



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRENATAL DÖNEMDE SAPTANAN ANOMALİLERLE İLGİLİ
GEBENİN KARAR VERME SÜREÇLERİNİN
ETİK ANALİZİ**

Gamze ÖZBEK GÜVEN

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
TIP TARİHİ VE DEONTOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

ŞUBAT/2019



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRENATAL DÖNEMDE SAPTANAN ANOMALİLERLE İLGİLİ
GEBENİN KARAR VERME SÜREÇLERİNİN
ETİK ANALİZİ**

Gamze ÖZBEK GÜVEN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
TIP TARİHİ VE DEONTOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

ŞUBAT/2019

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalında/Tıp Tarihi ve Deontoloji Doktora Programında Gamze
ÖZBEK GÜVEN tarafından hazırlanan
PRENATAL DÖNEMDE SAPTANAN ANOMALİLERLE İLGİLİ GEBENİN KARAR
VERME SÜREÇLERİNİN ETİK ANALİZİ
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile
DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman/Başkan Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM

Ankara Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD.

Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA


Üye: Prof. Dr. Metin HASDE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı AD.

Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA


Üye: Prof. Dr. İsmail Yaşar AVCI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.

Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA


Üye: Dr. Öğr. Görevlisi Eray Serdar YURDAKUL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD.

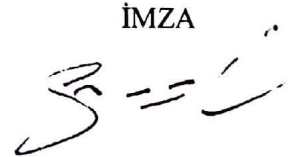
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA


Üye: Dr. Öğr. Görevlisi ÖNDER İLGİLİ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve ETİK AD.

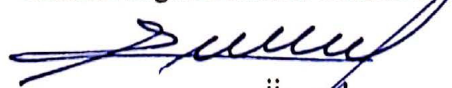
Bu tezin Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA


Tez Savunma Sınavı Tarihi: 20/02/2019

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



ii

Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdür Yardımcısı

ETİK BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gamze ÖZBEK GÜVEN

20.02.2019

ÖZET

Tez çalışmasında prenatal tanı sonrası kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılması ile ilgili karar verme sürecinde yaşadıklarını nasıl anlamlandırdıkları üzerine odaklanılmıştır. Bu süreçte; yaşanan sorunların yaşayanlar tarafından dile getirilişi ve onların karar verme deneyimleri tıp etiği açısından analiz edilmiştir. Tez kapsamında biyoetik disiplininin yöntembilgisi çerçevesinde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili değersel sorunlar hakkında bilgi üretmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda değer, kişi, yaşamın başlangıcı, maternal fetal haklar ve ilgili kavramlar açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışma amacına ulaşabilmek için niteliksel alan araştırması olarak yürütülmüştür. Tez çalışmasında gebeliği devam ettirme kararı veren kadınlar ve gebeliği sonlandırma kararı veren kadınlar ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri yanısıra karar verme sürecine ilişkin deneyim, davranış, bilgi ve duygularını belirlemeye yönelik soru formu hazırlanmıştır. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler, tematik analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Görüşmelerde öne çıkan değersel söylemler, bağlam, ana tema ve alt temalara ayrılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda bir tıp etiği sorunsalı olan gebeliğin sonlandırılması hakkında sürdürülen tartışmalarda temellendirmelere gerekçe olabilecek önemli bazı bilgiler elde edilmiştir. Aynı zamanda çalışmada gebeliğin sonlandırılması kararının kişiye özgü, zor bir karar olduğu, kararda kişisel faktörlerin ve kişinin değersel dünyasının belirleyici olduğu gözlenmiştir.

Çalışmada ulaşılan her deneyimin, tüm süreçleri göz önüne alınarak kendine özgü bir etik vaka olarak değerlendirilmesi ve analiz edilmesi, hem konuyla ilgili değer yükünün ortaya konulması, hem de etik tartışmalar için zemin oluşturması açısından önemlidir. Araştırma, bu kapsamda yapılan ilk niteliksel çalışma olması açısından özgün bir çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Etik, Gebeliğin Sonlandırılması, Karar Verme Süreci, Prenatal Tanı.

ABSTRACT

ETHICAL ANALYSIS OF THE PREGNANT'S DECISION-MAKING PROCESS ABOUT ANOMALIES DETECTED DURING PRENATAL PERIOD

The present thesis study has been focused on how the women make sense of what they experience in the decision-making process about continuing or terminating the pregnancy after the prenatal diagnosis. In this process; the expression of the problems experienced by residents, and their decision-making experiences have been analyzed in terms of medical ethics. Within the scope of thesis, it was aimed to create information about the value problems related with terminating the pregnancy within the frame of methodology of bioethics discipline. In parallel with this objective, it was aimed to explain the "value", "person", "beginning of life", "maternal fetal rights" and related concepts.

The study was carried out as a qualitative field research in order to achieve the aim of it. During the thesis, in-depth interviews were conducted with women who decided to continue the pregnancy and women who decided to terminate the pregnancy. Besides the demographic data of the participants, the survey form was prepared to determine experience, behavior, knowledge, and emotions regarding the decision-making process. The data obtained from the in-depth interviews were evaluated by thematic analysis method.

The prominent discourses in the interviews were divided into context, main theme, and sub-themes. As a result of the evaluation of the data obtained in this process, some important information that can be used as basis for justification in discussions on terminating the pregnancy, which is a problem in medical ethics, were obtained. At the same time, it was also observed that the decision on terminating the pregnancy is a personal and difficult decision and the personal factors and person's world of values play determinant role in this decision.

Analyzing each experience as an idiosyncratic ethic case by considering all the processes is important both for revealing the relevant value load and establishing a basis for ethical discussions. The present study is an original study since it is the first qualitative study carried out on this subject.

Keywords: Ethics, Terminating the Pregnancy, Decision-making Process, Prenatal Diagnosis

TEŞEKKÜR

Eleştirileriyle tez çalışmamı yönlendiren Sayın Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım'a, Sayın Prof. Dr. Metin Hasde'ye, Sayın Prof. Dr. İsmail Yaşar Avcı'ya; Doç. Dr. Uğur Keskin'e, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Önder İlgili'ye; Sayın Dr. Öğretim Üyesi Eray Serdar Yurdakul'a ve Sayın Dr. Şükrü Keleş'e çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimim sürecime katkılarından dolayı hocalarım Sayın Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım'a, Sayın Prof. Dr. Serap Şahinoğlu'na, Sayın Prof. Dr. Berna Arda'ya, Sayın Prof. Dr. Ahmet Acıduman'a, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Volkan Kavas'a teşekkür ederim.

Doktora eğitimimin sırasında tanıdığım ve eğitim sürecimin en önemli kazanımlarından olan arkadaşlarım Emine Topçu'ya, İlknur Kuzuca Genç'e ve Şerife Gönen'e; aynı bölüm arkadaşım Nuray Güneş'e ve alan araştırmasına destek olan katılımcılara teşekkür ederim.

Benim için uzun ve zorlu bir süreç olan doktora eğitimim sırasında bana her türlü desteği sağlayan mesai arkadaşlarım Tuğbağ Subaşı'na, Sibel Çalışkan'a, Eda Balamtekin'e, Sultan Aytemiz'e, Dr. Öğr. Üyesi Cumhur Artuk'a; beraber çalıştığım hocam Prof. Dr. Hanefi Cem Gül'e; her zaman yanımda olan can dostum Hülya Arzu Bal'a teşekkür ederim.

Öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım danışman hocam Sayın Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım'a sonsuz şükranlarımı sunarım.

Kendisine her baktığımda ne kadar şanslı ve özel bir kadın olduğumu tekrar bana hissettiren sevgili eşim Ümit Yasin Güven'e, hayatın her güzelliğini ve her zorluğunu benimle paylaştığı ve desteği için teşekkür ederim.

**Bu alışmamı
Yaşamıma en değerli anlamı kazandıran kızım ECE NUR GÜVEN'e
ithaf ediyorum.**

GAMZE ÖZBEK GÜVEN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL ONAYI.....	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
ÇİZELGELER.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1.DEĞER, ETİK, TIP ETİĞİ, BİYOETİK	2
1.1.1. Değer	2
1.1.2. Ahlâk, Etik ve Biyoetik	3
1.1.3. Tıp Etiği ve Tıp Etiği İlkeleri	5
1.2.HAK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR	8
1.2.1. Hak Kavramı	8
1.2.2. Kişi-Kişi Olma Kavramı	10
1.2.3. Maternal ve Fetal Haklar	13
1.3.KARAR VERME SÜRECİ.....	14
1.4.GEBELİK VE GEBELİK SÜRECİ	15
1.4.1. Doğum Öncesi Bakım ve Prenatal Tanı	17
1.4.2. Prenatal Tanı Yöntemleri	18
1.4.2.1. Girişimsel Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri	18
1.4.2.2. Girişimsel Prenatal Tanı Yöntemleri.....	19
1.4.3. Gebeliğin Sonlandırılması.....	21
1.4.3.1. Dinlere Göre Gebeliğin Sonlandırılması	25
1.4.3.2. Ülkelere Göre Gebeliğin Sonlandırılması	26
1.5.KONUyla İLGİLİ ÇALIŞMALAR	30
2. GEREÇ VE YÖNTEM	31
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	31
2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	31

2.3. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	31
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
2.5. VERİ ANALİZİ	33
2.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ	34
2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI.....	34
3. BULGULAR	37
3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ.....	37
3.2. KATILIMCILARDAN BİLGİ, DUYGU, DAVRANIŞ, DENEYİM SORULARINA ALINAN YANITLAR	42
4. TARTIŞMA	71
4.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ.....	72
4.2. KARAR VERME SÜRECİ.....	74
4.3. KARAR VERİCİLER VE KARARI ETKİLEYEN KİŞİLER.....	75
4.4. KARARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	78
4.5. BİLGİLENDİRME VE KARAR VERME SÜRESİ.....	82
4.6. GEBELİĞİ DEVAM ETTİRMEYE KARAR VERENLER	83
4.7. GEBELİĞİ SONLANDIRMA KARARI VERENLER.....	85
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	97
6. KAYNAKÇA	101
7. EKLER	113
EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU	113
EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	115
EK 3. ETİK KURUL KARARI	116
EK 4. ANKET KURUL KARARI.....	118
EK 5. TEZİN ADININ DEĞİŞİMİ- ENSTİTÜ KARARI.....	120
8. ÖZGEÇMİŞ.....	121

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Ülkelerin nedene göre gebeliğin sonlandırılması uygulamaları	29
Çizelge 3.1.	Katılımcılara ait demografik bilgiler-1	38
Çizelge 3.2.	Katılımcıların protokol numaralarına göre bazı bilgileri	39
Çizelge 3.3.	Katılımcılara ait demografik bilgiler-2	40
Çizelge 3.4.	Katılımcılara ait demografik bilgiler-3	41
Çizelge 3.5.	Katılımcılara ait demografik bilgiler-4	42
Çizelge 3.6.	Katılımcıların prenatal tanı alma deneyimini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	43
Çizelge 3.7.	Katılımcıların prenatal tanı aldıktan sonraki süreçlerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	48
Çizelge 3.8.	Katılımcıların gebeliği devam ettirme kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	52
Çizelge 3.9.	Katılımcıların gebeliği sonlandırma kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	55
Çizelge 3.10.	Katılımcıların duygu durumunu belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	58
Çizelge 3.11.	Karar verme sürecinde kadınların beklentilerine yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AFP:	Alfa Feto Protein
A(PAPP-A):	Pregnancy Associated Plasma Protein (Gebeliğe Özgü Plazma Protein)
beta-hCG:	Human Chorionic Hormon
DÖB:	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
E3:	Estriol
FIGO:	International Federation of Gynecology ve Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)
GATA:	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
TCK:	Türk Ceza Kanunu
TDK:	Türk Dil Kurumu
TMK:	Türk Medeni Kanunu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
USG:	Ultrasonografi
WHO:	World of Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim sırasında “Tıp Etiği (Genel Konular)” dersinde, dersin sorumlu öğretim üyesi Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım’ın; “Hamilesiniz veya eşiniz hamile, çocukta anomali çıktı. Gebeliği sonlandırır mısınız? Sonlandırmaz mısınız? Neden?” sorusuna düşünmeden verdiğim cevap, “inancım gereği sonlandırmam” oldu. Zaman içinde evlendim, hamile kaldım. Gebelik takibi sırasında prenatal tanı kondu. Gebeliğin devamı ile ilgili karar vermem istendi. İşte o zaman dersteki soru, hayatımın en önemli sorunu haline geldi. Ama cevabı dersteki kadar kolay olmadı.

Yaşamın her anında karar verme süreci içindeyiz. Bu süreç içinde neler yaşıyoruz? Neler hissediyoruz? Kararımızı etkileyen etmenler nelerdir? Karar verilecek konunun önemi ve hassasiyeti karar verme sürecini nasıl etkilemektedir? Bu soruların ışığında hassas ve önemli bir konu olan, prenatal tanı sonrasında gebeliğin devamı ve sonlandırılması hakkında, kişilerin karar verme süreçlerini etik açıdan analiz etmek istedim.

Bu çalışmada; anomali saptanan gebeliklerde, kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılması ile ilgili karar verme sürecinde yaşadıklarını nasıl anlamlandırdıkları üzerine odaklanılmıştır. Bu süreçte; yaşanan sorunların, yaşayanlar tarafından dile getirilişi ve onların karar verme deneyimlerinin tıp etiği açısından analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada ulaşılan her deneyimin, tüm süreçleri göz önüne alınarak kendine özgü bir etik vaka olarak değerlendirilmesi ve analiz edilmesi, hem konuyla ilgili değer yükünün ortaya konması, hem de etik tartışmalar için zemin oluşturması açısından önemlidir. Araştırma, bu kapsamda yapılan ilk niteliksel çalışma olması açısından özgün bir çalışmadır.

1. GİRİŞ

Yaşamak eylemde bulunmayı, tutum takınmayı gerektirir. Her eylem ve her tutum ise değersel bir anlam içerir. Olasılıklar arasından bir eylemde bulunmak ve/veya bir tavrı takınmak, karar vermeyle yakından ilişkilidir. Karar vermek farklı seçenekler arasından birini tercih etme sürecidir. Bu süreç içerdiği değersel yük nedeniyle bazen zor ve karmaşık olmaktadır. Bu açıdan karar verme süreci içerisinde neler yaşandığı, bu süreci yaşayanların neler hissettiği, bu süreçteki kararları etkileyen etmenlerin neler olabileceği ve sürecin değersel yükü üzerine etik açıdan düşünmek önemlidir.

Karar verme süreci, karar verilecek konuyla yakın ilişkilidir. Prenatal dönemde anomali tespit edilmesi sonrasında gebeliğin sonlandırılması durumunda olduğu gibi, hassas ve önemli konular söz konusu ise bu süreç üzerine düşünce üretmek ayrıca önem kazanmaktadır. Anomalinin tespit edilmesinden sonra kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılmasıyla ilgili karar verme sürecine etik alanının bakış açısıyla yaklaşmak, konuyla doğrudan ilgili kişilerin (anne-baba adayları olan karar vericilerin) değersel dünyalarını tanımakla olanaklıdır. Her biri, birbirinden farklı olan bu dünyaları etik açıdan değerlendirmek, konuyla ilgili özgün verilerin ortaya çıkmasını sağlaması bakımından önemli olmaktadır.

Fetüste anomali tespit edilmesi sonrasında, gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verme süreciyle ilgili çeşitli faktörlerin araştırıldığı görülmektedir. Çalışmalar, hangi tanıda kaç kişinin sonlandırma kararı verdiğine odaklanmaktadır. Hangi durumlarda ne tür kararlar verildiği ve verilen kararların hangi değersel kabullere dayandığı hakkında bir açıklama yoktur. Prenatal dönemde tespit edilen anomali nedeniyle gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verme süreci, birçok faktörün belirleyici olduğu kişisel ve zor bir deneyimdir. Bu nedenle karar verme sürecinin etik analizinin yapılması, hem konuyla ilgili değersel yükün ortaya konulması, hem de etik tartışmalara zemin hazırlaması açısından önemlidir.

Bu çalışmada; anomali saptanan gebeliklerde, kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılması ile ilgili karar verme sürecinde yaşadıklarını nasıl anlamlandırdıkları üzerine odaklanılmaktadır. Bu süreçte; yaşanan sorunların,

yaşayanlar tarafından dile getirilişi ve onların karar verme deneyimlerinin tıp etiği açısından analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda;

- Kişilerin konuyla ilgili yaşam deneyimlerine,
- Deneyimlerini nasıl yorumladıklarına,
- Yaşadıkları deneyimleri nasıl ifade ettiklerine,
- Kişilerin deneyimlerine ilişkin açıklayıcı modellere,
- Bu modeller çerçevesinde neleri olduğu gibi kabul ettiklerine ve nelere tepki gösterdiklerine,
- Yaşadıkları deneyimi nasıl anlamlandırdıklarına ilişkin saptamalarda bulunulacaktır. Çalışmada ulaşılan her deneyimin tüm süreçlerini göz önüne almak hedeflenmektedir. Bu nedenle her bir katılımcının yaşam deneyiminin, kendine özgü bir etik vaka olarak değerlendirilmesine özen gösterilmektedir.

Tez kapsamı, katılımcıların konuyla ilgili bakış açılarına, düşüncelerine, görüşlerine odaklanmaktadır. Bu nedenle, katılımcıların karar verme süreçlerinde neler yaşadıkları, neler hissettikleri ve sürece etkili olan faktörler üzerinde durulmaktadır. Tez çalışmasında elde edilen veriler, etik açıdan değerlendirileceğinden, konuyla ilgili kavramların anlam içeriğine ait bilgiler bir sonraki bölümde açıklanmaktadır.

1.1. DEĞER, ETİK, TIP ETİĞİ, BİYOETİK

1.1.1. Değer

Tarih boyunca düşünce eylemi, “insan nasıl bir varlıktır?” sorusuna cevap ararken, insanı diğer varlıklardan ayıran temel özelliklerin neler olduğu üzerinde çalışmıştır. Bu temel özelliklerden en önemlisi, yaşamı değerleri ile anlamlandırma, kavramlaştırma ve tanımlama çabasıdır. Bu çabanın sonucunda insan, değerleriyle varolarak eylemde bulunmaktadır (1).

Yunanca’da “vasıf”, “meziyet”, “üstünlük” gibi anlamlara gelen ve “aretê” kelimesiyle ifade edilen “değer” kelimesi, Türkçe’de; “bir nesnenin karşılığı, dengi, ederi” anlamına gelmektedir (2). Burada “değer” kelimesi, nesneye karşılık olarak verilen, kabul edilen ve olması gereken, arzu edilen şey anlamına gelmektedir.

“Bir şeyin kendisiyle aynı cinsten olan şeyler arasındaki özel yeri” olarak tanımlanan “değer”, istenilen veya ödüllendirilen bir nitelik/ölçüttür (3). Nesnelere veya eylemlere yönelik olarak iyi-kötü, doğru-yanlış, güzel-çirkin, günah-sevap ve bunun gibi nitelemelerden “değer önermeleri” kurulur ve bu önermelere göre değerlendirme yapılır (4). Örneğin; bireylerden toplum içinde uymaları istenen, yapılmasına izin verilen, toplumun geneli tarafından benimsenen davranışlar “iyi”, bunun karşıt davranışları ise “kötü” olarak nitelendirilir.

Değerler ise; eserlerle veya kişilerin yaptıklarıyla, yaşamlarıyla gerçekleştirilen insan olgularıdır. İnsanın kişilerce gerçekleştirilen varlık yapısı olanakları olan değerleri, ekonomik, estetik ve etik değerler olarak gruplandırabiliriz (5).

Etik değerler; “belirli kişi olanakları olup, kişilerin kişilerarası ilişkilerde kimi yaşantı ve eylem olanaklarına sahip olmalarıdır”. Kişisel (dürüstlük, güvenilirlik vb.), mesleki (zarar vermeme, yaşama saygı vb.) ve kültürel (sevgi, saygı, hoşgörü vb.) değerler olarak alt gruplara ayrılmaktadır (6).

1.1.2. Ahlâk, Etik ve Biyoetik

Arapça “hulk” (yaradılış) ve “halk etmek” (yaratmak) kelimeleriyle aynı kökten gelen “Ahlak” sözcüğü, yaradılıştan gelen huy özellikleri olarak tanımlanmıştır. İngilizce'deki “Ethics” ve “Morals” olarak iki ayrı sözcükle ifade edilen her iki farklı anlam, Türkçe’de “Ahlak” sözcüğü ile karşılanmaktadır. Bu nedenle geniş bir anlam yüküne sahiptir (7).

Ahlak; “bir insan topluluğunda, bir zaman diliminde, bir kültürel çerçeve içerisinde, belirlenmiş, tanımlanmış, kabul görmüş değerler ve amaçlar ile bu amaçlara nasıl ulaşılacağını ortaya koyan kurallardır” (8).

Bireyin yaşadığı toplumda varolan, çoğunlukla sorgulamadan pasif bir şekilde benimsediği kurallar, normlar, değerler ve idealler bütünü olan ahlak, bir taraftan kişinin sonradan edindiği tutum ve davranışlar için kullanılırken, diğer taraftan toplumun kabul ettiği değer sistemleri için de kullanılmaktadır (7). Bu değerler sistemi, bireylerin toplumsal alanda var olan davranış ve inançlarını yönlendirir. Aynı zamanda herbiri özgün ve karmaşık bir bütün olan insan eylemlerinin değeri konusunda yargıda bulunmak için kullanılır (9).

Etik; Yunanca'da karakter, alışkanlık, gelenek, töre anlamlarına gelen “ethos” kelimesinden türeyen, değerler evrenini inceleyen, onu iyi-kötü ve doğru-yanlış şeklinde yorumlayan felsefenin alt dalıdır (10). “Teorik ahlak, ahlak kuramı” olarak da tanımlanmaktadır (7). Ontoloji, epistemoloji ve estetik gibi felsefenin temel alanlarından.

Etik ve ahlak, birbirleriyle çok yakın ilişki içerisinde olan ancak birbirinden ayrı anlamlar taşıyan, sınırları belirli, kapsamaları farklı iki kavramdır. Ahlak, belirli bir toplumun gereksinim ve çıkarlarını temel alan, alışkanlıklardan, törelerden, geleneklerden ve kamuoyunun gücünden destek alan, kendiliğinden şekillenmiş, genel kabul görmüş kurallar sistemidir. Bu açıdan toplumdaki topluma değişmekle birlikte, aynı toplumda zaman içinde de değişebilmektedir. Etik ise, insanın bireysel ve toplumsal (birey-aile-toplum-devlet) ilişkilerindeki değerlerini ve eylemlerini konu alan düşünsel bir etkinliktir. İnsan eylemlerinde “iyi” ve “kötü”nün ne olduğunu, “mutlak iyi” veya “mutlak kötü”nün olup olmayacağını araştırarak, değerlerin bilgisini sunar. Bunu yaparken, insanın karmaşık eylem alanını kavramsal olarak inceler ve temellendirilmiş sonuçlara varmayı hedefler (11).

İnsanın karmaşık eylem alanı etik açıdan değerlendirilirken, eylemin yapılış amacı (niyeti), kişiyi eyleme götüren etkenler, eylemin gerçekleştiği koşullar, eylemin yöneldiği nesne ve eylemin sonucu önemlidir. Örneğin; yapıcı birbirinin aynısı olan iki eylemin olması olanaklıdır. Ancak bu iki eylem, yapılış amacına göre tamamen zıt olabilir. Bu nedenle eylemlerin sonuçlarından önce, eylemin yapılış nedenindeki iyi istemeye önem vermek gerekir. İstemenin “iyi” olması için, bu istemenin “etkilerinden ve başardıklarından dolayı değil, hedeflenen herhangi bir amaca ulaşmaya uygunluğundan da değil, yalnızca isteme olarak, yani kendi başına iyi olması” gerekir (12).

İnsan isteme ve eylemlerinde değerli, iyi ve doğru olanla ilgilenen etik; değerlerin birbiriyle çatıştığı durumlarda “en doğru, en iyi, en az değer harcayan ve en çok değer koruyan” eylemin ne olduğunun anlaşılmasına yardımcı olur (13).

Etik üzerinde çalıştığı sorunlar; çözüm önerileri içinde ahlaki olanı seçmeyi gerektirirler, mutlak yanlış ya da mutlak doğru olarak tanımlanamazlar. İkilemde bırakan, kesin çözümleri olmayan, karmaşık sorunlardır (14).

Henüz çözüme bağlanmamış, mevcut normların içermediği, yeni ve açık uçlu sorunlarla ilgilenen etik, tartışmaya açık bir alandır. Etiğin sorunlara yaklaşımı, kurallar koymak yerine, “ilkeler” belirlemek yönündedir.

İlkeler, davranışlara yön vererek ölçüt oluşturan en genel ifadeler olarak tanımlanmaktadır (15). Değerleri daha anlaşılır ve işlevsel kılabilmek amacıyla etik ilkeler geliştirilmiştir. Etik ilkeler, “olgu kümeleri göz önünde tutularak ulaşılmış, sağduyuyu yansıtan çerçevelerdir”. Sorunların çözümünde temellendirme yapabilmek için yol gösterici olurlar. Eylem önerileri geliştirmek için yararlıdırlar (16).

Biyoetik ise, etimolojik olarak Yunanca kaynaklı “bio” ve “etik” kelimelerinden oluşur ve “canlılıkla ilgili insan uğraşlarının değerlerini inceleyen, değer nesnelere ve değersel önermelerini tanımlayan ve sorgulayan bir alandır”. Değer sorunlarına felsefenin, hukukun, tıbbın, sosyolojinin ve antropolojinin farklı bakış açılarıyla yaklaşır (10).

1.1.3. Tıp Etiği ve Tıp Etiği İlkeleri

Etik; insanlar arasındaki düşünce, yaklaşım ve görüş farklılıklarından dolayı, değişik alanlarda ortaya çıkan değersel sorunlara temellendirilmiş cevaplar arar. Tıp uğraşı alanındaki değer sorunları ile ilgilenen alt alana “Tıp Etiği” adı verilir (7).

Tıp etiğinde, Thomas L. Beauchamp ve James F. Childress adlı iki Amerikalı biyoetikçinin önerdikleri “Dört İlke Kuramı” yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu biyoetikçiler; etik ilkelerden birinin diğerinden üstün olmadığı, durum veya olaylara göre herhangi birinin tercih edilebileceği veya ihlal edilebileceğini belirtirler. Beauchamp ve Childress’in biyomedikal etik alanındaki hemen hemen tüm sorunları kapsadığını ileri sürdükleri dört temel ilke;

- a) Özerkliğe saygı,
- b) Yarar sağlama,
- c) Zarar vermeme ve
- d) Adalet ilkesi’dir.

Özerklik; insanın varoluşuyla ilgili temel özelliktir. Bu özelliğinden dolayı, tüm insan haklarının kaynağı olarak kabul edilmektedir. Bir insanın kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine göre kararlar vermesi ve bu kararlar doğrultusunda

eylemde bulunmasıdır (17). Bir kişinin özerk olması için, kendi iradesi doğrultusunda seçebilmesi ve eylemde bulunabilmesi gerekmektedir. Özerkliğin gerçekleşmesi için en önemli unsur bilgidir. Herhangi bir konu hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olan özerk birey, kendi değerleri ve inançları doğrultusunda oluşturduğu seçimlerini uygulayabilmelidir. Tıp alanında bu bilginin etkili bilgilendirme sayesinde mümkün olabileceği kabul edilmektedir.

Özerklik, kişisel, kültürel ve toplumsal etkenlerle sınırlandığı gibi, hastalık, özgürlüğü kısıtlayıcı cezalar, madde kullanımı gibi bazı durumlarda kalıcı veya geçici olarak ortadan kalkabilir. Özerklik, kişinin tümüyle özerk olması gibi ideal bir durumdan, özerkliğin tümüyle yok olması gibi bir durum arasında derecelendirilebilir. Özerkliğin hangi sınırlarda var olduğunu belirlemek için kullanılan önemli ölçüt “yeterlik”tir (18).

“Yeterlik” daha çok hukuk alanında kullanılan bir terim olmakla beraber “bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi (ehliyet)” ve “görevini yerine getirme gücü (kifayet)” olarak tanımlanmaktadır (2). Kişinin bir eylemde bulunmak ya da bir karar vermek için gereken özelliklere sahip olup olmadığına bakılarak yeterlik değerlendirilir. Hukuksal açıdan yeterlik için; yaş, akıl gücü, medeni durum gibi somut belirleyiciler vardır. Tıbbi olarak ise; bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda kendi başına kararlar verme yeteneğine sahip olmasıdır. Tıbbi açıdan yeterliğin, kişinin seçim yapabilmesi, bunu belirtebilecek durumda olması, seçeneklere ilişkin bilgiyi anlaması ve akılcı biçimde kullanabilecek yeteneğe sahip bulunması gibi ölçütleri vardır (19).

Kişi ya yeterlidir ya da değildir. Yeterliğin olması, kişinin hangi derecede olursa olsun özerkliğini kullanabileceği anlamına gelir. Yeterliğin olmaması durumunda ise yasalarla özerkliğin nasıl gerçekleştirileceği düzenlenir (18). Fetüs, küçük çocuklar ve zihinsel engelli bireyler gibi kendi iradeleri ile seçme ve davranışta bulunabilme yeterliğine sahip olmayanlar için, anne-baba adayının veya yasal koruyucularının bilgilendirilmiş tercihleri geçerli olmaktadır.

Araştırma konumuz olan gebeliği devam ettirme veya sonlandırılması hakkında karar verme sürecinde, özerklik ilkesi üzerinden tartışmalar yürütülmektedir. Örneğin; gebeliğin devamını istemeyen bir kadının bu isteği, üreme hakkı kapsamında özerkliğini korurken, fetüsün yaşam hakkı nedeniyle

kadının istemediği gebeliği sonlandıramaması, kadının özerkliğinin ihlal edilmesi olarak değerlendirilmektedir (20).

Yararlılık (beneficence) ilkesi, öncelikli olarak her türlü durumda yararı gözetme ve bunun için çabalamaktır. Bir eyleme ilişkin olumlu ve olumsuz sonuçların dengede olması amaçlanır. Genel olarak; zarar vermeme (primum non nocere) ilkesi ile birbirlerinin tamamlayıcısıdır. Her iki ilkede de zararın engellenmesi ve yararın artırılması amaçlanır (21).

“Zarar vermeme” ilkesi; hem kasıtlı olarak zarar vermeme, hem de başkalarına zarar verme riski olan eylemlerde bulunmamaktır. Zarar vermek, bir eylemin yapılmasıyla olabileceği gibi, yapılması gerekenin yapılmamasıyla da gerçekleştirilebilir. Yarar sağlama ilkesi ile birlikte ele alındığında, yöntem olarak risk/yarar değerlendirmesi veya yararlar arasında değersel bir tercih yapılabilir (22).

Zarar vermeme ve yararlı olma ilkeleri açısından, gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili olarak bir tarafta kadının yararı ön planda tutulurken, diğer taraftan fetüsün zarar görmesi söz konusu olabilmektedir. Bu durumda hekim, fetüsün yararı - kadının yararı - kadının özerkliği değerler kümesinde etik ikileme düşülebilmektedir.

“Adalet” ilkesi, “temel hak ve ödevlerin, sosyal yararların ve yüklerin paylaşımı sırasında hiç kimseye ayrımcılık yapılmayacağını” belirten, herkese adil olmayı gerektiren ilkedir (23).

“Adalet” kelimesi Arapça “Adl” kelimesinden köken almış olup “doğru, müstakim, dürüst, dengeli” anlamlarına gelmektedir. Bir toplumda, değerlerin, ilkelerin ve erdemlerin hayata geçirilmiş olmasıdır. Herkesin eylemleri sonucunda hak ettiği ödül ya da cezayla karşılaşması durumudur. Adalet; eşitlik ve hak kavramıyla yakından ilişkilidir.

Eşitliğin kelime anlamı “özdeşlik” olup, farklı yerlerde kullanışlarına göre anlamlar kazanmaktadır. Ahlaki olarak herkese hakkını verme, hakkaniyet; hukuki bakımdan, hukuk kurallarının her vatandaş için aynı olması; sosyal anlamda, bireyler arasında haklar ve imkânlar bakımından ayırım gözetilmemesidir.

Eşitlik kavramı, insan haklarının temel dayanaklarından biridir. İnsanlar, insan oldukları için bazı haklara eşit olarak sahiptirler (24). Örneğin, insanlar sağlık hizmetinden eşit olarak faydalanmalıdır. Fakat bu eşitlik durumu hasta olmakla

bozulur ve hasta önemli bir ayrıcalık kazanır. Çünkü kişi hasta olmakla bazı hakların sahibi durumuna gelir ve hasta hakları söz konusu olur. Bu nedenle hukuktan farklı olarak tıp etiğinde adalet ilkesi, genel olarak haklara, hakların yorumlanması ve sorgulanması yöntemine dayanmaktadır (13).

Araştırmamızın ahlaki özneleri olan fetüsün ve kadının ahlaki statülerinin eşit olmaması, onlar üzerinden yürütülecek tartışmanın eşitlik kavramı yerine, hak kavramı üzerinden yapılmasını anlamlı kılmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda hak kavramına geniş yer verilecektir.

1.2. HAK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

1.2.1. Hak Kavramı

Zamana, mekâna, topluma, kültüre göre farklı anlam ve değerler yüklenen hak kavramına ilişkin ortak tanım yapılamamıştır. Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (TDK) "Hak" kelimesi "1. Adalet, 2. Adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç" olarak tanımlanmaktadır (2).

Genel tanımıyla haklar; "bir şey yapmaya, bir şey talep etmeye ya da bir şeye sahip olmaya ilişkin savlardır" (25).

Tez kapsamında hak kavramının, hukuk bağlamındaki tanımları esas alınacaktır. Hukuk, insanlara "kişi" olma özelliği tanımlayarak, hak sahibi olmasını sağlamaktadır. Hak, "hukuk tarafından kişilere tanınan ve korunmasını istemek hususunda kişilerin yetkili kılındıkları çıkar" olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla hak, kişiye hukuk karşısında tanınan bir ayrıcalıktır (26).

Haklar negatif haklar, pozitif haklar ve aktif haklar olarak üç gruba ayrılmaktadır. Negatif haklar; kişinin özel alanının sınırlarını belirleyen üreme hakkı, vicdan hürriyeti, din hürriyeti, düşünce hürriyeti, kişi güvenliği gibi haklardır. Burada devletin kişinin özgürlüğüne müdahalesine izin verilmez. Bu haklar kişiyi devlete karşı korur. Vatandaş olup olmadığı önemli değildir, tüm kişilere tanınan haklardır (27).

