

İki Olgu Nedeniyle Rahim Tahliyesi Hakkında Karar Verme Kapasitesinin Değerlendirilmesi



Ali Ercan ALTINÖZ¹, Altan EŞSİZÖĞLU², Mustafa SERCAN³, Didem YİĞİT⁴, Sinan YILDIZ⁵

ÖZET

Perinatal dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar, kişinin yargılama ve karar verme-yapma yetisinin bozulmasına neden olabilir. Bu bozukluklar ayrıca psikiyatrik, obstetrik ve neonatal bakımla ilgili değerlendirilmesi gereken hassas ve karmaşık yasal ve etik konuların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Klinisyenler bir yandan etik olarak bireyin otonomisine saygı duyarken, diğer yandan da adli psikiyatrik ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamaları çerçevesinde bireyin karar verme sürecini değerlendirmek durumundadırlar. Gebelikte ruhsal bozukluklarla ilişkili literatür her geçen gün zenginleşirken, konunun tıp hukuku ve etik yönü ile ilgili kısıtlı bilgi bulunmaktadır. Bu iki olgunun sunumunda gebe olan ve psikiyatrik bozukluğu bulunan iki hasta hakkında rahim tahliyesine gerek olup olmadığına yönelik değerlendirme sürecinin tartışılması ve ülkemizde bu hususla ilişkili yasal süreçlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Adli psikiyatri, gebelik sonlandırması, rahim tahliyesi, karar verme kapasitesi

GİRİŞ

Karar verme kapasitesi, bireyin bilişsel yetilerinin belirli bir bağlamda ve belli bir durumla ilişkili olarak değerlendirilmesidir. Ruhsal bozukluklarda karar verme kapasitesi her birey için o duruma ve o ana özel olarak değerlendirilmektedir (Maçkalı 2014).

Perinatal dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar, kişinin yargılama ve karar verme-yapma yetisinin bozulmasına neden olabilir. Bu bozukluklar ayrıca psikiyatrik, obstetrik ve neonatal bakımla ilgili değerlendirilmesi gereken hassas ve karmaşık yasal ve etik konuların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir.

SUMMARY

Evaluation of the Decision-making Capacity of Two Cases Planning to Undergo Uterine Evacuation

Psychiatric disorders in the perinatal period can lead to a deterioration in one's judgment and decision-making ability. These disorders may cause sensitive and complex legal and ethical issues relating to psychiatric, obstetric, and neonatal care. Clinicians should ethically respect the autonomy of the individual, but at the same time, they must assess the individual's decision-making process with the use of forensic psychiatric and consultation-liaison psychiatric practice. While the literature related to mental disorders in pregnancy has been increasing, there is limited information regarding the medico-legal and ethical aspects of this topic. Herein, we present two cases who are pregnant and have psychiatric disorders, and we aim to discuss their evaluation process of uterine evacuation.

Keywords: Forensic psychiatry, pregnancy termination, uterine evacuation, decision-making capacity

(Dudzinski 2006). Perinatal dönemde yaygın görülen ruhsal bozukluklar hem anne hem de fetus için ciddi mortalite ve morbidite nedenidir (Oates 2003, Zalpuri ve ark. 2015) Yaklaşık dört gebe kadından birinin DSM-IV-TR'ye göre herhangi bir psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini, yaklaşık on iki kadından birinin ise gebelikte başlayan bir psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (Vesga-Lopez ve ark. 2008). Ruhsal hastalığı olan kadınların olmayanlara kıyasla gebeliği önleme yöntemleri hakkında daha az bilgili olduğu ve bu kadınlarda planlanmamış gebeliklerin daha sık görüldüğü bilinmektedir (Miller ve Finnerty 1998, Zalpuri ve ark. 2015).

Geliş Tarihi: 10.02.2017 - **Kabul Tarihi:** 02.05.2017

Bilgilendirme: Bu olgulardan biri 26 Kasım 2016 tarihinde TPD 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi'ne poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Yrd. Doç., ²Doç., ^{4,5}Asis., Psikiyatri AD., Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak., Eskişehir. ³Prof., Psikiyatri AD., Okan Üniv. Tıp Fak., İstanbul.

