaki kadınların yaşayan çocuğunda veya çocuklarında herhangi bir sağlık problemlerinin (doğumsal defekt, mental retardasyon, psikiyatrik problem, gelişim bozukluğu, cinsiyet gelişim bozukluğu, kronik metabolik hastalık) varlığı incelendiğinde akraba evliliği yapan ve yapmayan grup karşılaştırılmış ve aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır. Fakat literatürde ülkemizde ve dünyada bunun anlamlı çıktığı çalışmalar mevcuttur. Örneğin Tavukçu ve İrgil (2008) Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma bölgesinde ikamet eden akraba evliliği yapan kadınların çocuklarında konjenital bozuklukların akraba evliliği yapmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2008) tarafından akraba

evliliklerinde, konjenital anomali, bebek ve çocuk ölümleri, zihinsel engellilik ve kromozom anomalilerinin sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Kadınların yaşayan çocuğunuzda/çocuklarınızda doğumsal defekt olan var mı sorusuna böbrek yetmezliği (2 çocuk), atriyal septal defekt (4 çocuk), kol-bacak deformitesi, şaşılık, sağırılık, yarık damak-yarık dudak, beyin ödemi tanılarını aldıklarını belirtmişlerdir. Akraba evliliği yapan kadınların çocuklarında doğumsal defekt varlığı %5.6 iken akraba evliliği olmayanların çocuklarındaki %3.1'dir. İstatistikî değerlendirmede aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Stoltenberg ve arkadaşlarının (1999) Norveç'te akraba evliliği ve doğum defektlerinin tekrarlama riskinin araştırıldığı bir çalışmada akraba evliliği yapan ailelerin çocuklarında doğum defektlerinin tekrarlama riskinin oldukça yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Arab ve arkadaşlarının (2004), sağırılık ve altında yatan nedenlerin araştırıldığı çalışmalarında akraba evliliği yapan özellikle birinci derece kuzen evliliği yapan ailelerin çocuklarında sağırılığın %3.5 daha sık görüldüğü sonucuna varmışlardır. Zlotogora (1997)'nin çalışmasında yarık damak ve yarık dudak vakalarının %57.5'inin ve isole yarık damak vakalarının %80'inin ailelerinin akraba evliliği yaptığı sonucuna ulaşılmıştır.

Akraba evliliğinden olan çocuklarda sık görülen mental retardasyon bu çalışmada anlamlı bulunmamıştır. Akraba evliliği yapan grubun çocuklarında mental retardasyon %1.4, akraba evliliği yapmayan grubun çocuklarında %0.4 olarak saptanmıştır. Akraba evliliğinin zararlı etkilerini inceleyen bir çalışmada, akraba evliliği yapanların çocuklarında mental retardasyon %1.7, akraba evliliği yapmayan grubun çocuklarında mental retardasyon %0.6 ile benzer sonuca ulaşılmış ve istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur (Abdulrazzag ve ark 1997). Norveç'te göçlerin etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada doğumsal defektlerin akraba evliliği yapan grupta iki kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Stoltenberg ve ark 1997). Dönbak ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında akraba evliliği yapan çiftlerde akraba evliliği yapmayanlara göre doğumsal defektli çocuk sayısı beş kat daha yüksek bulunmuştur.

Akraba evliliği, genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli bir etmendir ve genetik danışmanlık hizmetlerinin verilmesini gerektirmektedir. Ailede genetik geçişli bir hastalık ortaya çıkmış ise; akraba evlilikleri, doğacak çocuklarda bu hastalığın ortaya çıkma riskini önemli oranda arttırmaktadır. Herhangi bir hastalık ortaya çıkmasa bile, akraba evliliği yapan aileler çocuklarının taşıyacakları olası risklerle ilgilenebilmektedirler (Dönbak ve ark 2005). Bu çalışmada akraba evliliğini tercih eden 74 kadından sadece 10'unun (%13.5) bu konu hakkında genetik danışma aldığı 64'ünün (%86.5) almadığı ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Kahramanmaraş'ta Dönbak ve arkadaşlarının (2005) yaptığı %30,6'lık bir akraba evliliği frekansına sahip grupta genetik danışma hizmetleri hakkında bilgisi olanların oranı %20,8 olarak bulunmuştur. Değirmenci ve arkadaşlarının (2006) 236 birey ile yürüttüğü çalışmada %66.5'i genetik danışmanlık kavramını hiç duymadıklarını ifade ederken, genetik danışmanlığın doğru tanımını sadece %16.9'yapabilmiştir.

Akraba evliliği yapan 74 kadına akraba evliliği seçme nedenleri sorulduğunda, yarıya yakınının (%44.5) buna ailelerin karar verdiğini ve görücü usulü ile olduğu, %38'lik bir kısmının birbirimizi sevdik ve %10.9'u geleneksel+mecburi şeklinde yanıt verdiği görülmektedir. Tekbaş ve arkadaşlarının (2005) Ankara'da 402 evli er ve erbaşın bulunduğu grupta akraba evliliği yapanların akraba evliliğini %75'i âşık olduğu/sevdiği için, %12,5'i aile zoruyla ve %10.9'u mallar bölünmesin diye tercih ettikleri görülmektedir. Bursa'da yapılan araştırmada akraba evliliğini seçme nedenlerinin başında bunun yaşadıkları yerde bir gelenek olması (%22.9) gelmektedir (Tavukçu ve İrgil 2008). Ayan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında akraba evliliğini seçme nedeni olarak %42'si birbirlerini önceden tanıdıklarını ve güvendiklerini, %34'ü sevdiklerini, %19'u ailelerine yabancı girmesini istemediklerini belirtmişlerdir. Farklı bir bulgu olarak bu ailelerden %3'ü beşik kurtmesi olduklarını bildirmişlerdir. Kayahan ve arkadaşları (2003) çalışmasında, katılımcıların %37'inin aileler karar verdi cevabını vermiştir. Düzce'de yapılan bir çalışmada akraba evliliği yapan kadınların %55.8'inin aşk ve anlaşmayı, %27.9'unun aile baskısını ve %16.3'ünün ailelerin isteğini neden olarak gösterdikleri görülmektedir (Mayda ve ark 2010). İsrail Arap Toplumunda yapılan bir çalışmada akraba evliliğine neden olarak; sülale (kabile) dayanışması, kişilerin birbirine uygunluğu, aile mülkünün korunması, ana-baba otoritesi ve kadınların sosyal olarak korunması gösterilmiştir. Pakistan'daki bir çalışmada ise akraba evliliğini seçenlerin neden olarak; planlanmış evlilik ve aileden biriyle evlenmek daha sağlıklıdır (iyi) ve bizde gelenekseldir

yanıtlarını verdikleri görülmektedir (Hussain ve ark 2001, Sharkia ve ark 2008). Altuntek (1993) Van yöresinde akraba evliliği adlı çalışmasında da, bu tür evliliklerin yaygınlığına temas edilmekte ve soybirliği ve dayanışmasının sürekliliğini sağlamanın yanı sıra, ekonomik bütünlüğün bozulmasını önleme temeline dayandığına da vurgu yapılmaktadır. Bu tür evliliklerin aşiret yapısını koruyan topluluklarda, aşiret kimliğini sürdürmede etkili olduğu ve soy-içi evliliğin bu maksatla teşvik edildiği sonucuna varılmıştır (Altuntek 2001).

