

# Tıbbi Tahliye ile İlgili Sorunlara Yönelik Hekimlerin Görüşleri-Anket Çalışması

## Obstetricians Opinion About Problems of Termination of Pregnancy

Dr. Nur BİRGEN,<sup>a</sup>  
Dr. Rıza MADAZLI,<sup>b</sup>  
Dr. Burcu TÜMERDEM ÇALIK,<sup>c</sup>  
Dr. Neşe SARICA<sup>a</sup>  
Dr. Veysel ŞAL<sup>b</sup>

<sup>a</sup>3.Adli Tıp İhtisas Kurulu  
Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu,  
<sup>b</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
<sup>c</sup>Sağlık Yönetimi Bölümü,  
Sağlık Politikaları AD,  
Marmara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 17.12.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 25.03.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Rıza MADAZLI  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
madazli@superonline.com

**ÖZET Amaç:** Tıbbi tahliye ile ilgili yasalarda bulunması gereken hususlar, tıbbi tahliyenin organizasyonu ve tıbbi tahliye kavramı içine girmesi öngörülen anomalilerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. **Gereç ve Yöntemler:** Tıbbi tahliye ile ilgili 36 soruyu içeren bir anket hazırlandı. Hazırlanan anket perinatoloji ile ilgili iki önemli ulusal kongreye katılan 100 doktora sunuldu. **Bulgular:** Hekimlerin %44'ünün Türkiye'de tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemeleri bildiği ve %42.1'inin çalıştıkları kurumlarda Tıbbi Tahliye Kurulları'nın bulunduğu saptandı. Katılımcıların %54'ü kurumların kendi bünyelerinde, %32'si ise bölgesel Tıbbi Tahliye Kurulları oluşturulmasını önerdi. Tıbbi tahliye uygulamalarında gebelik haftası sınırı olması gerektiğini savunanlar %27, olmamasını önereler ise %23 oranlarında belirlendi. Yaşamla bağdaşmayan, doğum sonrası tedavisi olmayan veya prognozu kötü olan ve mental retardasyona neden olan anomaliler sırasıyla %93, 78, 79 ve 71 oranlarında tıbbi tahliye gerekçeleri olarak belirtildi. Doğum sonrası prognozu belirsiz olan ve yaşamı zorlaştıracak fiziksel bozukluklara neden olan anomaliler ise sırasıyla %18 ve 16 oranlarında tıbbi tahliye gerekçeleri olarak gösterildi. **Sonuç:** Tıbbi tahliye gerekçelerinin ana kategoriler şeklinde belirlenmesi, ağır fetal anomalilerin tıbbi tahliye gerekçesi olabileceği ve tıbbi tahliye uygulayan tüm sağlık kuruluşlarında Tıbbi Tahliye Kurulları oluşturulması gerektiği ortaya konuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Küretaj; fetal anomali; prenatal tanı

**ABSTRACT Objective:** To assist to assess the particular subjects that should be in abortion law, the organization of late termination of pregnancy, and the fetal anomalies that should be covered under the concept of late termination. **Material and Methods:** A questionnaire composed of 36 questions that sought for clinicians' preferences for late termination was delivered to 100 medical doctors during the two important national congresses of perinatology. **Results:** 44% of the doctors were aware of the legislation about late termination and 42.1% had late termination council in their institutions. 54% suggested that late termination council should be built in every institution whereas 32% suggested regional councils. 27% suggested that there should be gestational limit in late termination and 23% opposed this idea. The justifications of late termination were determined as malformations that do not get along with life (93%), that cannot be treated after birth (78%), that have poor prognosis (79%) and mental retardation (71%). 18% of the doctors stated that the anomalies which have doubtful prognosis should be terminated and 16% stated that the anomalies which cause severe physical impairment should be terminated. **Conclusion:** The justifications for termination of pregnancy should be in categories, severe fetal abnormalities can be accepted as an indication for late termination of pregnancy and the institutions that deal with late termination of pregnancy should have their own late termination councils.

