

Etik Kurul Kararıyla Gebelikte Tahliye Edilen 126 Olgunun Geriye Yönelik Değerlendirmesi

Nurten Akdeniz, Ahmet Kale, Mahmut Erdemoğlu, Ahmet Yalınkaya, Murat Yayla

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Amaç: Tıbbi tahliye etik kurul kararlarının, endikasyonlara ve işlemin yapıldığı gebelik haftasına göre değerlendirilmesi.

Yöntem: Dört yıllık süre içinde hekimlerce gebelik tahliyesi etik kuruluna yönlendirilen 131 hasta içinden, gebeliği veya fetusu sonlandırılan 126'sı, klinik bulgular, uygulama endikasyonları ve gebelik haftası yönlerinden etik kurul kayıtları temel alınarak retrospektif olarak değerlendirildi. Gebelik haftaları 5-10, 11-24, 25-28 ve 28 üzeri olarak gruplandırıldı. İstatistiklerde ANOVA ve Ki-kare testleri kullanıldı.

Bulgular: Kurula yönlendirilen olguların %6.87'sinde gebelik sonlandırması isteği uygun görülmemiş, bunların ikiz olan dördünde selektif fetosid ile gebeliğin devamı sağlanmıştı. Sonlandırılan diğer 122 olgu tek gebelikti. Olgular ortalama 19.09±7.05 haftada sonlandırılmıştı. Olguların %66'sında (n:84) tahliye endikasyonu fetal, %33'ünde (n:42) ise maternal nedenlerden kaynaklanmaktaydı. Fetal nedenler içinde merkezi sinir sistemi (%41) ve kromozom anomalileri (%14) önde gelirken, tahliyeler en sık 11-24. gebelik hafta aralığında uygulanmıştı ($p<0.001$). Anneye ait nedenler içinde anne hastalıkları (%61) ve teratojen ilaç kullanımını (%33) önde gelirken tahliyeler en sık 5-24. gebelik haftaları arasında uygulanmıştı.

Sonuç: Kliniğimizde gebelik veya fetus sonlandırmaları daha çok fetal nedenler ile, ortalama olarak gebeliğin 19. haftasında yapılmıştır. Sonlandırma taleplerinin yaklaşık %7'si uygun görülmemiştir. İkizlerden birinde anomali saptanan olgularda gebelik sonlandırması yapılmamış, fetosid tercih edilmiştir. Anneye ait nedenler ile sonlandırma işleminin fetal yaşam sınırından önceki dönemde, fetusa ait nedenlerin ise genelde ikinci trimesterde yapıldığı gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik tahliyesi, etik.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE 126 CASES TERMINATED IN PREGNANCY BY THE ETHICAL COMMITTEE DECISION

Objective: To evaluate ethical committee decisions on pregnancy terminations, according to indications and gestational ages.

Methods: Terminated 126 fetuses among 131 pregnancies admitted for consultations to the ethical committee during four years were evaluated retrospectively for clinical findings, indications and gestational age. Gestational weeks were grouped as 5-10 weeks, 11-24, 25-28 and over 28 weeks respectively. ANOVA and Chi square tests are used in statistical analyses.

Results: Termination request was rejected in 6.87% of the cases, while four of them were twins. Four single twins after selective fetocide and 122 singleton fetuses were terminated. Mean gestational age was 19.09±7.05 weeks in terminated cases. Eighty-four pregnancies were terminated because of the fetal causes (66%), and 42 of them of the maternal causes (33%). The most frequent fetal causes were anomalies of the central nervous system (41%) and fetal chromosomopathies (14%) respectively. Pregnancy termination due to fetal causes was performed especially between 11-24th weeks of pregnancy ($p<0.001$). Maternal diseases (61%) and teratogenic medicamentation (33%) were the most common maternal causes and termination of pregnancy due to these causes was performed especially between the 5-24th gestational weeks.

Conclusions: Termination of pregnancy or fetus is performed at a mean gestational age of 19 weeks, and especially according to fetal causes in this series. The termination request was rejected in 7% of the cases. Selective fetocide was the preferred method in cases of anomalous twin pair. Terminations due to maternal causes were done before the period of fetal viability, while terminations due to fetal causes were ranged mostly in the second trimester.

