

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**FETAL ANOMALİ NEDENİYLE MEDİKAL ABORTUS
ÖNERİLEN GEBELERDE AİLENİN KARARINDA ETKİLİ
OLAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

GÜLAY EKİNCİ

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. SEVİL İNAL**

**EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI**



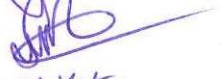

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programında Gülay Ekinci tarafından hazırlanan "Fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerde ailenin kararında etkili olan faktörlerin incelenmesi" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

30 / 06 / 2014

Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Doç. Dr. Sevil İnal SABİF EBELİK ABD	
2.Doç. Dr. Saadet Yazıcı SABİF EBELİK ABD	
3.Doç. Dr. Gülçin Bozkurt SABİF EBELİK ABD	
4.Doç. Dr. Nevin Şahin FLORENCE NIGHTINGALE HEM. FAK.	N. Kötay
5.Yrd. Doç. Dr. Duygu Gözen FLORENCE NIGHTINGALE HEM. FAK.	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gülay Ekinci



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans çalışmalarında ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve öğrencisi olmaktan memnuniyet duyduğum başta tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevil İNAL'a,

Destek ve anlayışları için Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu'na, önerilerini birikimlerini benimle paylaşan Doç. Dr. Gülçin BOZKURT'a, tezimin hazırlık ve istatistiksel analizler aşamasında rehberlik eden Sayın Doç. Dr. Ergül ASLAN'a,

Tez çalışmam sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. ebeleri, hemşirelerine, doktorlarına ve araştırmaya katılan gebe ve eşlerine

Bu günlere gelmemde en büyük payı olan kıymetli aileme sabır, destek ve güvenleri için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Fetal Anomali.....	3
2.2. Gebeliğin Oluşumu	4
2.2.1. Doğum Öncesi Gelişim Dönemleri.....	5
2.2.1.1. Zigot Dönemi	5
2.2.1.2. Embriyo Dönemi	5
2.2.1.3. Fetüs Dönemi	6
2.2.2. Doğum Öncesi Gelişimi Etkileyen Faktörler.....	6
2.2.2.1. Kalıtsal Faktörler	6
2.2.2.2. Çevresel Faktörler	7
2.3. Gebelik Öncesi Bakım	7
2.3.1. Gebelik Öncesi Danışmanlık	7
2.3.1.1. Gebelik Öncesi Danışmanlığın Yararları	8
2.3.1.2. Genetik Danışmanlıkta Sağlık Çalışanlarının Yapması Gerekenler	11
2.4. Prenatal Tanı	11
2.4.1. Prenatal Tanı Endikasyonları	12
2.4.2. Prenatal Tanı Yöntemleri	13
2.4.2.1. Girişimsel Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri.....	13
2.4.2.2. Girişimsel Prenatal Tanı Yöntemleri	15
2.4.3. Perinatal Dönemde Ebeğin Rolü.....	17

2.4.4. Prenatal Tanı Sonrası Gebeliğin Sonlandırılması	17
2.4.5. Medikal Abortus	18
2.5. Konjenital Anomalilerin Önlenebilmesi	19
2.5.1. Konjenital Anomalilerde Ebelerin Rolü	22
2.6. Düşük Yasaları.....	22
2.6.1. Dünyada İsteyerek Düşük Yasaları.....	22
2.6.2. Türkiye’de Düşük Yasaları	23
2.6.3. Fetüs Hakları	24
2.6.3.1. Yenidoğan Hakları Bildirgesi	25
2.7. Dini İnançların Gebeliğin Sonlandırılmasına Etkisi	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	28
3.2. Araştırma Soruları.....	28
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.7. Araştırmanın Uygulanması	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ	53
KAYNAKLAR	54
FORMLAR	61
ETİK KURUL KARARI	66
ÖZGEÇMİŞ	67

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4-2: Gebelerin Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması	35
Tablo 4-3: Gebelerin Önceki Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4-4: Gebelerin Özürlü Yaşayan Çocuğa Sahip Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması	38
Tablo 4-5: Gebelerin Mevcut Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 4-6: Gebelerin Verilen Bilgi Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4-7: Gebelerin Saptanan Anomali Hakkında Bilgi Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 4-8: Gebelerin Anomalinin Bebeği Etkileme Durumu Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 4-9: Gebelerin Anomalili Bebeğin Yaşam Beklentisi Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 4-10: Gebelerin Gebelikle İlgili Karar Verme Süresi Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 4-11: Gebelerin Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puan ve Alt Puanlar Açısından Karşılaştırılması.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Grafik 4-1.....	43
Grafik 4-2.....	44
Araştırma Deseni 1.....	29

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**USG:** ULTRASONOGRAFİ**IVF:** İN VİTRO FERTİLİZASYON**WHO:** WORLD HEALTH ORGANİZATIÖN (DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ)**MSS:** MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ**KVS:** KARDİYOVASKÜLER SİSTEM**SSS:** SANTRAL SİNİR SİSTEM**GÜS:** GENİTOÜRİNER SİSTEM**GİS:** GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

ÖZET

Ekinci, G. (2014). Fetal Anomali Nedeniyle Medikal Abortus Önerilen Gebelerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmada fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerde, ailenin kararında etkili olan faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgilerin, ebeler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının gebelere ve ailelerine yapacağı eğitim ve danışmanlık hizmetinin kapsam, içerik ve yönteminin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde yürütüldü. Hasta grubunu 01.09.2012 – 01.09.2013 tarihleri arasında prenatal tanı ve tedavi ünitesinde fetal anomali tanısı alan ve medikal abortus seçeneği sunulan 233 gebe oluşturdu. Gebelerin 122'si medikal abortusu kabul ederken 111'i doğum yapma kararı aldı. Verilerin elde edilmesinde araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen toplam 27 sorudan oluşan veri toplama formu kullanıldı. Veri toplama formunda; gebe ve eşinin sosyo-demografik özellikleri ve gebeliğin devamı veya sonlandırılmasında etkili olan faktörleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktaydı. Ayrıca medikal abortus yada doğum kararı almada dini yönelimin etkisini belirlemek için dini yönelim ölçeği kullanıldı.

Gebelerin yaş ortalaması $29,69 \pm 5,59$, eşlerinin yaş ortalaması $31,74 \pm 5,89$; gebelerin %43,5'i eşlerin %53,3'ü lise ve üstü eğitim almıştı; ailelerin akraba evliliği insidansı %15,7 bulundu; %92,6'sı doğal olarak gebe kalmıştı. Fetal anomali dağılımı incelendiğinde medikal abortus kararı alan ailelerin bebeklerinde 1. sırada %27,3 ile kromozomal anomaliler; doğum yapma kararı alan ailelerin bebeklerinde ise 1. sırada %28,7 ile KVS (Kardiyovasküler Sistem) anomalilerinin yer aldığı belirlendi. Medikal abortus kararı alan gebelerin bebeklerinde fiziksel ve zihinsel özür beklentisi doğum kararı alanlara göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Medikal abortus kararı alanlarda kararında etkili olan faktörler arasında 1. sırada 'Doktor/ebe/hemşirelerden alınan bilgiler yer alırken, doğum kararı alanlarda 1. sırada 'Kader inancı ve günah olacağı düşüncesi gibi dini nedenlerin yer aldığı görüldü. İki grubun dini yönelim puanları arasında fark olmasa da duygu alt puanı doğum kararı alanlarda anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Sonuç olarak, fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerde ailenin kararında; sağlık çalışanlarından alınan bilgi daha çok medikal abortus kararı almada etkili bulunurken, doğum kararı almada kader inancı ve günah olacağı düşüncesi gibi dini nedenler etkili bulundu.

Anahtar Kelimeler: fetal anomali, terminasyon, medikal abortus, ailenin kararı, ebelik

ABSTRACT

Ekinci, G. (2014). Investigation of the Factors Affecting the Family Decision of Pregnant Women Who Recommended Medical Abortion Because of Fetal Abnormalities. İstanbul University, Institute of Health Science, Midwifery Department. Master's Thesis. İstanbul.

Aim of this study is investigation of the factors that affecting the family decision of pregnant women who recommended medical abortion because of fetal abnormalities. The obtained information will help the health care workers to determination of the scope, content and method of training program for pregnant women and their family.

Study was conducted an obstetrics and gynecology service of an university hospital in İstanbul. Study was conducted between 01.09.2012 - 01.09.2013. Research group was occurred pregnant women who recommended medical abortion because of fetal abnormalities. 122 of the women are accepted medical abortion, 111 of the women are prefer to give birth. The questionnaire occurred some questions about; distributed to pregnant women, socio-demographic characteristics, and topics such as the factors effecting decision of pregnant women continuation or termination of pregnancy. Also the religious orientation scale was used evaluation of effect religious on decision of pregnant women about medical abortion or prefer on give birth.

The mean age of pregnant women are $29,69 \pm 5,59$ mean age of their partners are $31,74 \pm 5,89$; %43,5 of pregnant women, %53,3 of their partners are high school and later graduated; %15,7 have consanguineous marriage; %92,6 have pregnant with natural method. The chromosomal abnormalities are the first order with 27,3% of the women who accepted medical abortion. The Cardio Vascular System Abnormalities has the first order with 28,7% of the women who prefer to give birth their babies. Physical and mental disabilities levels of babies of pregnant women who accepted medical abortion were found statistically significantly higher than babies of pregnant women who prefer to give birth their babies. While the information received from health professionals was took first place effectively in decision of medical abortion of the pregnant women. Family members, beliefs about religious (believe in destiny and thought it would be a sin) was took first place effectively in decision of give birth their babies with abnormality. Although the religious orientation scores of the two groups were found similar the sub group "sense score" of who prefer to give birth their babies were found higher than women who prefer to give birth their babies.

As a result, while information received from health professionals were found more effective about medical abortion decision of women, the religious was found more effective about prefer to give birth of women.

Key Words: fetal anomaly, termination, medical abortion, family decision, midwifery

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde fetal ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MR), sitogenetik ve moleküler incelemeler gibi çeşitli yöntemlerle çok sayıda fetal hastalığa prenatal tanı koyulabilmektedir. Bunun yanı sıra ciddi mental veya fiziksel morbiditeye neden olan konjenital hastalıklar nedeniyle gebelikler sonlandırılabilir. Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması, özellikle de geç sonlandırma, etik ve yasal tartışmalara konu olmaktadır (Esmer,2012).

Gelişmiş ülkelerde konjenital anomaliler bebek ölümlerinin ana nedenidir. Konjenital anomaliler, kromozom anomalileri ve tek gen mutasyonları gibi genetik faktörlere, folik asit eksikliği yaratan beslenme alışkanlıklarına, sigara, alkol ve diğer çevresel toksik ajanlara bağlı olarak dünyanın çeşitli bölgelerinde farklı sıklıklarda görülmektedir (Altın, 2009; Şahin ve ark., 2006). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda %1 ile % 4 arasında değişen konjenital malformasyon sıklığı bildirilmektedir (Başara, 2006; Biri ve ark., 2005; Balcı ve ark.,2012; Kurdoğlu, 2009).

Konjenital anomaliler sıklıkla doğum öncesi tespit edilebilir. Anomalilerin doğum öncesi tanısı yaklaşık 40 yıldır yapılmaktadır. Doğum öncesi tanının ufukları sürekli genişletilmekte ve daha hızlı, daha az masraflı, gerek anne gerekse bebeğe daha az zararlı yöntemler geliştirilmektedir. Doğum öncesi tanıda erken tanı koymak ve sonuca göre gerekli kararı verebilmek çok önemlidir. Esas olan kullanılan yöntemleri gebeliğin sonlandırılması için bir araç olarak görmek değil; fetüsün durumu hakkında doğru bilgi edinmek ve aileye kendi kararlarını kişisel, sosyal ve etik ilkeler çerçevesinde vermesini sağlamaktır (Yararbaş, 2006). Teknolojik avantajlar ve kanunlarda yapılan değişiklikler 20. yüzyılın son çeyreğinde üremeye ilgili tutumlarda birçok değişikliğe yol açmıştır (Kenneth, 2002).

Prenatal tarama ve fetal anomali teşhisi çoğu gelişmiş ve birçok gelişmekte olan ülkede prenatal bakımın bir parçası haline gelmiştir (Altın, 2009). Anomaliler rutin tarama esnasında veya kalıtsal bir hastalık öyküsü nedeniyle spesifik olarak yapılan ultrasonografik değerlendirme sırasında tespit edilebilirler. Her bir minör ya da majör anomali aile için önemlidir (Kenneth, 2002). Sağlık çalışanları ve genetik danışmanlar doğru, açık olmalı ve önerilerinde yargılayıcı ve yönlendirici olmamalıdır. Prenatal olarak tespit edilen fetal anomalilerin kısa ve uzun dönem sonuçları hakkında ailelere doğru ve açıklayıcı bilgiler verilmelidir. Mevcut anomali hakkında bilgi verirken

psikolojik destek verilmesi de önerilmektedir. Genetik danışmanlığın önemli bir amacı danışmanlık alan kişilerin aldıkları bilgilerin ışığında en doğru kararı vermelerine olanak sağlamaktır (Altın, 2009).

Dünyada, her yıl ciddi doğumsal anomaliler nedeniyle 3,3 milyon 5 yaş altı çocuk ölmekte, dünyadaki tüm doğumların % 6'sı ciddi doğumsal anomali ile sonuçlanmakta ve bu bebeklerin % 60'ı fakir ülkelerde doğmaktadır (Mandıracioğlu, 2011). Konjenital anomaliler ölümcül olabilir veya normal yaşamı önemli bir şekilde etkileyecek derecede ağır olabilir. Bu durumda bazı ebeveynler gebeliğin sonlandırılması yönünde karar verirken diğerleri tercihen veya alternatifleri bulunmadığı için gebeliği devam ettirirler (Altın, 2009). Gebeler sadece tarama ve diagnostik prosedürlere yaklaşımlarında farklılık göstermekle kalmayıp ayrıca fetal anomali teşhisi sonrası gebeliğin devamı konusunda karar verirken de farklılık göstermektedirler. Prenatal dönemde ciddi fetal anomali tespit edildiğinde tüm çiftler gebeliği sonlandırmamaktadır (Altın, 2009). Prenatal dönemde fetal anomali tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik, kültürel, dini, maddi faktörler de etkili olmaktadır. Fetal anomali nedeniyle gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde verilen karar çok kişisel ve zordur. Prenatal dönemde tespit edilen fetal anomali çeşitliliği arttıkça ailelere verilen danışmanlık hizmeti de daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (Rafioğlu, 2007).

Bu kapsamda bu çalışmada; fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerde, ailenin kararında etkili olan faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgilerin, ebeler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının gebelere ve ailelerine yapacağı eğitim ve danışmanlık hizmetinin kapsam ve içeriğinin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fetal Anomali

Fetal anomali, bir fetüsün yapısı, şekli, fonksiyonunun anormal olması ve beklenenden ya da standart tipten herhangi bir şekilde sapmasıdır (Aksoy, 2001). Konjenital anomaliler, doğuştan var olan, yapısal, fonksiyonel ve biyokimyasal bozukluklardır (Balcı ve ark., 2012). Konjenital anomaliler rehabilitasyonları zor, tedavi masrafları yüksek, aile ve topluma çok büyük maddi ve manevi yükler getiren sağlık sorunlarıdır (Örs ve ark., 2012). Konjenital anomaliler tek ve primer defekt ile multipl konjenital anomaliler olmak üzere kabaca ikiye ayrılabilir. Majör konjenital anomaliler hayatı tehdit eder ya da hayatın devamında hastanın yaşam kalitesini sınırlar. Down Sendromu ve XXY sendromları hariç, multipl konjenital anomaliler 3000 canlı doğumda bir izlenir. Minör konjenital anomaliler ya tedavi gerektirmeyen, ya da basit müdahale ile düzeltilebilen, normalde popülasyonun %4'ünden daha azında görülen değişikliklerdir (Balcı ve ark., 2012). Ayrıca anal-sakrokoksegeal anomalilerle birlikte, konjenital teratomlar gibi tümöral oluşumlara da rastlanabilir (Aksoy, 2001).

Etiyolojisine yönelik yeterli veri bulunmayan konjenital anomaliler, az gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorundur (Balcı ve ark., 2012). WHO 2010 konjenital anomaliler araştırmasında, 2010 yılında 193 Ülkede 3.1 milyon yenidoğanın ölüm nedenlerini araştırmış ve 270.000 yenidoğanın ölüm sebebinin konjenital anomaliler olduğu belirlenmiştir (WHO, 2012).

Fetal anomaliler oluş dönemi ve etiyolojik etmenlere göre dört gruba ayrılır (Sezgin, 2013; Robins, 2013; Kurinczuk, 2010; Aksoy, 2001).

- 1- Malformasyonlar
- 2- Deformasyonlar
- 3- Disrupsiyonlar
- 4- Displazilar

1-) Malformasyonlar: Primer olarak bir organ veya dokunun morfogenezinin veya normal gelişiminin hatasıdır. Malformasyon bir organogenez defektidir. Organogenez gebeliğin 8–10. haftasında tamamlanmaktadır (Altın, 2009; Aksoy, 2001; Sezgin, 2013). Malformasyonlar tek başına/sendrom ve asosiyasyon gibi diğer anomali kombinasyonlarıyla birlikte de görülebilirler (Aksoy, 2001).

2-) Deformasyonlar: Vücutun bir bölgesinin anormal bir postürde uzamış mekanik baskı ve fetüsün hareketini azaltan herhangi bir faktör nedeniyle anormal bir şekil almasıdır (Kurinczuk, 2010). Deformasyon embriyogenenezis sonrası ile doğum öncesi periyod arasındaki dönemde oluşan anomalilerdir (Sezgin, 2013). Başlangıçta organın ya da vücutun bir kısmı normal gelişmiştir ancak dıştan ya da bazen iç baskıyla ortaya çıkan sekonder değişiklikler meydana gelir (Aksoy, 2001; Robins, 2013).

3-) Disrupsiyonlar: Bir organın, bir kısmının ya da vücutun büyük bir kısmının gelişimi başlangıçta normaldir. Ancak gelişim devam ederken, herhangi bir dış etkenle gelişimin bozulması ya da kesintiye uğraması sonucu ortaya çıkan morfolojik defektir (Aksoy, 2001; Robins, 2013).

4-) Displaziler: Spesifik doku tipi içinde klinik olarak belirgin yapısal değişikliklere neden olan anormal hücrel organizasyon veya görevi tanımlar (Kurinczuk, 2010). Hemen hemen tüm displaziler majör mutant gen sonucu oluşmaktadır. Örnek olarak metabolik hastalıklar verilebilir. Çoğu displastik durumun önemli bir özelliği onların devam eden süreçleridir. Dokunun kendisi anormal olduğu için, doku büyümeye veya görevini yapmaya devam ettiği sürece klinik etkiler kötüleşebilir. Displazi hayat boyu dismorfik değişiklikler üretmeye devam edebilir (Altın, 2009; Robins, 2013).

2.2. Gebeliğin Oluşumu

İnsan hayatı annenin yumurtasının babadan gelen sperm hücresi ile birleşmesi sonucunda başlar. Bu olaya döllenme (fertilizasyon) denir. Spermin yumurtayı dölediği an yaklaşık olarak 280 gün sürecek olan bu dönemde bebeğin gelişim aşamalarını, annenin sağlığına etkilerini bilmek hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından çok önemlidir. Çocuğun büyüme ve gelişmesinin temeli doğum öncesi dönemde atılır. Bu dönemdeki ayrıntılı takip, gözlemler ve gerekli durumlarda yapılacak tahlil ve incelemelerle anne ve bebek için risk oluşturulabilecek nedenlerin zamanında fark edilmesi ve gereken önlemlerin alınması mümkün olabilir (MEGEP, 2007). Anomaliler embriyonik dönemdeki patolojik gelişimden kaynaklanır. Anomalili embriyolar çoğunlukla ya implante olamaz ya da implantasyon sonrası ölürlür. Bu embriyoların az bir kısmı gelişmeye devam eder ve anomalili bebekler olarak doğarlar (Altın, 2009).

2.2.1. Doğum Öncesi Gelişim Dönemleri

Doğum öncesi gelişim üç dönemde incelenebilir.