**Key Words:** Curettage; fetus; prenatal diagnosis

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(4):189-96

**G**ebelik tahliyesi, canlı, yaşayan bir fetusun yaşamına son vermek anlamına gelmektedir. Gebeliğin sonlandırılması, bir yaşama son vermek olduğundan, doğal olarak ahlaki, dini ve sosyal tartışmaları da

açmaktadır.<sup>1-3</sup> Ülkemizdeki yasalar 10. gebelik haftasından önce tamamen isteğe bağlı olarak gebelik sonlandırılmalarını mümkün kılmaktadır.<sup>4</sup> Bahsedilen hafta üzerinde gebelik sonlandırılması ise “Tıbbi tahliye” kavramı içine girmekte ve anne veya fetusa ait önemli bir gerekçeye bağlı olmak zorundadır.

Ülkemizde tıbbi tahliye, 27.05.1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile 18 Aralık 1983 tarihli ve 18255 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “510 Sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük” ile düzenlenmiştir.<sup>4,5</sup> Kanuna göre, gebelik süresi, 10 haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir. Aynı yıl çıkarılan bir tüzük ile de, 10. haftadan sonra gebelik sonlandırılması ancak, tüzükte belirtilmiş olan listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.<sup>5</sup> Ülkemizde yasal anlamda, Tıbbi tahliye için bir gebelik haftası sınırı yoktur. Fransa, İngiltere, Belçika, Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi pek çok Avrupa ülkesinde de miada kadar tıbbi tahliye yasaldır.<sup>6</sup>

Son 20-30 yıl içinde prenatal tanı alanındaki gelişmeler, anne karnındaki fetustaki yapısal, kromozomal ve kalıtsal hastalıkların önemli bir kısmının tanısını olanaklı hale getirmiştir. Bu gelişim hastalıklı fetüslerin tedavilerine yönelik önemli katkılar sağlamakla birlikte, tedavisi bulunmayan anomalilerde tıbbi tahliye seçeneğini ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla prenatal tanı alanındaki gelişmeler, tıbbi tahliye konusunu da daha önemli ve karmaşık hale getirmektedir. Tıbbi tahliye için bir gebelik haftası sınırı olup olmayacağı, hangi anomalilerin tıbbi tahliye kapsamı içine girmesi gerektiği ve tıbbi tahliyenin organizasyonun şekli ülkemiz için olduğu kadar, dünyada da güncel ve tartışılan sorular ve sorunlardır.<sup>7,8</sup> Ayrıca tıbbi tah-

liye ile ilgili yasal düzenlemeler de hayati bir konudur.

Çalışmamızda, hazırladığımız anket ile, tıbbi tahliye ile doğrudan ilgili hekimlerin mevcut sorunlara yönelik görüşleri elde edildi. Tıbbi tahliye ile ilgili yasalarda bulunması gereken hususlar, tıbbi tahliyenin organizasyonu ve tıbbi tahliye kavramı içine girmesi öngörülen anomalilerin belirlenmesine yardımcı olunmaya çalışıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tıbbi tahliye ile ilgili 36 soruyu içeren bir anket hazırlandı. Hazırlanan anket perinatoloji ile ilgili iki önemli ulusal kongreye katılan hekimlere sunuldu ve kongreler sonrası toplanan anketler tarafımızdan değerlendirildi.

Ankette bulunan sorular çoktan seçmeli ve çoğunlukla evet, hayır formatında idi. Anketteki sorular üç ana bölümde kurgulandı. Birinci bölümde ankete katılan hekimlerin özelliklerini belirlemeye yönelik sorular mevcuttu. İkinci bölümde Türkiye’de uygulanan tıbbi tahliye ile ilgili yasalar ve hekimlerce öngörülen ideal tıbbi tahliye organizasyonuna yönelik sorular bulunmaktaydı. Üçüncü bölümde ise tıbbi tahliye kavramı içine girmesi öngörülen anomalileri belirlemeye yönelik sorular mevcuttu.