Pozitif haklar; vatandaşa tanınmış haklar olup, devletten sağlık, eğitim, iş, güvenlik gibi alanlarda bir hizmet ve yardım isteme imkânı sağladığı için "isteme hakları" olarak da tanımlanmaktadır (28). Kişi devlet olmadan bu haklara

kavuşamaz, devletin sağladığı olanaklara ihtiyacı vardır. Devlet bu olanakları gerçekleştirmekle yükümlüdür.

Aktif haklar, kişinin devlet yönetimine katılmasını sağlayan (siyasi faaliyette bulunma hakkı, seçme ve seçilme hakkı, siyasi parti kurma hakkı, vb.) haklar olup, “katılma hakları” da denilmektedir (28).

İnsan, kendinde değerli olan, kendi başına amaç olan tek varlıktır. İnsanın bu değeri nedeniyle sahip olduğu ve tüm insanların hiçbir ayırım gözetmeksizin faydalanabileceği haklardan en önemlisi yaşam hakkıdır. Çünkü insanın hak ve özgürlüklere sahip olabilmesi için öncelikle yaşaması gerekir.

Yaşam hakkı kavramında bireyin eylemleri nedeniyle özgürlüğü kısıtlanan veya yok olan ötekinin hakkının göz önünde bulundurulması önemlidir. Araştırmamızın konusu olan gebeliğin sonlandırılması hakkında yapılan tartışmaların, fetüsün ahlaki konumu üzerinde yoğunlaşmış olmasının sebebi, yaşam hakkı kapsamında fetüsün kadın karşısında öteki olup olmadığının ortaya konulabilmesidir.

İnsan doğarak hak ettiği yaşam hakkına sahiptir. Anne-babası yetişkin insan olana kadar beslenme, barınma, giyinme, eğitim, sağlık vb. ihtiyaçlarını sağlamak ve onu her türlü zarardan korumakla sorumludur. Bu sorumluluk aile tarafından sağlanamadığı durumlarda ise kişinin yaşam hakkı devlet tarafından korunur (29).

Yaşam hakkı üzerinden değerlendirildiğinde gebeliğin sonlandırılmasındaki temel sorun, fetüsün bu hakkının ihlal edilmesidir. Bu yaklaşımı benimseyenlerin kullandığı terminoloji “doğmamış çocuğun yaşam hakkı”dır. Öte yandan yaşam hakkı gebeliğin sonlandırılmasını da gerekçelendirebilmektedir. Gebeliğin devamı kadının yaşamını ve sağlığını tehdit ediyorsa kadının yaşam ve sağlık hakları adına müdahale edilebilmektedir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne göre; yaşam hakkı yanında evlenme, aile kurma ve üreme hakkı, insanın temel hak ve özgürlüklerindedir. Bu özgürlüklerden üreme hakkı; kişilerin yapacakları çocukların sayısı ve zamanlama konusunda özgürce karar verebilmesi, bunun için sağlık hizmetine ulaşmaları sırasında hiçbir ayrımcılığa maruz kalmamalarını gerektirir. Üreme hakkında çocukların sayısı ve aralığına karar verme hususunda devlete negatif bir sorumluluk yüklenmektedir. Ancak hakkın sağlanabilmesi devletin sorumluluğundadır (30).

Araştırmamızın konusu olan gebeliğin sonlandırılması veya devamı kararı kadının üreme hakkı kapsamında değerlendirilebilir. Ancak fetüsün ne olduğu/ne olacağı, kişi olup olmadığının tanımlanarak değerlendirmelerin yapılması etik açıdan önemlidir.

1.2.2. Kişi-Kişi Olma Kavramı

Felsefe tarihi boyunca etiğin kişi kavramı ile ilgili olduğu kabul edilmiş olup, kişinin ne olduğu üzerinde durulmamıştır. Filozoflar kişi ve insan ayrımı üzerinden tanımlar yapmışlardır. Günümüz kişi anlayışı, Kant'ın; “insanın iyiyi isteme ve bu isteğe uygun eylem olanağının olması ve bu olanağın sonucu olarak da yalnız insanın kişi olabildiği, etik eylemde bulunabildiği” (12) düşüncesinden temel almıştır denilebilir.

İnsan, bir canlı türü ya da bu türün bir üyesi; birey, bir grup üyesi veya bir rol ilişkisi olan toplumsal ilişkinin taşıyıcısı; kişi ise belli bir zamanda, yerde var olan ve tekliği olan insandır (31). Bu tanımlara göre de; bir eylemin etik açıdan değerlendirilmesi yapılırken, bu eylemin öznesi ve/veya nesnesi için kullanılması gereken kavram “kişi”dir.

“Kişi” bir hukuk kavramı olarak hak ve borçları edinebilen varlık şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi hakların öznesi olup, hukuk toplumunun sorumlu bir üyesidir (32). Kişilik ise, kişi kavramını da kapsayarak, onun değerlerinden oluşan bir bütündür.

Türk Medeni Kanunu'na (TMK, Madde 28) göre; kişilik, bebeğin sağ ve tam olarak doğmasıyla başlar ve ölümlle son bulur. Sağ doğum, fetüsün anne bedeninden sağ olarak ayrılması ve bir an bile olsa yaşamasını; tam doğum ise, fetüsün kadın bedeninden tamamen ayrılarak bağımsız varlık olmasını tanımlar. Kişi olmak için sağ ve tam doğum yeterlidir, başka nitelikler aranmaz (33).

Kişilik hakları; “kişinin toplum içindeki saygınlığını ve kişiliğini serbestçe geliştirmesini temin eden varlıkların tümü üzerindeki haklardır.” (32). Bu haklar kişinin yaşam hakkı, sağlık hakkı, üreme hakkı gibi konuları kapsar. Bu hakların temel özellikleri; kişiye bağlı, devredilemeyen ve vazgeçilemeyen haklar olmalarıdır (33).

Ülkemizde; “yaşam hakkı” kişinin en temel hakkı olarak Anayasa’da tanımlanmıştır. Konumuz olan gebeliğin sonlandırılmasında kadının üreme hakkı karşısında fetüsün yaşam hakkı önem arz eder. Ancak TMK’da, gebeliğin sonlandırılmasıyla fetüsün yaşam hakkının ihlâl edilip edilmediğinin belirlenebilmesi için, fetüsün kişilik hakkıyla ilgili herhangi bir düzenleme yoktur (34).

Konuyla ilgili yapılan felsefi tartışmalarda kişi kavramı ekseninde üç yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bu üç yaklaşım da insan haklarını temel alarak, insan olmakla kişiyi özdeş kabul etmektedir. Bir varlığa insan denildiğinde insan ve kişi haklarından yararlanması zorunludur.

Bu yaklaşımlardan kronolojik olarak en eskiye dayanan “tür üyeliği özelliği” görüşüne göre; insan, “homo sapiens türünün bir üyesi”dir. Kişi olma özelliğini bu türe üye olmakla doğrudan kazanır. Biyolojik açıdan insan olabilmek için, insan türünün kromozomlarına sahip olmak yeterlidir (35). John Noonan gibi düşünürler, “Eğer insan bir anne ve baba tarafından döllenme sonucu oluşmuşsa insandır.” görüşünü savunurlar (36). Yine Protestan bir teolog olan Paul Ramsey’e göre; döllenme “insanlaşmanın kesinleştiği andır.” ve “insan genetik kodunu taşıyan her varlık insandır.” (37).

Bilişsel kurama göre; “insan” bir türe aitlik değildir; “insan” onu diğer varlıklardan farklı yapan özelliklere sahip olmak demektir. Fletcher, “*Indicators of Humanhood* (İnsanlığın Göstergeleri)” isimli çalışmasında, insana ait ayırt edici özellikleri tanımlamıştır. Buna göre; “kendisinin farkında olma, özdenetim, gelecek algısı, geçmiş algısı, diğerleriyle iletişim kurabilme, başkalarını önemseme ve merak duygusu”, insanı diğer varlıklardan ayırt etmek için kullanılan özellikler olarak sayılmaktadır (38).

Mary Anne Warren ise kişi olma özelliklerini şu şekilde sıralamıştır.

1. Bilinçli olmak,
2. Mantıklı düşünebilmek,
3. Bağımsız hareket yeteneğine sahip olmak,
4. İletişim kurabilme becerisine sahip olmak,
5. Birey ya da bir türün üyesi olduğunun farkında olmak ve bu farkındalığı kavramsallaştırabilmektir (39).

Bu kişi olma ölçütü, fetüsün toplumun tam anlamıyla bir parçası olması için gereken bilişsel özelliklerdir. Ancak fetüs homosapiens türünün üyesi olup, gelişiminin tüm basamaklarında bu niteliklere sahip değildir. Bu özellikleri yenidoğan bir bebek de karşılayamaz. Bu noktada bazı düşünürler, potansiyel kuramı ile fetüsün potansiyel insan olma özelliğine sahip olduğunu savunurlar. Fetüs, doğum öncesi gelişimini tamamlaması ve doğum sonrası bebeklik-çocukluk süreçlerinde normal gelişimini sürdüreceği öngörüsüyle, insan olma potansiyeli taşır. Bu nedenle fetüsün, ne olduğundan çok, ne olacağı üzerinde düşünülmesi gerektiği savunulur (40).

Felsefeciler ve teologlar, kişilerin haklara sahip olduğu görüşü üzerinde uzlaşırken, kişi olma durumunun ne zaman başladığı ile ilgili farklı görüşler ileri sürmüşlerdir.

Yaşamın başlangıcı üzerindeki belirsizlik kişi olma hakkındaki tartışmaların uzayıp gitmesinde en önemli etkidir. Fetüsün canlı bir varlık olduğu kabul edilirken, gelişimin hangi basamağında ahlaki bir statüye sahip olduğu konusunda farklı görüşler öne sürülmektedir. Bu görüşlerin herbiri yaşamın başlangıcını fetüsün farklı bir gelişim aşaması ile ilişkilendirerek, tartışmaları gebeliğin ne zamana kadar sonlandırılabilceği üzerinde yapmaktadırlar (41).

Fetüsün gelişim sürecinin hangi aşamasında kişi kabul edileceği ile ilgili ontolojik tartışmaların iki sınır çizgisi üzerinden yapıldığı görülmektedir. Birinci çizgi döllenmedir. Kişi olma durumunun döllenme ile başladığı ve bu nedenle erken dönemdeki embriyonun bile erişkin birey ile aynı kişilik haklarına sahip olduğu kabul edilir. İkinci çizgi ise doğumdur. Bu çizgiyi temel alan görüşlere göre; kişilik doğum sonrası başlar ve doğum öncesi dönemde kişilikten bahsedilemez, doğum anına kadar fetüs birey olarak kabul edilemez (42).

Bilimsel bulgulara dayalı görüşlere göre, insan yaşamının başladığını veya bittiğini gösteren ölçüt beyin dalgalarının varlığıdır. Gebeliğin yaklaşık 6. haftasında başlar. Bu dalgaların varlığının ortaya konması ile fetüs, kişi olur (43).

Fetüsün gelişim sürecini temel alan yaklaşımlara göre, döllenme ve doğum arasında fetüse ahlaki bir dayanak sağlayabilmek amacıyla, fetüsün kadın bedeni dışında varlığını sürdürebilecek gelişim evresine (viability) ulaşmış ulaşmamış olması önemlidir. Kadın bedeni dışına alındığında yaşayabilecek olan fetüs kişilik

hakkına sahiptir. Gebeliğin 24-28. haftasına denk gelen bu evrede bile fetüsün yaşatılabilmesi için yoğun bakım desteğine gereksinimi vardır (40).

Felsefi açıdan yaşamın başlangıcı, insan ve kişi olma kavramları ile ilgili net bir uzlaşma sağlanamadığı için, fetüsün ahlaki konumu hakkında belirsizlikler devam etmektedir.

1.2.3. Maternal ve Fetal Haklar

Ahlaki konumu hakkında net bir uzlaşma sağlanamayan fetüsün hakları konusunda, uluslararası kabul görmüş bir belge yoktur. Pek çok ülke tarafından 1989 yılında kabul edilen “Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne göre; fetüs ile ilgili gözetme yetkisi anne ve babaya verilmektedir. Aynı zamanda fetüse yönelik, yasadışı gebelik sonlandırılmasının azaltılması gerektiği ve engelli doğan bebeklerin, normal bebeklerle eşit haklara sahip olduğu vurgulanmaktadır.

Dünya Perinatal Tıp Kongresi (23-27 Eylül 2001)’nde ilan edilen Barselona Deklarasyonu’nda, Anne ve Yenidoğan Hakları yayınlanmıştır. Deklarasyonun Yenidoğan Hakları Bölümünün 9. maddesi; *“Anomalili bir fetüs taşıyan gebe bir kadının, gebeliğini sürdürme ya da eğer isterse kendi ülkesinin yasal sınırları içinde gebeliğini sonlandırma hakkı vardır. Bu fetüs doğduğu takdirde, yenidoğana gereksiz tıbbi müdahale uygulanmamalıdır.”* şeklindedir.

Aynı Deklarasyonun 10. maddesinde; *“Yaşama sınırını aşan derecede immatür olan yeni doğanın yaşatılması için girişimde bulunulmamalıdır. Bu durumlarda karar hakkı uygulanırken, doğumun gerçekleştiği yerin coğrafi, sosyal ve ekonomik koşulları dikkate alınmalıdır. Ender görülen olgularda doğum gerçekleşmeden önce aileler bilgilendirilmeli ve karara katılımları sağlanmalıdır.”* ifadesi yer almaktadır (44).

Bu bildiriye göre; anomali tespit edilen gebeliğin devamı veya sonlandırılma kararı kadına aittir. Bu hak kadına verilmektedir. Fetal haktan söz edilmediği gibi, anomali tespit edilen veya ileri derecede gelişmemiş (immatür) olan yenidoğanın yaşatılması hususunda müdahale edilmemesi önerilmekte, yapılacak müdahale faydasız olarak değerlendirilmektedir.

Fetal tıptaki gelişmelerle (intrauterin girişimler ve tedavi seçenekleri) beraber, fetüs de hasta gibi tanı ve tedavi imkânlarından yararlandırılabilir.

Ancak; fetal hakların tam olarak tanımlanamamış olması nedeniyle, fetüsün sağlık hakkı gibi haklardan faydalanabilmesi anne-baba adayının kararına bırakılmaktadır (45).

1.3. KARAR VERME SÜRECİ

Yaşamın her anında eylemde bulunurken karar vermekle karşı karşıyayız. Karar verilen konu, bazen oldukça basit olabilirken bazen de önemli, hassas ve birçok faktörün etkilediği karmaşık bir durum hakkında olabilmektedir (46).

Karar; “Bir iş ya da sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı.”; karar verme ise; “Bir sorunu ya da durumu sonuca bağlamak.” olarak tanımlanmaktadır (2).

Kararlar bilişsel sürecin, karar verme ise hem analitik hem de sezgisel sürecin ürünüdür. Kararın içeriğinde, karar vericinin bilgisi önemli rol oynar (47). Bu nedenle karar verilecek konuyla ilgili bilgi sahibi olma ve bilgilendirilme önemlidir. Aynı zamanda karar verici/vericilerin kişisel, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri, sürecin tamamını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir.

Karar verme; belli bir durumda yapılacak veya yapılmayacak olanın belirlenmesidir. Yaşamak, eylemde bulunmayı, bir tutum takınmayı gerektirir. Eylemde bulunmak veya bulunmamak ise bir karar vermeyi içerir. Her eylemde bir karar verme, bir değerlendirme yer alır (48). Verilen kararlar hakkındaki doğru yanlış gibi değerlendirmelerin nasıl yapılabileceği, bunun ne gibi koşullarının olduğu etiğin alanıdır (4).

Etik açıdan karar verme; birbiriyle çatışan farklı seçeneklerin olduğu bir durumda, ahlaki olarak en doğru eyleme karar verilmesini içeren sistematik ve mantıksal olarak düşünmedir (49). Bu süreçte, olası seçenekler arasında etik değerlendirme yapmak gerekir. Etik değerlendirme; olayları, durumları, süreçleri etik açıdan analiz ederek gerçekleşmiş ya da potansiyel etik sorunların neler olduğunu ortaya çıkarmaktır.

Etik karar verme; ortaya çıkarılan etik sorun/sorunlara yönelik en uygun eylemin ne olduğunu belirlemek, gerçekleşen veya gerçekleşme ihtimali olan eylemin ahlaki açıdan doğru eylem olup olmadığına karar vermek ve

temellendirilmiş cevaplar bulmaktır. Bu süreç, diğer karar verme süreçleriyle benzerlik gösterir ancak diğer karar verme süreçlerine göre daha yoğun düşünme ve muhakeme yapabilmek gerekir (50).

Araştırma konumuz olan gebeliğin devamı veya sonlandırılmasıyla ilgili karar, anne ve baba adayları tarafından verilmektedir. Anne baba adayına sunulan seçeneklerden hangisinin seçildiği, bu kararın nasıl verildiği, kararı etkileyen faktörlerin neler olduğu, karar verilirken ne gibi sorunlar yaşandığı etik açıdan değerlendirilmelidir. Çünkü verilecek kararın değersel ve duygusal yükü, tüm yaşamı etkileyecek kadar önemlidir.

Kadın, gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verme sürecinde duygusal, deneysel ve değersel olarak birbirinden farklı üç aşama yaşamaktadır.

Birincisi, gebeliğin belirlenmesinden prenatal tanının konmasına kadar olan aşamadır. Bu süreçte kadın gebelikten sağlıklı bir çocuk beklentisine sahiptir.

İkincisi, prenatal tanıyı öğrendikten sonra gebeliğin devamı veya sonlandırılmasıyla ilgili karar verme sürecidir. Bu süreçte kadın anomali tanısı konan gebeliği sonlandırma veya (engelli çocuğa sahip olma/anne karnında fetüsün ölmesi/doğum sonrası fetüsün ölmesi gibi) sonucu ne olursa olsun gebeliğe devam etme seçeneklerinden birini tercih etmek durumundadır.

Üçüncüsü, verilen karara göre eylemin uygulandığı süreçtir. Bu süreçte verdiği karara göre kadının farklı deneyimler, duygular yaşaması söz konusudur.

Çalışmamızda, prenatal tanı sonrası gebeliğin devamı veya sonlandırılmasıyla ilgili kadının karar verme süreçleri bu farklı aşamalar göz önünde bulundurularak etik açıdan değerlendirilecektir.

1.4. GEBELİK VE GEBELİK SÜRECİ

Gebelik; kadının yaşadığı biyolojik, psikolojik ve sosyal dönemlerden biri olup, 40 haftaya kadar sürebilen, kadının bedeninde ve ruhsal durumunda fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerle gerçekleşen doğal bir süreçtir (51). Bu süreçte kadın bedeninde zigot adı verilen döllenmiş hücre oluşur. Bu hücre farklı gelişim dönemleri geçirir. Bu dönemler;

Embriyonik dönem: Döllenmeden 2 hafta sonra başlayıp, 8. haftaya kadar devam eden dönemdir. Bu dönemde embriyo adını alan zigot hücrel görüntüden daha çok insan görünümüne benzemeye başlar. Temel organ ve sistemlerin gelişimi hızlıdır.

Fetal dönem: 8. haftadan doğuma kadar olan organ ve sistemlerin olgunlaşmaya ve gelişmeye başladığı dönemdir. Bu dönemde embriyo fetüs adını alır.

Döllenmeden doğuma kadar olan bu süreçler “prenatal dönem” olarak tanımlanmaktadır. Prenatal dönem, hem fetüs hem de anne sağlığı açısından bir hastalığın tanısı, kliniği ve seyrinin yanısıra, uygulanan tıbbi işlemler ve tedavilerin riskleri açısından özel dikkat gerektiren, kendine özgü sorunları olabilen bir süreçtir (52).

Prenatal dönemde fetüste tespit edilen patolojik gelişmelere anomali denilmektedir. Doğum kusurları, konjenital bozukluklar veya konjenital malformasyonlar olarak da ifade edilirler. Rahim içi yaşam sırasında yapısal veya fonksiyonel (metabolik bozukluklar gibi) olarak ortaya çıkmaktadırlar. Doğum öncesi, doğumda veya doğum sonrası yaşamda tespit edilebilirler (53).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre anomaliler nedeniyle her yıl doğumdan sonraki 4 hafta içinde yaklaşık 303 000 yenidoğan ölmektedir. Genel ölüm oranlarının düşük olduğu Avrupa ülkelerinde bile yenidoğan ölümlerinin %25’i anomalilere bağlı meydana gelmektedir. Anomalilerin %50’si belirli bir nedene bağlı olmamakla beraber, genetik, enfeksiyöz, besinsel veya çevresel faktörün etkisi söz konusudur (54).

Anomaliler kendiliğinden düşüklere ve ölü doğumlara neden olabilir (55). Beş yaşın altındaki bebek ve çocuklar arasında fark edilmeyen ölüm ve sakatlık nedenidir. Yaşamı tehdit edici, uzun süreli engellilikle sonuçlanabileceği için bireyleri, aileleri, sağlık bakım sistemlerini ve toplumları olumsuz yönde etkileyebilirler (56). En sık görülen anomaliler konjenital kalp defektleri, nöral tüp defektleri ve Down Sendromu’dur (54).

1.4.1. Doğum Öncesi Bakım ve Prenatal Tanı

Gebelik sürecinde kadının; bedeninde oluşacak değişiklikler, rutin olarak yapılacak testler, muayeneler ve sonuçları ile fetüsün sağlık durumu hakkında, sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ve desteğe ihtiyacı vardır (57). Bu ihtiyacın önemi nedeniyle, doğum öncesi bakım gerekli olmaktadır.

Doğum öncesi bakım (DÖB); sağlık profesyoneli tarafından kadının ve fetüsün gebelik süresince belli zamanlarda gerekli muayenelerinin yapılması ve tavsiyelerde bulunulmasıdır. Temel amaç, düzenli gebelik takipleriyle anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasıdır. DÖB’te belli periyotlarla anne ve fetüsün sağlığı değerlendirilerek, sonuçlara göre sağlıklarını koruyucu, destekleyici ve geliştirici faaliyetler planlanmaktadır (58). DÖB gebeliğin ilk aylarında başlamalı, normal gebeliklerde ortalama 6 kez, riskli gebeliklerde daha fazla yapılmalıdır (59).

Gebelik takibinde prenatal tanı, tıbbi uygulamaların içinde yer alan bir hizmettir. Prenatal tanı, embriyo veya fetüsteki hastalıkların/anomalilerin tespit edilmesidir.

Perinatal tanıdaki amaç; fetüsün sağlığı hakkında doğru bilgi edinmek, olabildiğince uygun tedavileri yapmak ve aileye verecekleri kararlarda danışmanlık sağlamaktır. Prenatal tanı ile;

- Hastalıklar, olabildiğince erken dönemde saptanabilmekte ve sonucuna göre gerekli işlemler yapılabilir.
- Hastalığın mümkünse doğum öncesi tedavisine, doğum sonrası gerekli önlemlerin alınmasına ve tedavi planlanmasına olanak verilmektedir.
- Aileye, gebeliğin devamını isteyip istemedikleri konusunda, bilgilendirilmiş tercih sunulmaktadır.
- Özellikle risk taşıyan gebeliklerde, bebeğe henüz anne karnındayken tanı konulabilmektedir (60).

Prenatal tanı testleri, genellikle ülkelerin sağlık politikaları ve toplum gereksinimlerine göre uygulanmaktadır. Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan DÖB Rehberi’ne göre, her gebenin en az dört kez nitelikli olarak izlenmesi önerilmektedir. Nitelikli izlem ile hem kadının hem de fetüsün sağlığı değerlendirilmektedir. Fetal sağlığı değerlendirmek için;

*11-14 haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve ikili test,

*16-20 haftalar arasında maternal serumda alfa-feto protein (AFP) taraması,
*16-20 haftalar arasında üçlü/dörtlü test (ikili test yapılmamışsa) ,
*18-22 haftalar arasında fetal anomali taraması (amniosentez vb.)
önerilmektedir (58).

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile gebelik takipleri yapılmaktadır. Gebeyi takip eden aile hekimi gerekli görürse ileri tetkik işlemleri için sağlık merkezlerine (anne-çocuk sağlığı merkezi, kadın doğum hastaneleri vb.) kadını yönlendirmektedir. Kadın tercihinine göre devlet veya özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmektedir. Prenatal tanı yöntemleri, kadının sağlık hizmetine ulaşabilmesi ve hizmet aldığı sağlık kuruluşunun imkânları ölçüsünde uygulanabilmektedir.

1.4.2. Prenatal Tanı Yöntemleri

Prenatal tanı için geliştirilen yöntemlerin daha hızlı, daha az masraflı, kadın ve fetüs sağlığına daha az zararlı olması amaçlanmaktadır. Tarama ve tanı testleri olarak ikiye ayrılan prenatal tanı yöntemleri şu şekilde uygulanabilmektedir.

- Girişimsel olmayan: Ultrasonografi (USG)'li incelemeler, anne kanında çalışılan biyokimyasal testler, anne kanında fetal hücre elde edilmesine yönelik çalışmalar ve diğer testlerdir (61,62).
- Girişimsel olan: Fetal hastalığın erken tanısına yönelik olarak fetüsün bulunduğu ortama girilerek hücre ve doku elde edilmesine ve elde edilen numunelerin genetik incelemesine yönelik uygulamalardır (61,62).

1.4.2.1. Girişimsel Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri (55,61-64)

Ultrasonografik İnceleme

Günümüzde, prenatal dönem anomalilerin tespitinde yaygın olarak kullanılan önemli bir inceleme yöntemidir. Fetal sağlık üzerine olumsuz etki olmaması ve anne rahatlığı açısından güvenli olarak kabul edilen bu yöntem ile fetal anomalilerin saptanma oranı %80-95 arasında değişmekte ve sadece USG bulguları ile fetal anomalilerin %50'sinin başka bir yöntemle gerek kalmadan tanısı konulabilmektedir. Tanı koymada hekimin bilgi ve tecrübesi ile cihazın kalitesi de etkili olmaktadır.

Maternal Serumda Hormon Tarama Testleri

İkili Test

Gebeliğin 11-14. haftasında, her gebeye uygulanması önerilmektedir. İkili test ile fetal sağlık, Down Sendromu ve Trizomi 18 gibi kromozomal anomali hastalıklar açısından değerlendirilmektedir. Bu test, gebenin kan örneğinde serbest beta-hCG ve gebeliğe özgü plazma protein A (PAPP-A) düzeyinin belirlenmesi ve bebek ense plisi ölçümünden oluşmaktadır.

Üçlü tarama testi (ÜTT)

Gebeliğin 16-18. haftalarında gebe kanında human chorionic hormon (beta-hCG), alfa fetoprotein (AFP), estriol (E3) hormonlarının ölçülmesidir. Bu ölçüm sonuçları kadının yaşı, kilosu, boyu, sigara kullanımı, anomali gebelik öyküsü değişkenleriyle beraber, istatistiksel veriler kullanılarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonucu elde edilen risk oranına göre, amniyosentez gibi ileri tetkike gerek olup olmadığına karar verilmektedir.

Maternal Serumda Fetal DNA Taraması

Gebeliğin 6-8. haftasında, kadının kan dolaşımına geçen fetal hücrelerin yakalanması, saflaştırılması ve genetik analiz edilmesi esasına dayanan bir yöntemdir. Fetüse ait hücrelerin yıllarca kadının kanında kalabilmesi, uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Diğer yöntemlere göre maliyeti yüksektir.

1.4.2.2. Girişimsel Prenatal Tanı Yöntemleri (55,61-64)

Girişimsel yöntemler, her gebeye uygulanmamaktadır. Bu yöntemlerin uygulanma ölçütleri şu şekilde sıralanabilir (61);

- Kadınlarda 35 yaş ve üstü olması,
- Ultrasonografide anomali saptanması,
- Ebeveynlerde kromozomal anomali taşıyıcılığı olması,
- Ailede genetik geçişli hastalık bulunması,
- Biyokimyasal tarama testlerinde risk saptanması,
- Bilinen tek gen hastalığı veya taşıyıcılığı olması,
- Maternal anksiyete varlığıdır.

Amniyosentez

Gebeliğin 16-22. haftalarında, ultrasonografi eşliğinde gebe karın ön duvarından ince uçlu iğne ile girilerek fetüsün içinde bulunduğu amnion sıvıdan 10-20 cc'lik numune alınması işlemidir. Alınan numune içinde bulunan fetüse ait hücre döküntüleri kültür edilerek kromozom elde edilmekte ve yapılan genetik çalışmalarla fetal sağlık değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme süresi yaklaşık üç hafta sürmektedir.

Koryonik Villus Biyopsi (CVS)

Plasentadan doku örneği alınması işlemidir. Amniyosenteze göre uygulanması zordur. 10-12. gebelik haftaları arasında uygulanmaktadır. Elde edilen doku örneklerinde sitogenetik, biyokimyasal ve moleküler çalışmalar yapılmaktadır.

Kordosentez (Fetal Kan Örnekleme)

Gebeliğin 16. haftasından sonra uygulanabilmekle beraber en uygun dönem 20-28. gebelik haftalarıdır. Ultrasonografi eşliğinde gebenin karın ön duvarından iğne ile girilerek, fetüsün göbek kordonundaki umbilikal arter veya venden kan alınmasıdır. Alınan kan örneğinde genetik çalışmalar yapılarak fetal sağlık değerlendirilmektedir.

Çöломik Sıvı Örnekleme

Gebeliğin ilk 12 haftasında ekstra embriyonik mezodermden gelişen çöломik kavite, amniyon kesesini çevrelemekte ve sıvı içermektedir. Bu sıvı direkt fetal kökenli hücreleri (ekstraembriyonik mezoderm) içerdiğinden özel yöntemlerle alınıp, genetik tanı amaçlı incelenmesiyle anomali/hastalık tanısı konulabilmektedir.

İmplantasyon Öncesi Genetik Tanı

İmplantasyon öncesi genetik tanı, yardımcı üreme teknikleri ile beraber uygulanmaktadır. Kadının rahmi dışında geliştirilen embriyolar arasından, kromozomal olarak anormal olanları belirlemek amaçtır. Belirlenen embriyolar kadının rahmine transfer edilmeyerek, gebelikte kromozomal bir anomalinin engellenmesi hedeflenmektedir (65).

Sağlık hizmeti sunumunda prenatal tanı testlerinin rutin kullanılması ile fetüs, gebe ve hekim arasındaki ilişkide üçüncü özne olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu testler sayesinde fetüs bir kişilik kazanmaktadır. Prenatal tanı bir taraftan fetüsü

değer olarak görmemizi sağlamakta iken, diğer taraftan saptanan en küçük anomalide bile gebeliğin istenmemesine neden olabilmektedir (52).

1.4.3. Gebeliğin Sonlandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “düşük (abortion), gebelik ürününün rahim dışında yaşama yeteneği kazanmadan, herhangi bir nedenle gebeliğin sonlanması” olarak tanımlanmaktadır (66). Bu tanıma göre; gebeliğin 20 haftanın altında olması, gebelik süresi bilinmediğinde ise fetüsün ağırlığının 500 gramın altında olması gerekmektedir. Düşük, 12 haftadan önce ise erken düşük, 13-20 hafta arasında ise geç düşük olarak tanımlanmaktadır. DSÖ tarafından sınıflandırıldığı biçimiyle düşük iki türlü olabilmektedir:

1. “Kendiliğinden düşük” (spontaneous abortion): Bir müdahale olmaksızın sonlanan gebeliklerdir.
2. “İsteyerek düşük” (induced abortion): Gebeliğin bir müdahale ile sonlandırılmasıdır (67,68).

İsteyerek düşükleri kendiliğinden düşüklere farklı kılan, düşüklere kadının kontrolünde ve bilinçli bir kararın sonucunda gerçekleşmesidir (68).

Rahim içinde gebeliğin sonlandırılması işlemi, kürtaj/ düşük/ abortus/ çocuk düşür(t)me/ rahmin tahliyesi/ gebeliğin (isteyerek) sonlandırılması gibi terimler kullanılarak ifade edilmektedir. Günlük hayatta sıkça kullanılan ve tıbbi bir terim olan “kürtaj (küretaj)”, vücut boşluğundaki istenmeyen dokuların, kazınarak dışarı alınması işlemidir. Gebelikler için erken dönemde daha çok tercih edilmektedir. Aynı zamanda tıbbi olarak bu işlem sadece gebeliklerin sonlandırılması için uygulanmamaktadır. Örneğin; vücut boşluklarındaki zararlı maddelerin dışarıya alınması gereken herkese (kadın-erkek fark etmeksizin) kürtaj işlemi yapılabilir. Dolayısıyla, gebeliğin sonlandırılmasını tam anlamıyla karşılamadığı düşünülmektedir (69).

Türk Ceza Kanunu’nda (TCK), gebeliğin sonlandırılması anlamında “çocuk düşür(t)me” ifadesi yer almaktadır. Buradaki çocuk kelimesiyle reşit olmamış kişilerin anlaşılması gibi bir anlam ortaya çıkabilir ki, ilgili maddede geçen terim ile anlatılmak istenen bu değildir (70).

Rahim tahliyesi terimi, gebelik sonrası rahimde kalan materyallerin boşaltılması amacıyla yapılan işlemleri de ifade etmektedir. Ancak gebeliğin sonlandırılması için fetüsün yaşamına son verilmesi yeterlidir, rahim tahliyesi şart değildir.

Abortus, rahim içindeki embriyo veya fetüsün yaşamının sonlandırılması amacıyla, rahim dışına çıkarılmasıdır. Düşükte ise, dış etkenler veya hastalıklar nedeniyle fetal yaşamın sonlanması söz konusudur. Yani, abortus isteyerek sonlandırma işlemi için kullanılırken; düşük ise istem dışı sonlanmalar için kullanılmaktadır (40).

Görüldüğü üzere, “gebeliğin sonlandırılması” terimi dışındaki ifadeler, çalışmamızın konusunu anlatmak için yeterli olmamaktadır. Bu sebeple çalışmamızda, “gebeliğin sonlandırılması” teriminin kullanılmasının daha doğru bir tercih olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda; “gebeliğin sonlandırılması” ifadesi ile; fetüste anomali tespiti sonrasında ilgili kişi/kişilerin kendi istekleri doğrultusunda karar vermeleri sonucunda fetüsün yaşamının sonlanmasının gerçekleştiği olgular tanımlanmaktadır. “Gebeliğin devamı” ifadesi ile fetüste anomali tespiti sonrasında kişi/kişilerin kendi istekleri doğrultusunda karar vermeleri sonucunda gebeliğin sonlandırılmadığı olgular anlatılmaktadır.

Gebeliğin sonlandırılmasına yol açan nedenler; kontraseptif yöntemlere ilişkin nedenler (yöntemlerdeki başarısızlık, bu yöntemlere ulaşamama, yöntemlerin sürekliliğini sağlayamama vb.), kişisel değişiklikler (terk edilme, boşanma, ekonomik güçlük, tecavüz, evlilik dışı gebe kalma gibi), toplumsal değişiklikler (nüfus planlaması, kadının çalışma hayatında aktif katılması vb.), kadın sağlığını tehdit eden durum varlığı ve fetal anomali tespit edilmesidir (71).