- Zigot Dönemi
- Embriyo Dönemi
- Fetüs Dönemi

2.2.1.1. Zigot Dönemi

Döllenmeden başlayıp ikinci haftanın sonuna kadar olan döneme zigot dönemi denir. Sperm tarafından döllenmiş yumurta hücresi hızla bölünerek çoğalmaya başlar. Bu olay, hücrelerin değişerek vücut dokularını ve organlarını oluşturmasındaki ilk aşamadır. Döllenmiş ve bölünmeye başlamış yumurta, fallop tüpünün de yardımıyla rahime kadar gelir ve rahim duvarına tutunur. Büyüklüğü ancak bir toplu iğne başı kadar olan zigot, hayatının hiçbir döneminde ulaşamayacağı bir hızla büyüme ve gelişme gösterir. Zigot üç tabakadan oluşur ve doğacak bebeğin çeşitli organları bu tabakalardan gelişir (MEGEP, 2007).

Dış tabaka (Endoderm); Sinir sistemi, deri, tırnaklar, diş mineleri ve saçları oluşturacak tabakadır.

Orta tabaka (Mezoderm); Kaslar, kemikler, dolaşım sistemi ve böbreklerin oluştuğu tabakadır.

İç tabaka (Ektoderm); Sindirim ve solunum sistemleriyle salgı bezlerini oluşturur (MEGEP, 2007).

2.2.1.2. Embriyo Dönemi

Döllenmeden sonraki 3. haftanın başından, 8. haftanın sonuna kadar olan dönemi kapsar. Embriyonun büyüklüğü bir yer fıstığı kadardır ve yavaş yavaş şeklini almaya başlamıştır. Embriyo henüz çok küçüktür ve etrafındaki amnios kesesi içindeki sıvı oldukça fazladır. Embriyo bu dönemde bacaklarını sallayarak amnios kesesi içinde yüzer. Bu dönemde anne embriyonun hareketlerini henüz hissetmez. Başta kalp, beyin, sinir sistemi olmak üzere insan vücudunu oluşturacak organlar şekillenmeye bu dönemde başlar. Bu sebeple embriyo döneminde anne sağlığının bozulması embriyoyu olumsuz yönde etkiler. 8. haftada bebeğin kalbinin atmaya başladığı düşünülmektedir ve bu canlanma zamanı olarak kabul edilir (MEGEP, 2007).

Organogenez dönemi; embriyonun teratojenik uyarılara en duyarlı olduğu ve major anatomik malformasyonların çoğunun köken aldığı dönemdir. Bu dönemde teratojenik etken dokularda ya hücre ölümüne neden olmakta ya da hücrelerde etki yaparak dokuda hipoplazi, hiperplazi, hücre deformasyonu ve hücre göçünü önleme gibi olaylara neden olmaktadır (Şirin, 2008).

2.2.1.3. Fetüs Dönemi

Gebeliğin 9. haftasından başlayarak doğuma kadar geçen süreye fetüs dönemi, bu dönemde anne karnındaki bebeğe de fetüs denir. Geçici organlar adı verilen plasenta ve göbek kordonu 3. ayda gelişimini tamamlar. Cinsiyetin belirlenmesi döllenme esnasında gerçekleşmiş olsa da, dış üreme organlarının ayırt edilmesi ile dişi veya erkek cinsiyet 4. ayda görülebilmektedir. 4. aydan sonra anne fetüsün hareketlerini hisseder. İşitme duyusu 4-5. aylarda gelişmeye başlar. 5. aydan itibaren fetüs başparmağını emmeye başlar. 6 aylık olduğunda tat alma hücreleri olgunlaşır ve tatları ayırt edebilecek duruma gelir. 6.ayda gözler biçimini almıştır ve her yöne bakabilecek özelliği kazanmıştır. 7. ayda fetüs anne rahminin dışında yaşayabilecek yeteneği büyük ölçüde kazanmıştır. 37- 40. haftalarda fetüsün artık bütün ana sistemleri gelişmiş durumdadır. Tamamen olgunlaşmış bebeğin hareket edebilecek yeri azalmıştır. Son haftalarda fetüsün hareketlerinin az hissedilmesinin bir sebebi de budur. Normal canlı doğum 40. haftada gerçekleşir (MEGEP, 2007).

2.2.2. Doğum Öncesi Gelişimi Etkileyen Faktörler

Bebeğin anne karnındaki gelişimini etkileyen birçok faktör vardır. Bunları kalıtsal ve çevresel faktörler olarak iki grupta inceleyebiliriz (MEGEP, 2007).

2.2.2.1. Kalıtsal Faktörler

Fenilketonüri, Ailevi Akdeniz Ateşi, Akdeniz Anemisi, Kistik Fibrozis gibi tek gen bozukluğu hastalıkları, Down Sendromu, Trizomi 18, Trizomi 13 gibi gen yapılarında bozukluğa neden olan hastalıklar, diyabet, hemofili, kalıtsal kalp hastalığı gibi genler yoluyla anne ya da babadan bebeğe geçen hastalıklar doğum öncesi gelişimi etkileyen kalıtsal faktörlerdendir (MEGEP, 2007). Akrabalık (kan bağı) konjenital anomalilerde, yenidoğan ve çocukluk çağı ölümlerinin oluşmasında iki kat etkili olmaktadır (WHO, 2012; Kurinczuk, 2010).

2.2.2.2. Çevresel Faktörler

Gebe kadının geçirdiği enfeksiyon hastalıkları, annenin frengi, sarılık, yüksek tansiyon, şişmanlık, şeker, kronik metabolizma hastalığının olması fetüsü olumsuz etkileyen anneye bağlı çevresel faktörlerdir. Ayrıca anne-baba arasındaki kan uyuşmazlığı, anne rahmindeki yapısal bozukluklar, göbek kordonunun gereğinden uzun ya da kısa olması, amnios sıvısının az ya da çok olması, annenin yeterli ve dengeli beslenmemesi fetüsü doğum öncesi dönemde olumsuz etkileyen bazı çevresel faktörlerdendir. Gebe kadının sigara içmesi, alkol, uyuşturucu kullanması, yeterli oksijen alamaması, hamilelik döneminde radyasyona maruz kalması, çoğul gebelik, anne adayının yaşı, gebelikte kullanılan ilaçlar da fetüsü doğum öncesinde olumsuz etkilemektedir. Gebenin yoğun stres yaşaması, ani olarak heyecanlanması, düşmesi ya da darbe alması da fetüsün gelişimine zarar verebilir. Bütün bu ve benzeri faktörler düşük, erken veya ölü doğuma neden olabileceği gibi organ eksikliği, vücut faaliyetlerinde gerilik ve kalıcı hastalıklar gibi tedavisi mümkün olmayan arızalar da bırakabilir (MEGEP, 2007; Pansky, 2013; WHO, 2012; Kurinczuk, 2010).

2.3. Gebelik Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım, sağlıklı gebeliklerin saptanması ve devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi açısından önem taşımakla birlikte anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz olabilecek faktörlerin saptanması ve giderilmesi aslında gebelik öncesi danışmanlıkla başlar. Gebelik öncesi dönemde; yaşam şekli, beslenme, ilaç kullanımı ile ilgili olarak ebeler ve diğer sağlık çalışanlarınca yapılan öneriler bu dönemde annenin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesinde faydalı olacaktır (Şahin ve ark., 2012).

2.3.1. Gebelik Öncesi Danışmanlık

Gebelik öncesi danışmanlığın amacı, gebelikte normalden sapmaları erken dönemde tanımlamak, acil ve uygun girişimleri başlatmak, gebenin fiziksel ve emosyonel sağlığını en yüksek düzeyde tutmak, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, hem aileye hem de topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktır.

Gebelik öncesi danışmanlık hizmetleri;

1. Düzenli ve dikkatli izlenimlerle riskleri erken belirlemek,
2. Risklerin oluşturacağı olumsuzlukları önlemek için gerekli girişimleri zamanında uygulamak,
3. Bireye, yapılan tüm uygulamaları anlatmak,
4. Gebeliğin kadın üzerine oluşturabileceği fiziksel ve emosyonel değişiklikleri en aza indirmek,
5. Gebelikte oluşabilecek her durum için anne adayının bilgilendirilmesini sağlamaktır (Şahin ve ark., 2012).

2.3.1.1. Gebelik Öncesi Danışmanlığın Yararları

Gebelik öncesi danışmanlık, gebeliğin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı geçirilmesini gebeliği komplikasyonsuz, doğumun kolay ve sağlıklı gerçekleşmesine olanak sağlar, anne, bebek ölümleri ve hastalıkları azalır (Şahin ve ark., 2012).

Gebelik öncesi dönemde danışmanlık gerektiren durumlar:

1. Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, diabetes mellitus, epilepsi gibi ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan gebelerde, gebelik yönünden bir risk olmadığını belirledikten sonra gebe kalması gerektiği vurgulanmalıdır. Kronik hastalıkları nedeniyle ilaç kullanan ve korunmayıp gebe kalmak isteyen kadınlarda bu ilaçların fetüs için teratojen olmayan ilaçlar arasından seçilmeli, antikonvülzan özellikle de valproik asit kullanmak zorunda olan epileptik hastalarda gebelik öncesi dönemde folik asit destek tedavisine başlanmalıdır. Kronik hipertansiyonlu bir annenin gebeliği sırasında preeklampsi, böbrek yetmezliği ve fetal gelişme geriliği açısından sıkı bir şekilde takip edilmesi gereklidir. Epilepsili annelerin bebeklerinde, kullanılan antiepileptik ilaçlar veya genetik yatkınlık nedeni ile %4–8 oranında konjenital malformasyon riskinde artış görülmektedir. Gebe kadınların yaklaşık %10'unda depresyon görülmektedir. Trisiklik antidepressan ve selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin herhangi bir teratojenik etkisi bugüne kadar gösterilmemiştir ve gebelik öncesinde kullanılabilir (Şahin ve ark., 2012; Taruscio ve ark., 2012).

2. Folik asit desteği: Folik asit yokluğunda eritrositlerin bölünmesi zayıflar, büyürler ve sayıları azalır. Gebelik, hücre bölünmesinin arttığı bir süreçtir ve bu nedenle folik asitin yeterli alınması gerekmektedir (Şirin, 2008). Bu desteğin gebelik öncesi dönemde başlanması oluşan gebelikte nöral tüp defekti (NTD) görülme olasılığını azaltmaktadır. Bu destek tedavi (400 mikrogram/G) planlanan gebelikten en az 2 ay önce başlanmalı ve gebeliğin 3. ayına kadar devam edilmelidir (Şahin ve ark., 2012).

3. Kızamıkçık immünizasyonunun sorgulanması:Kadına kızamıkçık geçirip geçirmediği sorulmalı, gerekirse aşılama önerilmelidir (Şahin ve ark., 2012; WHO, 2012).

4. Akraba evliliği ve genetik hastalıkların sorgulanması: Ailede tekrarlayan konjenital fetal anomalileri olanlar gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere yönlendirilmelidir. Özellikle akraba evliliği yapmış olan gebelerde bu konu daha büyük önem taşır (Şahin ve ark., 2012).

5. İlaçlar ve radyasyon: Korunmayan ve gebe kalmayı bekleyen annelerin gereksiz ilaç kullanımından kaçınmaları, tanı ve tedavileri gereken durumlarda ilgili hekimleri korunmadıkları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde aydınlatmaları önerilmelidir (Şahin ve ark., 2012; Taruscio ve ark., 2012).

6. Madde bağımlılığı: Sigara, alkol ve diğer madde bağımlılığı olanlar bu alışkanlıklarından kurtulmaları yönünde bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Sigara içmek düşük, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve anne karnında ölüm ve çocuklarda dikkat bozukluğu riskini arttırmaktadır. Alkol bağımlılığı bebekte zekâ geriliği, malformasyon, gelişme geriliği ve davranış bozukluğuna neden olabilmektedir. Gebelik öncesinde danışmanlık veren sağlık personeli ile çalışma koşulları ve ev ortamı hakkında herhangi bir tehlike var mı yok mu konuşulması gerekir. Eğer iş yerinde bebek için tehlikeli olabilecek bir ortam varsa özel giysiler veya gereçler kullanarak bebek korunabilir veya gebelik öncesi ve gebelik sırasında kısa bir dönem için iş yeri değişikliği de yapılabilir (Şahin ve ark., 2012; WHO, 2012).

7. Beslenme: Gebelerin sağlıklı ve dengeli beslenmeleri önerilmelidir. Fazla miktarda vitamin A, vitamin D ve kafeinin toksik etkileri vardır. Yüksek miktarda kafeinin düşük riskini ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini arttırdığı saptanmıştır (Şahin ve ark., 2012). Gebelik öncesi bir kadının günde 1200 mg kalsiyum alması gerekmektedir. Gebelik öncesi obez olan annelerin bebeklerinde spina bifida, el ve ayaklarda veya parmaklarda eksiklik ve kalbin doğuştan anormallikleri, anorektal atrezi, hipospadias,

diafragmatik herni, omfalosel gibi yapısal bozuklukların, obez olmayan annelerin bebekleri ile karşılaştırıldığında daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca obez olan kadınlarda; doğurganlıkla ilgili problem oluşturma, gebelikte komplikasyon gelişmesine de daha sık rastlanmaktadır. Gebelik öncesi çok düşük kiloda olmak ise, hem gebe kalmayı zorlaştırdığı gibi hem de düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini de arttırmaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi gerekiyorsa ideal kiloda olmak için bir diyetisyenden yardım alınabilir (Şahin ve ark., 2012; Taruscio ve ark., 2012).

8. Risk faktörlerinin belirlenmesi: Gebelik öncesi dönemde başvuranların kan gruplarının tayini yapılmalı, adolesan veya 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak bu dönemde daha yakın bir takip gerekeceği vurgulanmalıdır. Gebelik sırasında toksoplazma, sitomegalovirüs ve parvovirus B12 ile karşılaşılırsa, bebekte birtakım anormallikler görülebilir. Risk altındaki anne adaylarının sık sık ellerini yıkamaları ve eldiven giymeleri önerilir. Gebelik öncesi HIV testi yaptırmak önemlidir. Gebelik öncesi HIV'in zidovudin (Retrovir) ile tedavisinin fetüse HIV virüsünü geçişini %25,5 den %8,3'e düşürdüğü gösterilmiştir. Ayrıca sifiliz için de tarama yapılmalıdır. HIV ve sifiliz ne kadar erken tedavi olursa bebeğe geçiş riski de o kadar azalmaktadır. Risk altındaki anne adayları (sağlık personeli gibi), daha önce hepatit B aşısı yaptırmamış iseler mutlaka aşılanmalıdır (Şahin ve ark., 2012).

9. Doğum öncesi bakım konusunda bilgilendirme: Gebeler gebelik oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Gebelik döneminde annenin yaşam şekli, alışkanlıkları gebelik sonrası aile planlaması ve emzirme ile ilgili önerilerin yapılması gerekmektedir. Gebelik izlemlerine eşin ve aile bireylerinin katılımı önemlidir. Gebelik öncesi, kadının psikososyal yardım, destek grupları veya var olan yakınmalarına yönelik tedavi programları hakkında danışmanlığa ihtiyacı vardır. Kadına danışmanlık hizmeti verebilecek birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri arasında ebeler temel koruyucu rolleri ve ulaşılabilirlikleri ile en önemli sağlık personelidir. Gebelik hizmetlerini yürüten ebeler gebelik öncesi, gebelik, doğum ve postpartum periyod süresince kadının ve bebeğin bakımında danışman, eğitici, uygulayıcı ve araştırmacı rolleriyle önemli görevler üstlenmektedirler (Şahin ve ark., 2012; Taruscio ve ark., 2012).

2.3.1.2. Genetik Danışmanlıkta Sağlık Çalışanlarının Yapması Gerekenler

- Tüm sağlık çalışanları genetik danışmanlık konusunda güncel bilgilere sahip olmalı,
- Aile planlamasında etkili yöntem kullanımı ve planlanmış gebeliklerin oranını artırarak sağlıklı gebeliklerin oranını artırmak için her fırsatı değerlendirmeli,
- Nöral tüp defektlerinin önlenmesinde dengeli beslenmenin sağlanması, gebelik öncesi başlayıp gebeliğin ilk 3 ayında devam etmek üzere folik asit alımının önemi hakkında bilgilendirme yapmalı,
- Düzenli doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum, yeni doğan bakımı ve önemi hakkında bilgilendirme yapmalı,
- Anne ve babaların risk faktörleri konusunda uyarmalı,
- Akraba evliliklerinin sakıncalarının anlatmalı,
- Gebelikte ilaç kullanımı konusunda bilgilendirme yapmalı
- Gebelikte teratojenik maddeler konusunda bilgilendirme yapmalı,
- İleri yaş gebelerin doğum öncesi tanı yöntemlerinden yararlanmalarının gereği hakkında bilgilendirilmeli ve bu konuda hizmet alabilecekleri merkezlere yönlendirmeli
- Doğumsal anomalili veya kalıtsal hastalıklı bebeği olan, sık düşük ve ölü doğum yapan, ailesinde genetik hastalık taşıyıcılığı bulunan veya risk yaklaşımı gerektiren gebelerin ileri düzeyde danışmanlık almak üzere ilgili merkezlere yönlendirmeli,
- Genetik danışmanlıkta basit, anlaşılır bir dil kullanarak danışmanlık için başvuranın bilinçli karar vermesini sağlayan bir yöntem kullanılmalıdır (Şahin ve ark., 2012).

2.4. Prenatal Tanı

Fetüs veya embriyodaki hastalıkların doğum öncesi dönemde tespit edilmesi işlemidir (Yüreğir ve ark., 2012). Fetüse ait birçok yapısal ve fonksiyonel anomalinin tanınabilmesi prenatal tanı yöntemleri ile mümkün olabilmektedir. Böylece aileye fetüsün durumu ile ilgili gerekli genetik danışmanlık ve bilgilendirme yapılabilmekte, doğum veya gebelik terminasyonları uygun şekilde planlanabilmektedir (Koç ve ark., 2011). Prenatal tanı testleri için en ideal anomalisi olan bebeğin mümkün olan en erken dönemde tanınarak ailenin onayı ile gebeliğin tahliye edilmesidir. Bu türden değerlendirmelerin özellikle dışarıdan fark edilebilen hamilelik belirtilerinin ortaya çıkmasından önce tamamlanması ailede psikolojik olarak bir rahatlama sağlamaktadır.

Neticenin pozitif olması durumunda ortaya çıkabilecek bazı sosyal etkilerden ailenin korunmasında önemlidir. Kromozom anomalisi tespit edilmiş bir fetüsün tahliyesi, gebeliğin ilerlemesi ile tıbbi olarak daha zor bir hala gelmekte ve müdahalenin boyutunu büyötmektedir. Bu nedenle mümkün olduğu kadar erken dönemde güvenilir sonuçlar veren tarama testlerine ihtiyaç vardır (Diribaş ve ark., 2002).

Hem yenidoğan döneminde hem de yaşamın ileri dönemlerinde yüksek morbite ve mortaliteye neden olması hem de ebeveynin ve hatta çevrenin psikososyal ve ekonomik hayat kalitesinin bozulmasına aynı zamanda da ülkenin ciddi ekonomik kayıplara neden olan bu defektlerin prenatal dönemde tanınması ve bu durumun aile ile paylaşılarak, aileye danışmanlık verilerek etik kurallar çerçevesinde gebelikle ilgili kararın verilmesi antenatal bakımın en önemli amaçlarından biridir. Mortalite ve morbiditelerinin yüksek olmasından dolayı, prenatal dönemde tanınabilmeleri önemlidir. Birinci trimesterde gerçekleşen abortların %50'si, intrauterin fetal kayıpların ise %5'i kromozomal anomalilerden kaynaklanmaktadır (Aydoğmuş ve ark., 2007).

Prenatal tanı ile özellikle risk taşıyan gebeliklerde bebeğe henüz anne karnındayken tanı konulması mümkün olmaktadır. Prenatal tanı aynı zamanda hastalığın varsa doğum öncesi tedavisine ve doğum sonrası gerekli önlemlerin alınmasına, tedavi planlanmasına olanak vermektedir. Bu yöntemler ile tanısı konulan bazı hastalıklar için yasal çerçeveler dahilinde ailenin isteği doğrultusunda gebeliklerin sonlandırılması da mümkün olabilmektedir (Yüreğir ve ark.,2012; Birgen ve ark., 2009).

2.4.1. Prenatal Tanı Endikasyonları

Prenatal tanının kime yapılması gerektiği gerçekten ülkelerin sağlık politikalarına, toplumların gereksinimlerine göre yanıtlanması gereken bir sorudur. Prenatal tanı "*isteyene yapılmalıdır*" diye bir formül geliştirmek mümkündür. İyi bir şekilde bilgilendirme ve aydınlatma bu noktada esastır. Hastanın uygulanacak prenatal testin doğruluk yüzdesini, olası komplikasyonlarını, bu testten elde edilecek bir sonucun gerekliliklerinin ne olduğunu iyice anladıktan sonra karar vermesini sağlayacak kadar bilgilendirilmesi gerekir (Yüreğir ve ark., 2012).