Yazışma adresi: Nurten Akdeniz

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş

Gebelik tahliyesi, üzerinde değişik görüş ve inancın sergilendiği, geniş tartışmaların yaşandığı oldukça karmaşık bir konudur. Gebelik sonlandırılması ile ilgili yasalar da ülkeler arasında farklılık gösterir.¹ Ülkemizde yasal olarak 10. gebelik haftası doluncaya kadar ve her iki eşin isteği üzerine normal bir gebelik sonlandırılabilir. Gebelik süresi 10. haftanın üzerinde ve anne hayatını tehdit edecekse veya doğacak bebek ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacaksa, bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile, ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgularına dayanan gerekçeli raporları da olmak şartıyla, mevcut gebelik sonlandırılabilir.² Bu konu ile ilgili mevzuat, 1983 tarihli "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" içinde yer almaktadır.³

Ülkemizde, tıbbi araştırmalar içinde gebelik sonlandırılması yapılan merkezlerdeki uygulamalara ve olguların özelliklerine çok fazla rastlanmamakta, günlük uygulamalara dikkat edildiğinde ise, gebelik sonlandırılması konusunda genel bir serbestliğin söz konusu olduğu izlenimi alınmaktadır.⁴ Hekimler ve kurumlar arasındaki yaklaşım farkının ortadan kaldırılması için yeni bir yasal düzenlemenin kaçınılmaz olduğu vurgulanmaktadır.¹

Bu çalışmadaki amacımız, kliniğimizde yapılan tıbbi tahliye işlemlerinde karar mekanizmalarını, endikasyonları ve girişimin yapıldığı gebelik haftasını retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem

Mayıs 2000 ile Ağustos 2004 tarihleri arasında gebelik tahliyesi isteği veya önerisi ile polikliniğe başvuran ve bu doğrultuda Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Etik Kuruluna sevk edilen 131 olgu retrospektif olarak incelendi. Etik kurul en az iki Kadın Hastalıkları Uzmanının yanı sıra, endikasyonun doğmasına sebep olan bulgu veya hastalığı ilgilendiren tıbbi daldaki bir diğer uzmandan oluşmaktaydı (çocuk hastalıkları, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, ...). Kurul kararı alınan gebeliklerin demografik özellikleri, gebelik haftaları, endikasyonlar, red edilme nedenleri, girişimler etik kurul kayıtlarından retrospektif olarak incelendi.

Olgular gebeliğin sonlandırıldığı gebelik haftasına göre dört gruba ayrıldı. Grup I; 5-10. gebelik haftaları, grup II; 11-24. gebelik haftaları, grup III; 24-28 gebelik haftaları, grup IV; 29 hafta ve üzeri gebelik haftalarından oluşturuldu. İstatistiksel olarak veriler ANOVA ve Ki-kare testleri kullanılarak karşılaştırıldı, $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlam sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular

Mayıs 2000 ile Ağustos 2004 tarihleri arasında Klinik Etik Kurulu'na tahliye veya danışma amacı ile yönlendirilen 131 olgu saptanmış, 122'sinde istek uygun bulunarak gebelik sonlandırılmış (%93.13), beş olgu gebelik sonlandırılması için uygun bulunmamış (%3.82), ikiz olan dört olguda ise gebelik sonlandırılmazken selektif fetosid gerçekleştirilerek (%3.05) gebeliğin devamı sağlanmıştı. Red edilen olgulardaki gerekçeler: gebeliğin viyabilite kazanması (n:2), saptanan maternal hastalığın gebelik tahliyesini gerektirmemesi (n:1) ve gebelikte maruz kalınan etkenlerin fetusa zarar verme ihtimalinin düşük olması (n:2) idi (Tablo 1). Gebeliklerden 126'sında da tüm anne-babalardan imzalı onay alınarak tahliye işlemi gerçekleştirilmişti. Gebelik sonlandırmaları 10.haftadan küçük gebeliklerde vaginal misoprostol, dilatasyon ve küretaj uygulanarak yapılmıştı. Onuncu haftadan sonra vaginal misoprostol kullanılmış ve gereğinde aspirasyon-evakuasyon-küretaj gerçekleştirilmişti. Gebeliğin 24. haftasından sonra sonlandırmalar Bishop skoruna göre oksitosin infüzyonu, servikal Foley balon veya vaginal misoprostol uygulamasını takiben oksitosin indüksiyonu ile yapılmıştı.