Çalışmamızda, fetüste anomali tespiti sonrasında isteme bağlı olarak gebeliğin devamı/sonlandırılması süreci değerlendirilmeye alınacaktır.

Gebeliğin sonlandırılması işlemi, kadın sağlığı açısından riskli bir uygulama olup, bir aile planlaması yöntemi değildir. Yıllarca bir aile planlaması yöntemi olarak uygulanması sonucunda, kadın ölümlerinde artışa neden olmuş, aynı zamanda kadının bir sonraki gebe kalabilme durumunu da olumsuz etkilemiştir. Bu nedenle gebeliğin sonlandırılmasının yasal sınırlar çerçevesinde, kadının sağlığını

ve yaşamını tehdit etmeyecek koşullarda (sağlık kuruluşunda), yeterli bilgi ve beceriye sahip hekim tarafından yapılması önerilmektedir (72).

Gebeliğin sonlandırılması, yaşamın değeri kavramı ekseninde tıp etiği konusu olmanın yanında, insan hakları, sağlık hakkı, üreme sağlığı, aile planlaması, sağlık hukuku yönlerini de kapsamaktadır.

Ülkemizde, gebeliğin sonlandırılması yasal olarak, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'na göre belirlenmekte olup, 10. haftaya kadar isteğe bağlı gebelikler sonlandırılabilir. Gebeliğin 10. haftasının geçmesi halinde;

- Annenin hayatını tehdit eden veya edecek durumlarda,
- Doğacak çocuk ve onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olabilecek hallerde gebelik sonlandırılabilir (72).

Bu yasal düzenleme fetüsün onuncu haftadan önce ahlaki bir statüye sahip olmadığı, onuncu haftadan sonra ise kısıtlı bir ahlaki statüsünün olduğu varsayımına dayanmaktadır.

Yine aynı yasaya göre; kadın evli ise gebeliğin sonlandırılabilmesi için eşinin yazılı izni olması ve reşit yaşın altındaki gebeliklerde veli-vasi izni olması gerekmektedir (72).

Türk Ceza Kanunu (TCK)'na göre; tıbbi zorunluluk olmadığı halde isteğe bağlı olarak gebelik süresi 10 haftadan daha fazla olan gebeliğin sonlandırılması işlemi yapan kişi iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Yasal sınırlar dışında gebeliğini isteyerek sonlandıran kadına ise bir yıla kadar hapis veya adli para cezası verilmektedir (73).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Belçika, Danimarka, Fransa, İtalya'da hekimin gebeliği sonlandırma işlemi içinde olmayı reddetme hakkı varken ülkemizde yoktur. Yasal sınırlar içindeki her türlü gebelik sonlandırma uygulaması sosyal güvenlik ödemeleri kapsamındadır (74).

Ülkemizde gebelik sonlandırma kararı veren kadınların bilgilendirme sonrası kararını yeniden gözden geçirmesi bir bekleme süresi zorunluluğu yoktur.

Konuyla ilgili en eski yazılı belgelere Mezopotamya'da Hammurabi Kanunlarında, Antik Yunan'da ise Hipokrat Andı'nda ulaşabilmekteyiz. Bu belgelere göre, gebeliğin sonlandırılması kesinlikle yasaklanmıştır. Tarihsel süreç içinde farklı toplumlarda gebeliğin sonlandırılması suç olarak kabul edilmiştir.

Aydınlanma Çağı'ndan sonra ise felsefi yaklaşımların etkisiyle, insan hakları kapsamında kadın hakkı olarak pek çok ülkede yasallaştırılmıştır. Bu yasallaşma sürecinde, gebeliğin sonlandırılması için güvenli olmayan yollara başvurulmasının, kadın ölümlerine neden olması etkili olmuştur (43).

Yüzyıllardır birbirine karşıt görüşlerin dile getirildiği ve tartışmaların devam ettiği “gebeliğin sonlandırılması” ilgili tezlerin gerekçelendirilmesi oldukça zordur. Bu zorluk konuyla ilgili aynı anda birden fazla etik ikilemin birlikte olabildiği ve harcanması gereken değerlerin birbirine yakın değerde olması nedeniyle yaşanmaktadır. Günümüzde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili felsefi tartışmaların, üç temel konu üzerinde odaklandığı görülmektedir. Birincisi; embriyonik ve fetal yaşamın ahlaki konumudur. Fetüsün “insan” (human being) ya da “kişi” (person) olarak ne zaman tanımlanabileceği ile ilgili görüşler, gebeliğin sonlandırılması ile ilgili gerekçelere temel oluşturmaktadır. Tartışmaların ikincisi; kadın ile fetüs arasındaki hakların çatışmasıdır. Üçüncüsü; gebeliğin sonlandırılmasının sınırlandırılmasına bağlı oluşacak istenmeyen sonuçların, fetüsün yaşamının sonlandırılması ile oluşacak olumsuz sonuçları dengeleyip dengeleyemeyeceği ile ilgilidir.

Bu konular üzerinde yapılan tartışmalarda iki uç görüşün ortaya çıktığı görülmektedir. Birinci görüş, gebeliğin sonlandırılmasının mutlak bir biçimde yasaklanmasını talep ederken, karşıt görüşte olanlar, kadının istediği zaman gebeliğini sonlandıracak hizmetlerden serbestçe yararlanması gerektiğini savunmaktadırlar (75). ABD’de gebeliğin sonlandırılması karşıtları kendilerine “yaşam taraftarı” (pro-life) adını verirken (76), karşıt grubu “yaşam karşıtı” (pro-abortion) olarak adlandırmaktadır (77).

Gebeliğin sonlandırılmasının ahlaki olarak savunulur olduğunu öne süren görüşlerin bir bölümü, kadının doğurganlığını denetleme hakkının engellenmesinin, temel haklarından olan üreme hakkının ihlal edilmesi anlamına geldiğini savunur. Özellikle feministlerin ve insan hakları savunucularının önemli bir bölümüne göre; kadının kendi bedeni hakkındaki kararları kendisinin alması, temel haklarından birisidir. Kadının bu hakkını ihlal etmek yaşam hakkını, sağlık hakkını ve kaliteli yaşam sürme hakkını da sınırlamak anlamına gelir. Bu görüşü savunanların diğer bölümü ise; kadının kendi doğurganlığını denetleyemediği durumlarda ortaya

çıkan/çıkabilecek, istenmeyen olumsuz sonuçlar üzerine odaklanır. Eğer doğumdan sonra ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçlar engellenecekse, ahlaki açıdan gebelik sonlandırılabilir (78).

Gebeliğin sonlandırılmasına karşıt olanların ileri sürdüğü temel dayanak, dölleme anından itibaren fetüsün yetişkin bir insanla aynı değerde olduğu ve aynı haklara sahip olduğu görüşüdür. Bu görüşü savunanlara göre; fetüsün, yetişkin bir insanın sahip olduğu yaşam hakkından aynı ölçüde yararlanması gerekir; hatta bazı teoloji temelli görüşlere göre, fetüsün yaşamı, annenin yaşamı tehlikede olduğu durumlarda bile sonlandırılmamalıdır (79).

Fetüsün insan olma potansiyeli çerçevesinde yapılan tartışmalarda, insanın temel özelliklerine fetüsün sahip olup/olmama durumuna göre, gebeliğin sonlandırılması hakkında gerekçeler ileri sürülmektedir. Birinci görüş; henüz insan olma özelliklerine sahip olmayan fetüsün yaşamının sonlandırılmasının, yetişkin bir insan yaşamının sonlandırılmasıyla aynı olmadığını savunur. Bu görüşe karşıt görüştekiler, fetüsün ileride bu özelliklere sahip olabileceğini, bu nedenle insan türüne ait ve potansiyel birey olma özelliği taşıyan bir canlı varoluşun sonlandırılmasının doğru olmadığını savunmaktadırlar (43).

1.4.3.1. Dinlere Göre Gebeliğin Sonlandırılması

Gebeliğin sonlandırılmasına dinlerin yaklaşımı hemen hemen aynıdır. Tez kapsamında üç büyük din olarak kabul edilen İslamiyet, Yahudilik ve Hristiyanlığın gebeliğin sonlandırılmasına yaklaşımı sunulmaktadır.

İslamiyet'te, gebeliğin sonlandırılması, bir yaşamın sonlandırılması olarak tanımlanmakta, günah olarak kabul edilmektedir. Günümüzde birçok İslam düşünürlerine göre, yaşam döllemeyle başlar ve bu yaşamın korunup saygı duyulması gerekir. Kadının sağlığını tehdit eden durum varlığında, mekruh (haram gibi kesin ve bağlayıcı olmamakla birlikte yapılmaması istenen şey / hoş görülme, beğenilmeyen şey) olarak gebelik sonlandırılabilir. Bu da ancak konuyla ilgili uzman kişinin görüşü doğrultusunda olabilir (80).

Yahudilikte; bir yaşamı sonlandırmanın bütün dünyayı yok etmiş olacağı, bir yaşamı kurtarmanın ise bütün dünyayı kurtarmış sayılacağı vurgulanır. Bu nedenle yaşamı sonlandırmak değil, yaşamı devam ettirmek gerekir. Yahudi

mezhepleri arasında farklı görüşler olsa da devamı durumunda kadının yaşam tehlikesi varsa, dini olarak yetkili kişinin görüşü alınarak gebelik sonlandırılabilir (80).

Hristiyanlıkta tarih boyunca gebeliğin sonlandırılmasına karşı çıkmıştır. İnsan yaşamı döllenme ile birlikte başlar. Dolayısıyla insanın kişilik haklarına döllenmeyle beraber sahip olduğu kabul edilir. Kadının sağlığı tehlikede olsa bile bir yaşamın sonlandırılmaması gerektiği savunulur. Fetüsü kurtarmak için kadının feda edilmesi doğru değilse, kadının yaşamını kurtarmak için fetüsün feda edilmesi de kabul edilmez olarak değerlendirilir. Zaman içinde protestan akımların etkisi ile gebeliğin sonlandırılması kadın hakkı olarak değerlendirilip, kadının karar verebileceği savunulmuştur (70,79).

1.4.3.2. Ülkelere Göre Gebeliğin Sonlandırılması

Dünyada, gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili veriler, 1995 yılından itibaren takip edilmektedir (81). Bu verilere göre; %57'si gebeliğin sonlandırılmasının yasal olduğu ülkelerde olmak üzere, her yıl yaklaşık 46 milyon gebeliğin sonlandırıldığı tahmin edilmektedir. Gebeliğin sonlandırılmasının yasal olduğu ülkelerin ise %78'i gelişmiş, %22'sinin geliştirmekte olan ülkeler olduğu belirlenmiştir (82).

Ülkemizde her on yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırmaları (TNSA) verilerine göre, 100 gebelikten 20'si canlı doğum olmadan sonlanmıştır. Bunların %5'i ise kadının isteğine bağlı olarak sonlandırılmıştır. Gebeliğin sonlandırılmasında en önemli etkenin ekonomik ve sosyal nedenler olduğu bildirilmiştir (68).

Ülkelerin, gebeliğin sonlandırılmasına yönelik tavırları, genel olarak o ülkelerin kültürleri ve politikaları tarafından şekillendirilmektedir. Uygulamalar ise “Asla izin verilmez.” veya “Belli koşullarda izin verilir.” biçiminde ifade edilebilir. Gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili koşullar şu şekildedir (83,84):

- 1.Kadının hayatını tehdit eden bir durumun varlığında,
- 2.Kadının fiziksel ve psikolojik iyiliğini korumak için,
- 3.Ensest veya tecavüz durumunda,
- 4.Fetüste anomali tespit edilmesi durumunda,
- 5.Sosyal veya ekonomik yetersizlik varlığında,

gebelik sonlandırılması söz konusu olabilmektedir.

Birleşmiş Milletlerin, 1993-2013 yıllarını kapsayan gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin değerlendirme raporunda;

- Kadının hayatını kurtarmak için gebeliğin sonlandırılmasına izin veren ülkelerin %63'ten %67'ye,
- Sadece kadının isteği üzerine gebeliğin sonlandırıldığı ülkelerin %52'den %64'e,
- Tecavüz veya aile içi cinsel ilişki nedeniyle gebeliklerin sonlandırıldığı ülkelerin %43'ten %52'ye ,
- Fetal anomali nedeniyle gebeliklerin sonlandırıldığı ülkelerin %41'den %52'ye yükseldiği bildirilmiştir.

Bazı ülkelerde kadının hayatı tehlikede olsa dahi, hiçbir koşulda gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmemektedir. Bu ülkeler; Vatikan, Malta, Şili, El Salvador, Dominik Cumhuriyeti ve Nikaragua'dır (83,84).

Avrupa ülkeleri arasında Malta, Andorra ve San Marino, gebeliğin sonlandırılmasını yasaklamışlardır. Malta, gebeliğin sonlandırılması hakkındaki politikalarını gözden geçirmesi ve yasallaştırma konularında Avrupa Parlamentosu ve Birleşmiş Milletler tarafından uyarılmasına rağmen gebeliğin sonlandırılması hakkındaki politikalarını değiştirmeyi kabul etmemiştir (83).

Çin, ekonomik nedenlerden ötürü, 1979 yılından beri "Tek Çocuk" politikası uygulamaktadır. Bu politikaya göre, her çiftin sadece bir çocuğa sahip olmasına izin verilmektedir. Gebeliğin sonlandırılması için yasal sınır ise altı aydır. Malta ve Çin'in bu uygulamaları değerlendirildiğinde; devletin, vatandaşlarının üreme hakları hususunda sınırlayıcı olabildiği görülmektedir (83).

İngiltere, Fransa ve Almanya gibi Avrupa ülkelerinde, ABD ve Kanada gibi Kuzey Amerika ülkelerinde gebeliği sonlandırmak, tamamen kadın hakkı olarak kabul edilmekte ve herhangi bir gerekçeyle gebeliğin sonlandırılmasına yasal olarak izin verilmektedir (84,85).

Kadının yaşamını tehdit edici bir durum söz konusu olduğunda gebeliğin sonlandırılması, çoğu ülkede kabul edilmektedir. İrlanda'da sadece kadının hayatı tehlikede ise gebeliğin sonlandırılmasına yasal olarak izin verilmektedir (74).

Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde, kadının hayati riski olması, gebeliğin sonlandırılması için bir gerekçe olarak kabul edilmektedir. Bahreyn ve Tunus, bu coğrafyada en özgürlükçü yasalara sahip iki ülke olarak değerlendirilmektedir. Çünkü her iki ülkede de herhangi bir nedenle gebeliği sonlandırmak mümkündür (86).

Latin Amerika ülkeleri, gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili katı yasalara sahip ülkelerdir. Brezilya'da, fetal nedenlerle gebelik sonlandırılmamaktadır. Sadece doğum sonrası yaşayamayacağına kesin olarak karar verilen olgularda, yasal olarak izin alınarak gebelik sonlandırılabilir (87).

Bazı ülkelerde fetal anomali tespiti sonrası, ekonomik ve sosyal gerekçelerle gebeliğin sonlandırılması yasal olarak tanımlanmıştır. 2013 yılı verilerine göre, gelişmiş ülkelerin %82'si ekonomik ve sosyal nedenlerle gebeliğin sonlandırılmasına izin verirken, gelişmekte olan ülkelerin %20'si izin vermektedir (86).

Fetal anomali sebebiyle haftasına göre gebeliğin sonlandırılmasına izin verilen ülkeler;

*İngiltere, Fransa, Finlandiya, Belçika, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde doğuma kadar,

*Hindistan'da, 20. gebelik haftasına kadar (87),

*Lübnan'da, 22. gebelik haftasına kadar (88),

*Suudi Arabistan ve İran'da 16. gebelik haftasına kadar (89),

*Britanya, Çin, Portekiz, Hollanda, İsrail gibi ülkelerde, 24. gebelik haftasına kadar (90) gebelik sonlandırılabilir.

Çizelge 1.1. Ülkelerin, nedene göre gebeliğin sonlandırılması uygulamaları (86).

Sonlandırma Nedeni	Gebelik Sonlandırılabilir	Gebelik Sonlandırılmaz
Kadının hayatını kurtarmak için	Andorra	Dominik Cumhuriyeti, Nikaragua
Kadının fiziksel sağlığını korumak için	Benin, Çad, Kolombiya, Ekvator Ginesi, Kenya, Lao Halkın Demokratik Cumhuriyeti, Meksika, Mozambik, Nepal, Nijer, Nijerya, Svaziland, Togo, Birleşik Arap Emirlikleri	Kongo, Irak, Papua Yeni Gine
Kadının psikolojik sağlığını korumak için	Benin, Butan, Bolivya (Çokuluslu Devlet), Burkina Faso, Burundi, Kamerun, Kolombiya, Komorlar, Kosta Rika, Ekvador, Ekvator Ginesi, Etiyopya, Kenya, Meksika, Fas, Mozambik, Nepal, Nijer, Nijerya, Peru, Polonya, Katar, Ruanda, Suudi Arabistan, Svaziland, Tayland, Birleşik Arap Emirlikleri, Uruguay, Vanuatu	Irak, Japonya, Papua Yeni Gine
Tecavüz veya aile içi cinsel ilişki nedeniyle	Bahamalar, Bahreyn, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Kolombiya, Cook Adalar, Eritre, Etiyopya, Fiji, Gine, Endonezya, Mali, Monako, Nepal, Saint Kitts ve Nevis, Saint Lucia, İsviçre, Togo, Uruguay, İsrail	Cezayir, Belize, Ekvador, Irak
Fetal anomali nedeniyle	Bahamalar, Benin, Burkina Faso, Çad, Kolombiya, Eritre, Etiyopya, Fiji, Gine, Ürdün, Meksika, Monako, Nepal, Nijer, Umman, Sudan, Uruguay Svaziland, İsviçre, Togo	Irak
Ekonomik ve sosyal nedenlerle	Bahreyn, Tunus, Fiji, Meksika, Nepal, Portekiz, Saint Vincent ve Grenadinler, İsviçre	
İstek üzerine	Avustralya, Bahreyn, Tunus, Belçika, Cape Verde, İtalya, Meksika, Nepal, Portekiz, İsviçre	

1.5. KONUYLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Gebeliğin sonlandırılması hakkındaki karar sürecine ilişkin daha önce yapılmış çalışmalar vardır. Bu bölümde tezin tartışma bölümünde yer verilen çalışmalar tanıtılmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan çalışmaların amaç ve yöntem bakımından çalışmamızdan farklı olduğu görülmektedir. Örneğin; Altın'ın uzmanlık tezi, “fetal anomali tespiti sonrasında terminasyon önerilen gebeliklerde, ailenin kararında etkili olan faktörler”in belirlenmesi amacıyla yapılmış olup, niceliksel bir çalışmadır (55). Bu çalışmada; gebeliğin sonlandırılması ile ilgili karar vermede psikolojik, kültürel, dini, maddi faktörlerin etkili olduğunu tespit etmiştir. Gebeliği sonlandırmama kararında en önemli etkenin “inanç” olduğu; sonlandırma kararında ise “hekimin ifadeleri” olduğu bildirilmiştir.

Yine Özçelik'in doktora tezi, “gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararına kadın ve erkeklerin cinsiyet farklılığı açısından bakış açılarını belirlemek” amacıyla yapılmış olup, tanımlayıcı bir çalışmadır (71). Çalışmada, gebeliğin sonlandırılmasının aile bütünlüğü içinde verilen bir karar olduğu; bu kararda erkeklerin kadınlara göre daha fazla söz sahibi olduğu bildirilmiştir. Yine bu çalışmada, fetüsün bir değer olarak algılanmasında cinsiyete göre farklılık tespit edilmediği; bu algıda eğitimin önemli olduğu belirlenmiştir.

İsrail'de yapılan niteliksel bir çalışmada; konjenital anomali tespit edilen kadınların gebeliği sonlandırılması üzerine karar verme süreci, kadın ve hekim açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada sadece gebeliği sonlandırmama kararı veren kadınlar çalışmaya alınmıştır (91). Çalışmada gebeliği sonlandırmama kararında dini ve sosyal faktörlerin daha çok etkili olduğu ancak kadınların fetüsle kurdukları duygusal bağ nedeniyle hekim-kadın arasında riskli bir iletişim olduğu; bu iletişimde hekimlerin empati eksikliğinin kadının karar verme mekanizmasını etkileyebileceği bildirilmiştir.

Okuyaz'ın yaptığı çalışmada ise araştırma konumuz hekimler açısından değerlendirilmiştir. Mersin İli'nde 2010 yılında tutum çalışması yapılarak, gebeliğin ikinci trimestrında ve sonrasında kadın doğum ve çocuk hekimlerin gebeye veya fetüse ait farklı sorunlarda gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili tutum ve yaklaşımları belirlemek amaçlanmıştır (92).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada prenatal dönemde saptanan anomalilerle ilgili gebenin karar verme süreçlerinin etik analizini yapmak amaçlanmaktadır. Araştırma, bu konuda yapılan ilk niteliksel çalışma olması açısından özgün bir çalışmadır. Gebelik sürecinde fetal anomali tespit edilen kadınların deneyimleri, yaşanmış olayın özgünlüğü bağlamında etik açıdan değerlendirilmektedir. Ulaşılan her deneyimin tüm süreçleri göz önüne alınarak kendine özgü bir etik vaka olarak değerlendirilmesi ve analiz edilmesi, hem konuyla ilgili değer yükünün ortaya konması, hem de etik tartışmalar için zemin oluşturması açısından önemlidir.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, gebelik takibi sırasında prenatal tanı yöntemleri kullanılarak fetüste anomali tespit edilmiş olan kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcılar; gebeliği sonlandırma kararı verenler ve gebeliği devam ettirme kararı verenler olarak iki grup halinde çalışmaya alınmıştır. Araştırma örnekleme ise, her iki grup için kartopu örnekleme yöntemi ve kaynaktan kişiye ulaşma yöntemi (referral) kullanılarak belirlenmiştir. Çoğunlukla gebelik takibi sırasında prenatal tanı koyan uzman hekim aracılığıyla kaynaktan kişiye ulaşılmıştır. Bazı katılımcılara ise yaşadığı deneyimi bilen kişiler aracılığı ile ulaşılmıştır.

2.3. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışmanın verileri, niteliksel çalışma yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcıların bireysel deneyimlerindeki değersel söylemlerin analizi amaçlandığı için, çalışmada niteliksel araştırma yöntemi tercih edilmiştir.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada; gebelik sürecinde kadınlarla, veri toplama formu (EK 1) kullanılarak yüz yüze görüşme yapılmıştır. Görüşmede, gebenin karşılaştığı tıbbi soruna yönelik karar verme sürecine etki eden bilgi, duygu ve değerlerin neler olduğu ve etkileri incelenmiştir. Bu nedenle katılımcılara yöneltilecek olan açık

uçlu sorular belirlenirken bu hususları ortaya çıkaracak sorular olmasına dikkat edilerek hazırlanmıştır.

Araştırma konusunun hassas ve değer yüklü olması nedeniyle katılımcıların mahremiyetine özellikle dikkat edilmiştir. Görüşmeye, araştırmacı ve çalışmaya onay veren katılımcı dışında kimse alınmamıştır. Görüşmeler, katılımcı tarafından da uygun görülen bir ortamda yapılmıştır. Görüşmelerin bir kısmı sağlık personelinin hasta/hasta yakınlarının bilgi alabilmesi için hastanelerde özel olarak ayrılan hastane görüşme odalarında yapılmıştır. Diğer görüşmelerin ise hastanede herkesin kolayca giremeyeceği, gürültüsüz, sakin yerlerde yapılmasına özen gösterilmiştir.

Çalışmada; kişilerden kişisel deneyime ilişkin detaylı veri elde etmek amaçlandığından araştırma konusuna ilişkin yüzeysel bilgiden çok, kişilerin görüş, düşünce ve deneyimlerine önem verilmiştir. Bu nedenle, derinlemesine yüzyüze görüşme yöntemi tercih edilmiştir. Bu amaçla, araştırmacı tarafından geliştirilen iki veri toplama formu kullanılmıştır (EK 1). Birinci formda kadının demografik bilgileri, gebelik takibi, tıbbi tanı ve gebeliğin sonucu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. İkinci formda, tanı sonrası karar verme sürecinde kadının düşündükleri, hissettikleri ve yaşadıkları hakkında bilgi elde etmek için oluşturulmuş sorular bulunmaktadır. Soru formları ile istenilen bilgiye ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek için bir ön çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda gerekli düzenlemeler yapılarak araştırma başlatılmıştır.

Çalışma katılımcılarının aydınlatılmış onamları, tez yazarı tarafından hazırlanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (EK 2) ile alınmıştır. Araştırmaya onam veren katılımcılarla gerçekleştirilen tüm görüşmeler, araştırmacı tarafından yapılmıştır. En kısa görüşme 20 dakika, en fazla görüşme 1 saat 20 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmenin ses kaydı alınmıştır, ses kaydına izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmelerde araştırmacı, gönüllünün onayıyla, görüşmeyle eş zamanlı olarak not tutmuştur. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmaktadır.

Yapılan görüşmeler ilerledikçe elde edilen verilerin bir bölümünün tekrarladığı görülmüştür. Bu durum çalışmada yeterli sayıda bireyle görüşüldüğü,

veri çeşitliliğinde doyunluğa ulaşıldığı biçiminde yorumlanmıştır. Çalışma bu noktada sonlandırılmıştır.

2.5. VERİ ANALİZİ

Araştırmacı; niteliksel araştırma kursuna katılarak, tematik analiz hakkında kurs sürecince çalışmalarda bulunmuştur.

Katılımcılardan elde edilen veriler arşivlenirken her bir katılımcı için protokol numarası oluşturulmuştur. Katılımcılara protokol numaraları şu şekilde kodlanmıştır:

GD: Gebeliğin Devamı

GS: Gebeliğin Sonlandırılması

“Gebeliğin Devamı. Görüşmenin yapıldığı yıl. Görüşmeci sıra numarası”

Örneğin; “GD.16.01” biçiminde kodlanan bir protokol numarasının açılımı şu anlamı taşımaktadır: “Gebeliğin Devamı. 2016 Yılı. 1. Görüşmeci”

“Gebeliğin Sonlandırılması. Görüşmenin yapıldığı yıl. Görüşmeci sıra numarası”

Örneğin; “GS.16.01” biçiminde kodlanan bir protokol numarasının açılımı şu anlamı taşımaktadır: “Gebeliğin Sonlandırılması. 2016 Yılı. 1. Görüşmeci”

Görüşmelerin, araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine dökümü yapılmış; duraklamalar, gülme ve ağlama gibi sözel olmayan ifadeler yazılı metindeki konuşulan sözcüklerin gerçekliğini göstermek üzere ham kütükler üzerine işlenmiştir.

Metinler araştırmacı tarafından sürekli olarak yeniden okunmuştur. Analiz süreci boyunca danışman ve tez izleme komitesindeki öğretim üyeleri ile olası tüm yorumlarla ilgili tartışmalar yürütülmüştür. Temalar, araştırmacı tarafından formüle edilmiştir. Tüm görüşmeler üzerinde önce derinlemesine düşünülmüş, sonra bireysel her bir görüşme tematik analize tabi tutulmuş ve yaşanan deneyimi tanımlayan ifadelerin altı çizilmiştir. Bu ifadeler bir örüntü ortaya çıkarmak adına benzer deneyimlerin tanımlarıyla karşılaştırılmıştır. Alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Bu alt temalar, kadınların deneyimlerinin karmaşıklığını gösteren temalar altında birleştirilmiştir. Bu süreçte niteliksel araştırma yöntemleri açısından uzman desteği

alınmıştır. Temalar karşılaştırmalı okuma ile değerlendirilerek son haline getirilmiştir.

2.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ

Görüşmeler, gönüllülerin onayı alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Bazı görüşmeciler ses kaydının alınmasını istememiştir. Her durumda katılımcının vereceği bilgiler önemsendiğinden görüşme sırasında not tutulmuştur. Kağıda not alma sırasında veri kaybı olabileceği düşünülmektedir.

Görüşme öncesi sağlık kuruluşundan taburcu olan kadınlarla telefonla görüşme yapılarak, randevu alınmış, görüşme yeri ve zamanı belirlenmiştir. Kadınlar genellikle sağlık kuruluşuna kontrole geldikleri zaman süreci içinde görüşmeyi kabul etmişlerdir. Görüşme zamanında kadınların eşlerinin çalıştıkları yerlerden izin alamaması veya görüşmeye katılmak istememeleri gibi nedenlerle eşleri çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya prenatal tanıda tespit edilen anomaliye spesifik olarak katılımcı alınmamıştır. Bu nedenle gebelik sonlandırılması veya devamı hakkında karar verme süreçleri anomali spesifik olarak incelenmeyecektir.

Araştırmada sadece fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırması kararı verenler değerlendirmeye alınacaklardır. Diğer nedenlerle gebeliği sonlandırma kararı verenler çalışmaya alınmamıştır.

2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Çalışmamızın konusu, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu'nun 16 Ekim 2015 gün ve 245 sayılı oturumunda görüşülerek kabul edildi. 15 Aralık 2015 tarihinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez önerisinin Tez İzleme Komitesi üyelerince kabul edildiği bildirildi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Etik Kurulu tarafından, 12 Nisan 2016 tarih ve 307-16/1648-960 sayılı karar yazısı ile tez önerisine etik onay verildi (EK 3). GATA Anket Kurulu tarafından 09 Mayıs 2016 tarih ve 230-16/1601-230 sayılı karar yazısı ile tez anket formuna onay verildi (EK 4).

Çalışmanın ilk tez izleme raporu, 27 Nisan 2016 tarihinde sunulduktan sonra GATA'nın Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne devri gerçekleşti. Danışman öğretim

üyesi ve tez izleme komitesinde yer alan öğretim üyesinin ayrılmasından dolayı ikinci tez izleme raporu sunumu ertelenmek zorunda kaldı. Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 14.02.2017 tarih ve 46418926-100-1276 sayılı yazısı ile tez danışmanı tekrar belirlendi. Yeni tez izleme jürisi ile yapılan ilk toplantı sonrası tezin adının “Prenatal Dönemde Saptanan Anomalilerle İlgili Gebenin Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi” olarak değiştirilmesi uygun görüldü. Enstitü Kurulunun uygun görmesi sonucu tezin adı değiştirildi (EK 5).





3. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan prenatal tanı alan 25 kadın ile 10.03.2016 - 11.09.2017 tarihleri arasında derinlemesine görüşmeler yapılmış, elde edilen veriler değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmeler 20 dakika ile 1 saat 20 dakika arasında değişen sürelerde tamamlanmıştır. Genel olarak gebeliği devam ettirme kararı veren kadınlarla yapılan görüşmeler, kadınların katılımlarında ayrıntılı olması nedeniyle uzun sürmüştür. Katılımcıların her birine protokol numarası verilmiştir. Görüşmelerin deşifrelerinde protokol numaraları kullanılmış, ham kütüklere dönüştürülerek arşivlenmiştir. Protokol numarası GD.16.05, GD.16.06, GS.16.01, GS.16.02, GS.16.08, GS.16.10, GS.17.01 olan katılımcılarla yapılan görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir.

Protokol numarası GD.16.01, GD.16.02, GD.16.03, GD.16.04, GD.16.07, GD.16.08, GD.16.09, GD.16.10, GS.16.03, GS.16.04, GS.16.05, GS.16.06, GS.16.07, GS.16.09, GS.17.02, GS.17.03, GS.17.04 olan katılımcılar ses kaydının alınmasını istememiş, bu görüşmeler not tutularak tamamlanmıştır.

3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların demografik bilgilerinin sorulduğu bu bölümde yaş, medeni durum, eğitim, meslek, kronik hastalık varlığı, gebelik ve doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, tanı konulan tıp merkezi, fetüsün cinsiyeti, fetal tanı, prenatal tanı yöntemi, yakın çevrede anomali öyküsü, gebeliğin sonucu hakkında veriler elde edilmiştir.

Gönüllülerin demografik bilgileri Çizelge 3.1.'de yer almaktadır. Kadınlar genellikle 30 yaş üstü [(26-42 yaş arası) 33,40 ± 4,010 yaş ortalaması] dür. Katılımcılar eğitim durumları ve mesleklerine göre değerlendirildiğinde; gebeliği devam ettirme kararı verenlerin ilköğretim mezunu ve ev hanımı olduğu, gebeliği sonlandırmaya karar verenlerin ise üniversite mezunu ve hemşire olduğu görülmektedir. Kadınların hepsi evli olup, kronik hastalık öyküleri yoktur.

Çizelge 3.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler-1.

Demografik Bilgiler	Sayı (n)	
MEDENİ DURUM		
Evli	25	
KRONİK HASTALIK VARLIĞI		
Hayır	25	
EGİTİM	GD	GS
Yüksekokul/Lisans/Lisans Üstü	5	12
İlköğretim	6	2
MESLEK	GD	GS
Ev Hanımı	7	2
Hemşire	2	6
Öğretmen	1	2
Akademisyen	-	1
Kimyager	1	-
Memur	-	1
Finans Müdürü	-	1
Mali Müşavir	-	1
Toplam	25	

Katılımcıların protokol numaralarına göre bazı demografik bilgileri çizelge 3.2.'de sunulmuştur.

Çizelge 3.2. Katılımcıların protokol numaralarına göre bazı demografik bilgileri.

Protokol Nu	Kadının Yaşı	Kadının Eğitim Durumu	Fetal Tanı Haftası	Fetal Tanı	Karar
GD.16.01	30	İlköğretim/Ortaokul	17	Anensefali	Gebelik Devamı
GD.16.02	30	Yüksekokul	8	Kabakulak Riski	Gebelik Devamı
GD.16.03	26	Yükseklisans	23	Kromozomal Bozukluk	Gebelik Devamı
GD.16.04	39	İlköğretim/Ortaokul	22	Kromozomal Bozukluk	Gebelik Devamı
GD.16.05	32	İlköğretim/lise	22	Turner Sendromu	Gebelik Devamı
GD.16.06	35	İlköğretim/lise	20	Çoklu organ malfarmasyonu	Gebelik Devamı
GD.16.07	39	Yükseklisans	23	Down Sendromu	Gebelik Devamı
GD.16.08	30	Lisans	22	Trizomi 18	Gebelik Devamı
GD.16.09	34	Lisans	22	Trizomi 13	Gebelik Devamı
GD.16.10	36	İlköğretim/lise	20	Down Sendromu	Gebelik Devamı
GD.17.01	27	İlköğretim/Ortaokul	17	Çoklu organ malfarmasyonu	Gebelik Devamı
GS.16.01	28	Yükseklisans	13	Gastroşizis	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.02	42	Üniversite	19	Trizomi 13	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.03	29	İlköğretim/lise	20	Çoklu organ malfarmasyonu	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.04	36	Lisans	23	Apert Sendromu	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.05	32	Lisans	22	Kromozomal Bozukluk	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.06	33	Lisans	22	Down Sendromu	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.07	31	Lisans	16	Çoklu organ malfarmasyonu	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.08	28	Lisans	20	Trizomi 13	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.09	34	Lisans	16	Anensefali	Gebelik Sonlandırılması
GS.16.10	34	Lisans	22	Down Sendromu	Gebelik Sonlandırılması
GS.17.01	35	İlköğretim/lise	16	Domuz Gribi Riski	Gebelik Sonlandırılması
GS.17.02	40	Lisans	17	Anensefali	Gebelik Sonlandırılması
GS.17.03	36	Lisans	20	Çoklu organ malfarmasyonu	Gebelik Sonlandırılması
GS.17.04	34	Lisans	22	Down Sendromu	Gebelik Sonlandırılması
Toplam	25	25	25	25	25

Katılımcıların çoğunlukla ikinci gebeliği olup, sahip olunan çocuk sayısı birdir. İki katılımcı bir kez kendiliğinden düşüğü olduğunu, bir katılımcı ise altı kez düşüğü olduğunu ifade etmiştir. Altı kez kendiliğinden düşüğü olan katılımcının akraba evliliği mevcut olup, katılımcı tarafından birinci derece akrabalarında da kendiliğinden düşük öyküsü olduğu ifade edilmiştir (Çizelge 3.3.).