## BULGULAR

Ankete katılan 100 doktorun özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Doktorların %77’si perinatoloji ile özellikle ilgili olduklarını ve %92’si de fetal anomali nedeniyle tıbbi tahliye yaptıklarını belirtti. Ankete katılan hekimlerin %42.1’inin çalıştıkları kurumlarda Tıbbi Tahliye Kurulları’nın bulunduğu saptandı. Üniversite, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan hekimlerin sırasıyla %80, %26.4 ve %35.3’ünde Tıbbi Tahliye Kurulları’nın bulunduğu belirlendi.

Tıbbi tahliye ile ilgili yasalar ve organizasyonuna ilişkin sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 2’de gösterildi. Hekimlerin %44’ü Türkiye’de tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemeleri bildiğini ifade etti. Katılımcıların %36’sı tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemelerin Nüfus Planlaması Kanu-

**TABLO 1:** Ankete katılan 100 doktorun özellikleri.

	%
Doktorların dağılımı	
Araştırma görevlisi	12
Uzman	76
Doçent veya profesör	12
Doktorluk süreleri	
0-9 yıl	45
10-19 yıl	38
>20 yıl	17
Perinatoloji ile ilgili olanlar	77
Çalışılan Kurum	
Üniversite hastanesi	25
Devlet hastanesi	53
Özel hastane	17
Özel muayene	5
Çalıştığı kurumda Tıbbi tahliye	
Kurumu bulunanlar (n/N)	40/95, 42.1
Üniversite hastanesi	20/25, 80.0
Devlet hastanesi	14/53, 26.4
Özel hastane	6/17, 35.3
Fetal anomali nedeni ile tıbbi tahliye uygulayanlar	92

nu'nda, %62'si ise Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü'nde bulunduğunu belirtti. Katılımcıların %72'si Tıbbi Tahliye Kanunu'nda, tahliye kapsamı içine girecek olan anomalilerin kategorik olarak belirtilmesi gerektiğini ve özgün anomaliye ait kararın hekimler tarafından verilmesi gerektiğini düşündüğü görüldü. Hekimlerin %54'ü kurumların kendi bünyelerinde tıbbi tahliye kurulları oluşturması gerektiğini, %32'si ise her ilde tıbbi tahliye ile ilgili bölgesel merkezlerin bulunmasını önerdi. Tıbbi tahliye sonrası otopsi ve Sağlık Bakanlığına bildirim zorunluluğu önerisi sırasıyla %74 ve %83 oranlarında saptandı.

Fetal anomaliler nedeni ile tıbbi tahliye uygulamalarına yönelik genel sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 3'te gösterildi. Katılımcıların %93'ü genel anlamda fetal anomaliler nedeni ile tıbbi tahliyenin uygulanabileceğini ve %71'i de bu kararın öncelikle aileye ait bir karar olduğunu bildirdi. Tıbbi tahliye uygulamalarında gebelik haftası sınırı olması gerektiğini savunanlar %27, olmamasını öneriler ise %23 oranlarında belirlendi. Katı-

lımcıların %50'si ise gebelik haftası sınırının fetal anomalilerin özelliğine göre belirlenmesini önerdi. Tıbbi tahliye için gebelik haftası sınırı olarak da, hekimlerin %62'si 24, %15'i ise 32 haftayı önerdi. Katılımcıların sırasıyla %83 ve 22'si, tıbbi tahliye gerekçesi olan ve olmayan yapısal fetal anomalilerin intrauterin dönemde belirlenmemesinin hekimlere yasal sorumluluk yüklediğini belirtti.

Katılımcıların tıbbi tahliye kapsamı içine girmesini önerdikleri fetal anomalilerin kategorik dağılımı Tablo 4'te, özgün anomalilerde verdikleri tıbbi tahliye kararlarının dağılımı ise Tablo 5'te gösterilmiştir. Yaşama bağdaşmayan, doğum sonrası tedavisi olmayan veya prognozu kötü olan ve mental retardasyona neden olan anomaliler sırasıyla %93, 78,79 ve 71 oranlarında tıbbi tahliye gerekçeleri olarak belirtildi. Doğum sonrası prognozu belirsiz olan ve yaşamı zorlaştıracak fiziksel bozuk-