2.4.2. Prenatal Tanı Yöntemleri

Prenatal tanı testleri günlük pratiğimizde **invaziv olan (girişimsel) ve invaziv olmayan (girişimsel olmayan) testler** olarak ikiye ayrılmaktadır (Yüreğir ve ark., 2012).

—**Girişimsel olmayan (invaziv olmayan):** USG’li incelemeler, anne kanında çalışılan biyokimyasal testler, anne kanında fetal hücre elde edilmesine yönelik çalışmalar ve diğer testlerdir (Yararbaş ve ark., 2006).

—**Girişimsel (invaziv olan):** Fetal hastalığın erken tanısına yönelik, fetüsün bulunduğu ortama girilerek hücre, doku alınmasına yönelik uygulamalar (Yararbaş ve ark., 2006).

2.4.2.1. Girişimsel Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri

1) USG (Ultrasonografi) ile İnceleme

Günümüzde çoğu gelişmiş ülkede rutin ultrasonografi, prenatal bakımın bir parçası haline gelmiştir (Altın, 2009). Birçok konjenital anomaliye USG ile tanı konabilmektedir. Bebek üzerinde olumsuz etkilenme olmaması ve annenin rahatlığı açısından en güvenli yöntem USG’dir (Yararbaş ve ark., 2006). Rutin ultrasonografik inceleme gebeliğin ilk 3 ayında ve fetal anomali tarama amaçlı gebeliğin 18–20. haftalarında yapılmaktadır (Altın, 2009). Birçok Avrupa ülkesini kapsayan çok merkezli çalışmalarla USG’nin doğum öncesi tanı koymada etkinliği araştırılmış ve USG bulguları ile fetal sendromların %50’sinin başka bir yöntemle gerek kalmadan tanısının konabildiği gösterilmiştir (Yararbaş ve ark., 2006).

Doğum öncesi dönemde yapılan USG’li değerlendirme esas olarak 2 gruba ayrılabilir; fetal değerlendirmeye yönelik USG ve girişimsel yöntemlere rehber olarak kullanılan USG. Fetal değerlendirmeye yönelik uygulanan USG, ne kadar ayrıntılı yapılırsa fetal malformasyon tanısının konması o kadar mümkün olur. Genetik USG özellikle prenatal tanı amacı gütmektedir. Gelişmiş aletlerle yapılır; ancak değerlendirenin bilgi ve tecrübesi başarı oranını etkilemektedir (Yararbaş ve ark., 2006).

2) Biyokimyasal Testler

- Üçlü tarama testi (ÜTT)

Biyokimyasal genetiğin bir uygulama alanı olarak kabul edilen ÜTT, rutin kullanıma girmiş 3 parametrenin maternal serumda test edilmesi ve bunun istatistiksel veriler kullanılarak değerlendirilmesi esasına dayanır (Yararbaş ve ark., 2006). Klasik

olarak human koryonik gonadotropin (hCG), alfa-Fetoprotein (AFP) ve unkonjuge östriolden (uE3) seviyelerinin ölçülmelerini kapsar (Ergün, 2007; Tunçbilek, 2011). Her birinin serum düzeyi, aynı gestasyonel yaştaki kadınlar göz önüne alınarak “Multiple of Median (MoM)” değeri olarak rapor edilir ve anne yaşı da kullanılarak risk hesabı yapılır (Yararbaş ve ark., 2006). Günümüzde üçlü tarama testleri prenatal risk değerlendirilmesi amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır. 16–18. gebelik haftası (GH) arası gebelerde yapılan Üçlü Tarama Testinin (AFP, hCG, E3) % 5 yalancı pozitiflik oranı ile % 60 doğruluk oranı olduğu bilinmektedir (Ergün, 2007). Genelde 1/250 ve üzeri riskli kabul edilmektedir. Tüm bu sonuçlara göre ÜTT'nin etkili ve gerekli bir yöntem olduğu sonucuna varılmaktadır (Yararbaş ve ark., 2006).

- **Erken Tarama Testi**

“Pregnancy Associated Plasma Protein-A (PAPP-A)” Down sendromu için bir ilk trimestre belirteci olarak kabul edilmektedir. Serbest B-hCG ile birlikte kullanıldığında ve yaş bağımlı risk de hesaplandığında 8–13. haftalar arasında %50–60 oranında duyarlılık elde edilebilmektedir. Erken tarama testi, bu 2 parametreye NT ölçümleri eklenerek oluşturulmuştur. Böylece girişimsel yöntem kullanmadan %75–90 arası duyarlılık oranının yakalandığı belirtilmektedir (Yararbaş ve ark., 2006).

- **Diğer Testler**

• **İdrar metabolitlerinin kombine edildiği tarama testleri:**

Anne yaşı ile beraber serum AFP düzeyine ek olarak idrarda B-kor fragman-hCG (B-kor fragman hCG, hCG'nin bir yıkım ürünüdür) ve total uE3'ün ölçüldüğü çalışmalar mevcuttur. Down sendromunda B-kor fragman hCG oranı idrarda artarken, total uE3 düzeyleri azalmaktadır (Yararbaş ve ark., 2006).

• **Vitamin B12-folat metabolizması ve down sendromu:**

Down sendromunun mayoz sırasında normal kromozom dağılımında meydana gelen hatalar nedeniyle oluştuğu bilinmektedir. Hücresel folat ve metil donörlerindeki yetersizlik, anormal DNA metilasyonu, DNA kırıkları, hatalı rekombinasyon ve anormal segregasyona neden olmaktadır (Yararbaş ve ark., 2006).

• **Hiperglikozile hCG-invaziv trofoblastik antijen (İTA):**

hCG gebenin serum ve idrarında çeşitli formlarda bulunabilir; bunlardan bir tanesi İTA olarak bilinen hiperglikozile formudur. İTA invaziv sitotrofoblastik hücrelerden salgınır; dolayısıyla invaziv trofoblastik hastalıklarda oranı artar, aynı

zamanda erken gebelikte, implantasyonu takiben 3 hafta içinde oranı yüksektir (Yararbaş ve ark., 2006).

- **A Disintegrin And Metalloproteinaz 12 (ADAM12):**

Bir IGF Bağlayan Protein-3 (IGFBP-3) ve IGFBP-5 proteazıdır ve gebe serumunda tespit edilebilir. ADAM12 proteolitik ve hücrel adezyon aktivitelerine sahip multi domainli bir glikoprotein ailesindedir. İnsanda uzun ve kısa formlarda bulunur (Yararbaş ve ark., 2006).

3) Maternal Kanda Fetal Hücreler ve Fetal DNA

Gün geçtikçe daha büyük önem kazanmaktadır; hatta geleceğin altın standart tanı yöntemi olmaya aday gösterilmektedir. Fetal anöploidisi olan olguların da yaklaşık %75'inde en az bir patolojik hücre bulunabilmektedir (Yararbaş ve ark., 2006).

2.4.2.2. Girişimsel Prenatal Tanı Yöntemleri

Tüm invaziv girişimler fetüs için belirli oranlarda fetal yaralanma ve ölüm riskleri taşır. Bu bağlamda tanısız girişimin ne olduğu, amaçları ve olasılık dahilindeki komplikasyonları aileye anlaşılabilir bir dille anlatılmalı ve ailenin onayı alınmalıdır. Ayrıca invaziv girişimlerin fetö-maternal kanamaya yol açma riskleri nedeni ile RhD uygunsuzluğu olan gebelerde anti-D proflaksisi unutulmamalıdır (Koç ve ark., 2011). Teknolojideki gelişmeler fetüsü bir hasta olarak karşımıza çıkarmıştır; Ancak fetüse ulaşılması zordur ve sürekli gelişen bir yapıya sahiptir. Klasik olarak amniyosentez, koryon villus örnekleme (CVS) ve kordosentez kullanılarak doğum öncesi genetik tanının konması mümkündür. Bunların dışında çöломik sıvı örnekleme ile de fetal hücrelere erişilmektedir (Yararbaş ve ark., 2006).

İnvaziv girişim yapılmadan önce uygun laboratuvar testleri planlanmalıdır. Özellikle aile öyküsü nedeniyle yapılacak moleküler düzeydeki testler için ailede hangi mutasyonun bulunduğu önceden bilinmesi önemlidir bu nedenle aileden detaylı öykü alınmalı ve aile ağacı çizilmelidir. Hastaların bir kısmı düşük tehlikesi nedeniyle invaziv tanı testini kabul etmemektedir. Bu nedenle tarama testi yapılacak hasta ve hasta yakınlarını test yaptırmadan önce testin yararları ve komplikasyonları konusunda iyi bilgilendirilmeli ve uygulanacak işlem veya işlemler için hasta olur formu doldurulmalıdır (Yüreğir ve ark., 2012).

1) Amniyosentez

Hamileliğin 16-18. haftalarında uygulanır. Bebeğin içinde yüzdüğü amniyon sıvısından 15 cc.lik bir örnek alınır. Bu sıvı bebeğin ağız epitelinde dökülen hücreleri içerir. Elde edilen hücreler özel ortamlarda kültür edilerek enzim, DNA ve kromozom analizi yapılır. Amniyosentezde %0,5 düşük riski vardır (Tunçbilek, 2011). Alınmasındaki kolaylık ve yansıttığı metabolik durumların önemi, amniyon sıvısını vazgeçilmez tanı aracı haline getirmiştir (Yararbaş ve ark., 2006).

2) Koryon villüs biyopsisi (CVS)

Hamileliğin 9-12. haftalarında uygulanır. Plasentadan biyopsi ile doku örneği alınır. Elde edilen hücreler kullanılarak sitogenetik kromozom analizi yapılır. Koryon villüs biyopsisinde %1 düşük riski vardır (Tunçbilek, 2011). CVS'nin avantajı daha erken dönemde uygulanabilmesidir (Yararbaş ve ark., 2006).

3) Kordosentez

Umbilikal arter veya venden iğne ile girilerek kan alınmasıdır. Kordosentez için en uygun dönem 20-28. gebelik haftalarıdır. Geç dönemde uygulanabilirliği bir dezavantaj olmasına rağmen, kısa sürede sonuç alınması nedeniyle, özellikle gecikmiş olgularda tercih edilmektedir (Yararbaş ve ark., 2006).

4) Çöломik Sıvı Örnekleme:

Gebeliğin ilk 12 haftasında ekstra embriyonik mezodermde gelişen çöломik kavite, amniyon kesesini çevrelemekte ve sıvı içermektedir. Bu sıvı direkt fetal kökenli hücreleri (ekstraembriyonik mezoderm) içerdiğinden genetik tanı amaçlı kullanılabilir (Yararbaş ve ark., 2006).

İnvaziv testler için prenatal tanı endikasyonları:

- İleri anne veya baba yaş durumu (Kadınlarda 35 yaş-sayısal kromozom hastalıkları risk artışı nedeniyle)
- Fetal USG'de anomali saptanması
- Ebeveynlerde dengeli translokasyon taşıyıcılığı öyküsü bulunması
- Ailenin daha önceki çocuklarında kromozom bozukluğu veya doğum anomalisi görülmesi, kötü obstetrik öykü
- Ailede genetik geçişli hastalık öyküsü bulunması
- Annede biyokimyasal tarama testlerinde risk saptanması
- Ebeveynlerde bilinen tek gen hastalığı veya taşıyıcılığı öyküsü
- Maternal anksiyete de sosyal endikasyon olarak sıralanabilir (Yüreğir ve ark., 2012).

2.4.3. Perinatal Dönemde Ebeinin Rolü

Perinatal periyot, gebeliğin 20. haftasında başlayan ve yenidoğanın yaşamının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsar. Bu dönemdeki bakım hizmetlerinden yararlanacak olan hedef kitle, sağlıklı/ hasta gebe, fetüs, lohusa ve yenidoğan ile birlikte yaşadıkları aile üyeleridir.

Perinatal süreçte ebelik girişimleri; gebe/lohusa ve ailesinin yeni duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyum sağlayabilmesi, eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve rehber olmayı kapsar (Doğan, 2012).

“Ruhani Ebelik” kitabının yazarı Ina May Gaskin “Doğumda bir kadın tanrıça gibi görülmüyorsa, birileri ona yeterince destek vermiyordur” diyerek desteğin önemini vurgulamıştır (Doğan, 2012).

Ebeinin doğum sonu döneme ait değişiklikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimler doğrultusunda bilgilendirip, destek olabilmesi için yeterli bilgi, donanıma ve beceriye sahip olması gerekir (Doğan, 2012).

Perinatal süreçte ebeinin rolleri:

- Anne ölümlerine neden olan sorunları önlemek
- Gebenin gebeliğe uyumunu sağlamak
- Olabilecek sağlık sorunların erken dönemde belirlemek ve gidermek
- Gebenin kendi sağlık sorumluluğunu almasını sağlamak
- Doğum ağrısıyla baş etme tekniklerini öğretmek
- Anne- bebek bağlanmasını sağlamak ve desteklemek
- Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek (Doğan, 2012).

2.4.4. Prenatal Tanı Sonrası Gebeliğin Sonlandırılması

Prenatal tanıya yönelik yapılan girişimsel yöntemler sonrasında bulunan patolojik sonuçlar saptandığında gebeliğin sonlandırılması seçeneği gündeme gelmektedir (Yararbaş ve ark., 2006). Dünya Tıp Birliğinin 1970 yılında yayınladığı Oslo Bildirgesi ‘Tedavi Amacı İle Kürtaj Uygulanması’ ile ilgilidir. Bu bildirmede Cenevre bildirgesinde belirtilen “İnsan yaşamına dölleme anından itibaren saygı göstereceğim” Cümlesi vurgulandıktan sonra, ilgili ülkenin yasaları izin vermesi durumunda, gebeliği sonlandırmanın gerekli olduğunu iki hekimin yazılı olarak belirtmesi ve gebeliğin sonlandırılmasının yetkili mercilerce, yetkinlikleri kabul edilmiş

hekimler tarafından gerçekleştirilmesi koşulu ile kürtaj uygulamalarını kabul etmektedir (Çokar, 2006).

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması hem sağlık çalışanları hem de aile için oldukça zor bir karardır. Bu nedenle obstetrisyen, perinatoloji uzmanı, klinik genetik uzmanı, pediatrik cerrah, neonatolog, pediatrik ürolog, pediatrik nörolog ve pediatrik nörocerrah gibi farklı branş uzmanlarından bazılarının bir araya geldiği kurullarda, saptanan anomalinin ağırlığı ve tedavi edilebilirliği tartışılmalı, gereğinde multi-disipliner yaklaşımla medikal abortus seçeneği sunulmalıdır. Burada önemli olan sonlandırma seçeneğinin aileye bir öneri olarak değil, bir alternatif olarak sunulmasıdır. Sağlık çalışanları danışmanlık verirken kendi duygu ve düşüncelerini yansıtmadan, detaylı bir şekilde seçeneklerden bahsetmelidir (Esmer, 2012). Bununla birlikte hekimlerin özerkliğine saygı olarak, ‘inancı gereği kürtaj uygulamak veya önermek istemeyen’ hekimlere, hastanın bakımının devamlılığının güvence altına alınması koşulu ile hasta bir başka hekimin sorumluluğuna verildikten sonra tedaviden çekilme hakkı tanınmıştır (Çokar, 2006).

Anne adayları ve aileler gebeliğin devamı veya sonlandırılması konusundaki kararlarını hiçbir etki altında kalmadan özgür bir şekilde vermelidirler. Gebeliği sonlandırma isteği kişiden kişiye büyük değişiklikler göstermektedir. Gestasyonel yaş, anomalinin ciddiyeti ve yaşamla bağdaşması, santral sinir sistemi tutulumu, kromozom anomalisi varlığı ve eğitim seviyesi ailenin kararını etkileyen faktörlerdir (Esmer, 2012).

2.4.5. Medikal Abortus

Medikal abortus, tıbbi tahliye, terapötik abortus tanımlamaları aynı anlamda kullanılan kavramlar olup, ülkemizde 1983 yılında çıkarılan "2827 sayılı Nüfus Planlaması hakkında Kanun" ve 18 Aralık 1983 tarihli "510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" ile düzenlemiştir (Çokar, 2006).

Medikal abortus (Terapötik abortus), Tıbbi endikasyonlar nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasıdır (Yaşar, 2006). Maternal ağır sistemik hastalıklar, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, gebelik psikozu, sarılık, kanser veya fetüste anomali tespit edilmişse, gebelikte teratojenik ilaç kullanılmışsa, özellikle ilk üç ayda TORCH enfeksiyonu

geçirilmişse, genetik hastalık tespit edilmişse, pelvise aşırı radyasyon uygulanmışsa, fenilketonuri-galaktozemi gibi doğuştan metabolik hastalıklar varsa, medikal abortus ailenin kararıyla medikal abortus uygulanabilir (Yaşar, 2006).

Fetüse 23. gebelik haftasından sonra fetosit (fetal kalp aktivitesinin durdurulması) yapılması gerekli olmaktadır. Fetosit, ultrasonografi eşliğinde fetüsün kalbine potasyum klorür enjekte edilerek yapılır. Doğum eyleminin indüksiyonunda ise gebelik haftasına göre ayarlanan dozlarda önce misoprostol ile serviks olgunlaştırılır, ardından oksitosin ile uterus kontraksiyonları başlatılır. Gebeliğin tahliyesinden sonra gerekli olduğu durumlarda küretaj yapılarak kalan plasental dokular boşaltılarak işleme son verilir (Esmer, 2012).

Birinci trimester gebeliklerin sonlandırılmasında cerrahi yöntem (genellikle dilatasyon ve küretaj-D&C) kullanılabildiği gibi 2. trimesterdeki gebeliklerin sonlandırılması için de cerrahi kullanılabilmektedir. Fakat 2. trimester gebeliklerde fetal-plasental ünitelerin geniş olması, artmış uterin kan akımı ve olgunlaşmamış serviks varlığı işlemi komplike hale getirmektedir. Bu nedenle 1970'lerde prostaglandinlerin kullanıma girmesi ile birlikte günümüzde gebeliği sonlandırma prostaglandinler ile gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde prostaglandinler arasında en sık kullanılanı misoprostoldür. Misoprostol gebelik sonlandırmalarında intravajinal, intraservikal, oral, sublingual ve rektal gibi çeşitli yollar ile kullanılmaktadır (Öztürka ve ark., 2005).

2.5. Konjenital Anomalilerin Önlenebilmesi

Konjenital anomalilerin önlenmesinde, aşağıdaki önlemler etkili olmaktadır.

➤ Temel Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Etkin, ulaşılabilir, aile planlaması hizmetleri, önlenebilir risk faktörleri konusunda bilgilendirme, prekonsepsiyonel bakım, prenatal tarama ve bakım, yenidoğan bakımı ve anomalilerin erken tanısı ile olur (Güngör, 2011; Taruscio ve ark., 2012).

➤ İleri Yaş Gebeliklerin Önlenmesi

Kromozomal anomalileri önlemenin en iyi yolu 35 yaş üzeri gebeliklerin azaltılmasıdır(Şahin ve ark., 2006). Planlanan çocuk sayısının 35 yaşından önce tamamlanmasını destekleyen aile planlaması programlarının rolü önemlidir. Bu strateji ile aile planlaması programlarının yaygınlaştığı 1950–1975 yılları arasında Down Sendromu prevalansının binde 2,5'tan binde 1'e düştüğü görülmüştür (Güngör, 2011).

➤ **Folik Asit Desteği**

Folik asit içeren ilaçların ulaşılabilir olması, tahıllar gibi temel gıda maddelerine folik asit ilave edilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi gibi girişimler etkili olmaktadır önemlidir (Güngör, 2011; Taruscio ve ark., 2012).

➤ **Tuz'un İyodizasyonu**

İyot eksiliğinden dolayı fetal beyin gelişiminin bozulmasına bağlı olarak yaygın görülen mental ve gelişim geriliği, kretenizm ve konjenital hipotiroidizmi önlemek amacıyla evrensel düzeyde, tuza 25-50mg/kg iyot ilavesi önerilmektedir (Güngör, 2011).

➤ **Rubella Immunizasyonu**

Rubella 10. gebelik haftasına kadar katarakt ve kalp anomalilerine; 10–16 haftalar arasında işitme kaybı ve retinopatiye neden olabilmektedir. Kadınlar reme çağına gelmeden önce rubellaya karşı aşılanmalıdır (Güngör, 2011).

