



Ölümlerle Sonuçlanan Kadın Hastalıkları ve Doğum Olgularında Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Obstetrics and Gynecology Medical Malpractice Claims Resulting to Death

Uğur Çom¹, İbrahim Üzün², Burak Gümüş³

¹Adli Tıp Kurumu, Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Çorum

²Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Turkey

³Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Çorum

Öz

Amaç: Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında ölüm gerçekleşmiş tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının özellikleri ve adli tıbbi boyutu literatür eşliğinde değerlendirilerek, sağlık çalışanlarının ve kurumların tıbbi uygulama hatalarının ve uygulama nedeniyle yöneltilebilecek iddiaların azaltılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: 2012 – 2013 yıllarında Adli Tıp Kurumu (ATK) tarafından görüş bildirilmiş kadın hastalıkları ve doğum alanındaki sağlık görevlileri hakkında tıbbi uygulama hata iddiaları bulunan 452 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bilirkişi görüşü istenilen 452 olgunun % 8'inde (n:38) tıbbi uygulama hatası olduğu tespit edilmiştir. Tıbbi uygulama hata iddialarının en yüksek oranla Doğu Anadolu Bölgesinden, en sık özel hastanelerden ve uzman doktorlara yönelik davalardan kaynaklandığı gözlenmiştir. 35 yaş üzeri gebeliklerde maternal ölüm oranı, 35 yaş altı gebeliklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001). Olguların en sık sezaryen doğum yaptığı (n:241, % 58,7) tespit edilmiş olup, normal doğum yapan olgulardaki tıbbi uygulama hatası varlığı, sezaryen doğum olgularındaki tıbbi uygulama hatası varlığından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05). Hem jinekoloji olgularında, hem de maternal ölüm olgularında uterus atonisi en sık ölüm sebebi olurken, klinik tanı ile ATK tarafından belirlenen ölüm sebebi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; hem jinekoloji olguları, hem obstetrik olgular için uyumluluk oranının yüksek olduğu saptanmıştır (%58 -%61). Olgularda hem şikâyet, hem de tıbbi uygulama hatası nedeni olarak en sık özen eksikliği olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Tıbbi uygulama hata iddiası olgularında her olgunun kendi dinamikleriyle değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıbbi uygulamaların kayıtlarının eksiksiz tutulmasının ve hasta hekim iletişiminin en doğru şekilde sağlanmasının tıbbi uygulama hatasını ve iddialarını azaltabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Tıbbi uygulama hatası, kadın hastalıkları ve doğum, adli tıp, otopsi

Abstract

Aim: It is aimed to reduce the medical malpractices and the claims to healthcare professionals by evaluating the characteristics and forensic medical dimension of the cases of medical malpractice claims resulting to death in the field of Obstetrics and Gynecology with the literature.

Material and Method: 452 cases with medical malpractice claims about obstetrics and gynecology which were reported by the Forensic Medicine Institute (ATK) between 2012-2013 were reviewed retrospectively.

Results: Medical malpractice was determined in 8% (n: 38) of the 452 patients. It has been observed that medical malpractice claims are mostly related to the Eastern Anatolian Region and most often from private hospitals and specialist doctor cases. Maternal mortality rate in pregnancies above 35 years of age was significantly higher than pregnancies below 35 years of age (p <0.001). Cesarean delivery is the most often (n:241, % 58,7) of the cases. The presence of medical malpractice in cases with normal delivery was significantly higher than the presence of medical malpractice in cesarean delivery cases (p <0.05). Uterine atony is the most common cause of death in both gynecology cases and maternal death cases. When the relationship between clinical diagnosis and cause of death determined by ATK is evaluated; It was found that the compatibility rate was high for both gynecology or obstetric cases (58-61%). Lack of care is determined as the most often cause of both medical malpractice cases or claims.

Conclusion: In cases of medical malpractice claims, each case should be evaluated with its own dynamics. Keeping records of medical practices complete and organized, providing patient physician communication with the most accurate way is thought to reduce medical malpractice and claims.

Keywords: Medical malpractice, obstetrics and gynecology, forensic medicine, autopsy



GİRİŞ

Tıbbi uygulama hataları, tıp ve ilgili alanlardaki profesyonellerin tıbbi işlemlerde standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanır.^[1,2] Hukuki karşılığı 'izin verilen risk' olan komplikasyon ise, bir hastalığın seyri sırasında oluşan hastalığa eklenen başka rahatsızlık veya işlev bozukluğudur.^[3] Komplikasyon oluşmasında hekim sorumlu olmazken, oluşan komplikasyonun yönetilmesi sürecinden sorumludur.^[4]

Kadın hastalıkları ve doğum (KHD) alanında uzmanlık yapan hekimler, tıbbi uygulama hatası suçlaması ile en sık karşılaşan gruplardandır. Toplumun beklentileri, gebelik sürecinin ve doğumun duygusal yükü, hekimin oluşabilecek istenmeyen bir olay karşısındaki sorumluluğunu daha da artırmaktadır.^[5,6]

Çalışmamızda KHD alanında ölüm gerçekleşmiş tıbbi uygulama hatası iddiası olguları literatür eşliğinde değerlendirilerek; sağlık çalışanları ve kurumları hakkında tıbbi uygulama hata iddialarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada Adli Tıp Kurumu (ATK) tarafından 2012 ve 2013 yıllarında görüş bildirilen kadın hastalıkları ve doğum alanında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 452 olgu retrospektif olarak incelendi.

