

FETUS HAKLARI

Prof. Dr. Murat Yayla

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Bölümü, İstanbul, Türkiye
myayla99@yahoo.edu.com

Her kültürün gebelik ve doğum ile ilgili çeşitli görüşleri, kalıpları vardır. Tıbbi kavramlar ise sürekli değişim içindedir. Batı toplumunda bir yandan medikal otoritenin zayıflaması, diğer yandan yasa yapıcı-uygulayıcı otoritenin gittikçe kuvvetlenmesi sonucunda, hasta-hekim ve hasta-toplum ilişkileri değişmiştir. Bu durum, kendi haklarını savunma kapasitesine sahip olmayan fetus için daha da karmaşıktır. Ulusal ve uluslararası kesin kuralların olmadığı bu konuda hekimlerin tutumlarının ne olduğunun tam olarak bilinmemesi de zaman zaman karmaşık sorunlara yol açmaktadır.

Fetus Hakları

Dünyada henüz fetus hakları konusunda imzalanmış bir belge yoktur. Birçok ülke tarafından 1989 yılında kabul edilen "Çocuk Hakları Sözleşmesi"nin 5. maddesinde fetus ile ilgili gözetme yetkisinin anne ve babada olduğu, 6. maddesinde fetusa yönelik kriminell abortusların azaltılması gerektiği ve özürlü yeni doğanların da diğer bebekler gibi haklara sahip oldukları vurgulanmış, ancak gebelik sonlandırması ile ilgili kesin yaklaşımlardan kaçınılmıştır.¹

Anne otonomisini dikkate alan toplumlarda gebelik süresince annenin istekleri ön planda tutulmaktadır.² Bu durumda anne adayı yasaların elverdiği ölçüde fetus üzerinde hak ve söz sahibi olabilmekte ve doğum öncesinde medikal olanakları kendi isteği doğrultusunda yönlendirebilmektedir. Ancak günümüzde fetal tıptaki gelişmeler (intrauterin girişimler ve tedavi seçenekleri) sayesinde fetus da bir hasta gibi tanı ve tedavi imkanlarından yararlandırılabilir. Diğer bir deyişle, annenin istekleri her zaman tıbbi gerçeklerle uyusmayabilmektedir. Anne hakları ile fetusun çıkarları çatışınca hekim bir ikilem ile karşılaşmakta ve çözümü zor durumlar ortaya çıkmaktadır.²

Günümüzde fetusun hakkı hangi durumlarda tartışma konusu olabilmektedir?

1. Gebeliğin sonlandırılması,
2. Cinsiyet ayrımcılığı,
3. Selektif olmayan çoğul gebelik sonlandırmaları,
4. Konjenital defektlerde 3. trimesterde gebeliğe son verilmesi,
5. Doğum öncesi tedavi edilebilir fetus hastalıkları,
6. Tedavisi deneysel düzeydeki hastalıklar,
7. Donör fetus,
8. Dondurulmuş embriyo,
9. Embriyo üzerinde laboratuvar çalışmaları,
10. Donör babalık ve taşıyıcı annelik.

Doğmamış bebek üzerinde anne mi, baba mı, çocuklar da dahil tüm aile mi söz sahibi olabilir? Yoksa toplum adına resmi otorite veya onun adına gebeyi takip eden hekim mi söz sahibidir? İşte yasalarda ve tıp çerçevesinde sınırları tam olarak belirlenmemiş bu kavramları inceleyen alan "Fetal Etik" tir. Moral kaynaklar

etik değerler ile karıştırılmamalıdır. Etik kurallar açık, net, tutarlı ve uyumlu olup, moral değerlere uygulanabilir kavramlardır. Eğer rasyonel yaklaşım sonuçları üzerinde bir anlaşmaya varılabilirse, özellikle medikal açıdan uluslararası etik kavramının temeli de atılmış olabilir. Medikal etik moral çoğulculuktan hareket ile gerçekçi ve bilimsel temeller üzerine oturur³

Batı toplumunda geçtiğimiz yüzyılda, hastaların kendileri hakkındaki görüşlerinin öncelikle önemli olduğu, bunun en az hekimlerin düşüncesi kadar dikkate alınması gerektiği kabul edilmiştir. Diğerlerinin otonomisi olarak adlandırılabilir bu yaklaşım bizleri şu etik prensiplere uymaya mecbur etmektedir³:

- a) İnsanların değer ve inanışlarına ve bu inanışlar doğrultusunda karar vermelerine saygı gösterilmelidir,
- b) Bu tercihlere müdahale edilmemelidir,
- c) İfade özgürlüğü ve gerekenin yerine getirilmesinde onlara yardımcı olunmalıdır.