**TABLO 2:** Tıbbi tahliye ile ilgili yasalar ve organizasyonuna ilişkin sorulara verilen yanıtların dağılımı.

	%
Tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemeleri bildiğini ifade edenler (n/N)	44/100, 44
Tıbbi tahliyenin düzenlediği kanun	
Türk Ceza Kanunu	1
Ceza Muhakemesi Kanunu	1
Nüfus Planlaması Kanunu	36
Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü	62
Tıbbi tahliye Kararı Nasıl organize edilmeli?	
Tek uzman hekim	3
İki uzman hekim	11
Her kurum Tıbbi Tahliye Kurulu oluşturmalı	54
Her ilde bölgesel merkezler olmalı	32
Tıbbi tahliye kapsamı içine giren anomaliler nasıl belirlenmelidir?	
Yasal olarak	37
Tıbbi tahliye kurullarınca	57
Hekim tarafından	6
Tıbbi tahliye kanunu	
Kategorik olmalı, karar hekime bırakılmalı	72
Gerekçeler sıralanmalı	13
Gerekçe sunulmamalı, hekim karar vermeli	15
Tıbbi tahliye sonrası	
Otopsi zorunluluğu olmalı	74
Sağlık Bakanlığına bildirilmeli	83

**TABLO 3:** Fetal anomaliler nedeniyle tıbbi tahliye uygulamalarına yönelik genel sorulara verilen yanıtların dağılımı.

	%
Tıbbi tahliye uygulanabilir mi?	93
Karar öncelikle kime ait olmalıdır?	
Aileye	71
Hekime	29
Gebelik haftası sınırı	
Olmalıdır	27
Olmamalıdır	23
Bazı anomalilerde olmalıdır	50
Gebelik haftası sınırı	
<24 hafta	62
<32 hafta	15
Doğuma kadar	23
Hekime yasal sorumluluk yükler	
Tıbbi tahliye gerekçesi olan yapısal anomaliyi belirleyememek	83
Tıbbi tahliye gerekçesi olmayan yapısal anomaliyi belirleyememek	22

**TABLO 4:** Tıbbi tahliye kapsamı içine girmesi önerilen fetal anomalilerin kategorik dağılımı (100 hekim).

	%
Bütün anomaliler	6
Mental retardasyona neden olanlar	71
Yaşama bağdaşmayanlar	93
Doğum sonrası tedavisi olmayanlar	78
Doğum sonrası tedavisi zor ve prognozu kötü olanlar	79
Doğum sonrası prognozu belirsiz olanlar	18
Doğum sonrası yaşamı zorlaştıracak fiziksel bozukluklar	16

luklara neden olan anomaliler ise sırasıyla %18 ve %16 oranlarında tıbbi tahliye gerekçeleri olarak gösterildi. Down sendromu (%78), spina bifida (%68) ve talasemi majör (%62) sırasıyla en yüksek oranlarda tahliye gerekçesi olarak kabul gören anomaliler olarak saptandı. Yarık damak-dudak (%93), opere edilebilecek yapısal anomaliler (%83) ve mikrognati (%81) ise yüksek oranlarda tahliye gerekçesi olarak kabul görmeyen anomaliler olarak belirlendi. Prognozu bilinmeyen kromozom anomalileri tahliye konusunda en yüksek oranda karsız kalınılan anomali olarak tespit edildi.