Veriler kayıt altına alınırken; olguların ilgili olduğu diğer bilim dalları, olay tarihindeki yaşları, tıbbi uygulama hatası iddiası olan coğrafi bölgeler ve obstetrik olgularda gebelik sayısı ile bu verilerin maternal ölüm ile olan ilişkileri, şikâyetçi olunan sağlık görevlileri ve sağlık kuruluşlarının niteliği, olguların hastanede yatış süreleri, doğum şekli, sağlık kuruluşuna başvuru şekilleri ve otopsi oranları ile bu verilen tıbbi uygulama hataları ile olan ilişkileri, cerrahi müdahalelerin niteliği, klinik tanıları, ATK tarafından belirlenen ölüm sebepleri ve bu verilen uyumlulukları, hangi konularda tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen olgularda hataların hangi süreçlerde meydana geldiği, en çok hata yapılan konular, hata yapan sağlık meslek grupları incelendi.

Veriler istatistiksel analiz için sınıflandırılarak, SPSS 21.0 paket programına aktarıldı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0 programında ki kare testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Araştırma için T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonundan 12-06-2014 tarih ve B.03.1.ATK.0.01.00.08/396 karar numaralı onay alınmıştır.

BULGULAR

KHD alanında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 452 olgunun yıllara göre dağılımına baktığımızda 2012 yılında 204 olgu, 2013 yılında ise 248 olgu bulunmaktadır. 280 olgu (%61,9) KHD, 96 olgu (%21,2) çocuk hastalıkları, 33 olgu (%7,3) anestezi, 31 olgu (%6,8) acil ve 12 olgu (%2,6)

genel cerrahi alanındaki sağlık görevlileri hakkında da tıbbi uygulama hatası iddiası bulunmaktadır. 368 olgu (%81,4) yalnızca obstetrik, 23 olgu (%5,1) ise yalnızca jinekoloji ile ilgilidir. 60 olgu ise (%13,3) hem obstetrik, hem de jinekoloji ile ilgilidir.

Tüm jinekoloji olguları içerisinde en sık 31-40 yaş arası olgular (36 olgu, %43,3) olduğu görülmüştür. Yalnızca jinekoloji ile ilgili olgularda ise en sık 41-50 yaş arası olgular (9 olgu, %39,1) olduğu görülmüştür. Obstetrik olgularda ise maternal yaş en sık 21-35 yaş arasında (219 olgu, %75,8) iken, maternal ölüm oranının en yüksek 36-45 yaş arasında olduğu (29 olgu, %55,8) tespit edilmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki maternal yaş ve maternal ölüm ilişkisi değerlendirildiğinde; 35 yaş üzeri gebeliklerde maternal ölüm meydana gelmesi durumu, 35 yaş altı gebeliklere oranla anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,001$) (**Tablo 1**). Tıbbi uygulama hatası iddialarının meydana geldiği bölgeler adrese dayalı nüfus kayıt sistemi (ADNKS) verilerine göre değerlendirildiğinde; en sık olgu Doğu Anadolu bölgesinde iken (70 olgu), Doğu Anadolu bölgesinden gelen tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki maternal ölümler, diğer bölgelerden gelen tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki maternal ölümlere oranla anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,001$) (**Tablo 1**). Parite sayısı değerlendirilebilen olgularda; en sık ilk gebeliğini yaşayan olgular olduğu (80 olgu, %20,3) tespit edildi. Grandmultiparite olgularında maternal ölüm, 5'ten az sayıdaki gebeliklere oranla anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0,05$) (**Tablo 1**).

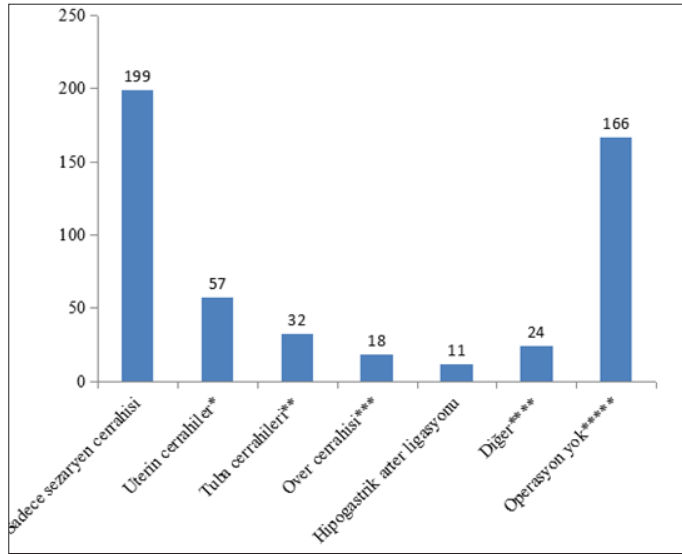
Tablo 1. Maternal yaş, coğrafi bölgeler ve gebelik sayısının maternal ölüm ile ilişkisi