Dr. Altan Eşsizöğlü, e-posta: altanessizoglu@gmail.com

<https://www.doi.org/10.5080/u22627>

Perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan bir kadını değerlendiren klinisyenler bir yandan etik olarak kişinin özerkliğine (autonomy) saygı duyarken, diğer yandan da adli psikiyatrik ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamaları çerçevesinde, bireyin karar verme sürecini değerlendirmek durumundadırlar. Gebelikte ruhsal bozukluklarla ilişkili literatür her geçen gün zenginleşirken, konunun tıp hukuku ve etik yönü ile ilgili oldukça kısıtlı bilgi bulunmaktadır. Bu iki olgunun sunumunda, gebe olan ve psikiyatrik bozukluğu bulunan iki hasta hakkında gebeliğin sonlandırılmasına gerek olup olmadığına yönelik değerlendirme sürecinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU 1

28 yaşında, evli, çocuksuz, kadın. İlk olarak 10 yıl önce mani tablosunda başvurduğu ve yatırılarak tedavi gördüğü bir eğitim ve araştırma hastanesinde bipolar bozukluk tanısı konulmuş. Günümüze dek ikisi kliniğimizde olmak üzere toplam altı yatışı olmuştu. 2013 yılında bipolar bozukluk-manik atak tanısıyla hastanemize zorunlu yatırılışında, gebe olduğunun anlaşılması üzerine kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı öğretim üyelerinin de katıldığı bir kurulda durumu değerlendirilmişti. Kurulca içinde bulunduğu psikiyatrik tablo (manik atak) etkisiyle gerçeği değerlendirme ve yargılama yetilerinin yeterli olmadığı, bu nedenle makul bir karar alamayacağı tıbbi kanaatine varılmıştı. Ailesi ve eşine de bilgi verilmiş, eşinin isteğiyle gebeliğin sekizinci haftasında rahim boşaltımı uygulanmıştı.

Son gelişinde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine adet görememe yakınmasıyla başvurmuştu; Hastanın yapılan değerlendirmesinde 19 haftalık gebe olduğu, düzenli bir şekilde valproik asit ve lityum tedavisi kullanmakta olduğu ancak fetüste malformasyona rastlanmadığı anlaşıldı. Gebeliği planlı değildi ve herhangi bir gebelik önleme yöntemi kullanmıyordu. Daha önceki gebeliğin sonlandırılma işlemine bakılarak zihinsel durumunun ve gebeliğin sonlandırılması seçeneğinin psikiyatrik yönden değerlendirilmesi amacıyla kliniğimize gönderildi.

Ruhsal durum muayenesinde çağrışımlarının yavaşlığı, düşünce içeriğinin yoksulluğu, zihinsel kapasitesinin sınırlılığı (IQ:71) dışında bilinç, yönelim, algı, duygulanım, gerçeği değerlendirme yetilerinde bozukluk saptanmadı. Alkol ve madde kullanımı, intihar düşüncesi veya girişimi öyküsü ve bedensel hastalığı bulunmamaktaydı.

Kişinin kendisiyle, eşiyle ve ailesiyle yapılan görüşmelerden sonra yapılan tümel psikiyatri değerlendirme sonucunda, saptanan yetersizliklerin fiil ehliyetini etkileyecek bir düzeyde olmadığı tıbbi kanaatine varıldı ve bu doğrultuda kurul raporu düzenlendi. Varılan bu kanaatin gerekçeleri şunlardı:

a) Kişinin bipolar bozukluğu tedaviyle denetim altındaydı ve kişi hastalık etkisinde değildi,

b) Kişinin olağan zihinsel kapasitesi sınırlı olmakla birlikte fiil ehliyetini bozacak ölçüde değildi.

c) Kişinin doğum kararını vermesini tıbben ya da hukuken eksilten başka bir durum ya da sorun saptanmamıştı.

Kişi bebeği doğurmak istediğini, eşi de bebeğin doğmasını istediğini belirtti. Anne olduğunda bebeğine bakabileceği, ayrıca annesinin desteğini alabileceği de belirlendi. Kişi olağan gebe izleme programına alındı.