Obstetrik etikte yaklaşım modelleri

1. Gebe kişinin otonomisinin tanınması: Bu modelde anne adayının hakları ve yararlanması fetusa göre önceliklidir. Anne kendisi için en uygun yaklaşımı kendisi seçer. Hekim bu karara saygı göstermelidir, ancak son karar kendi inanışlarına ters düşüyor ise hastasını terk edebilir ve başka bir meslektaşına gönderebilir.^{3,4}

2. Fetusun yaşam hakkının tanınması: Fetusa zarar verebilecek her türlü girişimden annenin istek ve kararlarına rağmen kaçınılır.³

İlk yaklaşım kürtaja, cinsiyet ayırımına ve konjenital anomalili bir fetusun optimal şartlarda doğurtulmamasına izin verirken, ikinci yaklaşım hepsine karşı çıkabilmekte ve fetusu dokunulmaz kılmaktadır.

3. Hem anne hem de fetusun haklarının gözetilmesi: Fetus kendi haklarını savunabilecek yapıya kavuşmamış bir canlıdır. Kendi otonomisi yoktur. Obstetrik bakım ise yararlanma prensibi üzerine kurulmuştur. Bu nedenle gerekiyorsa fetus da bir hasta olarak kabul edilir ve bakıma gereksinim duyan bir kişiye nasıl yaklaşıyorsa ona da öyle yaklaşılır. Ancak, doğduğu zaman yaşayabilecek olan bir fetus hasta olarak kabul edilmelidir. Yaşama şansı olmayan bir fetus ise sadece annesinin özgür iradesi ile hasta olarak kabul edilebilir.^{3,4}

Yine de bazı durumlarda anne ve fetus ile ilgili çıkarlar veya sorun çözümlemeleri ters düşebilmektedir. Anne adayının da taşıdığı fetusa karşı annelik ile ilgili moral sorumluluklara sahip olduğu unutulmamalı, belirsiz durumlarda aile bu belirsizlikten haberdar edilmeli ve kararlarını vermelerinde özgür bırakılmalıdır.

Karşılaşılan sorunlar

Kişi haklarının ön planda tutulduğu ABD gibi ülkelerde, fetus ile ilgili sorunlarda karar verme hakkı öncelikle annededir. Etik sınır zorlandığı takdirde, toplumsal baskı ve kamuoyu tepkisi kaçınılmaz olmakta, yapılan medikal hatalarda ise kanunlar ve onun savunucuları biraz da acımasızca devreye girmektedir. Avrupa'da ise hekim-hasta ilişkileri daha makul bir düzeyde bulunmakla birlikte bu konuda tam bir fikir birliği yoktur.⁵

Özellikle genetik bilimi ile ilgili deneyimleri az olan diğer hekimlerin kendilerine danışan hastalarını yönlendirici şekilde davrandıkları dile getirilen başka bir gerçektir. "Bu gebeliği derhal sonlandırın" veya "Doktorumuz bize başka çocuk yapmamamızı söyledi" gibi ifadeler genetik danışma merkezlerinin yabancı olmadıkları konulardandır.⁶ Hekimin görevi, başkalarının yaşamı hakkında talimat vermek yerine insanlara kendi kararlarını verebilecekleri verileri sağlamak olmalıdır. İnsanların kendileri tarafından taşınmaları gereken sorumluluğu hekimler üstlenmemelidirler.⁶

Kişiler evde veya uygun ortamda yardımsız, kendi kendine doğum hakkını kullanabilirler mi? Fetusu için tedaviyi reddeden anne mahkeme kararı ile buna zorlanmalı mıdır? İlaç-uyuşturucu bağımlılığı olan anneler son trimesterde hastaneye yatırılmalı mıdır? Alkol ve sigara bağımlılarına da böyle zorlayıcı bir uygulama söz konusu olabilir mi.⁷ İkizlerden birinde anomali saptanırsa selektif gebelik sonlandırması yapılmalı mıdır? Üçüz ve daha fazla multipl gebeliklerde fetal redüksiyon yapılmalı mıdır? Yapılacaksa fetus sayısı kaç indirilmelidir? Preimplantasyon genetik çalışma ile bir kanser geni saptanması durumunda veya olası bir psikoz riskinde aile bundan haberdar edilmeli mi veya bu blastosistin transferinden vazgeçilmeli midir? Fetüsler üzerinde bilimsel araştırma yapılabilir mi? ... Günümüzde bu gibi soruları çoğaltmak mümkündür.