## TARTIŞMA

1.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun "Çocuk Düşürme, Düşürme veya Kısırlaştırma" başlığı altında düzenlenmiş olan 99. maddesinin 2. fıkrasında, "Tıbbi zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." hükmü bulunmaktadır. On haftanın üzerindeki gebeliklerde tahliye için *tıbbi zorunluluk* da doğal olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının saptaması gereken bir husustur. Bu zorunluluk halleri saptanırken 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesinin gözetilmesi ve annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacak hallerin ortaya konulması gerekmektedir. Ankete katılan hekimlerimizin %44'ünün tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemeleri bildiklerini ifade etmiş olmaları, ülkemizdeki hekimlerin kendilerini ilgilendiren yasa maddelerinden az düzeyde haberdar olduklarını göstermektedir. On hafta üzerindeki gebeliklerde tahliyenin tıbbi zorunluluk bulunmadıkça yasak olduğu Türk Ceza Kanunu hükmü olmasına karşın, yasal düzenlemeleri bildiğini ifade eden hekimlerin sadece %1'i 10 haftanın üzerindeki tıbbi tahliyelerin Türk Ceza Kanunu'nun hükümlerinden kaynaklandığını belirtmiştir. Hekimlerin %62'si Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü'nün konuyla ilgili yasal düzenleme olduğunu bildirmiş olmasına rağmen Tüzüğe dayanak oluşturan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, sadece %36'lık bir grup tarafından seçilmiştir. Hekimlerin kendilerini ilgilendiren yasa maddeleri konusunda detaylı bilgilendirmeye gereksinimleri olduğu yeniden ortaya çıkmaktadır. Uzmanlık eğitimi sırasında bu bilgilerin de eğitime dâhil edilmesi gerekmektedir.

Hekimlerin bu yasal düzenlemelerden az haberdar oldukları görülmekle birlikte yasal düzenlemelerde de birçok eksiklikler söz konusudur. 1983 yılından bu yana "2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile "510 Sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi

**TABLO 5:** Özgün anomalilerde tıbbi tahliye kararları dağılımı (100 hekim).

	Evet (%)	Hayır (%)	Kararsız (%)
Spina bifida	68	25	7
Down sendromu	78	15	7
Seks kromozom anomalileri	35	53	12
Prognozu bilinmeyen kromozom anomalileri	25	50	25
Hemofili	28	65	7
Talasemi majör	62	30	8
Yarık damak-dudak	3	93	4
Mikrognati	10	81	9
El veya ayak yokluğu	44	43	13
Bir ekstremitte yokluğu	31	64	5
Diz veya dirsekten aşağı yokluk	25	67	8
Opere edilebilecek kalp, gastrointestinal sistem veya karın ön duvarı anomalileri	12	83	5
Ambiguous genital	30	56	14

ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük” güncellenmemiştir. Bu yasal düzenlemelerin içeriğine bakıldığında, sistematik hatalar olduğu, anneye ait tahliye nedenleri yazılmışken fetusa ait nedenlerin belirtilmediği, Kanun maddesinde “doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı” ibaresi bulunmakta iken, Tüzükte hangi hastalıkların bu kapsama gireceğinin açıkça belirtilmediği görülmektedir. Günümüzde tıbbi tahliyelerin pek çoğu fetusa ait nedenler ile yapılmaktadır ve tamamen yoruma açıktır. Anneye ait koşulların birçoğu da bugün için tıbbi tahliye gerekçesi değildir. Tüzük’de 10 haftanın üzerinde rahim tahliyesini gerektiren anneye ait nedenlerin sıralandığı listede, tekrarlayan preeklampsi-eklampsi, izoimmünizasyon, miyomektomi, diyabetik retinopati, kolejen doku hastalıkları, frengi, nörofibromatozis gibi hastalıkları sıralanmıştır. Listede sıralanan hastalıkların çoğu günümüz koşullarında tıbbi tahliye gerekçesi değildir. 1983 yılı koşullarında düzenlenen Tüzüğün, günümüz koşullarına uygun hale getirilmesi bir zorunluluktur ve bu konuda da meslek örgütlerine önemli görevler düşmektedir.