OLGU 2

35 yaşında, evli, iki çocuklu kadın. Önceden ruhsal bir rahatsızlığı bulunmayan hastanın yakınmaları 21 aylık kızının bir kazada ölümünden sonra kaygı ve sıkıntı hissi, uykusuzluk, ağlama nöbetleri ve çocuklarına iyi bir anne olamadığına dair suçluluk duyguları şeklinde üç ay önce başlamış. Kazadan iki hafta sonra gebe olduğunu öğrenmiş. Gebeliği planlı değilmiş ve herhangi bir gebelik önleme yöntemi kullanmıyormuş. Zamanla yakınmaları şiddetlenmiş, işlevselliği bozulmuş ve intihar düşünceleri eklenmiş. Psikiyatri polikliniğine başvurusunda psikotik özellikli depresyon ön tanısıyla yatırılarak tedavi edilmesi önerilmiş, hasta ve yakınlarının kabul etmemesi üzerine ayaktan tedavi düzenlenerek yakın izleme alınmış. Ancak kontrol randevularına gelmemiş, önerilen ilaçlarını da kullanmamış. Gebeliğinin 9. hafta 6. gününde kadın doğum hastalıkları gebelik polikliniğinde gebeliğinin sonlandırılması isteğini bildirmesi üzerine karar verme kapasitesinin psikiyatrik yönden değerlendirilmesi amacıyla konsültasyon istenmiş.

Hasta gebeliğinin sonlandırılması konusunda kararsızdı. Sonlandırma gerekçesi olarak çocuk bakımında beceriksizliğini, çocuğunun ölmesinde kendi eksik ya da yanlışları olduğunu, doğarsa bu bebeğine de bakamayacağını ve ölümüne neden olacağını düşünüyordu. Eşi ise ilk başvurularında gebeliğin sonlandırılmasına karşı olduğunu bildirmesine karşın son başvuru sırasında aynı gün içerisinde birkaç defa gebeliğin sonlandırılması ile ilgili düşüncesini değiştirmiş, kararsız bir tutum sergilemişti.

Ruhsal durum değerlendirmesinde sıkıntılı ve depresif duygudurum, psikomotor hareketlilikte azalma ve tanımadığı bazı kişilerin kendisini izleyebileceği ve çocuğunu kaçırabileceği biçiminde zarar görme sanrısı taslakları dışında bilinç, yönelim, algı, özbakım, konuşma hız ve miktarı bozukluğu saptanmadı. Alkol ve madde kullanımı, intihar düşüncesi veya girişimi olmamıştı. Bedensel bir hastalığı bulunmamaktaydı. Bu bulgularla psikotik özellikli depresyon tanısı konuldu.

Kişinin verili durumda fiil ehliyetinin bulunmadığı ve gebeliğin sonlandırılması kararında iki eşten biri olarak olur verebileceği tıbbi kanaatine varıldı.

Konuyla ilgili tüzüğe göre sonlandırılabilmesi için gebeliğin on haftayı geçmemesi ve iki eşin ortak kararı gerekmektedir. Kişinin bu durumuyla eşiyle birlikte bu işleme olur vermesi

olanaksızdı, vesayet altına alınması ve sulh hukuk yargıcının izninin alınması gerekmektedir. Öte yandan gebeliğin onuncu haftasının bitmesine bir gün kalmıştı. Bu kısa sürede vesayet işlemleri ve sulh hukuk yargıcının izninin alınabilmesi olanağı yoktu.

Bunun üzerine hastanın eşi gebeliğin sonlandırılmasına karar vermiş olmasına karşın, gebeliğin sonlandırılması işlemi yapılmadı. Hastanın psikiyatri kliniğine yatırılarak tedavisi uygun görüldü. Hasta ve yakınları yatırılarak tedavi edilme önerisini kabul etti.

Hasta ve eşine, hastada bulunan ruhsal bozukluk, gebelik ile olan ilişkisi, tedavi seçenekleri konularında ayrıntılı bilgi verilerek sertralın 25 mg/gün, haloperidol 2,5/gün mg ve gerektiğinde ketiyapin 25 mg/gün tedavisi başlandı. Dört hafta sonra klinik düzelme halinde hastaneden çıkarıldığı sırada da gebeliğini sürdürmeyle ilgili ikircikli düşünceleri tamamen geçmemişti.