Olguların tümünde gebelik tahliye edilmeden önce, fetus ve/veya anneye ait nedenlerin saptandığı ve gebeliğin devam etmesi halinde fetus ve/veya annede doğacak riskler konusunda çiftlere bilgi verildiği gözlemlendi. Olgularda ortalama yaş 29.24 ± 7.26 , gravida 4.22 ± 2.61 , parite 2.53 ± 2.26 , abortus sayısı 0.66 ± 1.16 ve canlı çocuk sayısı 1.81 ± 2.00 olarak bulundu. Grupların epidemiyolojik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasında anne yaşı, gebelik, doğum, abortus ve yaşayan çocuk sayıları açısından anlamlı bir fark yoktu. Tüm olgularda vaginal yol tercih

Tablo 1. Etik kurulda sonlandırma kararı alınmayan gebeliklerin özellikleri.

	Yaş	Gestasyon	Parite	Gebelik haftası	İstek nedeni
1	37	12	7	32	Kistik higroma
2	37	2	-	28	47, XXX
3	27	1	-	25	Preeklampsi
4	39	5	3	13	Azatiopurin+Prednizolon kullanımı
5	19	1	-	11	Urolitiasis + fluoroskopi öyküsü
6	21	1	-	17	İkiz + 45 XO
7	25	2	1	17	İkiz+ Anensefali
6	28	5	3	19	İkiz+ Ensefalosel
9	30	4	2	24	İkiz+ Korpus kallosum agenezi

Tablo 2. Tahliye edilen gruplarda epidemiyolojik veriler.

	5-10 GH	11-24 GH	25-28 GH	> 28 GH	Toplam	P
Olgu sayısı	18 (%14.28)	78 (%61.90)	20 (%15.87)	10 (%7.93)	126	-
Gebelik	4.27±2.39	4.26 ± 2.61	3.52 ± 2.29	5.20 ± 3.48	4.22 ± 2.61	0.43
Doğum	2.38±2.14	2.49 ± 2.25	2.31 ± 2.31	3.50 ± 2.63	2.53 ± 2.26	0.56
Abortus	0.72±1.27	0.84 ± 1.26	0.15 ± 0.50	0.20 ± 0.63	0.66 ± 1.16	0.07
Yaşayan çocuk	2.22±1.86	1.81 ± 2.11	1.73 ± 2.07	1.20 ± 1.22	1.81 ± 2.00	0.64
Ortalama yaş	31.72 ± 7.82	28.96 ± 7.64	28.31 ± 6.19	28.70 ± 4.66	29.24 ± 7.26	0.46

GH: Gebelik haftası

edilmiş ve sonlandırmada başarıya ulaşılmıştı. Sonlandırmanın yapıldığı ortalama gebelik haftası 19.09±7.05 olarak bulundu. Gebeliğin 10. haftasından önce yapılan sonlandırmalar %14.28, 10. haftadan sonra yapılanlar ise %85.72 oranında idi. Olguların %23.8'inde tahliye kararı 24. gebelik haftasından sonra verilmişti.

İncelenen seride tahliye nedenlerinin 84'ünü (%66.66) fetal anomaliler oluşturmaktaydı. Fetal nedenler içinde merkezi sinir sistemi (n:35, %41.66) ve kromozom anomalileri (n:12, %14.29) en sık nedenleri oluşturmaktaydı (Tablo 3) (p<0.001). Merkezi sistem anomalileri hidrosefali (n:11; üçünde Down sendromu), ventrikülomegali ve spina bifida (n:9), anensefali (n:9), ensefalosel

Tablo 3. Tahliyelerde fetusa ait nedenler ve gebelik haftaları (GH).

	5-10 GH	11-24 GH	25-28 GH	> 28 GH	Toplam
Santral sinir sistemi anomalisi	-	23	9	3	35
Kromozom anomalisi	-	11	1	-	12
Non immün hidrops fetalis	-	6	2	2	10
Kistik higroma	-	3	1	1	5
Üriner sistem anomalisi	-	2	1	1	4
İskelet sistemi anomalisi	-	2	1	1	4
Kalp anomalisi	-	1	1	1	3
Anhidramniyos	-	2	-	-	2
Diğer	-	7	1	1	9
Toplam	-	57 (%67.86)	17 (%20.24)	10 (%11.90)	84 (%100)

Tablo 4. Tahliyelerde anneye ait nedenler ve gebelik haftaları (GH).