➤ **Gebelikte Alkol Kullanımın Sınırlandırılması**

Önlenebilir anomali nedenlerinin basında gelmektedir. Fetal alkol sendromuna ilişkin konjenital anomaliler, sinir sistemi ile ilgili gelişimsel bozukluklar ve mental retardasyonun önlenmesini amaçlar. Prekonsepsiyonel danışmanlık, Toplum sağlığı mesajları, Genetik tarama ve danışmanlık planlanmalıdır (Güngör, 2011).

➤ **Gebelikte Teratojenik İlaç Maruziyetinin nlenmesi**

İlaçların %80'inin gebelikte güvenli olup olmadığı bilinmemektedir. Zorunlu olmadıkça ilaç kullanılmaması, Fetal yarar–zarar dengesi göz önüne alınmalı, Reçetesiz ilaç kullanımının önlenmelidir (Güngör, 2011; Taruscio ve ark., 2012).

➤ **evresel Teratojenlere Maruziyetin nlenmesi**

Solvent, civa, kurşun, anestetik gazlar, radyasyon, pestisit gibi mesleki risk oluşturan teratojenlerden korunma ile ilgili temel korunma önlemleri konusunda kurumsal ve yasal düzenlemeler oluşturulmalı, kurumsal sağlık personelinin üreme çağındaki bireylerde bilinç düzeyini arttırmayı hedefleyen eğitim programları planlanmalı, teratojene maruziyetin derecesinin düzenli kontrolü yapılmalı ve fiziksel semptomlara duyarlı olunmalıdır (Güngör, 2011; Taruscio ve ark., 2012).

➤ **Maliyet-Etkin Toplum Sağlığı Programları**

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum sağlığı kampanyaları, bilinçlendirme eğitimleri yapılmalıdır (Güngör, 2011).

➤ **Konjenital Anomalilerin Erken Tanı ve Tedavisi**

Anomalili çocuklar ve yetişkinler mümkün olan en iyi bakıma, ilaç ve cerrahi tedavilere ulaşabilmeli, Anomalili doğan çocukların erken tanısı ile tedaviler en erken dönemde başlatılmalı, Konjenital anomalili doğan çocukların ebeveynleri, çocuğa ve ebeveynlere fiziksel, psikolojik, ekonomik destek sağlayan organizasyonlara yönlendirilmelidir (Güngör, 2011; Şahin ve ark, 2006).

➤ **Genetik Tarama Programları**

Etkili, maliyet-etkin, rutin genetik tarama ve tanı testlerinin uygulanması, önleme ve tedavi seçenekleri, ebeveynlerin özgür ve bilinçli kararlar almalarına yardım edecek genetik danışmanlık yapılmalıdır (Güngör, 2011).

➤ **Epidemiyolojik Verilerin Toplanması**

Sorunun ülkedeki boyutu ve önceliklerinin tespiti yapılmalıdır. Yenidoğan ve çocuk ölümleri ve nedenleri ile ilgili ulusal veriler elde edilmeli, doğumsal anomalilerin tanısı, kayıtlar ve izlemlerle ilgili dokümantasyon sistemleri oluşturulmalıdır (Güngör, 2011).

➤ **Ulusal Sağlık Politikası ve Stratejiler**

Doğumsal anomalilerin bireylere ve ülkeye olan etkilerini azaltmayı hedefleyen ulusal stratejiler belirlenmeli, sağlık politikası ile ilgili liderler, bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak aktiviteleri planlamalı, yürütmeli ve izlemelidir (Güngör, 2011).

➤ **Toplum Sağlığı Hizmetlerinin İzlenmesi, Denetlenmesi ve Geliştirme**

Doğumsal anomalilerin önlenmesi ve etkisinin azaltılmasında etkili olduğu kanıtlanmış stratejilerin uygulamaya geçirecek şekilde toplum sağlığı hizmetlerinin kapasitesini güçlendirmeli, Hizmetlerin düzenlenmesi, izlenmesi ve denetimi yapılmalı, Klinik etkililik ve maliyet etkinlik değerlendirilmelidir (Güngör, 2011; Şahin ve ark., 2006).

➤ **Eğitime Yönelik Önlemler**

Ebe/Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim programlarında bu konulara yer verilmeli, Sağlık personeline yönelik, genetik öykü alma, risklerin belirlenmesi, önlemler, tarama-tanı testleri, danışmanlık gerektiren durumlar gibi temel konuları içeren eğitim programları düzenlenmeli, tıbbi genetik uzmanları, toplum sağlığı

profesyonelleri, hasta aileleri ve sivil toplum kuruluşları gibi multidisipliner katılımlı workshop çalışmaları yapılmalıdır (Güngör, 2011; Şahin ve ark., 2006).

2.5.1. Konjenital Anomalilerde Ebelerin Rolü

Koruyucu sağlık hizmetlerinde ebenin konumu vazgeçilmezdir.

Primer korunmada; aile planlaması, aşılama, prenatal bakım, folik asit desteği, teratojenler gibi riskler ile ilgili sağlık eğitimi, genetik risklerin değerlendirilmesi, prekonsepsiyonel danışmanlık, genetik danışmanlık ekibindeki rolü ebe/hemşirenin primer korunmadaki rolleri arasında sayılabilir (Güngör, 2011).

Sekonder korunmada; yenidoğan taramaları ile erken dönemde tedavinin başlaması, prenatal tarama ve tanı testlerinin yapılması, prenatal bakımda daha kompleks medikal durumların tedavisi ve bakımındaki rolü sayılabilir (Güngör, 2011).

Tersiyer korunmada; etkilenmiş çocuk ve ailesinin fiziksel ve sosyal rehabilitasyonunu kapsar. Kadın Sağlığı-Üreme Sağlığı-Aile Planlaması Kliniklerinde, Prenatal Hizmetlerde, Doğumhane, Loğusa ve Yenidoğan Servislerinde, Pediatri servislerinde çalışan ebeler bu alanda girişimlerde bulunabilir. Ebe/Hemşire bu alanlarda hizmet verirken, koruyucu hizmetlerdeki uygulayıcı rollerinin yanı sıra toplum sağlığı ve bireysel eğitimler ve ebe öğrencilerin eğitiminde eğitici rolü, genetik danışmanlık rolü, hizmetlerin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesinde yöneticilik rolü, hastanın yönlendirilmesi, organizasyon ve sunulan hizmetlerin koordinasyonunda koordinatör rolü, ulusal epidemiyolojik verilerin oluşturulması, anomalilerin birey ve aileye etkileri gibi konularda araştırmacı rolü, etkilenmiş çocuk ve ailesinin fiziksel ve sosyal rehabilitasyonundaki rehabilite edici rolü, hastaların yasal haklarını bildirmek ve korumadaki görevleri ile hasta hakları savunucusu rolü olmak üzere pek çok rolü bulunmaktadır (Güngör, 2011).

2.6. Düşük Yasaları

2.6.1. Dünyada İsteyerek Düşük Yasaları

Fransa, İngiltere, Galler, Belçika, Finlandiya, Norveç, Vietnam ve İsveç'te; fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması terme kadar uygulanabilmektedir (Altın, 2009; Çokar, 2009; Birgen ve ark., 2009; Esmer, 2012). İsviçre, Nepal ve Burkina

Faso’da; Fetal anomali nedeniyle terme kadar gebelik sonlandırılmasına izin verilmektedir (Çokar, 2009; Esmer, 2012). İsrail’de; gebelik sonlandırma komitesi tarafından 24. gebelik haftasından önce major konjenital malformasyonlar yasal olarak sonlandırılabilir (Altın, 2009; Çokar, 2009; Esmer, 2012). Hong Kong, Hollanda, Britanya, Çin ve Portekiz’de; fetal anomali nedeniyle 24. gebelik haftasına kadar terminasyon uygulanabilmekte, ancak 24. gebelik haftasından sonra tüm koşullarda yasal değildir (Altın, 2009; Çokar, 2009; Esmer, 2012). Hindistan’da; fetal anomali nedeniyle 20. gebelik haftasına kadar gebelik sonlandırılmasına izin verilmektedir (Çokar, 2009; Esmer, 2012). Lübnan’da; Fetal anomali nedeniyle 22. gebelik haftasına kadar gebeliğin sonlandırılması uygulanabilmektedir (Altın, 2009; Çokar, 2009; Esmer, 2012). Brezilya’da; Fetal nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırılması yasal değildir. Ancak sadece doğum sonrası fetal ölümün gerçekleşeceği kesin olgularda avukatın yardımı ile yargıdan izin alınarak gebeliğin sonlandırılması işlemi yapılabilmektedir (Çokar, 2009; Esmer, 2012). Suudi Arabistan’da; Fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması konsepsiyondan sonraki ilk 120 gün içinde yasaldır (Altın, 2009; Çokar, 2009; Esmer, 2012). İran’da; Fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması 1. trimesterde yasaldır (Altın, 2009; Çokar, 2009; Esmer, 2012).

2.6.2. Türkiye’de Düşük Yasaları

Tıbbi tahliye ile ilgili yasalarda bulunması gereken hususlar, tıbbi tahliyenin organizasyonu ve tıbbi tahliye kavramı içine girmesi öngörülen anomalilerin belirlenmesine yardımcı olmaktır (Birgen ve ark., 2009). Gebelik tahliyesi, canlı, yaşayan bir fetüsün yaşamına son vermek anlamına gelmektedir. Gebeliğin sonlandırılması, bir yaşama son vermek olduğundan, doğal olarak ahlaki, dini ve sosyal tartışmaları da içermektedir (Birgen ve ark., 2009).

Cumhuriyet döneminde Türkiye’de isteyerek düşük konusunda, ceza yasası kapsamı dışında ayrıntılı olarak ilk kez 1965 yılında 557 sayılı “**Nüfus Planlaması Hakkında Kanun**” ile düzenlenmiştir. Bu yasa ile “Gebeliğin ana hayatını tehdit ettiği veya edeceği, rüşeymin veya ceninin gelişmesini imkânsız kılan veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyet teşkil edecek hallerde” gebeliğin sonlandırılması serbest hale getirilmiştir (Çokar, 2009).

Ülkemiz de ki yasalar 10. gebelik haftasından önce tamamen isteğe bağlı olarak gebelik sonlandırılmalarını mümkün kılmaktadır. Bahsedilen hafta üzerinde gebelik sonlandırılması ise “Tıbbi tahliye” kavramı içine girmekte ve anne veya fetüse ait önemli bir gerekçeye bağlı olması gerekmektedir (Birgen ve ark., 2009). Ülkemizdeki isteyerek düşük mevzuatını başlıca iki yasa oluşturmaktadır. Bunlardan bir tanesi, kapsamında isteyerek düşük hizmetlerinin de tanımlandığı 27 Mayıs 1983 tarihinde 18059 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan, 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”dur. Bu Yasa, 10 Eylül 1983 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 507 sayılı “Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik”, 6 Ekim 1983 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 509 sayılı “Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği” ve 18 Aralık 1983 tarihinde 18255 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 510 sayılı “Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük” ile desteklenmektedir (Çokar, 2006; Birsen ve ark., 2009). Kanuna göre, gebelik süresi, 10 haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir. Aynı yıl çıkarılan bir tüzük ile de, 10. haftadan sonra gebelik sonlandırılması ancak, tüzükte belirtilmiş olan liste de sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Ülkemiz de yasal anlamda, Tıbbi tahliye için bir gebelik haftası sınırı yoktur (Birgen ve ark., 2009).

2.6.3. Fetüs Hakları

Birçok ülke tarafından 1989 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 5. Maddesinde fetüs ile ilgili gözetme yetkisinin anne ve babada olduğu, 6. maddesinde fetüse yönelik kriminal abortusların azaltılması gerektiği ve özürlü yeni doğanların de diğer bebekler gibi haklara sahip oldukları vurgulanmış, ancak gebelik sonlandırması ile ilgili kesin yaklaşımlardan kaçınılmıştır.

Günümüzde fetal tıptaki gelişmeler sayesinde fetüste bir hasta gibi tanı ve tedavi imkânlarından yararlanabilmektedir. Bazen annenin istekleri tıbbi gerçeklerle

uyuşmayabilmektedir. Anne hakları ile fetüsün hakları çatıştığında bir ikilem yaşanmakta ve çözümü zor durumlar ortaya çıkmaktadır (Yayla, 2013b).

Ülkemizde, Türk Medeni Kanununun 27. maddesinde kişinin şahsiyetinin sağ olarak doğduğu andan itibaren başladığı belirtilmiştir. Aynı kanunda medeni hakkın implantasyonla başladığı da vurgulanmıştır. Yani embriyo dahi medeni haklara sahiptir (Yayla, 2013b). Sonuç olarak gebelik bir bütündür ve anne ile fetüs bu bütünün parçalarıdır. Anne ve fetüs ayrı hakları olan iki ayrı kişi olarak ele alınmamalıdır. Fetüsü koruyacak her türlü girişim gebelikte öncelikle annenin kararlarına saygı gösterilerek yapılmalıdır. Anne adaylarının sağlık, kişilik ve insanlık hakları gebelik sonuna ertelenmemelidir. Prenatal tanı ile ilgili yapılabilecek her şey fetüsün yaşama sınırından önce tamamlanmış olmalıdır. Ancak gerektiğinde anne adayına taşıdığı fetüse karşı kişisel sorumlulukları olduğu hatırlatılmalıdır. Yaşam sınırını geçmiş her fetüs artık hasta olarak kabul edilmeli ve ailenin gebelik sonlandırması yönündeki telkinleri ön plana çıkarılmamalıdır. Kısa ve uzun vadeli yeni tedavi yöntemleri iyi bilinmeli, çözümü olan durumlarda yanlış endikasyon ile gebelikler sonlandırılmamalıdır. Her türlü karar öncesinde konsültasyon ve etik kurul danışmanlığına baş vurulmalı, disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır (Yayla, 2013b).

2.6.3.1. Yenidoğan Hakları Bildirgesi

1. İnsan hakları evrensel bildirisi yaşamın tüm evrelerini içerir.
2. Kız veya erkek, bir insan olarak yenidoğanın özlük hakkı her değer üzerinde.
3. Her yenidoğanın yaşama hakkı vardır.
4. Her yenidoğan kültürel, politik veya dini nedenlerle yaşamının riske edilmemesi hakkına sahiptir.
5. Her yenidoğanın doğru kimlik, aile ve uyruğa sahip olma hakkı vardır.
6. Her yenidoğan hayatının geri kalan kısmında kendisine optimal fiziksel, ruhsal, dinsel, ahlaki ve sosyal gelişimini sağlayacak sağlık hizmetini, duygusal ve sosyal bakımı alma hakkına sahiptir.
7. Her yenidoğan büyümesini sağlayacak doğru beslenme hakkına sahiptir. Annenin emzirmesi teşvik edilmeli ve destek olunmalıdır.
8. Her yenidoğan doğru tıbbi bakım alma hakkına sahiptir.

9.Gebe kadın yaşarla bağdaşmayan anomalili bir fetüs taşıyorsa yaşadığı ülkenin kanunları çerçevesinde gebeliğe devam etme veya gebeliği sonlandırma hakkına sahiptir.

10.İmmatüritesi en düşük viyabilite sınırının altında olan yenidoğanı hayatta tutabilmek için çaba gösterilmemelidir.

11.Her yenidoğan ülkenin mevcut sosyal koruma ve güvenlik haklarından yararlanma hakkına sahiptir.

12.Yenidoğan ebeveyninin isteği olmadan onlardan ayrılmamalıdır.

13.Evlat edinme durumunda, evlat edinilen yenidoğan en iyi şartlara sahip olmalıdır.

14.Silahlı çatışma olan ülkelerde tüm yenidoğanlar ve gebe kadınlar korunma hakkına sahiptirler (Atasay ve ark.,2001).

2.7. Dini İnançların Gebeliğin Sonlandırılmasına Etkisi

Daha önceki dönemlerde olduğu gibi halen daha düşüğe başvuruyu ahlaki açıdan kısıtlayan önemli unsurlardan bir tanesi din olmaya devam etmektedir. Ancak bu konuda toplumsal denetimin sağlanması, hekimlerin de katkısıyla devlet tarafından yasalarla sağlanmıştır. İsteyerek düşüğün doğru olmadığı yönündeki ahlaki yargıların gerekçelerinden bir tanesi, anne karnındaki fetüsün yaşamının sonlandırılmasının, bir insanın yaşamının sonlandırılmasıyla eşdeğer olduğu görüşüdür ve bu görüş, 1960'lara gelinceye kadar isteyerek düşük ile ilgili kısıtlayıcı yasal düzenlemelerin gerekçesini oluşturmuştur. Başlangıcından itibaren Kilise, düşüğü günah olarak kabul etmiş, ancak ilk yıllarda, düşük Kilise tarafından doğrudan "öldürme" ile ilgili bir günah sayılmamıştır. 19. yüzyıla kadar devlet Hıristiyan ülkelerde düşüğü yasaklamamış ve Kilise de yasaklamanın öncülüğünü yapmamıştır. Düşüğe karşı devlet tarafından bir engel anlamında ilk yasa İngiltere'de 1803 yılında çıkarılmış, bunu ABD izlemiştir (Çokar, 2009).

Düşüğün aniden bir cinayet ve günah haline gelmesinde ve 19. yüzyılın ortalarında düşüğün yasadışı ilan edilmesinde liberal-hümanist eğilimler ve buna bağlı püritan ahlaki ve dinsel değerler etkili olmuştur (Çokar, 2006). Bugün İslam dünyasında gebeliğin sonlandırılmasının kabul edilmediği ancak annenin yaşamının ve sağlığının tehlikede olduğu durumlarda veya ağır özürlü bir doğum söz konusu olduğunda gebeliğin sonlandırılmasına izin verildiği söylenebilir. Ancak gebeliğin sonlandırılması

için geçerli bir neden olmalıdır (Altın, 2009; Çokar, 2009). Hristiyanlıkta ise günümüzde Katolik görüş, gebelik sonlandırmasının her türüne karsıdır. Ancak annenin tedavisi sırasında fetüsün öleceği biliniyorsa annenin tedavisine izin verilir. Museviler yaşamın doğumdan sonra başladığına inandıklarından gebeliğin sonlandırılmasına olan temel yaklaşım annenin korunmasıdır. Bu nedenle annenin yaşamı tehlikede olduğunda gebeliğin sonlandırılmasına izin verilir (Altın, 2009; Çokar, 2009).

İsteyerek düşük yasal olsa bile, dinsel veya ahlaki nedenlerle isteyerek düşük uygulamasına karşı olan sağlık personeli, bazı ülkelerde isteyerek düşük yapmayı reddedebilmektedir. Üreme sağlığı hizmetlerinde çalışan sağlık personeli genellikle inançlarını ileri sürerek isteyerek düşük ve sterilizasyon uygulamalarından kaçınmaktadırlar. İnanç gerekçesinin geniş kapsamlı ya da gereksiz koşullarda uygulanması, kadınların hizmetlere ulaşmasını engellemekte ve sağlık personelinin hastalarına karşı bakım yükümlülüğü ile çelişmektedir (Yararbaş, 2006).

İnançları nedeniyle isteyerek düşük hizmeti sunmayan sağlık personeli düşük sonrası sağlık hizmetlerini sunmaktan ve acil düşük uygulamalarından muaf tutulmamalıdır. Ayrıca inançları nedeniyle düşük hizmeti sunmayan sağlık personelinin, düşük hizmetleri için başvuran kişileri bu hizmetleri sunan bir merkeze sevk etme zorunlulukları olmalıdır. İnanç kısıtlamaları bireylere uygulanmalı, kurumların ve özellikle resmi sağlık kuruluşlarının bu gerekçe ile hizmet sunmaktan kaçınmaları önlenmelidir (Çokar, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerde, ailenin kararında etkili olan faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel tipte bir araştırma olarak planlandı.

3.2. Araştırma Soruları

3.2.1. Gebelerin yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, tanı, gebelik haftası, gebelik sayısı, gebelik hakkında bilgilendirilme gibi demografik özellikleri gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin kararında etkili midir?

3.2.2. Gebelerin dini yönelimi gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin kararında etkili midir?

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın *bağımsız değişkenleri*; gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin karar (medikal abortus kararı alma ve doğum yapma kararı alma), *bağımlı değişkenleri*; yaş, meslek, eğitim durumu, tanı, gebelik haftası, gebelik sayısı, gebelik hakkında bilgilendirilme, dini yönelim olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde 01.09.2012 – 01.09.2013 tarihleri arasında toplandı.