Çalışma grubunun büyük çoğunluğu (%77.7) akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığının olumsuz etkileyeceği görüşü yaygınken, %13.2'lik kısmı bunun bir sakıncası olmadığı görüşündedir. Akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığını etkileyip etkilemediğin bilmeyenlerin oranı %9.1'dir. Akraba evliliği yapan kadınlarda sakıncalı bulmayanların oranı %40.5 iken bu oran akraba evliliği yapmayan kadınlarda %4.7'dir. Çalışma grubundaki akraba evliliği yapan kadınların büyük çoğunluğunda çocuklarında herhangi bir sağlık sorunu olmadığı için böyle düşündükleri söylenebilir. Tabak (2008) çalışmasında 506 kadından 367'sinin akraba evliliğinin doğacak çocuklarda sorunlarla karşılaşacağını, 103 kişinin karşılaşmayacağını ve 36 kişinin bu konu hakkında yeterli bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Tavukçu ve İrgil'in (2008) yürüttüğü çalışmada sakıncalıdır diyenlerin oranı %74.1 ve sakıncalı değildir diyenlerin oranı %25.9 olarak bulunmuştur ve akraba evliliği yapan kadınların %59.3'ü sakıncalıdır, %40.7'si sakıncalı değildir demişlerdir. Değirmenci ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında sakıncalıdır diyenlerin oranı %81.1'dir. Ayan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında sakıncalı değildir diyenlerin oranı %29 ile diğer çalışmalardan daha yüksek bir orana sahiptir. Orçan ve Kar (2008) çalışmasında evli ve bekar gruplara akraba evliliğinin sakıncalı olup olmadığı sorulduğunda evli grupta; %45.8' i bilmiyorum, %26.8' i sakıncalıdır derken, bekar grupta sakıncalıdır diyenler %91 olarak bulunmuştur. Tüm grubun %75'i akraba evliliğini sakıncalı bulurken %25'i sakıncalı bulmamaktadır. Orçan ve Kar (2008) araştırmada akraba evliliği konusunda evlilerin daha bilgili olması beklenirken, bekar olanların bu konuda daha duyarlı çıkmasını alışkanlık ve geleneklerin daha yaşlı ve evli olanlarda halen güçlü olduğunu göstermektedir yorumunu getirmişlerdir. Mayda ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında kadınların %79.6'sının akraba evliliğinin sakıncalı olduğunu ve %14.6'sının sakıncalı olmadığını ve %5.8'inin bu konu hakkında fikri olmadığını belirttikleri görülmektedir ve akraba evliliği yapma durumuna göre akraba evliliğinden doğacak

çocuklarda sağlık riski olabileceğini düşünme sıklığı arasındaki fark çalışmada anlamlı çıkmamıştır. Bu çalışmada ise akraba evliliği yapan grubun akraba evliliği yapmayan kadınlara göre akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığına sakıncalı olmadığı görüşü anlamlı olarak daha fazladır.

Akraba evliliğini seçen kadınların akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığına olumsuz etkilerini öğrendikleri bilgi kaynakları incelendiğinde; kadınların %55.8'inin medya ve çevreden, %25.8'inin çevreden, %14.3'ünün medyadan ve sadece %3.7'sinin sağlık personelinden öğrendiği görülmektedir. Bu konuda en sağlıklı bilgi kaynağı olan sağlık personelinden faydalanmanın en düşük orana sahip olması düşündürücüdür. Ayan ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında kadınların %49'u sağlık personelinden, %42'si medya-iletişim araçlarından ve %9'u çevrelerinden bu konu hakkında bilgi almışlardır.

Evlilik yaptığı kişiyi akrabasından seçen kadınların bu evlilikten %87,9'u bundan memnun olduğu, %12,1'i ise memnun olmadığını ifade etmiştir. Ayan ve arkadaşlarının (2002) Ankara merkez ilçelerinde yaptığı bir çalışmada da akraba evliliği yapanların %80'i bu durumdan memnun olduklarını ifade ettikleri ve bunların memnuniyet gerekçeleri olarak eşlerini sevdikleri (%72), eşlerin tanıdık olması ve yabancı biriyle evliliğin daha kötü olabileceği (%28) gibi ifadeler kullanmışlardır. Ayan ve arkadaşlarına (2002) göre bu ifadelerin geleneksel bir evlilik şekli olan akraba evliliğinin temelinde yatan yapı taşları olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da akraba evliliği yapanların büyük çoğunluğu bundan şikayetçi değillerdir. Bu durum kadınların çoğunluğunun ekonomik özgürlüklerinin olmayışına ve geleneklerine bağlılıklarına bağlanabilir.

Yapılan pek çok çalışmada akraba evliliği prevalansı önceki yıllara göre gerileme göstermektedir. Bu çalışmada gelecek kuşaklarda akraba evliliğinin öngörüsünü tespit etmek için gruba kendi çocuklarının gelecekte akraba evliliği yapmasını onaylama durumu incelendiğinde, kadınların 26 (%8.4)'sı çocuklarının akraba evliliği yapmasını onayladığını, 221 (%71.3)'ünün onaylamadığını, 63 (%20.3)'ünün bu kararı çocuklarına bırakacağını ifade ettikleri görülmüştür. Akraba evliliği yapan kadınların onay verme oranı %29.7 iken, akraba evliliği yapmayan kadınların onay verme oranı %1.7 gibi düşük bir