	Maternal yaş		Coğrafi bölgeler		Gebelik sayısı	
	< 35 yaş	≥ 35 yaş	Doğu Anadolu Bölgesi	Diğer Bölgeler	< 5. gebelik	≥ 5. gebelik
Maternal ölüm meydana gelmiş	62 (%26,2)	29 (%54,7)	25 (%35,7)	64 (%16,8)	49 (%20,3)	16 (%38,1)
Maternal ölüm meydana gelmemiş	174 (%73,8)	24 (%45,3)	45 (%64,3)	318 (%83,2)	192 (%79,7)	26 (%61,9)
Test ve p değeri	16,234 *0,000*	13,449 *0,000*	6,379 *0,012*			

*Pearson Chi-Square Test, * $p < 0,05$

En sık uygulama hatası iddiası sorulan sağlık görevlisi grubu kadın doğum uzmanları (411 olgu, %90,9) ve ebelerdir (128 olgu, %28,3). Tıbbi uygulama hatası iddiasının sorulduğu en sık sağlık merkezi özel hastanelerdir (217 olgu, %48). Sağlık kurumuna başvuru şekli değerlendirilen olgularda en sık acile başvuru görülürken (327 olgu, %79,8), 83 olguya (%20,2) elektif olarak müdahale edilmiştir. Tüm vakalar içerisinde, sağlık kurumundaki yatış süreleri hakkında değerlendirme yapılabilen obstetrik, jinekolojik ve yenidoğan olgularda en sık ilk 24 saate kadar yatışları mevcut olduğu (sırasıyla %49,1, %24,4, %46,8) tespit edilmiştir. Doğumun gerçekleştiği 410 obstetrik olguda, 168 olgu (%40,9) normal vaginal doğum

(NVD), 241 olgu (%58,7) ise sezaryen yoluyla doğum yapmıştır. 166 olguda (%36,7) herhangi bir cerrahi operasyon gerçekleşmemiştir. 199 olguda (%69,5) sadece sezaryen, 57 olguda (%19,9) uterin cerrahiler, 32 olguda (%11,1) tuba cerrahisi uygulandığı görülmüştür (**Şekil 1**).



Şekil 1. Olguların yapılan cerrahi operasyonlara göre dağılımı*****

*TAH, subtotal histerektomi, myomektomi, polipektomi

**Salpenjektomi, USO, BSO

***Laparoskopik over kist operasyonu, Miles, ooferektomi

****LND+omentektomi, yırtık onarımı (serviks yırtığına Bumm kürtaj, plasenta yapışma yerlerindeki kanamaya sütürasyon, uterus kanama yerlerine sütürasyon, uterus rüptürüne primer onarım), Evre 4 pop Q+vault prolapsusu nedeniyle sacrocolpopeksi+Burch+Halban, kolostomi, pulmoner arter embolektomi, kardiopulmoner by-pass ile birlikte atrial septal defekt onarımı, intraortik balon kontrülsasyonu, appendektomi, mesane onarımı, sol torakotomi ile alt lobektomi+diafragma rezeksiyonu+diafragma primer tamiri+lingulektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu, nefrektomi, Wertheim operasyonu, Bogota Bag uygulanması,

***** NVD dışında cerrahi geçirmeyen olgular ile düşük olgular

*****Bazı olgularda birden fazla operasyon bulunmaktadır

Otopsi oranları değerlendirildiğinde; 95 maternal ölüm gerçekleşmiş olgudan 52 olguda (%54,7), 361 bebek/çocuk ölümü gerçekleşmiş olgu içerisinde 185 olguda (%51,2) ve 67 ölümlü jinekoloji olgusundan 34 olguda (%50,7) otopsi yapılmıştır. 24 jinekoloji olgusunda (%29,6) uterus atonisi, 14 olguda ise (%17,2) uterus rüptürü tespit edilmiştir. Obstetrik olgularda plasenta anomalileri 46 (%19,7) olguda, preeklampsi/eklampsi/HELLP sendromu 44 (%18,8) olguda, amnion sıvı anomalisi 30 (%12,8) olguda tespit edilmiştir. Maternal ölüm; 22 olguda (%25,5) uterus atonisi, 20 olguda (%23,2) sepsis, DIC ve 19 olguda (%22) preeklampsi/eklampsi/HELLP sendromu nedeniyle gerçekleşmiştir. Bebek/çocuk olgularının %42'si (n:124) in utero mort fetüs (IUMF), %31,5'i (n:93) solunum sistemi patolojileri ve zorlu doğum, %8,8'i (n:26) MSS patolojileri nedeniyle ölmüştür. ATK tarafından ölümün; jinekoloji olgularında en sık uterus atonisi (17 olgu, %27,4), obstetrik olgularda yine en sık uterus atonisi (19 olgu, %20,8), bebek/çocuk olgularında ise en sık solunum sistemi patolojileri ve zorlu doğum nedeniyle geliştiği (124 olgu, %40) tespit edilmiştir. Klinik tanısı ve ATK tarafından verilen ölüm sebebi uyumlu olan (Grup 1), klinik tanısı ile ATK tarafından verilen ölüm sebebi uyumsuz olan (Grup 2) olarak sınıflandırılmıştır. Jinekoloji olgularında %68,3 oranında (41