Çizelge 3.3. Katılımcılara ait demografik bilgiler-2.

Demografik Bilgiler	Sayı (n)
GEBELİK SAYISI	
1	9
2	10
3	4
4	1
5 ve üzeri	1
DOĞUM SAYISI	
0	9
1	10
2	5
3	1
DÜŞÜK SAYISI	
Yok	22
1	2
6	1
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI	
0	9
1	10
2	4
3	2
Toplam	25

Kadınların çoğunun yakın çevresinde anomalili bebeğe sahip olma ve/veya sonlandırma deneyimi olan yoktur. Sadece sekiz katılımcı hemşire olduklarından dolayı benzer deneyimi yaşayanların bilgisine sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Kadınların çoğu mevcut gebeliğinin planlı olduğunu söylemişlerdir. Planlı olmayan beş gebelikten üçü prenatal tanı aldıktan sonra gebeliği sonlandırma kararı, ikisi gebeliği devam ettirme kararı vermiştir.

Katılımcıların 8'i GATA (Şimdiki adı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi), 6'sı Zübeyde Hanım, 5'i Zekai Tahir Burak Hastanesi, 6'sı farklı Tıp Merkezleri'nde gebelik takibi yaptırmış olup, bu merkezlerde prenatal anomali tanısı almıştır. Katılımcılar anomali tanısından sonra Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takiplerine devam etmiş, gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkındaki karar verme sürecini burada yaşamışlardır. Karar verdikten sonra başka bir sağlık merkezinde iki katılımcı sonlandırma eylemini uygulatmış, bir katılımcı ise gebelik takibini yaptırtmıştır.

En erken 14. gebelik haftasında, en geç 23. gebelik haftasında prenatal tanı tespit edilmiştir. Prenatal anomali tanısında çoğunlukla ultrasonografi yöntemi kullanılmış olup, tanının kesinliği için ileri tanı testleri de uygulanmıştır. Prenatal tanı alan fetüslerin 15'inin cinsiyeti kız, 8'i erkek, 2'sinin cinsiyeti belli değildir. Tespit edilen anomali tipi çoğunlukla kromozomal anomalidir (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. Katılımcılara ait demografik bilgiler-3.

Demografik Bilgiler	Sayı (n)
ANOMALİ TESPİT EDİLEN TIP MERKEZİ	
GATA	8
Zübeyde Hanım EAH	6
Zekai Tahir Burak EAH	5
PRENATAL TANI YÖNTEMİ	
Girişimsel Olmayan	25
Girişimsel	21
FETÜSÜN CİNSİYETİ	
Kız	15
Erkek	8
Belli Değil	2
ANOMALİ RİSKİ/PRENETAL TANI	
<u>Merkezi Sinir Sistemi Anomalileri</u>	
Anensefali	3
<u>Kromozomal Anomali</u>	
Down Sendromu	5
Turner Sendromu	1
Kromozomal Bozukluk	3
Trizomi 13	3
Trizomi 18	1
<u>Çoklu Organ Malformasyonu</u>	7
<u>Anomali Riski</u>	
Enfeksiyon Riski	2
Toplam	25

Çalışmaya katılan kadınların 14'ü gebeliği sonlandırma, 11'i gebeliği devam ettirme kararı vermiştir. Gebeliği devam ettirme kararı verenlerin 9'u canlı engelli doğum, 2'si ölü doğum yapmıştır (Çizelge 3.5.).

Çizelge 3.5. Katılımcılara ait demografik bilgiler-4.

Demografik Bilgiler	Sayı (n)
GEBELİK KARARI	
Sonlandırma	14
Devam	11
Toplam	25
FETAL DURUM	
Canlı Engelli Doğum	9
Ölü Doğum	2
Toplam	11

3.2. KATILIMCILARDAN BİLGİ, DUYGU, DAVRANIŞ, DENEYİM SORULARINA ALINAN YANITLAR

Araştırmada, katılımcıların bilgi, duygu, davranış ve deneyimlerine ilişkin veriler bu başlık altındaki sorular aracılığıyla elde edilmiştir. Bu kategoride anlam yükü açısından birbirini tamamlayan sorular sorulmuştur. Katılımcılara yöneltilen bu açık uçlu sorulara alınan değersel yüklü cevaplar, anlam yükleri açısından bir araya getirilmiş ve ana temalar detaylandırılarak alt temalar belirlenmiştir.

İlk soruda katılımcıların prenatal tanı testini ne zaman, nerede, nasıl yaptırdığı sorgulanmaktadır. İkinci soru, ilk soruyu destekler bir biçimde yapılandırılmış, prenatal tanı testi sonucunu katılımcılara kimin ve nasıl söylediğini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Üçüncü soru da prenatal tanı testi sonucunu öğrendikten sonra testi tekrarlatıp tekrarlatmadığını öğrenmek için sorulmuştur. Bu soruların sorulma amacı katılımcıların prenatal tanı yöntemlerine yönelik deneyimlerini öğrenmektir. Daha sonraki iki soru ise prenatal tanı testi sonrası kendilerine söylenen prenatal tanı hakkında neler bildiklerini belirlemeye yönelik olan bilgi sorularıdır (Size söylenen tanı ile ilgili daha önce bir bilgiye sahip miydiniz (Aileniz, arkadaşlarınız, medya, film, kitap vs.)? Size söylenen tıbbi tanı hakkında neler biliyorsunuz/biliyordunuz?).

Katılımcılara yöneltilen “Tıbbi tanıyı öğrendikten sonra neler yaptınız?” ve “Gebeliğin devamı veya sonlandırılmasına ilişkin neler yaptınız?” sorularıyla prenatal tanı aldıktan sonraki süreçte yaptıklarını, gebeliği sonlandırma veya devam kararını nasıl verdikleri hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır.

Karar verme sürecinde katılımcıların hissettiği duyguları belirlemeye yönelik olarak “Bu bebeğe sahip olmaya nasıl karar verdiniz?”, “Anomalili bir

bebek olduğunu öğrendiğinizde neler hissettiniz?”, “Bu süreçte kendinizi iyi-güçlü, kötü ve zayıf hissettiren neydi?”, “Bu deneyimi yaşarken kendinizi daha iyi hissettirecek ne olurdu?” soruları soruldu.

Prenatal tanı, katılımcılara gebelik takibi yapan hekim tarafından söylenmiştir. Tanı konulduktan sonra kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı, genetik uzmanı ve mevcut tanıyla ilgili birimden (örneğin; ortopedi uzmanı, fizik tedavi uzmanı gibi) uzman katılımıyla oluşturulan kurulda kadının mevcut gebeliği görüşülmüştür. Gebeliğin sonlandırılması yasal sınırını (gebeliğin 10. haftası) geçen gebeliklerde prenatal tanı kurul tarafından kadın ve eşine bildirilmiştir. Gebeliğin devamı ve sonlandırılması hakkında bilgilendirilmiş olurları alınmıştır.

Prenatal tanı alan kadınlarla görüşme, gebeliğin devamı ve sonlandırılması hakkındaki kararlarını verdikten sonra gerçekleştirilmiştir. Görüşmenin ilk üç sorusuyla katılımcılardan prenatal tanı yöntemlerine yönelik deneyimleri öğrenilmiştir. Kadınların hepsi tanıyı ilk öğrendiği zaman yalnız olduklarını, tanıyı kesinleştirmek için başka sağlık kuruluşunda prenatal tanı yöntemini (ultrasonografi) tekrarlattıklarını, ileri tanı yöntemlerini de tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların prenatal tanı alma deneyimini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.6.’da yer almaktadır.

Çizelge 3.6. Katılımcıların prenatal tanı alma deneyimini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar	
	Ana tema	Alt Temalar
Prenatal Tanı Alma Deneyimi	Anomaliyi Tanımlama Çabası	Bilişsel Düzeyde
		Bilimsel Bilgiye Ulaşma Çabası (Tanı ve Tedavisi Hakkında)
	Kararın Tanımı	Zor Bir Karar Olması
		Duygusal Yükünün Fazla Olması
		Ailesel ve Dinsel Görüşlerin Etkili Olması
		Hekim Tarafından Kararın Verilmesi
	Karar Verme Sürecinin Tanımı	Zor Bir Deneyim Olması

Kadınların hepsi prenatal tanı aldıktan sonra, “anomaliyi tanılama çabasında” bulunmuşlardır. Genellikle “bilişsel düzeyde” ve “bilimsel bilgiye ulaşma çabası” içinde olmuşlardır. Kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerin çoğu, aşağıda yer alan ifadeyle benzerlik taşımaktadır:

Bilişsel düzeyde

“(…) Eşimle her gün internette çalışma yapar gibi konuyu araştırdık.”
GD.16.03

“(…) Hiç bilgim yoktu. Bu hastalık ne olabilir diye araştırdım...”
GD.16.04

Bilimsel bilgiye ulaşma çabası

“Ultrasona bakan doktor söyledi. Dışarda da doktor aynı şeyleri söyledi. Dış merkeze gittim.’da biri vardı. Radyolog da baktı. O da aynı şeyleri söyleyince aldırma kararı verdim.” GS.16.01

“(…) Sürekli tanıyı teyit ettirmek istiyordum. Çünkü vereceğim karar çok zordu. Ya hasta değilse, bir cana mı kast ediyor olacaktım.”
GS.16.03

Kadınlar gerek bilişsel düzeyde gerekse bilimsel bilgiye ulaşma çabaları sonucunda prenatal tanı hakkında kapsamlı bilgiye ulaştıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların hepsi aşağıdaki ifadelerde olduğu gibi kendilerine söylenen prenatal tanının ne olduğunu ve ne anlama geldiğini tanımlamışlardır.

“(…) Genetik bir rahatsızlık olduğunu öğrendik. Bebek doğsa bile yaşama şansı oldukça zor. Kalbinde delik var. El ve ayaklarında şekil bozuklukları var. Ağızında şekil bozukluğu var. Doğduğunda yeme ve solunum güçlüğü yaşayabilir...” GD.16.08

“Bebek Down’lu dendi. Yaşam süreleri oldukça sınırlı. Ve bir dizi ameliyat olması gerekebiliyor. Bu tür bebekler yaşam boyunca bağımlı olarak yaşayabiliyorlar.” GS.17.04

“Genetik bir hastalık. Çok ciddi boyutta olan da var. Daha hafifi olan da var. Yürüme, konuşma zorluğu olabilir. Doğunca birçok ameliyat

olması gerekebilir. Yarık damak, yarık dudak ameliyatı gibi. Kalpte sıkıntılar olabilir. Kalpteki sıkıntılar içinde ameliyat olabilir.”
GS.16.10

“İlk defa duyduğum bir tanı idi. Sonradan araştırdığıma göre hayatla çok bağdaşmayacak bir rahatsızlık olduğunu öğrendim. Kafatası ve yüzde şekil bozuklukları, eller ve ayak parmakları yapışık, zeka geriliği olabilir, kas ve iskelet sisteminde rahatsızlıklar, görmede rahatsızlıklar, kalpte rahatsızlıklar olabilir. Ultrasonla görseller net ayrılabilirken iç organ hastalıkları doğduktan sonra net olarak belli olabilecek bir rahatsızlık.” GS.16.04

Kadınların çoğu gebeliğin devamı ve sonlandırılması hakkında verdikleri kararın “zor bir karar olduğu”, “duygusal yükünün fazla olduğu” ve “ailesel ve dinsel görüşlerin kararda etkili olduğunu” ifade etmişlerdir.

Zor bir karar olması

“(…) Çok zor bir durum...” GD.16.01

“(…) Önce anomali olup olmadığından emin olamadılar, düzelebilir de düzelmeyebilir de dediler, kararsızlık ve bu çelişki içinde karar verme zorunluluğu çok zordu, yıpratıcı ve üzücüydü...” GS.16.05

Duygusal yükünün fazla olması

“Bu deneyim oldukça zordu. Duygusal düşünmek insanı yoruyor ve yıpratıyordu. Duygusal düşünmek derken? Anne adayısınız ve bebeğinizin yaşayıp yaşamamasına siz karar vereceksiniz. Onu hasta veya anomalili diye istememiş olduğunuzu düşünmek oldukça duygusal ve yıpratıcı...” GS.16.06

Ailesel ve dinsel görüşlerin kararda etkili olması

“Aldırmanız lazım denilince, ailemizi aradık. Babama sorduk. Kızım dinen eğer annenin sağlığını kötü etkileyecekse, annenin ölümüne neden olabilecekse aldırılabilir, dinimizde sakıncası yok dedi. Birkaç dini bilgisi iyi olan kişilere de sorduk. Alınabilir dediler.” GS.17.01

“(…) Ben imamına kadar gittim ne nasıl olur diye. Eğer tıbbi gerekçelerle aldırılırsa parçaları toplanıp, gömülebileceği, anne karnında ölürse doğum yaptırılıp gömülebileceği söylendi.” GD.16.03

Kadınların eşleri ile karar verirken, kararın diğer yaşayan çocuklarının hayatlarını nasıl etkileyeceğini de dikkate aldıkları görülmüştür. Engelli çocuğun tüm aile üyelerinin yaşamını etkileyeceği, bu nedenle diğer çocuklara da açıklama yapılması gerektiği ve konuyla ilgili düşüncelerinin öğrenilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların konuyla ilgili görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“(…) Bir çocuğumuz daha vardı. Onun da bize ihtiyacı var...”

GS.16.05

“(…) Oğluma böyle söylediğimde; oğlum dedi ki daha küçüktü. Biz bir yemeğe gitmiştik onu götürmüştük. Arabaya bindik. Böyle hüznlendi. İnsan evladından anlamaz mı? Ne oldu yavrum dedim? Ben çok ben çok üzülüyorum. Size bir şey olursa kardeşlerime ne olacak diye? Hiç üzülme anneciğim dedim. Bize bir şey olursa babanın maaşı var. O da şimdi soru işareti? Devlet onu alacak ve kardeşlerine bakacak. Sende onları ziyaret edersin. Her gün ziyaret edersin dedim. Daha küçücükken o yükü yükledik onun sırtına. Onun ne günahı var...” GD.16.05

“(…) Kızımın olması beni iyi ve güçlü hissettiriyordu. Aslında ben kızıma yol arkadaşı olacak bir kardeş istiyordum. Bizler hayatta olamadığımız zaman birbirlerine destek olacak, arayıp soracak kardeşi olsun istiyordum. İkinci çocuğu da bu nedenle karar verdik. Kızımız yalnız kalmasın diye. Fakat ikinci bebeğin hasta olması kardeşi için de üzüntü olacaktı. O da kardeşi olsun çok istiyordu. Sonuçta öleceğini bile bile bir doğum sürecine girmek, bana, bize, eşime doğru gelmedi.”

GS.17.02

İki katılımcı kararın hekim tarafından verilmesinin rahatlatıcı olduğunu belirtmiştir.

Kararın hekim tarafından verilmesi

“(…) Bazısı direkt alacağız dedi. Tercih bırakıyor gibi değiller aslında. Belki de onların alınması lazım demesi aldırma için rahatlatıcı oluyor.” GS.16.03

“Aslında gebeliğin sonlandırılma kararı bize bırakılmadı... Bize bırakılmaması iyi hissettirdi.” GS.16.01

Katılımcılar “karar verme sürecini” genellikle “zor bir deneyim” olarak tanımlamışlardır.

“(…) Beni yıldırان bir süreç oldu.” GS.16.02

“(…) Ve seçim yapmak zorundasınız. Bu seçim çok yıpratıcı ve üzücü bir süreç gerçekten...” GS.16.06

“(…) Zor bir deneyim oldu bizim için.” GS.16.09

“(…) Kötü bir deneyim oldu. Sevinçle hüzün bir arada oldu.” GS.16.10

Katılımcıların prenatal tanı aldıktan sonraki süreçlerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.7.’de yer almaktadır.

Çizelge 3.7. Katılımcıların prenatal tanı aldıktan sonraki süreçlerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar		
	Ana tema	Alt Tema	Alt Tema
Kadının Baş Etme Yolları	Problem Sorun Odaklı Başetme	Problem/Sorunu Tanılama Çabası	Anomali Tanısı Hakkında Bilgilenme
			Doğum Sonrası Süreç Hakkında Bilgilenme
	Duygu Odaklı Başetme	Sorundan Uzak Durma	Düşünmeme
	Savunma Mekanizmalarını Kullanma	Kabullenme	
		Kaderci Yaklaşma	Boyun Eğme/Sürece Bırakma
		Rasyonalizasyon	Seçilmiş Olduğunu Düşünme
	Manevi Telkin Yöntemlerini Kullanma	Dua Etme	Engelli Çocuğu Yaratıcının Lütfü Olarak Algılama
			Sabır Dileme
			Güç Dileme
		Türbe Ziyareti Yapma	Doğru Karar Vermeyi İsteme
	İsyankar Olmama		

Katılımcıların prenatal tanıyı öğrendikten sonra “baş etme yolları” bağlamında “problem/sorun odaklı başetme” ana teması ve “problem/sorunu tanılama çabası” alt teması ve ilişkili olarak “anomali tanısı hakkında bilgilenme” ve “doğum sonrası süreç hakkında bilgilenme” olarak ifade edilen ikinci kategori alt temaları belirlenmiştir.

“Anomali tanısı hakkında bilgilenme” alt temasında kadınların genellikle tavsiye edilen doktorlara gittikleri, başka sağlık merkezlerine başvurdukları, ücretli prenatal testleri yaptırdıkları saptanmıştır.

Tavsiye edilen doktorlara gitme

“(…) Ne kadar güvendiğim doktor varsa hepsine gittim. Polikistik böbrek dendi. Amnion mayi az dendi. Amnion mayi az olduğu için ultrasonda net görülemiyor dendi. Dr. gittim. Alanında ünlü bir” GS.16.03

“Birçok ultrason yaptırdım. Hastanesi’nde ve özel hastanede farklı doktorlar ultrason yaptı. Özel kadın merkezinde iki farklı doktor yaptı. Bir de bu konuda deneyimli bir doktor var dendi. Ona da gittik. O da aynı şeyleri söyledi...” GD.16.06

Başka sağlık merkezlerine başvurma

“(...) Biz cahil de değiliz her tarafı araştırdık. Düşün bak. Hastanesi, buralara giderek, B...’da giderek, sırf kalmayarak.” GD.16.05

Ücretli ileri prenatal test yaptırma

“(...) Ultrason yaptı. Ense kalınlığı çok yüksek çıktı. Çok geciktirmememiz gerektiğini söyledi. Plesantadan numune alacağız. Ankara’ya genetik laboratuvarına göndereceğiz o şekilde test edeceğiz, belli olacak downlu olup olmadığı dedi. İşte ücretinin pahalı olacağını söyledi. Şimdi o cumartesinden sonraki pazartesi günü öğleden sonra randevu aldım profesör doktor hocada CVS testi uygulandı. Bu yorgan iğne kalınlığında daha böyle boylu iğne batırdılar karnıma. Eşden plesantadan numune aldı gönderdi. Üç gün içerisinde sonuç downlu olduğu belirlendi % 90 üzerinde.” GD.16.07

Gebeliği devam ettirme kararı veren bu katılımcı çocuğu kabullenme ve hazır oluşluk için ileri ve pahalı tanı testlerini yaptırdığını şu şekilde dile getirmiştir.

“(...) Yine benim o çocuğun öyle olduğunu öğrenmem ona göre kendimi hazırlama kabullenme durumum oldu.” GD.16.07

Kadınların genellikle doğumdan sonraki süreçte neler yaşanabileceği hakkında internetten araştırma yapmaları ve güvendikleri dost/arkadaş hekimlere danışma “doğum sonrası süreç hakkında bilgilenme” alt temasını işaret etmiştir.

İnternette araştırma yapma

“(...) Bir konu araştırır gibi internette vs. kaynaklardan hep okuduk, inceledik. Neler olabilir? Doğmadan önce bir şeyler yapılabilir mi? Doğduktan sonra ne gibi sıkıntılar olur. Araştırdık.” GD.16.03

Güvendikleri dost/arkadaş hekimlere danışma

“Sağlıkçı olduğum için doktor doktor gezdim diyebilirim. Ne kadar tanıdık doktor varsa ultrason yaptırdım.’de tanıdık radyoloğa ve başka birkaç kişiye daha ultrason yaptırdım.” GS.16.03

Katılımcıların karar verme sürecinde anomali tanısının ne olduğu ve doğumdan sonraki sürecin nasıl olacağı bilgisine ulaşma çabaları kararın ne olacağı belirleyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Çünkü kadınlar genellikle ulaştıkları bilgiler doğrultusunda düşünerek karar verdiklerini ifade etmişlerdir.

“Down’lu bir çocukla nasıl yaşayabiliriz diye düşündük. Aile olarak hayattan beklentilerimizi hayallerimizi düşündük. Bunlar içinde Down’lu bir çocuğa ne kadar bakabileceğimizi, onun ihtiyaçlarını nasıl karşılayabileceğimizi düşündük. Eşimle benim sosyal desteklerimiz oldukça az. İkimizde sağlıkçıyız, nöbet sıkıntımız oluyor. Birimiz nöbetteyken diğeri çocuğun ihtiyaçlarını nasıl karşılayabilecek? Her şeyi tek tek düşündük. Eşimin uzmanlık süreci ve yoğunlaşan iş temposu bize bağımlı yaşayacak bir çocuğa ne kadar faydalı olabileceğimizi düşündük.” GS.17.04

“Biz hayatta olmazsak ona ne olur? Ona kim bakar? Bu sorular bizim karar vermemizi netleştirdi.” GS.16.10

Yine “kadının baş etme yolları” bağlamında “duygu odaklı baş etme” ana temasında “sorundan uzak durma” alt teması ve ilişkili olarak “düşünmeme” ikinci kategori alt teması olarak belirlenmiştir.

“(…) Çalışmak işe gidip gelmek kendimi iyi hissettirdi. Evde durarak katlanılacak bir şey değil. İş yerim yoğundu düşünecek zaman kalmıyordu.” GS.16.03

“Kadının baş etme yolları” bağlamında; “savunma mekanizmalarını kullanma” ana teması genellikle gebeliği devam ettirme kararı veren kadınlarda saptanmıştır. Bu ana tema ile ilişkili olarak “kabullenme”, “kaderci yaklaşma” ve “rasyonalizasyon” alt temaları; “kaderci yaklaşma” alt temasında “boyun eğme/sürece bırakma”, “rasyonalizasyon” alt temasında “seçilmiş olduğunu

düşünme” ve “engelli çocuğu yaratıcının lütfu olarak algılama” ikinci kategori alt temaları saptanmıştır.

Kabullenme

“(…) Üzüldük. Allah’tan dedik. Kabul ettik...” GD.16.10

Kaderci yaklaşma

“Kadere bıraktım. Kaderci düşüncem nedeniyle aldırılmayı düşünmedim...” GD.16.02

Boyun eğme/sürece bırakma

“(…) Kendiliğine bıraktım. Olmayacak diye düşünülen gebelik oldu. Yaşayacaksam mutlaka olacaktır diye düşündüm.” GD.16.02

Seçilmiş olduğunu düşünme

“(…) Bizler seçilmiş insanlarız, özeliz. Bu yüzden herkese nasip olmaz...” GD.16.07

Engelli çocuğu yaratıcının lütfu olarak algılama

“(…) Bu Allah’ın bir lütfu. Tabi böyle bir bebeğe sahip olmak şükürümü daha çok arttırdı.” GD.16.07

“Kadının baş etme yolları” bağlamında; “manevi telkin yöntemlerini kullanma” ana temasında “dua etme”, “türbe ziyareti yapma” ve isyankâr olmama” alt temaları belirlenmiştir. Kadınlar dualarında genellikle sabır ve güç dilediklerini ve doğru karar vermeyi istediklerini ifade etmişlerdir.

Dua etme

“(…) Ben sadece dinlendim. Ve dua ettim.” GD.16.06

Türbe ziyareti yapma

“(…) Şanlı Urfa’daki Hz. İbrahim Hz. Eyüp oradaki çok ziyaret etmek istedim. Nasip olmadı. Peygamberlerimizin başına gelen o mucizevi olaylar. Allah’ın ol demesiyle her şey olur. Belki dedim doktorlar öyle görmüştür. Sonuna kadar belki düzelir. Belki öyle değildir, belki yanılmışlardır. Yani her şey olabilir dedim.” GD.16.07

İsyankar olmama

“(…) Biz güçlü ve mutlu bir aileydik. İsyan edemedik. Allah’a sığındık. Dua ettik.” GD.16.06

“(…) İnançlı insanlarız Allah’a isyan etmedik. Ona dua ve şükür ettik...” GD.16.10

Sabır dileme/Güç dileme/Doğru karar vermeyi isteme

“(…) Hani bu yüzden hep dualarımda. Allah’ım beni yanıltma yanlış karar aldirtma, kaldırmayacağım yükler bana verme. Yani sırtımı Allah’a dayadım. Her şekilde ne olursa olsun kabulüm dedim. Bana güç ver dedim. Sabır ver dedim. Bana ne verirsen bana verdiğin o derdin dermanını da kolaylığını da göster dedim.” GD.16.07

Katılımcıların gebeliği devam ettirme kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.8.’de yer almaktadır.

Çizelge 3.8. Katılımcıların gebeliği devam ettirme kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar	
	Ana tema	Alt Temalar
Gebeliği Devam Ettirme	İnanç Sistemi	Günah İşlememe
		Yaratıcının İsteğine Boyun Eğme
	Yaşam Algısı	Yaşamın Başlangıcı
		Yaşamın Amacı
		Yaşamın Değeri
	Kültürel Etmenler	Ailenin Yapısı
		Fetüse Atfedilen Değer

Prenatal tanı sonrası kadınların gebeliği sonlandırmama kararında çoğunlukla inanç sisteminin, yaşam algısının ve kültürel etmenlerin etkisi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların dini inançlarını genellikle birbiriyle aynı ve benzer yaşadıkları belirlenmiştir. Demografik bilgileri tespit etmeye yönelik hazırlanan

sorular içinde dini inanç ile ilgili özel bir soru olmamasına rağmen katılımcıların hepsi yaratıcı inancına sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınların inanç sistemi kaynaklı olarak günah işlememe ve yaratıcının isteğine boyun eğme nedeniyle gebeliği sonlandırmama kararı verdikleri belirlenmiştir.

Günah işlememe

“(…) Allah korkusu olan yapmaz. İsyan edemem. Günah zaten...”
GD.16.01

“(…) Gebeliğin sonlandırılması dini inancıma göre olmaz. Günah. Allah cezalandırır. İki tane sağlam çocuk verdim. Bunu neden kabul etmedin diye cezalandırır. Yaşamamız gerekiymiş, yaşıyoruz.”
GD.16.10

Yaratıcının isteğine boyun eğme

“(…) Neden böyle bir şey başımıza geldi diye. Allah’a isyan etmemeye çalıştık. Allah iyiyi de kötüyü de bilir...” GD.16.08

Kararlarında gebeliği sonlandırma seçeneğini tercih etmeyen kadınların bazıları fetüsün doğmadan karnında ölmesi için dua ettiklerini ifade etmişlerdir. Bebeği istememiş ancak gebeliği de sonlandırmayı tercih etmemişlerdir. Bu durum kararlarında isteklerinden daha önplanda inanç sisteminin etkili olduğunu göstermiştir.

“(…) Sonlandırmayı düşünmedik. Canı yok sayamazdık. Allah verdi, Allah alır diye düşündük. İnşallah karnımda ölür diye dua ettim. Doğduktan sonrada ölebilirdi. Biz onun canına kast edemezdik.”
GD.16.04

Gebeliği sonlandırmama kararı alan katılımcıların yapılan derinlemesine görüşmede yaşamın anne karnında başladığı, yaşamın amacının sınav olduğu ve yaşamın değeri hakkındaki söylemleri yaşam algısı temasını belirlemiştir.

Yaşamın başlangıcı

“(…) Doğup doğmaması değil, karnımda da olsa yaşıyor ve bizim canımız çocuğumuz olduğu için aldırılmama kararı verdik.” GD.16.06

Yaşamın amacı

“(...) Sınav derken, hayat sınav, bu çocuğu kabullenmeme durumuyla başka sınavlardan da geçebiliriz sonuçta... Şurada yaşayabileceğin belki yirmi belki otuz belki elli sene o yüzden bu dünyanın belli bir sınırı var. Öbür dünyaya hizmet etmek niyetim.” GD.16.07

“(...) Allah iyiyi de kötüyü de bilir. Bizi bu bebekle cezalandırıyor olamaz. Sadece sınıyor olabilir diye düşündük. Ve aldırmanın günah olacağını düşünerek devam etmeye karar verdik...” GD.16.08

Yaşamın değeri

“(...) Sonlandırmayı düşünmedik. Canı yok sayamazdık... Biz onun canına kast edemezdik.” GD.16.04

Gebeliği sonlandırmama kararında kültürel etmenler ana temasıyla ilişkili olarak fetüse atfedilen değer ve kadının aile yapısı alt temaları saptanmıştır.

Genellikle başka çocuğu da olan kadınların, prenatal tanı alan fetüsle diğer çocuk/çocuklarının aynı ahlaki statüde sahip olduklarını düşündükleri ve karar verirken bu ahlaki statüyü dikkate aldıkları tespit edilmiştir.

Fetüse atfedilen değer

“Karnımda da olsa bu bizim bebeğimizi nasıl canını yok sayabilirdik ki? Hatta hayattakilerine bir şey olsa onları da mı istemeyecektik?” GD.16.06

Kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmedeki ifadelerinde fetüse atfettikleri ahlaki statü nedeniyle onun hayatını sonlandırmayı doğru bir eylem olarak kabul etmedikleri anlaşılmaktadır.

“(...) Ama canlı canlı sen hastasın ve ben seni istemiyorum diyemem...” GD.16.09

“(...) Benim düşüncem onlar bir melek olarak geliyor. Onlar kötülük bilmez, iftira atmayı bilmez, dedikodu bilmez. Bu yüzden bizden farklılar. Çok insanda farklı. O engelli çocuklar tertemiz dünyaya

geliyor hiçbir kötülük olmadan geliyor. Nasıl kıyabiliriz ki ona?
Yapamayız. Olmaz.“ GD.17.01

“(…) Onun yazgısı da böyleymiş onun kaderine biz karar veremezdik.”
GD.16.10

Kadının içinde yaşadığı aile yapısı kararı etkileyen kültürel etmenlerden biri olarak tespit edilmiştir. Kadının karar verici olmadığı ailelerde eşinin yahut aile büyüklerinin kararda etkili olduğu belirlenmiştir.

Kadının karar verici olmaması

“(…) Eşim yurt dışında çalışıyor… Aldırmamı istemedi. Aldırırsan kızarım dedi…” GD.17.01

Katılımcıların gebeliği sonlandırma kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.9.’da yer almaktadır.

Çizelge 3.9. Katılımcıların gebeliği sonlandırma kararını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar	
	Ana tema	Alt Temalar
Gebeliğin Sonlandırılması	Bilimsel Bilgiye Güven Duyma	Bilimsel Tanının Kesinliği
		Anomalili Hayat Sürme Zorluğu
		Anne Sağlığının Önceliği
	Tedavi/Bakım Sorunu	Sürekli Bakım ve Tedavi İhtiyacı
		Hastane Sürecinin Zorluğu
	Kültürel Etmenler	Aile Yapısı
		Fetüse Atfedilen Değer

Gebeliği sonlandırma kararı veren kadınların çoğu bilimsel bilgiye güven duydukları için anomali tanısının kesin olduğunu kabul ettiklerini, anomalili bir hayat sürmenin zor olduğunu ve anne sağlığının öncelikli olması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Bilimsel tanının kesinliği

“Bilimin yanındayız dedim. Böyle bir çocuğa bakmak hem imkn hem sabır istiyor... Daha bilimsel bir yaklaşımım var. Doktorlara güven duyan.” GS.16.02

“(...) Ancak bilim ve mantığa göre o daha bir bebek değil, doğmadı. Yaşayan birkaç hücre ve onun büyümesine devam edip, hasta olacağını bile bile doğurmak, onu zor bir yaşam için doğurmak sadece anneyim ben demek için oldukça saçma olabilir.” GS.16.06

“İyi hissettiren tüm doktorların aynı Şeyi söylemeleri idi. Doğsa bile yaşayamaz demeleri kararımızı vermemizi kolaylaştırdı...” GS.16.08.

Anomalili hayat sürme zorluğu

“Engelli bir çocukla yaşadığım için 6 yıl onun Şeyini biliyorum bir de ne yediklerinden zevk alıyorlar...ne susadıklarını söyleyebiliyorlar. İşte ot gibi yaşıyorlar derler ya... Ama böyle de yaşamalarını istemezdim. Ama onlara bir dakika ya da bir saniye versen derlerdi ki böyle dünyaya gelmek istemezlerdi herhalde. Ben yle düşünüyorum...” GD.16.05

Anne sağlığının nceliği

“(...) Hatta belki onu doğuracağım için kendi sağlığımda bozulabilir. Sonuçta gebelik kadın sağlığı ve bedeni açısından da yıpratıcı bir süreç. Hatta belki tekrar gebe kalma olanağımda gidebilir.” GS.16.08

Kadınların prenatal tanı alan fetüsün doğduktan sonra sürekli tedavi ve bakım ihtiyaı olması ve hastane sürecinin zor ve yıpratıcı olması gibi tedavi ve bakım sorunları nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasını tercih ettikleri belirlenmiştir.