TARTIŞMA

Karar verme kapasitesinin sistematik değerlendirmesi için;

- 1- Seçenekleri anlamak,
- 2- Konuyla ilgili bilgileri anlamak,
- 3- Durumu ve seçenekleri kavramak,
- 4- Tüm bu bilgileri mantıklı bir biçimde yönetebilmek şeklinde dört ana unsur tanımlanmıştır (Appelbaum ve Grisso 1988, Brody ve ark. 2016). Hekimler hastalarına her hangi bir girişimde bulunmadan önce, hastanın aydınlatılmış onam verebilecek karar verme kapasitesi olup olmadığını değerlendirmelidir (Appelbaum 2007).

Ruhsal hastalığı olan bir kadının gebeliğini sonlandırma talebi, hastanın özerkliği ve kendi özgür istenci ile hekimin hasta yararı odaklı değerlendirmesi arasında etik bir tartışmaya yol açabilmektedir (Brody ve ark. 2016). Ülkemizde, 2827 Sayılı Nüfus Planlanması Hakkında Kanun'un beşinci maddesine göre, anne ya da fetüsün yaşamsal önemde ya da ağır sağlık sorunlarının varlığı dışında, anne-baba oluruyla 10. haftaya kadar rahim tahliyesi yapılabilir. Bu yasanın uygulamalarını düzenleyen tüzüğün (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük) 5. Maddesinde tanımlanan istisna durumlarının tıbbi gerekçesi olan hastalıklara tüzüğün ekinde yer alan "2 Sayılı Liste"de yer verilmiştir. Bu listede yer alan ruhsal bozukluklar oligofreni, kronik şizofreni, psikoz manyak depresif, paranoya, uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm şeklinde sıralanmıştır.

Aynı tüzüğün on üçüncü maddesine göre; 10 haftayı geçmeyen gebeliklerin tahliyesinde gebe kadın reşitse kendisinden, küçükse rızası alınmakla birlikte velisinden, vesayet altında ise

kendisi ve vasisinden ayrıca sulh hakimliğinden, evliyse eşinden izin belgesi almak gerekmektedir. Tüzüğün on dördüncü maddesine göre akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisi (özerk karar verme kapasitesi) olmayan gebe kadından rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz.

Birinci olgunun 2013 yılındaki ilk gebeliğinin tahliyesi sırasında gebelik süresinin 10 haftadan kısa olduğu ayrıca bu dönemde manik atakta olması nedeniyle hastaneye zorunlu biçimde yatırıldığı anlaşılmıştır. Hastanın bu dönemde gebeliğinin devamı ya da rahim tahliyesine karar verebilme açısından karar verme kapasitesinin yetersiz olması nedeniyle Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 13 ve 14. maddeleri doğrultusunda hareket edilmiştir. Diğer yandan aynı olgunun 2016 yılındaki son gebeliğinin 19. haftada tanınması nedeniyle, tüzüğün 13. maddesine göre değerlendirilememiştir. Hastaya konulan bipolar bozukluk tanısının tüzükteki psikoz manyak depresif, sınırda mental kapasite tanısı ise oligofreni başlığına denk gelmektedir. Ancak hastanın bipolar bozukluk açısından remisyonda olması ve sınır zeka düzeyinde oluşunun rahim tahliyesi açısından karar verme kapasitesini bozacak nitelikte olmaması nedeniyle gebeliğin devamı konusundaki kararın hasta tarafından verilebileceği, psikiyatrik açıdan; tüzüğün 5. maddesine göre değerlendirilen hastanın gebeliğinin, annenin hayatını tehdit etmiyor olması, doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyetlere neden olacak mahiyette olmaması nedeniyle gebeliğin tüzüğün 5. Maddesinde tanımlanan istisna durumlarının varlığına dayalı sonlandırılmasına gerek olmadığı tıbbi kanaatine varılmıştır.