	5-10 GH	11-24 GH	25-28 GH	> 28 GH	Toplam
İlerlemiş kalp hastalığı, hipertansiyon	7	8	1	-	16
Teratojen ilaç kullanımı	7	6	-	-	13
Kronik böbrek hastalığı, diyaliz	-	5	-	-	5
Siroz, kronik aktif hepatit	2	-	-	-	2
Diğer	2	3	1	-	6
Toplam	18 (%42.86)	22 (% 52.38)	2 (%4.76)	-	42 (%100)

(n:5), mikrosefali (n:2), intrakranyal kitle (n:1), korpus kallosum agenezi (n:1) şeklindeydi. Kromozom anomalileri olarak, trisomi 21 (n:8), trisomi 18 (n:2), trisomi 13 (n:1) ve 45 XO (n:1) belirlendi. Non immün hidrops fetalis, geniş kistik higromalar, polikistik böbrek ve böbrek agenezileri, letal akondroplaziler ve geniş septal defekt veya ventrikül hipoplazisi ile seyreden kalp anomalileri ile multipl anomali olguları grubu oluşturan diğer malformasyonlardı.

Fetal nedenlerden dolayı tahliye en fazla 11-24. haftalarda toplam 53 (%63.09) olguda uygulanmıştı. Fetal nedenlerden dolayı erken dönemde (5-10 hafta) gebelik sonlandırması yapılmamıştı.

Gebeliği tahliye edilen olguların 42'sinde (%33.33) anneye ait nedenler bulundu. Anneye ait nedenler içinde anne hastalıkları (%61.90) ve teratojen ilaç kullanımı (%33.33) önde gelmekteydi. Anneye ait nedenlerden dolayı gebelik tahliyesi en sık olarak 11-24. haftada (n:22, %52.38) ve 5-10. haftada (n:18, %42.86) uygulanmıştı (Tablo 4). Gebeliğin 24 haftasından sonra sonlandırılan iki olgudan biri ağır pulmoner hipertansiyon, diğeri ise ağır preeklampsi tanısı almışlardı. Gebeliğin son trimesterine ait sonlandırma kararına rastlanmadı.

Gebeliğin 11-24. haftalarında tahliye edilen 22 olguda anneye, 57 olguda ise fetusa ait nedenler

Tablo 5. Anneye ve fetusa ait nedenlerden dolayı sonlandırmaların gebelik haftasına göre dağılımları.

Gebelik haftası	Anneye ait neden	Fetusa ait neden	Toplam
5-10	18 (%100)	-	18
11-24	22 (%27.85)	57 (%72.15)	79
25-28	2 (%10.53)	17 (%89.47)	19
> 28	-	10 (%100)	10
Toplam	42 (%33.33)	84 (%66.66)	126

saptandı. Anneye ve fetusa ait nedenlerden dolayı gebelik tahliye haftaları istatistiksel olarak farklı bulundu ($p<0.05$). Sonlandırmalarda, anneye ait nedenler daha erken haftalarda, fetusa ait nedenler ise daha ileri haftalarda rol oynamışlardı (Tablo 5).

Tartışma

Gebelik tahliyesi gerek aile, gerekse hekim için zor bir karardır. İntrauterin dönemde anomali-li/hasta fetus tanısı konulduğunda toplum ve aile gebeliğin sonlandırılması yönünde eğilim gösterebilir, bu eğilim de fetusun bazı haklarını ihlal edebilir. Çünkü burada fetusun yok edilmesine yönelik bir uygulama amaçlanmakta ve o yönde hareket edilmektedir. Hekime veya aileye göre doğru olan bir karar, toplumsal inanca, ülke yasalarına, evrensel hukuk kurallarına ve hatta tıp öğretisine ters olabilir. Keyfi uygulamalara engel olunabilmesi için bu konuda karar verecek bazı kurulların oluşturulması zorunludur. İlgili kurullar genelde "Gebelik Tahliyesi Etik Kurulu" olarak isimlendirilmektedir. En az üç uzmandan oluşacak bu kurul her türlü bulgu ve belgeyi istemek, aydınlatılmış onam formlarını sunmak ve saklamak zorundadır. Batı toplumlarındaki etik kurullarda hukuk uzmanı, sosyolog, bilim adamı, din bilimci gibi değişik meslek grupları hekimler ile birlikte karar verebilmektedirler.⁴ Bu tür uygulamalar gebeliklerin sonlandırılmasında etik ve doğru kararların alınmasında etkili olmaktadır.