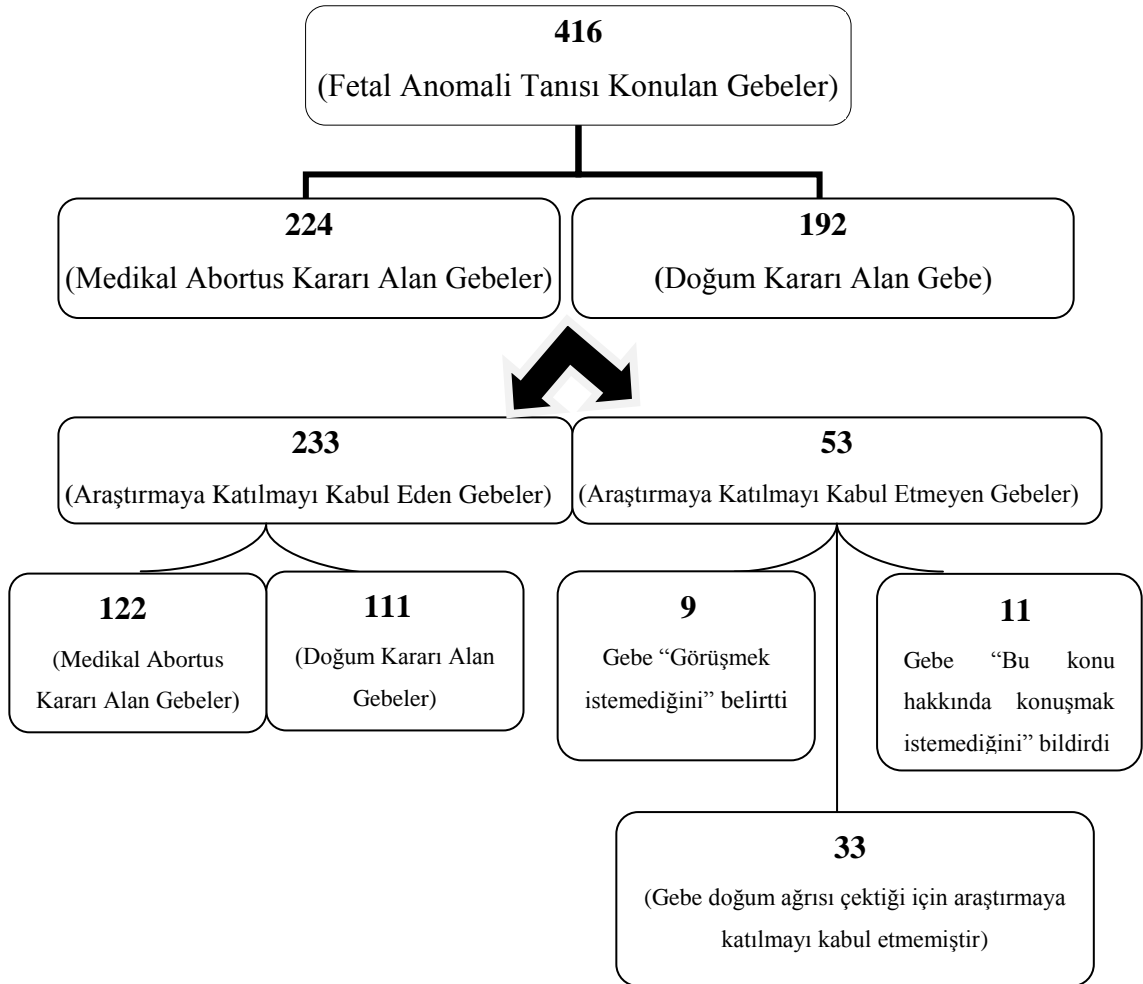
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.09.2012–01.09.2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi prenatal tanı ve tedavi ünitesinde fetal anomali tanısı koyulan ve medikal abortus seçeneği sunulan 416 gebe oluşturdu.

Örneklem Seçim Kriterleri: Araştırmanın örneklemini, fetal anomali tanısı alan toplam 286 gebeye araştırmaya katılması teklif edildi 233 gebe araştırmaya katılmayı kabul ederken 53 gebe araştırmayı katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya katılmak istemeyen gebelerin kabul etmeme nedenleri 9 kişi “Görüşmek istemediğini” belirtti; 11

kişi “Bu konu hakkında konuşmak istemediğini” bildirdi ve 33 kişi doğum ağrısı çektiği için araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde “Dini Yönelim Envanteri”nden elde edilen puanlar esas alınarak "testin gücü" hesaplandı. Envanterden alınan puan medikal abortus grubu için ortalama 59,28; doğum grubu için ortalama 60,88 ve standart sapma medikal abortus grubu için 7,61; doğum grubu için ortalama 6,91; %95 güven aralığında $\alpha=0.05$, $\beta=0.50$ olmak üzere her bir grup için $n=112$ vaka olarak belirlendi.

1. Araştırma Deseni (Evren ve Örneklem):



3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; “**Veri Toplama Formu**” (EK 1) ve “**Dini Yönelim Ölçeği**” (EK 2) kullanıldı.

Veri Toplama Formu: Araştırmada, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Altın, 2009) 27 sorudan oluşan “**Veri Toplama Formu**” kullanıldı. İlk 8 soru Demografik özellikler, 9-19. sorular obstetrik özellikler, 20-27. sorular fetal anomali nedeniyle terminasyon önerilen gebeliklerde ailenin kararında etkili olan faktörleri belirlemeye yönelikti.

“Veri Toplama Formu” gebe ve eşinin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik öyküyü, gebe kalma şeklini, anomali öyküsünü, akraba evliliği olup olmadığı, anomalinin özelliği-sayısı-teşhis edildiği gebelik haftası, teşhis edilme şekli, anomalinin nasıl tarif edildiği, fetüsü ne derece etkileyeceğini düşündüğü, anomaliyi ne derece anladığı, ne derece etkilendiği, gebeliğin devamı veya sonlandırılmasında etkili olan faktörler ve bu faktörlerin ne derece etkili oldukları gibi konuları kapsamaktaydı.

Dini Yönelim Ölçeği: Araştırmaya katılan gebelerin dini yönelimini belirlemede; Ahmet Onay tarafından 2004 yılında geliştirilen ve geçerlik güvenirliği yapılan “**Dini Yönelim Ölçeği**” kullanıldı.

Kişilerin dindarlık düzeyini rakamsal değerlerle (puanlama yöntemiyle) göstermek amacıyla geliştirilen ölçme araçlarına dinî yönelim ya da dindarlık ölçekleri denir. Bu çalışmada, dindarlık ölçümü için Dinî Yönelim Ölçeği/DYÖ (Religious Attitude Scale/RAS) kullanılmıştır. DYÖ, kişilerin yaşamında yani düşünce, davranış ve duygularında dinin ne derecede yer aldığını (dinin ne kadarlık bir yerinin olduğunu) tespit etmeyi amaçlayan bir ölçme aracıdır. DYÖ, düşünce, davranış ve duygu boyutlarını temsil eden üç alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçekte, on ikisi düz ve altısı ters, toplam on sekiz madde bulunmaktadır. DYÖ, hiç bir zaman, bazen, çoğu zaman, her zaman şeklinde dört dereceli, Likert tipi psikometrik bir ölçme aracıdır. Ölçeğin alt ve üst puan sınırları en düşük 18; en yüksek 72’dir.1 Ölçekten alınan puanın 72’ye doğru çıkması, yükselen dinî yönelim düzeyini gösterirken, 18’e doğru düşmesi de azalan dinî yönelim düzeyini gösterir. Ölçeklerde yer alan maddelerin faktör yükleri (factor loading) ile madde toplam ilişki (item-total correlation) değerlerinin 0,50 ve

üzerinde olduğu, Cronbach Alpha ve Guttman Split-half değerlerinin de 0,95 olduğu görülmüştür (Onay, 2003; Onay, 2004).

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden “Veri Toplama Formu” ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Anketin cevaplanma süresi yaklaşık 10–15 dakika idi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows 16.0 paket programı kullanıldı. Çalışmanın biyoistatistiksel çözümlemesinde, ele alınan ölçütler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri ile tanımlandı. Gruplar arası frekans ve yüzdelerin kıyaslanmasında ki-kare ve Fisher kesin olasılık testi kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (İstanbul 6 no’lu klinik araştırmalar etik kurulu) (05.12.2011) (EK 3) onay alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Prenatal tanı ve tedavi ünitesinde fetal anomali tanısı koyulan ve fetal anomali nedeniyle medikal abortus seçeneği sunulan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, gebelerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, prenatal tanı ve tedavi ünitesinde 01.09.2012 – 01.09.2013 tarihleri arasında ultrasonografik incelemeyle fetal anomali tanısı konulan ve medikal abortus önerilen toplam 416 gebe araştırmanın evrenini oluşturdu. Bu gebeliklerin 224 (%54)'ünün medikal abortus; 192 (%46)'sinin ise doğumla sonuçlandığı belirlendi. Aynı tarihler arasında fetal anomali tanısı konulan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 233 gebe araştırmanın örneklemini oluşturdu. Bu gebelerin 122 (%52.4)'sinin medikal abortus kararı aldığı, 111 (%47.6) gebenin ise doğum kararı aldığı belirlendi.

Prenatal tanı koyulan gebelerin ve eşlerinin yaşı, eğitim durumu, yerleşim yeri, aylık geliri gibi sosyo-demografik özellikleri ile akraba evliliği olup olmadığı, fetal anomalili gebelik öyküsü, anomali nedeniyle doğum ve terminasyon öyküsü, özürlü yaşayan çocuk varlığı ve gebelerin dini yönelimleri gibi özellikleri değerlendirilerek; 4 bölümde incelendi.

1. Bölümde gebelerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması, 2. Bölümde gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması, 3. Bölümde gebelerin kararını etkileyen diğer faktörlerin incelenmesi, 4. Bölümde gebelerin dini yönelim ölçeğinden aldıkları puanlara göre karşılaştırılması yer almaktadır.

Bölüm 1: Medikal Abortus Kararı Alan ve Doğum Kararı Alan Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		Z	p
	Ort. ±SS		Ort. ±SS			
Yaş	29,4 ±5,8		29,9 ±5,4		-0,926	0,354
Eşin yaşı	31,6 ±6,1		31,9 ±5,6		-0,840	0,401
Eğitim durumu	Medikal Abortus Kararı		Doğum Kararı		χ^2	p
	n	%	n	%		
İlköğretim ve altı	63	51,6	68	61,3	2,186	0,139
Lise ve üzeri	59	48,4	43	38,7		
Eşinin eğitim durumu					3,943	0,047
İlköğretim ve altı	49	40,2	59	53,2		
Lise ve üstü	73	59,8	52	46,8		
Çalışma durumu					0,462	0,497
Çalışıyor	75	61,5	73	65,8		
Çalışmıyor	47	38,5	38	34,2		
Eşin çalışma durumu					-	0,499*
Çalışıyor	120	98,4	111	100		
Çalışmıyor	2	1,6	0	0		
Sosyal güvence durumu					-	0,372*
Var	118	96,7	110	99,1		
Yok	4	3,3	1	0,9		
Ailenin aylık geliri					0,067	0,796
1500 TL ve altı	54	44,3	51	45,9		
1501 TL ve üstü	68	55,7	60	54,1		
Ailenin yerleşim yeri					1,401	0,237
Büyükşehir-İl	109	89,3	104	93,7		
İlçe-köy	13	10,7	7	6,3		

*Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.1'de Fetal anomali nedeniyle medikal abortus kararı alan ve doğum kararı alan gebeler sosyo-demografik özellikleri açısından karşılaştırıldı. Medikal abortus kararı alan gebelerin yaş ortalamaları 29,4±5,8 Doğum kararı alan gebelerin yaş ortalaması ise 29,9±5,4 olduğu görüldü. Gebelerin eşlerinin yaş ortalamasına

bakıldığında medikal abortus kararı alan eşlerin yaş ortalaması $31,6 \pm 6,1$ doğum kararı alan gebelerin eşlerinin yaş ortalaması ise $31,9 \pm 5,6$ olduğu görüldü.

Gebelerin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde medikal abortus kararı alan gebelerin %51,6'sının (n=63) ilköğretim ve altı, %48,4'ünün (n=59) lise ve üstü, doğum yapma kararı alan gebelerin ise %61,3'ünün (n=68) ilköğretim ve altı, %38,7'sinin (n=43) lise ve üstü eğitim aldığı belirlendi.

Gebelerinin eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında, medikal abortus kararı alan gebelerin eşlerinin %40,2 (n=49)'si ilköğretim ve altı, %59,8 (n=73)'inin lise ve üstü, doğum yapma kararı alan gebelerin eşlerinin ise, %53,2 (n=59)'sinin ilköğretim ve altı, %46,8 (n=52)'inin lise ve üstü eğitime sahip olduğu görüldü. Gebelerin eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ($p < 0,05$; Tablo4.1).

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde, medikal abortus kararı alan gebelerin %61,5 (n=75)'inin çalıştığı, %38,5 (n=47)'inin çalışmadığı, doğum yapma kararı alan gebelerin ise %65,8 (n=73)'inin çalıştığı, %34,2 (n=38)'sinin çalışmadığı tespit edildi. Gebelerin eşlerinin çalışma durumlarına bakıldığında, medikal abortus kararı alan gebelerin eşlerinin %98,4 (n=120)'ünün çalıştığı ve %1,6 (n=2)'sının çalışmadığı, doğum yapma kararı alan gebelerin eşlerinin ise %100 (n=111)'ünün çalıştığı görüldü.

Ailelerin sosyal güvence durumu incelendiğinde medikal abortus kararı alan gebelerin %96,7 (n=118)'sinin, doğum kararı alan gebelerin ise %99,1 (n=110)'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi.

Ailelerin aylık gelirine bakıldığında, medikal abortus kararı alan ailelerin %44,3 (n=54)'ünün aylık gelirinin 1500TL ve altı, %55,7 (n=68)'sinin 1500TL ve üstünde olduğu, doğum kararı alan ailelerin aylık gelirlerinin ise %45,9 (n=51)'unun 1500 TL ve altı, %54,1 (n=60)'inin 1500 TL ve üstünde olduğu saptandı.

Ailelerin yerleşim yerleri incelendiğinde medikal abortus kararı alan ailelerin %89,3 (n=109)'ü Büyükşehir-İl'de, %10,7 (n=13)'si de İlçe-köy'de, doğum kararı alanların ise %93,7 (n=104)'si Büyükşehir-İl'de, %6,3 (n=7)'ü ise İlçe-köy'de yaşadığı belirlendi.

Medikal abortus kararı alan gebeler ile doğum kararı alan gebeler arasında; yaş, çalışma durumu, sosyal güvence, aylık gelir ve yerleşim yeri açısından istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$; Tablo 4.1).

Bölüm 2: Medikal Abortus Kararı Alan ve Doğum Kararı Alan Gebelerin Gebelik Öyküsü ve Obstetrik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4-2: Gebelerin Şimdiki Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		Z	p
	Min.-Mak.	Ort. ±SS	Min.-Mak.	Ort. ±SS		
Gebelik sayısı	1-11	2,4±1,6	1-6	2,1±1,1	-0,926	0,354
Doğum sayısı	1-5	1,5±0,9	1-4	1,5±0,7	-0,279	0,780
Abortus sayısı	1-10	1,8±1,8	1-3	1,2±0,5	-1,706	0,088
Kürtaj sayısı	1-4	2,0±1,4	1-1	1,0±0,0	-1,323	0,186
İlk gebelik muayene haftası	2-9	5,4±1,2	2-10	5,4±1,3	-0,314	0,753
Mevcut gebelikte fetal anomalinin belirlendiği hafta	12-37	23,1±5,5	14-37	23,8±0,5	-1,056	0,291
Akraba evliliği	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Var	22	18,0	15	13,5	0,889	0,346
Yok	100	82,0	96	86,5		
Akraba evliliği derecesi	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
1. derece	13	59,1	12	80,0	-	0,286*
2. ve 3. Derece	9	40,9	3	20,0		

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Ailelerin gebelik öyküleri incelendiğinde, medikal abortus kararı alan gebelerin gebelik sayısı ortalamalarının 2,4±1,6, doğum kararı alanların ise 2,1±1,1 olduğu görüldü.

Doğum sayıları incelendiğinde, medikal abortus kararı alan gebelerin doğum sayısının 1,5±0,9 olduğu doğum kararı alanların ise 1,5±0,7 olduğu belirlendi.

Medikal abortus kararı alan gebelerin abortus sayısı 1,9±1,8 doğum kararı alanların ise 1,2±0,5 olarak bulundu.

Kürtaj sayıları incelendiğinde, medikal abortus kararı alanların kürtaj sayısının 2,0±1,4 ve doğum kararı alanların ise 1,0±0,0 olduğu belirlendi.

İlk gebelik muayene haftası, medikal abortus kararı alanlarda $5,4\pm 1,2$ hafta doğum kararı alanlarda ise $5,4\pm 1,3$ hafta olarak belirlendi.

Mevcut gebelikte fetal anomalinin teşhis konulma haftası medikal abortus kararı alanların $23,7\pm 5,5$ hafta doğum kararı alanları ise $23,8\pm 3,5$ hafta olarak belirlendi.

Ailelerin akraba evliliği durumunu incelediğimizde medikal abortus kararı alanların %18,0 (n=22)'inde, doğum kararı alanların ise %13,5 (n=15)'in de akraba evliliği olduğu görüldü. Akraba evliliği derecesini baktığımızda medikal abortus kararı alan gebelerin %59,1 (n=13)'inde 1. derece, %40,9 (n=9)'unda 2. ve 3. derece, doğum kararı alan gebelerin ise %80,0 (n=12)'inde 1. derece, %20,0 (n=3)'sinde de 2. ve 3. derece akraba evliliğine sahip oldukları belirlendi.

Medikal abortus kararı alan gebeler ile doğum kararı alan gebeler; gebelik sayısı, doğum sayısı, abortus sayısı, kürtaj sayısı, ilk gebelik muayene haftası, mevcut gebelikte fetal anomalinin teşhis konulma hafta ve akraba evliliği açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.2).

Tablo 4-3: Gebelerin Önceki Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

Önceki gebelikte anomali öyküsü olanlarda, intrauterin tanı konulma durumu	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Evet	24	19,7	14	12,6	2,122	0,145
Hayır	98	80,3	97	87,4		
Önceki anomalide karar	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		4,871 <th rowspan="2">0,027 </th>	0,027
	n	%	n	%		
Medikal abortus	14	58,3	3	21,4	4,871	0,027
Diğer	10	41,7	11	78,6		
Önceki anomalide tanı	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		n	%
	n	%	n	%		
KVS	1	6,2	1	25,0	1	25,0
SSS	5	31,2	1	25,0		
GÜS	1	6,2	1	25,0	1	25,0
Kas-İskelet	5	31,2	1	25,0		
Hidrops Fetalis	1	6,2	0	,0	0	,0
Kromozomal Anomaliler	3	18,8	0	,0		

Gebelerin önceki gebelik öyküleri incelediğinde; medikal abortus kararı alan gebelerin önceki anomalili bebeklerinin %19,7 (n=24)'sine intrauterin dönemde tanı konulduğu, doğum yapma kararı alan gebelerin ise önceki anomalili bebeklerinin %12,6 (n=14)'sine intrauterin dönemde tanı konulduğu saptandı. Önceki gebelikte intrauterin dönemde tanı konulma durumu açısından gruplar arasında fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 4.3).

Bu gebeliğinde medikal abortus kararı alan gebelerin önceki fetal anomalili bebeğinde medikal abortus kararı alma oranı %58,3 (n=14), doğum kararı alma oranı ise, %41,7 (n=10) bulundu. Bu gebeliğinde doğum kararı alan gebelerin önceki anomalili bebeklerinde %21,4 (n=3) oranında Medikal abortus kararı alırken, %78,6 (n=11) oranında doğum kararı aldığı belirlendi. Mevcut gebeliğinde medikal abortus kararı alan gebelerin önceki gebeliğinde medikal abortus kararı alma oranı, mevcut gebeliğinde doğum kararı alanlara göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu (p<0,05; Tablo 4.3).