Sürekli tedavi ve bakım ihtiyaı olması

“Gebeliğin devamının doğacak canlıya haksızlık olduğunu düşünüyorum. Bu Şekilde doğacak bir ocuk doğmayı ister mi? Hep bu soruyu düşündüm. Doğup yaşasa bile herkes ona farklı gözle bakacak. Bir sürü ameliyat olması gerekecek. Sürekli bakım ihtiyaı olacak. Ya bana ve eşime bir Şey olsa ona kim bakacak?...” GS.16.04

Hastane sürecinin zor ve yıpratıcı olması

“Gebeliğe devam etsek sonuçta doğunca yaşayamayacak. Yaşasa bile oldukça zor hastane günleri yaşayacak, belki benim içimdeyken hissetmediği acıları olacak. Onu hastanede bırakıp eve gelmek zor olacak. Yani gebeliğin devamında her şey sonlandırmaktan daha zor olup daha acı verecekti bizim için.” GS.17.02

Gebeliğini sonlandıran kadınların çoğu verecekleri kararda kendilerinin ve eşlerinin karar verici olduğu ve ailelerinin ise destek olduğu saptanmıştır.

Kadının karar verici olması

“(…) Sonuçta doğacak bebek için kararı anne ve baba verecek.”
GS.16.03

“Bilgi alabileceğim her kaynaktan konuyu araştırdım. Ailemle konuyu tartıştım. Karar vermeye çalıştım. Sonlandırılmasına karar verdim.”
GS.16.05

Gebeliği sonlandıran kadınların gebeliği sonlandırmayan kadınlara göre fetüse atfedilen değerlerin farklı olduğu belirlenmiştir. Kadınların bazılarının, yapılan derinlemesine görüşmelerde fetüse ahlaki bir statü vermedikleri tespit edilmiştir.

“(…) Zaten daha o çocuk değil. İçimde büyümekte olan bir hücre. Benim içimdeyken sorun yok. Ama benden ayrıldıktan sonra her şey onun için ve bizim için zor olacaktı diye düşünüyorum.” GS.16.10

“(…) Ancak bilim ve mantığa göre o daha bir bebek değil, doğmadı, yaşayan birkaç hücre ve onun büyümesine devam edip, hasta olacağını bile bile doğurmak, onu zor bir yaşam için doğurmak, sadece anneyim ben demek için oldukça saçma olabilir...” GS.16.06

Katılımcıların duygu durumunu belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.10.’da yer almaktadır.

Çizelge 3.10. Katılımcıların duygu durumunu belirlemeye yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar	
	Ana tema	Alt Temalar
Kadının Duygu Durumu	Kötü/Zayıf Hissetme	Bilgilendirme Kusuru
		Hekimle İlgili
		Hastane İle İlgili
		Toplumla İlgili
		Kişisel Yoksunluklar
	İyi/Güçlü Hissetme	Aile ve Çevresiyle İlgili
		Psikolojik Destek Alma
		Gelecek Hakkında Plan Sahibi Olma
		Çalışma
		Diğer Çocukların Sağlıklı Olması

Kadınlar genellikle karar verme süresince stres, şok ve yıpranma yaşadıklarını, şaşkınlık, korku, panik, üzüntü, endişe, çaresizlik, acı duygusu hissettiklerini, bu hisler nedeniyle sürekli ağladıklarını ifade etmişlerdir.

“Şok yaşadım. Sürekli ağladım.” GD.16.04

“Çok üzüldük. Çok ağladım. Geceleri uykumdan uyanıp ağladım...”
GD.16.06

“Stres korku üzüntü hepsini bir arada yaşıyorsun yani. Ne yaşadığını bilmiyorsun...” GS.16.02

“Mahvoldum. Hiç beklemiyordum. İçim yandı. Sürekli ağladım...”
GS.16.03

“Şok yaşadık. Daha öncede dediğim gibi resmen dünya başımıza yıkıldı diyebilirim...” GD.16.09

Kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde “kadının duygu durumu” bağlamında “kötü ve zayıf hissetme” ve “iyi/güçlü hissetme” ana temaları öne çıkmıştır.

“Kötü/zayıf hissetme” ana temasının alt temaları “bilgilendirme kusuru”, “hekimle ilgili”, “hastane ile ilgili”, “toplumla ilgili” ve “kişisel yoksunluklar” olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların karar verme sürecinde bilgilendirme kusuru nedeniyle kendilerini kötü/zayıf hissetmeleri, derinlemesine görüşmelerde şu biçimde dile getirilmiştir:

“(…) Ancak yeteri kadar bilgi verilmemesi, hele ben hastanede yatarken eşimi görememem çok kötü hissetmeme neden oldu. Ben içinde onlar dışarda zor günler yaşadılar.” GD.16.04

Kadınların “hekimle ilgili” olarak kendilerini kötü/zayıf hissetmeleri çoğunlukla hekimin olumsuz davranışları ve hekimin olumsuz konuşmaları nedeniyle olduğu ifade edilmiştir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde şu şekilde dile getirilmiştir:

Hekimin olumsuz davranışları

“(…) Kötü ve zayıf hissettiren hekimlerin sen anlamazsın diye bir şey söylememeleri ve kötü davranışları terslemeleriydi.” GD.16.01

Hekimin olumsuz konuşmaları

“(…) Mesela doğum yaptım ben ertesi gün doğum doktorum bana dedi ki hep derler ya lohusa kadına her şey söylenmez bir ayağı şeydedir derler. “Kezban işte bel bağlama ona sen o çocuk ölecek”. Düşünün lohusa olan bir anneye söylenen bir laf doktor tarafından yani Begüm’den için. Begüm ölecek ona bel bağlama...” GD.16.05

Gebeliği sonlandırma seçeneğini tercih edenlerden katılımcılardan bazıları hekimin karar verici olmasını rahatlatıcı olarak ifade ederken, gebeliği devam ettirme kararı veren bazı katılımcılar hekimin kendi kararlarının aksine karar verici şekilde konuşmasını doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

“Aslında gebeliğin sonlandırılma kararı bize bırakılmadı... Bize bırakılmaması iyi hissettirdi.” GS.16.01

“(…) Doktorların daha insancıl olması daha iyi hissettirebilirdi. Aldırmanız gerekli diyen doktor bizi çok üzmüştü. Biz onlardan sadece bilmediğimiz bilgileri bize söylemelerini istedik. Bizim kararımızı düşüncelerimizi bile bilmeden bize aldırın dememeliydi...” GD.16.06

Hastane ile ilgili çoğunlukla hastane bekleme odalarının aynı olması, muayene veya uygulamaya eşin katılamaması gibi nedenlerle kadınların kendilerini kötü/zayıf hissettikleri saptanmış olup katılımcılar tarafından şu biçimde dile getirilmiştir:

Muayene veya uygulamaya eşin katılamaması

“(…) Kötü olansa eşlerin alınmaması. Tanıyı öğrendiğimde de eşim yoktu. Plasentadan kan aldıklarında da eşim yanımda olamadı. Zor anlar ve zor kararlar insan eşinin yakınlarının desteğini hissetmek istiyor ama burada saçma kurallar egolar yüzünden izin verilmiyor. İnsanlıktan yoksunuz.” GS.16.01

Hastane bekleme odalarının aynı olması

“(…) Beni yerleştirdikleri bekleme odasına aynı zamanda doğumdan çıkan kadınlar da yanlarında bebekleriyle geliyorlardı. Onlarla beni aynı odada bekletmelerinin tıp adına çok düşüncesizce bir hareket olduğunu düşünmüştüm. Bebeğini tıbbi tahliye ile düşürmeye karar vermesi gereken birini, yeni doğum yapıp, bebeğini kucağına almış, bebeğiyle konuşan birinin yanında tutmaları kabul edilebilir değildi.” GS.16.05

Katılımcılardan genellikle gebeliği sonlandırma kararı verenlerin toplumla ilgili olarak kendilerini kötü/zayıf hissetmelerinin, inanç sistemine yönelik yapılan söylemlerden dolayı olduğu belirlenmiştir.

“İnsanların dini açıdan düşünceleri ve baskıları üzdü. Günah, cana kıyılır mı gibi sözler çok yaralayıcı oldu. Peki ona iyi bakamamak günah olmaz mıydı?...” GS.16.04

“İnsanların kendi manevi inançları ile ilgili düşüncelerini herkese kabul doğruymuş gibi söylemeleri. İşyerinde bile kaç kez duydum.

Aldırdın mı? Sana ne? Senin başına geldiğinde sen günah diye aldırılmazsın o zaman diye bağırarak bile geldi içimden.” GS.16.07

Katılımcıların anomali tanısını öğrendiğinde yalnız olma, ailenin destek olmaması gibi nedenlerle yaşadıkları kişisel yoksunluklar ile ilgili olarak kendilerini kötü/zayıf hissetmeleri derinlemesine görüşmelerde şu biçimde dile getirilmiştir:

Anomali tanısını öğrendiğinde yalnız olma

“(…) Eşimin her aşamada yanımda olması iyi hissettirirdi.” GS.16.01

Ailenin destek olmaması

“Ailelerimiz yanımda yoktu. Annemin yanımda olmasını isterdim.” GS.16.08

“(…) Benim ailem çocuklarımı kabul etmedi. Ben çocuklarımı alıp onlara gitmiyorum artık. Samsun’da olmalarına rağmen. Annemin evi kirleniyormuş. Kızımın salyaları akıyormuş. O yüzden en mutlu oldukları yer evimiz diye düşünüyorum.” GD.16.05

“İyi/güçlü hissetme” ana temasının alt temaları ise “gelecek hakkında plan sahibi olma”, “diğer çocukların sağlıklı olması”, “aile ve çevresiyle ilgili”, “profesyonel destek alma” olarak belirlenmiştir. Katılımcıların “gelecek hakkında plan sahibi olması” ve “diğer çocukların sağlıklı olması” ile ilgili ifadeleri şu şekilde dile getirilmiştir.

Gelecek hakkında plan sahibi olması

“(…) İyi hissettiren nasıl yaşamak istediğimizi bilmektir. Eşim uzmanlaşıp öğretim üyesi olmak istiyor. Ben de okuyorum. Okulumu bitirmek ve iş değişikliği yapmak istiyorum. Normal bir aile olmak istiyoruz. Çocuğumuzu da en iyi şekilde yetiştirmek istiyoruz. Engelli bir çocuğa sahip olmak oldukça zor ve isteklerimizin ötesinde olacaktır.” GS.17.04

Diğer çocukların sağlıklı olması

“(…) Diğer çocuklarım sağlıklı olması beni iyi hissettirdi...” GD.16.04

Katılımcıların “aile ve çevreyle ilgili” olarak genellikle “güçlü aile bağlarına sahip olma”, “eş ve arkadaş desteği alma” ve “işyerinin destek olması” nedeniyle kendilerini iyi ve güçlü hissettikleri tespit edilmiştir.

Güçlü aile bağlarına sahip olma

“(…) Aile bağlarımın güçlü olması beni iyi hissettirdi...” GD.16.04

“İyi hissettiren annemdi. İyi ki böyle bir anneye sahip olmuşum. Annem kadar daha çok sabırlı olmayı çok isterdim ama maneviyatı benden daha güçlü, bakış açısı verdiği örneklerle beni aydınlatması her şekilde biz ailece kabullendik.” GD.16.07

Eş ve arkadaş desteği alma

“(…) Vallahi eşimle biz hep birbirimize destek olduk... Eşim her konuda destek oldu...” GD.16.05

“(…) Çevremdeki arkadaşlarım çok yardımcı oldular.” GD.16.07

İşyerinin destek olması

“Benim işyerindeki amirim müdürlerim de çok anlayışlı oldular. Öncelik sen, senin sağlığını. Kendini iyi hissedene kadar işe başlama. Sonra başlarsın dediler. O yüzden bunlar da çok önemli...” GD.16.07

Kadınlar psikologla görüşme gibi profesyonel destek aldıklarında da kendilerini iyi/güçlü hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Karar verme sürecinde kadınların beklentilerine yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar çizelge 3.11.’de yer almaktadır.

Çizelge 3.11. Karar verme sürecinde kadınların beklentilerine yönelik olarak hazırlanan sorulara alınan yanıtlarda öne çıkan bağlam, ana tema ve alt temalar.

Bağlam	Temalar			
	Ana tema	Alt Temalar	Alt Temalar	
Kadının Beklentileri	Gebelikten	Anne Olma		
		Sağlıklı Normal Bebek Sahibi Olma		
	Toplumdan	Engelli Çocukla İlgili		
		Kararla İlgili		
	Sağlık Sisteminden	Hekimden Beklentileri		Kişilik Özellikleri
				Mesleki Sorumluluk
			Mesleki Davranış Kuralları	
		Perinatoloji Hizmetlerinin Geliştirilmesi		
		Engelli Hasta Haklarının Geliştirilmesi		
	Danışmanlık Hizmeti Verilmesi			

Kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde anne olma ve sağlıklı normal bebek sahibi olma beklentileri hakkındaki ifadeleri “kadının gebelikten beklentisi” ana temasını işaret etmiştir.

Anne olma beklentisi

“(…) Annelik çok güzel bir şeymiş. Onu canınızda hissettiğiniz an başlayan bir şeymiş...” GD.16.09

“(…) Çok üzülüyorum anne olarak, anneliği tatmış bir insan olarak beş aydır da karnımda taşıyorum.” GS.16.02

Sağlıklı normal bebek sahibi olma beklentisi

“Bebek sahibi olmak istiyorsunuz, hamile kalıyorsunuz, eşinize müjdeyi veriyorsunuz. Sonra birden bebeğinizin normal olmadığını, anomalili doğacağını, bu anomaliye bağlı hastalıkları olacağını kısaca daha doğmadan zor günlerin onu beklediğini öğreniyorsunuz. Birden dünyanız kararıyor.” GS.16.06

“(…) Ben kızıma yol arkadaşı olacak bir kardeş istiyordum. Bizler hayatta olamadığımız zaman birbirlerine destek olacak arayıp soracak kardeşi olsun istiyorum... Fakat ikinci bebeğin hasta olması kardeşi içinde üzüntü olacaktı. O da kardeşi olsun çok istiyordu. Sonuçta öleceğini bile bile bir doğum sürecine girmek bana bize eşime doğru gelmedi.” GS.17.02

Katılımcıların genellikle toplumdaki “kararla ilgili” ve “engelli çocukla ilgili” beklenti içinde oldukları belirlenmiştir.

Kararla ilgili

“(…) Ancak çevrenin günah bebek aldırılmaz gibi ifadeleri gerçekten sinir bozuyordu...” GS.16.07

“Çevrenin tepkileri özellikle ayy nasıl kıyacan ya da günah olur gibi ifadeleri oldukça rahatsız etti. Üzüntüye üzüntü kattı...” GS.17.04

“Ailemin senin sağlığın daha önemli ve dinen de anne sağlığı daha önemli eğer anne kaybedilecekse bebek aldırılabilir denilmesi, doktorun bize kesin anneyi kaybederiz demesi bizi iyi hissettirdi.” GS.17.01

“İnsanların önyargılı olmamaları ve empati yapmaları verdiğimiz kararı yargılayıcı sözlerden kaçınmaları kendimizi daha iyi hissettirebilirdi.” GD.16.04

Engelli çocukla ilgili olarak katılımcılar, bu çocukların toplumda kabul görmesi, engelli çocukların ailelerinin birbirini desteklemesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Kararla ilgili olarak hem toplumdaki hem yakın çevre/akrabadan inançla ilgili söylemlerden kaçınmaları, kararla ilgili olumsuz yorum yapmamaları, karara saygı gösterilmesi, engelli çocuk bakımına destek verilmesini bekledikleri saptanmıştır.

Engelli çocuğun toplumda kabul görmesi

“(…) Bu çocuğumun engelli kabullenilmemesi durumu, çevredeki insanların bakış açısı beni çok kötü hissettirmişti...” GD.16.07

Engelli çocukların ailelerinin birbirini desteklemesi

(...) Herkes birbirini tutar bizim engelli ailelerimizde o yok biliyor musunuz? Hiç kimse birbirini tutmazsa tam tersine destek olmak yerine köstek oluruz. Şurada konuşuyoruz ya kimse birbirine destek değil. Ben onlara da söylüyorum. Biz engelli aileleri birbirimize destek olmayız. Tam tersine köstek oluruz diye...” GD.16.05

Kadınlar genellikle hekimlerden iyi, insanca, kibar, hassas, duyarlı olmaları gibi “kişilik özellikleri”; hastalarına her şeyi güzelce açıklamaları, mesleki bilgi açısından yeterli olma gibi “mesleki sorumluluk” göstermelerini; kadının özerkliğine saygı duyması, mahremiyetine önem vermesi, etkili iletişim süresine önem vermesi, ilgilenme, güzel konuşma gibi “mesleki davranış kurallarına” dikkat etmelerini beklediklerini ifade etmişlerdir.

Kişilik özellikleri

“(...) Buraya güvendiğim için geldim. Doktorum ... Bey çok iyi biri...” GD.16.01

“(...) Doktorların daha insancıl olması daha iyi hissettirebilirdi.” GD.16.06

Mesleki sorumluluk

“Hekimler daha yakın davranmalılar. Açıklayıcı olmalılar... Doktorum bana her şeyi güzelce açıkladı. Beni rahatlattı.” GD.16.01

“(...) Çocuğun durumu, bizi ne bekliyor, neler olacak daha ayrıntılı bilgi ve daha çok ilgi psikolojik olarak daha iyi hissetmemi sağladı.” GD.16.04

“Sadecedaki doktor müdahale etmeyeceğim bir şey için test bile yapmam dedi. Sonuç kötü çıkmıştı orda. Ayrıntılı ultrason randevusu de almıştım. Gitmedim. Böyle diyen birine nasıl gidilir ki?” GS.16.02

“(...) Doktorlar çok açıklama yapmadı. Çok az bilgilendirildim...” GD.16.02

Mesleki davranış kurallarına dikkat etmesi

“(…) Doktorların bu gibi gebelere biraz daha sakin davranmaları iyi olabilir.” GS.16.09

“Hekimlerin tatlı dille yaklaşmaları gerekirdi. Burada Dr... Bey çok iyiydi. Tatlı dille her şeyi açıklaması beni rahatlattı...” GD.16.01

“(…) Neden diye sorduğumda anlamazsın diye beni tersledi...”
GD.16.01

Kadınların sağlık sisteminden “perinatoloji hizmetlerinin geliştirilmesi”, “danışmanlık hizmeti verilmesi” ve “engelli hasta haklarının geliştirilmesini” beledikleri belirlenmiş olup, bu beklentileri şu şekilde ifade edilmiştir.

Perinatoloji hizmetlerinin geliştirilmesi

“(…) Bir de 20. haftadan sonra perinatoloji bakmalı. Gebe her geldiğinde mutlaka ayrıntılı bakılmalı.” GD.16.04

Danışmanlık hizmeti verilmesi

“(…) Bir de bizim gibi ailelere yol gösterecek işlerini hızlandıracak yerler olmalı...” GD.16.01

“(…) Psikolojik danışmanlık verilebilir. Oldukça zor bir deneyim. Karar vermek zor...” GS.16.10

“(…) Nasıl bakacağım, bizi neler bekliyor, ne gibi yardımlar alabiliriz? Bize yol gösterecek kişiler olmalı.” GD.16.10

“(…) Ülkemiz şartlarında böyle bir engelli çocuğa sahip olmak gerçekten güç. Beni yönlendirecek bir Aile Politika Bakanlığı'nın kişileri olmalı, bebeğiniz böyle olacak şu haklarımız var, şuralara gidin şöyle bilgilenin. Beni maddi manevi destekte bulduklarını dile getirirler. Kimse bana yardım etmiyor hep ben arayış içindeyim.”
GD.16.07

Engelli hasta haklarının geliştirilmesi

“(…) Benim isterim ki hani bana yol gösteren, şu hastanelerde bile çok zaman kaybediyoruz. Onlar randevu versin, şu saatte şu kontrolünüz var. Bu üç gün içerisinde, beş gün içerisinde olacakken biz bir buçuk aydır, ben engelli raporu almak için uğraşıyorum. Sabahtan akşama kadar bebekle zaman kaybı bizim için ve hassas bir bebek. Ben korkuyorum bir yerden hastalık kapacak diye. O yüzden bunları meclisten, büyüklerimizden rica ediyorum. Daha duyarlı olmaları gerekiyor. Bizim haklarımızı bildiren merci olsun.” GD.16.07

Gebeliği sonlandırma ve gebeliği devam ettirme kararı veren ancak ölü doğum yapan iki katılımcı bebeklerinin kadavrasının kendilerine verilmesini, bir mezarı olmasını istediklerini ifade etmişlerdir. Ancak gebelik ürünü onlara verilmemiştir. Bu durum onlar için daha üzücü ve yıpratıcı olduğu dile getirilmiştir.

“Eşimin anlattığına göre bebeği karton kutuya koyup patolojiye götür demişler. Hacettepe’den üç ay patoloji bekledik. İhtisasta çalışıyordum. 10 günde bir gidip soruyordum. Bebek bulunamadı. Mezar yapamadık... Kadavrayı almak gerekir. Hala ağlıyorum. Bir mezarı olabilirdi.” GS.16.03

“Bebeğimi vermediler. Şehit yanında gömüyoruz dediler. Sonradan öğrendiğime göre patolojide kalıyormuş. Mezarı da olmadı. Kahroldum. Gidip ağlayacağım bir mezarı olabilirdi.” GD.16.01

Kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde değer yükü açısından oldukça anlamlı ifadeler ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan değer yükü, bu tür araştırmalarda niteliksel çalışmanın önemi göstermiştir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde bazı ifadelerin etik açıdan tematik olarak tasniflenemeyecek kadar özel ve kıymetli olduğu değerlendirilmiştir. Bu nedenle bu katılımcıların söylemleri ayrı olarak bulgular kısmında verilmiştir.

Katılımcı GS.17.01

Katılımcı, planlı gebeliğini H1N1 enfeksiyonu (domuz gribi) olması nedeniyle sonlandırılmasına karar vermiştir. Sonlandırma işleminden bir yıl sonra rahim ağzı kanseri tanısı almıştır. Yaşadığı bu deneyimin sonucunda cezalandırıldığını düşünmektedir.

“(…) Planlı bir bebektir. İstiyorduk. Sonra da tekrar bebeğimiz olmadı. Bende de rahim ağzı kanseri çıktı. Tedavi oluyorum. Belki bu bebekten sonra bir daha bebeğim olmayacak. Belki de bize bir cezası oldu. Bu bebeği aldığımız için.”

Katılımcı GD.16.05

İlk çocuğu engelli doğan katılımcının ikinci gebeliği ikizdir. Yapılan ultrasonografide ikizlerden birinin sağlıklı olduğu, ikincisinde anomali varlığı tespit edilmiştir. İlk çocuğunun engelli olması nedeniyle anomalili olan gebeliğin sonlandırılması tercih edilmiştir. Ancak gebeliğin sonlandırılması uygulamasında ikiz fetüslerden sağlıklı olanın anomalili olanın önüne geçmesi nedeniyle gebelik sonlandırılmamıştır. İkizlerden biri sağlıklı, diğeri engelli doğmuştur. Katılımcının yaşadığı deneyimi temel alan söylemleri, engelli yaşamın zor olduğu hakkında önemli bulgular olarak değerlendirilmiştir.

“(…) Ben çocuğumu elime alamadım. Ona bağlanmak istemedim ölecek nasılsa. Annem sonunda dedi ki kızım deli misin sen o senin evladın. Şimdi en çok onu seviyorum. Düşünebiliyor musunuz? En çok onu. Onsuz ben diyorum, ona bir şey olursa ölürüm herhalde. Onsuz yapamıyorum. O benim her şeyim...”

“(…) Allah bilir diyorlar alacağı zamanı bilir. İnşallah her gece dua ediyorum. Benden önce alsın diye. Benden sonraya bırakmasın evlatlarımı...”

İki tane engelli çocuğu olan kadının, çocuklarının kendisinden önce ölmeleri için dua ettiğini ifade etmesi, oldukça değer yüklü bir söylem olarak değerlendirilmiştir. Kadın eşiyile çocuklarına olabildiğince incitmeden baktıklarını ancak zorlandıkları zamanların olduğunu, bakım evleri hakkında üzücü öyküler duyduklarını bu nedenle buraları asla tercih etmeyeceklerini belirtmiştir.

Katılımcının şu ifadeleri engelli çocuklarla yaşamın neden olduğu sosyal izolasyonu dile getirmiştir.

“(…) Ailecek hiçbir şey yapamıyoruz. Düşünebiliyor musunuz? Hiçbir şey. Kızım nöbet geçirmeye başladı. Ben onun yanında yatıyorum. Baba küçüğün yanında yatıyor. İstemezdim. Şimdiden arkadaşlarıma da söylüyorum. Biliyorlar bile lades yapmayın diyorum. Diğer çocuğunuza daha çok vakit ayırın, eşinize daha çok vakit ayırın. Hayatı yaşamaya sizde yaşayın. Siz güçlü olacaksınız ki ona fayda. Ne kadar ikinci engelli çocuğum olmasaydı Ezgi çok farklı olurdu belki. Beraber eşimle evlendik evleneli tatile gitmedik. Eşim bakıyor çocuklarıma ben anneme gidiyorum. Bir asker eşi olmama rağmen bir kez askeri kampa’a gittim. O da oğlumla gittim. Eşim çocuklarıma baktı...”

Katılımcı GD.16.01

Gebeliğin 17. haftasında anensefali tanısı konulan katılımcı, fetüsün doğum sonrası organ vericisi olmasını istemesi nedeniyle gebeliği devam ettirme kararı vermiştir.

“(…) Karnımda da ölebilir, doğunca da ölebilir. Sonuçta ölecek. Ama ben doğmasını, doğunca da organlarının ihtiyacı olan bebeklere verilmesini istiyorum... Doğana kadar yaşasın karnımda. Doğduktan sonra organlarını bağışlayacağız. Eşimle karar verdik. araştırmış. Eğer olursa kızımızı Türkiye’de ilk olacak. Can verecek. 4 çocuğa can verse, bir de benim ilerde çocuğum olsa, beş tane çocuğum olur, seviniyim.”

Kadının isteği üzerine hekim tarafından gebelik takibine devam edilmiş, anomali tespit edilen fetüsün organ vericisi olabilmesine yönelik araştırmalar ve çalışmalar yapılmıştır. Bu süreçte araştırmacı da çalışmaların içinde olmuştur. Hem kadının takip edildiği Sağlık Merkezi Etik Kurulu hem de Sağlık Bakanlığı Etik Kurulu’ndan görüş istenmiş olup net bir cevap alınamamıştır. Etik Kurul raporunda, *“Bilimsel olarak doğduktan sonra yaşamayacağı kesin olan fetüsün doğuma kadar veya organları alınabilecek olgunluğa erişinceye kadar anne karnında yaşatılması için hekim tarafından kadının sağlığını riske atacak tıbbi eylemlerde bulunulmaması gerektiği”* vurgulanmıştır.



4. TARTIŞMA

Tez çalışması, prenatal tanı alan kadınların, gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkındaki karar verme süreçlerinde, bilgi, davranış ve duygularını belirlemek ve yaşadıkları deneyimi, kendi değersel dünyalarında değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmek için kadınların karar verme sürecine ilişkin değersel söylemleri, açık uçlu soruların da yer aldığı formla elde edilmiştir. Bu soru formunda; bilgi, davranış, duygu ve deneyim kategorileri oluşturulmuş, her kategorinin altında birbirini destekleyen sorular hazırlanmıştır. Tezin bu bölümünde katılımcılara yöneltilen sorulara alınan yanıtlar etik açıdan değerlendirilmiş, saptanan sorunların hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarla benzerlik ve farklılıkları incelenmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, önemli bir tıp etiği sorunsalı olan gebeliğin sonlandırılması hakkında sürdürülen tartışmalarda, temellendirmelere gerekçe olabilecek önemli bilgiler elde edilmiştir.

Tezin yazarı tarafından bu bölümdeki tartışmalar yürütülürken ve saptamalarda bulunulurken her katılımcının kendi değersel dünyalarında yaşadıklarını nasıl anlamlandırdığı üzerinde odaklanılmıştır.

Konuyla ilgili yapılan alan çalışmalarında gebeliğin devamı veya sonlandırılması kararıyla ilgili planlanacak araştırmaların niteliksel yaklaşımlarla yapılması önerilmektedir. Chae ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı araştırmada on dört ülkenin nüfus ve üreme sağlığı verilerine göre, kadınların gebeliği sonlandırma kararlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır (93). Kadınların gebeliği sonlandırma kararlarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterebildiği gibi, bir ülkenin farklı coğrafi bölgeleri arasında, hatta bir ülkenin aynı şehrinin kırsal ve kentsel bölgelerinde dahi farklı olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik nedenler, yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gelecekle ilgili kaygılar, gebeliğin planlı olmaması, gebeliğin kadının sağlığını tehdit etmesi ve fetal anomalilerin varlığı gibi olguların, sonlandırma kararında etkili faktörler olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın, kadınların gebeliği sonlandırma nedenlerini tam olarak yansıtmak yerine, katılımcılara uygulanan anketlerdeki cevapların sınıflandırıldığı tanımlayıcı bir çalışma olduğu bildirilmiştir. Sadece anketlerde

belirtilen birincil nedene odaklanmanın, gebeliği sonlandırma kararları hakkında yanıtıcı veya açıklama gücü kısıtlı sonuçlara yol açabilecek olması nedeniyle; gelecek araştırmaların, kadınların konu hakkındaki kararlarının kapsamlı değerlendirildiği niteliksel yaklaşımlarla yapılması gerektiği belirtilmiştir. Kadınların kararlarını belirleyen faktörlerin sayısal çoğunluğunun değerlendirildiği anket çalışmaları yerine, bu faktörlerin kişilerin değersel dünyalarındaki anlamlarının incelendiği çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Hoggart ise çalışmasında, gebeliğin sonlandırılması veya devamı hakkında karar verme sürecinin, “kişilik ve ahlaki özelliklerin iç içe geçmesiyle karakterize edildiği, bu nedenle de en iyi şekilde ahlaki görecelik üzerine çizim yapılarak anlaşılabilirliğini” vurgulamıştır (94).

Bu iki araştırmacının önerileri kapsamında araştırmamızın konuyla ilgili önemli ve özgün bir çalışma olduğu değerlendirilmiştir. Çünkü araştırmamızda gebeliği sonlandırma veya devam kararı veren katılımcıların, karar verme sürecini nasıl yorumladıkları, durumla başetme yolları, kararlarında temel aldıkları düşünceleri nasıl açıkladıkları gibi konuyla ilgili tüm söylemleri kendi değersel dünyalarında incelenmeye çalışılmıştır.

4.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden 25 kadından, 11’i gebeliği devam ettirme kararı verirken 14’ü ise gebeliğin sonlandırılmasını tercih etmiştir.

Gebeliği devam ettirme kararı verenler, genellikle çekirdek aile yapısı içinde yaşayan, 30 yaş üstü, ilköğretim mezunu, kronik hastalığı olmayan, ev hanımı ve yaşayan en çok bir çocuğu olan kadınlardır.

Gebeliği sonlandırma kararı verenler, genellikle çekirdek aile yapısı içinde yaşayan, 30 yaş üstü, üniversite mezunu, kronik hastalığı olmayan, hemşire, yaşayan en az bir çocuğu olan kadınlardır.

Çalışmamıza alınan katılımcılardan gebeliği devam ettirme kararı verenlerin çoğu ilköğretim, gebeliği sonlandırma kararı verenlerin çoğu ise üniversite mezunudur. Akan’ın 2016 yılında yaptığı çalışmasında, gebelik sonlandırması uygulanan kadınların çoğunlukla üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (95). Ribera ve Perez’in araştırmalarında, eğitim seviyesi yüksek kadınlarda gebeliği

sonlandırma kararının daha fazla olduğu bildirilmiştir (96). Ülkemizin 2013 yılı verilerine göre ise kadınların eğitim düzeyi artıkça, gebeliğin sonlandırılmasını tercih oranı da artmıştır (68). Verilecek kararın olası seçeneklerini daha iyi anlama ve muhakeme yapabilme ile kadının eğitim durumu arasında doğrudan ilişki olabilir. Ancak sadece eğitim durumunun, kararı doğrudan etkilediğini söylemek doğru olmayacaktır. Bu nedenle eğitim durumunun, diğer etmenlerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yaş, gebeliğin devamı ve sonlandırılması kararında önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda, katılımcıların çoğu 30 yaş üstüdür. Ülkemizin nüfus araştırmaları 1993-2013 verilerine göre; söz konusu 20 yıllık sürede gebeliğin sonlandırılması oranı azalmış olmasına rağmen; kadının yaşı arttıkça, daha fazla gebeliği sonlandırma kararı verildiği görülmüştür. Kadınlarda yaşla orantılı olarak başka çocuk sahibi olma isteğinin azaldığı, çocuk sahibi olma isteği yerine gebeliği sonlandırma eğiliminin ortaya çıktığı bildirilmiştir (68). Akan'ın gebeliğin sonlandırılmasını tercih eden 11 kadınla yaptığı niteliksel çalışmada, kadınların 30 yaş üstü olduğu bildirilmiştir (95). Demirci'nin çalışmada da gebeliği sonlandırma kararı veren kadınların yarısından fazlasının 30 yaş üstü olduğu belirlenmiştir (97).

Konuyla ilgili yapılan alan çalışmalarında ileri yaş gebeliklerde, fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırma kararı verenlerin daha fazla olduğu; verilen kararda, engelli çocuk bakımının ileri yaş nedeniyle daha da zor olacağı düşüncesinin etken olduğu belirlenmiştir (98,99). Çalışmamızda da, engelli çocuğu olan katılımcının yaşlandıkça çocuğunun bakımı ile ilgili yaşadığı kaygıyı ifade eden söylemlerinin, bu literatür bilgisini destekler nitelikte olduğu değerlendirilmiştir. Katılımcının konuyla ilgili ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Engelli bir çocukla yaşadığım için altı yıl onun her şeyini biliyorum. Bir de ne yediklerinden zevk alıyorlar... Ben onları üzmiyorum. Herşey saatinde... Ama onlara bir dakika ya da bir saniye versen derlerdi ki, böyle dünyaya gelmek istemezlerdi herhalde. Ben öyle düşünüyorum... Biz de yaşlanıyoruz, şimdi yapabiliyoruz... İlerde biz ne yapacağız. Biz de yaşlanıyoruz.” GD.16.05

Ülkemizde prenatal tarama testlerinin yaygın kullanımı sonucu, yapısal ve kromozomal anomalilerin önemli bir kısmı erken dönemde tespit edilebilmektedir. Fetal yapısal bozukluklara, özellikle santral sinir sistemi anomalilerine ise daha geç dönemde tanı konulabilmektedir (100).