olgu) Grup 1 olgular, %31,7 oranında (20 olgu) Grup 2 olgular olduğu tespit edilmiştir. Maternal ölüm gerçekleşmiş olgularda %67,9 oranında (53 olgu) Grup 1 olgular, %32,1 oranında (25 olgu) Grup 2 olgular olduğu tespit edilmiştir. Bebek/çocuk ölümünün gerçekleştiği olgularda %81,6 oranında (124 olgu) Grup 1 olgular, %18,4 oranında Grup 2 olgular (28 olgu) olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 2. Olguların klinik tanı ve ATK ölüm sebebi ilişkisi

	Jinekoloji Olguları	Maternal ölümler	Bebek/Çocuk Ölümleri
Grup 1	41 (%68,3)	53 (%67,9)	124 (%81,6)
Grup 2	20 (%31,7)	25 (%32,1)	28 (%18,4)

Tıbbi uygulama şikâyet nedenleri değerlendirildiğinde; özen eksikliği iddiası 137 (%47,5), uygulamanın zamanında yapılmadığı iddiası 38 (%13,1), tanı hatası iddiası 36 (%12,5), tedavi hatası iddiası 33 (%11,4) ve sezaryen yapılması gerekirken yapılmadığı iddiası olan olguların sayısı 21 (%7,2) olarak tespit edilmiştir (**Tablo 3**).

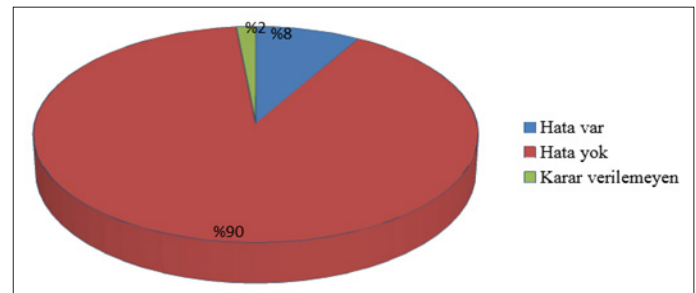
Tablo 3. Olguların şikâyet nedenlerine göre dağılımı

Şikâyet nedenleri	Olgu sayısı (%)
Özen eksikliği	137 (%47,5)
Zamanlama hataları*	38 (%13,1)
Tanı hatası	36 (%12,5)
Tedavi hatası	33 (%11,4)
Sezaryene alınmama	21 (%7,2)
Diğer**	46
Belli olmayan	164

*Doğuma erken alınması, doğuma geç alınması, hekimin geç müdahale etmesi

**Sevk hataları, hastane hizmet kusuru, ilgi eksikliği, takip hatası ve onam alınmaması

Tıbbi uygulama hatası iddiası olan 452 olgu içerisinde, tıbbi uygulama hatası bulunan olgu sayısı 38 (%8,4), tıbbi uygulama hatası bulunmayan olgu sayısı 407 (%90) olarak tespit edilmiştir. 7 olguda ise tıbbi uygulama hatası konusunda değerlendirme yapılamadığı görülmüştür (**Şekil 2**).



Şekil 2. Olguların tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilmesi

Tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki başvuru şekli ve hata varlığı ilişkisi değerlendirildiğinde; olgunun sağlık merkezine başvuru şekli ile uygulama hatası varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

(Tablo 4). Tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki doğum şekli ve hata varlığı ilişkisi değerlendirildiğinde; olgunun doğum şekli ile tıbbi uygulama hatası varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). NVD yapan olgulardaki tıbbi uygulama hatası varlığı, sezaryen yoluyla doğum yapan olgulardaki tıbbi uygulama hatası varlığından anlamlı derecede yüksektir (**Tablo 4**). Tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgulardaki otopsi yapılma durumu ve hata varlığı ilişkisi değerlendirildiğinde; olguda otopsi varlığı ile uygulama hatası varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 4**).