değere sahiptir. Bu soruya daha çok onay veren kişilerin akraba evliliği yapan grup olması dikkat çekmektedir. İstatiksel değerlendirmede onay verme durumu ve akraba evliliği arasındaki fark anlamlıdır. Bursa’da yapılan bir çalışmada onay verenlerin %89.8 ve onay vermem diyenlerin %31.6 olduğu belirlenmiştir. (Tavukçu ve İrgil 2008). Türkiye İstatistik Kurumu 2006 raporunda ülke genelinde erkeklerin %12,7’si, kadınların %12,4’ü akraba evliliğini onaylamaktadır. Bölgelere bakıldığında ise %37.3 ile Güneydoğu Anadolu ve %22,8 ile Doğu Anadolu onay verirken %5.7 ile Ege Bölgesi en az onay veren bölge olarak bulunmuştur. Ankara’da (2002) yapılan bir çalışmada ise onay verenlerin oranı %17, onaylamayanlar %47 ve fark etmez yanıtın verenler ise %36 olarak bulunmuştur (Ayan ve ark 2002). Tabak (2008) çalışmasında kadınların çocuklarının akraba evliliği yapma durumuna onay verip vermeyeceklerini sorduğunda %69,5’inin onaylamayacağı, %26,9’unun onaylayacağı ve %3.6’sının net bir fikri olmadığı sonucuna varmıştır. Kadınların eğitim düzeyleri ve onay verme durumları karşılaştırıldığında eğitim durumunun yükselmesiyle onay verme oranı azalmaktadır. Tabak (2008) da çalışmada benzer sonuç elde etmiştir. Hamamy ve arkadaşları (2005) tarafından 1950 öncesi, 1950 ve 1979 yılları ve 1980 sonrasında olmak üzere üç kuşak boyunca akraba evliliğinin gidişatını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da kademeli olarak akraba evliliği oranı azalmaktadır. Bu sonuçlara göre akraba evliliği yapılma oranının gelecek kuşaklarda azalabileceği düşünülebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçlarına etkisinin incelendiği 310 kadın ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- √ Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $31,57 \pm 9,00$ 'dur. Kadınların yarısının (%53.5) ilkokul mezunu olduğu, %46.1'inin en uzun süre şehir merkezinde ve büyük çoğunluğunun (%81.9) çekirdek ailede yaşadığı, %53.5'inin gelir durumunu orta olarak algıladıkları, tamamına yakınının (%92.9) sosyal güvencesinin bulunduğu ve büyük çoğunluğunun (%78.7) ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1 ve Çizelge 3.1.2).
- √ Kadınların eşlerinin yaş ortalamasının $36,15 \pm 9,62$ olduğu, daha çok (%49.8) 35 yaş ve üstünde yoğunluk gösterdikleri, %49'unun ilkokul mezunu olduğu, yarıya yakınının (%46.8) serbest meslek ile uğraştığı saptanmıştır. Katılımcıların ve eşlerinin ilk evlilik yaşı ortalaması sırasıyla $19,98 \pm 3,58$ ve $24,61 \pm 4,28$ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.1.1).

- √ Bu araştırmaya katılan kadınların %66.1'inin ilk gebeliklerini 19-29 yaş aralığında, ilk doğumlarını ise %69.8 ile 19-29 yaş aralığında yaşadığı, ilk doğum yapma yaşı ortalaması 21.05 ± 5.27 , gebelik sayısı 2.79, canlı doğum sayısı 2.08, ölü doğum yapma sayısı 0.07, yaşayan çocuk sayısı 2.041 ± 1.27 , düşük sayısı 0.34, kürtaj sayısı 0.27 ve olarak saptanmıştır. Kadınlarda infertilite oranı %7.7 olarak bulunmuştur. (Çizelge 3.2.1). Çocuklardaki ölüm nedenleri prematürite, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği ve trafik kazalarıdır (Çizelge 3.2.2).
- √ Kadınların yaşayan çocuklarında %3.7 doğumsal defekt, %0.7 mental retardasyon, %2.0 psikiyatrik problem, %2.3 gelişim bozukluğu ve %3.7 oranında kronik metabolik hastalık varlığı bildirilmiştir (Çizelge 3.3.1). Katılımcıların kendilerinde %13.5, ailelerinde ise %58.4 oranında kalıtsal hastalık mevcuttur (Çizelge 3.3.2).
- √ Katılımcı kadınların %23.9'unda akraba evliliği yaptığı, akraba evliliği yapanların %45.9'u birinci dereceden kuzeniyle, %29.8'i uzak akrabasıyla ve %24.3'ü ikinci dereceden kuzeniyle bu evliliği gerçekleştirmiştir (Çizelge 3.4.1).
- √ Tüm katılımcılarda akraba evliliğinin, doğacak çocukların sağlığı açısından sakıncası olduğunu düşünenler %77.7, sakıncası yok diyenler %13.2 ve bu konu hakkında bir fikri olmayanlar %9.1'dir (Çizelge 3.4.2). Akraba evliliğinin sakıncalı olduğunu %30 medya ve çevreden, %3.7'si sağlık personelinde öğrenmişlerdir (Çizelge 3.9.5). Tüm grubun çocuklarında akraba evliliğine onay vermeyenlerin oranı %71.3, buna fark etmez diyenlerin oranı %20.3 ve onay verenlerin oranı %8.4'dür (Çizelge 3.4.2).
- √ Gruptaki katılımcıların ve eşlerinin akraba evliliği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliğini seçme oranı düşmektedir (Çizelge 3.5.1.1. ve Çizelge 3.5.1.2). Çalışma grubundaki kadınların meslek sahibi olmaları akraba evliliğine eğilimleri azaltırken

($X^2=6.370$, $p<0.05$, Çizelge 3.5.2.1), eşlerinin çalışma durumlar akraba evliliğini tercih etmelerini etkilememektedir ($X^2=0.151$, $p>0.05$, Çizelge 3.5.2.2).

- √ Araştırmaya alınan kadınların en uzun süre yaşadıkları yer ile akraba evliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, köy/kasaba da daha uzun süre yaşayanların akraba evliliğine eğilimleri göze çarpmaktadır ($X^2=11.215$ $p<0.05$, Çizelge 3.5.3.1). Çalışmada akraba evliliği ile aile tipi incelendiğinde, geniş ailede yaşayanların daha çok akraba evliliği yaptığı sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=8.937$ $p<0.05$, Çizelge 3.5.3.1).
- √ Çalışmadaki kadınların akraba evliliği ile ekonomik durumları ve bir sosyal güvenceye sahip olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çizelge 3.5.4.1).
- √ Kadınların ve erkeklerin ilk evlenme yaşları ve akraba evliliği dağılımına göre kadınların ilk evlenme yaşının artmasıyla akraba evliliği oranı azalmakta fakat erkeğin ilk evlenme yaşının akraba evliliğini etkilemediği bulunmuştur (Çizelge 3.5.5.1).
- √ Araştırmadaki 310 kadından akraba evliliği yapanlarda ilk gebelik ve ilk doğum yaşlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 3.6.1.1, $p<0.05$).
- √ Araştırmanın önemli bir konusu olan gebelik sonuçları ve akraba evliliği arasındaki ilişki irdelendiğinde; toplam gebelik sayıları akraba evliliği yapan grupta daha fazla olsa da aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.578$, $p>0.05$, Çizelge 3.6.1.2). Canlı doğum sayısı akraba evliliği yapan grupta yapmayan gruptaki kadınların canlı doğum sayısından fazla bulunmuş ve aradaki fark istatistiki olarak anlamlı saptanmıştır ($X^2=19.609$ $p<0.05$ Çizelge 3.6.1.2). Ölü doğum sayıları ve akraba evliliği arasında anlamlılık saptanmazken ($X^2=0.762$ $p>0.05$, Çizelge 3.6.1.2), ilk beş yıl içinde ölen çocuk sayıları ve akraba evliliği

arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=8.032$ $p<0.05$, Çizelge 3.6.1.2). Kadınların yaşayan çocuk sayıları akraba evliliği yapanlarda anlamlı olarak daha yüksektir ($X^2=11.317$ $p<0.05$, Çizelge 3.6.1.2).

- √ Araştırmaya alınan kadınlarda akraba evliliği yapan ve yapmayanların toplam düşük ($X^2=0.033$ $p>0.05$) ve toplam kürtaj sayıları ($X^2=0.302$ $p>0.05$) istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 3.6.2.1).
- √ Araştırma dahilindeki kadınların yaşayan çocuklarında sağlık problemi varlığı ve akraba evliliği ile ilişkisi incelendiğinde; çocuklarda doğumsal defekt, mental retardasyon, psikiyatrik problem, gelişim bozukluğu ve kronik metabolik hastalık olan çocukların ailelerinde akraba evliliği olan ve olmayanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çizelge 3.7.1.1).
- √ Kadınların kendilerinde veya eşlerinde kalıtsal bir hastalığa sahip olma ile akraba evliliği durumları arasında bulgular istatistiki açıdan anlamsızdır ($X^2:1.388$ $p>0,05$). Benzer şekilde akraba evliliği yapan ve yapmayan kişilerin ailelerinde kalıtsal hastalık varlığı incelendiğinde her iki grup arası farklılık anlamlı bulunmamıştır ($X^2:0.356$ $p>0,05$ Çizelge 3.8.1.1).
- √ Akraba evliliği yapan kadınlardan akraba evliliğine ilişkin genetik danışma almayanların oranı %86.5, akraba evliliği ile ilgili genetik danışma alanların oranı ise %13.5'tir (Çizelge 3.9.1). Akraba evliliği yapan kadınların akraba evliliğini seçme nedenleri incelendiğinde; %44.5 ailelerin karar vermesi /göretici usulü, %37.9 birbirimizi sevdik yanıtları ağır basmaktadır (Çizelge 3.9.2).
- √ Kadınların akrabalık durumları ve akraba evliliğinin doğacak çocukların sağlığına sakıncası olup olmadığı sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde sakıncası olmadığını savunanlar daha çok akraba evliliği yapan kişilerdendir ($X^2=63.634$, $p<0.05$ Çizelge 3.9.4).

- √ Akraba evliliği yapan kadınların %87.9'i akraba evliliği yapmaktan memnun, %12.1' i memnun olmadığını belirtmiştir (Çizelge 3.9.6).
- √ Akraba evliliği yapan grubun çocuklarının akraba evliliği yapmasına onay verme oranı akraba evliliği yapmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($X^2=69.917$ $p<0.05$, Çizelge 3.9.7).
- √ Katılımcı kadınların onay veren ve vermeyen grubun eğitim düzeyi ve yaş dağılımı karşılaştırıldığında, eğitim durumu artıkça onaylama durumu azalmakta fakat yaş dağılımı onay verme durumunu etkilememektedir (Çizelge 3.9.8 ve Çizelge 3.9.9).

5.2. Öneriler

Kadının eğitim durumunun, meslek yaşamının, yaşadığı yerin, aile tipinin, aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesinin akraba evliliğine olan eğilimi etkilediği düşünülrse ve araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- √ Doğum ve çocuk kliniklerinde çalışan ebe/hemşirelerin kadınları akraba evliliği riskleri ve genetik danışma konusunda bilgilendirmesi,
- √ Kadın eğitimini güçlendirecek eğitim politikalarının yeniden düzenlenmesi ve ekonomik özgürlüklerinin sağlanması için istihdam olanaklarının artırılmasına yönelik çalışmaların düzenlenmesi,
- √ Doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin tekrarlayan düşük, yaşayan ve anomalili bebeği olan kadınları genetik danışmaya yönlendirmeleri,
- √ Tüm sağlık çalışanlarının, akraba evliliği ile ilgili düşünce, tutum ve davranışlarını inceleyen araştırmaların yapılması ve araştırmaların sonuçlarına göre olumlu tutum ve davranışların desteklenmesi,
- √ Akraba evliliği yapmış olan kadınları genetik danışmanlık hakkında bilgilendirmeleri ve genetik danışmaya yönlendirip izlemlerinin sürdürülmesi,
- √ Akraba evliliğinin riskleri ve zararları konusunda halkın medya iletişim araçları ile aydınlatılması önerilebilir.
- √ Bu çalışmada kadınların akraba evliliği ile ilgili bilgileri en az oranla sağlık personelinin edindiği görülmüştür. Bu doğrultuda sağlık personelinin konuyla ilgili duyarlılığını arttıran hizmet içi programların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Araştırma 15–49 yaş grubu evli kadınlarda akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmaya Aydın il merkezindeki sağlık ocakları bölgelerinde ikamet eden 310 kadın alınmıştır.

Araştırma verileri, kadınların tanıtıcı özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı soru formu ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Kasım 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması $31,57 \pm 9,00$ 'dur. Kadınların %53.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %78.7'sinin ev hanımı olduğu, %46.1'inin en uzun süre şehir merkezinde ve %81.9'unun çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcı kadınların %23.9'unda akraba evliliği yaptığı, akraba evliliği yapanların %45.9'u birinci dereceden kuzeni ile %29.3'ü uzak akrabası ile ve %24.3'ü ikinci dereceden kuzeni ile bu evliliği gerçekleştirdiği bulunmuştur.