Çalışmamızda, en erken 14. en geç 23. gebelik haftasında prenatal tanı konmuştur. Prenatal tanı olarak en fazla kromozomal anomaliler tespit edilmiştir. İsviçre’de Hamamy ve Dahoun’un yaptığı çalışmada, en fazla gebelik sonlandırmanın, kromozomal anomaliler nedeniyle yapıldığı bildirilmiştir (101). Altın’ın çalışmasında, en fazla santral sinir sistemi anomalileri ve kardiyovasküler sistem anomalileri (55); Olgun ve arkadaşlarının çalışmasında ise santral sinir sistemi anomalileri ile çoklu organ malformasyonları (102), en sık gebelik sonlandırma sebebi olarak tespit edilmiştir. Koyuncu ve Tamay’ın çalışmasında da en sık gebelik sonlandırma nedeni olarak yapısal malformasyonlar, kromozomal anomaliler, maternal sistemik hastalık, enfeksiyon ve teratojenler bildirilmiştir (103).

Ülkemizde bir sağlık kuruluşuna başvuran her gebe, gebeliği süresince en az dört kez muayene edilmekte, kontrol sayısı ve zamanları gebenin ve gebeliğin özelliklerine göre planlanmaktadır (58). Çalışmamızda yer alan katılımcılardan sadece biri, gebelik takibini 17. haftaya kadar yaptırmamıştır. Şikâyetleri nedeniyle hastaneye gittiğinde, uygulanan görüntüleme yöntemiyle prenatal tanı konmuştur. Anensefali tanısı konulan gebenin, planlı bir gebelik olmasına rağmen kontrollerini yaptırmadığı, gebelik öncesi ve sırasında fetüsün sinir sistemi gelişimini olumlu destekleyen folik asit kullanmadığı belirlenmiştir. Bu olgu, doğum öncesi bakım sürecinin ve danışmanlığın önemine işaret etmektedir.

4.2. KARAR VERME SÜRECİ

Karar verilecek konu, bazen basit ve kolay olabilirken bazen zor ve karmaşık olabilmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların tamamı gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında verecekleri kararı, zor bir karar olarak tanımlamışlardır. Gebelikten, sağlıklı bir çocuk beklentisine sahip olan katılımcılar, prenatal tanı sonrası beklentilerinin aksine bir durumla karşı karşıya kalmışlardır. Prenatal tanı sonrası, engelli bir çocuğa sahip olma/ölü doğum/anne karnında

fetüsün kaybı veya anomalili gebeliği sonlandırma seçeneklerinden birini tercih etme süreci başlamıştır.

Karar verilecek konuyla ilgili bilgi sahibi olma ve bilgilendirilmenin önemli olması kadar, Çavlin ve arkadaşlarına göre karar verici/vericilerin kişisel, sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıkları kişinin değerler evreninde etkili olarak rol oynamaktadır (104).

4.3. KARAR VERİCİLER VE KARARI ETKİLEYEN KİŞİLER

Karar verme sürecinde, karar vericilerin kim/kimler olduğu ve karara etkilerinin ne olduğu önemlidir. Bu nedenle gebeliğin devamı veya sonlandırılması kararında, kadının karar verici olup olmadığının değerlendirilmesi gereklidir.

Gebeliğin devamı ve sonlandırılması hakkındaki felsefi tartışmaların çoğunda, kadınla fetüs arasındaki ilişkinin temelinde yer alan soruna odaklanılmaktadır. Çalışmamız, kadına göre fetüsün öteki olup olmadığı, kadının kendi bedeni hakkında karar verme hakkı, kadının üreme hakkı, fetüsün yaşam hakkı gibi tartışmaların ötesinde, önemli bir sorunun daha ortaya çıktığını göstermektedir. Bu sorun, kadının fetüs ile ilişkisinde karar verici olmama ve özerkliğini yaşayamama durumudur. Eğer kadının karar verme sürecinden bahsediyorsak kadını karar verici olarak kabul etmeliyiz. Ancak ekonomik bağımlılık ve kültürel etmenler kadını, eşine, ailesine ve yaşadığı topluma bağımlı ve savunmasız hâle getirmektedir. Kadın, bu bağımlılığın tanıdığı sınırlar çerçevesinde özerkliğini yaşayabilmektedir (105). Cinsiyet ve güç eşitsizlikleri kapsamında, kadının özerkliği korunmadığı ve geliştirilmediği takdirde; kadın, karar verme sürecinde karar veren olmamaktadır.

Araştırmalara göre kadın geleneksel toplumlarda, gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verici değilken modern toplumlarda karar verici konumdadır (90). Genellikle kadının karar verici olmadığı geleneksel toplumlarda, modern toplumlara göre daha fazla gebeliği devam ettirme kararı verilmektedir (106,107).

Edelsburgand Shahbari'nin makalesinde, İsrail'deki Müslüman Arap kadınların %35'inin, fetüste anomali olsa bile gebeliği sona erdirmeyi düşünmediği bildirilmiştir. Sosyokültürel ve demografik farklılıkların kararı etkilemediği,

çoğunlukla inanç sistemlerinin ve eşin konu hakkındaki görüşünün belirleyici olduğu belirtilmiştir (91). Ülkemizde ise TNSA 2013 verilerine göre kadınların %40'ı gebeliği sonlandırma kararını eşleriyle verdiklerini, %17'si kendilerinin karar verdiğini, %3'ü kararı eşinin verdiğini, %37'si ise hekim önerisiyle gebeliğin sonlandırıldığını bildirmişlerdir (68).

Ülkemizde yapılan ve aile içi karar verme sürecinde kadının rolünü belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, eşlerin birlikte karar verme oranının %42,8; kadınların tek başına karar verme oranlarının %27,3; erkeklerin karar verme oranlarının ise %22 olduğu belirlenmiştir. Aile içinde kadınların tek başına karar verme oranı yüksek gibi görünse de bu kararların daha az önemli konularda, erkeklerin tek başına verdiği kararların ise daha önemli konularda olduğu bildirilmiştir (108).

Kadını ikinci plana atan toplumsal rollere ve hiyerarşiye karşı, kadınların da erkeklerle eşit haklardan yararlanmasını sağlayacak düzenlemeleri kapsayan “Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi”, toplum içinde daha korunmasız ve zayıf durumdaki kadını, hukuken desteklemeyi amaçlamaktadır (109). Ülkemizin 1985 yılında imzalayarak taraf olduğu bu belgeye göre kadın, çocuk sahibi olmayı seçme konusunda erkeklerle eşit konumdadır. Çalışmamızda da kadınların eşlerini ve kendilerini karar verici olarak kabul ettikleri, eşinin tavrının kararı etkilediği sonucuna varılmıştır. Hatta kadınlar, bebeğe sahip olmaya eşleriyle karar verdiklerini belirtmiş, bu nedenle doğum öncesi sürecinde tüm aşamalarında (muayene, girişimsel prenatal tetkiklerin uygulanması sırasında vb.) eşlerinin yanlarında olabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasını istemişlerdir.

Karar vericiler, karar verilecek konunun önemi ve hassasiyeti nedeniyle yaşayan diğer çocuklarından ve yakın buldukları kişilerden görüş alabilirler. Çalışmamızda, kadınların karar verme sürecinde yaşayan çocukları, anne, baba, akraba, arkadaş ve din görevlilerinden görüş aldıkları tespit edilmiştir. Alınan görüşler, katılımcıların kararlarını destekler nitelikteyse kendilerini iyi hissettikleri, aksi durumda ise kendilerini kötü hissettikleri saptanmıştır. Özçelik'in çalışmasında da gebeliği sonlandıran kadınların, çoğunlukla din görevlilerinden ve arkadaşlarından görüş aldığı belirlenmiştir (71). Leung ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada, sosyal çevrenin gebeliğin sonlandırılması yönünde bir etken olduğu bildirilmiştir (110).

Çalışmamızdaki iki katılımcı, kararın hekimler tarafından verilmesinin rahatlatıcı olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, fetüsün potansiyel yaşamının değeriyle ilgili yaşanan etik ikilemde, karar verme yükünü ve sorumluluğunu paylaşmanın tercih edilebilir olduğunu göstermiştir.

“(…) Bazısı direkt alacağız dedi. Tercih bırakıyor gibi değiller aslında. Belki de onların alınması lazım demesi, aldırma isteyenler için rahatlatıcı oluyor.” GS.16.03

“Aslında gebeliğin sonlandırılma kararı bize bırakılmadı... Bize bırakılmaması iyi hissettirdi.” GS.16.01

Ülkemizde kadınların %37'si hekim önerisiyle gebeliği sonlandırdıklarını bildirmişlerdir (68). Konuyla ilgili alan çalışmaları, prenataloji danışmanlığı sırasındaki yönlendiriciliğin kişilerin kararını etkilediğini göstermiştir. Eldahdah ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin konuyla ilgili görüşlerinin ve bunu ifade ediş şekillerinin karar verme sürecinde etkili olduğu bildirilmiştir (88). Okuyaz'ın çalışmasında gebeliğin sonlandırılması kararı hakkında hekimlerle yapılan niteliksel bir çalışmada, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının, çocuk hastalıkları uzmanlarına göre ailenin kararını daha çok önceliklendikleri; bununla birlikte hekimlerin yarısından fazlasının yönlendirici olma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (92). Altın'ın çalışmasında da hekimlerin ifadeleri, kararı etkileyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (55).

Bahsi geçen çalışmalarda da görüldüğü üzere; hekim, kadının karar vermesi gerektiği hassas bir konuda, çok etkili ve benzersiz bir konumda bulunmaktadır (111). Ancak kadının özerkliğini korumak açısından, danışmanlığı sırasında karar verici olmaması önemlidir. Çalışmamızda, katılımcılardan birinin aşağıdaki ifadesi bu görüşü destekler niteliktedir.

“(…) Aldırmanız gerekli diyen doktor bizi çok üzmüştü. Biz, onlardan sadece bilmediğimiz bilgileri söylemelerini istedik. Kararımızı, düşüncelerimizi bile bilmeden bize çocuğu aldırın dememeliydi...” GD.16.06

Katılımcının bu ifadesi, karşılıklı katılıma dayalı hekim hasta ilişkisinin etik açıdan önemini göstermiştir. Yalım'a göre, hekim hasta ilişkisinin karşılıklı katılıma dayalı ilişkiye evrimleşmesinin en önemli nedeni, güven dayanağının değişime uğramasıdır. Artık hastalar; "Onun kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasından çok (Hipokratik güven ögesi), en iyi olanı seçmesi için gereksindiği bilgiyi kendisine sağlayacağına (aydınlatılmış onama dayalı güven ögesi) inandıkları hekime güven duymaktadırlar." (112).

Bu nedenle çalışmamızda, hekimlerin gebeliğin sonlandırılması gibi hassas bir konuda karşılıklı katılıma dayalı ilişkiye dikkat etmesinin, etik açıdan önemli olduğu değerlendirilmiştir.

4.4. KARARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması hakkında karar verme sürecinde, gebeliğin planlı olup olmadığı kararı belirleyen önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilmiştir. Konuyla ilgili alan çalışmaları, planlı olmayan gebeliklerde, daha fazla gebeliği sonlandırma kararının alındığını göstermektedir (93,96,97,113,114).

Özellikle Frederico ve arkadaşlarının, genç yaştaki kadınlarla yaptığı çalışmasında, anne olma isteğinin gebeliği sonlandırma kararını belirleyen en önemli kişisel faktör olduğunu bildirilmiştir (105). Mohommad ve arkadaşları ise çalışmasında, planlı olmayan gebeliğin kabullenilmesi yanında, gebeliğin devamı hakkında karar verme sürecinin ve seçilen eylemin uygulanmasının oldukça zor bir durum olduğunu vurgulamıştır (115).

Çalışmamızda, planlı olmayan beş gebelikten sadece üçü sonlandırma kararı vermiştir. Bu bulgu, aynı koşullardaki kişilerin farklı kararlar verirken temel aldıkları düşünce ve değerlerin neler olduğu hakkında merak uyandırmaktadır. Çalışmamızın tartışma bölümünün ileriki safhalarında bu meraka yönelik cevaplar aranmaya çalışılmıştır.

Gebeliği devam ettirme veya sonlandırma kararında, yaşayan çocuk sayısı da önemli bir belirteçdir. Yapılan araştırmalara göre, yaşayan çocuk sayısıyla gebeliğin sonlandırılması arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (95,97,116,117). Yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebeliğin sonlandırılması da

artmaktadır (68). Çalışmamızda, gebelik sonlandırma kararı veren katılımcıların diğerlerine göre daha fazla sayıda yaşayan çocuğu vardır.

Karar verilecek konuyla ilgili deneyim sahibi olmak, karar verme sürecinde önemli bir faktördür. Schechtman ve arkadaşları çalışmasında, anomalili fetüs öyküsüne sahip kadınların, gebeliği sonlandırma eğilimlerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir (99). Çalışmamızda da hemşire olan katılımcılar, benzer deneyimi yaşayan kişilerin neler yaşadıkları bilgisine sahip olduklarını, genellikle benzer ifadelerle belirtmiş ve çoğu sonlandırma kararı vermişlerdir.

“(...) Zaten bilmek kadar kötü bir şey yok. Sağlıkçısınız. Neyin bizi beklediğini biliyorsunuz...” GS.16.03

“(...) Sağlıkçı olmak, yaşayacaklarımızı bilmek, bizi iyi hissettirdi. Çünkü kararımızı verirken zorlanmadık. Zor olan, bebeğin hasta olduğundan emin oluncaya kadar geçen zamandı. Hastalık kesin denilince kararımızı vermekte zorlanmadık. Çünkü ben bu durumu yaşayan ailelerin yaşadığı, bebeklerin yaşadığı sıkıntılara yakından tanık olduğum için biliyordum.” GS.17.03

Konuyla ilgili çalışmalar genellikle gebeliğin devamı ve sonlandırılması kararında sosyokültürel, ekonomik ve inanç sistemlerinin etkili olduğunu gösterirken (55,118) çalışmamız kadın fetüs arasındaki duygusal bağın ve kadının fetüse verdiği değer de verilecek kararda etkili olduğunu göstermiştir. Muller; bu olguyu “Maternal-fetal bağlanma, anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegâne ilişkidir.” şeklinde tanımlamıştır (51). Yapılan çalışmalara göre, anne bebek arasındaki duygusal bağlanma, prenatal dönemde gelişmektedir (119,120,121). Çalışmamızda da katılımcılardan biri, fetüse duygusal olarak daha fazla bağlanmamak için genetik tetkikin sonucunu beklemeden sonlandırma kararını verdiğini ifade etmiştir. Katılımcının ifadesi şu şekildedir:

“(...) Dr. genetik tarama sonucu bekleyelim dedi. Üç hafta bekleseydim 16-17 haftalık olacaktı. Duygusal olarak daha fazla bağlanacaktım.” GS.16.01

Çalışmamızda, kadınların bazıları karar verirken fetüs ile empati kurduklarını, onun engelli bir yaşamı, doğum sonrası sağlığı için gerekli olan

ameliyatları isteyip istemeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Fetüse değer atfeden katılımcılardan bazıları fetüs sağlıklıyken istedikleri gebeliği, anomali tanısı sonrası istememeyi ahlaki bulmadıklarını dile getirmişlerdir. Katılımcılar bu söylemleriyle, intrauterin yaşamdaki fetüse ahlaki bir statü verdiklerini ve kendi istemelerini de ahlaki açıdan değerlendirerek karar vermeye çalıştıklarını ortaya koymaktadırlar. Ayrıca bu söylem, kadınların karar verirken fetüsü, kendilerinden daha fazla öncelikle biçiminde de okunabilir. Kadınların bu yaklaşımları McDonagh'ın çalışmasında fedakârlık modeli ile açıklanmaktadır. “Fedakarlık modeli annelik” olarak tanımlanan bu modelde, fetüsün yaşama hakkı karşısında annenin üreme, kariyer planlama vb. hakları ikincil öneme sahiptir ve gebeliğin sonlandırılması vicdani bir konu olarak kabul edilmektedir (122). “Öz savunma modeli annelik” olarak tanımlanan karşıt modelde ise anneliğin devletin yönetim alanında olmadığı, devletin kadının üreme tercihine müdahale edemeyeceği ve kadının bedeni üzerindeki haklarının, üreme hakkının, geleceği planlama vb. haklarının öncelikli olduğu savunulmaktadır.

Karar verme sürecinde kişinin karar vereceği konu hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olması önemlidir. Altın'ın niceliksel çalışmasında, anomaliyi anlama derecesiyle gebeliği sonlandırma seçeneğini kabul edip etmeme durumu arasındaki değerlendirmede, anomaliyi anlama oranı arttıkça sonlandırmayı kabul edenlerin sayısının da arttığı tespit edilmiştir (55). Yine Schechtman ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada da gebeliği sonlandırmayı kabul etmeyenlerde bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir (99). Çalışmamızda kadınların gebelik takibi yapan hekimlerden prenatal tanı ile ilgili bilgi almalarının yanında, daha ayrıntılı olarak anomalinin ne olduğu ve tedavisi hakkında bilgiye ulaşma çabaları olmuştur. Çoğunlukla katılımcıların internet aracılığıyla konuyu araştırarak, güvendikleri hekimlere danışarak, tavsiye edilen hekimlere giderek, ileri ve pahalı prenatal tanı testleri yaptırarak, tanıyı anlama çabaları olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yine aynı kaynaklardan anomalinin tedavisi ve anomalili hayatın nasıl olacağı hakkında bilgiye ulaşmaya çalıştıkları görülmüştür. Bu çabaların sonucunda katılımcılar, kendilerine yöneltilen; “Size söylenen tıbbi tanı hakkında neler biliyorsunuz/biliyordunuz?” sorusuna ayrıntılı cevaplar vermişlerdir. Katılımcıların

aşağıda yer alan ifadelerinden karar verme sürecinde anomali ve tedavisi hakkında kapsamlı bilgiye ulaştıkları değerlendirilmiştir.

“(…) Beyni yok, kafatası yok. Özeldeki bayan doktor beynin yarısı oluşmuş dedi. O zaman nasıl yaşıyor diye düşündüm. Benden besleniyormuş. Bana bağlı olan kordonla yaşıyormuş. Bebeğimin beyni yok, kafatası yok. Karnımda da ölebilir, doğunca da ölebilir. Sonuçta ölecek.” GD.16.01

“(…) Eşimle her gün internette çalışma yapar gibi konuyu araştırdık. 17. kromozomda genetik materyal birikimi kalple ilgili rahatsızlıklara neden olacağını öğrendik.” GD.16.03

“(…) Bebek doğsa bile yaşama şansı oldukça zor. Kalbinde delik var. El ve ayaklarında şekil bozuklukları var. Ağzında şekil bozukluğu var. Doğduğunda yeme ve solunum gücünü yaşayabilir.” GD.16.08

“(…) İlk defa duyduğum bir tanı idi. Sonradan araştırdığıma göre hayatla çok bağdaşmayacak bir rahatsızlık olduğunu öğrendim. Kafatası ve yüzde şekil bozuklukları, eller ve ayak parmakları yapışık, zeka geriliği olabilir. Kas ve iskelet sisteminde rahatsızlıklar, görmede rahatsızlıklar, kalpte rahatsızlıklar olabilir.” GS.16.04

Prenatal testlerin toplum üzerindeki etkilerini değerlendiren bir çalışmada; bu testlerin anomali tanısı sonrası gebeliği devam ettirme kararı veren aileyi engelli bir çocuğun doğumuna ve doğumdan sonraki sürece hazırlayacağı bildirilmiştir (123). Çalışmamızda da kadınların bazılarının gebeliği devam ettirme kararı vermelerine rağmen, neden ileri ve ücretli prenatal tanı yöntemlerini yaptırdukları sorgulandığında, kendilerini neyin beklediğini bilmek istedikleri ve kendilerini bekleyen sürece hazır olmak için yaptırduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, karar verilecek konuyla ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olmanın önemini tekrar göstermiştir. Bu bulguyu destekleyen katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“(…) Yine benim o çocuğun öyle olduğunu öğrenmem, ona göre kendimi hazırlama, kabullenme durumum oldu.” GD.16.07

4.5. BİLGİLENDİRME VE KARAR VERME SÜRESİ

Çalışmamızda, kişilerin önemli ve hassas konularda karar verebilmesi için bilgilendirmenin ve bilgi içeriğinin önemli olduğu değerlendirilmiştir. ABD, Danimarka, Finlandiya, Çek Cumhuriyeti, Ermenistan, Fransa, İzlanda, İspanya ve İsviçre gibi ülkelerde kadını bilgilendirme zorunluluğu mevcut olup bilgilendirme içeriği ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin; ABD’de bilgilendirme içeriğinde; meme kanseriyle gebelik sonlandırma arasında ilişki olduğu, işlem anında fetüsün acı duyabileceği, işlemin kadının ruhsal sağlığını uzun süreli olumsuz olarak etkileyebileceği gibi bilgiler bulunmaktadır (74).

Ülkemizde gebeliği sonlandırma hakkında sadece sağlık çalışanlarına yönelik “Düşük Yönetim Rehberi” isimli bir rehber mevcuttur. Rehberin içeriğinde sağlık profesyonelinin gebelik sonlandırılması sürecini nasıl yöneteceğine ilişkin bilgiler bulunmaktadır (124). Kadını bilgilendirmeye yönelik standart bir rehber yoktur. Gebeliğin sonlandırılması hakkında kadına ve eşine kurul tarafından yapılan bilgilendirmenin içeriği, genellikle görüşme süresiyle sınırlı olmaktadır. Sürenin uzun ve kısa olması, kurulun iş yoğunluğuna göre değişebilmektedir.

Okuyaz’ın hekimlerle ilgili yaptığı çalışmasında, anomali saptanması halinde, aileye yeterli bilgi sağlanmasının önemine vurgu yapılmıştır (92). Ancak bu bilgilendirmenin içeriği, kapsamı ve süresinin ne olması gerektiği hakkında hekimlerden görüş alınmamıştır.

Hassas ve önemli konularda karar vermek için belli bir süre ayrılması, kararın yeniden değerlendirilmesi ve muhakeme edilmesi açısından önemlidir. Bazı ülkelerde gebeliğin sonlandırılması hakkında karar vermek için yasal bir süre tanımlanmıştır. Hekimin bilgilendirmesi sonrası ve sonlandırma işleminden önce yasal bekleme süresi; Almanya, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde 3 gün, Hollanda ve Belçika’da 6 gün, İtalya’da 7 gün, ABD’de ise 24 saattir (74). Ülkemizde ise gebeliğinin sonlandırılması hakkında bilgilendirme yapılan kadının karar vermesi için bir bekleme süresi zorunluluğu yoktur (124). Çalışmamızda da bu sürenin önemi, bir katılımcı tarafından şu şekilde dile getirilmiştir:

“(…) ‘Eğer bebek alınmazsa anneyi kaybederiz.’ dedi. Öğleye doğru bunu söyledi; ‘Çabuk karar verin’ dedi. Öğleden sonra ise kararımızı vermemiz gerektiğini söyledi. Zaman tanınmadı. Belki bu bebekten

sonra bir daha bebeğim olmayacak. Belki de bize bir cezası oldu bu bebeği aldırduğumuz için.” GS.17.01

Katılımcı, gebeliğin sonlandırılması kararı vermiştir. Gebelik sonlandırıldıktan bir yıl sonra rahim kanseri olmuştur. Kanser tedavisi için rahim tahliyesi yapılmıştır. Kadının tekrar gebe kalma durumu ortadan kalkmıştır. Bu nedenle verdiği gebelik sonlandırma kararı sonucunda cezalandırıldığını düşünmektedir. Katılımcının hızlı kararı sonucu gerçekleşen eylem nedeniyle cezalandırıldığı düşünmesinin temelinde inanç sistemi vardır. Bu olgu, kişilerin pişmanlık ve suçluluk duymamaları veya bu duyguların en aza indirilmesi için verdikleri karardan emin olmaları gerektiğini göstermiştir. Çünkü verilecek kararın değersel ve duygusal yükünün fazla olması tüm yaşamı etkileyecek kadar önemlidir. Bu nedenle çalışmamızda, Almanya örneğinde olduğu gibi karar verme sürecinde kişilerin danışmanlık hizmeti almasının yasal olarak zorunlu hâle getirilmesinin önemli olduğunu vurgulamak isteriz. Almanya’da bu süreçte olan kişilerin tercihlerinin uygulanmasından önce en az üç günlük danışmanlık hizmeti aldığını sağlık kuruluşuna belgelemesi istenmektedir. Danışmanlık hizmeti özel kuruluşlar tarafından sağlanmakta ve ücretsiz olarak verilmektedir. Danışmanlık hizmeti tanıtımı için hazırlanan broşürde gebelik sonlandırması hakkında ayrıntı bilgilerin yanısıra kişilerin karar tercihlerine yönelik devlet tarafından sağlanan olanaklar, yasal durumlar kapsamlı olarak yer almaktadır (125).

Kadınların verecekleri kararda hangi bilgiyi temel aldıkları da önemlidir. Örneğin; inanç sistemleri, gebeliğin sonlandırılması kararında doğrudan veya dolaylı olarak rehberlik sunmaktadır (126). Çalışmamızda, gebeliği devam ettirme kararı verenler genellikle inanç sisteminin, gebeliği sonlandırma kararı verenler ise bilimsel bilginin kararlarında etkili olduğunu dile getirmişlerdir.

4.6. GEBELİĞİ DEVAM ETTİRME KARARI VERENLER

Çalışmamızda, gebeliği sonlandırmayı tercih etmeyen kadınların kararlarında, inanç sisteminin, yaşam algısının ve kültürel etmenlerin etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların, inanç sistemi kaynaklı olarak yaratıcı inancı, yaratıcının isteğine boyun eğme ve günah işlememe nedenleriyle gebeliği sonlandırmayı tercih etmedikleri belirlenmiştir. Altın'ın çalışmasında, gebeliğin devamına karar vermede etkili olan faktörlere bakıldığında birinci sırada inanç faktörü (%77) yer almış olup çalışma grubundaki kişilerin tamamı yaratıcı varlığına inandığını belirtmişlerdir (55). Terzioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlar karar verme sürecinde en fazla günah işleme düşüncesinin etkili olduğunu ifade etmişlerdir (127). Konuyla ilgili alan çalışmalarında da benzer şekilde dinin karar vermede önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (128,104, 129).

Çalışmamızda, gebeliği sonlandırmayı tercih etmeyen katılımcılar, yaşamı değerli bulduklarını, yaşamın anne karnında başladığını ve yaşamın amacının (inanç sisteminin etkisiyle) sınav olduğunu düşündüklerini dile getirmişlerdir. Katılımcıların bu söylemlerinden, intrauterin dönemde yaşamın başladığını ve bu dönemdeki varoluş olan fetüsü sağlıklı bir çocuk, hatta yetişkin bir insanla aynı ahlaki değerde kabul ettikleri anlaşılmıştır. İnanç sistemleri gereği, yaşamı sonlandırmanın büyük bir günah olduğunu düşündükleri ve cezalandırılmak istemedikleri için gebeliği sonlandırmayı tercih etmedikleri değerlendirilmiştir. Katılımcılardan bazıları bebeğin doğmadan anne karnında ölmesi için dua ettiklerini ifade etmişlerdir. Engelli bir bebeğe sahip olmak istemeyen bu katılımcılar gebeliği sonlandırmayı tercih etmemişlerdir. Katılımcıların düşüncelerinin temelinde, isteklerinden daha önplanda, inanç sisteminin etkili olduğu değerlendirilmiştir.

Gebelik sonlandırılmasına karşıt söylemler genellikle inanç sistemleriyle temellendirilmektedir. Çavlin'in çalışmasında katılımcılar “kaderim” diyerek kabul ettikleri durumu “günah olur” şeklinde açıklayarak sonlandırmamayı tercih ettikleri bildirilmiştir (104).

Çalışmamızda gebeliği sonlandırmayı tercih etmeyen katılımcıların bazıları kendilerinin ve sağlıklı çocuklarının da engelli adayı olduğunu, bu nedenle doğacak fetüsü engelli olacak diye istememeyi ahlaki olarak doğru bulmadıklarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların bu söylemlerinde kendileri ve yaşayan sağlıklı çocukları ile aynı ahlaki statüyü fetüse de atfettikleri belirlenmiştir.

4.7. GEBELİĞİ SONLANDIRMA KARARI VERENLER

Gebeliği sonlandırma kararı veren kadınların kararlarında bilimsel tanının kesin olmasının, anomalili hayatın zorluklarının, sürekli gerekli olacak tedavi/bakım ihtiyacının ve hastane sürecinin yol açacağı sıkıntıların etkili olduğu tespit edilmiştir. Altın'ın çalışmasında, bebeğin yaşamı boyunca çekeceği sağlık sorunlarının düşünülmesinin kararı etkilediği bildirilmiştir (55). Çalışmamızda da anomalinin türüne göre değişecek olan doğumdan sonraki bakım ve tedavi süreci, kadınların üzerinde düşündükleri temel sorunlardan biri olmuştur. Katılımcılardan birinin deneyimlerini temel alarak ifade ettiği şu cümleler, bu sürecin zorluğunu dile getirmiştir:

“(…) Engelli bir çocukla yaşadığım için altı yıldır onun her şeyini biliyorum. Bir de ne yediklerinden zevk alıyor ne susadıklarını söyleyebiliyorlar. İşte ot gibi yaşıyorlar derler ya! Onu üzmiyorum. Her şey saatinde. Bezleri pis. Onunla yaşıyor, yalnız bırakmıyorum. Onsuz bir yerim eksik gibi. Gerçi o ve onun gibilerin böyle de yaşamalarını istemezdim. Onlara bir dakika ya da bir saniye versen derlerdi ki; böyle dünyaya gelmek istemezlerdi herhâlde. Ben, öyle düşünüyorum. O yüzden arkadaşlarıma diyorum ki yani söyledikleri an sonlandırın; bile bile lades yapmayın. Yok günahmış, yok şuymuş, yok buymuş... Biz de yaşlanıyoruz, şimdi yapabiliyoruz ama ilerde ne yapacağız?” GD.16.05

Katılımcı, deneyimlerinin sonucu engelli çocuğun bakım ve tedavi sürecinin zor olmasını ve çocuklarının yaşam kalitesini temel alarak gebelik sonlandırılmasını önermiştir. Konuyla ilgili alan çalışmalarında da, yaşam kalitesi temel alınarak, doğumdan sonra yaşamla bağdaşmayan gebeliklerin sonlandırılması savunulmaktadır (130,131). Ancak bu söylemler, yaşamın değerli olduğu hangi koşulda olursa olsun sonlandırılmaması gerektiği görüşünü temel alan söylemlerle karşıtlık bulmaktadır (131).

Çalışmamızda, bilimsel bilgiyi temel alarak karar verdikleri belirlenen katılımcılardan bazıları, kendileri yapmasa bile doğanın fetüsün yaşamını mutlaka sonlandıracağını düşündükleri için kendi sağlıklarını riske atarak gebeliği devam ettirmeyi istemediklerini dile getirmişlerdir. Fetüse ahlaki bir statü atfetmeyen bu

katılımcıların kendi sağlıklarını öncelikledikleri düşünölmüştür. Katılımcıların bu görüşleri, kadının kendi bedeni üzerindeki karar verme hakkı temelinde yürütölen tartışmalarla haklı çıkarılmaktadır. Özellikle feminist biyoetikçiler, kadının kendi bedeni ve geleceğiyle ilgili karar verme hakkını savunmaktadırlar. Yine konuyla ilgili benzer çalışmalarda da kadının fetüse karşı korunduğu görölmektedir (69,132,133). Ancak bu tartışmaların karşı tarafında, intaruterin yaşamdaki fetüsün değeri ve yaşam hakkı üzerinden yapılan düşünsel temellendirmeler bulunmaktadır (76,134-137).

Gebeliği sonlandırma kararı veren katılımcıların bazılarının kararında, kültürel etmenlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Bu katılımcıların, kararlarda özne pozisyonunda olduğu ve eşin verilen kararı desteklediği bir aile yapısına sahip bulunduğu değerlendirilmiştir. Konuyla ilgili alan çalışmalarında, asıl karar verici pozisyonu benimsese bile kadınların, eşleriyle birlikte karar verdikleri belirlenmiştir (55,71,95,127).

Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında, gebelerin bebeklerini kaybedecekleri veya bebeğin anomalili olacağı düşünöncesi nedeniyle korku yaşadıkları bildirilmiştir (138). Prenatal tanı sonrası ise saptanan anomalinin çeşidine göre farklı düzeyde psikolojik travma yaşandığı tespit edilmiştir (139-141). Çalışmamızda da katılımcılar, sağlıklı çocuk beklentisindeyken fetüse anomali tanısı konması, gebeliği sonlandırmanın önerilmesi ve karar verme sürecini zor bir deneyim olarak tanımlamışlardır. Bu zor süreç, kadınların olumsuz duygular yaşamasına neden olmuştur. Katılımcılar, verecekleri kararın duygusal yükünün fazla olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların bir tarafta annelik duygusu, diğer tarafta yaşanacak kayıp duygusuyla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir.

Kadınlar genellikle karar verme süresince stres, şok ve yıpranma yaşadıklarını; şaşkınlık, korku, panik, üzüntü, endişe, çaresizlik ve acı duygusu hissettiklerini, bu hisler nedeniyle sürekli ağladıklarını ifade etmişlerdir. Bu duygusal yükü hafifletmek için başetme yolları kullandıkları saptanmıştır. Gebeliği sonlandırma kararı verenler, genellikle süreci düşünmeyerek sorundan uzak durmayı tercih etmişlerdir. Gebeliği devam ettirme kararı verenlerin ise genellikle savunma mekanizmalarını (kabullenme, kaderci yaklaşma, rasyonalizasyon) ve manevi telkin yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Bu telkin yöntemlerinde

en fazla dua etmeyi, türbe ziyareti yapmayı ve isyankâr olmamayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Işıkhan'ın çalışmasında ise anomalinin ilk öğrenildiği zaman kişilerin inkâr, şok, suçluluk, endişe, hayal kırıklığı yaşadığı, yaşanan duygulara ve tepkilere göre baş etme yolları aradığı bildirilmiştir (142). Akan'ın çalışmasında da, anomali tanısını ilk öğrendiklerinde kadınların hissettiği duyguların benzer olduğu, sonlandırma kararı sonrası bebeğin kaybı nedeniyle kadının yas süreci içine girdiği belirtilmiş, bu nedenle psikososyal olarak desteklenmesi önerilmiştir (95).

Kadınlar, oldukça zor olan bu karar verme sürecinde, bilgilendirme kusuru, hekimin olumsuz davranış ve konuşmaları, hastane kuralları, toplumun kararı eleştirici yorumları, kişisel yoksunluklar gibi nedenlerle kendilerini daha da kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir. Işık'ın çalışmasında belirttiği, gebelik sürecinde bilgilendirmenin önemi ve bilgilendirme sırasında hekimin iletişim şekli ve davranışlarının belirleyici olduğu bulgusu, çalışmamızdaki şu ifadelerle desteklenmektedir (57).