2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un 5. maddesinde, “doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile” tahliyenin yapılması öngörülmektedir. Sağlık kuruluşla-

rında oluşturulan Tıbbi Tahliye Kurulları kanununun isteğini karşılamaktadır. Anketimize katılan hekimlerimizin %42.1’i kurumlarında Tıbbi Tahliye Kurulu bulunduğunu belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerinde bu oran %80 iken devlet hastanelerinde %26.4 gibi düşük bir oranda bulunmaktadır. On haftanın üzerindeki gebeliklerde tıbbi tahliye için başka bir merkeze sevk eden kurumlar dışındaki sağlık kuruluşlarında bu kurulların henüz oluşturulmamış olması büyük bir eksikliklerdir. Özel hastanelerin ise sadece %35.3’ünde Tıbbi Tahliye Kurulu bulunduğu görülmektedir. İleri gebelik haftalarındaki tıbbi tahliyelerin özel hastanelerde ne oranda gerçekleştiği bilgisi elimizde bulunmamasıyla birlikte, özellikle büyükşehirlerde sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün özel hastaneler tarafından karşılandığı göz önüne alındığında, bu merkezlerde de kurulların oluşturulması yararlı olacaktır.

Hekimlerimizin sadece %3’ünün tek uzman hekim kararı ile tıbbi tahliye yapılabileceğini belirtmesi, hekimlerimizde kanunun istediği anlamda bir bilincin oluştuğunun göstergesidir. Bundan sonra görev sağlık kuruluşlarına ve denetleyici olarak da Sağlık Bakanlığına düşmektedir. Katılımcıların %32’sinin önerisi olan bölgesel merkezler de dikkate alınabilir; ancak bu tipte merkezler oluşturulması Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanabilir. Bu tip merkezlere ulaşım açısından özellikle doğu böl-

gelerimizde sorunlar ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır.

İsrail'de tıbbi tahiye kurulları, kadın doğum hekimi, ilgili diğer bir branş hekimi ve sosyal hizmetler görevlisi katılımıyla oluşmakta, 24 hafta üzeri tahliyeler için ise bölgesel komite (obstetrisyen, neonatalog, genetisyen ve sosyal hizmetler görevlisinden oluşan) onayı gerekmektedir.<sup>9</sup> Fransa'da Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış merkezlerde multidisipliner kurul (obstetrisyen, ebe, pediatrist, psikiyatrist ve genetisyen içeren) onayı ile tıbbi tahliyeler uygulanmaktadır.<sup>7</sup>

Tıbbi tahlise kapsamı içine giren anomalilerin nasıl belirleneceği hususu ile ilgili olarak hekimlerimizin %57'si, yetkinin Tıbbi Tahliye Kurulu'nda olması gerektiğini, %37'lik bir grup ise yasal olarak belirlenmesi gerektiğini savunmaktadır. Anomalilerin yasal olarak belirlenmesi ancak bu konu ile ilgili bir çalışma grubunun oluşturacağı listeyi yasal olarak yürürlüğe sokmak şeklinde olabilir. Aksi takdirde konuyu tamamen yasa koyucunun eline bırakmak kendi uzmanlığımızı ilgilendiren bir konuda hukuk alanında çalışan kişilerin yorum getirmesi şekline dönecektir ki uygulamada ciddi sorunlar yaratabilir.

Ankete katılan hekimlerin %72'si tıbbi tahliyeler ile ilgili yasal düzenlemenin kategorik olması ve kararın hekime bırakılması görüşündedir. Tıp alanında baş döndürücü gelişmelerin yaşandığı bir ortamda fetusta mevcut bazı hastalıklar doğum öncesi tedavi olanağına kavuşmaktadır. Ayrıca bugün bilinmeyen ancak gelecekte tanısı konulabilecek ve tıbbi tahliye gerektirecek hastalıklar da ortaya çıkabilecektir. Hastalık listesi oluşturmak yerine kategoriler oluşturmak ve tıbbi tahliyenin bu kategorilerden birine uyan durumlarda yapılmasının uygun olduğunu belirtmenin kanun koyucu açısından yeterli olacağı kanısındayız.