İkinci olgu kadın hastalıkları ve doğum bölümü tarafından konsültasyon istenmesi üzerine değerlendirilmiştir. Psikiyatrik konsültasyonların %3-25'inin karar verme kapasitesi ile ilgili olduğu (Appelbaum 2007) çoğunluğu akut nörolojik ve enfeksiyon hastalığı nedeniyle yatan 302 hasta ile yapılan bir çalışmada %48'inin karar verme kapasitesinden yoksun olduğu bildirilmiştir (Raymont ve ark. 2004). İkinci olgumuzda başvuru, gebeliğin 10. haftasından önce olmuş ve bu nedenle tüzüğün 13. maddesine göre değerlendirilmiştir. Hastanın psikotik özellikli depresif bozukluğu olması, bebeğinin bakımı ve anneliği konusunda depresif bozukluğa bağlı yargılama kusuru bulunması gerekçeleriyle karar verme kapasitesinin yetersiz olduğu kanaatine varılmıştır. Gebeliğin sonlandırılması yönündeki tıbbi işlemin yapılabilmesi için yasal sürenin son günü olduğundan, kişinin vesayet altına alınması işlemleri gerçekleştirilememiştir. Öte yandan yalnızca hastanın değil eşinin de kesin kararlı olmaması dikkat çekiciydi ve çiftlerin bu ikircikliliğinin de gebeliğin sonlandırılması işlemini önleyici bir etmen olduğu göz ardı edilemezdi.

Gebenin karar verme kapasitesinin ve kararın oluşturulabilmesi için zamanın yetersiz olduğu durumlarda potansiyel vasi adayı ile birlikte karar verilmesi gerektiği bildirilmektedir

(Brody ve ark. 2016). Ancak ülkemizdeki yasal düzenlemeler vesayet işlemi gerçekleştirilmeden böyle bir uygulamaya zemin oluşturmamaktadır. Öte yandan bu tür hızlı davranılması gereken durumlar için ülkemizde mahkemeden hızlı vesayet kararı çıkartılması için de bir düzenleme yoktur. Bu durumun, yalnızca gebelik sonlandırması yönünden değil, başka acil tıbbi durumlarda da zaman zaman sıkıntı yarattığı bilinmektedir.

Gebe bir kadının ruhsal bir bozukluk nedeniyle karar verme kapasitesinin bozulması durumunda önce ruhsal bozukluğun kalıcı olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmekte, ruhsal bozukluk kalıcı değilse gerekli tedavinin sağlanarak karar verme kapasitesinin yeniden yeterli hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Zalpuri ve ark. 2015). Bir olgu sunumunda, karar verme kapasitesi depresyon nedeniyle bozulmuş olan bir gebe kadının tedavi edildikten sonra karar verme yetkinliğini yeniden kazandığı, böylelikle hasta otonomisine saygı duyulduğu belirtilmiştir (Brody ve ark. 2016). Öte yandan gebelik sonlandırılması ile ilgili tıbbi işlem ülkemizde fetüsün on haftalık olmasıyla ilgili bir sınırlamaya bağlı olduğundan olası tedavi süresinin bu sınırları aşmayacağına ilişkin tahminde bulunmak da önemlidir. Ağızdan ilaç verilerek yapılan bir depresyon tedavisinin 20 günden daha erken sonuçlanma olasılığı düşük olduğu göz önüne alınırsa, gebeliğin ya da ruhsal hastalığın saptandığı zaman ne kadar erken olursa tedaviyle karar verme kapasitesinin geri dönmesi beklentisi o kadar isabetli olacaktır. Öte yandan vesayet işlemlerine zaman geçirmeden başlanması hukuki yönden önemli olacaktır.