Aslında gelecek nesillerin sağlıklı olmasını amaçlayan "prenatal tanı" sonrasında tek seçeneğin gebelik sonlandırması olduğu durumlarda bazıları bunun ailenin yararına bir cezalandırma olduğunu ileri sürerken, diğerleri bunun bir nevi fetus ötenazisi olduğunu belirtmişlerdir. Yüksek düzeydeki medikal bilgi birikimi belki de hastalık adayı olan bir canlıya karşı hata işlenmesine neden olmaktadır.⁷

Obstetrik yaklaşımda annenin ihtiyaçları ve istekleri ön plana çıkarken, pediatrik yönden ön planda bebeğin çıkarları düşünülmektedir. Etik kriterler bu sorunlara her zaman çare bulamamakla birlikte bazı durumlarda yardımcı olabilmektedirler. Bu nedenle prenatal dönemde olmasına rağmen fetus da bir hasta olarak kabul edilmeli ve tedavi edilmeye çalışılmalıdır. O halde fetus ne zaman hasta olarak kabul edilmelidir? Buna birçok uzmanın verdiği cevap "yaşama kabiliyetini kazandığı zaman" şeklindedir. Bu kapasiteden mahrum olanların ise ancak annelerinin isteği doğrultusunda hasta olarak kabul edilebilmeleri mümkündür. Gebeliğin son trimesterinde olup yaşama kapasitesine sahip olmayan fetuslar hasta olarak kabul edilmemelidirler.^{8,9} Burada önemli olan bu tip fetusların tanılarının doğru olarak konabilmesidir. Doğru tanı, doğru etik kararlara yardımcı olur.⁵ Karar verme aşamasında yardımcı olabilecek kavramlar şunlardır:

- Konsültasyon (yapılabilecek hataları azaltır),
- Genel olarak benimsenmiş olan etik kurallara uyulması,
- Açıklamanın tam yapılması ve gizliliğe saygı gösterilmesi ,
- Benzer durumlarda verilmiş karar örneklerinin dikkate alınması,
- Süreç sonunda verilmiş olan karar veya kararların tekrar gözden geçirilmesi.²

Gebelik sonlandırmaları ve karşılaşılan sorunlar

Bu sorun yıllarca toplumları çeşitli yönden ilgilendirmiş, birçok kere tam "artık halledildi" denirken başka bir boyutta tekrar gündeme gelmiştir. Terapötik gebelik sonlandırmasının biyolojik, psikolojik, sosyolojik, politik, etik ve legal yansımaları vardır. Burada uygulayıcının tecrübesi, dünya görüşü, tıbbi eğitim düzeyi, hastasının fizik, sosyal ve psikolojik durumuna hakimiyeti, yapacağı uygulamada önemli rol oynamaktadır.¹⁰ Ayrıca bu tip kararların verilmesinde doğum uzmanının yanı sıra diğer uzmanlık alanlarının da görüşleri önem kazanabilir.¹¹ Son karar verilirken kurtarılabilecek hayatın kalitesi ve süresi, verilecek uzun tedavi uğraşı, yasal sınırlar ve toplumsal beklentiler dikkate alınmalıdır.

Chervenak ve ark¹² 1980'li yıllarda terme kadar ulaşmayacak gebeliklerde, nörolojik sekelli doğabilecek fetuslarda gebeliğin sonlandırılmasını önermekte idiler. Yine o yıllarda gebeliğin 3. trimesterinde etik olarak sonlandırılabilen anomali sadece anensefali idi¹ Daha sonraki yıllarda buna triploidinin de eklenmesi önerilmiştir.³ Bu listeye trisomi 13 ve 18 ile, alobar holoprosensefali, hidranensefali, renal agenezi, tanatoforik displaziye de ekleyenler vardır.⁴ Günümüzde, yaşama şansı olmayan bu gibi fetusların gebeliğin 3. trimesterinde bile olsalar hasta olarak kabul edilmemelerini savunanların yanı sıra, gebeliğin son trimesterinde bulunan tüm fetusların sonlandırılmalarının etik açıdan doğru olmadığını belirtenler de vardır.⁹ Ancak bu gibi durumlarda genel etik yaklaşım sonlandırma yönündedir.⁴ Eğer fetusun durumu anne hayatını tehlikeye sokuyorsa o gebelik hangi haftada olursa olsun sonlandırılmalı, annenin buna muhalefeti durumunda ise yasalar devreye girmelidir.^{3,5}

1996 yılında Hollanda'da yapılmış bir çalışmada, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %94'ünün 3. trimesterde gebelik sonlandırıdığını belirlenmiştir.¹³ Geç sonlandırmaların nedeninin prenatal tetkiklerdeki yalancı negatiflikten ileri geldiği bildirilmektedir. Özellikle gebeliğin 24. haftasından itibaren yapılan sonlandırmaların yasal problemlere yol açabileceği ileri sürülmektedir.¹⁴ Diğer yandan bazı anomalilerin seyrinin zamanla değişebildiği ve geç sonlandırmaya izin verilmesi durumunda bazı lüzumsuz erken müdahale ve sonlandırmalardan kaçınılabileceği de ileri sürülmüştür.¹⁵