2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun hükümlerine göre hekim, bu müdahaleyi yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde müdahaleden itibaren en geç 24 saat içinde müdahale yapılan kadının kimliği, yapılan müdahale ile müdahaleyi icap ettiren gerekçeleri illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet

tabipliklerine bildirmeye zorunlu kılınmış olsa da, anketimize katılan hekimlerin %17'sinin bildirim yükümlülüğünden haberdar olmadıkları anlaşılmaktadır. Bildirimde bulunmamak cezai soruşturma gerektirecek bir eksiklik olup, hekimlerimizin kendilerini bağlayıcı yasal düzenlemeler konusundaki bilgilendirilmelerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların %74'ü tıbbi tahliye sonrası otopsi zorunluluğu olması gerektiğini belirtmişlerdir. Küretaj materyalinin patolojik incelemeye gönderilmesi gerektiği gibi, bu tip gebeliklerin sonlandırılması sonrası fetusun otopsiye gönderilmesi her şeyden önce hekimin sigortası olacaktır. Gerek olmadığı halde tıbbi tahliyenin yapıldığı yönündeki şikâyetle karşılaşan hekim yapmış olduğu işlemin gerekçesini bu yolla rahatlıkla açıklayabilecek ve yasa karşısında sorumlu duruma düşmeyecektir.

Tıbbi tahliye kararının hekime ait olduğu yönünde görüş bildiren %29 oranına karşılık hekimlerimizin %71'i kararın aileye ait olması gerektiğini savunmaktadır. Tıbbi Tahliye Kurulu'nun kararı aileye detaylı bir şekilde bildirilmeli ve son karar aileye bırakılmalıdır.

Anket sonuçlarımıza göre, tıbbi tahliye uygulanabilecek gebelik haftası sınırı olması gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır. Bu sınırın 24 hafta olması gerektiği görüşünde olan kesim %62'lik bir oranı oluşturmaktadır. Kanun ve tüzük metninde bir gebelik haftası sınırlaması bulunmamaktadır. Fetal anomali 24 hafta üzerinde saptanmış ise, ailenin mevcut kanuna göre tıbbi tahliye seçeneği bulunmaktadır. Ancak hekim bu konudaki tercihini aileye bildirip kendisinin böyle bir işlemi üstlenemeyeceğini söylemek hakkına sahiptir.

Tıbbi tahliye kapsamı içine girmesi önerilen fetal anomalilerin kategorik dağılımlarında, yaşamla bağdaşmayan anomaliler hekimlerin %93'ü tarafından kabul görmüş bunu doğum sonrası tedavisi zor ve prognozu kötü hastalıklar ve tedavisi olmayanların %79 ve %78'lik oranla izlediği görülmüştür. Hekimlerimizin %71'i mental retardasyon kategorisini de tıbbi tahliye gerekçelerinden biri olarak kabul etmişlerdir. Literatürde de bu konuyla ilgili benzer oranlar ortaya konulmuştur.<sup>3,7,10</sup>

Özgün anomalilerde tıbbi tahliye kararında Down sendromunun %78'lik bir oranla kabul görüldüğü anlaşılmaktadır. Spina bifida ise hekimlerimizin %68'i tarafından tıbbi tahliye gerekçesi olarak kabul edilmiştir. Bu hastalıkları %62'lik oranla talasemi majör izlemektedir. Yarık damak-dudak, ekstremitte anomalileri tıbbi tahliye gerekçesi olmamalıdır görüşü ağırlıktadır ve kanunun tanımladığı “doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı” hallerden olmadığı tarafımızca da düşünülmektedir. Prognozu bilinmeyen kromozom anomalilerinde ilginç bir durumla karşılaşmış katılımcıların %50'si hayır cevabı verirken %25'i kararsız kalmıştır. Tıbbın her gün yeni buluşlara gebe olduğu günümüzde böyle bir tablo ile karşılaşıldığında, genetik uzmanlarının görüşünü alıp durumu aileye kendileri ile birlikte açıklamanın yararlı olacağı kanısındayız.