Ailelerin önceki gebeliklerini sonlandırma tanılarını baktığımızda medikal abortus kararı alan gebelerin bebeklerinin %6,2 (n=1)'sinin KVS, %31,2 (n=5)'sinin SSS, %6,2 (n=1)'sinin GÜS, %31,2 (n=5)'sinin Kas-İskelet Sistemi anomalisi, %6,2 (n=1)'sinin Hidrops Fetalis ve %18,8 (n=3)'inin de kromozomal anomaliler olduğu, doğum kararı alan gebelerin bebeklerinin ise %25 (n=1)'inin KVS, %25 (n=1)'inin SSS, %25 (n=1)'inin GÜS ve %25 (n=1)'inin Kas-İskelet Sistemi anomalisine sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4-4: Gebelerin Özürlü Yaşayan Çocuğa Sahip Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Özürlü yaşayan çocuk varlığı	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Evet	4	16,7	3	21,4	-	1,000
Hayır	20	83,3	11	78,6		
Özürlü yaşayan çocuğun özür durumu	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar			
	n	%	n	%		
KVS	1	25,0	3	100,0		
SSS	1	25,0	0	,0		
Kas-İskelet	2	50,0	0	,0		

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Ailelerin özürlü yaşayan çocuğa sahip olma durumlarını incelediğimizde medikal abortus kararı alan gebelerin %16,7 (n=4)'sinin, doğum kararı alan gebelerin %21,4 (n=3)'ünün özürlü yaşayan çocuğa sahip olduğu belirlendi. Gruplar arasında özürlü yaşayan çocuğa sahip olma durumları açısından istatistiksel bir fark yoktu (p>0,05; Tablo 4.4). Özürlü yaşayan çocukların özür durumlarını incelediğimizde medikal abortus kararı alan ailelerin %25 (n=1)'i KVS, %25 (n=1)'i SSS ve %50 (n=2)'si Kas-İskelet, doğum kararı alan ailelerin ise %100 (n=3)'ünün KVS tanısına sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4-5: Gebelerin Mevcut Gebelik Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

Mevcut gebelik şekli	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Doğal	115	94,3	101	91,0	0,9 20	0,338
Diğer(ilaç-IVF)	7	5,7	10	9,0		
Mevcut gebelik anomalileri	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar			
	n	%	n	%		
KVS	25	18,0	37	28,7		
SSS	29	20,9	24	18,6		
GÜS	11	7,9	32	24,8		
Kas-İskelet	31	22,3	19	14,7		
Kromozomal Anomaliler	38	27,3	0	,0		
Abdominal Duvar	3	2,1	7	5,4		
GİS	0	,0	8	6,2		
Hidrops Fetalis	2	1,4	2	1,6		

*Not: Gebeliklerde birden fazla anomali tespit edildi.

Gebelerin gebelik şekillerini incelediğimizde, medikal abortus kararı alan gebelerin %94,3 (n=115)'ü, doğum kararı alan gebelerin ise %91 (n=101) de doğal yollarla gebe kalmışlardır. Gruplar arasında doğum yapma yöntemi açısından istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.5). Gebelikte tespit edilen anomalileri incelediğimizde medikal abortus kararı alan ailelerin bebeklerinin %14,8 (n=18)'i KVS, %16,4 (n=20)'ü SSS, % 6,6 (n=8)'sı GÜS, %17,2 (n=21)'si Kas-iskelet anomalisi, %1,6 (n=2)'sı Hidrops Fetalis, %30,3 (n=37) kromozomal anomaliler ve %1,6 (n=2)'sında hem KVS hemde SSS anomalisi, %3,3 (n=4)'ünde KVS ve Kas-İskelet sistemi anomalisi, %4,1 (n=5)'i SSS ve Kas-İskelet sistemi anomalisi, %0,8 (n=1) SSS ve Abdominal Duvar anomalisi, %0,8 (n=1) GÜS ve Kas-İskelet sistemi anomalisi, %0,8 (n=1) GÜS ve Abdominal Duvar anomalisi, %0,8 (n=1) GÜS ve Kromozomal Anomaliler ve %0,8 (n=1)'inde de KVS, SSS ve Abdominal Duvar anomalileri olduğu belirlendi. Doğum kararı alan ailelerin bebeklerinde tespit edilen anomalilere baktığımızda %11,2 (n=26)'sinde KVS, %17,1 (n=19)'i SSS, %23,4 (n=26)'ünde GÜS, %4,5 (n=5)'i GİS, %9,9 (n=11)'unda Kas-İskelet, %1,8 (n=2)'i Hidrops Fetalis, %5,4 (n=6)'ü Abdominal Duvar, %1,8 (n=2)'inde hem KVS hemde GÜS, %0,9 (n=1)'unda KVS ve GİS, %4,5 (n=5)'i KVS ve Kas-İskelet Sistemi, %0,9 (n=1)'unda KVS ve Abdominal Duvar, %1,8 (n=2)'i SSS ve GÜS, %0,9 (n=1)'unda SSS ve Kas-İskelet %0,9 (n=1)'unda GÜS ve GİS, %0,9 (n=1)'unda GİS ve Kas-İskelet, %0,9 (n=1)'unda KVS, SSS ve GÜS, %0,9 (n=1)'unda da KVS, SSS ve Kas-İskelet Sistemi anomalileri tespit edildi.

Bölüm 3: Medikal Abortus Kararı Alan ve Doğum Kararı Alan Gebelerin Kararını Etkileyen Faktörler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4-6: Gebelerin Verilen Bilgi Düzeyi Hakkındaki Görüşleri Açısından Karşılaştırılması

Verilen Bilgi	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Yeterli	120	98,4	105	94,6	-	0,156*
Yetersiz	2	1,6	6	5,4		

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Verilen bilginin yeterliliği konusunda gebelerin görüşleri sorulduğunda, Medikal abortus kararı alan ailelerin %98,4 (n=120)'ünün, doğum kararı alanların ise %94,6 (n=105)'sının fetal anomali hakkında verilen bilginin yeterli düzeyde olduğunu belirttiği görüldü. Gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 4.6).

Tablo 4-7: Gebelerin Saptanan Anomali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bilgi düzeyi yeterli mi?	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Evet	79	64,8	74	66,7	0,094	0,759
Hayır	43	35,2	37	33,3		

Mevcut gebelikte saptanan anomali hakkında Medikal abortus kararı alan ailelerin %64,8 (n=79)'i, doğum kararı alan ailelerin ise %66,7 (n=74)'si fetal anomali hakkındaki bilgi düzeyini yeterli bulduğunu belirtti. Fetal Anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin; Saptanan anomali hakkındaki bilgi düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05; Tablo 4.7).

Tablo 4-8: Gebelerin Anomalinin Bebeği Etkileme Durumu Hakkındaki Belirtileri Açısından Karşılaştırılması

Bebeği Etkileme Durumu	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Fiziksel özür beklentisi yüksek	65	53,3	53	47,7	64,432	0,000
Zihinsel özür beklentisi yüksek	19	15,6	10	9,0		
Fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek	36	29,5	5	4,5		
Tedavi edilebilir fiziksel özür	2	1,6	43	38,7		

Gebeler, anomalinin doğacak bebeği etkileme durumu hakkındaki belirtileri açısından karşılaştırıldığında; medikal abortus kararı alan ailelerin %53,3 (n=65)'ünün bebeğinde fiziksel özür, %15,6 (n=19)'sının zihinsel özür, %29,5 (n=36)'inin hem fiziksel hem de zihinsel özür, %1,6 (n=2)'sının tedavi edilebilir fiziksel özürü olduğu, doğum kararı alan ailelerin bebeklerinde ise %47,7 (n=53) fiziksel özür, %9 (n=10)'unun zihinsel özür, %4,5 (n=5)'inin hem fiziksel hem de zihinsel özürü olduğu, %38,7 (n=43)'sinin de tedavi edilebilir fiziksel özürü olduğu belirlendi.

Fetal Anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin; anomalinin bebeği etkileme durumunun gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu görüldü. Bu farkın hangisinden kaynaklandığını belirlemek için ki-kare testi yapıldı. Yapılan değerlendirmede medikal abortus kararı alan gebelerin bebeklerinde fiziksel ve zihinsel özür beklentisinin yüksek, tedavi edilebilir fiziksel özür beklentisinin ise anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi (p<0,001; Tablo 4.8).

Tablo 4-9: Gebelerin Anomalili Bebeğin Yaşam Beklentisi Açısından Karşılaştırılması

Bebeğin Yaşam Beklentisi	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kısa	59	48,4	9	8,1	69,678	0,000
Orta	50	41,0	43	38,7		
Uzun	5	4,1	43	38,7		
Bilmiyorum	8	6,6	16	14,4		

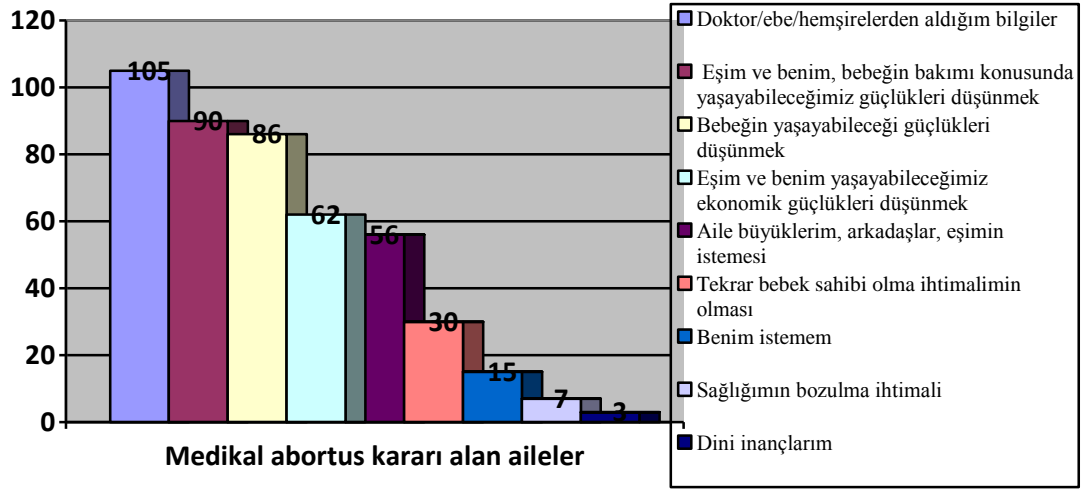
Gebeler, anomalili bebeklerinin yaşam beklentileri açısından karşılaştırıldığında; medikal abortus kararı alanların %48,4 (n=59)'ünün kısa, %41 (n=50)'inin orta, %4,1 (n=5)'inin uzun yaşayacağını düşündükleri ve %6,6 (n=8)'sının bilmediğini belirttiği,

doğum kararı alan gebelerin ise %8,1 (n=9)'inin kısa, %38,7 (n=43)'sinin orta, %38,7 (n=43)'sinin uzun süreli yaşayacağını düşündükleri ve %14,4 (n=16)'ünün ise ne kadar yaşayacağını bilmediklerini belirttiği görüldü. Bu farkın hangisinden kaynaklandığını belirlemek için ki-kare testi yapıldı. Yapılan değerlendirmede medikal abortus kararı alan gebelerde, kısa yaşam beklentisinin, doğum kararı alan gebelerde ise uzun yaşam beklentisinin fazla olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Tablo 4-10: Gebelerin Gebelikle İlgili Karar Verme Süresi Açısından Karşılaştırılması

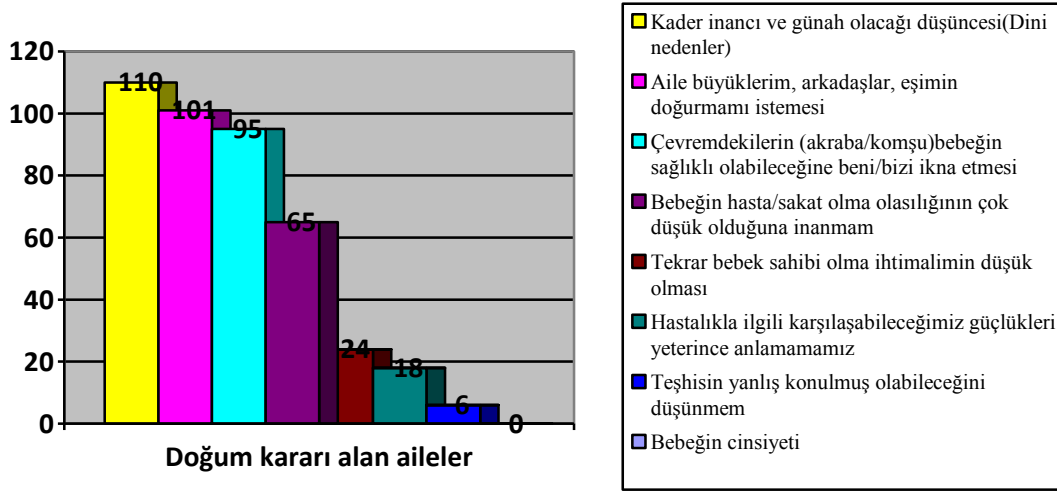
Karar Verme Süresi	Medikal Abortus Kararı Alanlar		Doğum Kararı Alanlar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hemen karar verdim	93	76,2	76	68,5	1,757	0,185
Birkaç gün içinde karar verdim	29	23,8	35	31,5		

Medikal abortus kararı alan gebelerin %76,2 (n=93)'sinin hemen, %23,8 (n=29)'inin birkaç gün içinde karar verdiği, doğum kararı alan gebelerin ise %68,5 (n=76)'inin hemen, %31,5 (n=35)'inin de birkaç gün içinde karar verdikleri belirlendi. Gebelerin; karar verme süreleri açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.10).



Grafik 4-1: Medikal Abortus Kararı Alan Gebelerin Kararında Etkili Olan Faktörler

Fetal Anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin medikal abortus kararı almalarında etkili olan nedenleri incelediğimizde ilk sırada Doktor/ebe/hemşirelerden aldığım bilgiler %23,1 (n=105) ile yer almaktadır, ikinci sırada %19,8 (n=90) ile eşim ve benim, bebeğin bakımı konusunda yaşayabileceğimiz güçlükleri düşünmek, üçüncü sırada %18,9 (n=86) ile bebeğin yaşayabileceği güçlükleri düşünmek yer alırken son sırada ise %0,7 (n=3) ile dini inançlarım seçeneğinin olduğu belirlendi.



Grafik 4-2: Ailelerin Doğum Kararı Alma Nedenleri

Fetal Anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin, doğum kararı almalarında etkili olan nedenleri incelediğimizde kader inancı ve günah olacağı düşüncesi gibi dini nedenler %26,3 (n=110) ile ilk sırada yer alırken, ikinci olarak %24,1 (n=101) ile aile büyüklerim, arkadaşlar, eşimin doğurmamı istemesi, üçüncü sırada da %22,6 (n=95) ile çevremdekilerin (akraba/komşu) bebeğin sağlıklı olabileceğine beni/bizi ikna etmesi yer aldı. Bebeğin cinsiyetinin doğum kararı almada etkili olduğunu belirten anne olmadığı görüldü (n=0).

Bölüm 4: Medikal Abortus Kararı Alan ve Doğum Kararı Alan Gebelerin Dini Yönelim Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4-11: Gebelerin Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puan ve Alt Puanlar Açısından Karşılaştırılması

DYÖ	Medikal Abortus Grubu	Doğum Grubu	Z	p
	Ort. ±SS	Ort. ±SS		
Düşünce	24,4 ±2,8	24,9 ±2,5	-1,406	0,160
Davranış	21,6 ±3,0	22,1 ±2,8	-1,148	0,251
Duygu	13,2 ±2,3	13,8 ±2,2	-2,004	0,045
Toplam	59,3 ±7,6	60,9 ±6,9	-1,649	0,099

Gebelerin dini yönelim ölçeğinden aldıkları puanlar; Düşünce, Davranış, Duygu ve toplam dini yönelim puanı olmak üzere 4 kategoride toplanmaktadır. Ailelerin verdikleri cevapları bu 4 ana başlık altında değerlendirdiğimizde, medikal abortus kararı alan ailelerin Düşünce puan ortalaması 24,4±2,7, Davranış puan ortalaması 21,6±3,0 ve Duygu puan ortalaması 13,2±2,3, toplam dini yönelim puanı 59,3±7,6 olarak belirlendi. Doğum kararı alan ailelerin dini yönelim puanlarını değerlendirdiğimizde; Düşünce puan ortalaması 24,9±2,51, Davranış puan ortalaması 22,1±2,8 ve Duygu puan ortalaması da 13,8±2,2, toplam dini yönelim puanı 60,9±6,9 olarak belirlendi.

Medikal abortus kararı alan gebelerle doğum kararı alan gebeler arasında duygu puan ortalamaları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunurken ($p < 0,05$ Tablo4.12), düşünce ve davranış puan ortalamaları ve toplam dini yönelim puan ortalamaları aralarında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$; Tablo4.11).

5. TARTIŞMA

Prenatal dönemde fetal anomali tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik, kültürel, dini, maddi faktörler gibi bir çok faktör etkili olmaktadır. Fetal anomali nedeniyle gebeliğin devamı veya sonlandırılması yönünde verilen karar çok kişisel ve zordur. Prenatal dönemde tespit edilen fetal anomali çeşitliliği arttıkça ailelere verilen danışmanlık hizmeti de daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (Rafioğlu, 2007).

Bu çalışma; ailelerin fetal anomali tanısı koyulduktan sonra medikal abortus veya doğum kararı almalarını etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlamaktadır.

01.09.2012 – 01.09.2013 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğimizde toplam doğum sayısı 44774, fetal anomali tanısı koyulan ve medikal abortus seçeneği sunulan toplam gebelik sayısı 416 ve bu gebeliklerin 224 (%54)'ü medikal abortus, 192 (%46)'si ise doğum ile sonuçlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde fetal anomali görülme insidansı % 0.9 olarak belirlendi ve medikal abortusun toplam doğuma oranı ise %0,5 olarak belirlendi. Örneklem grubunu oluşturan toplam 233 gebenin 122 (%52.4)'sinin medical abortus kararı aldığı, 111 (%47.6) gebenin ise doğum kararı aldığı belirlenmiştir.

Ülkemizde Altın'ın İstanbul'da 2009 yılında “Fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebeliklerde ailenin kararında etkili olan faktörler” adlı çalışmasında, major anomalili gebelik insidansının %7,7 olduğu, ailelerin %75'inin gebeliğin sonlandırılması yönünde karar aldığı saptanmıştır (Altın, 2009). Araştırmacı verilerini bizim araştırma verilerimizi topladığımız aynı hastanede toplamasına rağmen, fetal anomali tanısı konulan ve medikal abortus seçeneği sunulan toplam gebelik insidansının araştırmamızın sonuçlarından oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni araştırmacının verilerini İstanbul Tıp Fakültesi prenatal tanı ve tedavi ünitesinde topladığı için hiç vaka kaybı olmamasıdır. Oysa bizim çalışmamızda veriler İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde yatan gebelerden elde edilmiştir ve tanı konulduktan sonra doğum ya da medikal abortus nedeniyle başka sağlık kuruluşlarına giden gebeler kapsam dışında kalmıştır. Bu oranın yüksek olması gebelerin çoğunlukla kesin tanı için hastanemize başvurduğunu, tanı konulduktan sonra ise büyük oranda gönderildiği hastaneye geri

döndüğünü düşündürmektedir. Araştırmacı, medikal abortus kararı alan ailelerin hızını %75 olarak belirlerken, bu oranı ailelere tanı sonrası sorarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızda ise uygulanan kararlar üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırma sonuçlarımızda medikal abortus kararı alan ailelerin hızının düşük olması (%54) ailelerin bir kısmının başlangıçta abortus kararı alırken, sonrasında fikir değiştirip doğum kararı alabildiklerini düşündürmektedir. Çorbacioğlu'nun 'Üçüncü basamak referans merkezinde 2002-2010 yılları arasında gebelik terminasyonuna yol açan fetal endikasyonların değişimini incelediği çalışmasında, medikal abortus insidansı %0,59 olarak bulunmuştur (Çorbacioğlu, 2012). Boyd'nin yaptığı 'Fetal anomalili gebeliklerde terminasyon sonrası otopsi: retrospektif kohort çalışması' adlı çalışmada 57258 doğumda fetal anomali nedeniyle %0,5 (n=309) medikal abortus gerçekleşmiştir (Body, 2003). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre medikal abortus görülme insidansı çalışmamızla uyumlu olarak yaklaşık %0,5 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda ailelerin akraba evliliği insidansı %15,7 olarak bulunmuştur. Altın'ın yaptığı çalışmada bu oran %19,2 olarak belirlenmiştir (Altın, 2009). Altın'ın çalışmasında akraba evliliği insidansının araştırma aynı hastanede yapılmasına rağmen araştırma sonuçlarımızdan yüksek olması, araştırmacının verilerini İstanbul Tıp Fakültesi prenatal tanı ve tedavi ünitesinde bizim çalışmamızda ise İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde toplanması ile ilişkili olabilir. Hastanemizin bir referans merkezi olması sebebiyle gebeler kesin tanı için ülkenin farklı illerindeki hastanelerden hastanemize başvurması, tanı konulduktan sonra ise büyük bir kısmının kendi takip ve tedavi edildikleri hastanelere geri dönmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması $29,69 \pm 5,59$ yıl olarak saptandı. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan benzer çalışmalarda da gebelerin yaş ortalamasının araştırma sonuçlarımızla benzer olduğu ve 26-32 yaş aralığında olduğu görüldü (Aksu, 1998; Altın, 2009; Akan, 2006; Çağrı ve ark., 2012; Balcı ve ark., 2012; Kurdoğlu ve ark., 2009; Çorbacioğlu, 2012; Gedikbaşı, 2010; Aslan, 2007; Dickinson, 2013; Dickinson, 2004; Kemp, 1998; Pryde, 1992; Quadrelli, 2006; Sheiner, 1998; Gawron, 2013; Korenromp, 2009; Kramer, 1998; Schechtman, 2002).