Anomalinin ağır değilse, gebelik haftası ileri ise, fetus sayısı birden fazla ise, gebeliği sonlandırma taraftarları azalmaktadır. Özellikle multifetal gebeliklerde selektif gebelik sonlandırmasına, birinci trimester sonlandırmalardan daha fazla muhalefet edilmektedir.¹⁶

Diğer bir sorun, evdeki hasta bir çocuğa doku transplantasyonu amacı ile planlanmış gebeliklerdir. Yedek olarak oluşturulan bu fetus hangi sınıra kadar kullanılabilecek, veya uymayan HLA durumunda ne zaman sonlandırılabilir? Bu soruların cevapları gerçekten çok düşündürücüdür.^{5,17}

Fetal anomalilerin gebelik sırasında çözömlenmesi

Konjenital anomalisi olan fetusların 6 ana başlık altında sınıflandırılabilirler, bunun gebelik sonlandırmasında yol gösterici olabileceği ileri sürölmüştür:¹¹

1. Tam iyileşme ihtimali kuvvetli olanlar,
2. Normale yakın hayat sürölmesine olanak tanıyan anomaliler,
3. Sürekli izleme ve veya medikal tedavi gerektirecek malformasyonlar,
4. Kalıcı ve normalin altında mental gelişim gösterecek problemler,
5. Kalıcı ağır özürlük ve mental defekt gösterecek problemler,
6. Hayat ile bağdaşmayacak anomaliler.

Bu tip gebeliklerin ne zaman ve nasıl sonlanacağı konusunda aşağıdaki kriterlerin dikkate alınması yol gösterici olabilir.^{3,5,18}

1. Fetus için az da olsa bir şeyler yapılabilirse agresif (aktif) yaklaşım benimsenebilir: fetusu hayatta tutacak hiçbir şeyden kaçınılmaz, normal fetuslara uygulanan prosedür bunlara da uygulanır,
2. Fetus için hiçbir şey yapılamıyorsa agresif olmayan (pasif) yaklaşım benimsenebilir, fetus lehine hiçbir şey yapılmaz,
3. Fetus için çok az bir şey yapılabilirse: aile isteğine göre pasif veya aktif izlem yapılabilir,
4. Yaşama kapasitesi kazanmadan önce gebelik sonlandırması yapılır.

Aktif yaklaşıma örnek verilecek olursa RH izoimmunizasyonunda intrauterin transfüzyon, üriner şant operasyonları, çoğul gebeliklerde selektif gebelik sonlandırmaları gösterilebilir. Deneysel yaklaşımlar ise fetus ve anne için tehlikeli olabilir ve pasif yol seçilebilir. Bilgi ve tecrübe birikimi ile zaman içinde bu örneklerin çoğalması veya mevcut örneklerin azalması beklenmelidir.⁵

Her yöntemin kendi içinde sorunları vardır. Ayrıca etik olarak doğru kabul edebileceğimiz uygulamaların bir kısmı bazı ölkelerde ekonomik ve tıbbi gerçekler ile ters düşebilmektedir. Örnek olarak, yeni doğan ünitesi olmayan birimlerde canlı doğum amaçlı immatür veya ağır prematüre olgulardaki sezaryen uygulaması verilebilir. Bu durumlarda uygun merkeze intrauterin transportun gerçekleştirilmesi etik bir yaklaşım seçeneğidir.

Sonuçta önleyici (prevantif) etik kavramı orta yolu bulmada yol göstericidir. Obstetrik uygulamada tartışma ve ikna yollarını kullanarak aile veya anne ile karşılıklı kabul görebilecek planlar üretilmeli ve uygulamaya geçirilebilmelidir.

Türkiye’de durum

Hayatın ve şahsiyetin başladığı anı belirleme imkanı var mıdır? Gerek biyolojik, gerek sosyal, gerekse hukuk açısından böyle bir sınırın belirlenmesinde fayda vardır. Türk Medeni Kanununun 27. maddesinde "kişinin şahsiyetinin" sağ olarak doğduğu andan itibaren başladığı belirtilmiştir.¹⁹ Aynı kanunda "medeni hakkın" implantasyonla başladığı da vurgulanmıştır. Yani bir embriyo dahi medeni haklara sahiptir. Anlaşıldığı gibi her fetusun, sağ doğma koşulu ile medeni haklardan istifade etmesi kanunla korunmuştur. Ancak fetusun sağ doğmasını engelleyen herhangi bir fiil (gerekli olan tedavinin yapılmaması) söz konusu ise, fetusun sağ doğma hakkı elinden alınarak, anayasal ya da medeni haklardan istifadesi engellenmiş olmaktadır.