Tablo 4. Başvuru şekli, doğum şekli ve otopsi yapılmasının tıbbi uygulama hataları ile ilişkisi

	Başvuru şekli		Doğum şekli		Otopsi	
	Acil	Elektif	NVD	Sezaryen	Var	Yok
Hata var	6 (%7,3)	28 (%8,7)	20 (%12,3)	15 (%6,3)	21 (%8,8)	17 (%8,3)
Hata yok	76 (%92,7)	294 (%91,3)	143 (%87,7)	225 (%93,7)	219 (%91,2)	188 (%91,7)
Test ve p değeri	0,161 ^a 0,688*		4,436 ^a 0,035 ^y		0,030 ^a 0,863*	

^aPearson Chi-Square Test, * $p>0,05$, ^y $p<0,05$

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda, hata varlığı yönünde verilen kararlar incelendiğinde; 2001-2005 yılları arasındaki çalışmada oran %32, 1990-2000 yılları arasındaki çalışmada ise %30,8 olarak bulunmuştur.^[2,7] Yapılan diğer araştırmalarda da, tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda kusur verilme oranı ise, %22 ile %32 arasında değişmektedir.^[8-10] Çalışmamızda kusur verilen olgu oranı %8,4 olarak tespit edilmiştir. Diğer branşlara göre oranın daha düşük olmasının temelinde KHD alanındaki özellikle diagnostik amaçlı ilerlemelerle oluşabilecek gebelik komplikasyonlarının tanısının erken dönemde fark edilebilmesi, ayrıca gebelik ve doğumla ilişkili klinik durumların çoğu zaman öngörülemez, önlenemez oluşunun bulunduğu düşünülmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre; yıllık kişi başı hastane müracaat sayısı birinci basamak hastanelerde 2,9 iken, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde 5,3 olmaktadır.^[11] Yapılan bir araştırmada tıbbi uygulama hatası iddiası olan sağlık kuruluşu olarak özel hastaneler %77'lik oranla ilk sıradadır.^[12] Diğer araştırmalarda ise %40,1, %39,6 ve %39,7'lik oranla tıbbi uygulama hatası iddiası olan sağlık kuruluşu olarak devlet hastaneleri ilk sırada yer almaktadır.^[2,10,13] Çalışmamızda ise tıbbi uygulama hatası iddiası oluşmasına yol açan sağlık kuruluşları açısından ilk sırada özel hastaneler (%48) yer almaktadır. KHD alanında tıbbi uygulama hatası iddiası olan sağlık kuruluşu olarak özel hastanelerin ilk sırada yer almasında, hastaların verdikleri ücret karşılığında tanı ve tedavi sürecinde daha iyi sonuç, daha iyi sağlık hizmeti alma, daha fazla ilgi görme beklentisi içerisinde olmaları, tedavinin komplikasyonu bile olsa bunu kabullenme ve daha çok davacı olma eğiliminde olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Üroloji, nöroloji, nöroşirurji ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası olan olguların en çok Marmara bölgesinden gönderildiği belirtilmiştir.^[14,15] Ancak bu çalışmalarda bölge nüfuslarına göre düzeltilmiş bir oran hesaplanmamıştır. Nüfusa göre düzeltilmiş oranlar karşılaştırıldığında, en yüksek düzeltilmiş oranın İç Anadolu bölgesinden, en az ise Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Doğu Anadolu bölgesinden gönderilen olgularda olduğu bildirilmektedir.^[16] Çalışmamızda KHD alanında tıbbi uygulama hatası iddiası ile olguların en sık gönderildiği bölge Marmara bölgesi olurken, ADNKS'ye göre oranlandığında Doğu Anadolu bölgesi ilk sırada gelmektedir. Bu bulgunun temelinde, ülkemizin doğu bölgesindeki insanlarda çok sayıda çocuk sahibi olmanın yaygın görülmesi nedeniyle, fazla sayıda gebe kalma durumunda hem annede hem de bebekte gebelik sürecinde komplikasyonların daha sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Doğu Anadolu bölgesinden gelen tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda anne ölümü görülme sıklığının, diğer coğrafi bölgelerden gelen olgulara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (**Tablo 1**).

Uzman hekimlerin daha komplike ve daha zor operasyonlara müdahale etmelerinden dolayı dava edilme ve tazminat istemiyle karşılaşma ihtimalleri daha fazladır.^[14,17] Çalışmamızda davalı konumda ilk sırayı uzman hekimler alırken (%90,9), ikinci sırayı da ebeler (%28,3) almaktadır. Çalışmamızdaki benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgular içerisinde ilk sırayı KHD uzman hekimleri alırken, ikinci sırayı hemşire ve ebe grubu almaktadır.^[2,18] Obstetrik olgular içerisinde perinatal ölüm görülen olguların fazlalığı (%71,2), ebelerle ilgili yüksek oranda uygulama hatası iddiasının oluşmasına neden olabilmektedir.^[7]