Türkiye'de gebelik tahliyesi anne ve babanın isteği üzerine yasal olarak gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar uygulanabilmektedir.² Yasalara dayanılarak yapılan gebelik sonlandırmaları daha güvenli ortamlarda yapıldığından, annede abortusa bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar azalır. Ülkemizde de 1983 yılında çıkarılan ilgili ya-

sa² sonrasında özellikle düşüğe bağlı ölümlerin azaldığı bilinen bir gerçektir. Yine ülkemizde genel anlamda multidisipliner bir yapılanma olmadığı için, gebelik tahliyesi kararı genellikle, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı ile aile tarafından birlikte verilmektedir. Mevzuatta yer alan "ilgili daldan bir uzman imzası"na her zaman başvurulmadığı bir diğer gerçektir. Ayrıca konu ile ilgili mevzuat gebelik sonlandırması için bir hafta sınırı koymamış, endikasyonları ise gereğinden fazla geniş tutmuştur.¹ Halbuki her anomali olgusu ve her gebelik sonlandırması olgusu gerekçe ve belgeleri ile, bölgesel ve sonrasında ulusal bir merkezde toplanmalı, bu yöntemle kanun ve etik kurallar çalıştırılarak fetusun haklarının korunması sağlanmış olmalıdır.¹ Önümüzdeki yıllarda bu tür yasa ve tüzüklerin Avrupa Uyum Yasalarına göre düzenlemesi gerekmektedir.

Yenidoğan için yaşayabilme sınırı 22-24 haftadır. Genel yaklaşım, yaşama kabiliyetini kazanmamış fetuslarda, sağlıklı yaşam ile bağdaşmayan bir malformasyon saptanması durumunda gebeliğin sonlandırılması yolunun aileye sunulmasıdır.¹ Bu haftaların öncesinde bile fetal anomali durumunda gebelik sonlandırmasına ilişkin hekim düşünceleri birbirinden oldukça farklı olabilmektedir.⁴ Bazı ülkelerde ileri gebelik haftalarında fetal anomali saptanması durumunda gebelik sonlandırmasının hekimlerce az kabul gördüğü bildirilirken, ülkemizdeki yaklaşım fetusun aleyhine olabilmektedir.⁴

Kliniğimizde gebelik tahliyesi kararı, en az iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, ilgili klinikten bir hekim ve ailenin kararı sonrasında alınabilmektedir. İncelediğimiz seri içinde gebelik sonlandırmalarında en sık endikasyonu fetusa ait merkezi sinir sistemi anomalileri oluşturmuştur. Kromozom anomalileri ve hidrops fetalis daha sonra gelen endikasyonlardır. Yapılan bir çalışmada 14. gebelik haftasından sonra fetal nedenlerden dolayı sonlandırılan 657 gebeliğin %20'sini kalp anomalileri oluşturmaktadır.⁵ Çalışmamızda fetal nedenlerden dolayı gebeliği sonlandırılan 80 olgudan sadece üçünde (%3.7) kardiyak neden saptanmıştır. Bunun nedeninin kalp anomalilerinin erken tanısındaki yetersizlikten kaynaklandığını düşünmekteyiz. Aynı çalışmada merkezi sinir sistemi anomalileri olguların %46.1'inde saptanmıştır.⁵ Çalışmamız-

da da benzer olarak merkezi sinir sistemi anomalileri %41.6 oranında saptanmıştır.

İncelediğimiz seride fetal nedenler, maternal nedenlerden iki kat fazla bulunmuştur. Fetal nedenlere bağlı olarak yapılan sonlandırmaların %66.66'sı gebeliğin 11-24. haftalarında, %33.33'ü ise daha sonraki haftalarda yapılmıştır. Dickinson ve ark, Avusturalya'da yaptıkları çalışmada fetal anomalilerden dolayı geç dönemde (>24 hafta) gebelik sonlandırmasını %13.2 oranında bildirmişlerdir.⁶ Fransa'da fetal nedenlerden dolayı geç dönemde gebelik (>24 hafta) sonlandırması oranı %37 olarak bildirilmiştir.⁷ Çalışmamızın sonuçları Fransa'da bildirilenden biraz daha düşüktür. Bu durumun ülkemizdeki ilgili kanunun tanıdığı geniş aralıktan ve kliniğimizdeki viyabilite sınırının yüksek (>28 hafta) olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

İkiz gebeliklerde bir fetusta defekt saptanması durumunda, monokoryonik olmayanlarda yapılacak fetosid işlemi genelde yüz güldürücü sonuca sahiptir.⁸ Erken dönemde saptanan anomalilerde ailenin otonomisi ve sonlandırma isteği kabul edilebileceği gibi, selektif fetosid seçeneğinin aileye sunulması akılcı bir yaklaşım gibi görünmektedir. İncelediğimiz seride de dört ikiz olgusunda gebelik sonlandırılmamış, selektif fetosid işlemi yapılmıştır.