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin yaş ortalaması ise $31,74 \pm 5,89$ olarak belirlendi. Benzer şekilde babaların yaş ortalaması ülkemizde ve yurt dışında yapılan

çalışmalarda araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde 30-33 yaş aralığında bulundu (Altın, 2009; Schechtman, 2002; Kemp, 1998).

Gebelerin eğitim durumlarını incelediğimizde gebelerin %43,5'inin lise ve üstü eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Ülkemizde Akan'ın yaptığı bir çalışmada eğitim durumları incelendiğinde %72,7'sinin lise ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir (Akan, 2006). Altın'ın çalışmasında gebelerin %48,7'nin lise ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir (Altın, 2009). Canbulat'ın araştırmasında gebelerin %63,6'sının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Canbulat, 2014). Gawron ve ark. çalışması'nda gebelerin %40'nın lise üzeri eğitime sahip oldukları görülmektedir (Gawron, 2013). Altın'ın çalışmasında annelerin eğitim durumunun araştırma bulgularımızla benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuç araştırmanın aynı hastanede yapılması ile ilişkili olabilir. Canbulat ve Akan'ın çalışmasında ise gebelerin eğitim durumlarının oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bizim ve Altın'ın çalışmasında aynı üniversite hastanesinden veriler toplanmış ve Türkiye'nin her yerinden ve farklı sosyokültürel yapıdan gebeler araştırmayı oluşturmaktadır. Bu nedenle Canbulat ve Akan'ın çalışmalarındaki lokal verilerden daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarını incelediğimizde, %53,3'ünün lise ve üstü eğitime sahip olduğu belirlendi. Altın'ın çalışmasında gebelerin eşlerinin eğitim durumları bizim çalışmamıza benzer bulunmuştur (%51,3) (Altın, 2009). Bu sonuç da araştırmaların aynı hastanede ve benzer sosyokültürel yapıdaki ailelerle yapılması ile ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin %63,6'sı çalışmaktadır. Akan'ın çalışmasında bu oran %54,5, Canbulat'ın çalışmasında ise %72,7 bulunmuştur (Canbulat, 2014). Bu sonuçlar da yine, araştırmaların farklı bölgelerde yapılması ile ilişkili olabilir.

Gebelerin eşlerinin çalışma durumlarını incelediğimizde %99,2'sinin çalıştığı belirlendi. Eşlerin çalışma durumlarını inceleyen başka çalışmaya rastlanmadı.

Çalışmamızda mevcut gebelikte fetal anomalinin teşhis konulma haftası diğer çalışmalarla benzer şekilde $23,42 \pm 4,47$ olarak bulundu (Aksu ve ark., 1998; Altın, 2009; Çağrı ve ark., 2012; Çorbacıoğlu, 2012; Gedikbaşı, 2010; Grandjean, 1998; Sheiner, 1998).

Gebelerin gebelik şekillerini incelediğimizde gebelerin %92,6 doğal olarak gebe kalmışlardır. Altın'ın yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde gebelerin %92,9 doğal yöntemle gebe kaldığı belirlenmiştir (Altın, 2009).

Medikal abortus kararı alan gebelerin gebelik sayısı $2,37\pm 1,65$, doğum kararı alanların ise $2,08\pm 1,10$ olduğu, aralarında istatistiksel bir fark olmadığı görüldü. Yapılan diğer çalışmalarda gebelik sayısı 1-4 aralığında bulunmuştur (Aksu, 1998; Akan, 2006; Çorbacıoğlu, 2012; Gedikbaşı, 2010; Canbulat, 2014; Aslan, 2007; Dickinson, 2013; Dickinson, 2004; Dickinson, 2007; Pryde, 1992; Sheiner, 1998; Kramer, 1998).

Çalışmamızda gebelerin doğum sayılarını incelediğimizde; medikal abortus kararı alan gebelerin doğum sayısı $1,51\pm 0,88$ olduğu doğum kararı alanların ise $1,50\pm 0,74$ olduğu, iki grubun doğum sayısı açısından benzer olduğu görüldü. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda doğum sayısı 1-4 aralığında bulunmuştur (Çağrı ve ark., 2012; Akan, 2006; Gedikbaşı, 2010; Aslan, 2007; Dickinson, 2004; Dickinson, 2007; Pryde, 1992; Sheiner, 1998).

Çalışmamızı yaptığımız hastane bir referans merkezi olduğundan dış merkezlerde fetal anomali tanısı koyulan yada gebelik öncesi fetal anomali hakkında bilgilendirilen, sorunlu gebelik geçiren gebe ve aileleri kesin tanı konulması için birimize başvurumaktadırlar. Kesin tanı prenatal tanı ve tedavi ünitesinde Ultrason ile konulmaktadır. Birimiz bir referans merkezi olduğundan İlk gebelik muayene haftası, medikal abortus kararı alanlarda $5,4\pm 1,2$ hafta doğum kararı alanlarda ise $5,4\pm 1,3$ hafta olarak belirlendi.

Gebelikte tespit edilen anomaliler incelendiğinde, medikal abortus kararı alan ailelerin bebeklerinde %27,3 ile Kromozom Anomalileri ilk sırada yer alırken, %22,3 ile Kas-iskelet Sistemi anomalileri ikinci sırada ve %20,9 ile SSS anomalilerinin üçüncü sırada yer aldığı belirlendi. Doğum kararı alan ailelerin bebeklerinde tespit edilen anomalilere baktığımızda %28,7 ile KVS ilk sırada yer almaktadır, %24,8 ile GÜS ikinci sırada ve üçüncü sırada da %18,6 ile SSS anomalilerinin yer aldığı belirlendi. Tespit edilen anomaliyi medikal abortus ve doğum kararı alan aileler olarak ikiye ayırarak inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir grup çalışmada kromozomal anomalilerinin bizim çalışmamızın medikal abortus kararı alan ailelerde tespit edildiği gibi ilk sırada yer almakta olduğu belirlenmiştir (Robins, 2013; Dickinson 2007). Yapılan diğer bir grup çalışmada tespit edilen anomali bizim çalışmamızda doğum yapan ailelerde ilk sırada tespit edilen KVS anomalilerinin yine ilk sırada yer almakta olduğu belirlenmiştir (Balcı ve ark. 2012; Body, 2003).

Yapılan diğer çalışmaları incelediğimizde SSS anomalilerinin tespit edilen anomaliler içinde ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (Altın, 2009; Kurdoğlu ve ark., 2009; Bayhan ve ark., 2000; Biri ve ark., 2005; Çorbacıoğlu, 2012; Gedikbaşı, 2010; Aslan, 2007; Guillem, 2003; Schechtman, 2002).

Verilen bilginin niteliği konusunda görüşleri sorulduğunda, her iki grupta da gebelerin tamamına yakınının (Medikal Abortus Grubu=%98,4-Doğum Grubu=%94,6) fetal anomali hakkında verilen bilginin yeterli düzeyde olduğunu belirttiği ve aralarında istatistiksel bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Altın, 2009; Menahem ve ark., 2003).

Her ne kadar gebeler kendilerine verilen bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiş olsa da her iki grupta da gebelerin yaklaşık %35'inin kendilerinin fetal anomali hakkındaki bilgi düzeylerini yetersiz bulduğunu ifade ettiği ve aralarında istatistiksel fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Gebelerin bilgilerini yeterli bulma durumları diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Altın, 2009; Menahem ve ark., 2003). Bu sonuçlardan hareketle etkili bir eğitim için, eğitimden sonra gebelerden geri bildirim alınarak konuyu ne kadar anladıkları ve sormak istedikleri sorular olup olmadığının sorgulanması daha yararlı olacaktır.

Anomalinin doğacak bebeği etkileme durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında; medikal abortus kararı alan ailelerin fiziksel özür (%53,3-%47,7) zihinsel özür (%15,6-%9) ve hem fiziksel hem de zihinsel özür (%29,5-%4,5) beklentisi anlamlı şekilde yüksek bulunurken; doğum kararı alanlarda ise tedavi edilebilir özür (%38,7-%1,6) beklentisi anlamlı şekilde yüksek bulundu. Altın'ın yaptığı ve özür sıklığını gruplara ayırmadan incelediği çalışmasında %33 "fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek" ilk sırada yer alırken %12 ile "fiziksel özür beklentisi yüksek" ise ikinci sırada yer almaktadır, üçüncü sırada %5 ile "zihinsel özür beklentisi yüksek" ve son sırada %3 oranı ile "tedavi edilebilir fiziksel özür" yer almıştır (Altın, 2009). Pryde'nin çalışmasında medikal abortus kararı almada fetal prognoz terminasyon olanlarda ve doğum yapanlarda "hafif" 0-%100, "belirsiz" %11,59-%88,41, "ağır" %65,57-%34,43 olarak bulunmuştur (Pryde, 1992). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda da anomali derecesi arttıkça medikal abortus tercih etme oranı artmakta olduğu belirlendi.

Gebeler, anomalili bebeklerinin yaşam beklentileri açısından karşılaştırıldığında; medikal abortus kararı ve doğum kararı alanların sırasıyla; %48,4-%8,1 kısa, %41-%38,7 orta, %4,1-%38,7 uzun yaşayacağını düşündükleri ve %6,6-%14,4 bilmediğini

belirttiği görüldü. Bu sonuçlar yaşam beklenti süresi kısaldıka medikal abortus tercih etme oranının arttığını düşündürdü. Altın'ın çalışmasında %24'ünün "yaşam beklentisi konusunda fikri yok" iken, %20'si "yaşam beklentisinin kısa", %2'si "yaşam beklentisini uzun", %1'inin ise "yaşam beklentisini orta" olarak değerlendirdiği belirlendi (Altın, 2009).

Medikal abortus kararı alan gebelerin %76,2'sinin hemen, doğum kararı alan gebelerin ise %68,5'inin hemen karar verdikleri belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmadı. Sonuçlarımız diğerk çalışma sonuçları ile uyumlu bulundu (Altın, 2009; Menahem, 2003).

Fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin medikal abortus kararı almalarında etkili olan nedenleri incelediğimizde ilk sırada Doktor/ebe/hemşirelerden aldığımız bilgiler yer almaktadır. İkinci sırada Eşim ve benim, bebeğin bakımı konusunda yaşayabileceğimiz güçlükleri düşünmek, üçüncü sırada Bebeğin yaşayabileceği güçlükleri düşünmek yer alırken son sırada ise dini nedenlerin olduğu belirlendi. Altın'ın çalışmasında gebeliğin sonlandırılmasına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde ilk iki sırada doktorların ifadeleri ve bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sıkıntılarının düşünülmesi gelmiştir (Altın, 2009).

Fetal anomali nedeniyle medikal abortus önerilen gebelerin, doğum kararı almalarında etkili olan nedenleri incelediğimizde ilk sırada kader inancı ve günah olacağı düşüncesi gibi dini nedenler yer alırken ikinci sırada çevremdekilerin (akraba/komşu) bebeğin sağlıklı olabileceğine beni/bizi ikna etmesi, üçüncü sırada da aile büyüklerim, arkadaşlar, eşimin doğurmamı istemesi yer aldı. Ailelerin kararında bebeğin cinsiyetinin etkili olmadığı görüldü. Medikal abortus kararı alan ailelerde dini nedenler sıralamada hiç yer almazken, doğurma kararı alanlarda dini nedenlerin ilk sırada yer alması, dini duyguların doğurma kararı almada etkili olduğunu düşündürdü. Bunun yanı sıra aile büyüklerinin doğurma yönünde alınan kararlarda etkili olduğu, aileyi ikna etmede bebeğin sağlıklı olabileceğine ilişkin ailenin ikna edilmesi yoluna gidilmesine oldukça sık başvurulduğu düşünöldü. Altın'ın çalışmasında gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında araştırma sonuçlarımızı destekler şekilde birinci sırada (%77) inanç faktörü yer almakta (Altın, 2009).

Ailelerin dini yönelim ölçeğine verdikleri cevapları değerlendirdiğimizde gruplar arasında toplam dini yönelim puanı, davranış ve düşünce alt puanları açısından anlamlı fark olmasa da, duygu alt puan ortalamasının doğum kararı alan grupta anlamlı ölçüde yüksek olması, doğum kararı alan ailelerin kararlarında ilk sırada dini nedenlerin belirtmesi de göz önünde bulundurulduğunda, dini yönelimin kişilerin duygularını etkilediğini, özellikle doğum kararı alma yönündeki tavırlarını güçlendirdiğini düşündürdü ve ailelerin karar verme döneminde duygusal zeminde ele alınması gerektiği düşüncesini güçlendirdi. Altın'ın çalışmasında da araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde gebeliğin sonlandırılmasını istememekte en önemli faktör dini inanç olarak belirlenmiştir (Altın, 2009). Korenromp ve ark. çalışmasında da benzer şekilde dinin karar vermede önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Korenromp, 2007).

Sonuç olarak, fetal anomali tespit edilen gebelerde ailelerin medikal abortus kararı almalarında; sağlık çalışanlarından alınan bilgiler etkili olurken, doğum kararı almada dini nedenler etkili olmuştur. Buna karşın gebe ve eşinin eğitim durumunun, önceki gebelikte anomali öyküsünün, daha önce anomali nedeniyle gebelik sonlandırma öyküsünün, ekonomik durumun, özürlü yaşayan çocuk sahibi olma öyküsünün, gebe kalma şeklinin, anomalinin teşhis edildiği gebelik haftasının karar vermede etkili olmadığı tespit edilmiştir.

6. SONUÇ

Fetal anomali nedeniyle medikal abortus seçeneği sunulan toplam 233 gebeden 122'si gebeliğin sonlandırılması kararı alırken, 111'i gebeliğin devamı kararı almıştır. Fetal anomalinin dağılımı incelendiğinde medikal abortus kararı alanlarda 1. sırada %27,3 ile Kromozom Anomalileri, %22,3 ile Kas-iskelet Sistemi anomalileri 2. sırada ve %20,9 ile SSS anomalileri üçüncü sırada yer alırken doğum kararı alanlarda ise %28,7 ile KVS 1. sırada, %24,8 ile GÜS 2. sırada ve 3. sırada da %18,6 ile SSS anomalileri yer almaktadır. Çalışmaya katılan ailelerin medikal abortus kararı alanların %19,7'sinin, doğum kararı alanların ise %12,6'sının anomalili gebelik mevcut olup akraba evliliği insidansı medikal abortus kararı alanların %18,0'inde, doğum kararı alanların ise %13,5 olarak saptanmıştır.

Medikal abortus ve doğum kararı alan ailelerin eğitim durumları, çalışma durumu, aylık gelirleri, yerleşim yerleri incelendiğinde aralarında bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Doğum kararı almada etkili olan faktörlere bakıldığında ilk sırada 'Kader inancı ve günah olacağı (dini nedenler)' düşüncesi, medikal abortus kararı almada ise ilk sırada 'Doktor/ebe/hemşirelerden alınan bilgiler' yer almıştır.

Öneriler;

- Kültürel faktörler arasında din önemli bir değişkendir ve eğitimlerde dikkate alınmalıdır.
- Sonraki çalışmalarda karar vermede etkili olan faktörleri ortaya çıkarmak için kalitatif çalışmalar yapılabilir ve Çalışma çok merkezli bir çalışma olarak daha geniş bir örneklemede tekrarlanabilir.
- Gebe ve aileyi desteklemede anahtar rol oynayan ebelerin, kararlarda kültürel faktörlerin etkili olduğu konusunda farkındalık düzeyini geliştirecek hizmet içi eğitimler yapılabilir.
- Ebelerin gebe ve ailesinin eğitiminde kültürel faktörlerin etkisini ve sonuçlarını değerlendirme ve çözüm üretme becerisi geliştirilmelidir.
- Gebelikte verilen eğitim kadar gebelik öncesi risk altında olan ailelerin belirlenmesi ve onlara gerekli bilgi ve eğitimlerin verilmesi de önemlidir bu yüzden sağlık çalışanları gebelik öncesi de ailelere danışmanlık yapmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akan S.(2006). Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yasadığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.
2. Akgün, S. (2000). Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları, UHY-ME Çalışması, Türkiye.
3. Aksoy, F. (2001). Konjenital Anomaliler: Tanımlama, Sınıflama, Terminoloji ve Anomalili Fetüsün İncelenmesi, Türk patoloji dergisi, **17**(1-2): 57-62.
4. Altın, D. (2009). Fetal Anomali Nedeniyle Terminasyon Önerilen Gebeliklerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörler, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
5. Aslan, H., Yildirim, G., Ongut, C., Ceylan, Y. (2007). Termination of pregnancy for fetal anomaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **99**: 221–224
6. Atasay, B. ve Arslan, S. (2001). Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. **10**(12): 457
7. Aydoğmuş, S., Keskin, H.L., Avşar, A.F., Çelen, E. ve Kaya, S. (2007). 1 ve 2. Trimesterde fetal anomali taraması. *Kadın Doğum Dergisi*, **6**(1):1318-1325.
8. Balcı, O., Taviloğlu, Z.Ş., Yılmaz, A.F., Coşkun, M.E., Varan, C., Almacioğlu ve ark. (2012). Üniversite Hastanemizde Konjenital Anomalilerin Görülme Sıklığı ve Dağılımı. *Gaziantep Tıp Derg.* **18**(2): 81-84
9. Baltacı, V. ve Baltacı, A. (2012). Doğacak Bebeğim Sağlıklı Mı?, *Doğum Öncesi Tanı Klavuzu*. Erişim 18.05.2012, <http://www.volkanbaltaci.com/page.php?ID=67>
10. Başara, B.B., Dirimeşe, V., Özkan, E. ve Varol, Ö. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
11. Bayhan, G., Yalınkaya, A., Yalınkaya, Ö., Gül, T., Yayla, M. ve Erden, A.C. (2000). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Konjenital Anomali Görülme Sıklığı. *Perinatoloji Dergisi*. **8**(3-4)

12. Birgen, N., Madazlı, R., Tümerdem Çalık, B., Sarıca, N. ve Şal, V., (2009). Tıbbi tahliye ile ilgili sorunlara yönelik hekimlerin görüşleri- Anket çalışması, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* **19**(4)
13. Biri, A., Onan, A., Korucuoğlu, Ü., Taner, Z., Tıraş, B. ve Himmetoğlu, Ö., (2005). Bir Üniversite Hastanesinde Konjenital Malformasyonların Görülme Sıklığı ve Dağılımı, *Perinatoloji Dergisi.* **13**(2)
14. Biswas, J., De, K., Dasgupta, S., Ghosh, B., Sanyal, P. ve Mukherjee, A.(2013) Prenatal Ultrasound Screening to Diagnose Congenital Anomalies Among One Thousand Unselected Women and Their Pregnancy Outcome. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* **2**(13):55
15. Boyd, P.A., Tondi, F., Chamberlain, P.F.(2003).Autopsy after termination of pregnancy for fetal anomaly: retrospective cohort study.
16. Canbulat, N., Bal, M.D. ve Çoplu, M.(2014).Emotional Reactions of Mothers Diagnosed With Down Syndrome Baby. *International Journal of Nursing Knowledge.* 10.1111/2047-3095.12026.
17. Çağlı, F., Başbuğ, M., Özgün M.T., Öner, G., Narin, N., Akgün, H. ve ark. (2012). Prenatal VSD Tanısı Alan Olguların Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Erciyes Med J.* **34**(3): 111-5
18. Çokar, M. (2006). Dünyada ve Türkiye’de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. Deontoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
19. Çokar, M. (2009). İsteyerek Düşük, Tıp Etiği Ve Yasalar, Erişim 15.05.2013, <http://www.kahdem.org.tr/?p=217>
20. Çorbacıoğlu, A., Aslan, H., Aydın, S., Akbayır, Ö., Ersan, F., Alpay, V. ve ark. (2012). Trends in Fetal Indications for Termination of Pregnancy Between 2002 and 2010 at a Tertiary Referral Centre. *J Turkish-German Gynecol Assoc.* **13**: 85-90
21. Dickinson, J.E.(2004). Late pregnancy termination within a legislated medical environment. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* **44**: 337–341
22. Dickinson, J.E., Prime, D.K. ve Charles, A.K.(2007).The role of autopsy following pregnancy termination for fetal abnormality. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* **47**:445–449