Akraba evliliği yapan kadınlardan genetik danışma alanların oranı %13.5'dir. Kadınların akraba evliliğini seçme nedenleri arasında %44.5 ailelerin karar vermesi /gözümlü usulü ilk sıradadır. Akraba evliliğinin, doğacak çocukların sağlığı açısından sakıncası olduğunu düşünenler %77.7'dir. Kadınların %87.9'i akraba evliliği yapmaktan memnun olduğunu belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının akraba evliliği yapmış olan kadınları genetik danışmanlık hakkında bilgilendirmeleri ve genetik danışmaya yönlendirmeleri, akraba evliliğinin riskleri ve zararları konusunda halkın medya iletişim araçları ile aydınlatılması, kadınların akraba evliliği ile ilgili düşüncelerini inceleyen araştırmaların tekrar edilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Akraba evliliği, gebelik sonuçları, genetik danışma

SUMMARY

This is a cross-sectional study conducted to examine the frequency of consanguineous marriage and its relationship with pregnancy outcomes among married women in 15-49 age group. The sample group consisted of 310 women residing in the public health center areas in the provincial center of Aydın.

The study data were collected between November 2008 and January 2009 by the researcher, using face-to-face interview technique, and a questionnaire that inquire the women's characteristics and the independent variables of the study. Descriptive statistics and chi-square test were employed to evaluate the data.

The participant women had a mean age of 31.57 ± 9.00 . It was determined that 53.5% of the women were primary school graduates, 78.7% were housewives, 46.1% spent most of their lives in the city center, and 81.9% lived in nuclear families.

It was found that 23.9% of the participants had consanguineous marriages of whom 45.9% married a first-degree cousin, 29.3 married a distant relative, and 24.3 married a second-degree cousin.

Of those women having consanguineous marriages, only 13.5% received genetic counseling. The most frequent reason for consanguineous marriages among the women is marriages pre-arranged by families, with a percentage of 44.5%. 77.7% of the women believe that consanguineous marriage is detrimental to the health of the offspring. 87.9% of the women stated that they were happy about having consanguineous marriages.

It could be suggested that health staff should inform and encourage the women having consanguineous marriages about genetic counseling, people should be enlightened through the mass media about the risks and harms of consanguineous marriages, and further studies should be carried out to examine women's opinions about consanguineous marriages.

Keywords: Consanguineous marriage, pregnancy outcomes, genetic counseling

KAYNAKLAR

Abdulrazzag YM, Bener A, Al-Gazali LI, Al-Khayat AL, Micaller R, Gaber T (1997) *A study of possible deleterious effects of consanguinity*, Clinical Genetics, 51:167-173.

Akraba Evliliğinin Sakıncalarının Belirlenmesi İle İlgili Anket Ve Sonuçları Akraba Evliliği Hakkında, [<http://sivas.meb.gov.tr/sivasmem/dosya/>], Erişim Tarihi: 1.04.2010.

Altuntek NS (1993) *Van Yöresinde Akraba Evliliği*, Kültür Bakanlığı Halk Kültürlerini Araştırma ve Geliştirme Genel Müdürlüğü Yayınları:190,Gelenek-Görenek ve inançlar Dizisi, s:14-17, Ankara.

Altuntek NS (2001) *Türkiye üzerinde yapılmış evlilik ve akrabalık araştırmalarının bir değerlendirmesi*, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 18 (2):17-28.

Arab SB, Masmoudi S, Beltaief N, Hachicha S, Ayadi H (2004) *Consanguinity and endogamy In Northern Tunisia and its impact on Non-Syndromic Deafness*, Genetic Epidemiology, 27:74-79.

Asova M (2005) *Kadın Doğum*, Tümer Danışmanlık –Yayıcılık, ss:301-306

Ayan D, Beder-Şen R, Ünal G, Yurtkuran S (2001) *Ankara’da akraba evliliği*, Aile ve Toplum Dergisi, 4 (1):7-26.

Ayan D, Beder-Şen R, Yurtkuran S, Ünal G (2002) *Akraba evliliğinin kültür birikiminde ve toplum hayatındaki bazı görünümüleri: dil, din ve tıp*, Aile ve Toplum Dergisi, 5.2 (5):77-84.

Başaran N (1999) *Tıbbi Genetik Ders Kitabı*, 7.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Başaran N, Şaylı S, Başaran A, Solak M, Artan S, Stevenson JD (1988) *Consanguineous marriages in the Turkish population*, Clinical Genetics, 34:339-341.

Beksaç MS (1996) *Fetal Tıp Prenatal Tanı*, Medikal Network ve Nobel Yayınları, s:1-5.

Beksaç MS (2001) *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp: Obstetrik/Doğum Hekimliği Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Ders Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, s:118-127, İstanbul.

Bittles AH (2001) *A Backgraound Summary of Consanguineous Marriage*, Centre for Human Genetics, Ed. Cowan University.

Bittles AH (2002) *The impact of consanguinity on the Indian population*, Indian Journal of Human Genetics, 8(2):45-51.

Bökesoy I, Karabulut HG (2005) *Akrabalık ve genetik danışmanlık*, Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler, 1 (2):30-35.

Carey JC, Rayburn WF (2006) *Obstetrik ve Jinekoloji*, 4.Baskı, Güneş Kitabevi, ss:1-3-177, Ankara.

Callen PW (2000) *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 4th Ed.,WB Saunders, p: 18-34, Philadelphia.

Cunningham FG, Norman FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (2005a) *William Doğum Bilgisi*, Cilt I, 21. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, s:203-211. İstanbul

Cunningham FG, Norman FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (2005b) *William Doğum Bilgisi*, Cilt II, 21. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, s:940-968. İstanbul

Çetintaş A (2002) *Aşiretlerin sosyal yapısı üzerine sosyolojik bir inceleme (İzollu aşireti Malatya örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Anabilim Dalı, Isparta.

Çoğulu Ö, Durmaz B, Özkinay F (2006) *Genetik hastalıklara temel yaklaşım*, Ege Pediatri Bülteni, 13(1):57-66.

Değirmenci F, Köstek O, Başkır B, Sarıçam MH (2006) *Toplumda genetik hastalıklar ve genetik danışmanlık ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması*, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19 (3): 34.

Demirsoy A (1997) *Kalıtım ve Evrim*, 8. Baskı, Meteksan Anonim Şirketi, s: 815-827, Ankara.

Dönbak L, Demirhan İ, Çelik M (2005) *Genetik danışmanlık hizmetleri: Kahramanmaraş'ta tanımlayıcı bir çalışma*, Sürekli Eğitim Tıp Dergisi (STED), 14 (9):192-194.

Ensest, [<http://www.tdk.gov.tr/TR/genel/sozbul/>], Erişim Tarihi: 12.03.2010.

Erdemir AD (1998) *Genetik danışmana gerek duyulan genetik hastalıklar ve tıbbi elikteki yeri*, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 6:73-82.