Medeni kanun madde 524’te "Cenin sağ olarak doğarsa mirasçı olur. Ölü doğan çocuk mirasçı olamaz" denmektedir.¹⁹ Aynı kanunun 584. maddesinde: "Mirasçılar arasında cenin varsa, taksim, doğmasına bırakılır" denmektedir.¹⁹ Eğer bir fetus hasta ise medikal yönden iki seçenek vardır. Ya gebelik sonlandırılacak veya fetus tedavi edilecektir. Sonlandırmada hasta olacak diye şahıs olma yetisine sahip olan bir canlının hakları elinden alınabilmektedir. Gebeliğin bu gibi durumlarda nasıl sonlandırılabilir kanun ile belirlenmiştir.²⁰ (Nüfus Planlaması Hakkında 2827 numaralı Yasa. 1983). Ancak hangi durumlarda tedavinin mümkün olabileceği ve hangi tip gebeliklerin sonlandırılmasının gerektiği yönünde herhangi bir uyarı ve öneri yoktur. Örnek verilecek olursa, ne orta ve ne de uzun dönemde yaşam şansı olmayan anensefal bir bebek canlı doğup birkaç gün veya hafta süresince yaşayabilir. Günümüz için yaşam şansı olmayan bir bebek yine canlı doğup, kayıtlara canlı olarak geçip birkaç saat içinde beklendiği gibi kaybedilebilir. Böyle durumlarda bu bebekler ve ölümlerinden

sonra anneleri mirasçı kabul edilebilir. Bu durumda gebeliğin sonlandırılması annenin dolaylı haklarına engel olurken gebeliğin devamı ve doğumdan sonra suni yaşatma çabaları toplumsal çıkarları zedeleyebilir. Demek ki kişinin "sağ" doğması yeterli olmamakta, "yaşayabilir" olarak dünyaya gelmesi gerekmektedir.

Medeni Kanun madde 298'de ise: "Mahkeme evlilik haricinde bir doğumdan haberdar olduğu veya böyle bir gebelik ana tarafından kendisine haber verildiği takdirde, çocuğun menfaatlerini sıyanet etmek üzere, hemen bir kayyım tayin eder" demektir.¹⁹ Yine Medeni kanun madde 377'de : "... veya ceninin menfaati için lüzum görülürse kayyım tayinine mecburdur" denmiştir.¹⁹ Görüldüğü gibi, gerekli olan hallerde mahkemeye, fetusu korumak amacı ile re'sen karar verme yetkisi verilmektedir.

Anayasanın 41. maddesi "Ailenin huzur ve refahı, anne ve çocukların korunması ve aile planlaması" temeli üzerine kurulduğu için, kalıtsal veya konjenital bir hastalık varlığının bu konumu tehdit edebileceği, bu durumun gebelik sonlandırması ile çözülmesi gerekebileceği ileri sürülmüştür.²⁰

Nüfus Planlaması Hakkında 2827 numaralı yasanın "Gebeliğin Sona Erdirilmesi" ile ilgili bölümüne baktığımızda: "Gebeliğin 10. haftasına kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir" denmektedir.²¹ Aynı yasa "gebelik süresi 10 haftadan fazla ise rahim, ancak, gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir" diye devam eder. Kanun maddesinde daha sonra özetle "acil durumlarda kadın hastalıkları ve doğum uzmanının tek başına da bu kararı verebileceğinden" bahsedilmekte, ancak "işlem sonrası 24 saat içinde gerekli belgeleri hükümet tabipliği veya sağlık müdürlüğüne ivedi olarak ulaştırması" gerektiği vurgulanmaktadır. Acil duruma yol açacak şartlar, müdahale yeri ve koşulları, belgelendirme gibi konular ilgili tüzükte yer almıştır (*Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük*).²² Kişinin kendisi ve evli ise eşi bir izin belgesi imzalamış olmalıdırlar. Acil durumlarda izin şartı aranmamaktadır. Bu tüzükte yer alan 2 sayılı listede 10. gebelik haftasından sonra rahim tahliyesi (gebelik sonlandırması) gerektiren hastalıklar ve durumlar 14 madde halinde belirlenmiştir.

Özetleyecek olursak: eğer bir gebelik ürünü anne adayının hayatına veya onun hayati organlarından biri için tehlike oluştuyorsa, kadının gebe kalmamasını gerektiren bir hastalık varsa, genetik geçişi önlenemeyen bir hastalık söz konusu ise, anne sağlığı ciddi şekilde tehlikede ise taşınan fetus tıbben alınabilir. Ayrıca fetusun normal gelişimini tamamlamasının mümkün görülmediği, ağır bir maluliyet ile doğacağı kesin olarak saptanırsa, bu durumda yine tıbbi tahliye yapılabilmektedir. Düzenlenmiş olan bu yasada tıbbi tahliye için bir "sınır" verilmemiştir. Gebeliğin herhangi bir döneminde tahliye yapılabilmektedir.