“(…) Mesela doğum yaptım ben. Ertesi gün doğum doktorum bana dedi ki; hep derler ya lohusa kadına her şey söylenmez bir ayağı şeydedir derler. “Kezban işte bel bağlama ona sen. O çocuk ölecek.” Düşünün lohusa olan bir anneye söylenen bir laf doktor tarafından yani Begüm'den için. Begüm ölecek ona bel bağlama...” GD.16.05

“(…) Kötü ve zayıf hissettiren, hekimlerin sen anlamazsın diye bir şey söylememeleri ve kötü davranmaları, terslemeleriydi.” GD.16.01

Çalışmamızda katılımcıların, hekimlerden daha insancıl yaklaşım, mesleki sorumluluk ve mesleki davranış kurallarına dikkat etmelerini bekledikleri belirlenmiştir. Özellikle hekimlerin gebeliği sonlandırma kararı veren kadınların hissettiklerine önem verdiklerini gösteren davranış ve yaklaşımlarda bulunmasının da önemli olduğu değerlendirilmiştir. Akan'ın çalışmasında kadınlar, sağlık personelinin empatik yaklaşım, anlayış, güleryüz, işinde iyi olma gibi beklentilerini sıklıkla dile getirmişlerdir (95). Altın'ın çalışmasında da kadınların, hekimlerden iyi iletişim ve yeterli zaman bekledikleri belirlenmiştir (55). Hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle hastaların söz konusu beklentilerine cevap veremediklerini gösteren çalışmalar da vardır (143,144). Ancak hangi koşulda

olursa olsun mesleki değerleri koruyan eylemlerde bulunulmasının önemli olmasından dolayı, sağlık personelinin hizmetiçi etik eğitimlerinin ve etik danışmanlığın gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda, hastaneyle ilgili olarak, çoğunlukla muayene veya uygulamaya eşin katılamaması ve hastanede sağlıklı doğum yapacak kadınla, fetüste anomali tespit edilmiş ve sonlandırma önerilen kadının bekleme odalarının aynı olması gibi nedenlerle kadınların kendilerini kötü/zayıf hissettikleri değerlendirilmiştir. Akan'ın çalışmasında, bazı kadınlar odalarının doğum katında olması nedeniyle sağlıklı bebek seslerini duyduklarını ve üzüldüklerini belirtmişlerdir (95). Özellikle Avrupa ülkelerinde, gebeliğin sonlandırılması söz konusu olduğunda kadınların hastanelerin doğum katında değil, jinekoloji servislerinde yatırılmasına, sonlandırma işleminin doğumhanelerde yapılmamasına, işlem sonrası kadının psikolojik açıdan desteklenmesine dikkat edildiği bildirilmektedir (145). Ülkemizde de sağlık kuruluşları tarafından bu hususta gerekli düzenlemelerin yapılabileceği değerlendirilmektedir.

Katılımcılar, özellikle girişimsel prenatal tanı yöntemleri uygulanırken veya gebeliğin sonlandırılması sırasında eşlerinin yanlarında olmasına müsaade edilmemesi nedeniyle kendilerini kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bebeğe sahip olma kararını eşleriyle beraber verdiklerini, bu nedenle onunla ilgili her türlü sürece eşlerinin de dâhil olması gerektiğini vurgulayarak, bu durumu dikkate almayan hastane uygulamalarını insancıl bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Gilbert ve Harmon çalışmasında hastane yatışında eşin de kadının yanında bulunabilmesi için kuralların esnetilmesi ve ayrılığın mümkün olan en az süreye indirilmesinin sağlanması önerilmiştir (146). Özçelik'in çalışmasında da kadınlar, gebelik sonlandırma uygulaması sırasında eşlerinin yanlarında olmasını istemişlerdir. Eşler de aynı şekilde kadınların yanında olmak istediklerini belirtmişlerdir (71). Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi, hem hastane kuralları hem de iş yerinden izin alamama gibi kişisel yoksunluklar nedeniyle eşlerin kadınların yanında olamaması, olumsuz duyguların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu bulgu, gebeliğin sonlandırılması gibi hassas ve zor bir durum söz konusu olduğunda, eşlerin de kadınlarla beraber olabilmesi için gerekli düzenlemelerin

yapılması açısından anlamlı bulunmaktadır. Bu bulguyu destekleyen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“(...) Tanıyı öğrendiğimde de eşim yoktu. Plesantadan kan aldıklarında da eşim yanımda olamadı. Zor anlar ve zor kararlar. İnsan eşinin yakınlarının desteğini hissetmek istiyor ama burada saçma kurallar, egolar yüzünden izin verilmiyor. İnsanlıktan yoksunuz.” GS.16.01

“(...) Amniosentez yapılırken eşimi yanıma alsalardı, kendimi iyi hissedebilirdim. Sonuçta biz ikimiz bu çocuğa karar verdik. Gebeliğin devamına ve sonlandırılmasına yine ikimiz karar verecektik. Peki o zaman, eşimin işlem sırasında yanımda olup elimi tutmasında ve bana manevi destek olmasında ne gibi bir sıkıntı olabilir ki? “Maalesef doktorlar müsaade etmiyor.” gibi bir cevap alıyoruz. Peki doktorun eşine amniosentez yapılsa, doktor içerde olmak istemez mi? Neden bazı durumlarda karşımızdaki kişi yerine kendimizi koyup düşünemiyoruz. Halbuki eşim yanımda olsa stresim biraz daha azalacak ve stresim azaldığı için kendimi sıkmayacak, canımda daha fazla acımayacaktı....” GS.16.08

Çalışmamızda katılımcıların aile ve çevrelerinden yardım almaları, psikolojik destek almaları, gelecek hakkında planları olması, bir çalışma yaşamına sahip olmaları ve diğer çocuklarının sağlıklı olması gibi nedenlerle kendilerini iyi hissettikleri belirlenmiştir. Akan'ın çalışmasında, çalışmamızda olduğu gibi gebeliğini sonlandırma kararı veren kadınlar, bir an önce işe başlayarak yaşamlarına devam etmek istediklerini ve konuyu bu şekilde unutmamanın kolay olacağını belirtmişlerdir (95).

Gebeliğin sonlandırılması, aynı zamanda bebeğin de kaybına yol açtığı için kadında ve eşinde psikolojik rahatsızlar yaşanmasına neden olabilmektedir (147,148). Psikolojik rahatsızlığın boyutu, bir daha çocuk sahibi olamamak, kaybedilen fetüsün yardımcı üreme teknikleri ile olması, kadının sosyal desteklerinin olmaması gibi etkenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (95). Gebeliği sonlandırma kararı veren kadınlar korku, öfke, günah işlediği düşüncesiyle suçluluk, pişmanlık, utanma ve kayıp duyguları yaşayabilmektedir. Bu duygularla başedememeye bağlı olarak kadınların çeşitli psikolojik sorunlar

yaşayabileceği öngörülmektedir. Gebeliğin sonlandırılmasına bağlı stres bozukluğunun (Post Abortion Stress Disorder, PASS) ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (149,150).

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanmış olan Düşük Yönetim Rehberi'nde, kadın için "Gerekli durumlarda psikolog ve psikiyatristlerden yardım almasını sağlayın." ifadesi yer almaktadır (124). Fakat rehberin kullanım yaygınlığı hakkında bir bilgi yoktur. İsviçre gibi bazı ülkelerde, gebelik sonlandırmanın kadının ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği düşüncesi ile psikolog teklif edilmesi, yasal olarak zorunlu hâle getirilmiştir (74). Ülkemizde ise böyle bir zorunluluk söz konusu değildir. Çalışmamızda da kadınların kendi çabalarıyla psikolojik destek aradığı belirlenmiştir. Bu nedenle prenatal danışmanlıkta gebeliği sonlandırma kararı sonrası yaşanabilecek psikolojik sıkıntılar hakkında da karar vericilerin bilgilendirilmesinin, ülkemizde de gebelik sonlandırılması önerilen kadınlara psikolojik destek teklif edilmesinin zorunlu hale getirilmesinin önemli olacağı değerlendirilmektedir.

Gebeliği devam ettirme kararı veren katılımcıların sağlık sisteminden, engelli hakları ve perinatoloji hizmetlerinin geliştirilmesini, sosyal hizmet uzmanlığı hizmeti verilmesini; toplumdan kararlar ilgili olumsuz yorum yerine destek görmeyi ve toplumun engelli çocukları kabul etmesini beledikleri görülmüştür. Katılımcılar bu beklentilerini şu şekilde dile getirmişlerdir:

"(...) Bu çocuğum engelli. Kabullenmeme durumu, çevredeki insanların bakış açısı, bu beni çok kötü hissettirmişti. Çok negatif konuşmalar. Çok negatif... Yani bir şeyi söyle, sonuca anne baba kişi karar vermeli. "Aldır. Yaşın küçük, daha gençsin." dedi. Bana "Çanta gibi gezdireceksin. Ne evde bırakabilirsin tek başına ne de her yerde yanında dolaştıracaksın. Aldır kızım, ne uğraşacaksın." dendi. Bu, beni çok müthiş derecede kötü hissettirmişti." GD.16.07

"(...) Bir de 20. haftadan sonra perinatoloji bakmalı. Gebe her geldiğinde mutlaka ayrıntılı bakılmalı." GD.16.04

"(...) Psikolojik danışmanlık verilebilir. Oldukça zor bir deneyim. Karar vermek zor. Bilimin verileri önemli ama hamile kalınca annelik

duygusu başlıyor herhalde. Çünkü kayıp duygusu yaşıyor. Bu duygudan kurtulmak için psikolojik destek gerekebilir.” GS.16.10

“(…) Çocuk aldırmanın günah olduğu gibi ifadeler, oldukça kötü ekilenim yapıyor. Bu tür ifadeler, tamamen insanın maneviyatı ile ilgili bir durumdu. İnancıyla ilgilidir. Bu zor durumlarda bu ifadeleri kullanırken, daha dikkatli ve özenli olmak gerekir diye düşünüyorum.” GS.16.06

“(…) Ülkemiz şartlarında böyle bir engelli çocuğa sahip olmak gerçekten güç. Beni yönlendirecek bir Aile Politika Bakanlığı’nı kişileri olmalı. Bebeğiniz böyle olacak, şu haklarınız var, şuralara gidin, şöyle bilgilenin. Beni maddi manevi destekte bulduklarını dile getirseler. Kimse bana yardım etmiyor. Hep ben arayış içindeyim.” GD.16.07

Ülkemizde gebelik takipleri, gebe bir sağlık kuruluşuna başvurduğu takdirde yapılmaktadır (58). Ebelerin, ev ziyaretleri yaparak gebeleri takip etmesi, doğum öncesi bakım açısından önemlidir. Fransa ve Kanada gibi ülkelerde bu uygulama rutin olarak kullanılmaktadır (151). Ancak ülkemizde henüz etkin olarak yapılamamaktadır. Perinatoloji hizmetlerinin evde gebelik takibiyle başlayan, hastaneden taburcu oluncaya kadar devam eden tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Planlamada, gebeliği devam ettirme kararı verenlerle sonlandırma kararı verenlere farklı danışmanlık hizmeti verilmesi önemlidir. Çalışmamızda engelli çocuğa sahip olacağını bilerek gebeliği devam ettirme kararı veren kadınlar, özellikle engelli yaşama kendilerini hazırlayacak bir sosyal hizmet uzmanlığı desteği almak istediklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, gebeliği devam ettirme kararı veren katılımcılar, ülkemizde engelli yaşam haklarının geliştirilmesini istemiş, hastanede engelli çocuğa hizmet alım sırasında öncelik tanınmasını önermişlerdir. Katılımcılar bu önerilerini şu şekilde dile getirmişlerdir:

“(…) Nasıl bakacağım? Bizi neler bekliyor? Ne gibi yardımlar alabiliriz? Bize yol gösterecek kişiler olmalı.” GD.16.10

“(…) İsterim ki bana yol gösteren, şu hastanelerde bile çok zaman kaybediyoruz. Onlar randevu versin. Şu saatte şu kontrolünüz var diye. Bu üç gün içerisinde, beş gün içerisinde olacakken bir buçuk aydır, ben engelli raporu almak için uğraşıyorum. Sabahtan akşama kadar bebekle zaman kaybı. Bizim için ve hassas bir bebek. Korkuyorum, bir yerden hastalık kapacak diye. O yüzden bunları meclisten büyüklerimizden rica ediyorum. Daha duyarlı olmaları gerekiyor. Bizim haklarımızı bildiren merci olsun.” GD.16.07

Gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar vericilerin düşüncelerinde yoğunlaştıkları temel sorunlardan biri, ebeveyn kaybı olduğunda engelli çocuğa kimin bakacağıyla ilgilidir. Ülkemizde engelli çocukların aileleriyle yapılan çalışmalarda; çocuğun gelecekteki bakımın nasıl olacağı ile endişe yaşadıkları (152,153), çocuğun aile yaşamına getirdiği zorluklardan dolayı kaygı yaşadıkları (154) bildirilmiştir. Ülkemizin de 2009 yılında imzaladığı Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmeye göre (155); *“Taraflar devletler engelliliğe dayalı herhangi bir ayrımcılığa izin vermeksizin, tüm engellilerin insan hak ve temel özgürlüklerinin eksiksiz olarak yaşama geçirilmesini sağlamak ve engellilerin hak ve özgürlüklerini güçlendirmekle yükümlüdür.”*

Engelli çocuğun bakımı ve korunması devletin sorumluluğundadır. Okur’a göre, ülkemizde engelli hakları konusunda 1962 yılından itibaren düzenlemeler olmasına rağmen mevzuatın dağınıklığı, hizmet sunumunun farklı kurumlar aracılığıyla koordinasyonsuz yürütülmesi, standart uygulamaların ve engellilik konusunda toplumsal bilincin olmaması gibi nedenlerle sorunlar yaşanmaktadır (156).

Engelli hakları konusunda kapsamlı düzenlemelerin yapıldığı ülkelerden biri olan İngiltere’de gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili değerlendirme yapıldığında; gebeliğin sonlandırılması oranının %16 olduğu, 2017 yılında fetal anomali nedeniyle sadece 3158 kadının gebeliğini sonlandırma kararı verdiği, bunun da tüm gebelik sonlandırmalarının %1,6’sını karşıladığı bildirilmiştir (157). Ülkemizde gebeliğin sonlandırılması oranı %5’tir (68). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında %37,9 oranında (51), Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında ise %36,4 oranında (158) tıbbi nedenlerden dolayı gebelik sonlandırıldığı bildirilmiştir. İki ülke verileri

karşılaştırıldığında ülkemizde tıbbi nedenlerle gebelik sonlandırılma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Gebeliğin devamı ve sonlandırılması kararında, karar vericilerin üzerinde önemle durduğu bir sorun olan ebeveyn kaybında çocuğa kim bakacağı konusu ile ilgili olarak ülkemizde geliştirici ve uygulanabilir düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamızın özel olgularından katılımcı GD.16.05'in aşağıdaki ifadeleri, bu ihtiyacı net bir şekilde ortaya çıkarmaktadır.

“(…) Engelli bir çocukla yaşadığım için altı yıldır onun şeyini biliyorum. Onu üzmüyorum. Her şey saatinde... Biz de yaşıyoruz, şimdi yapabiliyoruz ama bazıları çocuklarını bakımevlerine verdi. Çok üzuldüm... Bakımevine vermiş bir tanesi. Yıllar önce çocukların orada hortumla yıkandığını duymuştuk. Sırasıyla hortumla yıkandığını söylediler. İlerde biz ne yapacağız? Biz de yaşıyoruz. Allah bilir diyorlar alacağı zamanı! Her gece dua ediyorum, benden önce alsın diye. Benden sonraya bırakmasın evlatlarımı...”

Katılımcı, eşi ve kendisinin engelli çocuklarına iyi baktıklarını dile getirmekte ve kimsenin çocuklarına kendileri kadar özverili ve iyi bakamayacağını düşünmektedir. Kendisi ve eşinin vefat etmesi veya oldukça yaşlanmaları halinde, engelli çocuklarının bakımını yapacak kimsenin olmamasından dolayı endişe yaşamaktadır. Bakımevlerini, olumsuz koşulları ve duydukları kötü deneyimler nedeniyle, tercih edemeyeceğini düşünmektedir. Yaşadığı endişe ve çaresizlik nedeniyle, engelli çocuklarının vefatının, kendisinden veya eşinden önce olmasını dilemektedir. Kadının bu dileği, içinde bulunduğu değersel dünyasında değerlendirildiğinde, etik açıdan anlam bulabilmektedir.

Bazı inanç sistemlerinin etkisiyle, engelli çocuğun aileye işledikleri bir suçtan dolayı ceza olarak verildiği düşüncesinin yaygın olduğu, bu nedenle o ailenin toplumda ötekileştirildiği ve damgalandığı, bazı toplumlarda hala görülmektedir (159). Dünya Engellilik Raporu'na göre, inançlar ve önyargılar nedeniyle engellilerin eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal katılım konularında sorunlar yaşanmaktadır (160).

Ülkemizde tarihsel süreç içinde engelli hakları yönünden olumlu gelişmeler olmasına rağmen toplumun bakış açısında değişime ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, katılımcılardan bazıları toplumun engelli çocuğa bakış açısının olumlu yönde geliştirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Özellikle anomali saptanan bir gebeliği devam ettirme kararı hakkında, toplumdan olumsuz yorum yapmamalarını beklediklerini dile getirmişlerdir. Bu beklentinin arkasında kendi değersel dünyalarında değer atfettikleri varlığın, toplum tarafından da kabul edilmesini istemenin olduğu değerlendirilmiştir. Bu tespit, gelişen engelli haklarına rağmen değişmeyen toplum bakış açısı için değer eğitiminin önemini göstermektedir.

Çalışmamızın özel olgularından biri anensefalik fetüsün organ vericisi olması için gebeliğine devam etme kararı veren katılımcının söylemleridir. Katılımcı ve eşi, inanç sisteminin etkisiyle gebeliği devam ettirme kararı vermişlerdir. Ancak doğumdan sonra bebeğin organlarını bağışlamayı seçmeleri, etik bir temele dayanmaktadır. Ailenin bu isteği, amacı iyi olan bir durum olarak değerlendirilmiştir. Kadın, yaşadıkları zor süreçte özgeci bir tutum göstererek başka insanlara faydalı olmak için gebeliği devam ettirme kararı verip, kendi sağlığını riske atabilecek uygulamaları kabul etmiştir.

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler, hamileliğin hangi safhasında olursa olsun, anensefalik bir fetüs söz konusu olduğunda gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili kadına hak tanımaktadır (161). Ancak hekimin tüm bilgilendirmesine rağmen kadının gebeliği sonlandırmayı istememesi durumunda hekimin yapacağı hiçbir şey bulunmamaktadır. Kadının, tüm riskleri bilerek ve anlayarak fetüsün yaşatılmasını ve doğumun yaptırılmasını talep etmesi durumunda hekimin mevcut tüm imkânları kullanarak kadının talep ettiği tıbbi yardımı vermesi, etik ve yasal bir yükümlülük olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda, doğacak bebeğin organ vericisi olup olmamasından bağımsız olarak yapılacak tüm işlemler, hekimin profesyonel sorumluluğu bağlamında değerlendirilmeli ve alanın uzmanlarıyla yapılacak değerlendirmelerle takip edilmelidir (162). Doğumun gerçekleşmesinden sonra, anensefalik bir bebeğin organ vericisi olarak tıbbi destekle yaşatılması ve transplantasyon için yapılacak tüm işlemler hem yasal hem de etik açıdan belirsizlik içermektedir (163,164). Bu nedenle hekimlerin, etik danışmanlık talep etmesi önemli olarak değerlendirilmektedir (165).

Tezin bu bölümünde, hem ulusal hem de uluslararası yapılan bazı araştırmalarla, çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular karşılaştırılmış, benzerlikleri ve farklılıkları tartışılmıştır. Önemli bir tıp etiği konusu olan gebeliği sonlandırma sorununa, karar vericilerin kendi değersel dünyalarında yaşadıkları deneyimleri, duyguları ve bunları nasıl anlamlandırdıkları ile ilgili cevaplar aranmaya çalışılmıştır.

Özetle; çalışmamızda gebeliğin sonlandırılması veya devamı hakkında verilecek kararda, kadınların eşlerini ve kendilerini karar verici olarak kabul ettikleri sonucuna varılmıştır. Verilecek kararda, kadının yaşı, söz konusu gebeliğin planlı olup olmaması, yaşayan çocuk sayısı, kadının karar verilecek konu ile ilgili bilgi ve deneyim sahibi olması, yakın çevresinin görüşleri, hekimin görüşü ve kadının fetüse verdiği değerlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda, kişilerin önemli ve hassas konularda karar verebilmesi için bilgilendirmenin ve bilgi içeriğinin önemli olduğu görülmüştür. Bu nedenle, gebeliğin sonlandırılması hakkında, karar vericilere yönelik standart bir bilgilendirme rehberi olması gerektiği ortaya konmuştur. Bilgilendirme sonrası da karar vericilere karar vermeleri için standart bir yasal süre tanınmasının önemli olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, kadınların verecekleri kararda hangi bilgiyi temel aldıklarının da önemli olduğu değerlendirilmiştir. Kadınların, genellikle inanç sistemlerini veya bilimsel bilgiyi, kararlarında temel aldıkları görülmüştür.

Çalışmamız, aynı konu hakkında farklı kararlar verilmesinin, karar vericilerin değersel dünyalarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın özel olgularından olan katılımcının, inanç sisteminin etkisiyle gebeliğini sonlandırmayı tercih etmemesi ve doğumdan sonra bebeğinin organlarını bağışlamak istemesi, kendi değersel dünyasında başkalarına faydalı olmaya önem verdiğini göstermiştir. Yine çalışmamızın özel olgularından engelli yaşamın zorluklarını deneyimleyen katılımcının, çocuklarının vefatını kendisi ve eşinin vefatından önce olmasını dilemesi, kadının kendi değersel dünyasında yaşadığı endişe ve çaresizlik gibi duygulardan kaynaklandığını göstermiştir. Çünkü katılımcı, kendisi ve eşi dışında hiç kimsenin, bakıma muhtaç çocuklarına kendileri gibi özverili ve iyi bakamayacağını düşünmektedir. Bu katılımcı, anomali tanısı

sonrası inanç sistemleri yerine, engelli yaşamın kalitesini temel alarak gebeliğin sonlandırılmasını önermektedir. Her iki katılımcının aynı konu hakkında verdikleri farklı kararlarında, temel aldıkları bilginin ve kendi değersel dünyalarının etkili olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, gebeliğin sonlandırılması gibi hassas ve zor konularda verilecek kararda, kişilerin değersel dünyalarının esas belirleyici olduğu ve bu konularda yapılacak çalışmaların niteliksel çalışmalar olmasının önemi ortaya konmuştur.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prenatal dönemde tespit edilen anomali nedeniyle gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verme süreci, birçok faktörün belirleyici olduğu kişisel ve zor bir deneyimdir. Anomalinin tespit edilmesinden sonra kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılmasıyla ilgili karar verme sürecine etik alanının bakış açısıyla yaklaşmak, konuyla doğrudan ilgili kişilerin (anne-baba adayı olan karar vericilerin) değersel dünyalarını tanımakla olanaklıdır. Her biri, birbirinden farklı olan bu dünyaları etik açıdan değerlendirmek, konuyla ilgili özgün verilerin ortaya çıkmasını sağlaması bakımından önemli olmaktadır.

Çalışmamıza prenatal tanı sonrası gebeliği devam ettirme veya sonlandırma hakkında karar verme sürecinde olan kadınlar katılımcı olarak alınmıştır. Her bir katılımcının deneyiminin kendine özgü bir etik vaka olarak değerlendirilmesine özen gösterilmiştir. Katılımcıların konuyla ilgili yaşam deneyimlerine, deneyimlerini nasıl yorumladıklarına, yaşadıkları deneyimleri nasıl ifade ettiklerine, kişilerin deneyimlerine ilişkin açıklayıcı modellerine, bu modeller çerçevesinde neleri olduğu gibi kabul ettiklerine, nelere tepki gösterdiklerine, yaşadıkları deneyimi nasıl anlamlandırdıklarına ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Ulaşılan sonuçlar şu şekildedir:

Kadınların gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verirken kendilerini ve eşlerini karar verici olarak kabul ettikleri görülmüştür. Kadınlar karar verme sürecinin tüm aşamalarında eşlerinin de yanlarında olmalarını istemişlerdir. Sağlık kuruluşlarının mevcut durumları kadına uygulanan işlemler sırasında eşlerinde yanlarında olmalarına olanak sağlamamaktadır. Konuyla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılabileceği değerlendirilmiştir.

Gebeliğin sonlandırılması kararında kadının yaşı, söz konusu gebeliğin planlı olup olmaması, yaşayan çocuk sayısı, kadının karar verilecek konu ile ilgili deneyim ve bilgi sahibi olması, yakın çevresinin ve diğer yaşayan çocuklarının görüşleri, hekimin görüşü yanında kadının fetüse verdiği değer de etkili olduğu ortaya konmuştur.

Karar verme sürecinde, deneyimin etkisinin önemli olduğu görülmüştür. Karar vericilerin, benzer deneyimi olan ailelerle bir araya gelerek deneyim paylaşımlarının karar verme sürecinde faydalı olabileceği değerlendirilmiştir.

Hassas ve zor bir konuda karar verirken, ayrıntılı bilgiye sahip olmanın önemli olduğu görülmüştür. Hekimlerin bilgilendirme sırasında bu öneme dikkat ederek, karar vericilere yeterli ve kapsamlı bilgi vermesi gerekliliği ortaya konmuştur.

Karar verme sürecinde karar vericilerin yararlanması için gebeliği sonlandırma hakkında standart bir rehber hazırlanabileceği değerlendirilmiştir.

Karar verme sürecinde karar verme süresinin önemli olduğu belirlenmiş olup, ülkemizde de karar vericilere karar vermeleri veya kararlarını yeniden gözden geçirmeleri için standart bir yasal süre tanınması gerektiği düşünülmüştür.

Karar vericilere psikolojik danışmanlık teklif edilmesinin zorunlu olması gerektiği değerlendirilmiştir.

Gebeliğin devamı veya sonlandırılması hakkında karar verme sürecinde kişilerin değersel dünyalarının esas belirleyici olduğu ortaya konmuştur. Katılımcıların kendi değersel dünyalarında temel aldıkları bilginin, karar verme sürecinde etkili olduğu görülmüştür.

Genellikle gebeliği devam ettirme kararı veren katılımcılar, yaşadıkları süreci inanç sistemlerini temel alarak açıklamaya çalışmış ve bu temelde çözüm önerileri geliştirmiş, alternatif başatma yollarını (savunma mekanizmalarını ve manevi telkin yöntemlerini kullanma) tercih ederek karar vermişlerdir.

Gebeliği sonlandırma karar veren katılımcılar ise genellikle, yaşadıkları süreci bilimsel bilgiyi temel alarak açıklamaya çalışmış, bu temelde çözüm önerileri geliştirmiş, alternatif başatma yollarını (süreci düşünmeyerek, sorundan uzak durarak) tercih ederek karar vermişlerdir.

Katılımcıların, düşünce sürecinde bilimsel bilgiyi temel aldıklarında, fetüse karşı kendi hayatlarını önceleyerek karar verdikleri değerlendirilmiştir.

Katılımcıların, düşünce sürecinde inanç sistemlerini temel aldıklarında, fetüse değer atfettikleri ve kendi yaşamlarına karşı fetüsü önceledikleri değerlendirilmiştir.

Prenatal danışmanlığın, evde gebelik takibi ile başlayıp, doğuma kadar devam etmesinin önemli olduğu görülmüştür. Gebeliği devam ettirme ve gebeliği sonlandırma kararı veren kadınlara, farklı prenatal danışmanlık hizmeti verilmesi, karara göre devletin sosyal destek olanakları hakkında bilgilendirme yapılmasının gerekliliği belirlenmiştir.

Ülkemizde, engelli hakları ve engelli hizmetleri açısından, uygulamaya dönük iyileştirmelere ve gelişimlere ihtiyaç olduğu görülmüştür. Engelli yaşam hakkında toplumun bilinçlenmesi için eğitimin önemli olduğu değerlendirilmiştir.

Katılımcıların söylemlerinde, hekimle karşılıklı katılıma dayalı ilişkiyi önemsedikleri önplana çıkmıştır. Hekime, bu ilişki temelinde güven duymaya çalıştıkları değerlendirilmiştir.

Hekimin etik olarak karar veremediği olgularda, etik danışmanlık ve etik kurulların önemi ve gerekliliği ortaya konmuştur.

Hekimlerin, iş yoğunluğunda mesleki değerlerini koruyarak eylemde bulunabilmesi için hizmet içi etik eğitimlerin ve etik danışmanlığın önemli olduğu değerlendirilmiştir.



6. KAYNAKÇA

1. KAVAS V (2008). Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım Konusundaki Etik Eğitiminde Anlatsal Uygulamaların Etkinliği. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.
2. TÜRK DİL KURUMU (2018). Büyük Türkçe Sözlük
ErişimAdresi:(http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5aabb7a6914123.24183965).
Erişim Tarihi: 14/03/2018.
3. BİRCAN H (2015). Felsefede Değerler Problemi. Değerler Bilançosu. Çizgi Kitabevi, Konya. s.:11-37.
4. KUÇURADİ I (2010). İnsan ve Değerleri. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. Ankara.
5. AYDIN, E (2006). Tıp Etiği. Güneş Kitabevi, Ankara.
6. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara. s.:58.
7. ARDA B, PELİN ŞAHİNOĞLU S (1995). Tıbbi etik tanımı, içeriği, yöntemi ve başlıca konuları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **48**: 323-336.
8. CEVİZCİ A (2011). Felsefe Sözlüğü. 6. Baskı, Say Yayınları, İstanbul. s.:16-17.
9. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara. s.:5.
10. ŞAHİNOĞLU S (1996). Etik, Tıbbi Etik, Biyoetik Yöntembilgisel Yaklaşımın Işığında. Deontoloji Ders Notları. Antıp A.Ş., Ankara. s.: 57-63.
11. PIEPER A (1999). Etik. Çev.: V Atayman ve G Sezer. Ayrıntı Yayınları, İstanbul. s.:16-25.
12. KANT I (2002). Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi. 3. Baskı, Çev.:İ. Kuçuradi. Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
13. OĞUZ NY (2001). “Felsefi Tartışmaların Işığında Klinik Etiğe Giriş”. Klinik Etik. 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s.: 9-25.
14. BURKHARD M, NATHANIEL A (2007). Ethics Issues in Contemporary Nursing. 3rd ed., Thomson Delmar Learning, Canada. p.:40-65.
15. YILDIRIM G, KADIOĞLU S (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2(29)**:7-12.
16. AYDIN E, ERSOY N (1995). Tıp etiği ilkeleri. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, **2(3)**:48-52.
17. OĞUZ NY (1997). Etik Bunun Neresinde! Tıp Etiğinde Temel İlkeler. 1.Baskı, Tabip Odası Yayınları, Ankara. s.: 27-34.
18. OĞUZ NY (1996). Özerkliğe Saygı İlkesi. Deontoloji Ders Notları. Antıp A.Ş., Ankara. s.:35-37.
19. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara.s.:268.

20. AY F, YALÇINKAYA N (2017). Ceninin / fetüsün birey olarak tanınması konusunda yaşanan etik ikilemler. *E-Sağlık Dergisi*, **5(23)**:50-57.
21. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS, JF (2009). Principles of Biomedical Ethics. 7th ed., Oxford University Press, Newyork. p.:202-241.
22. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS, JF (2009). Principles of Biomedical Ethics. 7th ed., Oxford University Press, Newyork. p.:150-192.
23. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara.s.:1.
24. KESKİN Z (2014). Kamu Hizmetlerinde Eşitlik İlkesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kamu Hukuku Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
25. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara.s.:118.
26. GÜRİZ A (2003). Hukuk Felsefesi. 6. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara. s.:150.
27. DOĞAN İ (2007). Vatandaşlık, Demokrasi ve İnsan Hakları. 6.Baskı, Pagem Yayıncılık, Ankara. s.:343.
28. GÖZLER K (2000). Türk Anayasa Hukuku. Ekin Kitabevi, Bursa. s.:211.
Erişim Adresi:(<http://www.anayasa.gen.tr/tah.pdf>).
Erişim Tarihi: 04/02/2018.
29. TİMURÖĞLU V (2007). İnsan Hakları Sözlüğü. Özkan Matbaacılık, Ankara.
30. İNSAN KAYNAĞINI GELİŞTİRME VAKFI (2012). Türkiye'de Üreme Hakları. Turap Tanıtım Yayınları.
31. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara.s.:162.
32. DURAL M, ÖĞÜZ T (2014). Türk Özel Hukuku, C. II, Kişiler Hukuku. Filiz Kitabevi, İstanbul.
33. TÜRK MEDENİ KANUNU.8/12/2001 tarihli ve 24607 sayılı Resmi Gazete
Erişim Adresi:(<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>.).
Erişim Tarihi: 14/03/2018.
34. TACİR H (2013). Yaşama hakkı kapsamında yaşamın başlangıcı. *Hukuk Araştırmaları Dergisi*, s.:1301-1319.
35. TOOLEY M (1972), Abortion and infanticide. *Philosophy and Public Affairs*, **2(1)**:37-65.
36. NOONAN J (1977). The Morality of Abortion. Harvard University, Cambridge. p.: 43.
37. RAMSEY P (1975). The Ethics of Fetal Research. Yale University Press. p.:95.
38. FLETCHER J (1972). Indicators of humanhood: a tentative profile of human. *Hasting Center Report*, **5(2)**:1-4.
39. WARREN M (2009). Abortion. A Companion to Bioethics. Ed.: H Kuhse, P Singer. Blackwell Publishers, Oxford. p.:140-149.
40. ALTIPARMAK S, ÇİÇEKLİOĞLU M, YILDIRIM G (2009), Abortus ve etik. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **31**:84-90.