Fuster V, Colantonia SE (2003) *Inbreeding coefficients and degree of consanguineous marriages in İspan: A Rewiew*, American Journal of Human Biology, 15:709-716.

Genç Z, Erdemir AD (1997) *Genetik Sorunlar ve Tıbbi Etik (Genetik Danışma)*, Nobel Tıp Kitabevi, s:31-46, İstanbul.

Gökkoca ZU (2000) *Genetik hastalıklar: Korunma, örgülenme ve temel sağlık hizmetleri*, Toplum Hekimliği Bülteni, 19 (2).

Güz K, Dedeoğlu N, Lüleci G (1989) The frequency and medical effects of consanguineous marriages in Antalya, Turkey, Hereditas, 111(1): 79-83.

Hamamy H, Jamhavi L, Al-Darawsheh J, Ajlouni K (2005) *Consanguineous marriages In Jordon: Why is rate changing with time?*, Clinical Genetics, 67:511-516.

Harper F (2004) *Pratical Genetic Counselling*, Sixth Edition, 357-368, London.

Hussain R (2002) *Ley perceptions of genetic risk attributable to inbreeding in Pakistan*, American Journal of Human Biology, 14:267-274.

Hussain R, Bittles A.H, Sullivan S (2001) *Consanguinity and early mortality in the Muslim populations of İndia and Pakistan*, American Journal of Human Biology, 13:777-787.

Jaber L, Halpern GJ, Shohat T (2000) *Trends in the frequencies of consanguineous marriages in the İsraili Arap community*, Clinical Genetics, 58:106-110.

Kayahan M, Şimşek Z, Ersin F, Gözükar F, Kurçer MA (2003) *Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesinde akraba evliliği prevalansı ve 5 yaş altı ölümlere etkisi*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1):1-5.

Karaoğlu L, Öztürk C, Pehlivan E (2002) *Çorum İli bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan evli kadınlarda doğurganlık ve etkileyen faktörler*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9 (1):33-40.

Khlat M (1989) *Inbreeding effects on fetal growth in Beriut, Lebanon*, American Journal of Physical Anthropology, 80:481-484.

Klug WS, Cummings MR (2003) *Populasyon Genetiği*, Çev. Ed: Cihan Öner, *Genetik Kavramlar*, 6. Baskı, Palme Yayınları, s:702-703, Ankara.

Kutlubay A (2007) *Malatya ilinde akraba evliliği sıklığı ve tıbbi sonuçları*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Mayda A, Dağlı SÇ, Şahin RO, Danışman F, Dere F, Çeler A, Çelik D, Burgucu S, Bulut N, Başar R, Avcı Ö (2010) *Düzce ili Yığılca ilçe merkezinde akraba evliliği sıklığı ve etkileyen faktörler*, Düzce Tıp Dergisi, 12(2):36-41.

Miguel A, Sanchez A, Aresti U, Pena JA, Calderon R (2005) *Inbreeding levels and consanguinity structure in the Basque Province of Guipuzcoa (1862-1980)*, American Journal of Physical Anthropology, 127:240-252.

Nussbaum RL, Roderick RM, Willard HF (2005) *Tıbbi Genetik*, 6.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.

Okyay P, Atasoylu G, Meteoglu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E (2006) *Aydın İlinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 7 (2):3-12.

Orçan M, Kar M (2008) *Türkiye’de erken yaşta yapılan evlilikler ve risk algısı: Bismil örneği*, Aile ve Toplum Dergisi, 4 (14):97-111.

Özcan M (2008) *Akraba evlilikleri ve genetik danışmanlık*, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 17 (4):62-66.

Özvarış ŞB, Koçoğlu OG, Akın A (2002) *Türkiye’de Akraba Evlilikleri*, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, Ankara.

Özvarış ŞB (2001) *Evlilik Öncesi Danışmanlık*, Ed: Beksac MS, Demir N, Koç A, *Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji/Obstetrik; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Medikal Network, s:124-127.

Rao PSS, İnbaraj SG (1977) *Inbreeding effects on human reproduction in Tamil Nadu of South india*, Annual Human Genetics, 41:87-98, London.

Saygılı S (1998) *Akraba evliliği*, Yeni Dünya Dergisi 5 (1), s:1-5.

Sharkia R, Zaid M, Athamna A, Cohen D, Azem A, Zalan A (2008) *The changing pattern of consanguinity in selected region of the Israeli Arap Community*, American Journal of Human Biology, 20:70-77.

Stenchever MA, Jones HW (1994) *Genetik Bozukluklar ve Seks Kromozom Anormallikleri*, Martin L Pernoll (ed), *Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*, Cilt I, Barış Kitabevi, ss:101-142, İstanbul.

Stephenson RG, O'Connor MR (2000), *Obstetrik and Gynecologic Care in Physical Therapy*, 2nd, Slack Incorporated, p:205-210, USA.

Stoltenberg C, Magnus P, Lie RT, Kjersti DA, Lorentz Mİ (1997) *Birth defects and parental consanguinity In Norway*, American Journal of Epidemiology, 145 (5).439-448.

Stoltenberg C, Magnus P, Skrondol A, Lie RT (1999) *Consanguinity and recurrence risk of birth defects: A Population Based Study*, American Journal of Medical Genetics, 82:423-428.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, (2004) *Biyoistatistik*, Hatiboğlu Yayınları, Ankara.

Şenel E, Şahin C, Süslü İ, Güntürk H (2009) *Lise öğrencilerinin akraba evliliği konusundaki bilgi düzeyi ve eğilimleri araştırması*, Türk Bilim Araştırma Vakfı (TÜBAV) Bilim Dergisi, 2 (3):317-326.

Şenol S, Aslantekin F (2006) *Genetik danışmanlık ve prenatal tanı testlerinde ebelik yaklaşımları*, Sağlık ve Toplum Dergisi, 16(2):6-14.

Tabak A (2008) *Endokrinoloji ve metabolizma polikliniğimizden takipli hastalarda akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğini etkileyen faktörler*, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Taşkın L, (2007) *Üreme Sisteminin Fizyolojisi*, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, s:49-68, Ankara.

Tavukçu N, İrgil E (2008) *Bursa Nilüfer halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde yaşayan kadınlarda akraba evlilikleri*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 7(2):107-112.

Tekbaş ÖF, Oğur R, Uçar M (2005) *Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının nedenlerinin araştırılması*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4 (3):120-128.

Tekşen F (2006) *Tıbbi Biyoloji ve Genetik Ders Kitabı*, 2.Baskı, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayınları, No:4, Ankara.

Timur S (1972), *Türkiye 'de Aile Yapısı*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, No: D-15, s: 69-91, Ankara.