Gebeliğin sonlandırılması işleminin isteğe bağlı (elektif) olduğu, gebeliğin anne ve fetüsün hayatını tehdit etmediği koşullar için Amerika'da birçok eyalette yasal süre gebeliğin 24. haftasına kadar uzatılabilmekte, böylece hastanın tedavisi ve karar verebilme kapasitesinin yeterli hale gelebilmesi için hekime zaman kazandırılmaktadır (Brody ve ark. 2016). Ülkemizde ise 10 haftalık yasal sınır, ikinci olgumuzda olduğu gibi hekime tedavinin tamamlanması için yeterli zamanı tanımamaktadır. Bu nedenle ülkemizde psikiyatrik bozukluğu olan gebe kadınlar açısından çağımız koşullarına uygun, klinisyenlere karar verebilecek zaman tanıyan, özellikle geçici ruhsal bozuğu olan kadınlara gebelikleri ile ilgili kararları kendilerinin vermesini sağlayabilecek düzenlemelere gereksinim bulunmaktadır.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından konsültasyon istenen, psikiyatrik bozukluğu olan gebe kadınların karar verme kapasiteleriyle ilgili değerlendirmesinin kısa zaman içerisinde yapılması gerekmektedir (Babbitt ve ark. 2014). Bu nedenle ruh hekimlerinin değerlendirme yapabilecek ölçüde donanımlı olmaları ve ruh hekimi olmayan meslektaşlarını bu konuda eğitmeleri gerekmektedir (Weinstock ve ark. 1985).

Psikiyatrik değerlendirme hızla yapılsa bile özellikle karar verme kapasitesinde yetersizlik gelişmiş hastaların diğer hekimlerce de benzer bir özen ve hızla değerlendirilmeleri gerekliliği mevcuttur. Bu da ancak bu tür hastalar için özelleşmiş ekip çalışmalarının yaygınlaştırılmasıyla mümkün olabilir.

Hekim, gebe bir kadınla karşılaştığında, yalnızca gebe bir kadın ve fetüsle değil aynı zamanda bir postpartum anne adayını ve bebekle de karşılaştığını bilmelidir. Yararlı olma ve yarar-zarar dengesini gözetme hekimliğin temel etik ilkelerinden birisidir. Bu ilke, yararlı olanı gözetme, elde edilecek yarar ile verilecek zararı tarafsız bir şekilde tartma ve dengelemeyi kapsar. Ancak gebe bir kadın söz konusu ise, tek başına bir hasta ile karşı karşıya olmaktan farklı olarak, hem fetüs hem de annenin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Çoğu olguda bebek ve annenin yararları ortaksa da kimi zaman anne ve bebeğin yararları ters düşebilir. Böyle durumlarda anne ve bebeği iki ögeli bir bütün (dyad) olarak düşünerek olası en büyük yararı tercih etmek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Appelbaum PS (2007) Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 357:1834-40.
- Appelbaum PS, Grisso T (1988) Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 319:1635-8.
- Babbitt KE, Bailey KJ, Coverdale JH ve ark. (2014) Professionally responsible intrapartum management of patients with major mental disorders. *Am J Obstet Gynecol* 210:27-31.
- Brody BD, Chaudhry SK, Penzner JB ve ark. (2016) A Woman with Major Depression with Psychotic Features Requesting a Termination of Pregnancy. *Am J Psychiatry* 173:12-5.
- Dudzinski DM (2006) Compounding vulnerability: pregnancy and schizophrenia. *The American Journal of Bioethics* 6:W1-W14.
- Maçkalı Z (2014) Ruhsal Bozukluklarda Bilgilendirilmiş Onam ve Onam Verme Kapasitesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6:227-42.
- Miller LJ, Finnerty M (1998) Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 19:210-7.
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun no: 2827, Kabul Tarihi: 24/5/1983. Resmi Gazete Sayı: 18059, 27/5/1983.
- Oates M (2003) Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull* 67:219-29.
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Bakanlar Kurulu Kararı Tarihi:14/11/1983, No:83/7395. Resmi Gazete No: 18255, 18. 12. 1983. İndirilme Tarihi:08/02/2017. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.837395.pdf>.
- Raymont V, Bingley W, Buchanan A ve ark. (2004) Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *The Lancet* 364:1421-7.
- Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K ve ark. (2008) Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 65:805-15.
- Weinstock R, Copelan R, Bagheri A (1985) Physicians' confusion demonstrated by competency requests. *Journal of Forensic Science* 30:37-43.
- Zalpuri I, Byatt N, Gramann SB ve ark. (2015) Decisional capacity in pregnancy: a complex case of pregnancy termination. *Psychosomatics* 56:292-7.