Maternal ölümün önemli risk faktörlerinden birisi olan ileri maternal yaşta; gestasyonel diyabet ve gestasyonel hipertansiyon gibi rahatsızlıkların daha sık görülebilmesi nedeniyle, perinatal dönemde daha fazla problemle karşılaşılabilir.^[19-21] WHO tarafından maternal ölüm, bir kadının gebelikte, doğumda veya doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gebelik veya gebeliğin tetiklediği herhangi bir nedenden kaynaklanan ölüm olarak tanımlanmıştır.^[22] 35 yaş üstü gebeliklerde ileri maternal yaş ölüm riskini arttırmaktadır.^[23] Çalışmamızda da 35 yaş üstü gebeliklerin %54,7'sinde maternal ölüm görülmüş olup, 35 yaş altı gebeliklere oranla maternal ölüm gelişmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$) (**Tablo 1**). Myometrial arterlerde ilerleyen yaşla beraber sklerotik lezyonların görülme insidansı artmaktadır.^[24] Gebelik ile ilgili komplikasyonların ve artmış ölüm riskinin temelinde, gebelik sürecinde artan hemodinamik yüke karşılık ileri maternal yaşın getirdiği uteroplasental vasküler yataktaki yetersizliklerin kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda grandmultiparitenin (5 ve üzeri gebelik sayısı) komplikasyonlar açısından artmış risk taşıdığı savunulmaktayken bazı çalışmalar artmış gebelik sayısının gebelik komplikasyonlarıyla ilişkisinin olmadığını belirtmektedir.^[25-28] Çalışmamızda 5 ve üzeri gebeliklerde maternal ölüm görülme oranı, 5'ten az gebelik sayısına

oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$) (**Tablo 1**). Grandmultipar olguların daha sık sigara içtiği, daha yaşlı olduğu ve de sağlık güvencesinin yeterli olmadığı gösterilmiştir.^[25] Anne ölümünün bu olgularda daha sık görülmesinin temelinde, ileri maternal yaşın getirdiği artmış komplikasyon riski ile sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyinin düşük olmasından ötürü yetersiz antenatal bakım alınmasının olabileceği düşünülmektedir. Grandmultiparitenin tek başına artmış bir risk unsuru olup olmadığı hakkında daha ileri araştırmalar gerekmektedir.

Acil başvuran olgularda zarar oluşturma riski yüksek olduğundan tıbbi uygulama hatası iddiası oluşması daha olasıdır.^[29] Çalışmamızda değerlendirilen olguların %79,8'i acil başvuru olgularıdır. Acil başvuru yapan olguların %98,8'i obstetrik olgulardır. Obstetrik acil olgularda istenmeyen sonuçların ortaya çıkması tıbbi uygulama hatası iddialarına neden olmaktadır. Acil veya elektif müdahale edilmiş obstetrik olgularda NVD ve sezaryen uygulanma oranları yakın seyrederken elektif müdahale edilmiş olgularda uterin cerrahi ve tuba cerrahisi oranları acil olgulara oranla daha yüksektir. Jinekoloji ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddialarında elektif müdahalenin sıklığı bu oranda en önemli etken olarak değerlendirilmiştir. Tıbbi uygulama hatası bulunan olguların %73,9'u acil müdahale olguları olurken, hata varlığı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo 4**).

Fetüsün uterin kontraksiyonlar ile uterus dışına atılması eylemine normal doğum karına ve uterusu yapılan kesi ile fetüsün doğması ise sezaryen olarak tanımlanır.^[30,31] Sezaryen ilk zamanlar annenin hayatını kurtarmak için yapılan son çare operasyonken, günümüzde anne adayının istediği ve hekimin işlerini daha da kolaylaştıran bir operasyon haline gelmiştir.^[32] Çin, %46,2'lik oranla sezaryenin en sık uygulandığı ülkelerden birisi olurken ülkemizde bu oran %48'e varmaktadır.^[33-36] Yapılan bir çalışmada, doğum eylemi ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası olan 64 olgunun %50'sinde normal vajinal doğum, %43,8'inde ise sezaryen uygulandığı, başka bir çalışmada ise, sezaryen doğum oranı ile tıbbi uygulama hatası iddiası riski arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.^[37,38] Çalışmamızda, normal vajinal doğum oranı %40,9, sezaryen doğum oranı ise %58,7'dir. Normal vajinal doğumlarda tıbbi uygulama hatası bulunma oranı, sezaryen doğumlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$) (**Tablo 4**). Çalışmamızda da, literatürle uyumlu şekilde sezaryen oranı yüksektir. Ülkemizde normal doğum yapan hastalarda yüksek oranda tıbbi uygulama hatası bulunmasının sebebi, normal doğumları, kayıtları ve gebe takibini ebelerin yapması nedeniyle travayda görülebilecek komplikasyonların ve fetal iyilik halinin kaybolduğu durumlarda uzman hekimlerin haberdar edilmesinden dolayı müdahalelerin gecikmesi ve aksamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

KHD uygulamalarında histerektomi, sezaryenden sonraki en sık cerrahi işlemdir.^[39] Çalışmamızda, sezaryen cerrahisinden sonra en sık cerrahi uygulama histerektomidir. Uterin cerrahilerin %84,9'u obstetrik olgularda uygulanmıştır. Tıbbi uygulama hatası bulunan olguların %39,5'inde sadece sezaryen uygulanmış olup, uterin cerrahi uygulanma oranı