Nüfus Planlaması Hakkında 2827 numaralı yasanın 468. maddesinde özetle "... kadının rızası olup ta, çocuk eğer 10 haftadan fazla ise ve çocuğu düşürmede hiçbir zaruret yoksa, düşürtene 2-5 yıl hapis cezası ve aynı ceza kadına da verilir" denmiştir . Madde 469'da ise: "Eğer bir kadın 10 haftadan fazla olan çocuğunu kendi isteği ile düşürürse, ona 1-4 yıl hapis cezası verilir" denmiştir. Anayasal ve kanuni hak ve sorumluluklar dikkate alındığında, yasalarımızda fetusun gebeliğin daha ilk günlerinden itibaren koruma altına alındığı anlaşılmaktadır.

Günümüzde fetus ile ilgili mediko-legal ve etik problemlerin gebeliğin daha çok 10. haftasından sonra yaşandığı göz önüne alınırsa, gerek ilgili yasanın, gerekse ilgili tüzüğün yeterliliği tartışmalıdır. Bilindiği gibi, ilgili tüzük içinde yer almayan maddelere dayanılarak medikal yönden haklı veya haksız şekilde birçok gebelik sonlandırılmakta, etik yanlışlar yapılmaktadır. Yasanın gebeliğin sonlandırılması bölümünde yer alan bazı maddelerin yoruma açık olması medikal uygulayıcıya zaman zaman geniş hareket alanı yaratmaktadır. Bunların başında gelen "Doğum ve Kadın Hastalıklarına ait Nedenler" ile "Konjenital Nedenler" günümüz için yetersiz hatta hatalı kalmışlardır^{23,24}. Yasanın sınır koymadığı veya koyamadığı bu durumda "fetal etik" devreye girmelidir. İlerleyen senelerde, yeterli bilgi birikimi de sağlandıktan sonra, birçok yönden kavram kargaşası yaratan bu gibi durumlar için yeni bir yasal düzenleme yapılmalıdır.

Ülkemizde gebeliğin 3. trimesterinde prenatal tanı sonrasında yaşamla bağdaşmadığı düşünülen, ağır malformasyonu olan fetusların gebeliğin sonu beklenmeden sonlandırıldıkları bildirilmiş, hatta bir kısmının doğum eylemi sırasında feda edildikleri anlaşılmıştır²⁵. Nitekim anomali olgularının büyük bir bölümünde müdahale edilen gebelik haftası literatürde etik olarak benimsenenden daha ileridedir²⁵. Yapılmış olan çalışma ve olgu sunumlarından, fetusun yaşam olasılık sınırı olarak 26-28 gebelik haftalarının alındığı, bu haftalara kadar olan süre içinde gereken olgulara gebelik sonlandırmasının daha rahat yapıldığı anlaşılmaktadır.²⁵

Ülkemizdeki farklılığın sebebi, birçok yeni doğan ünitesinde 28. haftadan önce fetal yaşam şansının (olasılığının) düşük olması ve gebeliklerin buna güvenilerek geç dönemde de sonlandırılabilmesidir. Ayrıca ultrasonografi ile izlemeye rağmen bazı anomalilerin saptanma yaşının abortus sınırını geçmesi, bu durumda prenatal tanıyı yapan hekim ve başından beri böyle bir durumla karşılaşmak istemeyen ailenin gebeliğe devam etme ile sonlandırma arasında ikilem yaşamasına neden olmaktadır.²⁴ Aslında erken doğurtulma ile bebeğin yaşam şansı azaltılarak bir nevi ölüme sebep olunmaktadır. Dolayısı ile, özellikle abortus sınırı olarak kabul edilen 22. gebelik haftasından sonra, fetusun sağ ve sağlıklı, doğru zamanda ve doğru yöntemle doğurtulması hakkı bir şekilde ihlal edilmektedir.²⁴ Yine de bazı merkezlerimizde gebeliğin son trimesterinde postpartum tedaviye olanak sağlayacak medikal girişimlerin yapıldığı ve ailelerin isteğine rağmen gebeliğe müdahale edilmediği de yapılmış olan yayınlardan anlaşılmaktadır.²⁵ Bulunan her türlü malformasyon veya defekt öncelikle sonlandırma seçeneğini akla getirmemeli, tam tersine öncelikle bir tedavi şansının olup olmadığı araştırılmalıdır. Eğer, yaşamla bağdaşmayan anomaliler bir gerekçe olarak gösterilmek istenirse, ki bunların sayısı zannedildiği kadar fazla değildir, bu anomalileri daha erken gebelik haftalarında tanıyabilmek olasıdır. Bu nedenlerle, ülkemizde özellikle obstetrik ultrasonografi eğitimi ve tarama programları desteklenmeli ve geliştirilmelidir.²⁶