Fetal yapısal anomalilerin belirlenmemesinin hekime yasal sorumluluk yükleyip yüklemeyeceği ile ilgili soruya hekimlerimizin %83'ü tıbbi tahliye gerekçesi olan yapısal anomaliyi belirleyememek, %22'si de tıbbi tahliye gerekçesi olmayan yapısal anomaliyi belirleyememek şeklinde cevap vermişlerdir. Kanun karşısında hekim her iki durumda da sorumludur. Gebelikte belirlenmesi gereken hangi anomali olursa olsun tahliye gerektirip gerektirmediği şartına bakılmaksızın hekim belirleyemediğinde tazminata mahkum edilebilmektedir. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin bir kararında (2006/13122-16638),... *Somut olayda, davacılar davalı doktorun hamileliği takip sırasında görmesi gereken sakatlığı tespit edememesi ve kendilerine bilgi vermemesi nedeniyle davalının kusurlu olduğunu ileri sürerek maddi ve manevi tazminat istemiştir. Davalı ise çocuğun sakat doğmasında kendisine kusur izafe edi-*

*lemeyeceğini, sakatlığın hamilelik takibinde gözden kaçabileceğini savunmuştur. Mahkemece aldırılan 30.12.2005 tarihli Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu raporunda; dosyadaki bilgi ve belgeler özetlendikten sonra sonuç olarak, “mevcut ekstremitte anomalisinin intrauterin tespit edilemeyebileceği, tespiti halinde de tıbbi rahim tahliye endikasyonu oluşturmayacağı” mütalaa edilmiştir. Davalı doktor, çocuğun sol kol dirsek altındaki kemiğinin bulunmaması ve elinin prematüre olup bilek yerine dirsekte olmasından doğrudan sorumlu değil ise de, hamileliğin takibi sırasında belirlenmesi mümkün olan arızanın zamanında fark edilmemesi sonucu davacıların uğradığı zarardan kusuru var ise sorumludur. Davacıların, sağlıklı bir çocuk sahibi olmayı beklerken bir kolu sakat olan bir evlat sahib olduklarını görmeleri ve bu duruma hazırlıksız olmaları, giderek hamilelik döneminde bu sakatlığın giderilmesi veya hamileliğin sonlandırılması ihtimallerini değerlendirememiş olmaları nazara alındığında bir zarara uğradıklarının kabulü gerekir....* şeklinde hüküm bulunmaktadır.

Sonuç olarak, tıbbi tahliye gerekçelerinin belirlenmesi aşamasında kadın doğum uzmanlarına büyük bir görev düştüğü, “510 Sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük” ekinde, “doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacak haller” in ana kategoriler şeklinde belirlenmesi, tıbbi tahliye uygulayan tüm sağlık kuruluşlarında Tıbbi Tahliye Kurulları oluşturulması ve hekimlerin uzmanlık eğitimleri sırasında yasal sorumlulukları ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri gerektiği düşüncesindeyiz. Tıbbi tahliye ile ilgili yasal düzenlemelerin güncelleştirilmesinin sağlanması için çalışmaların bir an önce başlatılması gerektiği kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in obstetrics and gynecology an overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;75(1):91-4.
2. Statham H. Prenatal diagnosis of fetal abnormality: the decision to terminate the pregnancy and the psychological consequences. Fetal Maternal Med Rev 2002;13(4):213-47.
3. Statham H, Solomou W, Green J. Late termination of pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. BJOG 2006;113(12):1402-11.
4. 27 Mayıs 1983 tarihli Resmi Gazete (Sayı 18059).
5. Erdener Y. Abortion and its implementation in Turkish law. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Beta Yayınları;1985. p.73-97.
6. Aslan H, Yıldırım G, Ongut C, Ceylan Y. Termination of pregnancy for fetal anomaly. Int J Gynecol Obstet 2007;99(3):221-4.

7. Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, Cuttini M. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenat Diagn* 2002;22(9):811-7.
8. Milliez J. FIGO Committee Report. Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis: FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Int J Gynecol Obstet* 2008;102(1):97-8.
9. Mishori DA, Carmi R, Vardi SI. Attitudes toward the acceptability of reasons for pregnancy termination due to fetal abnormalities among prenatal care providers and consumers in Israel. *Prenat Diagn* 2008;28(6): 518-24.
10. Zahed L, Nabulsi M, Tamim HM. Attitudes towards prenatal diagnosis and termination of pregnancy among health professionals in Lebanon. *Prenat Diagn* 2002;22(10):880-6.