%5'tir. Diğer olgularda herhangi bir cerrahi yapılmamıştır (**Şekil 1**). Uterus rüptürü ve uterus atonisinin şiddetli kanamalara ve zamanında tedavi uygulanmadığında maternal ve neonatal mortaliteye neden olabileceğinden, çalışmamızda uterin cerrahilerin oranının yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Klinik bir tanının doğruluğu en iyi şekilde, otopsi ile belirlenebilir.^[40] Klinik tanı ile ölüm sebebi arasındaki uyumun değerlendirildiği çalışmalarda, klinik tanısı ile ölüm sebebi uyumu %63 ile %76 arasında değişirken, klinik tanı ile ölüm sebebi arasında uyumsuzluk %23 ile %36 arasında değişmektedir.^[40-42] Bir çalışmada, postoperatif ölümle sonuçlanmış tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 16 kadın doğum olgusunun 6'sında klinik tanı ile ölüm sebebi arasında uyumsuzluk saptanmıştır.^[42] Çalışmamızda, klinik tanısı ile ATK tarafından belirtilen ölüm sebebi uyumlu olan olguların oranı %67 ile %82 arasında değişirken, uyumsuz olan olguların oranı ise %18 ile %37 arasında değişmektedir. Bulgularımız literatürle uyumludur. Dikkati çeken asıl husus ise, klinik tanı/ölüm sebebi uyumsuzluğu oranının daha yüksek çıktığı maternal/jinekolojik ölüm olgularında sırasıyla otopsi yapılma oranı %80 iken, bu oranın daha düşük olduğu bebek/çocuk ölümlerinde otopsi yapılma oranının %50 olmasıdır. Bu bulgular da otopsinin tıbbi uygulamalardaki yerini ve önemini göstermektedir. 38 tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verilen olgunun klinik tanı/ölüm sebebi uyumluluğu değerlendirilmesinde; maternal ölüm ve bebek/çocuk ölümü olgularının yalnızca 1'er tanesinde uyumsuzluk tespit edilmişken, jinekoloji uygulamalarındaki ölümlerde klinik tanı ile belirtilen ölüm sebebi arasında uyumsuzluk olan olgu bulunmamaktadır. Tüm bu bilgilerin değerlendirilerek, klinik tanı ve ölüm sebebi uyumluluğu ile tıbbi uygulama hatası kararı verilip verilmemesi arasındaki ilişki incelendiğinde, Özdemir ve ark.^[16] çalışmasından elde edilen bulgularla uyumlu olarak ATK kararlarında klinik verilerin otopsi verilerinden daha güçlü bir etkisinin bulunduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır. KHD alanında da tıbbi uygulama hatası ile ilgili davalar giderek artış göstermektedir. Hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarıyla karşılaşma ihtimalinin her geçen gün artacağı beklenen bir gerçektir. Bunu azaltmanın yolu ilgili hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmaları olarak düşünülse de, asıl azaltmanın, hasta ve yakınları ile olan ilişkinin kalitesinin artırılması ve tıbbi kayıtların düzenli tutulmasıyla sağlanabileceği düşünülmektedir. Literatürde tıbbi uygulama hataları ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların artırılması, klinisyenlerde bu konu ile ilgili farkındalık oluşturulmasına, tıbbi uygulama hatası iddialarının önlenmesine ve bu hataların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır.

ETİK BEYANLAR

Etik Kurul Onayı: Araştırma için T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonundan 12-06-2014 tarih ve B.03.1.ATK.0.01.00.08/396 karar numaralı onay alınmıştır.