Ülkemizde fetal etik konusunda yapılması gerekenler

Yasalarımıza dikkat ettiğimizde, tıbbi tahliye için bir sınır verilmediği ortaya çıkmaktadır. Yapıldığı ilk yıllarda iyi niyetli bir yaklaşımla tamamen anne mortalitesini azaltmak amacı ile yapılmış olan kanuni düzenleme, günümüzde yaşam şansı bulabilecek fetusların evrensel boyutta kabul edilemeyecek bir şekilde zamansız sonlandırılmalarına olanak tanımaktadır. Bu nedenle ülkemizdeki doğru ve yanlış uygulamalar ortaya çıkarılmalı, mevcut yasal durum ve yarattığı sakıncalar ilgili platformlarda vurgulanmalı, dünyadaki gelişmelere paralel olarak yeni bir yasa taslağı ile ulusal gebe takip programı hazırlanmalı, yürütme yöntemi şu şekilde yapılandırılmalıdır.²³⁻²⁶

1. Gerek temel gerekse tıp eğitimi sürecinde fetal etik konusu tüm öğrencilere vurgulanmalıdır.
2. Her fetus sağ ve sağlıklı doğma hakkına sahip olduğundan, gebelik sırasında rutin takip hizmeti ülke gerçekleri doğrultusunda standardize edilmeli, anne ve fetus sağlığı üst düzeyde tutulmalıdır.
3. Gebelik takiplerini yapacak kişilerin sürekli eğitimi sağlanmalıdır.
4. Üniversite, eğitim hastaneleri ve bölge hastanelerinde mutlaka bir "Perinatoloji Ekibi" oluşturulmalı, ekipte yer alacak uzmanın sahip olması gereken bilgi ve beceri düzeyi tanımlanmalıdır.
5. Klinik yaklaşımda olayı belirlemek, analiz etmek ve çözmek ancak etik konsültasyon ile mümkündür. Sonlandırma yapılacak kliniklerde mutlaka etik bir kurul oluşturulmalıdır.
6. Her gebelik sonlandırması olgusu gerekçe ve dokümanları ile, önce bölgesel, daha sonra ulusal bir merkezde toplanmalıdır. Bu yöntemle kanun ve etik kurallar çalıştırılarak fetusun hakları korunmalıdır. Bildirimde bulunmayanlar için ağır müeyyideler konulmalıdır.
7. Merkezi otorite, sivil toplum örgütleri ile işbirliği halinde olmalıdır.
8. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun 5. maddesine dayanılarak hazırlanmış olan 1983 tarihli "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" yeniden düzenlenmelidir. Bu tüzüğün 4. bölümündeki "2" sayılı listede yer alan "rahim tahliyesini gerektiren hastalıklar ve durumlar" bölümüne fetusu ilgilendiren diğer maddeler eklenmeli, gereksiz olanlar çıkarılmalı, tıptaki olası gelişmeler göz önüne alınarak yeni düzenlemeler yapılmalıdır.

Sonuç

Gebelik bir bütündür ve anne ile fetus bu bütünün parçalarıdır. Anne ve fetus ayrı hakları olan iki ayrı kişi olarak ele alınmamalıdır. Fetusu koruyacak her türlü girişim gebelikte öncelikle annenin kararlarına saygı gösterilerek yapılmalıdır. Anne adaylarının sağlık, kişilik ve insanlık hakları gebelik sonuna ertelenmemelidir. Prenatal tanı ile ilgili yapılabilecek her şey fetusun yaşama sınırından önce tamamlanmış olmalıdır. Ancak gerektiğinde anne adayına taşıdığı fetusa karşı kişisel sorumlulukları olduğu hatırlatılmalıdır. Yaşam sınırını geçmiş her fetus artık hasta olarak kabul edilmeli ve ailenin gebelik sonlandırması yönündeki telkinleri ön plana çıkarılmamalıdır. Kısa ve uzun vadeli yeni tedavi yöntemleri iyi bilinmeli, çözümü olan durumlarda yanlış endikasyon ile gebelikler sonlandırılmamalıdır. Her türlü karar öncesinde konsültasyon ve etik kurul danışmanlığına baş vurulmalı, disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

Fetusu korumanın yolları: uygun yasal düzenleme ve denetim mekanizmalarının işletilmesi yanında, eğitim programları ile kadının durumunun iyileştirilmesi, annelik ve çocuk sağlığı programlarının yaygınlaştırılması, gebelik komplikasyonlarından korunmayı amaçlayan araştırma ve hizmetlerin desteklenmesinden geçmektedir. Özellikle doğum hekimlerin unutmamaları gereken nokta, prenatal tanı ve gebelik sonlandırması işlemlerini yapabilecekleri, bunların hepsinin günümüz şartlarında yasal olabileceği, ancak etik olarak kabul görmeyebileceğidir.