Topuzoğlu A (2006) *Toplumda genetik hastalıklar ve genetik danışmanlık ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması*, [http://www.marmaramedicaljournal.org/pdf/pdf_MMJ_404.pdf], Erişim Tarihi: 02.03.2010.

Tunçbilek E, Ulusoy M (1989) *Consanguinity in Turkey in 1988*, Nüfus Bilim Dergisi, 11:35-46.

Tunçbilek E, Koç İ (1994) *Consanguineous marriage in Turkey and its impact on fertility and mortality*, Annual Human Genetics, 58:321-332.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf], *Ana Rapor*, Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1989) *Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu Raporu (6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Ö.İ.K. Raporu)*, Yayın No: DPT-2165-ÖİK:338, s: 50-58/105-106, Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2000) *Doğu Anadolu Projesi Ana Planı, Mevcut Durum ve Analizi/ Genel Değerlendirme, Nüfus Yapısı ve Toplumsal Hizmetler*, Cilt 1:189-205, Ankara.

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (2006) *Aile Yapısı Araştırması*, s:8, Ankara.

T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı (2003) *Engelli Çocuklar*, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Basımevi, Ankara.

T.C. Hükümeti-Unicef İşbirliği Programı/Ülke Programı (1991-1995) (1995) *Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi*, Yeniçağ Matbaası, s:251-156, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (2002) *Genetik Hastalıklar Sağlık Personeli İçin El Kitabı*, Ankara.

Ulusoy M (2002) *Düzce İli Gelişme Planı, Nüfus ve Sosyal Yapı Sektörü Raporu*, Düzce.

Uskun E (2001) *Akraba evlilikleri*, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 10 (2):54-56.

Yakıncı C (1999) *Malatya İli merkezinde akraba evlilikleri ve çocuk ölümlerine etkisi*, Klinik Bilimler, 5(1): 110-112.

Zencir S (2005) *Denizli İlinde akraba evliliği sıklığı ve tıbbi sonuçları*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi biyoloji Anabilim Dalı, Denizli.

Zlotogora J (1997) *Genetics disorders among Palestinian Arabs: 1. effects of consanguinity*, American Journal of Medical Genetics, 68:472-475.

World Health Organization (2008) *(Services for the prevention and management of genetic disorders and birth defects in developing countries report of a joint,* [<http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0301/18.htm>], Erişim Tarihi: 05.05.2008).

World Health Organization (1999) *The work of WHO in the Eastern Mediterranean region annual report of the regional director*,
[<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>], Erişim Tarihi:
09.05.2009.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1977 yılında Kayseri’de doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimin Aydın’da tamamladıktan sonra, 1998 yılında Muğla Üniversitesi Marmaris Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümüne girmiş ve 2002 yılında mezun olmuştur. 2003-2006 yılları arasında dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapmış ve 2007 yılında Adnan Menderes Üniversitesi’nin açmış olduğu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nın Yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması, gerçekleştirilmesi ve sonuçlandırılmasına kadar tüm aşamalarında sabrını ve sevgisini hiç esirgmeden, teşvik edici ve tezime yol gösterici yalnızca eğitimimde değil başka alanlarda da çok değerli katkılarından dolayı disiplinli ve güçlü duruşuyla saygıdeğer hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU'ya

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan sayın Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM'a ve Sayın Yard. Doç. Dr. Filiz ERGİN'e ve istatistiksel analizlerine değerli katkıları olan Doç. Dr. H. Erbay BARDAKÇIOĞLU'na,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli kadınlara ve destek olan arkadaşlarıma,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemyen ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan çok sevdiğim annem Mukadder ŞEN ve babam Mustafa ŞEN'e ve birbirinden değerli kardeşlerim Aydanur ŞEN ve Gülnur ŞEN'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER....

EKLER

EK 1. AYDIN İL MERKEZİNDE AKRABA EVLİLİĞİ SIKLIĞI VE AKRABA EVLİLİĞİNİN GEBELİK SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ ANKET FORMU

Türkiye’de her beş evlilikten biri akraba evliliğidir (%20.9). Akraba evliliği aynı atadan gelme durumu yani eşler arasında kan bağı bulunma durumudur. Akraba evliliği durumunda ortaya çıkabilecek olumsuz gebelik sonuçları görülmektedir (düşük, kısırlık, doğumsal anomali, zeka geriliği, görme ve işitme bozuklukları, talasemi vb...) Bu araştırma Aydın ilindeki 15-49 yaş evli kadınlar arasında akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorularımıza vereceğiniz cevaplar, sadece istatistikî bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Yerleşim yeri (Bölge Adı):

1. Yaşınız : (.....)

2. Eşinizin Yaşı: (.....)

3. Eğitim Durumunuz: 1- Okuryazar değil 2- Okuryazar 3- İlkokul mezunu
4- Ortaokul mezunu 5- Lise mezunu 6- Yüksekokul, üniversite mezunu

4. Eşinizin eğitim durumu:

1- Okuryazar değil 2- Okur-yazar 3- İlkokul mezunu
4- Orta okul mezunu 5- Lise mezunu 6- Yüksekokul, üniversite mezunu

5. Mesleğiniz/ Çalışma Durumunuz:

1- Ev hanımı 2- Memur 3- İşçi
4- Emekli 5- Gelir getiren bir işte çalışıyorum (serbest meslek)

6. Eşinizin mesleği:

1-Memur 2- İşçi 3- Emekli
4-Serbest Meslek 5- Herhangi bir işte çalışmıyor.

7. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir? 1-Köy 2- Kasaba (İlçe) 2- Şehir Merkezi

8. Sosyal güvenceniz:

1- Emekli Sandığı 2- SSK 3- Bağ-kur 4- Yeşil kart 5- Özel 6- Yok

9. Aile tipiniz nedir? 1- Çekirdek 2- Geniş

10. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Gelir giderden fazla 2- Gelir gidere eşit 3- Gelir giderden az

11. İlk evlilik yaşıınız: (.....)

12. Eşinizin ilk evlilik yaşı: (.....)

13. İnfertilite (kısırlık) öyküsü var mı? 1- Var 2- Yok 3- Bilmiyorum

14. İlk gebelik yaşıınız: (.....)

15. İlk doğum yaşıınız: (.....)