Aydınlatılmış Onam: Çalışma retrospektif olarak dizayn edildiği için hastalardan aydınlatılmış onam alınmamıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik Sosyal Hukuksal Etik Boyutları, I. Baskı: Seçkin Yayıncılık 2005.
- Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med.* 2004 Oct;11(5):233-47.
- Özgönül MN. Türkiye'de Tıp Etiği Ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Doktora tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; Ankara: 2010.
- Koç S. Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bülteni.* 2014; 14-12.
- Şanyüz Ö, Yorulmaz AC, Altınok A, Birgen N, Kinoğlu K, Orhan Z, et aş. Effects of the new regulations about expertise on the evaluation of cases with malpractice claim. 22nd Congress of The International Academy of Legal Medicine. 2012.
- Çağdır AS. Sağlık Hukuku Davalarında Adli Tıp Kurumu'nun Rolü, Karar Alınması Usulü ve Mesleki Kusur Kavramı. *Istanbul Barosu Yaşayan Sağlık Hukuku-2 Paneli;* 2012: İstanbul.
- Pakis I, Yayci N, Karapirli M, Guncce E, Polat O. Autopsy profiles of malpractice cases. *J Forensic Leg Med.* 2009;16(1):7-10.
- Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN, Kaptanoğlu K. Tıbbi Uygulama Hatalarını Değerlendirmede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 11. Ulusal Adli Tıp Günleri, Poster Kitabı. Adli Tıp Kurumu Yayınları, İstanbul: 2004;303-6.
- Sakai K, Takatsu A, Shigeta A, Fukui K, Maebashi K, Abe S, Et al. Potential medical Adverse events associated with death: A forensic pathology perspective. *Int J qual Heal Care.* 2009 22: 9-15
- Gündoğmuş ÜN, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İH. Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından Değerlendirilmesi, Adli Tıp Bülteni 1997;2(3): 127-30.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim Adresi: http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_istatistik_yilligi_2013.pdf. Erişim Tarihi: 16.10.2015.
- Azab SMS. Claims of malpractice investigated by the Committee of Medical Ethics, Egyptian Medical Syndicate, Cairo. *Egypt J Forensic Sci. Forensic Medicine Authority;* 2013;3(4):104-11.
- Özkaya N, Yılmaz R, Özkaya H, Can M, Pakis I, Yıldırım A, et al. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu'na gönderilen 0 18 yaş grubu olguların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi.* 2011.
- Çoban İ. Adli Tıp Kurumu'na Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşirürji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu;* İstanbul: 2013.
- Özdemir M. Adli Tıp Kurumu'na Görüş Bildirilen Üroloji Dalı Hakkında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olgularının Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu;* İstanbul; 2014.
- Üzün İ, Özdemir E, Melez İE, Melez DO, Akçakaya A. Ölümle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2016;22(3):1.
- Sönmez MM, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk İ. Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2009;43(4):351-8.
- Özkaya N. 2002-2006 Yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddialarının İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (İstanbul: 2008).
- Ribierio FD, Ferrari RAP, Sant'Anna FI, Dalmaz JC, Giroto E. Extremes of maternal age and child mortality analysis between 2009 and 2009. *Universadade E. Rev Paul Pediatr.* 2014; 32: 381-8.
- Lamminpää R, Vehviäinen-Julkunen K, Gissler M, Selander T, Heinonen S. Pregnancy outcomes of overweight and obese women aged 35 years or older-A Registry- based study in Finland. *Obes Res Clin Pract. Asia Oceania Assoc. For the Study of Obesity;* 2015.
- Hsieg T-T, Liou J-D, Hsu J-J, Lo L-M, Chen S-F, Hung T-H. Advanced maternal age and adverse prerinatal outcomes in an Asian population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 148(1):21-6.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.; 1992.
- ChangJ, Elam-Evans LD, BergCJ. Pregnancy related mortality surveillance: United States, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ* 2003; 52:1-8.
- Naeye RL. Maternal age, obstetric complications, and the outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983;61:210-6.
- Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(2):274-8.
- Lang CT, King JC. Maternal mortality in United States. *Best Pract Res Clin Obstet. Gynaecol.* 2008;22(3):517-31.
- Toohey JS, Keegan KA, Morgan MA, Francis J, Task S, deVeciana M. The "dabgerous multiara": Fact or Fiction? *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Feb, 172(2):683-6.
- King PA, Duthie SJ, Ma HK. Grand multiparity: A reappraisal of the risks. *Int J Gynecol Obstet.* 1991 Sep;36(1):13-6.
- Clements RV. Litigation in gynaecology. *Reviews in Gynaecological Practice* 2003; 3: 70-74.
- Creasy RK, Resnik R. *Maternal Fetal Medicine, Third Edition.* Philadelphia: WB Saunders Company, 1994:482.
- Bobak J. M, Jensen M. D. *Essential of Maternity Nursing TheNurse and The Childbearing Family.* 2.ed. Toronto: The C.V. Mosby Company, 1987: 365-8.
- Bal M, Yılmaz S, Beji N. Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri. *Hemşirelik Derg.* 2013.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet.* 2010.
- Töz E, Kurt S, Canda M, Gürbüz T, Taşyurt T A. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 5 Yıllık Doğum Verileri ve Sezaryen. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2011; 21 (3):109-12.
- Güney E, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg* 2006; 3(1): 249-54.
- Yılmaz E, Kara M, Okumuş B, Aran E. Ağrı il Merkezinde 2004 ve 2007 yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. *Perinatoloji Derg.* 2008; 16: 26-31.
- Uesugi N, Yamanaka M, Suzuki T, Hirahara F. Analysis of birth-related medical malpractice litigation cases in Japan: review and discussion towards implementation of a no-fault compensation system. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010;36(4):717-25.
- Localio A, Lawthers A, Bengtson J. Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. *Jama.* 1993.
- Rock JA, Jones HW III, Histerekotomi, In: Te Linde's Operatif Jinekoloji 9. Basım, Çeviri Editörü: Erol Tavmergen, İzmir Güven Kitabevi 2005; 31: 731-55.
- Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the causes of death. *Forensic Sci Int.* 2000;114(2):117-9.
- Pakis I, Polat O, Yayci N, Karapirli M. Comparison of the clinical diagnosis and subsequent autopsy findings in medical malpractice. *Am J forensic Med Pathol Off Publ Natl Assoc Med Exam.* 2010;31(3):218-21.
- Yayci N, Üzün İ, Arslan MM, et al. Postoperatif ölümlerle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsinin değeri. *T Klin Adli Tıp Der.* 2004;1:57- 61.