23. Dickinson, J.E. (2013). Late Pregnancy Termination for Fetal Anomaly. *J Obstet Gynecol*. Australia, Erişim 14.05.2013, **189**(6)
24. Diribaş, K., Kaya, C. ve Koç, A. (2002). İlk trimester fetal tarama testleri. *T Klin Jinekoloj Obst*, **12**:186-193
25. Doğan, s. (2012). Perinatal Dönemde Hemşirenin Rolü, Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Erişim 14.05.2013,
<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/53/docs/makale1-53.pdf>
26. Ergün, P. (2007). Gebelerin Üçlü Tarama Testi Ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
27. Esmer, Ç.A. ve Yüksel, A.(2012). Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **1**: Düşükler
28. Gawron, L.M., Cameron, K.A., Phisuthikul, A. ve Simon, M.A.(2013). An exploration of women's reasons for termination timing in the setting of fetal abnormalities. *Contraception*, **88** 109–115
29. Gedikbaşı, A., Gül, A., Öztarhan, K., Akın, M.A., Sargın, A., Özek, S. ve ark. (2010). Termination of pregnancy and reasons for delayed decisions. *J Turkish-German Gynecol Assoc*; **11**: 1-7
30. Göynüner. G.F., Kepkep, K., Yetim, G., Tuncay, Y., Koç, A. ve Tatal, E. (2005). Doğumlarda Majör Konjenital Anomalilerin Retrospektif Analizi, *Perinatoloji Dergisi*, **13**(1)
31. Guillem, P., Fabre, B., Cans, C., Robert-Gnansia, E. ve Jouk, P. S.(2003).Trends in elective terminations of pregnancy between 1989 and 2000 in a French county. *Prenat Diagn*, **23**: 877–883.
32. Güçlü, O.G., Arslan, Ö., Erkıran, M. ve Gedikbaşı, A.(2013) Fetal Anomali Nedeniyle Terminasyon Uygulanan Kadınlarda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile İlişkisi. Araştırma makalesi. *Nöro psikiyatri Arşivi*, **50**: 161-168
33. Güngör, İ. (2011). Konjenital Anomalilerin Önlenmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü, Erişim 12.10.2013,
http://www.istanbul.edu.tr/yuksekokullar/floren/Kadin_Sagligi_Kongresi/KS_8_2.pdf

34. Kemp, J., Davenport, M. ve Pernet, A.(1998). Antenatally Diagnosed Surgical Anomalies: The Psychological Effect of Parental Antenatal Counseling. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol33, No 9 (September), pp 1376-1379
35. Kenneth B. Schechtman, Diana L. Gray, Jack D. Baty, Steven M. Rothman. (2002). Decision-Making for Termination of Pregnancies With Fetal Anomalies: Analysis of 53 000 Pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, **99**(2): 216-222.
36. Koç, A. ve Seval, M. (2011). Fetal Kromozomal Hastalıklar: Fetal Tanısal İnvaziv Girişimler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **4**(1):34-7
37. Korenromp, M.J., Page-Christiaens, G.C.M.L., Bout, J., Mulder, E.J.H. ve Visser, G.H.A.(2007). Maternal decision to terminate pregnancy after a diagnosis of Down syndrome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 196:149.e1-149.e11.
38. Korenromp, M.J., Page-Christiaens, G.C.M.L., Bout, J., Mulder, E.J.H. ve Visser, G.H.A.(2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 201:160.e1-7
39. Kramer, R.L., Jarve, R.K., Yaron, Y., Johnson, M.P. Lampinen, J., Kasperski, S.B. ve Evans, M.I.(1998). Determinants of Parental Decisions After the Prenatal Diagnosis of Down Syndrome. *American Journal of Medical Genetics* 79:172–174
40. Kurdoğlu, M., Kurdoğlu, Z., Küçükaydın, Z., Kolusarı, A., Adalı, E., Yıldızhan, R. ve ark. (2009). Van Yöresinde Konjenital Malformasyonların Görülme Sıklığı ve Dağılımı. *Van Tıp Dergisi*, **16**(3): 95-98
41. Kurinczuk, J.J., Hollowell, J., Boyd, P.A., Oakley, L., Brocklehurst, P., Gray, R. (2010). The contribution of congenital anomalies to infant mortality. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
42. Mandıracıoğlu, A. Doğuştan Anomalilerin Önlenmesinde Uygulanan Müdahale Programları, Erişim 11.09.2011,
http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2006-7/Dogumsal_AIM_fonsuz.pdf
43. MEGEP (2007, Ankara). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anne ve Çocuk Sağlığı II. Ankara: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi.
<http://hbogm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/annecocuksagligi1.pdf>

44. Menahem, S. ve Grimwade, J.(2003). Pregnancy termination following prenatal diagnosis of serious heart disease in the fetus. *Early Human Development*, **73**(71–78)
45. Onay, A. (2003). Mezun oldukları liselere göre üniversite öğrencilerinin dindarlık düzeyleri, diyanet işleri başkanlığı hizmetlerine ve dinî gruplara yönelim durumları. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1**(1), 171-194.
46. Onay, A. (2004), Dindarlık Etkileşim ve Değişim ‘Üniversite Öğrencileri Örnekleme’, İstanbul: DEM.
47. Örs, O.P., Çakır Güngör, A.P., Gencer, M., Yücesoy, K., Hacıvelioğlu, S., Kızıldağ, B. ve ark. (2012). Nöral tüp defekti gebeliği olan olguda terminasyon kararı, *Smyrna Tıp Dergisi*, **27**(30)
48. Öztürka, Y. ve Esinler, İ. (2005). İkinci Trimester Gebelik Sonlandırmalarında Sublingual, Vajinal Ve Oral Misoprostol Kullanımının Karşılaştırılması, **2**(3):172-177
49. Pansky, B., Congenital Malformations And Their Causes: Human Malformations, *Medical Embryology Book*, Erişim 12.08.2013, <http://discovery.lifemapsc.com/library/review-of-medical-embryology/chapter-32-congenital-malformations-and-their-causes-human-malformations>
50. Pryde, P.G., Isada, N.B., Hallak M., Johnson, M.P., Odgers, A.E. ve Evans, M.I.(1992). Determinants of Parental Decision to Abort Or Continue After Non-Aneuploid Ultrasound-Detected Fetal Abnormalities. *Obstet Gynecol*; 80:52-6
51. Quadrelli, R., Quadrelli, A., Mechoso, B., Laufer, M., Jaumandreu. C. ve Vaglio, A.(2006). Parental decisions to abort or continue a pregnancy following prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities in a setting where termination of pregnancy is not legally available. *Prenat Diagn* **27**: 228–232.
52. Rafioğlu, G.Ö. (2007). Hastanemizin İkinci Trimester Genetik Amniyosentez Sonuçları. İstanbul, Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
53. Robins, J. (2013). Congenital Anomalies Surveillance 2011-2012. Final Draft. NHS Greater Glasgow and Clyde.

54. Schechtman, K.B., Gray, D.L., Baty, J.D. ve Rothman, S.M.(2002).Decision-Making for Termination of Pregnancies With Fetal Anomalies: Analysis of 53,000 Pregnancies. *The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Elsevier Science Inc.* 0029-7844(01)01673-8
55. Sezgin, İ. Konjenital anomaliler. C.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik A.B.D. Erişim 15.05.2013, <http://tre.docdat.com/docs/5168/index-9604.html>
56. Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Weitzman, D., Gohar, J. ve Carmi, R.(1998). Decisions regarding pregnancy termination among Bedouin couples referred to third level ultrasound clinic.European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 76 141–146
57. Şahin, M. ve Yurdakul, M. (2012). Gebelik öncesi danışmanlık, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, **20** (1): 80-85.
58. Şahin, N.H. ve Güngör, İ. (2006). Congenital anomalies: parents' anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors. *Journal of Clinical Nursing*. 10.1111/j.1365-2702.2007.02023.x
59. Şamlı, H., Toprak, D., Solak, M. (2006). Afyonkarahisar İlinde Akraba Evlilikleri ve Bunun Doğumsal Anomaliler ile ilişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **7**: 69-74
60. Şirin, A. (Ed.). (2008). Kadın Sağlığı. İstanbul. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2827 sayılı nüfus planlaması hakkında kanun, Erişim 14.05.2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-462/rg-tarihi27051983--rg-sayisi18059-2827-sayili-nufus-pla-.html>
62. Tanrıverdi, A. (2011). Geç Tanı Alan Anomalilerde Yaklaşım, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, AYDIN.
63. Taruscio, D., Arriola, ., Baldi, F., Bianchi, F., Bermejo-Sánchez, E., Calzolari, E., ve ark. (2012). Primary Prevention Of Congenital Anomalies.
64. Tunçbilek, E. (2011). Akraba Evlilikleri. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. www.tapv.org.tr
65. Wyldes, M.P. ve Tonks, A.M.(2007). Termination of pregnancy for fetal anomaly: a population-based study 1995 to 2004. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01279.x www.blackwellpublishing.com/bjog

66. WHO, (2012). Congenital Anomalies. Erişim 14.01.2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>
67. Yararbaş, K. ve Ilgın-Ruhi, H. (2006). Prenatal tanı, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **26**:666-674
68. Yaşar, B. (2006). Erken Gebelik Kayıplarında Histeroskopi Bulguları. İstanbul, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
69. Yayla, M. Fetüs (Doğmamış Bebek) Hakları, Erişim 15.05.2013, <http://www.muratyayla.com/default.asp?CatId=54>
70. Yayla, M. Fetüs Hakları, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Bölümü, Türkiye, Erişim 15.05.2013, <http://perinataljournal.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PD-20050131137tr.pdf>
71. Yıldırım, D. Doğumsal (Konjenital) Anomaliler, Erişim 15.05.2013, <http://www.jinekolojivegebelik.com/2007/09/konjenital-anomaliler.html>
72. Yüreğir, Ö.Ö., Büyükkurt, S. ve Koç, F. (2012). Prenatal (Doğum Öncesi) Tanı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, **21**(1):80-94

FORMLAR

Ek 1:

Sıra no:

Tarih:

VERİ TOLAMA FORMU

Bu çalışma, gebelik döneminde, bebekte bedensel ya da zihinsel özür belirlemesi durumunda ailenin bebeğin doğması ya da gebeliğin sonlandırılması kararında etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Soru formuna verilen cevaplar gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Gülay Ekinci

Yrd. Doç Dr. Sevil İnal

A)TANITICI ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:

2. Eşinizin yaşı:.....

3. Eğitim durumunuz: a)Okur-Yazar değil b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite

4. Eşinizin eğitim durumu: a)Okur-Yazar değil b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite

5. Mesleğiniz:.....a. Gebe: b. Eş:

6.Sosyal güvenceniz var mı? a.Evet b.Hayır (*Varsa türünü belirtiniz: _____*)

7. Ailenizin aylık geliri:

a. 7500 TL altı b.750-1500 TL c.1500-3000TL d.3000-5000TL e.5000 TL üstü

8. Yaşamınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri:

a.Büyük şehir b. İl c. İlçe d.Kasaba e.Köy

B) OBSTETRİK ÖZELLİKLER

9. Akraba evliliği: a.Var b.Yok: (Derecesi: _____)

10. Gebelik Öyküsü: G:..... P:..... A:..... K:

11. Önceki gebelikte anomali öyküsü varsa intrauterin dönemde tanı konulmuş muydu?

a.Evet b.Hayır

12.Önceki gebelikte anomali öyküsü varsa ailenin kararı ne olmuştu?

a) Medikal Abortus b) Doğum Kararı c) Diğer

13. Anomali nedeniyle daha önce gebeliğiniz sonlandırıldı mı?

a. Evet b. Hayır (Tanısı: _____)

14. Özürlü yaşayan çocuğunuz var mı?

a. Evet b. Hayır (Evet ise özrü nedir?.....)

15. Mevcut gebelikte gebelik şekli:

a) Doğal b) İlaç Tedavisi ile c) OI-IUI d) IVF-ICSI

16. Mevcut gebelikte ilk gebelik muayenesi kaçınıcı haftada olmuştur?.....

17. Mevcut gebeliğinizde anomalinin teşhis edildiği gebelik haftası?.....

18. Mevcut gebelikte var olan anomaliler;.....

19. Anomali nasıl tespit edildi?

a) USG

b) İnvaziv testler: 1) İkili test 2) Üçlü test 3) Amniyosentez 4) CVS

C) AİLENİN KARARINI ETKİLEYEN ETMENLER

20. Bu gebeliğinizde bebeğinizde saptanan anomali konusunda size verilen bilginin düzeyi ile ilgili görüşünüz nedir?

- a. Çok açık bir şekilde anlatıldı
- b. Açık bir şekilde anlatıldı
- c. Kararsızım
- d. Yetersiz bir şekilde anlatıldı
- e. Çok yetersiz bir şekilde anlatıldı
- f. Hiç bilgi verilmedi.
- g. Diğer.....

21. Gebeliğinizde mevcut olan anomali hakkında kim/kimlerden bilgi aldınız?

- a) Doktor
- b) Ebe
- c) Hemşire
- e) Diğer.....

22. Bu gebeliğinizde bebeğinizde saptanan anomali hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Kısmen
- c) Hayır
- d) Diğer.....

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

- a. Fiziksel özür beklentisi yüksek
- b. Zihinsel özür beklentisi yüksek
- c. Fiziksel ve zihinsel özür beklentisi yüksek
- d. Tedavi edilebilir fiziksel özür
- e. Yaşam beklentisi: 1. Kısa 2.Orta 3. Uzun 4. Bilmiyorum

24. Mevcut şartlar altında gebeliğin devamı konusundaki kararınız nedir?

- a) Terminasyon ile sonuçlandı
- b) Doğumla sonuçlandı

25. Bu kararı vermeniz ne kadar sürdü?

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

26. Gebeliğin sonlandırılmasına karar verdiyseniz, hangi nedenler etkili oldu? (Size etkileme derecesine göre sıralayınız)

- Aile büyüklerim, arkadaşlar, eşimin istemesi
- Benim istemem
- Doktor/ebe/hemşirelerden aldığım bilgiler
- Dini inançlarım
- Tekrar bebek sahibi olma ihtimalimin olması
- Sağlığımın bozulma ihtimali
- Eşim ve benim yaşayabileceğimiz ekonomik güçlükleri düşünmek
- Eşim ve benim, bebeğin bakımı konusunda yaşayabileceğimiz güçlükleri düşünmek
- Bebeğin yaşayabileceği güçlükleri düşünmek
- Diğer (açıklayınız):

27. Gebeliğin devamına karar verdiyseniz, hangi nedenler etkili oldu? (Size etkileme derecesine göre sıralayınız)

- Bebeği aldırmanın günah olduğunu düşünmem (dini nedenler)
- Teşhisin yanlış konulmuş olabileceğini düşünmem
- Bebeğin hasta/sakat olma olasılığının çok düşük olduğuna inanmam
- Hastalıkla ilgili karşılaşabileceğimiz güçlükleri yeterince anlamamamız
- Çevremdekilerin (akraba/komşu) bebeğin sağlıklı olabileceğine beni/bizi ikna etmesi
- Kaderin önüne geçemeyeceğimi düşündüğüm için olabilecek sonuçları kabullenmem
- Tekrar bebek sahibi olma ihtimalimin düşük olması
- Aile büyüklerim, arkadaşlar, eşimin doğurmamı istemesi
- Bebeğin cinsiyeti
- Diğer (açıklayınız):

Ek 2:**D) DİNİ YÖNELİM ENVANTERİ**

28.Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlamak için kullandıkları bir dizi ifade sıralanmıştır. Bunlardan hiç birisi üzerinde zaman harcamadan, genel olarak kanaatinizi ve hislerinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Dinin toplum hayatı açısından faydalı olduğunu düşünürüm				
2. Dini inancın gerekli olmadığını düşünürüm				
3. İbadetlerimi yaparım				
4. Dinin yasak ettiği şeyleri yaptığım olur				
5. Dinin sosyal hayat ile ilgili kurallarını yerine getirmeye özen gösteririm				
6. Hata işlediğim zaman Allahtan af dilerim				
7. Allah, herkesi kendi niyetine göre değerlendirir diye düşünürüm				
8. Dini kurallar sıkıcı				
9. Toplum huzurunun sağlanmasında dinin önemli katkısı olduğunu düşünürüm				
10. İncanıma göre hareket etmediğimde içimde bir huzursuzluk duyarım				
11. Allah kıyamet günü bana da merhamet eder diye umarım				
12. Kişinin din uğruna bir takım güçlülere katlanmasını anlamsız bulurum				
13. Dini kuralları yerine getirme zorunluluğu hissederim				
14. Nafile (farz olmayan) ibadetler yaparım				
15. Evlilik dışı ilişkileri normal karşılarım				
16. Dua ederim				
17. Toplumun geri kalmasına, dini kuralların neden olduğunu düşünürüm				
18. Dinimi başkalarına da anlatmaya çalışırım				

ETİK KURUL KARARI

Ek 3: BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY
DR. SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fetal Anomali Nedeniyle Medikal Abortus Önerilen Gebeliklerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2011/89			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr. Sevil İnal, Ebe Gülay Ekinci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 4			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.10.2011	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	14.10.2011	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/11 /02	Tarih: 05.12.2011
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Ayşe PALANDÜZ	Çocuk Hastalıkları	I.Ü.İst. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dünyed Bil.Çöz.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Hüseyin Hilmi ÖZTÜRK	Elek.Ve Elektr. Müh.	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Rana KONYALIOĞLU	Biyostatistik	ARK İst. Danış.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Özkan TÜM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülay	Soyadı	Ekinci
Doğ.Yeri	Kartal	Doğ.Tar.	10.07.1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	49873143278
Email	ekincigulay@hotmail.com	Tel	05554874917

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Ege Üniversitesi/Atatürk S.Y.O/Ebelik	2010
Lise	Faruk Nafiz Çamlıbel Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ebe	İstanbul Tıp Fakültesi	2010-2014
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	50	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office; Excel, Powerpoint, Access, Outlook	iyi
SPSS	iyi

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- ❖ Ekinci, G., Sezer, D. ve Çeber, E. (2009). Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Mesleğe İlişkin Bilgi, Düşünce ve Beklentilerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi. Mezuniyet tezi.
- ❖ 1. Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi/ 5-7 Mayıs 2010-İZMİR (Sözel Bildiri)
- ❖ 4. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri/ 27 Şubat-1 Mart 2014-İSTANBUL(Sözel Bildiri)
- ❖ 13th ESC Congress “Challenges in Sexual and Reproductive Health” / 27-31 Mayıs 2014-PORTEKİZ (Poster Bildiri)
- ❖ 1. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi/ 20-22 Haziran 2013 – İZMİR (Katılımcı)
- ❖ 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi/ 24-26 Nisan 2013-İSTANBUL (Katılımcı)
- ❖ 1. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri/ 11-13 Mart 2011-İSTANBUL(Katılımcı)
- ❖ 2. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri/ 8-10 Mart 2012-İSTANBUL(Katılımcı)
- ❖ 3. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri/ 7-9 Mart 2013-İSTANBUL(Katılımcı)
- ❖ 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi/ 27-29 Nisan 2011-AYDIN (Katılımcı)
- ❖ Florence Nightingale Bilim Günleri-II, Kadın Kalp Sağlığı/ 29 Kasım 2012-İSTANBUL (Katılımcı)
- ❖ Girişimcilik Sertifikası, İstanbul Büyükşehir Belediyesi (2006)
- ❖ İlk Yardım Kursu, EGECAN Arama Kurtarma Topluluğu (2009)
- ❖ Anne Sütü ile Beslenmede Danışmanlık Eğitim Programı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (2010)
- ❖ Temel İlk Yardım Eğitimi, İstanbul Tıp Fakültesi İlk Yardım Eğitim Merkezi (2011)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): kitap okumak, araştırma yapmak, yüzmek, voleybol oynamak.