16. Toplam gebelik sayınız:

17. Canlı doğum sayısının:

18. Ölü doğum sayısının:

19. Ölü doğan bebekten analiz yapıldı mı? 1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum

20. Canlı doğup ilk beş yıl içinde ölen çocuk sayısı:

21. İlk beş yılda ölen çocuk için ölüm nedeni:

22. Toplam düşük sayısının:

23. Toplam isteyerek düşük (kürtaj) sayısının:

24. Düşük/Kürtaj materyalinden biyopsi örneği analizi yapıldı mı?

1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum

25. Cevabınız evet ise: (Tanısı.....)

26. Sezeryan sayısı:

27. Normal spontan doğum sayısı:

28. Forceps/ vakum ile doğum sayısı:

29. Yaşayan çocuk sayısı:

30. Yaşayan çocuklarda; Doğumsal defektler saptandı mı? 1- Evet 2- Hayır

31. Cevap 'evet' ise, kusur türü ve kesin tanısı nedir? Analiz Sonucu:

32. Çocuğunuzda/çocuklarınızda doğumsal mental reterdasyon (zeka geriliği) var mı?

1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum

33. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)

34. Çocuğunuzda/çocuklarınızda psikiyatrik bir problem var mı?

1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum

35. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)

36. Çocuğunuzun gelişim bozukluğu var mı? 1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum

37. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)
38. Çocuğunuzun cinsiyet gelişim bozukluğu var mı? 1- Evet 2- Hayır 3-Bilmiyorum
39. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)
40. Çocuğunuzun kronik metabolik hastalığı var mı?
1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum
41. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)
42. Sizde veya eşinizde bildiğiniz kalıtsal bir hastalık var mı?
1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum
43. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)
44. Sizin ve eşinizin ailesinde bildiğiniz kalıtsal hastalıklı kişi var mı?
1- Evet 2- Hayır 3- Bilmiyorum
45. Cevabınız evet ise; (Tanısı;.....)
46. Eşinizle akrabalık durumunuz:
1. Akrabalık var 2. Akrabalık yok
47. Cevabınız var ise; akrabalık dereceniz
1-Birinci derece kuzen evliliği (Amca, dayı, hala, teyze çocukları)
2- İkinci derece kuzen evliliği (Kardeş torunları) 3-Uzak akraba evliliği
48. Akraba Evliliği var ise; genetik danışmanlık aldınız mı veya genetik polikliniğine gittiniz mi?
1- Evet 2- Hayır
49. Akraba evliliğini seçme nedeniniz nedir?
(.....)
50. Sizce akraba evliliği yapmanın, doğacak çocukların sağlığı açısından herhangi bir sakıncası var mı?
1-Var 2- Yok 3- Bilmiyorum
51. Cevabınız var ise; akraba evliliği yapmanın, doğacak çocukların sağlığı açısından zararlı olduğunu kimden öğrendiniz? (birkaç şık işaretlenebilir)
1-Doktor 2- Hemşire 3- Ebe 4-Televizyon
5- Kitap 6-İnternet 7-Çevreden (Komşu/Arkadaş)
52. Çocuklarınızın akraba evliliği yapmasını nasıl karşılırsanız?
1- Onaylarım 2- Onaylamam 3- Diğer (.....)
53. Akraba evliliği yapmaktan memnun musunuz?
1-Memnumum 2-Memnun değilim

EK 2. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ÖN ONAYI



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/ 010-329
Konu :

5.11/200.8

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 30.10.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 29 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 29

Protokol No : 2008/00271
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO- Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Aydın il merkezinde akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisi" isimli araştırması görüşüldü.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi Ön onay verilen çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK 3. AYDIN VALİLİĞİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

AYDIN
03.09.2008

SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-020-
KONU: Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Şennur Rabia ŞEN 15.10.2008-15.01.2009 tarihleri arasında Aydın Merkez 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgelerinde "Aydın İl Merkezinde Akraba Evliliği ve Akraba Evliliğinin Gebelik Sonuçları İle İlişkisi" konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışmanın yapılabilmesini tensiplerinize arz ederim.

Dr. Hüsnü TIRPANCİ
Sağlık Müdürü

OLUR.

3/09/2008

O.Nuri ÇOBANOĞLU

Vali a.
Vali Yardımcısı

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ-(Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimi) Adres: Hasan Efendi Mah.
Gençlik Cad. No:3 www.aydin.saglik.gov.tr
Tel: 0. (256) 2135000 Faks: 0.(256) 2151611

EK 4. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞI UYGUNLUK ONAYI



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/010-83
Konu :

22.1.3.2009

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 25.03.2009 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 11 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 11

Protokol No : 2008/00271
Sorumlu Yürüttücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO- Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Etik Kurulun 30.10.2008 tarih, 13 sayılı ve 29 nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Aydın il merkezinde akraba evliliği sıklığı ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisi" isimli araştırmasının sonuç raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Türkiye’de her beş evlilikten biri akraba evliliğidir (%20.9). Akraba evliliği aynı atadan gelme durumu yani eşler arasında kan bağı bulunma durumudur. Akraba evliliği durumunda ortaya çıkabilecek olumsuz gebelik sonuçları görülmektedir (düşük, kısırlık, doğumsal anomali, zeka geriliği, görme ve işitme bozuklukları, talasemi vb...)

Bu araştırma Aydın ilindeki 15-49 yaş evli kadınlar arasında akraba evliliği sıklığını ve akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorularımıza vereceğiniz cevaplar, sadece istatistikî bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Bu çalışma ile; Aydın İl merkezindeki 15-49 yaş evli kadınlar arasında akraba evliliğinin gebelik sonuçları ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızda bilgileri toplayabilmemiz için 40 soruluk bir anket formu geliştirdik. Aydın İl Merkezinde bulunan 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 No’lu Sağlık Ocağı Bölgelerinden sistematik örneklem yöntemiyle belirlenen 15-49 yaş evli 330 kadınla yüz yüze görüşülecektir. Her bir kişiyle yaklaşık 15-20 dakika görüşmeyi planlıyoruz. Size herhangi bir uygulama-işlem yapılmayacaktır. Araştırmamıza katılmanız isteğe bağlıdır. Araştırmaya katıldığınızı kabul ettiğinize dair bu formu (bilgilendirilmiş olur formu) imzalamanız gerekiyor. Size ait tüm bilgilerin gizli tutulacağından emin olabilirsiniz.

Araştırma hakkında daha detaylı bilgiyi Yard. Doç. Dr. Hilmiye AKSU ve Şennur Rabia ŞEN’den alabilirsiniz. Araştırmamıza katıldığımız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Aydın İl Merkezinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğinin Gebelik Sonuçları İle İlişkisi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Yard. Doç. Dr. Hilmiye AKSU ve Şennur Rabia ŞEN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Yard.Doç. Dr. Hilmiye AKSU ve Şennur Rabia ŞEN’e çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
5. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

Doktorun adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

Tanığın adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

* Çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formunun gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.