41. ÇOBANOĞLU N (2007). Kürtaj: sosyal ve etik boyutlarıyla. Tıp Etiği. 1.Baskı, İlke Yayınevi, Ankara. s.:168-175.
42. TÜFEKÇİ İ (2013). İslam hukukunda gebeliğin sonlandırılması. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, **45**:111-154.
43. ACIDUMAN A (2013). “Tıp Etiği Açısından Kürtaj” 1-2 Kasım 2013 V. Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı. Ed.: Doğan C, Gülaslan PA. Salmat Yayıncılık, Ankara, s.:17-34.
44. ATASAY B, ARSLAN S (2004) , Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. *TBB Dergisi*, **52**:172-176.
45. DÖLEN İ (2013). “Tıbbi Açından Fetüs, Embriyo, Kürtaj ve Düşük (Abortus) Nedir?” 1-2 Kasım 2013 V. Sağlık Hukuku Kurultayı. Ed.: Doğan C, Gülaslan PA. Salmat Yayıncılık, Ankara. s.:34-40.
46. SOFO F, COLAPINTO C, SOFO M, AMMIRATO S (2013). Adaptive Decision Making and Intellectual Styles. Springer New York Heidelberg Dordrecht, London.
47. SUCU G, DİCLE A, SAKA O (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **1(9)**:52-60.
48. OĞUZ NY, BÜKEN ÖRNEK N, TEPE H, KIRIMSOY KUCUR D (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Felsefe Kurumu, Ankara. s.:156.
49. BERGGREN I, BEGAT I, SEVERINSSON E (2002). Australian clinical nurse supervisors ethical decision-making style. *Nursing and Health Sciences*, **4(1-2)**:15-23.
50. ÖZTÜRK H, OĞUZ NY (1996). Klinik uygulamalarda etik değerlendirme süreçleri. *Türkiye Klinikleri*, **4**:129-130.
51. YILMAZ SD, KIZILKAYA BN (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.*, **20(3)**:99-108.
52. FIGO (2006). Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular. Çev.:İ Dölen. 2. Baskı, TJOD Yayını, Ankara. s.:76-78.
53. AKSOY F (2001). Konjenital anomaliler: tanımlama, sınıflama, terminoloji ve anomalili fetüsün incelenmesi. *Türk Patoloji Dergisi*, **17(1-2)**:57-62.
54. WHO (2010). Birth defects. Sixty-Third World Health Assembly. A63/10.
55. ALTIN D (2009). Fetal Anomali Nedeniyle Terminasyon Önerilen Gebeliklerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörler. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.
56. ÜTİNE G, BODUROĞLU K (2013). Konjenital anomalilerden korunma. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **56**:28-37.
57. IŞIK M (2010). Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Adana.
58. SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi. Ankara. Erişim Adresi: (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>). Erişim Tarihi: 18.07.2018.

59. ÖZVARIŞ Ş, AKIN A (2002). Türkiye’de doğun öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Sağlığı Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998 İleri Analiz Sonuçları. Ed.: A Akın. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı, UNFPA, Ankara.
60. AKSOY Ş (1998). Prenatal tanı yöntemlerini çevreleyen etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, 6:69-72.
61. YÜREĞİR ÖÖ, BÜYÜKKURT S, KOÇ F (2012). Prenatal (doğum öncesi) tanı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)*, **21(1)**:80-94
62. YARARBAŞ K VE ILGIN H. (2006). *Prenatal tanı, Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **26**:666-674
63. YÜKSEL A (2004). Prenatal tanı ve tedavi. Ed.:Sinan Berkman, Has R. Doğum Bilgileri, İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. s.:183-194.
64. ERGUN B, SEZER H (2004). Antenatal takip. Ed.:Sinan Berkman, Has R. Doğum Bilgileri, İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. s.:19-27.
65. HARPER J (2005). Preimplantasyon genetik tanının tarihçesi. Ed.:Harper J.C, Delhanty JDA, Handyside AH. Çev.:N Başaran. Preimplantasyon Genetik Tanı Kitabı. Güneş&Nobel, İstanbul. s.:3-13.
66. WHO (1997). Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programme Managers. (WHO/RHT/97/20), Geneva.SAĞLIK BAKANLIĞI (1994).
67. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt I: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Ankara. Erişim Adresi: (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11201,97836rehber-cilt-1pdf.pdf>). Erişim Tarihi: 18.04.2018
68. TNSA-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
69. DÖLEN İ (2012). Kürtaj gerçeği-Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, s.:75-82.
70. UYUMAZ A, AVCI Y (2016). Türk hukukunda gebeliğin sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **7(1)**:579-638.
71. ÖZÇELİK F (2010).Gebelik ve Gebeliğin Sonlandırılmasında Kadın ve Erkeklerin Cinsiyet Farklılığı Açısından Bakışları. Eskişehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Eskişehir.
72. KİZİROĞLU S (2013). Türk ceza hukukunda çocuk düşürtme, düşürme ve kısırlaştırma suçları. *T.C. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, **19(2)**:165-190.
73. TÜRK CEZA KANUNU 12/10/2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmi Gazete. Erişim Adresi:(<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.). Erişim Tarihi: 14/03/2018.
74. ÖZEL Ş, ÜSTÜN Y, AVŞAR F (2017). Türkiye’de gebelik terminasyonunun yasal durumu. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **14(1)**:34-38.
75. KACZOR C (2011). Ethics of Abortion. Roledge 270 Madison Avenue, New York.

76. BECKWITH FJ (2007). *Defending Life. A Moral and Legal Case Against Abortion Choice*. Cambridge University Press, New York.
77. LOPEZ R (2012). Perspectives on abortion: pro-choice, pro-life, and what lies in between. *European Journal of Social Sciences*, **27**:511-517.
78. KAYA F (2014). Peter Singers'in Faydacı Etik Görüşü Çerçevesinde Kürtajın Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kamu Hukuku Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
79. ÇOKAR M (2008). İsteyerek Düşüğün Etik Boyutu. Basılmamış Seminer Notları.
80. GÜNDÜZ Ş (2012), Dinler tarihi açısından kürtaj. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **24**:16-19.
81. HENSHAW SK, SINGH S, HAAS T (1999). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives*, **25**:30-38.
82. WHO (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. WHO/WQ/440, Geneva.
83. ABA YA, ABA G, ÖZKAN Ş, Güzel Y (2016). Abortion policies around the world and in Turkey and its reflection on women's health. *International Journal of Human Sciences*, **13**(1):1651-1665. doi:10.14687/ijhs.v13i1.3580
84. United Nations (2001), *Abortion Policies. A Global Review*. Printed by United Nations, Newyork.
ErişimAdresi:(<https://books.google.com.tr/books?id=PexIy7c5mG0C&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false>)
Erişim Tarihi: 14/03/2018.
85. GLRC-Global Legal Research Center, The Law Library of Congress, (2015). *Abortion Legislation in Europe*.
Erişim Adresi: (<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>).
Erişim Tarihi: 14/03/2018.
86. United Nations (2014). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Population Facts*, 1:1-4.
ErişimAdresi:(<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>).
Erişim Tarihi: 14/03/2018.
87. BERER, M (2008). A critical appraisal of laws on second trimester abortion. *Reproductive Health Matters*, **16**:3-13.
88. ELDAHDAH LT, ORMOND KE, NASSAR AH, KHALİL T, ZAHED LF (2007). Outcome of chromosomally abnormal pregnancies in Lebanon: Obstetricians roles during and after prenatal diagnosis. *Prenatal Diagnosis*, **27**:525-534.
89. HESSINI L (2007). Abortion and islam: policies and practice in the middle east and north africa. *Reproductive Health Matters*, **15**(29):75-84.

90. SHEINER E, VARDI I, WEITZMAN D, GOHAR J, CARMI R (1998). Decisions regarding pregnancy termination among Bedouin couples referred to third level ultrasound clinic. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, p.:141-146.
91. EDELSBURG AG, SHAHBARI AE (2017). Decision-making on terminating pregnancy for Muslim Arab women pregnant with fetuses with congenital anomalies: maternal affect and doctor-patient communication. *Reproductive Health*, **14(49)**:2-12.
92. OKUYAZ (2015). Etik Açısından Gebeliğin İkinci Trimester ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma İle Birlikte. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Adana.
93. CHAE S, DESAI S, CROWELL M, SEDGH G (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *HHS Public Access*, **96(4)**: 233–241.
94. HOGGART L (2018). Moral dilemmas and abortion decision-making: Lessons learnt from abortion research in England and Wales. *Glob Public Health*, **21**:1-8.
95. AKAN S (2006). Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psikososyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
96. RIBERA LF, PEREZ G, SALVADOR J (2007). Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, **85(1)**:125-35.
97. DEMİRCİ H (2015). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine İsteğe Bağlı Düşükler İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
98. SERRET LF, PAIRO MS (2018). The place of abortion in the pregnancy decision making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociology of Health & Illness*, **40(6)**:1087-1103.
99. SCHECHTMAN KB, GRAY DL, BATY JD, ROTHMAN SM (2002). Decision-making for termination of pregnancies with fetal anomalies: analysis of 53,000 pregnancies. *Obstet Gynecol.*, **99(4)**:678.
100. TAYYAR A, ACAR D, TURHAN U, ÖZKÖSE Z, EKİZ A, GEZDİRİCİ A, GÜLEÇ E, POLAT İ (2018). Fetal anomali nedeniyle ileri gebelik haftalarında yapılan terminasyonlar: iki yüz yirmi dokuz olgunun değerlendirilmesi. *İKSST Derg.*, **10(1)**:12-7.
101. HAMAMAY HA, DAHOUN S (2004). Parental decisions following the prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **116**:58-62.
102. OLGUN A, YAPAR EYİ E, MOLLAMAHMUTOĞLU L (2012). Gebelik terminasyonu indikasyonları: zekai tahir burak kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi 2000-2011. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, **8(33)**:1358- 1364.

- 103.KOYUNCU MK, TAMAY AG (2011). Fetal anomaliler: anomalili fetüsün takip veya terminasyon kriterleri ile terminasyon yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **4(3)**:192-8.
- 104.ÇAVLİN A, TEZCAN S, ERGÖÇMEN B (2012). Kadınların Bakış Açısından Kürtaj. *Nüfusbilim Dergisi/Turkish Journal of Population Studies*, **34**:51-67.
- 105.FREDERICO M, MICHIELSEN K, ARNALDO C, DECAT P (2018). Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, **15**:329. doi:10.3390/ijerph15020329
- 106.AWWAD R, VEACH P MC, BARTELS DM, LEROY BS (2008). Culture and acculturation influences on palestinian perceptions of prenatal genetic counseling. *J Genet Counsel*, **17**:297 doi:10.1007/s10897-008-9165-0
- 107.ALSULAIMAN A, HEWISON J, ABU-AMERO KK, AHMED S, GREEN JM, HIRST J (2012). Attitudes to prenatal diagnosis and termination of pregnancy for 30 conditions among women in Saudi Arabia and the UK. *Prenat Diagn.*, **32(11)**:1109–1113.
Erişim Adresi: (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.3967>).
Erişim Tarihi: 14.08.2018
- 108.ERBİL N, PASİNOĞLU T (2004). Kadının ailede karar vermeye etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2(7)**:1-11.
- 109.CEDAW: Convention on the Elimination of Discrimination Against Women (1981).
Erişim Adresi: (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/committee.htm>).
Erişim Tarihi: 14/08/2018.
- 110.LEUNG TN, CHAU MMC, CHANG JJ, LEUNG TY, FUNG TY, LAU TK (2004). Attitudes towards termination of pregnancy among Hong Kong Chinese women attending prenatal diagnosis counselling clinic. *Prenatal Diagnosis*, **24**:546-551.
- 111.NCB-Nuffield Council on Bioethics (2014). Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues.
Erişim adresi: (<http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/CCD-web-version-22-June-07-updated.pdf>).
Erişim Tarihi:18.07.2018
- 112.YALIM N (1995). Klinik uygulamada hekim hasta ilişkisi. *T Klin J Med Ethics*, **2-3**:59-65.
- 113.MARAL I, DURUKAN E, ALBAYRAK S, ÖZTİMUR N, BİRİ A, BUMİN A (2007). Induced abortion frequency in Ankara, Turkey, before and after the legal regulation of induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, **12(3)**:279 -88.
- 114.AGI (1999). The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide, Newyork.
- 115.MOHAMMED E, NOURIZADEH R, SIMBAR M, ROHANNA N (2018). Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: a qualitative study. *Midwifery Journal*, **62**:81-85.

116. CHOUDHARY N, SAHA SC, GOPALAN S (2005). Abortion procedures in a tertiary care institution in India. *Int J Gynecol Obstet*, **91**:81-6.
117. JAIN V, SAHA SC, BAGGA R, GOPALAN S. (2004). Unsafe abortion: a neglected tragedy. review from a tertiary care hospital in India. *J Obstet Gynaecol Res*, **30(3)**:197-201.
118. EKİNCİ G (2014). Fetal Anomali Nedeniyle Medikal Abortus Önerilen Gebelerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelikte Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
119. PEPPERS LG, KNAPP RJ (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, **43**:155-9.
120. ARMSTRONG D, HUTTI M (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **27(2)**:183-189.
121. KÖRÜKCÜ Ö, KUKULU K (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları. *Dicle Tıp Dergisi*, **37(4)**:429-433.
122. MCDONAGH E (2002). Models of motherhood in the abortion debate: self-sacrifice versus self-defence. *Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine*. Ed.:D Dickenson. Cambridge University Press, Cambridge.
123. HARRIS J (2001). One principle and three fallacies of disability studies. *J Med Ethics*, **27(6)**:383-7.
124. SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi. Erişim: (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/20643,1--dusukyonetimipdf.pdf>). Erişim Tarihi: 18.08.2018
125. PRO-FAMILIA, (2008). Körper und Sexualität. Schwangerschaftsabbruch. Türkische Ausgabe. Erişim Adresi: <https://d-nb.info/993159990/34>. Erişim Tarihi: 14.09.2018
126. MALEK J (2017). Maternal decision-making during pregnancy: parental obligations and cultural differences. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, s.:1-11.
127. TERZİOĞLU F, ZEYNELOĞLU S, YILMAZ D, TÜRK R, GÖZÜKARA F, TAŞKIN L (2010). İsteğe bağlı ve terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s.: 18-29.
128. KORENROMP MJ, PAGE-CHRISTIAENS GCML, BOUT J, MULDER JH, VISSER GHA (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
129. SAGI M, MEINER V, RESHEF N, DAGAN J, ZLOTOGORA J (2001). Prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidy: possible reasons for high rates of pregnancy termination. *Prenatal Diagnosis*, **21**:461-465.
130. HARRIS J (1998). Hayatın Değeri: Tıp Etiğine Giriş. 1. Baskı, Çev.:S Sertabiboğlu. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

- 131.EDİSAN Z (2014). Tıp Etiği Açısından Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Adana.
- 132.SERT G (2013). Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul.
ErişimAdresi:(http://www.ikgv.org/pdf/Ureme_Haklarinin_Yasal_Temelleri_ve_Etik_Degerlendirme.pdf).
Erişim Tarihi: 23.06.2018
- 133.NUTTALL J (1997). Ahlak Üzerine Tartışmalar. 1.Baskı, Çev.:A Yılmaz. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- 134.DRAKE H, REID M, MARTEAU T (1994). Attitudes towards termination for fetal abnormality: comparisons in three European countries. *Clin Genet*, **49**:134-140.
- 135.NORUP M (1998). Attitudes towards abortion among physicians working at obstetrical and paediatric departments in Denmark. *Prenatal Diagnosis*, **18**:273-280.
- 136.RIMON-ZARFATY N, JOTKOWITZ A (2012). The Israeli abortion committees' process of decision making: an ethical analysis. *J Med Ethics*, **38**:26-30.
- 137.BROWN DS, DONELAN K, MARTINS Y, SAYEED AS, MITCHELL C, BUCHMILLER TL, BURMEISTER K, ECKER JL (2014). Does professional orientation predict ethical sensitivities? Attitudes of paediatric and obstetric specialists toward fetuses, pregnant women and pregnancy termination. *J Med Ethics*, s.:117-122.
- 138.ŞAHİN N, DİNÇ H, DİŞSİZ M (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **40(2)**:57-62.
- 139.TITAPANT V, CHUENWATTANA P (2015). Psychological effects of fetal diagnoses of nonlethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **41(1)**:77-83.
- 140.FONSECA A, NAZARÉ B, CANAVARRO MC (2012). Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: a controlled comparison study with parents of healthy infants. *Disability and Health Journal*, **5(2)**:67-74.
- 141.KAASEN A, HELBIG A, MALT UF, NÆS T, SKARI H, HAUGEN G (2017). Maternal psychological responses during pregnancy after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies: A prospective longitudinal observational study. *PloS one*, **12(3)**:e0174412. doi: 10.1371/journal.pone.0174412
- 142.İŞIKHAN V. (2005). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, s.:1-20.
- 143.GÜL G, BOL P, ERBAYCU AE (2013). Hasta - hekim iletişimindeki eksiklik ve hataların ortaya konmasında fmea model analizinin katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, **27(3)**:191-191.
- 144.ÖZER O (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

- 145.ACOG (1993). Diagnosis and management of fetal death. american collage of obstetricians and gynecologists technical bulletin january . No.174, Washington.
- 146.GILBERT ES, HARMON JS (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Ed.:L Taşkın. Palme Yayıncılık, Ankara. s.:117-197.
- 147.KABA M, ÜNLÜ BS, BAĞCIOĞLU E, ILGIN H, ÇOŞKUN KŞ (2014). İsteğe bağlı gebelik sonlandırmanın kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, **24(1)**:42-47.
- 148.COLEMAN P (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*, **199**:180-6.
- 149.ZASTROW C, KIRST AK (2010). Understanding human behavior and social environment, *Belmont*, p.:165-88.
- 150.GÜÇLÜ O, ARSLAN Ö, ERKIRAN M, GEDİKBAŞI A (2013). Fetal anomali nedeniyle terminasyon uygulanan kadınlarda mizaç ve karakter özelliklerinin travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **50**:161-168.
- 151.BEYDİLİ ED (2007). Ebeliğin Dünü ve Bugünü. Alter Yayıncılık, Ankara. s.: 56-62.
152. DANIŞ, MZ (2006). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin yaşadığı duygular, çocuklarının geleceğine ilişkin düşünceleri ve umutsuzluk düzeyleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **17(2)**:91-99.
- 153.DEMİRBİLEK M. (2013). Zihinsel Engelli Bireylerin ve Ailelerin Gereksinimleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **7(3)**:58-64.
- 154.ÇÜRÜK, N. (2008). Ankara İl Merkezi'nde Bulunan Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı İş Okullarında 1. ve 4. Sınıfa Devam Eden Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Kaygı ve Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştıkları Problemlere Göre İncelenmesi. Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eğitim Fakültesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 155.Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme (2008).
Erişim Adresi:(http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarına-k-slee&catid=6:uluslararasılg&Itemid=36).
Erişim Tarihi: 14.08.2018
- 156.OKUR N (2001). Özürlülere Yönelik Örgütlenmesinin İncelenmesi. T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara. s.:114.
- 157.DHSC-Department of Health –Social Care (2017).Abortion Statistics, England and Wales.
Erişim Adresi: (<https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2017>).
Erişim Tarihi: 14/08/2018.
- 158.ŞENOL YY, DONMEZ L. (2002). Antalya kütükçü 6 no'lu sağlık ocağı bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum*, **12(4)**:62-6.
- 159.ÖZTÜRK M (2012). Türkiye'de Engelli Gerçeği Raporu. Canda Özür Olmaz Derneği.
- 160.WHO (2011). Dünya Engellilik Raporu. Yönetici Özeti.
Erişim Adresi:(<http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/4556871328710754698/YoneticiOzeti.pdf>) Erişim Tarihi: 14/08/2018.

- 161.SAĞLIK BAKANLIĞI (1983). Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük.
Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.837395.pdf>).
Erişim Tarihi: 18.08.2018
- 162.MEINKE SA (1989). Anencephalic Infants as Potential Organ Sources: Ethical and Legal Issues National Reference Center for Bioethics Literature, Scope Note 32. The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington.
- 163.TUNÇBİLEK E (2004) Türkiye'deki yüksek nöral tüp defekti sıklığı ve önlemek, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **47**:79-84.
- 164.SATILMIŞ EM (2003). Yenidoğanda karşılaşılan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri-J Med Ethics*, **11(1)**:30-40.
- 165.REAGAN, J (1995). Ethics consultation:anencephaly and organ donation. *The Journal of Law, Medicine-Ethics*, **23(4)**:398-400.





7. EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

A. DEMOGRAFİK (TANIMLAYICI) BİLGİLER:

- Yaş :
- Medeni Durum :
- Eğitim :
- Meslek :
- Gebelik ve Doğum Sayısı :
- Yaşayan Çocuk Sayısı :
- Yakın Çevrede Anomalili Bebeğe Sahip Olma veya Sonlandırma Deneyimi Olan Var Mı?

B. GEBELİK TAKİBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER:

- Gebeliğin Kaçınıc Haftası :
- Fetüsün Cinsiyeti :
- Gebede Kronik Hastalık Varlığı :

C. TIBBİ TANI İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Tıbbi Tanı Tarihi:
- Tanı Konulma Biçimi: Amniosentez, USG, Genetik Çalışma vb.

D. GEBELİĞİN SONUCU İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Gebeliğin Sonlandırılması
- Gebeliğin Devamı
 - Ölü Doğum
 - Canlı Doğum Sonrası Ölüm
 - Canlı Sağlıklı Doğum
 - Canlı Engelli Doğum

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

a) Deneyim:

1. Prenatal tanı testini ne zaman, nerede, nasıl yaptırdınız?
2. Prenatal tanı testi sonucunu size kim, nasıl söyledi?
3. Prenatal tanı testini tekrarlattırdınız mı?
4. Size söylenen tanı ile ilgili daha önce bir bilgiye sahip miydiniz (Aileniz, arkadaşlarınız, medya, film, kitap vs.)?
5. Size söylenen tıbbi tanı hakkında neler biliyorsunuz/biliyordunuz?

b) Davranış:

6. Tıbbi tanıyı öğrendikten sonra neler yaptınız?
7. Gebeliğin devamı veya sonlandırılmasına ilişkin neler yaptınız?

c) Duygu:

8. Bu bebeğe sahip olmaya nasıl karar verdiniz?
9. Anomalili bir bebek olduğunu öğrendiğinizde neler hissettiniz?
10. Bu süreçte kendinizi iyi-güçlü, kötü ve zayıf hissettiren neydi?
11. Bu deneyimi yaşarken kendinizi daha iyi hissettirecek ne olurdu?

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bana bu görüşme ile ilgili zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Ben Gamze ÖZBEK GÜVEN. Tıp Tarihi ve Deontoloji AD doktora öğrencisiyim. Gebelik sürecinde yaşadığınız deneyim üzerine sorularım olacaktır. Yaşadığınız deneyim sağlık hizmetleri sunumunda anne ve fetus sağlığına bakış açısının belirlenmesinde önemlidir. Görüşmenin amacı yaşadığınız deneyimi tıp etiği açısından değerlendirmek ve benzer durumla karşılaşacak gebelere verilecek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için etkin bir yöntem geliştirmektir.

Görüşmemiz yaklaşık 45 dakika sürecektir. Görüşme tekniği açısından ses kaydı almam gerekmektedir. Eğer kayıt almamı istemiyorsanız kâğıda not almam gerekmektedir. İster ses kaydı alınsın isterse yazılı not tutulsun tüm görüşme kayıtları gizli tutulacaktır. Kimlik bilgileriniz araştırmacılar tarafından gizli tutulacak, yapılacak görüşmeye protokol numarası verilerek kodlanacaktır.

Anlaşılmayan herhangi bir konu varsa bilgi istemekten lütfen çekinmeyiniz. İstedığınız zaman görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. Bu durumda sizden elde edilen veriler kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da görüşmeyi tamamlamadan katılmaktan vazgeçmeniz, kurumumuzda alacağınız hizmeti hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız, yukarıda belirtilen gizlilik şartlarına uyulacağını belirten bu gönüllü katılım formunu imzalamanız gerekmektedir.

Ben, yukarıda yazılanları okudum ve anladım. Çalışma ile ilgili olarak araştırmacılara soru sorma şansı buldum ve sorduğum sorulara doyurucu yanıtlar aldım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı ve katılımımdan elde edilen verilerin araştırma ekibince kullanılmasını, araştırma süresince herhangi bir aşamada çekilme hakkım saklı kalmak koşulu ile hiçbir baskı altında olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

PROTOKOL NUMARASI:

Katılımcı

Sorumlu Araştırmacı

Adı-Soyadı:

Gamze ÖZBEK GÜVEN

İmza

Tarih:

Adres (okul):

Gamze ÖZBEK GÜVEN (Doktora Öğrencisi)

E-posta: gamzeozbekguven@gmail.com

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tel: (0) 5301783169

Gülhane Külliyesi/Etilik/Ankara

EK 3. ETİK KURUL KARARI

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

ETİK KRL. : 50687469-1491 -307 - 16/1648-960

12 Nisan 2016

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Gamze Özbek GÜVEN'a

İLGİ : GATA K.İğınının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/
Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme
Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 05 Nisan 2016 günü yapılan 5'inci oturumunda, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD.Bşk.İğında görevli Gamze Özbek GÜVEN'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Fetal ve Neonatal Dönemde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlarla İlgili Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi" başlıklı çalışma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.
2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.


Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKI :
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:208)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl Me A ÖZKAN (Tel: 2298)

EK 3. ETİK KURUL KARARI

HİZMETE ÖZEL

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU**

OTURUM NO : 5
OTURUM TARİHİ : 05 Nisan 2016
DEFTER KAYIT NO : 208
OTURUM BAŞKANI : Prof.Hv.Tbp.Tuğg.Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof.Tbp.Tuğg.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 05 Nisan 2016 günü yapılan 5'inci oturumunda, GATA Tıp Tarihi ve Deontoloji AD.Bşk.lığında görevli Gamze Özbek GÜVEN'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Fetal ve Neonatal Dönemde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlarla İlgili Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi" başlıklı çalışması değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	ÜYE	
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	
Orhan KOZAK Prof.Hv.Tbp.Tuğg.	Bülent BEŞİRBELLİOĞLU Prof.Tbp.Tuğg.	Metin HASDE Prof.Tbp.Alb.	Necdet DOĞAN Prof. Diş.Tbp.Alb.	
ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE	
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	
Bülent GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Fuat TOSUN Prof.Hv.Tbp.Alb.	Mahir GÜLEÇ Prof.Tbp.Alb.	Ömer DENİZ Prof.Tbp.Alb.	
ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE	ÜYE
İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI	İMZALI
Suzi DEMİRBAĞ Prof.Tbp.Alb.	Ahmet KORKMAZ Prof.Hv.Tbp.Alb.	Harun TUĞCU Prof.Tbp.Alb.	Muharrem UÇAR Doç.Dr.J.Tbp.Alb.	Emine İYİGÜN Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

EK 4. ANKET KURUL KARARI

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve EĞİTİM HASTANESİ BAŞTANIPLIĞI
ANKARA

Toplantı Tarihi ve Durumu: 10



100. Yıl
Şanakkale
Mayıs 2018

İÇ HST. BD. : 50687469-3730-230 -16/1601-230

KONU : Araştırma İzin Talebi

GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA

İLGİ : GATA Komutan Bilimsel Yrdc.lığının 21 Nisan 2018 tarihli, EĞT. ÖGT.: 50687469-3730-75-16/Mzn. Son.(7)(1648-1053) sayılı ve "Araştırma İzin Talebi" konulu emri.

İlgili emir ile gönderilen, anket yapma talebinde bulunan personelin anket dosyası Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek, sonucu EK' te gönderilmiştir.

Arz ederim.


Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

EK1
EK-A (Anket İnceleme Değerlendirme Formu)

Ganire Hanım - a tablosu
#12/05

HİZMETE ÖZEL
Dağıtım Noktası: Svl.Me. (VHK) Ö. GÜŞEN (4007)

6/5/18

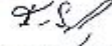
EK 4. ANKET KURUL KARARI

HİZMETE ÖZEL

EK-A

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURULU RAPORU

S. NO.	ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ	GÖREV YERİ	ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN DURUMU
1	Uzm. Sağ. Kd. Yzb Huseyin ABUHANOŞLU	Sağ. Hz. Ynt. BD. Bşk. İ.Ö.	Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerilerinin Bireysel Başarı Güduleri İle İlgisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma :SATE HYD ve SAMYO'da Bir Uygulama	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Kurul Değerlendirme Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.
2	Uzm. Hem. Ganze ÖZBEK GÜVEN	Tip Tarih ve Jecritoloji AD Bşk. İ.Ö.	Fetal ve Neonatal Dönemde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlara İlgili Kararı Verme Süreçlerinin Elik Analizi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Kurul Değerlendirme Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.


Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip T.Ü. Genel
İç Hastalıkları BD Başkanı

HİZMETE ÖZEL

EK 5. TEZİN ADININ DEĞİŞİMİ-ENSTİTÜ KARARI



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 27.04.2017
Toplantı Sayısı : 10 (08)
Karar Sayısı : 0000172

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi Gamze ÖZBEK GÜVEN'in tez başlığını değiştirme önerisi.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27.04.2017 tarih 10 (08) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı ve Soyadı	Statüsü	Tez Başlığı Değişirme Önerisi
Gamze ÖZBEK GÜVEN	Doktora	Eski Tez Başlığı: Fetal ve Neonetal Dönemde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlarla İlgili Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi Yeni Tez Başlığı: Prenatal Dönemde Saptanan Anomalilerle İlgili Gebenin Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi.


Aslan PEHLİVANLI
Enstitü Sekreteri

YÖNETİM KURULU

İmzalı

Prof.Dr.Ömer AZAL
Enstitü Müdürü

İmzalı

Prof.Dr. Yalçın ÖZKAN
Üye

İmzalı

Prof.Dr. Ali ALBAY
Üye

İmzalı

Prof.Dr. N.İşıl SAYGUN
Üye

İmzalı

Doç.Dr. Mehmet ÇETİN
Üye

İmzalı

Doç.Dr.Simel AYYILDIZ
Üye

8. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : GAMZE ÖZBEK GÜVEN
Doğum yeri ve tarihi : Polatlı-21.02.1980
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim e-mail adresi : gamzeozbekguven@gmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II-Eğitimi

Doktora (2013 - 2019) :Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Tıp Tarihi ve Deontolojisi.

Yüksek Lisans (2006 - 2008) :Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Hastane Enfeksiyonları.

Lisans (1999 – 2003) :Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik

Önlisans (1997 – 1999) :Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Meslek Yüksek
Okulu

III-Ünvanları

2019 - Bilim Doktoru (PhD)

2008 - Bilim Uzmanı (MSc)

IV-Mesleki Deneyimi

2016-Halen : Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi

2006 – 2016 : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Enfeksiyon Kontrol Komitesi

1999 - 2006 : Gülhane Askeri Tıp Akademisi VIP Kliniği Klinik ve Eğitim Hemşiresi

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Biyoetik Derneği, Türk Hemşireler Derneği, Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü
Derneği

VI-Bilimsel İlgi Alanları

Tıp Tarihi ve Tıp Etiği, Hastane Enfeksiyonları, Hemşirelik

-Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

YILMAZ GÖREN Ş, ÖZBEK GÜVEN G (2018). Hemşirelik tarihi ve etik anabilim dalı
kurulması için önemli bir adım I. Uluslararası & III. Ulusal hemşirelik tarihi kongresi
izlenimleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5(3):108-109.

GÜVEN ÖZBEK G (2018). Miss evers' boys filmi analizi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, s.:32-34. doi: 10.5505/tjob.2018.04127.

YURDAKUL ES, GÜVEN ÖZBEK G (2013). 19. yy. sonlarında osmanlı imparatorluğu ordusunda ve diğer dünya devletleri ordularında asker alımına bakış, osmanlı ordusunda asker alımında uygulanan sağlık prensipleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6):709-714.

GUL HC, KARAKAŞ A, ARTUK C, ÖZBEK G, KILIÇ S, EYİĞÜN CP (2011). Antibiotic usage and appropriateness at a university hospital in turkey: point prevelans results. *Nobel Medicus*, 9(3): 98-103.

-Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

GÜVEN ÖZBEK G (2018). Mahşerin Dördüncü Atlısı Kitabının Tıp Tarihi Açısından Değerlendirilmesi. I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Sözlü Sunum)

YILMAZ Ş, GÜVEN ÖZBEK G (2018). Hemşirelik Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Kurulması Serüveni. I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Sözlü Sunum)

YILMAZ Ş, GÜVEN ÖZBEK G (2018). Hemşirelik Lisans Müfredatlarında Hemşirelik Tarihi Eğitimi. I. Uluslararası ve III. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Sözlü Sunum)

YURDAKUL ES, GÜVEN ÖZBEK G (2012). 19. yy. Sonlarında Osmanlı İmparatorluğu Ordusunda ve Diğer Dünya Devletleri Ordularında Asker Alımına Bakış, Osmanlı Ordusunda Asker Alımında Uygulanan Sağlık Prensipleri. 12. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi, İstanbul. (Sözlü Sunum)

GÜVEN ÖZBEK G, UÇAR M, KESKİN U, YENEN M (2016). Anensefalik Bebek ve Organ Nakli, Bir Deneyim. IX. Biyoetik Derneği Sempozyumu, Ankara. (Sözlü Sunum)

GÜVEN ÖZBEK G (2017). Eğitim Merkezlerinin Beklentisi. Sağlık Bakanlığı Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Eğitim Merkezleri Koordinasyon Toplantısı, Ankara. (Sözlü Sunum).

YURDAKUL E.S, KARAGÖZ E, GÜVEN ÖZBEK G (2014), Globalleşen Dünyada Hekim Andına Bir Yaklaşımın Etik Değerlendirmesi. Tıp Etiği Hukuku Sempozyumu, Van. (Poster Bildiri).

UCAR, M, KURT E, YURDAKUL ES, ERSOY M, NAMAL F, ÖZBEK GÜVEN G (2014). Which Topics Should Included in Nurses Clinical Ethics Education and How It Should Be Educated; Results of an Application in Gulhane Military Medical Faculty Education and Research Hospital. IAEE. Ankara. (Poster Bildiri)

YURDAKUL ES, GÜVEN ÖZBEK G, KURT E, ATAÇ A (2012), Codes of Ethics Across the Turkish Medical Associations. IAEE, Pittsburgh. (Poster Bildiri)

ÖZBEK G, GÖRENEK L, AÇIKEL C (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Hastane Enfeksiyonlarının Maliyet Analizi. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 14(1):172. (Poster Bildiri-Birincilik Ödülü)

ILHAN H, COSKUN O, GUL C, ÖZBEK G, KILIC S, EYIGUN C (2013). Assesment of Nosocomial Urinary Tract Infectious in a University Hospital in Turkey. 13th Congress of The International Federation of Infection Control, ADECI. Buenos Aires.(Poster Bildiri)

VII- Bilimsel Etkinlikler

-2013 Yılı Ankara GATA Hemşirelik Haftasında. “Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ve Hemşirelik” konulu panelde panelist.

-Cerrahi Hemşireliği Ankara Sempozyumu/Ankara 28.09.2018 “ADSM’lerinde Enfeksiyon Kontrol Önlemleri ve Çözüm Önerileri” konulu sunumda konuşmacı.

-DAS Sertifikalı Eğitim Programı. 31.10.2018. ”Kontamine Aletlerin Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) Teslimi, Alet Özelliklerine Göre Yıkama Dekontaminasyon” konulu sunumda konuşmacı.

VIII- Diğer Bilgiler

-“Yaşam Ellerimizde” Gülhane El Hijyeni Günleri Sekreteryası. 07.05.2018./ Gülhane EAH, Ankara.