Kaynaklar

1. Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child. Unicef 1999, pp: 1-315
2. Elias S, Annas GJ: Ethical and legal issues. In Gleicher N (Ed) Principles and practice of Medical Therapy in Pregnancy. Appleton&Lange, Norwalk 1998, pp:207-12
3. Chervenak FA, McCullough LB: Ethical issues in obstetric ultrasound. In Chervenak FA, Isaacson GC, Campbell S (Eds) Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Little Brown&Comp, Boston 1993, pp: 277-83
4. Chervenak FA, McCullough LB: Ethical issues in the diagnosis and management of genetic disorders in the fetus. In Milunsky A (Ed) Genetic Disorders and the Fetus. 5th Ed. The John Hopkins University Press Baltimore 2004; pp: 1135-63
5. Fletcher JC, Wertz DC: Ethics and decision making about diagnosed fetal anomalies. In Evans MI (Ed) Reproductive Risks and Prenatal Diagnosis Appleton Lange, Norwalk 1992, pp: 289-97
6. Genç Z, Erdemir AD: Genetik Sorunlar ve Tıbbi Etik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1997, s:29
7. Uzel İ: Perinatal tanının etik yönü. III. Perinatoloji Kursu. Kurs Kitabı, Adana 1996, s: 107-10
8. Chervenak FA, McCullough LB: Ethical implications for early pregnancy of the fetus as patient: a basic ethical concept in fetal medicine. Early Pregnancy 1995; 1: 253-7
9. Samsioe G, Abreg A: Ethical issues in obstetrics. Int J Fertil Menopausal Stud 1996; 41: 284-7
10. Belhassen W, Pons JC, Fournet P, Frydman R: Problemes médicaux et éthiques posés par le diagnostic anténatal d'une amputation distale d'un membre. [Abstr: Medical and ethical problems posed by the prenatal diagnosis of distal absence of a limb] J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992; 21: 475-8
11. Pinter A: Hippokratesz vagy Taigetosz: Etikai dilemmák az újszülöttsebeszetben. (Abstr: Hippocrates or Taigetos - Ethical dilemmas in neonatal surgery). Orv Hetil 1996, 21: 115-9
12. Chervenak FA, Farley MA, Walters L, Hobbins JC, Mahoney MJ: When is termination of pregnancy during the third trimester justifiable? N Engl J Med 1984; 310: 501-4
13. Bosma JM, van der Wal G, Hosman-Benjaminse SL: Late zwangerschapsafbreking in Noord-Holland. II Zorgvuldigheid vooraf en toetsing achteraf. (Abstr: Late pregnancy interruption in Noord-Holland. II. Carefulness before and review afterwards). Ned Tijdschr Geneesk 1996; 16: 605-9
14. Gevers S: Late termination of pregnancy in cases of severe abnormalities in the fetus. Med Law 1998; 17: 83-92
15. Dommergues M, Benachi A, Benifla JL, des Noëttes R, Dumez Y: The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 297-303
16. Evans MI, Drugan A, Bottoms SF, Platt LD, Rodeck CA, Hansmann M, Fletcher JC: Attitudes on the ethics of abortion, sex selection, and selective pregnancy termination among health care professionals, ethicists, and clergy likely to encounter such situations. Am J Obstet Gynecol 1991;164: 1092-9
17. Elmas İ, Soysal Z, Tüzün B. Fetusun bilimsel araştırma ve transplantasyon amaçlı kullanımı: Tıbbi, hukuki ve etik sorunlar. Perinatoloji Dergisi 2000; 8: 65-8
18. Chervenak FA, McCullough LB: An ethically justified, clinically comprehensive management strategy for third-trimester pregnancies complicated by fetal anomalies. Obstet Gynecol 1990; 75: 311-6
19. Oğuzman K, Akyol Ş, Özakman HC. Medeni Kanun-Borçlar Kanunu-Tatbikat Kanunu. 5. Bası Filiz Kitapevi, İstanbul 1993, s: 11-175
20. 1982 TC Anayasası. Şahin S (Ed) Ankara Savaş Yayınları 1986; 115-215
21. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (2827). Sağlık Mevzuatı - Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları. Hacettepe Yayın Birliği, Ankara 1984, s: 530-41
22. Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük-1983. Sağlık Mevzuatı - Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları. Hacettepe Yayın Birliği, Ankara 1984, s: 548-55
23. Şen C, Yayla M, Danişmend N. Doğmamış bebeğin hakları ve sağlığı. (Komisyon Raporu) 1.İstanbul Çocuk Kurultayı İstanbul Çocuk Raporu.2000: 193-205
24. Şen C, Yayla M: Fetal Etik. Çocuk Hakları Toplantıları. İst Tabip Odası. Haziran 2000: 95-103
25. Yayla M, Şen C: Doğmamış bebeğin tedavi hakkı ve fetal etik. Çocuk Forumu 2000; 3: 18-22
26. Yayla M, Şen C. Adli Tıp ve fetal etik kavramı. Klinik Adli Tıp 2001; 1: 67-77