Serimizde anneye ait sonlandırma nedenleri ilk iki trimesterde yer almış, son trimesterde bu yönde karara rastlanmamıştır. Bu durum bazı klinik uygulamaların etik kurula danışılmadan yapıldığını göstermektedir. Acil durumlarda bir noktaya kadar maruz görülebilecek bu uygulama, prematüre fetusun neonatal dönemde kayıp edilmesi veya ileri derece morbiditesi durumunda sorun yaratabilir. Bu neden ile zamanından önceki her müdahalenin ayrıntılı olarak karar altına alınması, gereğinde kurula danışılması, mediko-legal sorunların ortaya çıkmasını değil ama çözümünü kolaylaştırabilir ve hekim haklarının ihlalini önleyebilir.

Sonuç olarak, incelediğimiz dönem içinde kliniğimizde yapılan tıbbi tahliyelerin daha sıklıkla fetusa ait nedenlerden kaynaklandığı, ancak anneye ait nedenlerin de %33 oranında olduğu saptanmıştır. Sonlandırma işlemlerinin tamamında en az iki

doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ile ilgili daldan bir uzmanın oluru, anne ve babanın onamı alınmış, tüm olgularda vaginal yol seçilmiş ve başarılı olunmuştur. Tek anomalili ikizlerin hiçbirinde gebelik sonlandırılmamış, fetosid işlemi tercih edilmiştir. Tahliye işlemi ortalama 19. gebelik haftasında gerçekleştirilirken, kanun ve tüzükteki açıklık nedeni ile 24-28 haftalar arasında da gebelik tahliyesi kararının verilebildiği gözlenmiştir.

Sonlandırmalarda etik sınırın zorlanmaması için prenatal tanının 24. gebelik haftasından önce tamamlanması gereklidir. Viyabilite sınırını aşmış gebeliklerde fetusa ait neden saptandığında, bu durum hayat ile bağdaşıyorsa karar konservatif olmalı, ancak anneye ait nedenler ciddi boyutlarda ise anne lehine karar verilmelidir. Bu kararlar oluşturulacak bir kurul tarafından alınmalı ve kayıtlar özen ile saklanmalıdır. Henüz bu kurulları oluşturmamış hastane ve kurumlar sürat ile yapılanmalı ve o bölgenin tahliye kararlarını verebilmelidirler. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları ilgili tüzükteki maddeleri yanlış yorumlamamalı ve tek başlarına karar almamalıdır. Paylaşılan sorumluluk ve karşılıklı görüş alışverişi yanlış kararlara engel olacağı gibi vicdani rahatlığı da sağlayacaktır. Ayrıca, gebelik tahliyesi etik kurulunda, konusunda tecrü-

beli ve tarafsız bir üyenin sürekli bulunmasının yanı sıra, doğum uzmanı da dahil olmak üzere her daldan ayrı bir uzmanın, gerektiğinde görüş bildirecek şekilde dönüşümlü olarak yer alması kurum içi iletişimi, uyumu ve tecrübeyi artıracaktır.

Kaynaklar

1. Şen C, Yayla M: Fetal Etik. Çocuk Hakları Toplantıları. İst Tabip Odası. Haziran 2000: 95-103.
2. Güler M. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. Kanun No:2827, Madde 5, birinci ve ikinci fıkra., Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi. Ankara: 2001:107.
3. 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.
4. Yayla M, Şen C: Doğmamış bebeğin tedavi hakkı ve fetal etik. Çocuk Forumu 2000; 3: 18-22.
5. Savulescu J. Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion. *J Med Ethics*. 2001;27:165-71.
6. Dickinson JE. Late pregnancy termination within a legislated medical environment. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;44:337-41..
7. 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.
8. Keith A, Eddleman KA, Stone JL, Lynch L, Berkowitz RL. Selective termination of anomalous fetuses in multifetal pregnancies: Two hundred cases at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1168-72.